

INFORME JURÍDICO SOBRE LA NECESIDAD DEL INFORME DE TRASLADO EN LAS UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO

- Asociación Española de Técnicos de Enfermería, Emergencias,
Sanitarios y Sociosanitarios -

1. Análisis de la situación actual respecto de los Técnicos en Emergencias Sanitarias (TES)

En la Comunidad Autónoma de Madrid se está dando actualmente con mayor incidencia un problema con las empresas subcontratadas para realizar el Transporte Sanitario de Soporte Vital Básico.

Este problema estriba en que los Técnicos en Emergencias Sanitarias (en adelante TES) que prestan servicios para las diferentes empresas subcontratadas por la Administración Pública, están parcialmente desamparados en la prestación de sus servicios profesionales debido a que se les impide en su procedimiento de actuación profesional realizar el Informe Asistencial preceptivo, debido a que encuentran que no es necesario, útil o simplemente se ha instaurado este modo de actuación como una cómoda costumbre en el sector.

No todos los TES están afectados por esta situación, ya que en organismos privados como la Cruz Roja es un sistema que se encuentra implementado desde hace años, al igual que para los técnicos que desarrollan su labor al amparo directo de los organismos públicos.

Sin embargo, la mayoría de estos técnicos en la Comunidad de Madrid sí que se encuentran sometidos a esta situación de desamparo que afecta principalmente al derecho de los pacientes a estar informados de su situación sanitaria y al respaldo con el que cuentan los TES en el normal desarrollo de su profesión.

Este Informe Asistencial de transporte sanitario, específicamente en los Traslados de Soporte Vital Básico, es el documento que elaboraría la dotación del equipo que presta este servicio y en el que se recogería la actuación llevada a cabo en la prestación de un servicio concreto.

2. Beneficios del informe de traslado en las Unidades de Soporte Vital Básico

Idílicamente este documento serviría principalmente para garantizar la continuidad del proceso asistencial del paciente, pero, además, su aplicación tiene incontables beneficios no solo para el paciente, sino también para el profesional que presta los servicios y para el propio Sistema Nacional de Salud.

Pero las ventajas que proporcionaría realizar este tipo de informe de manera obligatoria y profesional podrían condensarse en las siguientes finalidades:

- Realizar una autoevaluación del servicio prestado para mejorar la calidad asistencial del servicio,
- Justificar legalmente las actuaciones de los profesionales frente a posteriores acciones de responsabilidad,
- Ayudar a la formación e investigación de los profesionales y tener una información detallada preparada para aportarla a los usuarios del servicio que quieran conocerla.

Por tanto, estamos ante una documentación legal nacida del derecho que tienen los pacientes a que queden reflejadas todas las actuaciones sanitarias que les realizan en el procedimiento asistencial sanitario y, además, un respaldo legal para las actuaciones que los propios profesionales sanitarios desarrollan en el transcurso de sus funciones.

3. Regulación legislativa

La situación que detallábamos al principio es una clara transgresión del espíritu normativo contenido en la Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Esta Ley establecía en su exposición de motivos que *“a pesar de que esta Ley fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, entre las que destaca la voluntad de humanización de los servicios sanitarios. Así mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, de un lado, y, del otro, declara que la organización sanitaria debe permitir garantizar la salud como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, que debe asegurarse en condiciones de escrupuloso respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del usuario, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan y sin ningún tipo de discriminación.”*

Por esta razón, no tiene cabida que, durante el transcurso de la asistencia sanitaria en ambulancia de Soporte Vital Básico, las técnicas y acciones que tenga que llevar a cabo el TES no queden recogidas en un informe específico que se una posteriormente a su historial clínico o, al menos, al informe médico de tratamiento correspondiente.

Tal es la importancia de este informe que la Comunidad Autónoma de Madrid en su Ley 12/2001, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, en su artículo 2 se recogen los principios básicos y establece que:

“1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

[...]

6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.”

Ambos preceptos presumen que existirá un Informe Asistencial para las Unidades de Soporte Vital Básico, porque de no existir, como es el caso, se estaría contraviniendo ambos principios básicos de manera clara y directa, ya que está existiendo una laguna en la documentación clínica del paciente y se está actuando en contra de la obligación profesional que tienen los TES en esta materia.

También en el artículo 4 de esta misma Ley recoge qué se entiende por derecho a la información asistencial estableciendo lo siguiente:

“1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma [...]”, como derecho para el paciente.

“3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”, como obligación profesional para los profesionales sanitarios y en concreto para el TES que realiza esta labor de Transporte Sanitarios de Soporte Vital Básico.

En otras Comunidades Autónomas sí se respetan los principios legales establecidos a nivel estatal y en su propia legislación autonómica, disponiendo de diferentes informes de asistencia sanitaria en el desarrollo del transporte sanitario que se engloban en tres:

- ✓ Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Avanzado, que cuenta con un completo repertorio de cumplimentación del estado físico del paciente y de los tratamientos que se le han puesto, es el más completo debido a que suele tratar con paciente en estado crítico de salud.

- ✓ Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico, que es el informe reclamado para los TES madrileños que ven cómo deben realizar un trabajo de manera precaria debido a la inexistencia de este informe y los riesgos que ello conlleva.
- ✓ Informe de Unidad de Transporte Psiquiátrico y el Informe de Unidad de Intervención Psicológica.

Lo habitual es la aplicación del Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Avanzado debido a su necesidad técnica ya que nos encontramos con el transporte de paciente en estado grave o crítico de salud que necesitan, aun en el transporte sanitarios, diferentes tipos de tratamientos médico que no pueden ser aplazados a otro momento.

Por estas mismas razones, este Informe es muy completo y se entra a informar en él del estado de salud completo del paciente, llegando a estar formado por tres copias automáticas que están destinadas al paciente, a la autoridad judicial o policial competente y a los propios archivos del organismo encargado del transporte sanitario.

Por tanto, este informe de Unidad de Soporte Vital Avanzado es el más completo en términos sanitarios, el que más respaldo legal tiene y en el que debería basarse cualquier otro Informe Sanitario de Traslado, como ocurre en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

4. Características del Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico.

Ciertamente el Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico es un informe sanitariamente más simple debido al estado de salud en que se trasladan a los pacientes en estos casos, pero su importancia, como hemos señalado anteriormente, es esencial, ya que para los profesionales TES y demás profesionales que componen las dotaciones de estas unidades de traslado significa un respaldo

jurídico a las actuaciones que ellos van a llevar a cabo y un claro conocimiento para el paciente del procedimiento sanitario en el que ha estado inmerso.

La estructura del Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico debe ser similar a la del Soporte Vital Avanzado, recogiendo los datos de la actuación, los del paciente, los datos de la valoración reflejando la valoración a la llegada y final del traslado, transcribiéndose todos aquellos datos sanitarios considerados necesarios como puede ser el nivel de conciencia del paciente atendiendo a la escala de respuesta AVDN o la escala de coma Glasgow.

Además se deberán añadir cualquier dato traumatológico que esté sufriendo el paciente, pese a que sean anteriores al traslado sanitario.

También, se deberá especificar los datos de Asistencia y Traslado en el que se reflejarán las distintas medidas terapéuticas llevadas a cabo por el equipo en cuanto al estado de las vías aéreas del paciente, la ventilación de este, su circulación sanguínea (pulso, hemorragias, etc...) y la posición de traslado.

El profesional sanitario también deberá incluir una serie de comentarios a la actuación llevada a cabo, incluyendo las demandas que haya hecho el paciente, una breve descripción de los hechos que han conllevado la actuación del servicio de traslado sanitario, antecedente médico del paciente que tengan trascendencia, cualquier hallazgo físico relevante, acciones terapéuticas llevadas a cabo y el cambio en el estado del paciente durante la asistencia y traslado.

Deberemos contar en este informe con una resolución de la actuación llevada a cabo, fijándose como datos imprescindibles el número del TATS del Registro de la Comunidad de Madrid así como la firma de los técnicos intervinientes. En caso de que se rechace el traslado y/o la asistencia del paciente, será obligatoria la firma del paciente o del responsable legal de este junto con su identificación.

Se deberá señalar también cual es el hospital receptor del traslado, la unidad receptora del paciente en caso de transferencia y la presencia en el lugar del personal de otros departamentos, organismo o instituciones.

Por último, se deberá cumplimentar el Informe con una serie de datos técnicos en el que se reflejarán las técnicas sanitarias utilizadas durante el traslado y los materiales utilizados.

Además, se podrán cumplimentar el informe con las incidencias acaecidas, información de los datos de un accidente de tráfico (caso específico), se señalará si el paciente es o no colaborador con el servicio sanitario, la actuación de diferentes organismos ajenos a la que lleve a cabo el traslado sanitario y se especificará mediante inventario cuales son estos y quien es el responsable de recepción en el centro de destino.

5. Régimen Jurídico del Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico.

Como se puede prever, la existencia del Informe de Traslado de Unidad de Soporte Vital Básico responde por una vertiente a una necesidad legal de amparar las actuaciones profesionales realizadas por los técnicos que realicen el traslado y, por su otra vertiente, pretende asegurar y reforzar el derecho del paciente al conocimiento e información de los tratamientos terapéuticos a los que ha sido sometido en todo momento.

Por ello, en el ordenamiento jurídico español, se incorporó el artículo 43 de la Constitución en el que se establecen las cuestiones y derechos sustanciales a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios sanitarios, es decir, la plasmación de los derechos relativos a la información clínica y la autonomía individual de los pacientes en todo lo relativo a su salud, que posteriormente se desarrolló en regulación básica estatal a través de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

Esta Ley estableció el sistema organizativo de los Servicios Sanitarios en nuestro país, pero además mantiene el máximo respeto a la dignidad de la persona y a la libertad individual, además de garantizar la salud como un derecho inalienable de la población.

A partir de esas premisas, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, trata con profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los usuarios que desarrolla.

Concretamente, es en su artículo 4 donde nace el derecho del paciente a que todas las actuaciones terapéuticas o sanitarias que se le realizan deben quedar plasmadas en su historia clínica, careciendo de sentido que en los períodos de Traslados mediante Unidades de Soporte Vital Básico en la Comunidad de Madrid no exista documentación acreditativa de las actuaciones llevadas a cabo en ella. Así lo recoge este artículo diciendo lo siguiente:

“Artículo 4. Derecho a la información asistencial.

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

3. El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle”.

La situación en la que se encuentran los TES de la Comunidad de Madrid atenta con el derecho del paciente que se ha establecido en este artículo y, además,

es un riesgo profesional descabellado que deben sufrir los profesionales que prestan estos servicios diariamente.

Además, la propia negativa por parte del Organismo que tiene otorgada la potestad administrativa para la administración de los traslados sanitarios en la Comunidad de Madrid supone que los profesionales, conforme al segundo párrafo de este artículo, estén desatendiendo una obligación legal impuesta al cumplimiento de sus actuaciones profesionales.

Incluso en el desarrollo normativo de esta Ley podemos ver como establece un fuerte sistema para asegurar que el paciente pueda disfrutar el derecho reconocido en su artículo 4, estableciendo en los artículos 14 y 15 una serie de requisitos para que el historial clínico del paciente esté completo y cumpla con las prerrogativas que impone este derecho.

Estos artículos 14 y 15 de la citada Ley establecen lo siguiente:

“Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica.

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.

2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

3. Las Administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella, así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas

adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental”.

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.

2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud.

El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a) La documentación relativa a la hoja clínico estadística.*
- b) La autorización de ingreso.*
- c) El informe de urgencia.*
- d) La anamnesis y la exploración física.*
- e) La evolución.*
- f) Las órdenes médicas.*
- g) La hoja de interconsulta.*
- h) Los informes de exploraciones complementarias.*
- i) El consentimiento informado.*
- j) El informe de anestesia.*
- k) El informe de quirófano o de registro del parto.*
- l) El informe de anatomía patológica.*

m) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.

n) La aplicación terapéutica de enfermería.

ñ) El gráfico de constantes.

o) El informe clínico de alta.

Los párrafos b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. Cuando se trate del nacimiento, la historia clínica incorporará, además de la información a la que hace referencia este apartado, los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que resulten, en su caso, necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre, en los términos que se establezcan reglamentariamente.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial”.

En base a estos artículos, carece absolutamente de sentido que en el trascurso de Traslados de Soporte Vital Básico no exista nada que documente lo acaecido en el traslado técnicamente, haciendo recaer esos traslados en una situación ilegal que ha venido siendo admitida como actuación ordinaria en la Comunidad de Madrid y que ha mermado totalmente el respaldo jurídico del que disponen los profesionales sanitarios que prestan este servicio.

Es esta la situación jurídica que debemos resaltar, ya que la ausencia de estos Informes está causando que los profesionales sanitarios destinados en las unidades de Soporte Vital Básico vean como sus actuaciones no tienen un respaldo legal que pueda protegerles frente a futuras injerencias en su actuación profesional.

De igual manera, en contraparte, los usuarios de estos servicios sanitarios no encuentran documentadas las actuaciones que les realizan estos profesionales

sanitarios desde la primera asistencia y durante su traslado en Unidades de Soporte Vital Básico.

Según se dispone en el Real Decreto 1397/2007, de 29 de octubre, por el que se establece el título de Técnico en Emergencia Sanitarias y se fijan sus enseñanzas mínimas, la competencia general de estos profesionales consiste en el traslado del paciente al centro sanitario, la prestación básica sanitaria y psicológica en el entorno pre-hospitalario, llevar a cabo actividades de teleoperación y teleasistencia sanitaria, colaborar en la organización y desarrollo de los planes de emergencia, de los dispositivos de riesgo previsible y de la logística sanitaria ante una emergencia individual, colectiva o catástrofe.

Todas estas competencias deben quedar documentadas conforme a los requisitos legales que hemos visto anteriormente ya que su realización afecta directamente al derecho del usuario sanitario al conocimiento de toda la información relativa a su estado de salud actual o pasado.

Esta ausencia del preceptivo informe en la forma de actuación de la Comunidad de Madrid en los que corresponde al Traslado de pacientes mediante unidades de Soporte Vital Básico ha conllevado diferentes reclamaciones por los usuarios de estos servicios que han visto afectados sus derechos en el procedimiento de atención sanitaria ordinaria, concretamente en el momento de traslado, y han dado lugar a la imposición de muchas sentencias judiciales en las que se otorgaba la razón en supuestos de Responsabilidad Patrimonial de la Administración, no por la infracción de la lex artis por los profesionales que realizan los traslados, sino por la imposibilidad del Servicio Madrileño de Salud de constatar que terapias, hechos, condiciones o circunstancias acaecían en el traslado de pacientes de manera correctamente documentada.

Pero no solo se violan las disposiciones legales expresadas hasta ahora sino que más recientemente la Orden PRE/2720/2015, de 7 de diciembre, por la que se actualizan cuatro cualificaciones profesionales de la familia profesional Sanidad, recogidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, establecidas por

Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero y Real Decreto 1087/2005, de 16 de septiembre, ha establecido en su ANEXO I cada una de las funciones de los Técnicos Sanitarios del Transporte Sanitario, estableciendo expresamente que en las situaciones en las que está obligado a prestar al paciente soporte vital básico y apoyo al soporte vital avanzado, es su obligación *“CR 2.12 El informe de asistencia cumplimentado, se entrega al responsable del centro sanitario útil, según protocolos establecidos”, “Productos y resultados: [...] Informe de asistencia cumplimentado, [...]”, “CR 5.3 El informe de asistencia, cumplimentado según requerimientos, se entrega al responsable del centro sanitario útil, según protocolos establecidos”,* en resumen una serie de requisitos que están siendo absolutamente desoídos por los Organismos de Salud Madrileños con potestad administrativa en materia de traslados sanitarios de pacientes, contraviniendo directamente una normativa con rango legal.

Donde principalmente se está sintiendo la repercusión de esta decisión de no realizar Informes de Traslados en los casos de Unidades de Soporte Vital Básico es en la reclamaciones presentadas ante el propio servicio de urgencia que acoge a los pacientes, con la intención de que la asistencia sanitaria recibida por el paciente sea total y sin lagunas como las que causa la inexistencia de estos informes.

6. Conclusión

Como ha quedado reflejado en el cuerpo del presente informe, los TES de la Comunidad Autónoma de Madrid que pertenecen a empresas privadas subcontratadas por los Organismo Administrativos con potestades en materia de Transporte Sanitario, se encuentran en una situación de desamparo en el desarrollo de sus funciones profesionales.

La inexistencia de Informes Asistenciales en el transcurso de Traslado de Soporte Vital Básico conlleva dos violaciones claras y directas del ordenamiento jurídico español.

Por una parte, no respeta el derecho legal establecido en la normativa estatal y autonómica que tienen los pacientes y usuarios de cualquier servicio sanitario de

conocer toda la información y documentación clínica de su estado de salud y terapéutico en cualquier momento del desarrollo de las atenciones sanitarias; por otra parte, contraviene la obligación legal a que están sometidos los Técnicos de Emergencias Sanitarias de documentar su actuación en cualquier servicio sanitario que realicen, ya sean de Soporte Vital Básico, Avanzado, Transporte Psiquiátrico o Intervención Psicológica.

Esta situación ha creado una serie de deficiencias que se traducen en un desamparo legal de las actuaciones profesionales de los TES y una violación del derecho legal de los usuarios de los Servicios de Salud que se traduce en la proliferación de reclamaciones administrativas contra estos servicios por la inexistencia de los Informes Asistenciales preceptivos, un descontentos general de los usuarios que sienten como su derecho al conocimiento de su documentación clínica es incompleta y, en definitiva, una situación de ilegalidad para cada uno de los muchos traslados diarios en Unidades de Soporte Vital Básico en la Comunidad de Madrid.

Por estas razones, se debe instaurar para las situaciones descritas en la Comunidad de Madrid los procedimientos necesarios para que los Técnicos de Emergencia Sanitarias afectados por esta situación puedan emitir los correspondiente Informes Asistenciales en el Transporte de Soporte Vital Básico, dando cumplimiento a las obligaciones legales establecidas para ellos y haciendo honor al derecho de los usuarios de los servicios sanitarios españoles.