

2.1.6. Transporte Sanitario.

Las quejas relativas a las condiciones del transporte sanitario programado son frecuentes en esta Institución, tanto las individuales, como las provenientes de asociaciones de pacientes que en razón de los tratamientos que reciben para sus dolencias, se ven obligados a utilizarlo con asiduidad.

En primer lugar es preciso referir que por dos veces hemos dirigido resoluciones a la Dirección Gerencia del SAS para que se proceda a la elaboración de una norma con rango adecuado que se publique en el BOJA, para regular la prestación de transporte sanitario en el Sistema Sanitario Público de Andalucía, a fin de superar las disfunciones que se están produciendo en los distintos dispositivos sanitarios encargados de su dispensación, por la existencia de una normación contradictoria y obsoleta (Resolución 95/90, de 28 de Diciembre; Resolución 21/95, de 3 de Julio; y N.I. de 18 de Abril de 1996).

Por parte de la Administración Sanitaria se nos aseguró que se estaba trabajando sobre la misma, aunque se reconocía la elevada complejidad, teniendo en cuenta los colectivos que podían verse afectados, así como su repercusión económica (se propuso al mismo tiempo la regulación de los casos en los que habría de reconocerse dietas para los acompañantes en los desplazamientos).

Lo anterior no obsta para que ahora volvamos a poner de manifiesto que las dificultades presupuestarias han aplazado ya por demasiado tiempo la citada normativa, que en todo caso podría limitarse a armonizar las disposiciones ya existentes, respecto a cuya aplicación existen discrepancias contrastadas en los centros sanitarios del sistema público andaluz, sin que a estos efectos se requiera ningún aporte presupuestario suplementario.

De todas maneras, ante la reiteración de las quejas por las condiciones en las que se desenvuelve el transporte sanitario colectivo, cuya prestación se lleva a cabo normalmente a través de medios ajenos concertados, también tratamos de comprobar, por medio de un expediente de queja de oficio, si desde la Administración Sanitaria se realizaba algún tipo de control sobre el funcionamiento de estos medios.

Desde la Inspección de Servicios Sanitarios se nos informó de la actividad inspectora de los vehículos de transporte sanitario colectivo, en concreto destinados a los pacientes en diálisis, y aunque se trataba de comprobar el ajuste de los mismos a los requisitos previstos en el R.D. 619/98, de 17 de Abril, y los Pliegos de Prescripciones Técnicas (la intervención se contemplaba dentro de la línea inspectora de control del cumplimiento de la normativa sanitaria), en realidad se intentó hacer hincapié en tres aspectos: el cumplimiento de los horarios, el mantenimiento de las condiciones requeridas para obtener la autorización de funcionamiento, y la satisfacción de los usuarios.

En este orden de cosas se nos proporcionaron las conclusiones obtenidas de este estudio y se enumeraron las propuestas de intervención previstas. Entre las primeras destacaba sin lugar a dudas la insatisfacción de la mitad de los usuarios consultados en relación con el cumplimiento de los horarios de recogida tras la recepción del tratamiento, así como también las quejas relacionadas con los trayectos complejos que se apartan de las rutas habituales. Por lo que hace a las medidas propuestas se recogían las de previa aprobación de las rutas por las unidades gestoras del servicio en los hospitales, e inclusión

de esta obligación de aprobación previa en los pliegos de prescripciones técnicas de los conciertos; así como la de establecimiento de sistemas de comunicación para que las referidas unidades gestoras pudieran tener conocimiento de la hora de llegada de las ambulancias a los centros, de manera que pudieran adoptar medidas correctoras sobre la marcha.

En todo caso en este tema ya nos hemos posicionado, tomando como punto de partida que a los responsables sanitarios les corresponde distribuir y asignar los recursos para la mejor satisfacción de la asistencia sanitaria de la población, lo que necesariamente implica realizar opciones y compatibilizar prestaciones de la manera que se optimice el rendimiento de los medios para dar cobertura al mayor número de usuarios.

Somos conscientes por tanto de que el intento de compaginar los servicios en función de las necesidades de tratamiento de diversos pacientes entraña necesariamente ciertas incomodidades que resultan inevitables. Ahora bien, situados en esta perspectiva tampoco pueden resultar tolerables aquellas disfunciones que vayan más allá de lo que marca el límite de la racionalidad, y estas situaciones son las que deben merecer nuestra atención.

La prescripción facultativa del transporte sanitario presupone de por sí una situación de incapacidad en el paciente para acceder por sus propios medios al centro que le dispensa la asistencia. Partiendo de este hecho pueden darse factores añadidos, como la avanzada edad, o la concurrencia de patologías, que influyen decisivamente para que el desplazamiento se desarrolle en unas condiciones más penosas y que las incomodidades referenciadas resulten para ellos sencillamente insostenibles, debiéndose optar en estos casos por la prescripción de transporte sanitario individual.

Este planteamiento nos guió en el expediente de **queja 10/2310**, en el que la interesada nos detallaba las circunstancias en las que se produjo el fallecimiento de su marido, con incidencia de la atención sanitaria dispensada en sus últimos momentos, en su calidad de paciente terminal de cáncer en cuidados paliativos.

La queja de la interesada se centra en dos aspectos fundamentales, por un lado en cuanto a las condiciones del transporte sanitario, referido también a dos momentos temporales distintos, a saber, el proporcionado para los desplazamientos del paciente al hospital de referencia para recibir tratamiento de radioterapia, y el requerido para el traslado del mismo a su domicilio desde el servicio de urgencias del hospital de origen, el día antes de su fallecimiento.

En segundo lugar se centra en la desatención y trato insensibilizado que supuso la no realización del TAC que un facultativo le prescribió para diagnosticar la nueva sintomatología detectada (parálisis facial y falta de habla), tras acudir a la demanda de asistencia realizada a través del 061, y después de ser trasladado al hospital Santa Ana y pasar muchas horas en unas condiciones inadecuadas para su estado.

Así, para ejemplificar sus denuncias, la interesada relata los incoherentes recorridos realizados por las ambulancias colectivas que recogían a su marido sobre las 6:00 horas de la mañana para alcanzar el hospital entre las 8:30 y las 9:00 horas, retornando a su domicilio alrededor de las 15:00 (el trayecto de Almuñécar a Granada dura aproximadamente 60-70 minutos). En estos viajes entiende que desde Almuñécar, pasaran a recoger a otros pacientes por las localidades de Salobreña o Motril, y demás pueblos en

el recorrido; pero lo que estima de todo punto incomprensible, es que tuvieran que ir a Lanjarón o a Órgiva, o que al regreso desde Granada hubiera que esperar durante horas en el centro de diálisis de Motril, para recoger a los pacientes que también se dirigían a Almuñécar.

La interesada destaca que las personas que utilizaban estos medios de transporte junto a su marido, estaban igual que él muy enfermas, y llegaban aún peor a su destino después de estos recorridos, y a sus domicilios tras haber recibido el tratamiento, por las demoras soportadas y la saturación de las ambulancias.

En otro orden de cosas la interesada manifiesta que el 17 de Diciembre de 2009 su marido se vio repentinamente afectado de parálisis facial, al tiempo que no podía hablar, por lo que llamó de inmediato al 061. Al parecer acudió a su domicilio un facultativo que conocía perfectamente la enfermedad del paciente pues pertenecía al equipo de cuidados paliativos que lo trataba, el cual creyó oportuno llevarle al hospital para la realización de un TAC a fin de comprobar si los referidos síntomas obedecían a la presencia de la metástasis en el cerebro, y por si había posibilidad de recuperar el habla.

Por lo visto el mencionado facultativo indicó a la interesada que había ordenado la realización del TAC a primera hora de la mañana, así como que inmediatamente después llevaran al paciente a casa, pero esta prescripción no llegó a cumplirse, pues este último pasó la noche en urgencias del hospital Santa Ana, de manera que al día siguiente nadie sabía nada sobre la prueba referida. De hecho tras muchas horas de incertidumbre, y merced a la intervención de un enfermero que también pertenecía al equipo de cuidados paliativos que hacía el seguimiento de su marido, y ante la situación de fallecimiento inminente del mismo, optaron por volver al domicilio.

En este momento se desencadenó para la interesada un nuevo estado de angustia puesto que, a pesar de reclamar la prestación de una ambulancia para efectuar el desplazamiento, volvieron a transcurrir horas sin que le prestaran el servicio, y fue necesario que interpelara directamente a personal de la empresa, para que por fin preparasen a su marido para el traslado, llegando definitivamente al domicilio sobre las 19:00 ó 20:00 horas, en el que falleció al día siguiente.

Pues bien en el curso de la tramitación de este expediente solicitamos informes a los hospitales implicados en los hechos reclamados, habiendo recibido sendos escritos explicativos tanto del hospital de referencia, como de la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada, en la que se engloba el hospital de origen.

Así por parte del primero se puntualiza acerca de la existencia de dos tipos de transporte sanitario, el individual y el colectivo, correspondiendo al médico responsable del paciente la determinación del tipo de transporte a través del volante de petición. Por otro lado señalan que por parte de la empresa de ambulancias se asegura el cumplimiento de lo establecido en el contrato suscrito con el SAS, aprovechando las plazas disponibles en los vehículos, pero sin superar el número previsto, afirmando también que la citada empresa tiene acreditados certificados de calidad para el transporte de pacientes.

Por parte de la segunda se abunda en cuanto a que es necesario racionalizar los servicios de transporte para que se pueda garantizar a todos los ciudadanos que lo necesiten, y aunque reconoce que los tiempos y recorridos muchas veces se prolongan más de lo deseable, estima que esto es inevitable en aras del bien común. A este respecto

mantiene que el día en que el interesado volvía desde el hospital de Motril a su domicilio se acumuló un elevado número de altas médicas que requerían transporte en camilla, por lo que de esta manera se retrasó el desplazamiento de los pacientes.

Por lo demás, y en cuanto a la falta de realización del TAC, piden disculpas por el “*cúmulo de circunstancias*”, que cifran fundamentalmente en una inadecuada coordinación e incompleta comunicación entre los equipos de cuidados paliativos y de urgencias del hospital, que dieron lugar a la demora excesiva en la práctica de la prueba, la cual de hecho reconocen que no se llegó a realizar, procediéndose a la instauración de tratamiento y alta al domicilio.

En todo caso el área de gestión sanitaria Sur de Granada nos da cuenta de la creación de un grupo de trabajo para dar respuesta al derecho a una muerte digna, y alude igualmente a una revisión de los protocolos de actuación para mejorar las pautas de coordinación entre los profesionales, así como los relativos a la empresa de transporte sanitario.

Por último, aun comprendiendo el dolor que embarga a la interesada ante lo sucedido, defiende la profesionalidad y humanidad de los trabajadores integrantes del servicio de urgencias, y lamenta que la percepción negativa por este suceso, se extienda al conjunto del proceso asistencial del paciente.

Ciertamente, como señala la gerencia del hospital de referencia en su informe, la decisión sobre el tipo de transporte compete al facultativo, pero mientras que por directrices organizativas internas el transporte sanitario individual aparezca reservado exclusivamente para los pacientes que padecen una enfermedad infecto contagiosa, o bien que precisen asistencia sanitaria en ruta; no resulta en principio esperable que los médicos lo prescriban a los pacientes que se rodeen de las circunstancias más arriba expuestas.

Entendemos por tanto que la concreción de las circunstancias que legitiman la indicación médica para la utilización de ambulancias individuales debe ampliarse para incluir casos en los que un menoscabo físico generalizado convierte en un auténtico calvario las que hemos considerado molestias inevitables del transporte sanitario colectivo.

En este sentido nuestra propuesta a la Secretaría General del SAS para que se establecieran criterios orientativos para los facultativos en orden a la prescripción del transporte sanitario individual frente al colectivo, fue aceptada por dicho ente directivo con la intención de ponerla en marcha de inmediato, anunciándonos el traslado de los mismos a esta Institución cuando fueran comunicados a lo distintos centros asistenciales. A pesar de que desde entonces han transcurrido casi tres años, no hemos vuelto a tener noticias sobre este asunto, y teniendo en cuenta que se siguen reproduciendo las quejas por las mismas cuestiones, de las cuales la de la interesada es otro ejemplo más en este sentido, es por lo que pensamos que poco o nada se ha avanzado en este asunto.

El segundo camino por el que hemos intentado favorecer la mejora de las condiciones de los desplazamientos de estos pacientes, es el de la puesta en marcha en todos los hospitales de las comisiones de seguimiento en las que se vienen integrando las asociaciones de pacientes afectados, y que a nuestro entender debieran ampliarse más allá de los correspondientes a los traslados de pacientes renales, pues el colectivo de pacientes oncológicos sometidos a tratamiento resulta igualmente afectado por la problemática que estamos considerando, siempre con el fin de que los puntos de vista de los usuarios en

todos los aspectos relacionados con los traslados, sean tenidos en cuenta (organización de las rutas, horarios, etc.).

Por la información que tenemos parece que en Junio de 2009 se abordó en una reunión conjunta de los hospitales Virgen de las Nieves y San Cecilio de Granada, la constitución de comisiones de seguimiento que funcionarían de manera independiente en cada uno de los centros, pero como hemos dicho estaban exclusivamente referidas a los traslados de enfermos renales, y en todo caso, la actividad que la correspondiente al hospital San Cecilio haya podido desarrollar con posterioridad, en el supuesto de que haya existido, no ha impedido que en ese mismo verano se provocaran al marido de la interesada los perjuicios que aquélla relata en su escrito inicial (demoras e itinerarios excesivos), y que amplía con posterioridad en sus alegaciones (olvidos de recogida, desvíos por poblaciones fuera de la ruta, cambios de vehículo durante el camino, ocupación de la camilla, exceso de velocidad, largas esperas en Motril para recoger a otros pacientes del hospital o del centro de diálisis,...).

Una vez decidido el regreso del paciente a su domicilio, la situación se agravó por la excesiva demora en la puesta a disposición de un medio de transporte sanitario, prolongándose de manera innecesaria la estancia de aquél en el hospital *“durante horas”*, según señala la interesada.

El informe recibido del área de gestión sanitaria Sur de Granada esgrime la racionalización del servicio para poder garantizar el mismo a todos los que lo precisan, aunque este modo de proceder repercute en el alargamiento de los tiempos y los recorridos de los desplazamientos. En concreto se afirma que la empresa de transporte sanitario había dado cuenta de la acumulación de un elevado número de altas médicas que requerían transporte en camilla en aquel día, por lo que se retrasó el traslado de los pacientes.

Vaya por delante que nada puede decirse en contra de la racionalización, que a nuestro entender implica organización y aplicación de criterios para mejorar la eficacia del servicio. Lógicamente las posibilidades de atención del servicio de transporte al alta hospitalaria, dependen del número de vehículos ambulancias con que se cuente para desarrollar tal cometido. Por otro lado, aunque el número de servicios requeridos varíen, es posible manejar datos estadísticos que permitan realizar estimaciones de los recursos con los que la empresa concertada debe hacer frente a esta prestación.

Desconociendo uno y otro aspecto resulta imposible realizar un juicio de suficiencia de medios, pero mucho nos tememos que la situación descrita por la interesada dista de ser un caso excepcional.

De todas maneras el relato de aquélla contradice el discurso administrativo, pues señala que durante largo tiempo en la puerta de urgencias permanecieron aparcadas dos ambulancias, de las cuales se marchó una, permaneciendo la otra. Es más, la reclamante insiste en su escrito de alegaciones en la aparente falta de criterio con la que se decidía la prelación en los traslados, y la autonomía con la que a estos efectos se manejaba el personal de la empresa, como demuestra el hecho de que cambiaran de opinión sobre el traslado de su marido ante la presión ejercida por ella.

A la vista de lo expuesto no podemos dejar de preguntarnos cuál es el criterio que decide la prioridad en el traslado, o si es que definitivamente aquél no existe y la situación del paciente en nada incide respecto del orden temporal en el que parten los

vehículos, aparte de cuestionarnos también si es que esta importante gestión se deja exclusivamente al arbitrio de la empresa de transporte, ante la que se abandona al usuario, sin que se la pueda dirigir con arreglo a criterios médicos o humanitarios.

Las consideraciones expuestas nos llevan a formular la siguiente **Recomendación:**

- A la Dirección Gerencia del hospital de referencia:

“Que se incorpore a los pliegos de prescripciones técnicas de los conciertos para la prestación del transporte sanitario colectivo, la obligación de aprobación previa de las rutas por parte del centro hospitalario.

Que se pongan en marcha o se evalúen sus funciones, en caso de existir, sistemas de comunicación entre los dispositivos de transporte sanitario colectivo y la unidad gestora correspondiente del hospital, de forma que se puedan adoptar medidas ante los horarios reales de llegada de los vehículos.

Que se establezca la comisión de seguimiento del transporte sanitario colectivo, y en su caso se amplíe su cometido en relación con todos los grupos de usuarios del mismo, entre los que lógicamente figura el de los pacientes oncológicos que reciben tratamiento en el hospital, a cuyas asociaciones debe darse cabida y participación.

Que se establezcan criterios orientativos para los facultativos en orden a la prescripción del transporte sanitario individual frente al colectivo, con explicación de las circunstancias concurrentes que por suponer una elevación de la penosidad de las condiciones de los desplazamientos más allá de lo razonable, hacen recomendable el traslado en un vehículo individual”.

- A la Gerencia del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada:

“Que se garantice la efectiva aplicación del Proceso Asistencial Integrado de Cuidados Paliativos, así como la continuidad asistencial ante las crisis de necesidad que impliquen la intervención del servicio de cuidados críticos y urgencias hospitalario.

Que se establezcan criterios de prioridad para los traslados en ambulancia tras el alta hospitalaria, atendiendo al estado de salud de los pacientes.

Que se de conocimiento a esta Institución de los resultados del grupo de trabajo constituido para garantizar el proceso de muerte digna, y de las medidas acordadas tras la revisión de los protocolos de coordinación con el resto de recursos de atención en cuidados paliativos, y con la empresa de transporte sanitario”.

El informe de respuesta que hemos recibido del hospital alude a las actuaciones adoptadas en relación con las condiciones del transporte sanitario, entre las que figuran la de la propuesta de incluir en el Pliego de Prescripciones Técnicas par la contratación del

servicio en Granada, el control de calidad, en el que se contemplan controles internos y externos con carácter periódico.

Por su parte el Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada nos ha enviado las conclusiones adoptadas por el grupo de trabajo constituido para el análisis de la atención sanitaria al final de la vida, algunas de las cuales ya han comenzado a ponerse en práctica.

En este caso hemos considerado que por parte de los Organismos implicados se han aceptado activamente los términos de nuestra Resolución.