



1.11.2.4.1. Urgencias extrahospitalarias

Las urgencias, esencialmente extrahospitalarias, íntimamente relacionadas con la prestación de transporte sanitario, pertenecen al grupo de quejas a las que aludíamos en la introducción de este apartado, para significar la trascendencia e importancia que presentan los planteamientos que giran en torno a las deficiencias detectadas en este ámbito, con independencia de su volumen o cantidad.

Las situaciones en que es preciso demandar atención sanitaria no demorable, por la alteración de ánimo en que sitúan a cualquier ciudadano medio y el riesgo de un desenlace fatal, generan gran alarma social en los casos en que afloran deficiencias o irregularidades, esencialmente concretadas en la insuficiencia de los puntos o equipos, en la demora en la llegada del dispositivo o equipo médico que debe hacerse cargo de la atención urgente y/o en los de carencia en la dotación de personal sanitario a bordo de los vehículos ambulancia.

Es una aspiración recurrente de diferentes ámbitos rurales la de obtener una **cobertura más o menos completa de la atención sanitaria de urgencias extrahospitalarias en la zona**, con una mayor dotación de equipos o de unidades móviles. Así quedó reflejado en peticiones como la de contar con un punto de atención urgente en el Centro de Salud de Churriana, la adscripción exclusiva de dos ambulancias para Antequera, el incremento de equipos de atención urgente en Cabra, de un equipo móvil para Castell de Ferro y la Mamola y, más recientemente, para Valverde del Camino, o la petición de atención de urgencias 24 horas en Manilva y en Peñaflo.

Los dos últimos planteamientos obtuvieron un pronunciamiento de esta Institución. En el caso de la localidad cordobesa, ya anticipado en el **Informe Anual 2018**, una vez analizados los medios puestos al servicio de la atención sanitaria urgente en la zona de Peñaflo y conscientes de que carecíamos de los elementos de juicio que permitieran constatar que dicha localidad se encuentra en inferioridad de condiciones con respecto a otras de características similares, recomendamos que se valorasen los medios precisos, tras la realización de la auditoría sobre tiempos de activación de los dispositivos de atención a las demandas urgentes y su comparación con los objetivos fijados en el plan de mejora de las urgencias en atención primaria para la atención de las demandas calificadas con niveles de prioridad 1 y 2 (**queja 17/3077**). En respuesta a esta Recomendación se nos trasladó la introducción de nuevos objetivos básicos e indicadores, cuyo resultado desconocemos si ha sido finalmente evaluado para determinar los recursos necesarios.

En el segundo supuesto, el de la atención de urgencias 24 horas en Manilva, lo cierto es que desde la perspectiva somera de datos a nuestro alcance, concluimos que ni por volumen de actividad, ni por la gravedad de las demandas a las que corresponde aquella, ni por tiempos medios de respuesta, podíamos considerar que la atención extrahospitalaria urgente difiriera de los parámetros establecidos, con independencia de que posibles demandas de atención simultáneas o paralelas, obligasen a acudir a opciones previstas como subsidiarias en el plan operativo del Distrito.

Sin embargo, el conocimiento de que dentro del mentado plan se contemplaba la intervención de un equipo de asistencia urgente de carácter municipal -integrado por un médico y un técnico de emergencias sanitarias a cuya disposición contaban con un vehículo ambulancia-, en la franja horaria que va desde las 17:00 a las 8:00 horas (de lunes a viernes), cuyos datos de actividad no constaban, recomendamos que el Distrito procediese a recabar la información correspondiente a la actividad desarrollada por el mentado dispositivo municipal de urgencias, en orden a incluirla en la evaluación de la dotación de medios y la planificación de los recursos. Así como consideramos que debía clarificarse el régimen de funcionamiento del mismo e informar adecuadamente a la población para que pueda utilizarlo en sus justos términos (**queja 16/4546**). Y es que, **en ocasiones, las soluciones pasan por una adecuada comunicación y por un buen manejo de la información, que permita optimizar la gestión de los recursos existentes.**

En lo que atañe a las **demoras en las demandas de atención sanitaria urgente**, tampoco faltan discrepancias con el tiempo de llegada del dispositivo movilizado, o incluso actuaciones de oficio por parte de esta Institución, en las que centramos el foco en comparar, en términos de cronas teóricas, los tiempos reales de respuesta en relación con el nivel de prioridad asignado a la demanda.



En ocasiones la demora, sin embargo, no guarda una relación de causalidad con la indisponibilidad de equipos, ni con la zona geográfica en que se produce la demanda, sino con la gestión que del caso se realiza desde el Centro Coordinador de urgencias y emergencias 061, como ocurrió en el que nos trasladó la hija de una vecina de Málaga, finalmente fallecida, que denunciaba haber transcurrido una hora desde que efectuara la primera llamada al 061 hasta que acudieron al domicilio dos ambulancias sucesivas (**queja 17/4565**). La complejidad del triaje telefónico, la adecuada calificación del nivel de prioridad, la correlativa activación del recurso que de aquel deriva, u otras omisiones o deficiencias de coordinación, forman parte de una cadena que aunque no siempre anuda un resultado, influye en el mismo.

Como hicimos constar en la queja aludida, el protocolo de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía establece unos principios generales que implican que el ciudadano que demande atención urgente reciba una respuesta adecuada a la gravedad del proceso que padece, siendo informado del recurso que le va a atender y del tiempo estimado de respuesta; el protocolo prevé igualmente la constitución de una Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias SAS-EPES, entre cuyas funciones se contempla el análisis de las incidencias que se produzcan en cuanto al funcionamiento del mismo. Por lo que nuestra Recomendación se dirigió a propiciar que el caso fuera elevado a la citada Comisión de seguimiento y mejora de la coordinación de urgencias y emergencias del Distrito sanitario, para que analizadas las incidencias pudiera efectuar propuesta de mejora, trasladando a la interesada las conclusiones alcanzadas y las medidas en su caso adoptadas.

La **coordinación entre dispositivos** y la adecuada activación de los disponibles, es un elemento que contribuye a la eficacia en la gestión y, en suma, facilita la respuesta urgente. Para analizar sus posibles mejoras iniciamos de oficio la investigación tras el fallecimiento de un vecino de Olula del Río llevado para ser asistido a las urgencias de su centro de salud (**queja 20/0227**).

La inadecuada dotación de personal a bordo de los vehículos de transporte sanitario y la inadecuación de la modalidad del vehículo movilizado para la atención de la demanda sanitaria urgente, nos ofrece un compendio de relatos abrumadores, en algunos de los cuales se manifiesta la impotencia de los conductores cuando acceden a un habitáculo en el que han trasladado al servicio de urgencias más próximo (normalmente un hospital), a una persona que ha fallecido en soledad durante el trayecto.

Iniciamos en 2019 la tramitación, en este sentido, de las posibles irregularidades en las ambulancias asistenciales clase C o de soporte vital avanzado, denunciadas por un colectivo de profesionales sanitarios en la provincia de Málaga (queja 19/0648), o las deficiencias del transporte sanitario en Huelva (queja 19/1816).

Ambas quejas tienen su fuente en personal del sector sanitario, que expresan vulneraciones normativas del RD 836/2012, de 25 de mayo, en lo que atañe a las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal exigida para los vehículos de transporte sanitario por carretera, en función de sus diferentes categorías.

Específicamente, exponen que tales vehículos se emplean como ambulancias no asistenciales, que por ello van a cargo de un técnico de emergencias sanitarias, sin profesional médico ni de enfermería, que trasladan a pacientes teóricamente no precisados de asistencia sanitaria en ruta y que un solo técnico no puede afrontar determinadas situaciones, como movilizar a accidentados de tráfico, con lo que la precariedad en la asistencia provoca situaciones de ansiedad a las personas afectadas, atenta contra la integridad de aquellas e incrementa el riesgo de que el técnico sufra una agresión por parte de la familia.

No se trata de la primera vez que demandas de esta índole se ponen en conocimiento de esta Institución. Realmente el transporte sanitario, urgente o programado, está precisado de una profunda revisión, cuyas principales deficiencias puso de relieve la Cámara de Cuentas de Andalucía en su Informe "**Fiscalización operativa del transporte sanitario en el sistema sanitario público de Andalucía**", muchas de cuyas conclusiones respaldamos desde la óptica de las quejas conocidas a través de la ciudadanía en esta defensoría.