



CORTES GENERALES

DIARIO DE SESIONES DEL

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

COMISIONES

Año 2007

VIII Legislatura

Núm. 826

NO PERMANENTE SOBRE SEGURIDAD VIAL Y PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DE TRÁFICO

PRESIDENCIA DEL EXCMO. SR. D. JORDI JANÉ I GUASCH

Sesión núm. 29

celebrada el martes, 8 de mayo de 2007

Página

ORDEN DEL DÍA:

Celebración de las siguientes comparecencias, para informar sobre los procedimientos de actuación y tiempos de respuesta ante los accidentes de tráfico y propuestas concretas de mejora para una mayor eficacia:

- | | |
|---|---|
| — De la señora directora de Urgencias Sanitarias de Galicia-61 (Cegarra García). (Número de expediente 212/001580.) | 2 |
| — Del señor director de SAMUR Madrid (Corral Torres). (Número de expediente 212/001581.) .. | 4 |

Se abre la sesión a las diez y treinta y cinco minutos de la mañana.

El señor **PRESIDENTE**: Damos inicio a la Comisión de Seguridad Vial del Congreso de los Diputados. El orden del día de la Comisión de hoy tenía previstas cuatro comparecencias que, finalmente, van a ser dos. Una de las cuatro quedará englobada, a petición del propio compareciente, el señor Jiménez Murillo, presidente de Semes, al que le era imposible hoy acudir al Congreso de los Diputados. El mismo considera que con los comparecientes que hoy acuden a la Comisión, especialmente con la comparecencia del doctor Ervigio Corral Torres, que forma también parte de Semes además de ser director del Samur, quedaría englobada la comparecencia que tenía previsto realizar ante esta Comisión. En cuanto al presidente de Cruz Roja, justamente hoy es el Día Internacional de la Cruz Roja, con lo cual le era imposible acudir al Congreso de los Diputados. Tendremos una subsiguiente reunión de Mesa y portavoces para acordar las fechas pendientes hasta el próximo mes de julio, también por lo que estará pendiente esta comparecencia del presidente de Cruz Roja.

Sin más preámbulos, damos hoy la bienvenida a la Comisión de Seguridad Vial del Congreso de los Diputados a doña María Cegarra García, directora de Urgencias Sanitarias de Galicia-061, y a don Ervigio Corral Torres, director del Samur de Madrid. A ambos les damos la bienvenida al Congreso de los Diputados y les agradecemos su comparecencia ante esta Comisión de Seguridad Vial, una Comisión que ha iniciado un ciclo de comparecencias en el que ustedes están incluidos y, por lo tanto, formarán parte también de las aportaciones y conclusiones finales a las que llegue esta Comisión, sobre cómo funcionan los servicios de emergencia, los servicios 112, qué tiempo de respuesta se da cuando un ciudadano tiene un accidente de tráfico, cómo reaccionan los poderes públicos en ese intento del Congreso de los Diputados de encontrar fórmulas de mejora. Les pedimos la máxima concreción —aunque vamos bien de tiempo porque finalmente son dos comparecientes— y que se ajusten al máximo al tiempo previsto. Damos la palabra a doña María Cegarra García, directora de Urgencias Sanitarias de Galicia-061.

La señora **DIRECTORA DE URGENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061** (Cegarra García): Ante todo, quiero agradecer la invitación para acudir a esta comparecencia en la Comisión, con el fin de explicar cuál es el sistema de emergencias extrahospitalario que existe en Galicia en este momento y que, a través de la Consellería de Sanidad, se coordina con el 061. Galicia es una comunidad peculiar en cuanto a su orografía, en cuanto a la meteorología y en cuanto a la dispersión de la población. ¿Cuáles son las características que nos definen desde el punto de vista poblacional? Tenemos una población de 2.700.000 habitantes distribuidos prác-

ticamente en 30.000 kilómetros. La mayoría de la población vive en el eje Atlántico, en las ciudades principales, que son La Coruña, Santiago de Compostela y el área de Vigo, pero nos encontramos con una población dispersa, sobre todo en el área de Lugo y de Orense, y con una población fundamentalmente envejecida. Ante este panorama, la atención primaria y los PAC, los puntos de atención continuada de emergencias, se adaptaron al medio y existen por toda la comunidad. Cuando en el año 1995 la Consellería de Sanidad decide empezar con el servicio de emergencias, montan una sala de coordinación única para toda Galicia situada en Santiago de Compostela, cuya primera misión era la consulta médica, el apoyo a los profesionales de atención primaria y, sobre todo, a los profesionales que atendían urgencias en los puntos de atención continuada y que estaban dispersos por todos los municipios. Una vez que se consolida el servicio, en el año 1997, se ponen ambulancias medicalizadas en las siete ciudades principales gallegas con más de 100.000 habitantes y al año siguiente se inicia una red de ambulancias de soporte vital básico por todos los municipios y por toda la comunidad para dar apoyo a todas aquellos médicos de atención primaria y a todos aquellos médicos de los puntos de atención continuada, que son los que hacen guardia desde las tres de la tarde hasta las nueve de la mañana. En este momento disponemos de 100 ambulancias de soporte vital básico que además tienen **DESA**, que es el desfibrilador semiautomático, y dotadas de todo el material necesario para atender los accidentes de tráfico. Sirven además de apoyo de todos aquellos profesionales de primaria que en Galicia son los primeros intervinientes en los accidentes de tráfico, porque en nuestra comunidad, a diferencia de la Comunidad de Madrid —las diferencia entre los dos modelos son muy llamativas, ofrecen su apoyo. Los accidentes de tráfico ocurren, fundamentalmente, en las carreteras comarcales; es decir, lejos de las ciudades, en lugares aislados donde a veces es difícil alertar, donde a veces no hay cobertura y donde los tiempos de respuesta generalmente son mayores. Ahí, en todos esos municipios, hay una ambulancia dotada para atender el accidente de tráfico y el apoyo del médico.

¿Cómo funciona el 061? Tiene una central en Santiago de Compostela con médicos de presencia física las 24 horas —que eso nos distingue también de otro tipo de centrales—, en la que aproximadamente a diario entran unas 2.500 llamadas, es decir, el 1 por mil de la población. De esas 2.500 llamadas que entran en las 24 horas, el 40 por ciento se resuelve por consulta telefónica, sin necesidad de movilizar recursos, pero el resto es con movilización de recursos. ¿Cuál es nuestra razón de ser en la calle? Fundamentalmente, son los accidentes y los problemas de corazón, pero sobre todo los accidentes de tráfico. Decía antes que tenemos 100 ambulancias de soporte vital básico distribuidas por todos los ayuntamientos y por todos los municipios, que llegan a todos los puntos. Tenemos en cuenta los tiempos —de lo que hablaré posteriormente— y los tenemos medidos en el

área rural, que es otra cosa que nos diferencia de otras comunidades más urbanas, y tenemos los tiempos en ciudad. Tenemos además dos helicópteros medicalizados, uno en Santiago de Compostela y otro en Orense, que vienen a cubrir aquellas zonas que están más dispersas, sobre todo, en el área rural. Cuando hablemos de los tiempos comentaré que, aproximadamente, en 20 minutos se cubre al 97 por ciento de la población. Disponemos además de 10 ambulancias medicalizadas que están en las principales ciudades y contamos con toda la red de atención primaria que decía antes, que está distribuida en aproximadamente 500 centros de salud y 900 puntos de atención continuada. Galicia legisló el transporte sanitario urgente en el año 1998, y todo el transporte y todas las urgencias extrahospitalarias se gestionan desde el 061, haciendo hincapié en los accidentes de tráfico. Tenemos el concepto de hospital útil, que en Galicia están situados en el eje Atlántico, con lo cual la mayoría de las veces en los accidentes de tráfico debemos buscar cuál es el destino de ese paciente, que no siempre es el hospital más cercano. La red hospitalaria de tercer nivel está situada en La Coruña, Santiago y Vigo para el área sur, hay hospitales comarcales y el hospital de la Costa de Burela. Los hospitales de nivel y de destino de muchos accidentes de tráfico son precisamente esos hospitales.

Ante todo este panorama de dispersión de la población en cuanto a alejamiento de los hospitales de tercer nivel, hemos contado todos los tiempos, tanto del área rural como del área urbana. Los tiempos son óptimos y comparables con el resto de las comunidades, nosotros los hemos contado. El 061 está instaurado en toda la comunidad. En este momento no tenemos teléfono único, pero la población sabe que cuando hay un accidente de tráfico a quien deben de llamar es al 061 como emergencia médica. Los tiempos que nosotros contamos empiezan desde el momento en que el alertante de un accidente de tráfico llama al 061, automáticamente la llamada la responde un teleoperador al que le aparece una pantalla predeterminada, diseñada por los médicos, y que formula una pregunta breve y concisa sobre el lugar del accidente, desde dónde llama, punto kilométrico y cuantas víctimas hay. En función de la respuesta a esas preguntas, automáticamente se pone en marcha la movilización de un recurso. Esa llamada después se pasa al médico, que está presente las 24 horas, y él decide si es necesario enviar más recursos, enviar al helicóptero, mover al médico que está en el centro de salud o ver cuál es el lugar más cercano. Pero mientras el médico está haciendo el interrogatorio ya hay en marcha un recurso hacia el lugar del accidente. Así es como se gestionan las llamadas. En cuanto a los tiempos de respuesta, son los que de manera más fidedigna nos indican cuál es la respuesta de accesibilidad al sistema. Repito que en Galicia la población conoce el 061 y la respuesta es inmediata. Todos los tiempos los tenemos determinados: el tiempo de llamada, el tiempo de gestión de la misma por el teleoperador, el tiempo de asignación de un recurso, el tiempo en que ese recurso sale de la base y llega al punto del accidente de

tráfico, el tiempo en que una vez que la ambulancia llega al accidente de tráfico pone el tratamiento, intenta estabilizar al accidentado y decide cuál es su hospital de destino, y el tiempo de transporte. Los tiempos están —los hemos comparado con otras comunidades— en menos de veinte minutos para el área rural y para el área urbana aproximadamente en unos diez minutos. Hay que tener en cuenta además que al área rural van los helicópteros, que tienen unos tiempos de movilización un poco más lentos, pues han de poner en marcha los rotores y el sistema. Por otro lado, al lugar donde vayan los helicópteros siempre van a tener una ambulancia de apoyo en ese municipio. La suma de todos los tiempos es inferior a una hora. Todos los que tenemos experiencia en accidentes de tráfico y hemos trabajado en la calle, sabemos lo que es la primera hora de oro. Muchos accidentados de tráfico mueren en esa primera hora por causas que son tratables cuando los tiempos de respuesta son adecuados y cuando el personal que atiende en los accidentes de tráfico es altamente cualificado. La combinación de esas dos variables es fundamental para asegurar que si ese paciente, ese lesionado, tiene posibilidades de tratamiento lo va a recibir. No podemos olvidar que la patología del accidente de tráfico casi siempre es quirúrgica, es decir, un chico de 16 años que va en moto, que se da un golpe en la barriga y que está sangrando su tratamiento definitivo va a ser en el quirófano. Entonces debemos llegar pronto, debemos de dar el tratamiento adecuado en el punto y debemos llegar al hospital útil, donde se le va a ofrecer el tratamiento definitivo. Nosotros —y de la hora de oro el doctor Ervigio Corral también sabe— estamos dentro de ese tiempo. Sería una tragedia que perdimos un accidentado potencialmente recuperable porque los tiempos no son adecuados y la cualificación tampoco.

En vista de esto, ¿cuáles son en nuestra opinión las líneas a tratar? Desde el punto de vista sanitario, fundamentalmente el dirigido a atención primaria para educación de la población en cuanto a los riesgos de la conducción bajo los efectos de medicamentos y drogas. Hay muchas personas que están bajo tratamiento antidepresivo, muchas personas que toman tratamientos para dormir y a veces no se tienen en cuenta a la hora de la conducción. Hay que saber qué medicamentos pueden interferir a la hora de la conducción. A esos mismos profesionales de atención primaria es necesario darles formación en medicina extrahospitalaria y en la atención al accidente de tráfico. Deben saber que cuando están en su centro de salud y en su punto de atención continuada tienen a su lado un vehículo que está dotado, que únicamente tienen que medicalizarlo y, automáticamente, una ambulancia de soporte vital básico se convierte en una ambulancia medicalizada porque va dotada de todo el material para movilizar e inmovilizar al paciente y para que el médico lo utilice, pero ese médico debe estar formado y nosotros hacemos hincapié en la formación. Formación también de los técnicos que llevan la ambulancia; en las ambulancias de soporte vital básico van un técnico y un conductor, también cualificados. Formación a las fuerzas de orden

público y otros intervinientes, porque nosotros hemos visto que muchos de los alertantes son guardias civiles y policías locales. A través de la Academia Galega de Seguridad se hacen cursos de atención a los accidentados para la Policía autonómica, la policía local, los bomberos de las agrupaciones municipales y los voluntarios de Protección Civil.

En definitiva, esas son las líneas de actuación planteadas por la Consellería de Sanidad y recogidas en los planes de salud 2007-2010. Los pilares son: tiempos de respuesta óptimos que pueden ser mejorables pero que difícilmente podemos disminuirlos, porque se va a alertar a tiempo, se va a movilizar la ambulancia a tiempo, pero evidentemente las ambulancias al ir por carretera deben respetar también las normas de seguridad; los rescataores no pueden convertirse en víctimas y no podemos provocar accidentes secundarios. Nuestras ambulancias sufren muy pocos, por no decir ningún, accidente, cuando estamos moviéndolas continuamente por esas carreteras así que nosotros mismos podríamos llegar a ser víctimas de accidentes si no somos cuidadosos. Respecto a los tiempos, sí se podrían mejorar, pero algunos aspectos son difíciles de disminuir. Si uno llega a un punto en 15 minutos prácticamente será imposible llegar en 10 si no nos ponemos en riesgo nosotros mismos o a otros conductores. De esta manera, los pilares son: seguir manteniendo los tiempos de respuesta y la cualificación de los profesionales y de las personas del entorno del accidente, incluso de los familiares, y más adelante informar a la población para que sepa qué es lo que debe hacer. Reforzar los mensajes de otras instituciones, de la Dirección General de Tráfico, cuando nos llaman la atención en la radio antes de la salida de Semana Santa o de la salida del verano y, por supuesto, prevención primaria, apoyada por la Consellería de Educación y de Política Territorial cuando presentaron en el mes de enero el Plan de Seguridad Vial gallego.

El señor **PRESIDENTE**: Damos ahora la palabra al doctor Ervigio Corral Torres, director del Samur de Madrid.

El señor **DIRECTOR DE SAMUR MADRID** (Corral Torres): Ante todo muchas gracias, señor presidente, por esta oportunidad, una oportunidad de oro para una persona que lleva ya 20 años en este camino y al que le hubiera gustado, desde el inicio, poder decir a los representantes del pueblo lo que opinamos del manejo que se hace en España de los accidentes de tráfico. No coincidí absolutamente con María en el optimismo; soy de los que piensan que esto es bastante mejorable, que existen muchas posibilidades por parte de ustedes de poderlo hacer y les aseguro que voy a intentar no desaprovechar la oportunidad. No les voy a hablar de epidemiología —seguro que saben mucho más que yo de esto—, estamos ante un problema social, un problema de salud que causa más de la cuarta parte de los años de vida perdidos de la población en general, a pesar de que sólo, entre comillas,

mueren al año del orden de 3.000 personas, pero suponen —dada la juventud de los mismos— el 25 por ciento de los años de vida perdidos. Aparte del problema humano y social esto supone alrededor —y este fue un estudio muy reciente de unos compañeros de carrera, que lo presentaron a una revista internacional— del 1,35 por ciento del PIB de España del año 2004 ó 6.280 millones de euros, de los cuales el 54 por ciento correspondía a costes directos, hospitalización, seguros, etcétera, y el 45,9 a pérdida de productividad.

Dejando de lado la estadística, es importante que todos recordemos este gráfico. La mortalidad en el accidente de tráfico es trifásica, se divide en tres fases claramente diferenciadas. Voy a intentar explicarlas para después abordar el problema y establecer las propuestas. La primera fase, a la que llamaríamos el primer pico de mortalidad, ocurre en los primeros cinco, diez minutos o un cuarto de hora; esa mortalidad se produce casi siempre por lesiones prácticamente irreversibles, que serían muy difíciles de tratar incluso con un quirófano en la misma carretera: lesiones de grandes vasos, traumatismos craneoencefálicos severos con salida de masa encefálica, etcétera. No me voy a poner a hacer un estudio clínico. Es un período en el que, por muchos medios que pongamos, muy poco podríamos actuar y en muy poco podríamos disminuir ese número de fallecimientos, ese 10 por ciento. En cambio, sucede todo lo contrario en la segunda fase, lo que llamaba la doctora Cegarra la hora de oro. Realmente, más que en una hora, el mayor porcentaje de mortalidad ocurre entre las primeras horas, entre la primera y la cuarta hora. La mayoría de estas muertes son evitables, pues el 40 por ciento de las mismas se producen por obstrucción de la vía aérea que, con unas técnicas relativamente sencillas, realizadas por médicos especializados, pueden salir adelante sin ningún problema en el lugar del accidente; el otro 25 por ciento de las muertes ocurre por pérdidas sanguíneas que son remontables en el lugar hasta llegar al hospital y emplear el tratamiento definitivo. Por lo tanto —y es algo en lo que siempre hemos incidido los técnicos— es aquí donde se deben implementar todos los esfuerzos de inversión para conseguir el máximo rendimiento, ese 75 por ciento. Porque el tercer pico, el 15 por ciento, es el que ocurre días o semanas tras el accidente traumático, es un pico que ocurre, generalmente, por complicaciones en el hospital. Aquí dedicamos los mayores esfuerzos, es decir, grandes unidades de cuidados intensivos y muchos especialistas, y, sin embargo, el porcentaje de mortalidad que podemos reducir con todos esos esfuerzos es mínimo si lo comparamos con lo que hemos visto antes, la segunda fase.

Este sería el escenario ideal que todos quisiéramos, un escenario en el que sucede un accidente, hay la alerta de un ciudadano formado precoz que se lo comunica a los servicios de emergencia, que envían una ambulancia más o menos inmediatamente, que llega a un box de urgencia donde continúa —porque por eso se llama sistema de atención integral de emergencias— con los primeros cui-

datos, posteriormente en unidades de cuidados intensivos, rehabilitación y al final el paciente sale a la calle. Para que esto suceda hace falta mucho más que buena voluntad, hacen falta, por una parte —y está muy acertado el título—, procedimientos. Los procedimientos como instrumento esencial de trabajo, procedimientos que abarquen la gestión de llamada, la coordinación interinstitucional, que brilla por su ausencia en la mayor parte de los lugares, y procedimientos sanitarios. No existe —y creo que es muy claro— un procedimiento válido sin un sistema que lo aplique y lo controle. Está muy bien aplicar procedimientos y estamos en la época de los procedimientos y de los indicadores, pero si nadie los aplica y, sobre todo, nadie se ocupa de controlarlos, los procedimientos no sirven para nada. En primer lugar, los procedimientos de gestión de llamadas deben ser muy ágiles, con el mínimo número de preguntas para el ciudadano, que posibiliten la activación de diferentes recursos en la gestión y, por eso —y lo diré después—, soy un defensor a ultranza de los centros 112, donde deben estar integrados todos los servicios, de manera que estos centros no se conviertan —como ocurre todavía en muchas comunidades— en un mero distribuidor o una mera centralita telefónica que distribuya las llamadas. En base, por supuesto, a códigos preestablecidos y con registros. No están tan bien los registros como todos pensábamos cuando hemos hecho un estudio. En segundo lugar, los procedimientos de coordinación interinstitucional, que permitan conocer lo que tú tienes que hacer y lo que hacen los demás, entre todos los servicios de emergencias —y aquí, en Madrid, estamos muy acostumbrados a ellos—, procedimientos con los bomberos, con la policía y, sobre todo, procedimientos con los sistemas hospitalarios. Estamos cansados de llegar a los hospitales con un paciente y que se le vuelvan a repetir todas las pruebas que le han hecho. Tiene que haber una línea de continuidad, tiene que haber un procedimiento de trabajo que defina claramente lo que se hace hasta la puerta del hospital y lo que se continúa a partir de entonces. Esto, desgraciadamente, todavía no está demasiado desarrollado, por no decir muy poco. Y en tercer lugar, los procedimientos asistenciales —quizá es lo más importante—, que permitan una asistencia con una calidad homogénea, en definitiva, que permitan que te atiendan de igual manera independientemente de la suerte que hayas tenido con el profesional que te ha tocado. Ese día te ha tocado el malo y tienes menos posibilidades que si te ha tocado el bueno. No, los procedimientos igualan. Insisto mucho en el segundo párrafo, hay que hacer desaparecer en lo posible el síndrome de yo considero; el yo considero se ha acabado, existe la evidencia científica, existen los grandes estudios bibliográficos que nos dicen por qué línea hay que atajar cada patología. El yo considero y la *lex artis* era de otros tiempos y, sin duda, ha servido muy mucho para tapar mediocridades y faltas de formación. Nos viene muy bien hablar de los tiempos —la segunda parte en la que ustedes están interesados— porque sobre el mes de noviembre el Ministerio de Sanidad nos encargó a la Sociedad Española de Medicina de Emergencia la reali-

zación de un estudio retrospectivo a través de encuestas en los diferentes servicios de emergencias del país. No está todavía terminado, tres comunidades no nos han dado los datos, pero estamos en ello porque algunos son más remolones que otros a la hora de dar estos datos que, por otra parte, otros no los controlan mucho y no lo registran.

Voy a intentar darles un avance de lo que presentaremos al Ministerio de Sanidad en los próximos tres o cuatro meses, cuando este completado el estudio, que está basado en estos cinco tiempos: el tiempo de gestión, o el tiempo que emplea el operador para gestionar la llamada del ciudadano; el tiempo de asignación, que va desde que el teleoperador sabe lo que tiene que hacer hasta que se lo asigna a la ambulancia; el tiempo de llegada al lugar, que todos comprenden; el tiempo de asistencia y el tiempo de traslado.

Bien, para las 14 comunidades que les he comentado, si unimos los tiempos de gestión y asignación, tiempos que corresponden a la central de comunicaciones —ahí tienen una foto del 112 de Madrid—, la mediana —y hablamos de medianas, no de medias— es de 4 minutos y 22 segundos; seguramente si habláramos de medias sería mucho mayor. Cuatro minutos y veintidós segundos para despachar una llamada y asignar una ambulancia, según los datos que las propias comunidades —me imagino que utilizando cada una los datos más favorables que tengan— nos han proporcionado. Con una amplia variabilidad, entre 94 y 610 segundos, como ven 6 minutos. Evidentemente, aquellas comunidades con menos recursos emplean tiempos más largos de gestión; tienen menos recursos y procuran optimizarlos. Tiempo de llegada al lugar con una mediana de 8 minutos y 17 segundos —piensen que hay que añadirlos a los 4 anteriores—, también con una amplia variabilidad, entre 300 y 810 segundos, que es mayor, lógicamente, en vías interurbanas —567 segundos— que en urbanas. Tiempo de asistencia con una mediana de 15 minutos y 16 segundos y con un rango de esos segundos que es amplísimo. Los sistemas con más recursos medicalizados obviamente emplean mayores tiempos de atención. No es lo mismo el tiempo que emplean unidades de soporte vital avanzado con médico y enfermera en el lugar que el tiempo que emplean las unidades de soporte vital básico que solamente tiene técnicos de emergencia. Normalmente, en las vías interurbanas el tiempo empleado es mayor, se intenta estabilizar más al paciente, tenerle más preparado dado que el tiempo que hay que emplear para ir al hospital es más largo. En cuanto al tiempo de traslado, tiene una mediana de 13 minutos y 30 segundos, también con una variabilidad enorme, que en algunos casos fíjense que es de 2.512 segundos veintitantos minutos, y que es mayor, lógicamente, en las comunidades con más extensión y menos recursos hospitalarios, con menos centros de tercer nivel, y que es el doble en las vías interurbanas, en cuanto a mediana, que en las otras.

En cuanto a las propuestas, hay que establecer un bloque importante de propuestas si queremos realmente

disminuir la mortalidad en esa fase en la que realmente se puede hacer mucho. Como dijo Peter Safar, la debilidad global de un sistema vendrá definida por el elemento más débil, por el eslabón más débil, y hoy, el elemento más débil, desgraciadamente, es la asistencia de emergencias extrahospitalarias, aunque nada tiene que ver, en honor a la verdad —lo sabemos todos los que hemos vivido el nacimiento de la medicina de emergencias en el año 1986 y principios de los noventa— con lo que estamos viviendo ahora, pero todavía es el eslabón más débil. En el primer caso, la formación —también la doctora Cegarra ha incidido sobre esto—, la formación al ciudadano. Por una parte, la formación en técnicas de alertante; nos interesa que a la gente se le enseñe a alertar bien, no queremos tanto que sepa hacer las primeras maniobras, porque eso es más complicado y es una segunda fase, como que nos alerte bien. Esa información de alertante debería estar incluida en las autoescuelas. En nuestro servicio hacemos una formación de alertante incluso a los niños y a los ciudadanos en la calle, y la hacemos en dos o tres horas. Realmente no es tan complicada y se puede incluir en el programa de las autoescuelas. La formación de primer respondiente es más amplia, de dos o tres días de duración por lo menos y dirigida a las personas que seguramente se van a encontrar el accidente en primer lugar, los policías, los bomberos, la Guardia Civil, etcétera, y que tendrán la obligación seguramente de atender a ese paciente hasta que lleguen los servicios de emergencia porque en muchos casos serán ellos —sobre todo en las vías interurbanas— los que lleguen antes. Debería considerarse, como ya se hace en algunos colectivos, como una facción más de su formación y desempeño profesional. Sin duda, también procedimientos de actuación en todos los servicios de emergencia que nos igualen a todos y que deben incluir prioritariamente procedimientos de coordinación bajo un sistema de control de calidad que además pueda ser auditado. Esto es algo de lo que nos tenemos que examinar, es el control de los gestores y está claro que debe reunir estos dos criterios.

En cuanto a la reducción del tiempo de gestión, es indudable que hay que hacer algo con el 112. El 112 no se puede haber convertido en un número de teléfono. Este número ha tenido un mínimo seguimiento en otros países, como Francia, Italia, etcétera, en los que no se le ha hecho prácticamente ni caso, a pesar de ser una normativa europea. En España tiene un seguimiento desigual, en algunas sitios se convierte solamente en un número de teléfono que desvía las llamadas a otro. El 112 si tiene utilidad es porque integra en él físicamente a todos los componentes de los servicios de emergencia. Ahí tiene que haber representantes de los servicios sanitarios, de los servicios de rescate y de los servicios de seguridad, que posibiliten una atención muy ágil y directa de la llamada y una coordinación perfecta, y creo que ya hay experiencias importantes en España como para poder seguir las. También descartaría la urgencia ambulatoria. He mencionado esa frase que ya

es antigua, y que por supuesto no me he inventado yo, de que la urgencia se regula y la emergencia se despacha. No es lo mismo y no podemos estar atendiendo en el mismo teléfono los mocos del niño que el infarto de miocardio. Debemos tener el 112 para la emergencia y debemos dar a la población otras posibilidades de teléfono que no saturen esos números, para que se atienda la consulta médica, para que se determine el médico que va a ir a casa a verle la fiebre, etcétera. Es un problema que todavía siguen teniendo diversos servicios de emergencia y que les está imposibilitando conseguir unos buenos tiempos de gestión.

La reducción de los tiempos de llegada es complicado —como decía la doctora Cegarra—, pero es aquí donde hay que invertir. Estoy de acuerdo con ella en que en comunidades en las que la densidad de población es baja y la extensión grande, como la suya o como Castilla-La Mancha o Castilla y León, Andalucía, etcétera, hay que invertir en muchas unidades medicalizables. Evidentemente, no podemos utilizar recursos caros, que sería lo ideal, porque no optimizaríamos los recursos adecuadamente, pero sí muchas unidades básicas medicalizables en toda la geografía e incluso en las poblaciones más pequeñas, con un número de recursos avanzados, con médicos especializados que puedan ir a todos esos núcleos de población donde ya se está empezando a atender al paciente y aplicar los cuidados más avanzados posible. Al final, para llegar a una disminución de mortalidad hay que conseguir una disminución en los tiempos de respuesta, y esto lo hemos visto muy bien en Madrid donde llevamos un control muy exhaustivo de esos tiempos; una disminución de 10 a 15 segundos —y estoy hablando de segundos en los tiempos de respuesta— nos supone más o menos un 1 o un 2 por ciento de supervivencia de los pacientes en los accidentes de tráfico. ¿Qué no supondría esto con una reducción de 3, 4, 5 o 6 minutos en los tiempos de respuesta del Estado?

Creación de centros de trauma. Indiscutiblemente estamos cansados de ver muchos hospitales que tienen centros regulares, en todo el término de la palabra, es decir, que atienden de una forma discreta. En vez de esos centros regulares queremos —y esto sí al estilo americano— los famosos *trauma center*, los centros de trauma donde se reúnen los especialistas que deben implicarse en la atención a un politraumatizado, el anestesista, el intensivista, el traumatólogo, el cirujano y que deben ser, como equipo, los que reciban a un paciente de este tipo. No nos vale de nada tener muchos centros donde podamos llevar a los politraumatizados porque la mayoría de ellos no tienen todos los instrumentos necesarios para atender de una forma integral a ese paciente. Hoy, desgraciadamente, en una ciudad como Madrid, con siete centros de tercer nivel, no hay ni un solo centro de trauma. **(El señor vicepresidente, Jiménez Pérez, ocupa la Presidencia.)** Estamos trabajando con el hospital de la Paz para elaborar un procedimiento y crear la primera unidad de politrauma, de manera que tuviéramos

al menos uno. Esto es así. Existe una unidad de politrauma infantil solamente en el Niño Jesús, pero en todo Madrid no hay un solo centro de politrauma y eso, con los recursos que tenemos en una ciudad como Madrid, es todavía algo muy discreto.

Especialización en emergencias, por supuesto, y aquí, obviamente, llevo el ascua a mi sardina. El mejor médico no es el más próximo; debemos empezar a darnos cuenta de eso; no vale con tener un médico al lado; desgraciadamente en un gran porcentaje de los casos todavía en España el médico del pueblo, el médico de APD, el médico de los centros de salud tiene que atender a muchos accidentes de tráfico. No es esa la atención óptima, no vale con tener el título de médico; el médico tiene que ser un médico especializado en medicina de emergencia. Están ustedes en ello y les felicito por la creación ya de la especialidad de urgencias y emergencias que tanto va a favorecer la atención a este tipo de pacientes, el desarrollo de la especialidad de medicina de emergencia, enfermería de urgencias y la ya creada —y les felicito también por ello— formación profesional en técnicos de emergencia que creo que en abril se realizó ya el decreto de inicio. En definitiva, hay que acercar la puerta de urgencias allí donde ocurre la emergencia; eso está claro. Tenemos prácticamente los mismos medios que la urgencia; en nuestras unidades del Samur hacemos ecografía a los pacientes de accidente de tráfico, hacemos analítica, tenemos prácticamente los mismos medios que ellos y tenemos la misma capacitación que los médicos de urgencia. Vamos a invertir en medios para conseguir darle los mismos cuidados que se da en la urgencia, hasta el tratamiento definitivo. Lo podemos hacer y, les aseguro, que se puede acortar y disminuir mucho ese porcentaje de la fase dos.

Los registros. Hemos visto a la hora de pedir estos registros de tiempo a todas las comunidades que no hablan un lenguaje común la mayoría de ellas; que otras no recogen todos los registros, que no recogen todos esos tiempos y que los recogen de forma diferente. Debemos establecer un lenguaje común y debemos, entre comillas, obligar o normalizar la recogida de los mismos, por garantía de calidad, por legitimidad y, por supuesto, a través de los 112. Que lo que se está haciendo ya en Extremadura o lo que se está haciendo ya en Madrid o en otras comunidades en las que hay una integración plena en el 112 se realice en toda España. Sin duda, se pasa un tiempo de sarampión en el que es difícil, y todos los que nos hemos visto en esa dinámica hemos tenido problemas iniciales de integración, en las plataformas tecnológicas etcétera. Pero les aseguro que a lo largo de los años nos hemos dado cuenta de la utilidad enorme de la integración de todos los servicios de emergencias en estas centrales.

Para finalizar —aunque a lo mejor tenía que haberlo hecho al principio— les doy una visión de lo que son los accidentes en el municipio de Madrid, que son un poco diferentes a los que puedan ser en otras comunidades, dado que estamos hablando de vías urbanas. Fíjense, sobre

todo, en esta gráfica en la que vemos que los accidentes de moto —en cuanto a la mortalidad— suponen el 18 por ciento; los atropellos el 38 por ciento, a pesar de que hay muchos menos atropellos por cada 118 atropellos muere una persona; por cada 492 accidentes de moto muere una y muere una persona por cada 374 accidentes de turismo. Para hacernos una idea de donde tenemos que incidir nuestros esfuerzos, sobre todo en vía urbana, está claro que es en los atropellos, y no voy a hablar —porque de lo que no entiendo no hablo— de medidas preventivas, pero creo que todos tenemos muy claro lo que se puede hacer para uno y otro accidente. Estas son las estadísticas —y no he querido traer las más— de lo que ha pasado en Madrid a lo largo de los últimos seis años en los cuales se han implementado prácticamente todas las medidas que les he comentado. No he querido inventar nada, no me gusta decirles cosas que yo lea, porque para eso las leen ustedes. Son cosas que he adquirido con nuestra experiencia y que hemos desarrollado en nuestro servicio. En Madrid durante estos años han aumentado los accidentes de tráfico —y de forma importante— como ven; los heridos no han bajado, los heridos graves han subido y, en cambio, la mortalidad ha descendido más del cien por cien. Esto solo es obra de que se ha desarrollado un trabajo con servicios de emergencia que han intentado acortar los tiempos de respuesta, que han controlado la calidad y que han sido muy rígidos y severos con el manejo de sus procedimientos. Estoy a su disposición para cualquier pregunta.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Jiménez Pérez): Tras las intervenciones de los comparecientes damos paso al turno de intervenciones por parte de los grupos parlamentarios. Tiene la palabra el señor don Jordi Jané por Convergència i Unió.

El señor **JANÉ I GUASCH**: En primer lugar, quiero agradecer a ambos comparecientes la información que han aportado a la Comisión de Seguridad Vial. En cuanto a la comparecencia de la doctora María Cegarra, directora de urgencias sanitarias de Galicia 061, la primera pregunta que le quería trasladar, más que una pregunta es una inquietud y me gustaría saber si la compartimos o no. En cuanto al número 061, ¿deberíamos caminar hacia la integración de lo que es el 112 para evitar que existan diversos números a la hora de poder trasladar una petición de emergencia? Esto puede causar disfunciones. Por ejemplo: una persona que vive en Madrid está en Galicia y tiene un accidente de tráfico, llama al 112, pero quizá no llama al 061, cuando lo que quiere es la atención de una urgencia sanitaria en Galicia. No se cómo funciona esa interrelación entre ambos números. ¿No consideran que sería más adecuado unificarlo todo en el mismo número? Quizá esta sea una de las conclusiones a las que llegaremos en esta Comisión de Seguridad Vial, la necesidad de que exista un único número, si pudiera ser mundial sería perfecto, para que todos supiéramos a

qué número llamar porque la rapidez en estos casos es fundamental.

La segunda cuestión —además de mi felicitación por la tarea que llevan a cabo en Galicia y que nos ha trasladado— es que hay un matiz que me ha planteado alguna duda en el sentido del tiempo de respuesta inferior a una hora, y nos ha dicho que esto era una buena noticia porque garantizaban que en menos de una hora se daba ese tiempo de respuesta. Pero el parámetro de menos de una hora es muy amplio porque veinte minutos es menos que una hora y cuarenta minutos también es menos que una hora, pero no es lo mismo. No es lo mismo atender a un accidentado grave en cuarenta minutos que hacerlo en veinte y, a lo mejor, esos veinte minutos pueden ser cruciales para la supervivencia posterior y para atender mejor esa emergencia. Por tanto, le pregunto, ¿cuál es el tiempo óptimo de respuesta? sobre todo, dentro de ese tiempo inferior a una hora del que estamos hablando en cuanto a buscar ese tiempo óptimo. Antes hablaba el doctor Corral del objetivo de buscar los quince minutos como tiempo óptimo, debemos tener en cuenta que hay países de nuestro entorno que tienen legislado por ley diez minutos, ocho minutos, o incluso en Dinamarca, cinco minutos, y si en cinco minutos no se recibe la atención, que el ciudadano podría reclamar a los poderes públicos porque tiene derecho a una atención rápida; de ahí que también le quería plantear esta pregunta.

En cuanto al doctor Corral Torres, en primer lugar he de felicitarle por la aportación de datos; también sería muy útil que pudieran quedar para esta Comisión el contenido íntegro de estos gráficos, que creo que son muy ilustrativos. Hay un 26 por ciento de años perdidos, entendiendo por años perdidos aquellos que no alcanzan la esperanza de vida; se llega al fallecimiento antes de lo que se debía de acuerdo con la media de esperanza de vida. Yo no conocía este dato de que el 26 por ciento de los años perdidos se debían a un accidente de tráfico y creo que es muy elocuente, más de la cuarta parte. Esa epidemia silenciosa de la que tanto hablamos nos debe hacer reflexionar y buscar medidas que nos ayuden a bajar esas cifras, huir de la autocomplacencia y buscar medidas que bajen esas cifras. Usted ha hecho unos porcentajes que creo que son de gran utilidad, que yo también los había cotejado con algunas informaciones previas antes de abrir en esta Comisión este ciclo de comparencias, y encaja mucho ese 10 por ciento que podríamos decir inevitable; exista un buen servicio de emergencia o no, por desgracia, en ese 10 por ciento nada serviría para evitar la muerte. En eso no es que debamos tirar la toalla, nunca debería tirarse la toalla, pero aquí sí que no debemos autoexigirnos más porque seguramente sería un esfuerzo inútil. Hay accidentes tan graves, tan impactantes, que causan tanto daño directo, que ni el mejor servicio de emergencia puede evitar la muerte. Por tanto, ese 10 por ciento no debe ser el objetivo al que ustedes tienen que atender como emergencia. Está ese 15 por ciento, al que usted también hacía refe-

rencia de personas que tras un accidente, días o semanas después sufren una complicación médica; a lo mejor han tenido una intervención quirúrgica que no ha ido bien y el resultado es de muerte. Tampoco aquí, desgraciadamente, podrán ustedes mejorar temas de atención clínica global y de avance de la ciencia pero no es tampoco el objetivo. En cambio, sí que lo es el 75 por ciento restante y es muchísimo. Son de cada cuatro, tres. Un 75 por ciento es mucho, si podemos mejorar realmente ese 75 por ciento, es un objetivo que nos deberíamos marcar; si de ese 75 por ciento un 25 por ciento son pérdidas sanguíneas, un 40 por ciento obstrucciones de la vía aérea, sería importantísimo que un servicio de emergencia rápido pudiera atender esas obstrucciones de la vía aérea o pérdidas sanguíneas a través de la asistencia medicalizada. De ahí también que nos decía que ese 75 por ciento se da entre una y cuatro horas. Pero ¿de qué estamos hablando? Porque de una a cuatro horas es mucho lapso de tiempo. ¿Cuál es el tiempo necesario ante una obstrucción de vía aérea? Cuatro horas en una obstrucción de la vía aérea sería llegar tarde. Ante una pérdida sanguínea, cuatro horas es llegar tarde. Si las pérdidas sanguíneas superan un 25 por ciento y las obstrucciones de la vía aérea un 40 por ciento, ¿Cuál es el tiempo necesario para atender a un accidentado, para que se llegue a tiempo? Y usted como doctor y especialista en estos temas sabra que es muy útil esta información; estamos hablando de un 75 por ciento del 75, por tanto, estamos hablando de la mayoría de personas que pueden morir ¿Qué tiempo de respuesta necesitan para aligerar esa obstrucción o para cortar esa pérdida de sangre? También he considerado de gran interés la cadencia de minutos a la que se ha referido: cuatro minutos y veintidós segundos para despachar la llamada y enviar la ambulancia; a eso sumaremos ocho minutos más de tiempo que se emplea para llegar al lugar: ocho y cuatro doce, más los segundos ya nos vamos a casi catorce minutos; y quince minutos más hasta que llegue la asistencia. Iría englobado.

El señor **DIRECTOR DE SAMUR MADRID** (Corral Torres): Ese es el tiempo que están trabajando con el paciente.

El señor **JANÉ I GUASCH**: De esos quince minutos también nos gustaría conocer hasta qué punto estamos hablando de unos tiempos adecuados o no, sabiendo que, de momento, hay que trasladar una felicitación a los servicios que usted representa aquí. Han aumentado mucho los accidentes y han bajado más de un cien por cien las muertes; esto es un éxito para los servicios de emergencia de cualquier país. Porque lo normal es que a más accidentes, más fallecidos, y ustedes han conseguido más accidentes menos fallecidos, porque han atendido bien las emergencias; así que esto es un éxito desde este punto de vista, pero no hay que bajar la guardia en este sentido y quiero decirle que al igual que ustedes afirmaban que no podían entrar en si hay más accidentes, sí en que haya

menos muertes, nosotros en esta Comisión de Seguridad Vial sí que debemos entrar en que haya menos accidentes. Esta sí que es nuestra responsabilidad como poderes públicos. Lanzar mensajes que vayan en la línea de prevenir accidentes, mejorar las infraestructuras, mejorar el Código Penal, que hay una reforma pendiente, y el sistema por puntos, mejorar la coordinación entre fuerzas policiales, realmente dar una imagen global de que esto va en serio. Esta es una responsabilidad que sí tenemos los políticos y los parlamentarios: dar en todas nuestras manifestaciones públicas, en todas partes, una imagen de que este es un problema gravísimo, que no podemos bajar la guardia y que debemos, atajar el consumo de alcohol, atajar los excesos de velocidad e ir en esa línea unívoca. Por tanto, bajar los accidentes sí que es nuestra responsabilidad. La de ustedes —yo les felicito por los datos y por la aportación que han hecho— es intentar que en esos accidentes fallezcan cuantas menos personas mejor y padezcan cuantas menos dolencias y lesiones de futuro. Esto es lo que agradezco muchísimo la aportación que ambos han hecho hoy en esta Comisión de Seguridad Vial porque creo que será útil para las conclusiones de la misma.

Con estas reflexiones una última y es que se decía, por parte del doctor Corral Torres, que debíamos educar a la persona que realiza la llamada. Estoy totalmente de acuerdo, debemos educar a quien realiza la llamada, y él decía que en las autoescuelas. Me atrevo a decir que no únicamente en las autoescuelas —que también— donde van los futuros conductores, pero no siempre un conductor va a realizar la llamada; a lo mejor la hace un menor de edad que va a utilizar el móvil de su padre que acaba de tener el accidente, que está en el coche y tiene que saber cuándo realizar una llamada de emergencia que no de urgencia y, también comparto totalmente esta distinción de que una cosa es la urgencia ante una enfermedad y otra es la emergencia.

Aquí estamos hablando de emergencias, debemos priorizarlas y, por tanto, también coincido en que el 112 debe ser para emergencias, pero hay que educar al que llama y debería hacerse a través de los medios de comunicación, a través de campañas publicitarias muy importantes. Tanto que se habla de campañas publicitarias deberíamos dirigir también alguna sobre cómo llamar, cuando llamar, por qué motivos llamar y cuando no hacerlo. Saber hacer una discriminación sería muy importante. Aquí entiendo que no únicamente en las autoescuelas, también en las escuelas de formación obligatoria. Ahora se está avanzando en la introducción de la educación viaria dentro de los módulos obligatorios de educación para la ciudadanía a partir de la implantación de la nueva LOE, y sería una gran oportunidad para que entre esos módulos obligatorios hubiera algún tema específico y que todos los alumnos, en todas las escuelas de España tuvieran aunque sea una lección sobre los servicios 112, cuándo llamarlos, cómo funcionan, qué hacer y qué no hacer. En esa educación al ciudadano, en lo que es la atención a la emergencia hay que demostrarles que eso sí que es educación para la ciudadanía, que no es otra cosa

que respetarse a sí mismo. Si lo utilizas mal, el día que tú lo necesites para una emergencia alguien quizá lo estará utilizando mal y tu llamada llegará más tarde, con lo cuál eso sí que es respetar al tercero y entiendo también muy valiosa esta aportación. Les doy la enhorabuena por su comparecencia aquí en el Congreso.

El señor **VICEPRESIDENTE** (Jiménez Pérez): Tiene la palabra el señor Souvirón por el Grupo Parlamentario Popular.

El señor **SOUVIRÓN GARCÍA**: Quiero también, en nombre del Grupo Parlamentario Popular, agradecer la comparecencia de la doctora Cegarra y del doctor Corral por su presencia y, también por lo importante de su aportación a nuestra Comisión.

Nosotros estamos convencidos de que el tratamiento frente al gravísimo problema de la inseguridad vial debe ser sistémico, debe ser integral y que cuando han fallado todas las medidas de prevención lo que nos queda precisamente es la actuación de la emergencia y la reacción frente a la emergencia que se produce ante los heridos en la carretera. Ese es un problema de tiempo, pero además es una lucha contra el tiempo en la que participan diversos equipos, diversas personas, diversos recursos y, por lo tanto, es un asunto de coordinación. Hay muchas cosas que han quedado claras. Yo tenía una batería de preguntas y casi me he quedado sin ellas porque yo iba a preguntar cómo se produce esa coordinación en cada uno de los tres grandes bloques de actuación, en la recepción de la llamada, la atención extrahospitalaria y luego la atención hospitalaria. En cuanto a los números 112, estoy de acuerdo con el señor Jané en que es importante que se unifiquen los números 112 en todo el territorio nacional siguiendo, por otra parte, una indicación europea porque facilita que se eliminen confusiones. **(El señor presidente ocupa la Presidencia.)**

Quería empezar preguntando si creen que cuando hay que movilizar los recursos, cuando tienen que actuar los servicios que ustedes representan, la información que se recibe de esos números 112 o del 061 es suficiente o haría falta una mayor información de forma que cuando se llegara al lugar del accidente, las ambulancias estuvieran suficientemente preparadas y sabiendo lo que se van a encontrar, con lo cuál ya ganaríamos algún tiempo. El señor Corral nos ha dicho que es partidario de convertir al 112 —si no he entendido mal— en un auténtico centro unificado de emergencia y a lo mejor va en esa línea, en la de facilitar una mayor información que, por otra parte, nos parece muy necesaria. En cuanto a la hora de oro, pero también los veinte minutos de estabilización, parece que los que han estudiado el tema dicen que son fundamentales esos primeros veinte minutos para llegar al lugar del accidente y estabilizar a la persona que lo ha sufrido. ¿Tenemos equipos suficientes, estamos bien preparados? Según algunos estudios internacionales, que creo que se corresponden mucho con la realidad general, se nos habla de que son mucho más efi-

caces los equipos medicalizados; parece que cuando hay un médico a bordo, sin ninguna duda desciende el número de fallecidos y es más fácil también tomar las medidas para que la recuperación sea más temprana. Por tanto ¿creen ustedes que existen suficientes medios por el conocimiento que tienen tanto en sus territorios como a nivel nacional o cómo podríamos hacer para que eso se subsanara?

Después está el traslado al centro hospitalario y ahí nos parece fundamental —en cuanto que luchamos contra el tiempo— evitar los traslados intermedios ¿Hay un mapa al que se pueda acceder desde cada una de las unidades que están en el lugar del accidente para conocer la situación geográfica del centro que reúne mejores condiciones o está más especializado para atender el caso concreto con el que nos enfrentamos o está menos saturado en ese momento o por regla general se conduce al accidentado al lugar más cercano, sin prever esos condicionantes que nos parecen muy importantes a la hora de eliminar tiempos intermedios? Me imagino que se comunica al centro hospitalario la situación de la persona que se está atendiendo para que los servicios de urgencias estén preparados. ¿Es posible mejorar ese momento en el que la asistencia extrahospitalaria se une a la hospitalaria? También hemos oído que, para empezar, habría que evitar que se dupliquen las atenciones, pero ¿verdaderamente en los centros hospitalarios se recibe al accidentado de tráfico igual que alguien que llega a las urgencias por cualquier otro tema o ya se ha hecho el proceso y se ha asimilado ese proceso de información que puede llegar desde la ambulancia correspondiente? ¿Habría que mejorar algo en ese sentido? ¿Son partidarios de la creación de centros únicos de emergencia capaces de coordinar todos los recursos disponibles en un territorio? ¿Creen que es suficiente la especialización de los médicos en materia de emergencias sanitarias durante su periodo de formación universitaria? ¿Entienden que es precisa una especialización en esta materia tanto para la atención extrahospitalaria como hospitalaria? Es decir que hubiera además una buena comunicación de forma que los profesionales que atiendan extrahospitalariamente luego se puedan incorporar a los centros hospitalarios puesto que se aprende a pié de obra en cada lugar. ¿Existe un protocolo común de clasificación por su gravedad de las víctimas de los accidentes de tráfico? ¿Existe un protocolo de actuación que tengan que seguir las personas que atienden estas urgencias extrahospitalarias? Yo considero, efectivamente hemos oído el yo considero, eso sería sustituible por un protocolo y sería —creo yo— conveniente. ¿Existe ese protocolo? ¿Están los centros sanitarios en general suficientemente preparados para atender con inmediatez a los accidentados? Es decir, ¿haría falta que hubiera unas unidades especiales para la atención de los accidentes de tráfico? ¿Existe algún sistema de auditoría y control de los servicios de emergencias en la actualidad? Porque nos parece que sería importante y, además de importante, el conocimiento que ahí se generara sería fundamental para seguir avanzando y para mejorar en el futuro, que también

es de lo que se trata. Esas serían las preguntas que me quedan después de sus intervenciones. Se las agradezco de nuevo; han sido muy importantes y leeré con mucha atención lo que han dicho; creo que lo tengo claro pero para tenerlo aún más claro y, sin duda, su aportación ha sido muy importante. Gracias por su trabajo.

El señor **PRESIDENTE**: Por parte del Grupo Parlamentario Socialista van a repartir dos portavoces el tiempo de su intervención. En primer lugar, tiene la palabra el diputado Alberto Fidalgo.

El señor **FIDALGO FRANCISCO**: Muchas gracias a los dos comparecientes por la importantísima información que nos han proporcionado. Es un tema sobre el que además quiero recalcar su importancia, desde el punto de vista de la salud pública, en una legislatura como esta, tan importante también para la salud pública y, con los enfoques que se intentan impulsar desde el Gobierno en cuanto a la atención a la morbimortalidad de este país. La propia Ministra de Sanidad y Consumo, en su primera comparecencia en el Congreso de los Diputados, ya apuntaba como un elemento clave de salud pública la atención a los accidentados de tráfico y, en un contexto más amplio, la seguridad vial. Esta Comisión, como se ha dicho, viene trabajando en ese sentido. Se han propuesto y adoptado medidas importantísimas y creímos también que era necesario completar este amplio panorama de la seguridad vial —como es lógico— con la atención a las víctimas de los accidentes de tráfico. Por eso, se han propuesto estas comparecencias, que están aportando mucha riqueza e información a todo lo que los diputados pretendemos. Por lo tanto, en nombre del Grupo Socialista quiero reiterarles nuestro agradecimiento.

Se han respondido ya algunas incógnitas y algunas preguntas que estábamos dispuestos a formular ya las han formulado anteriores diputados intervinientes en ese mismo sentido, pero quiero apuntar que nos vienen muy bien sus comparecencias porque una se presenta desde un panorama más urbano y otra desde un panorama más disperso como es la población de Galicia de la que soy también originario y que conozco muy bien. En ese sentido, a la doctora Cegarra le quería preguntar, quizá porque no sé si fue un olvido, el papel de los hospitales de Lugo y Ourense en el acercamiento de la atención a los politraumatizados en accidentes de tráfico. Luego le haré alguna pregunta. Es evidente, la preocupación de los servicios sanitarios por los tiempos, la rapidez, por la famosa hora y quiero hacer énfasis en que las estadísticas están contempladas en segundos, por lo tanto, es muy importante; eso traduce la preocupación de los profesionales por la rápida atención sabiendo que nos jugamos mucho en esa primera hora. En el Grupo Socialista nos felicitamos también por la consideración hacia la necesidad de una especialidad concreta para la medicina de urgencias y emergencias, que creo que estamos impulsando en el Congreso de los Diputados, el Gobierno y el Ministerio de Sanidad están dando pasos en ese

ámbito, y los grupos parlamentarios creo que tenemos una amplia base de consenso en esta cuestión. La atención, está claro por lo que hemos percibido, que es una buena atención en consonancia con el nivel del sistema nacional de salud, mejorable como también lo es el sistema nacional de salud, que plantea retos, pero partiendo de una base de cierta satisfacción en consonancia —como digo— con el nivel del sistema nacional de salud e incluso el nivel de nuestro país. Quiero hacer énfasis también en la importancia que se da a la actuación multidisciplinar en cuanto a la atención a los accidentados de tráfico; se planteaba incluso la posibilidad de centros de politraumatizados, que es una posibilidad y donde hay varios, pero ahí le quería preguntar al doctor Corral, cuál sería el papel del médico de urgencias específico en esos equipos multidisciplinarios. Otras preguntas que quería formularle al doctor Corral es ¿qué importancia cree que tienen las coberturas de responsabilidad y seguros de accidentes en la atención a los accidentes de tráfico? Porque estamos hablando de responsabilidades y coberturas de seguro que pueden determinar o influir en la atención o en la derivación e incluso en la adscripción a un centro u otro de los accidentados.

Ya se ha planteado aquí la necesidad de incluir en la educación de la ciudadanía, la formación básica para la atención a urgencias e incluso en la utilización de los dispositivos y, por lo tanto, no voy a insistir en ello, pero sí voy a remarcar, en todo caso, la gran oportunidad que ofrece la asignatura de educación para la ciudadanía. En cuanto a la importancia de todos los factores multidisciplinarios que inciden sobre los accidentes de tráfico; ¿cómo ve el doctor Corral la planificación urbanística? dado que muchas evacuaciones y muchos acercamientos se producen en las ciudades y muchos tiempos van a depender, precisamente, del tráfico en las ciudades y, por supuesto, el tráfico depende lógicamente de la planificación; si sería o no vital en esta planificación urbanística considerar como prioritario este tipo de cuestiones y qué papel cree que deben jugar los agentes judiciales, forenses, etcétera, en la atención a los accidentes de tráfico, porque no olvidemos que es una parte, a veces el tramo fatal del accidente, pero que sí están implicados.

En cuanto a la doctora Cegarra, me gustaría que nos explicara un poquito más cómo se realiza en Galicia la integración de la atención primaria en los dispositivos de atención en accidentes y si cree suficiente la formación de los médicos de atención primaria en la atención a las emergencias de accidentados de tráfico. También ¿cómo se coordinan los dispositivos dependientes, por ejemplo, de la consellería, con la Cruz Roja, Protección Civil, etcétera? ¿Cómo es esa coordinación, quién va, qué medios se utilizan? Y también creo que es importante que nos digan quiénes suelen realizar la primera llamada, porque es importante también para saber cómo tienen que hacerla y, en este sentido, qué papel juegan las patrullas de la Guardia Civil, Policía local, es decir los agentes, y si creen que es suficiente la formación básica de academia de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en este

tipo de cuestiones, de atención a las víctimas de las emergencias y a las urgencias y, o si se debería ampliar.

Por mi parte, que además tengo que gustosamente repartir el tiempo con la señora Álvarez, les reitero las gracias.

El señor **PRESIDENTE:** Tiene la palabra también por el Grupo Socialista su portavoz adjunta en esta Comisión, la diputada doña Eloísa Álvarez.

La señora **ÁLVAREZ OTEO:** Quiero reiterar, una vez más, el agradecimiento por la comparecencia de la señora Cegarra y el señor Corral por lo que entendemos es manifiestamente útil para esta Comisión. Una Comisión en la que normalmente nos dedicamos y trabajamos para lo que también se ha dicho aquí, para evitar el accidente.

El fracaso de esto es lo que realmente nos asoma a lo que ustedes han venido a explicarnos aquí, y no deja de ser un auténtico fracaso cuantitativamente hoy por hoy. De ahí, que sea tan importante también asomarnos al segundo aspecto de lo que supone aquello que no hemos podido evitar, que es evitable, es decir, el accidente de tráfico. Se han agotado las cuestiones sobre sus interesantes intervenciones por el resto de compañeros, creo que casi todos teníamos en mente las mismas preguntas y no voy a reproducirlas porque tendremos oportunidad de oír sus contestaciones, pero sí he creído entender y también me ha impresionado, y creo que es importantísimo, que hay un 75 por ciento de actuaciones o sea de accidentados porque ahí sí hay un amplio campo para poder actuar y poder mejorar. Manifiestamente mejorable es todo, según se ha expuesto aquí y es en ese ámbito en el que se trata de evitar de forma bastante significativa las muertes de ese 75 por ciento. Ahí —creo que se ha dicho también— había que incidir en la información no solamente del que llama, en la formación de las primeras personas que tienen contacto con el accidentado y ahí están todos los cuerpos de seguridad como son la Guardia Civil, policías locales, porque creo que todos discurrimos por las carreteras porque somos conductores y observamos que previamente a que llegue una ambulancia, muchas veces ya hay agentes en el lugar del accidente. También me ha impresionado, porque es una realidad, el porcentaje altísimo que bien por obstrucción de vías respiratorias e incluso por un sangrado pueden morir, y sí me gustaría saber hasta qué punto se podría trabajar o incidir en estas personas de primer contacto con el accidentado, aunque no sean médicos ni especialistas. Por ejemplo, haciendo una maniobra como la de sacar la lengua que obstruye la vía aérea; no es una maniobra excesivamente especializada, pero un guardia civil puede salvar la vida de esa persona con esa simple maniobra o sacar algo que ha tragado o algo que tenga en la boca. Esa persona que no es especialista, que no es médico, puede salvar la vida a un porcentaje de ese 75 por ciento. Incluso actuar frente a un sangrado también puede salvar vidas. La coordinación es fundamental y ahora formulo una pregunta de muy

difícil respuesta, pero creo que es lo que preocupa al ciudadano: me gustaría saber qué es lo que hay que hacer para que un ciudadano cualquiera, esté ubicado en cualquier parte del territorio español, no por estar ubicado en un sitio u otro tenga más posibilidades o menos de sobrevivir. Habría que incidir en esto porque yo soy de Castilla y León, y son provincias en las que la población está muy diseminada como en Galicia. Ha explicado todos los recursos y que hay mucha más dificultad en las actuaciones por las características de donde vivimos y cómo somos, pero a mí —como a ningún ciudadano— no me gustaría llegar a la conclusión de que porque seamos ciudadanos de estas comunidades tengamos menos posibilidades de sobrevivir, y ahí es donde me gustaría que —porque entiendo que es muy complicado— nos diera alguna pauta si puede para que no digamos esto en un futuro.

El señor **PRESIDENTE**: Vamos a dar nuevamente la palabra a ambos comparecientes para que puedan dar respuesta conjunta a los distintos portavoces. Tanto la señora Cegarra, como el señor Corral Torres tienen la palabra. Señora Cegarra.

La señora **DIRECTORA DE URGENCIAS SANITARIAS DE GALICIA-061** (Cegarra García): Respecto a la primera pregunta y del teléfono único en el 112, me da la sensación de que la tendencia es hacia el teléfono único, una central única donde se gestionen y donde entren todas las llamadas de emergencia. La realidad es que, en este momento no lo hay, por eso hemos hecho una primera medida acercarnos físicamente; nosotros estamos en Santiago de Compostela, y en la puerta de al lado está el 112. Además de esa cercanía, como el teleoperador tiene una pantalla a través de la cual entran los datos, los informáticos del 112 y el 061 hemos hecho una pantalla común, es decir, hemos dado un primer paso de acercamiento. El futuro va a ser el teléfono único, pero hoy si usted está en Galicia y llama al 112 tenemos una pantalla común 112-061, de tal manera que automáticamente cuando se pase la llamada no le vuelvan a repetir desde dónde llama, por qué llama, desde qué número llama. El primer paso para evitar esos problemas, que es cierto que están sucediendo, lo hemos subsanado. La tendencia será hacia un teléfono único. Solo es 061 para emergencias médicas; cuando desde el 061 entra una llamada para el 112 hacemos el paso inverso con lo cual, como tenemos la pantalla común, la llamada puede ser para ellos si llaman a bomberos o a policía. En el caso de los accidentes de tráfico, si el primer alertante llama al 061 y es una emergencia médica, automáticamente desde la central se ponen en contacto con el 112 para que ellos activen al resto de las fuerzas de orden público. Yo también creo que es importante el teléfono único, que las personas llamen al 112 y a partir de ahí se distribuya la emergencia. Tiene las dificultades de los soportes técnicos y lo que ya han superado aquí y en otras comunidades. En este momento, si en Galicia llaman al 112 para una emergencia médica el tiempo de gestión

de la llamada va a ser menor porque en este momento las pantallas son comunes. En cuanto al tiempo de la hora; probablemente no me expliqué bien. Lo que quiero decir —y el doctor Ervigio Corral me ha puesto aquí lo de los tiempos porque en ese proyecto que se está haciendo nosotros pusimos nuestros tiempos— es que en el primer tiempo que pone tiempo de gestión, es decir, desde el momento en que ocurre el accidente hasta que el accidentado llega al hospital, la suma de los tiempos está dentro de la primera hora de oro; a eso me refería con lo de la primera hora. Otro punto importante es el tiempo de asistencia de trece minutos, es decir cuando nosotros llegamos al accidente, trece minutos para un primer abordaje del accidentado, coger una vía y empezar a solucionar sus problemas de hemorragia y de sangrado y estar preparado para llevarlo al hospital, trece minutos es un tiempo en el que el accidentado ya está con un médico y en el que se están haciendo intervenciones y maniobras salvadoras de la vida. El hecho de tener una unidad de coordinación con un médico responde a otra pregunta; por ejemplo, en un accidente en el que un niño es el que coge el teléfono y llama al 061 va a tener un médico a su lado que le va a decir qué es lo que tiene que hacer y cuando pregunte si respira o no respira, le va a decir que le eleve la mandíbula, es decir las primeras maniobras. Por eso nunca van a poder esperar cuatro minutos, y por eso es tan importante que la población sepa qué es lo que hay que hacer y que detrás del teléfono en nuestra comunidad, en este momento y tal y como están las cosas, hay un médico que le va a decir paso a paso qué es lo que tiene que hacer. El teleoperador va a coger la llamada y usted va a decir: accidente de tráfico y punto kilométrico. Aquí en Madrid hablamos de calles, pero es que en Galicia, si hablamos de Ourense, puede ser en una rúa, en un monte, en una aldea en frente de la casa de Pepe el panadero y cuando llegas con el helicóptero te saludan con el pañuelo y no sabes si es el punto de aterrizaje o qué. Esta es nuestra realidad y los tiempos son los que tenemos aquí, los que ven en sus pantallas. Eso es lo que nosotros estamos viviendo, llegar a tiempo, pero aunque estén en la aldea más remota, tienen cobertura y si tienen teléfono fijo y el herido se está atragantando o está dentro del coche con la cabeza para atrás y se le va la lengua, hay un médico detrás que le va a estar diciendo: Tranquilícese, espere, no lo mueva, no lo toque, ¿puede avisar?, levántele... Entonces, esas primeras maniobras son, por un lado, indicaciones del médico y, por otro lado, evidentemente, si a la población general se la forma para hacer unas primeras maniobras, pero no ya en el accidente de tráfico sino si se le atraganta en casa con una aceituna, pues también en este caso va a haber un médico que le va a guiar... Son distintas maneras. Nos hemos adaptado todos a nuestros medios. La tranquilidad se deriva de que en cada sitio cada comunidad sabe cómo tiene sus servicios de emergencias y cómo tiene su población.

Respecto a lo de Lugo y Ourense, depende de qué tipo de accidentes se trate. Cuando hay un accidente en la provincia de Lugo o en la provincia de Ourense, hay hospitales comarcales, como el de Verín, Barco de Val-

deorras, Monforte y Ourense. Dependiendo de la patología, como el helicóptero está en Ourense buscará el destino del hospital. Lo mismo ocurre con Lugo. Nosotros lo hemos conseguido —eso va a haber que hacerlo y en esa dirección va el doctor Corral— con la atención a un paciente con infarto, es decir, cuando un paciente tiene un infarto, va directamente a la sala de hemodinámica que le corresponde, donde le reciben y luego se le retorna a su hospital. Con los accidentes de tráfico es parecido. La idea es el centro útil, que es donde tiene que ir el paciente; el médico que está en la calle, el médico de la central, informa de la situación del paciente y automáticamente se pone en contacto con el médico del hospital y, cuando nosotros llegamos por la puerta de urgencias, nos están esperando. Esa es otra ventaja de que haya médicos en una central que coordina todo lo que pasa por en medio con los tiempos, mientras los médicos asistenciales estamos en la calle. Si traen a un chico de dieciséis años de un accidente de moto, sin casco, con un traumatismo craneoencefálico, el médico coordinador dice: Parece que sangra porque no remonta y está a quince minutos de Juan Canalejo. De eso se encarga el médico de la central. Nosotros simultaneamos todas las acciones: llaman por teléfono, el teleoperador manda el primer recurso, pero el médico está detrás. En el estudio que hicimos en el año 2005 ocurrieron 12.000 accidentes de tráfico; alertaron desde el entorno del paciente y el propio paciente prácticamente 9.000, pero Guardia Civil y Policía local son los siguientes alertantes en el número de veces que lo hacen. Entonces, las indicaciones en primer lugar tienen que ir hacia Fuerzas de Seguridad del Estado y el entorno de la víctima, que es el primer interviniente —el primer interviniente es un ocupante del coche, que es el que va a llamar—; Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y, después, los médicos entrenados que lleguemos al punto. Los que ya trabajamos en el Samur estamos entrenados, pero hay una parte muy importante de médicos en nuestra comunidad —pero que se da también en Castilla y León y en Extremadura, cuando la población está dispersa— que van a ser primeros intervinientes y son los médicos de familia y de atención primaria. ¿Qué hemos hecho? Pues formar a los médicos de familia. Somos una unidad docente y los residentes rotan con nosotros. En un futuro rotarán a lo mejor los de intensivos y los anestesiólogos y éstos tendrán que saber que a ese paciente que está metiendo en el quirófano lo intubaron en la calle, tirado en el suelo, porque estaba sangrando y estaba muy grave. Nosotros vemos en el momento la situación del paciente y cuando hagamos la transferencia al hospital nos tienen que creer lo que les hemos contado, no pueden empezar otra vez desde cero. El Samur tiene más experiencia porque empezó antes. Nosotros llevamos en la calle diez años y realmente soy optimista porque en diez años nos hemos formado, hemos puesto unidades, hemos formado a los médicos APD, del pueblo. Es que estamos hablando de 300 municipios en Galicia, y en Andalucía pasará lo mismo. Es verdad que no es lo mismo tener un accidente de tráfico al lado de una ciudad que tenerlo en una

comarcal donde no pasa nadie que te pueda echar una mano, pero sí es cierto que la tendencia es a la equidad, que es lo que tenemos que buscar, que hemos puesto una ambulancia en cada municipio y que en este momento se medicaliza por los médicos que están en ese municipio y vamos a tener que formarlos, porque no podemos poner una ambulancia medicalizada en cada municipio porque eso no es operativo. Tenemos que aprovechar los recursos que tenemos: muchas ambulancias con personal formado y muchos médicos con ganas de trabajar. Ese es el planteamiento, pero soy optimista porque en poco tiempo hemos avanzado mucho. También hemos disminuido la mortalidad en los accidentes de tráfico. Al final los resultados son comparables con los de otras comunidades y extrapolables y comparables con Europa, que sí tienen legislados sus tiempos de llegada al punto. Sin embargo, cuando nos comparamos, no estamos demasiado lejos con Inglaterra o Alemania, y nosotros además contamos el rural y el urbano y hacemos media —por eso hablaba el doctor Corral de mediana— y contamos la media del vuelo del helicóptero; una media es el que tarda un minuto porque ve el tráfico, pero el helicóptero ha tardado veinticinco; no vale veinticinco más uno, veintiséis entre dos. No, los datos hay que tratarlos. Hablamos de tiempo de asistencia. Un médico intubando, un médico tratando en una ambulancia y trece minutos para salir del hospital me parecen tiempos buenos, o diez minutos en equis kilómetros. ¿Cuánto más rápido puedes ir si tienes una limitación a 50 por un pueblo?, ¿a qué velocidad vas a pasar por en medio de un pueblo? Ya sé que es jugar un poco con dos cosas: nos adaptamos a lo que tenemos y todas las medidas que podamos conseguir. Soy optimista porque en este espacio corto de tiempo los resultados en general han sido buenos. Hay que hacer muchísimo hincapié en la prevención primaria. Estamos acotando esto, estamos hablando de prevención secundaria, de una vez que ha ocurrido el accidente. No es por centrar otra vez el tema, pero esto es prevención secundaria: una vez que ocurre el accidente, ¿qué hacemos nosotros para disminuir las consecuencias de ese accidente? La idea es que no haya accidentes, bien, pero una vez que han ocurrido, nosotros somos esos representantes. No quiero que se lleven una imagen desalentadora. Yo ahora soy la gerente del 061, pero durante ocho años fui médico de asistencia, trabajé en Ourense, volé en el helicóptero y todas nuestras ambulancias tienen GPS para que no nos perdamos y estás constantemente con el teléfono, y te hablan de la marquesina del autobús y no ves la marquesina del autobús porque hay campo y campo. Esa es nuestra realidad. De ahí lo de la media de dos minutos o cinco minutos. Vamos contrarreloj y cuando te subes a la ambulancia y preguntas a cuánto estás y te dicen a veinte minutos, dices: ¡qué horror!, ¿y cómo llego yo en veinte minutos? Pero alguien tiene que haber; si está el alertante allí, está el señor de la autopista, si está el camionero que lo sabe hacer. Hay que llegar a un accidente, tener cuidado y señalizar el accidente porque, ¿cuántos accidentes hay porque nos quedamos mirando? Yo llego en la ambulancia y nos tenemos que poner en un

sitio donde no nos arrolle el camión que llega por detrás porque la Guardia Civil no ha llegado porque estaba haciendo un atestado en otro municipio. Esa es nuestra realidad diaria y nosotros lo pasamos a números, y vengo contenta con mis números porque reconozco lo que es la realidad gallega.

El señor **PRESIDENTE**: Doctor Corral.

El señor **DIRECTOR DE SAMUR MADRID** (Corral Torres): Voy a intentar responder a todas las preguntas hechas por los representantes, uno a uno, a ver si puedo.

Respecto al teléfono único, como ya ha dicho la doctora Cegarra, todavía hay realidades en las que no existe el 112 como centro de atención de llamadas de emergencia sanitaria. Hay dos comunidades, una la suya y otra La Rioja que no disponen de él, pero es que hay otras que sí disponen de él, pero como si no dispusieran porque es meramente una centralita que distribuye las llamadas al 061 o a otras centrales. Creo que el 112, como antes he comentado, debe ser no solo el único teléfono sino la única central porque el ciudadano no tiene por qué saber si hay veinte números o no, le tienen que dar todo hecho. Yo tengo que saber que está el 112 cuando circulo por toda España y también por toda Europa y que, llame donde llame o tenga el problema que tenga, me lo resuelvan. Eso es lo que tenemos que hacer con el ciudadano. ¿Qué le pasa a usted? Que se me está quemando la casa. Pues aquí hay un bombero que le atiende. ¿Qué le pasa a usted? Que me han robado. Pues aquí hay un policía que le atiende y le manda el recurso más adecuado. ¿Qué le pasa a usted? Que he tenido un accidente de tráfico. Pues desde el mismo 112, en una sola activación de una carta de llamadas sale para allá el recurso policial, el recurso de rescate y el recurso sanitario, sin tener que hacer tres llamadas. Así es como funciona en algunas centrales como, por ejemplo, la de aquí de Madrid, que les invito a visitar porque creo que es una referencia no solo en España sino en Europa. Creo que, pasados los primeros momentos, los primeros tres o cuatro meses en los que todos nos quejamos de problemas de coordinación, etcétera, la verdad es que funcionamos estupendamente, porque la llamada de sanitarios nos la pasan a nosotros y la que es de rescate se la pasan al otro y, si es una común, es el mismo operador, porque tampoco hay que rasgarse las vestiduras porque no sea un médico el que te atienda cuando tienes un problema de salud, porque, ¿qué tiene que decir un médico cuando alguien se cae de un cuarto piso?, ¿para qué tiene un médico que asesorar o regular esa llamada? Por eso decía antes que la emergencia se despacha y la urgencia se regula. En la urgencia debes preguntar para optimizar los recursos, pero cuando te dicen que ha habido un accidente de tráfico con un vuelco, ¿qué tiene que decir un médico ahí?, ¿por qué no puede un técnico que está en el teléfono mandar para allá a la unidad?, ¿por qué vamos a perder ese tiempo de respuesta y de

activación de la unidad en preguntar cosas que, al fin y al cabo, no van a valer para nada porque cuando llegue allí el médico se va a encontrar el panorama que se va a encontrar, que puede ser leve o puede ser grave? Por eso comentaba que más agilidad en los 112 y protocolos de actuación bien definidos. En Samur estamos pagando un porcentaje negativo con este sistema de un 13 por ciento; el 13 por ciento de todas las llamadas a las que vamos son avisos banales o negativos a los que no tendríamos que haber ido como servicio de emergencia. A cambio de ello, reducimos los tiempos de respuesta. Tenemos que valorarlo. Lo que está claro es que medio minuto que se baja es un porcentaje de vidas que se salva y eso lo tenemos perfectamente estandarizado. Un 112, lo primero.

Respecto a lo que comentaba el representante de CiU sobre lo del 26 por ciento, no solo le digo lo del 26 por ciento, sino que es la primera causa de muerte en menores de 39 años como creo que han informado los medios de comunicación claramente. A pesar de ser la sexta o séptima causa de muerte en nuestro país, después de los cardiovasculares, tumores, respiratorios, etcétera, a pesar de que solo supongan un 3 y pico por ciento, sin embargo tiene esa terrible posición de ser la primera en los jóvenes. Por tanto, creo que es imprescindible incidir, sobre todo en ese 75 por ciento en el que ustedes han incidido perfectamente. Con respecto a la pérdida sanguínea y contestando también a lo que decía la representante socialista, sin duda que algunos problemas de obtención de una vía aérea se podrían conseguir con técnicas de soporte vital básico que podrían conocer perfectamente los primeros respondientes; sin duda una cánula de Guedel la sabe poner cualquiera que esté mínimamente entrenado y que puede facilitar una vía aérea temporal hasta que llegue la unidad de soporte vital avanzado que realice el aislamiento definitivo de la vía aérea que al final va a tener que hacer. Esa gente nos está dando tiempo y está dando tiempo a esa persona para que la podamos atender. Por supuesto que los cuidados de soporte vital básico, todo es bien recibido. Cuanta mayor formación a esos primeros intervinientes, más tiempo hemos ganado los equipos de soporte avanzado y, por lo tanto, habremos conseguido sin duda salvar más vidas.

Gracias por la felicitación, pero es que es nuestro deber. Decía: es que han disminuido ustedes la mortalidad. Estaría bueno. Nosotros no estamos para administrar funcionarios, nos han puesto aquí para que intentemos reducir la mortalidad. Hasta tal punto que le diré que en el Ayuntamiento de Madrid, al que pertenezco, una parte de mi sueldo se va en la supervivencia de mis pacientes; a mí me pagan en función de la supervivencia de los pacientes que atendemos y me parece muy correcto porque puedo estar haciendo unos buenos convenios con los trabajadores o arreglando problemas laborales, pero para lo que me pagan realmente es para solucionar los problemas de salud de los ciudadanos, ya sea un accidente, una cardiopatía isquémica o lo que sea. Tenemos que minimizar ese impacto como sea. En

cuanto a la educación en las autoescuelas, tiene razón, preferiblemente en los colegios. Nosotros, a lo largo del año pasado formamos a 8.000 ciudadanos, la mayoría niños, en estas técnicas; es poco, pero creo que ninguno de los poderes públicos, no solo los servicios de emergencia, que también, podemos eludir eso, y los medios de comunicación y, por supuesto, los medios institucionales deben implementar sobremanera la educación en este sentido, que tampoco es nada del otro mundo y no conlleva demasiado tiempo. Incluirla en la educación para la ciudadanía es estupendo. No tendríamos por qué ir a los colegios a darlo si ya estuviera allí la asignatura y tuvieran pactado que fuera un profesor una vez al año a comentarles cómo es el 112 y qué cosas hay que hacer para activarlo y para qué nos sirve, sobre todo.

Respecto a lo que preguntaba el representante del Grupo Popular sobre el tema de si habría que aumentar la información que da el ciudadano al 112, la información es la que hay. Hay una frase famosa que dice que la urgencia la determina el ciudadano. ¿Cuál es la urgencia? La que el ciudadano determina. Para mí esto es una urgencia y yo tengo que, como profesional que estoy detrás de ese teléfono, determinar si para lo que usted quiere le tengo que enviar este recurso o el otro, pero la urgencia la determina el ciudadano, yo no le puedo pedir que haga un curso de alertante —ojalá pudiéramos formar a todos—, pero con la información que ellos nos dan, nosotros tenemos que trabajar. Lo que sí tenemos que hacer es intentar solucionar cuanto antes ese problema que para él es tan acuciante. Evidentemente, cada uno tiene su umbral de urgencia y lo que para unos es algo banal, para otros es grave. No podemos pedir más en ese sentido, lo que sí tenemos que hacer es poner los canales para que de la información que se desprenda, poca o mucha, del ciudadano podamos enviarle un recurso lo antes posible y sin demasiadas preguntas o complicaciones administrativas y enviando la unidad incluso antes de que acabemos el interrogatorio, como hemos dicho, separando la urgencia de la no urgencia, de manera que nos podamos detener en una consulta médica un cuarto de hora con un ciudadano hablando tranquilamente de lo que tiene que hacer con su hijo cuando tiene fiebre o con otra cosa, pero ante una emergencia hay que darle el resultado inmediatamente.

Sobre centro útil, el centro de trauma, indudablemente, pero tanto en esto como en la mayor parte de las patologías. Estamos cansados de ver cómo florecen como hongos unidades de hemodinamia, por ejemplo, para la atención de los infartos de miocardio. Por poner un ejemplo, todos los hospitales quieren poner una unidad de hemodinamia y está científicamente reconocido que solo tienen buenos resultados las unidades de hemodinamia que hacen más de mil angioplastias primarias al año. ¿Quién las hace en España? Tres, cuatro, seis centros. ¿Por qué no juntamos y ponemos un colectivo de médicos de urgencias de veinticuatro horas? Porque la mayoría de las unidades de hemodinamia solo funcionan en horario de oficinas y cuando tienes el

infarto a las tres de la mañana resulta que no hay hemodinamista que te pueda analizar. Creemos centros útiles, aglutinemos el tratamiento de cada una de estas patologías en centros importantes donde existan todos los recursos. ¿Centros de trauma? Por supuesto. Antes hablaba de Madrid, pero es que ni en Madrid ni en Barcelona ni en Andalucía existe ningún centro considerado como tal de trauma. Yo voy allí y me recibe un equipo compuesto por cirujano traumatólogo, intensivista, anestesista y urgentista. Me preguntaba usted cuál es el papel; el papel de urgentista es el de coordinador de todo ese equipo y es el que va a hacer también el triaje y el que va a determinar si este paciente es de tipo uno y va a requerir la atención de todo ese equipo de trauma o es un paciente que solo requiere la atención de un traumatólogo porque no tiene nada más que una pierna rota. Es preciso abordarlo de una vez. Hubo varios intentos hace tiempo de crear centros de trauma, abortados sin duda, me imagino, por cuestiones de gasto, pero hay que aunar los esfuerzos que todos los hospitales tienen en un gran centro que pueda disponer de todos los medios tecnológicos que son muy caros y, sobre todo, la posibilidad de tener guardias localizadas de todos esos especialistas tan caros. El tema del preaviso, aquí en Madrid se realiza, por supuesto, todas las patologías graves son preavisadas al hospital. Como nunca nos hemos fiado de su respuesta en los teléfonos, les hemos puesto una emisora; podría ser un ejemplo, cada uno de los hospitales de Madrid tiene una emisora del Samur que pagamos nosotros, porque nunca nos hemos fiado de que nos respondieran al teléfono, como así ocurre realmente. Entonces, les ponemos una emisora y les decimos que vamos con un paciente y que ya pueden estar preparados; vamos con un paciente, lo hemos avisado y además está grabado en el 112, con lo cual nos aseguramos de que somos recibidos por un equipo completo y, por supuesto, de que existe cama, porque también tienen el derecho de decir que no hay cama de críticos y que hay que ir a otro, lo cual me parece totalmente entendible.

Protocolos de triaje y actuación. No existen dos protocolos iguales y, desgraciadamente, peor que eso, hay servicios de emergencias que no tienen protocolo en los que cada médico actúa a su entender. Esto es así de triste y es la verdad. Si los médicos son buenos o malos, no lo sé. No me gusta suponer que mis médicos son buenos, no se lo supongo, les valoro, les controlo y tengo dos médicos en la calle para controlar sus actuaciones, que están detrás de ellos, que les valoran in situ y les hacen una valoración en cada una de las situaciones graves que nos pasan al departamento de calidad para comprobar si son malos, buenos o si tienen que ir a realizar formación o no porque, obviamente, habrá que tomar medidas con aquellos que no cumplen los requisitos como para atender al ciudadano en una situación tan crítica. No me creo a primera vista que todos los médicos de emergencia sean buenos, ni mucho menos, en mi servicio no lo son todos y por eso tenemos estos controles de calidad, controles que creo que se deben extrapolar porque es la única manera de garan-

tizar al ciudadano que le está atendiendo alguien bueno; el servicio puede ser bueno, pero el que le ha tocado ese día, no. Con el procedimiento ayudamos porque el médico no debe suponer sino que debe aplicar lo que está procedimentado, que no está inventado por el servicio sino por la evidencia científica. Debe aplicar lo que está procedimentado para igualar al ciudadano en derecho de asistencia para que, independientemente de que te haya tocado ese día el más acertado o el menos acertado, tengas la misma calidad de asistencia.

Al final comentaba el representante del Partido Popular si estamos preparados, en global. Si nos comparamos con el Reino Unido, donde no hay médicos en las unidades sino paramédicos, sí; si nos comparamos con Italia, donde prácticamente todos son voluntarios, pues sí estamos preparados; incluso si nos comparamos con algunos otros países, también. Pero no estamos suficientemente preparados, sin duda, ni en medios ni en cantidad de medios ni en cualidad de los mismos ni en formación. Yo lo percibo así. He trabajado en varios servicios de emergencia desde el inicio. El primer servicio de emergencias en España fue el (¿¿??) y tuve la suerte de empezar con los servicios de emergencia de España, trabajé allí, después en el Samur, etcétera, y no estamos suficientemente preparados para asistir con una garantía de calidad absoluta a los pacientes. ¿Que estamos mucho mejor que hace diez años? Sin duda, a años luz. ¿Que somos, sin duda, de los sistemas nacionales de salud mejor preparados para situaciones de emergencia? También seguro y en ese sentido me adhiero a ese optimismo, pero optimismo relativo, porque sería absurdo que yo viniera aquí a decirles a ustedes que no hagan nada porque estamos bien. No, hagan todo lo que puedan, que nos hace mucha falta. Ese es el criterio con el que he venido.

En cuanto a las preguntas de los representantes del Grupo Socialista, el papel de urgentista ya lo he comentado. Sobre la cobertura de los seguros, que si tiene algo que ver que se desvíen a un lugar o a otro, en los pacientes graves, en absoluto. Nosotros respetamos la zonificación antigua Insalud, hoy Imsalud aquí y ahora y, por supuesto, llevamos al paciente al hospital de referencia. Pero, en el caso del crítico, ni siquiera eso, le llevamos al centro útil que esté dotado. En absoluto respetamos el tema de los seguros. Es evidente que si un paciente tiene fractura de una muñeca y dice que por favor se le acerque a este otro centro, porque no hay

ninguna urgencia y se le lleva en una unidad de soporte vital básico: «si no le importa, acérqueme a la mutua de Sanitas porque si voy al general me van a cobrar luego», en ese caso no hay ningún problema. Sin embargo, en los pacientes graves se prioriza en todos los servicios de emergencia el criterio centro útil, sin duda.

Sobre la planificación urbanística, es una pregunta más para políticos que para técnicos. Le doy un dato: desde la construcción de los famosos túneles, hemos bajado los tiempos de respuesta en veinte segundos. Estábamos en 8,31 en el año 2006 y ahora mismo estamos en torno a los ocho minutos diez segundos desde que salimos hasta que llegamos y a eso hay que agregarle los casi dos minutos de tiempo de gestión que tenemos aquí en Madrid; hemos reducido veinte segundos. Esto, sin duda, dentro de unos meses, cuando veamos la supervivencia de los pacientes, se verá reflejado. Todo lo que vaya en el sentido de fluidificar la ciudad, para nosotros es estupendo. Eso es lo que le puedo contestar, sin querer introducir ningún matiz político, Dios me libre.

A la última pregunta, tremenda también, de si se atiende por igual en unas comunidades que en otras, he de contestar que no. ¿Hay ciudadanos de cinco, cuatro y tres estrellas? Sí, en cuanto a la atención en emergencias. Lo tengo clarísimo y cada uno que saque sus conclusiones con la atención en cada una de sus comunidades. Algunos lo tenemos más fácil, sin duda; los que trabajamos en zonas urbanas lo tenemos mucho más fácil y Dios me libre de meterme en el follón en el que está metida la doctora Cegarra, porque es mucho más difícil. Pero, sí, hay ciudadanos de cinco estrellas, de cuatro y de tres. Es así.

El señor **PRESIDENTE**: Muchísimas gracias, doctora Cegarra García y doctor Corral Torres, por su comparecencia en el Congreso de los Diputados. Han sido unas comparecencias útiles que quedarán reflejadas tanto en los materiales que dejen a la Comisión como en el propio «Diario de Sesiones». En nombre del Congreso de los Diputados y de la Comisión que presido y con el objetivo compartido por todos de disminuir los accidentes de tráfico y conseguir también que tras un accidente de tráfico puedan atenderse mejor las emergencias, les agradecemos su labor y su comparecencia hoy aquí.

Se levanta la sesión.

Eran las doce y veinte minutos del mediodía.

Edita: **Congreso de los Diputados**

Calle Floridablanca, s/n. 28071 Madrid

Teléf.: 91 390 60 00. Fax: 91 429 87 07. <http://www.congreso.es>

Imprime y distribuye: **Imprenta Nacional BOE**

Avenida de Manoteras, 54. 28050 Madrid

Teléf.: 91 384 15 00. Fax: 91 384 18 24

Depósito legal: **M. 12.580 - 1961**

