



SAMUR - Protección Civil



Guía Legal de Emergencias Extrahospitalarias

• La problemática ética y legal a la que se enfrentan los profesionales de la emergencia.



Guía Legal de Emergencias Extrahospitalarias

**GUÍA LEGAL
DE EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS**

COORDINACIÓN

Rosa Suárez Bustamante. Lda. en Antropología Social. Enfermera Jefe de División de Control de Calidad de Operaciones SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

AUTORES

José M.ª Antequera Vinagre: Ldo. en Derecho. Profesor de la Escuela Nacional de Sanidad.

Dra. Isabel Casado Flórez: Lda. en Medicina. Jefe de Unidad de Calidad y Capacitación SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Dr. Ervigio Corral Torres: Ldo. en Medicina. Subdirector General de SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Dr. Alfonso Del Álamo Giménez: Ldo. en Medicina. Director General de Emergencias. Ayuntamiento de Madrid.

Juan Miguel Díaz Casillas: Técnico en Emergencias Avanzado SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Dr. José Carlos Fuertes Rocañín: Ldo. en Medicina. Psiquiatra.

Iván M.ª Ortega Deballon: Ldo. en Derecho. Técnico en Emergencias de SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

David Miguel Prieto Jiménez: Técnico en Emergencias Avanzado. SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Rosa Suárez Bustamante: Lda. en Antropología Social. Enfermera Jefe de División de Control de Calidad de Operaciones SAMUR-Protección Civil. Ayuntamiento de Madrid.

Francisca Velasco Rodríguez: Lda. en Ciencias Políticas y Sociología. Socióloga SAMUR-Protección Civil.

Edita: Ayuntamiento de Madrid

Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad
Subdirección General SAMUR-Protección Civil

Imprime: Piscegraf, S.L.

Depósito Legal: M. 27.568-2005

Índice

	<i>Págs.</i>
Prólogo	7
Introducción	9
Capítulo I. LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EMERGENCIAS. Iván Ortega Deballon	11
Capítulo II. LA RESPONSABILIDAD PATRIMONIAL EN LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS. José María Antequera Vinagre	31
Capítulo III. COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EMERGENCIAS. TRABAJO EN EQUIPO Y SUS REPERCUSIONES. Iván Ortega De- ballon	43
Capítulo IV. DERECHO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO IN- FORMADO. HISTORIA Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA. José María Antequera Vinagre	55
Capítulo V. URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. ASPECTOS MÉDICO-LEGA- LES. José Carlos Fuertes Rocafín	83
Capítulo VI. VIOLENCIA DOMÉSTICA. SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL. Francisca Velasco Rodríguez	99
Capítulo VII. LOS MENORES Y LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ATENCIÓN A LAS VÍCTI- MAS DE MALTRATO INFANTIL. Rosa Suárez Bustamante	107
Capítulo VIII. AGRESIONES SEXUALES. Juan Miguel Díaz Casillas	121
Capítulo IX. DESFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA. David Miguel Pri- eto Jiménez	125
Capítulo X. ALGUNAS REFLEXIONES ÉTICAS EN EMERGENCIAS. Iván Ortega Deballon	129
Anexo. NORMATIVA APLICABLE AL TRANSPORTE SANITARIO. Isabel Ca- sado Flórez, Ervigio Corral Torres	137

PRÓLOGO

Durante las dos últimas décadas hemos asistido al nacimiento y consolidación de una nueva disciplina médica: las emergencias extrahospitalarias. Se trata de un campo profesional joven, forjado a base de esfuerzo, trabajo y entusiasmo. Médicos, diplomados en enfermería, técnicos en emergencias, psicólogos, y muchos otros profesionales son los artífices de este logro, el cuál ha dado sus frutos en el seno de una sociedad que en estos momentos no podría concebir su sistema sanitario sin este eslabón fundamental.

La rapidez con la que se han desarrollado los Servicios de Emergencias Médicas no ha sido un obstáculo para que se hayan conseguido altas cotas de calidad en la prestación de la asistencia sanitaria en un medio tan hostil como es la vía pública. Buen ejemplo de ello es el SAMUR-Protección Civil de la Ciudad de Madrid, un servicio que no deja de buscar acicates que promuevan una asistencia de mayor calidad a sus pacientes, los ciudadanos de Madrid.

La Guía Legal de Emergencias Extrahospitalarias es un ejemplo más de cómo se puede avanzar en la mejora de la prestación sanitaria desde ámbitos que, aún pareciendo alejados, como son la Medicina y el Derecho, caminan unidos con el fin de garantizar a todos los ciudadanos, pacientes y profesionales, una asistencia sanitaria acorde con los tiempos que vivimos.

Los profesionales sanitarios de todos los ámbitos están viviendo momentos de incertidumbre y preocupación en lo que respecta a los aspectos jurídico-legales de su desempeño diario. Tanto la Medicina como el Derecho, son disciplinas enormemente dinámicas, entrelazadas en un sentido mucho más positivo de lo que el profesional sanitario percibe. El Área de Gobierno de Seguridad y Servicios a la Comunidad ha apoyado la elaboración de esta Guía entendiendo que su publicación supondrá una apreciable y apreciada contribución al asesoramiento del colectivo sanitario de los Servicios de Emergencias Extrahospitalarias, el cual tanto nos aporta día a día con su entrega y buen hacer.

Pedro Calvo Poch

CONCEJAL DEL ÁREA DE GOBIERNO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS A LA COMUNIDAD.
AYUNTAMIENTO DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Alfonso del Álamo Giménez

El objetivo fundamental de la presente GUÍA LEGAL EN EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS es el de ofrecer una puerta de entrada al mundo jurídico que más frecuentemente impacta en el quehacer habitual de los profesionales sanitarios de este ámbito. El servicio SAMUR-Protección Civil, en su búsqueda constante de oportunidades de mejora de la calidad asistencial, intenta contribuir con esta Guía a la misma, aportando a los profesionales un marco de referencia que les facilite el desempeño de sus competencias. Los profesionales del SAMUR-Protección Civil han demandando en repetidas ocasiones información acerca de las cuestiones jurídicas que se plantean en este modesto libro, el cual nace gracias a las grandes dosis de ilusión y compromiso de algunos de profesionales sanitarios que en algún momento de su trayectoria han vivido estas misma incertidumbre.

No se trata de un manual exhaustivo en donde se encuentren desarrollados todo los contenidos posibles, sino que se justifica, desde el punto de vista de una dinámica que consideramos trascendental: la unión y vinculación entre la praxis profesional y el derecho. Realidades que deben caminar de forma conjunta; el derecho no debe ser un obstáculo para la actividad asistencial, sino que ha de ser un factor que genere en los profesionales y servicios sanitarios sosiego y seguridad jurídica.

En la presente Guía se abordan cuestiones como la responsabilidad profesional, la responsabilidad patrimonial del servicio de Emergencias Extrahospitalarias, las competencias profesionales, los derechos de los pacientes (derecho de información, consentimiento informado y documentación e historia clínica y además aquellos aspectos prácticos que más dudas legales generan en los profesionales sanitarios. Y todo ello con un lenguaje asequible y de fácil lectura.

Vivimos una realidad asistencial en el siglo XXI: el **paciente** como centro de la prestación sanitaria. Consciente de esta nueva dimensión, la presente Guía pretende ser un posicionamiento activo en defensa del papel relevante que los pacientes juegan en las organizaciones sanitarias. El paciente en las Emergencias Extrahospitalarias han de ser activos partícipes en el ejercicio de sus derechos; además este enfoque ha de ir necesariamente unido a un posicionamiento más relevante de los **profesionales sanitarios**, potenciando que los ámbitos de inseguridad y desazón (como son las variables jurídicas y éticas), no supongan un obstáculo a la vertiente propiamente asistencial. En consecuencia, debemos redoblar esfuerzos en fomentar dicha cultura de la seguridad jurídica.

Esta Guía es el comienzo de una dinámica que SAMUR-Protección Civil considera relevante como factor legitimador de su rol institucional: la asistencia de emergencia a los ciudadanos de Madrid con un elevado nivel de calidad y seguridad. No obstante, en su ánimo está el hacerla extensiva a todos aquellos que puedan tener interés en los temas que aborda, de ahí, que la moderada tirada de ejemplares se vea compensada con su publicación en la página web del servicio: www.munimadird.es/samur.

Nuestro agradecimiento al apoyo recibido por parte de la Concejalía de Seguridad y Servicios a la Comunidad y el deseo de que el contenido de la Guía resulte de utilidad a todos nuestros compañeros en la asistencia extrahospitalaria constituye el punto final de un modesto aunque laborioso trabajo realizado con entusiasmo por todos los autores de esta Guía.

Capítulo I

LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN EMERGENCIAS

Iván Ortega Deballon

I. Introducción

Es evidente que el proceso de asistencia y cuidados de la salud se ha convertido en una relación mucho menos fluida y bastante más compleja. ¿Las causas?. Los cambios económicos, sociales, políticos y religiosos han modificado la actitud del paciente ante la enfermedad y, eventualmente, ante la muerte. Por ende, los medios de comunicación, fundamentalmente la televisión, han conducido a una *americanización* de la conducta del paciente (por ser Estados Unidos baluarte de estas actitudes). De ahí la exigencia de responsabilidades a los profesionales al estilo norteamericano, donde los abogados llegan a esperar en la puerta de las clínicas o en las salas de urgencias la salida de los pacientes y les preguntan: ¿le ha dolido la intervención? Si la respuesta por parte del intervenido o asistido es afirmativa, la demanda es ya una realidad.

Quizás esta tendencia genera el desasosiego de los profesionales de la sanidad que ven la imputación de una responsabilidad tambalearse sobre sus cabezas como una espada de Damocles. De las distintas responsabilidades en que estos pueden incurrir, la más temida y la más destructiva a nivel de opinión pública es, sin duda alguna, la penal. Y ello, a pesar de que las sentencias penales condenatorias que se han dictado por el Tribunal Supremo son escasísimas.

Como consecuencia, hoy asistimos a una práctica de la denominada "medicina defensiva" que empobrece enormemente la relación entre el profesional sanitario y el paciente y, además, la calidad y calidez asistencial.

¿Es acaso el Derecho o sus profesionales quienes persiguen al sanitario?. Rotundamente no. El Derecho únicamente castiga el comportamiento descuidado, la falta de atención debida y, en definitiva, el olvido temerario, afortunadamente muy poco usual, de lo que es el auténtico ejercicio de las profesiones sanitarias. El objetivo no ha de ser evitar problemas con la ley; la ley no ha de preocupar a quien practica la profesión sanitaria de una manera responsable y con rigor. Los profesionales sanitarios, están también sometidos a desaciertos, fallos y errores, a veces consecuen-

cia de las limitaciones de la ciencia que ejercen. De los errores también se aprende. Tras ellos es necesaria la reflexión; la autocrítica sincera que permitirá cimentar al profesional prudente y experimentado. Al Derecho no le interesan esos errores, si surgen de un profesional diligente y responsable. El Derecho, en su parte punitiva, se ocupa del sanitario que actúa sin atención, interés o dedicación suficientes; que asume tratamientos que superan su capacidad o preparación, cuando las circunstancias no le impongan otra conducta. Esto último es de gran relevancia, ya que en determinadas circunstancias de tiempo y lugar, y ante un riesgo vital inminente para el paciente, el profesional puede verse en la situación de actuar más allá de su capacidad y competencias ordinarias. En esta situación, denominada "estado de necesidad", siempre que se actúe en beneficio del paciente, el profesional será eximido de toda responsabilidad penal.

Estas y otras cuestiones las trataremos más adelante y son de sumo interés para el profesional de la emergencia extrahospitalaria.

II. Fundamentos para una correcta asistencia sanitaria en Emergencias

¿Cómo debemos proceder los profesionales de la Emergencia para evitar reclamaciones?. Esta es la pregunta que de forma directa hacen los sanitarios a quienes intentan explicar desde el ámbito del Derecho qué es la responsabilidad profesional. Pues bien. Los tribunales se basan en la actuación, en el proceder del reclamado. Y para ello buscan una referencia o patrón del correcto actuar. Esto no es sino el "deber objetivo de cuidado". La conducta, en definitiva, de un profesional diligente, cuidadoso y responsable. Pero para ser pragmáticos quizás convenga dar forma a estas palabras. Por ello, los pilares básicos de un correcto proceder y las circunstancias que los jueces van a valorar se exponen a continuación.

a. La actualización de los conocimientos como necesidad ineludible y como exigencia legal.

Quizás no hay disciplinas más dinámicas que la Ciencia médica (que englobaría los conocimientos de la Enfermería y de los Técnicos de Emergencias) y el Derecho. Ambas cambian y avanzan vertiginosamente de modo que es muy difícil hacernos dueños de ellas. Esto, al mismo tiempo, puede resultar un tanto desmoralizador y un reto fascinante por conocerlas más. De cualquier modo, una cosa está clara; una asistencia sanitaria basada en técnicas no actuales generará responsabilidad por parte del profesional que la presta. No podemos olvidar que se exige una capacidad

a aquel que se dedica a la prestación de asistencia sanitaria y el profesional, consciente de su preparación, deberá llevar a cabo un examen de su capacidad antes de actuar.

El deber de actualizar los conocimientos se refiere a un progreso científico y a unos resultados contrastados por la experiencia. Esto supone, lógicamente, que se exigirá tal preparación con mayor rigor al profesional especialista que al no especializado. Importante cuestión para los médicos dedicados a la Emergencia, que reclaman de forma unánime al Ministerio de Sanidad el reconocimiento de una especialidad en Medicina de Urgencias a través de los organismos que les representan. También para la Enfermería, ya que actualmente se ha aprobado el desarrollo de las especialidades, entre ellas la de Enfermería Médico-Quirúrgica, que englobaría a los profesionales dedicados a la Emergencia. En breve, se exigirá más a un Técnico de Emergencias Avanzado que al Básico cuando se culmine la regulación profesional de tal categoría y se reconozca esta de forma oficial. En resumen, una mayor especialización conllevará también mayor exigencia de responsabilidad a los profesionales de cada categoría.

Es oportuno pasar a analizar otro componente fundamental del deber objetivo de cuidado, que no debe ser vulnerado, como es el estudio de las circunstancias de tiempo y lugar en que se lleva a cabo el tratamiento o asistencia por parte del equipo sanitario. Veamos su trascendencia.

b. Las especiales circunstancias de tiempo y lugar en que se presta la asistencia así como la importancia de los medios disponibles: la *lex artis ad hoc*

Es evidente que no es igual ejercer la Medicina, Enfermería o ser Técnico de Emergencias en una pequeña población sin Servicio Integral de Emergencias implantado que en una gran ciudad como Madrid donde coexisten Servicios de Emergencia ya muy establecidos. Por esta razón, el deber de cuidado será mayor y más exigente en este último caso, lo que no significa la inexistencia de deber de cuidado en el primero.

Igualmente, factores de emergencia, catástrofe, guerra o similares pueden bajar el grado de exigencia del deber objetivo de cuidado, al obligar a intervenir al profesional que no es, ni se siente quizás, el más idóneo para ello, pero que debe hacerlo como mal menor dadas las circunstancias. Así se lo exigiría el deber universal de socorro cuya omisión puede incluso determinar que se incurra en un delito (el "delito de omisión del deber de socorro", que veremos en el apartado de Responsabilidad Penal). Veamos con mayor detenimiento estas ideas.

Las profesiones sanitarias se ejercen, obviamente, en un contexto social concreto y determinado en el que concurren numerosos factores. Estos condicionan la calidad y el nivel de la atención prestada y los resultados obtenibles. Partimos del hecho indubitado de que el ejercicio de la Sanidad en general conlleva de por sí unos riesgos implícitos relevantes, singularmente en algunas de sus especialidades, y que el paciente que reclama asistencia urgente lo hace porque padece una enfermedad o porque presenta un cuadro que genera un riesgo para su vida o estado de salud. Parece evidente, también, que la aminoración de esos riesgos dependerá, en gran medida, de los medios personales y técnicos de los que se disponga al atender la urgencia en concreto.

Por esta razón, es de suma importancia que el juez conozca exactamente el contexto en que se desenvuelve la conducta profesional enjuiciada, ya que el mismo adquiere gran relevancia al establecer la "*lex artis*" del caso concreto y el grado de cuidado exigible en el supuesto determinado que se juzga o valora. Es lo que se conoce como "*lex artis ad hoc*", y que hace que cobre una especial trascendencia el principio interpretativo de la norma según el cual la realidad social del tiempo en que ha de ser aplicada aquella ha de ser considerado (como establece el art. 3.1 del Código Civil)

Debe quedar claro que la urgencia vital no nos exime a los profesionales de la emergencia extrahospitalaria de pensar y actuar en beneficio del enfermo; pero este modo de pensar y actuar, debe ajustarse a las circunstancias. A nadie le será difícil entender que, en situaciones como los atentados terroristas perpetrados en diferentes ciudades de España, catástrofes, accidentes de aeronaves y de tráfico en que existe un común denominador de múltiples víctimas y una escasez de recursos asistenciales en los primeros momentos, se realicen determinadas técnicas por profesionales (técnicos de emergencia, enfermeros/as, médicos no especialistas...) que, en condiciones normales y con la dotación necesaria de medios, no tendrían justificación. Y es que, respecto al diagnóstico y cuidados en casos de urgencia vital, de nada serviría llegar a realizar el primero con gran certeza o los segundos con escrupuloso esmero, si para ello precisamos treinta minutos y el paciente, por la clínica que presente, se encuentra en situación de compromiso vital evidente. Cuando un paciente impresiona gravedad la premura en la realización de las técnicas puede suponer salvar a quien está a punto de morir o ya lo ha hecho hace unos minutos (como es el caso de las paradas cardiorespiratorias) situación sólo potencialmente reversible llevando a cabo maniobras y procedimientos de forma inmediata.

De hecho, las denuncias que surgen contra servicios de urgencia hospitalarios son, precisamente, por abusar de pruebas diagnósticas con demora del tiempo de respuesta cuando en ello le va la vida al paciente. Se da el caso de pacientes que

mueren en los pasillos de los hospitales mientras se espera el resultado de alguna prueba diagnóstica que no acaba de llegar.

Lo que en circunstancias normales podría constituir una imprudencia, a veces, en situaciones de riesgo vital o ante la existencia de múltiples víctimas, constituye una heroicidad. Insisto, ello no justifica jamás cualquier tipo de conducta. Posiblemente, la única regla moral, humana y profesional, para todas las actuaciones sanitarias en estos casos de extrema urgencia sea la hipocrática de "tratar al enfermo como uno mismo quisiera ser tratado", que traducido a nuestra situación no sería otra cosa que actuar como uno mismo quisiera que actuase otro compañero con nosotros.

En todo acto sanitario (de cualquier categoría), ya sea con fines diagnósticos, terapéuticos, etc. en casos de urgencia vital, la problemática rara vez se va a dar por una actitud activa, siendo precisamente la pasiva (u omisiva) la que puede dar lugar a la denuncia e incluso a la apreciación de responsabilidad. La negligencia posiblemente nunca podría reconocerse como tal en la actitud activa ya que el modo y las características de trabajo la harían disculpable. La impericia, aunque se diese, posiblemente nunca prosperase judicialmente, salvo que realmente fuese manifiesta, no ya por la situación de extrema gravedad del enfermo-herido sino por el modo burdo e inexplicable de actuación profesional.

De otro lado, el principio de intervención mínima del Derecho Penal y su función de castigar conductas claramente reprochables actuando como *última ratio* (sólo en supuestos en que no puede ser punida la actitud por otra vía) hacen dudar de la idoneidad de la vía penal. No se daría proporcionalidad en su uso si entráramos a resolver situaciones de este tipo que más parecen responder a conductas resarcibles, a lo sumo, mediante una indemnización (esto es, Responsabilidad Civil). Obrar de otro modo es injustificable y una forma muy criticable de desvirtuar la naturaleza y fin del Derecho Penal.

Continuemos con el estudio de los elementos integrantes del llamado deber objetivo de cuidado. Este ha de ser guardado por cualquier miembro del equipo sanitario si no quiere sumergirse en los nada sugerentes mundos de la negligencia profesional e imprudencia punible en general. Debemos referirnos ahora al deber de información y de obtener consentimiento (si bien se trata en mayor profundidad en otro capítulo de la Guía).

c. Deber de información y de obtener consentimiento

El cumplimiento de este deber no comporta la exclusión de responsabilidad para el profesional de la salud pues el asentimiento del enfermo está, en realidad, fuerte-

mente afectado por la ignorancia de lo que se le plantea, propone o informa. Por contra, la infracción del deber de información sí puede ser determinante de responsabilidad. No obstante, la dificultad en estos casos estribará en la prueba, dado el carácter normalmente confidencial y oral de la comunicación entre el profesional de la salud y el enfermo. Este derecho ha sido completado en su regulación por la reciente Ley 41/2002 Básica reguladora de la Información al paciente, sus derechos y que regula también la Documentación Clínica. De igual manera conviene tener en cuenta que el deber de obtener consentimiento queda excluido en supuestos de riesgo vital para el paciente, donde el principio de beneficencia nos permite actuar presumiendo el consentimiento del paciente que desearía, en principio, ser asistido si pudiese solicitarlo *per se*.

d. El riesgo que podemos considerar como permitido

Este será el límite máximo de la norma de cuidado, debiendo conocer el profesional hasta dónde puede llegar sin infringir tal límite. La participación en la vida social implica hoy numerosos riesgos para los bienes jurídicos; riesgos que, por otro lado, son inevitables por el desarrollo satisfactorio de nuestra sociedad. El Derecho Penal interviene para establecer unos límites adecuados a tales riesgos. Pero hasta este punto se puede incurrir en riesgo. Se permite tal riesgo porque el Derecho no puede proteger de forma absoluta los bienes jurídicos. En toda intervención quirúrgica, incluso en una actuación clínica de menor importancia, existe un cierto riesgo para la salud del paciente. El personal sanitario puede asumir ese peligro con el límite máximo de un "hombre inteligente y prudente" al que se añaden otros dos requisitos: el del valor social que suponga en general la actividad creadora de riesgo y el de la necesidad en el caso concreto de su realización. No cabe duda, por tanto, que se le pueden presentar situaciones al personal sanitario en general, y al facultativo en particular, donde deberá asumir en ocasiones un riesgo superior al que sería habitual en un caso normal (por ejemplo: realizar una técnica quirúrgica en plena calle, sin efectuar determinados preparativos en el paciente por existir riesgo vital inminente).

No quisiera finalizar este análisis del llamado *riesgo permitido* sin hacer una consideración de suma importancia: las situaciones de urgencia o emergencia a las que nos enfrentamos asiduamente el personal sanitario que nos dedicamos a la Emergencia son, quizás, los ejemplos más claros en los que el deber objetivo de cuidado se torna más flexible al seguirse unos protocolos y algoritmos que conllevan riesgos evidentes para el paciente. No es que seamos más incautos o que el Derecho nos conceda una patente de corso para hacer ejercicios de equilibrio entre el cuidado debido y la imprudencia punible. Pero la especial naturaleza de

las situaciones a las que tienen que hacer frente, unido a los medios limitados y a las circunstancias envolventes que existen conlleva, como vimos en otro apartado, que el grado de responsabilidad en estos supuestos sea, cuando menos, diferente.

III. Aplicación de estos fundamentos en la Jurisprudencia

Persiguiendo una exposición lo más práctica posible, no podría dejar de exponer dos Sentencias que ponen de manifiesto que proceder conforme a estos fundamentos en nuestra actividad asistencial es hacerlo conforme a Derecho. Y así lo definiendo también la doctrina. Por lo tanto, no solo el legislador sino los jueces y magistrados, últimos interpretadores de la norma y aplicadores de la justicia, así lo vienen entendiendo.

a. Sentencia de la Audiencia Provincial de Madrid, de 8 de marzo de 1994

La sentencia del Juzgado de lo Penal condenaba, en primera instancia, a un médico del servicio de urgencias hospitalario como autor de un delito de imprudencia temeraria. La Audiencia Provincial, sin embargo, dictó un fallo absolutorio al entender que el hecho de no haber ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos a un enfermo que padecía una patología coronaria aguda, no constituye infracción del deber objetivo de cuidado cuando el paciente no presenta clínica compatible de infarto en el Servicio de Urgencias.

En la sentencia se razona que los casos de patologías como la contemplada (*angor* que cedió al tratamiento con nitritos y que no presenta nueva clínica ni alteraciones analíticas ni electrocardiográficas) no justifican ingreso en UCI. Se establece, conforme a los dictámenes periciales obrantes en la causa, cuál era la "lex artis ad hoc", discrepándose de la sentencia dictada en primera instancia. Se especifica que se actuó conforme con los usos habituales en la experiencia clínica y asistencia de nuestro país

La conclusión es totalmente razonable y razonada. Si bien es cierto que el ingreso en la UCI podría haber aminorado el riesgo de muerte del paciente, no es menos cierto el dato estadístico y gestor. Desde un punto de vista sociosanitario, y de sostenibilidad, si todo paciente con angina que cede a tratamiento, y sin nueva clínica ni criterios electrocardiográficos ni analíticos de Síndrome Coronario, fuese ingresado en la UCI habría que multiplicar el número de camas en estas unidades de forma injustificable en lo que a costes-beneficios se refiere.

b. Sentencia del Tribunal Supremo, de 25 de marzo de 2005

La Sala Civil del Tribunal Supremo absuelve a un médico de urgencias de un hospital público al no haberse probado la relación causa-efecto entre la asistencia prestada y el daño irrogado a la paciente y por considerar que la realización de otras pruebas no habrían evitado el fallecimiento de la enferma.

Con esta resolución, el alto tribunal confirma las sentencias absolutorias dictadas en primera y segunda instancia en el caso de una paciente que falleció por un edema cerebral refractario a aneurisma de carótida interna izquierda y hemorragia subaracnoidea. Los magistrados de la Sala Civil no admiten el argumento de los familiares, que apuntaban como causa de la muerte "las graves omisiones del facultativo, reveladoras de la insuficiencia de los medios empleados". En concreto, la demanda censura que el profesional de urgencias "no realizó ninguna de las pruebas diagnósticas que hubiesen permitido establecer la verdadera causa de las cefaleas"...

La sentencia no admite este razonamiento y sí las causas por las que se absolvió al facultativo en las instancias anteriores. En primer lugar, el fallo considera que el diagnóstico realizado por el médico "no fue precipitado, incompleto, rutinario ni apresurado, sino pausado, completo y sin ningún género de apresuramiento, llegando incluso a reflejarse por escrito a pesar de encontrarse en urgencias, donde no es habitual este proceder".

En segundo término, los magistrados del Supremo sostienen que tampoco hay negligencia en las pruebas prescritas por el profesional, pues tras una exploración física completa se realizó «como prueba complementaria, una analítica de sangre con resultado negativo, e incluso se le remitió al servicio de Oftalmología para el examen del fondo de ojos».

Estos dos no han sido los únicos argumentos de exculpación del médico demandado, pues el alto tribunal analiza también si el resultado hubiese sido el mismo, esto es, el fallecimiento, de haberse realizado las pruebas propuestas en la demanda. Este razonamiento se sostiene con los informes periciales que apuntan que cuando la paciente ingresó en urgencias "ya existía una alta dosis de probabilidad de que el vaso en cuya zona se presentó el aneurisma se hubiera roto, produciéndose ya el sangrado". En consecuencia, el fallo concluye que "aun en el supuesto de que considerásemos que la ausencia del TAC fuera una conducta o actuar negligente por no haberse agotado todos los medios, no se puede afirmar categóricamente que dicha acción hubiera evitado el resultado de muerte".

TIPOS DE RESPONSABILIDAD

I. Introducción

En estos últimos años ha aumentado el número de reclamaciones judiciales por responsabilidad profesional. Sin embargo, no ha sido correlativo el aumento de sentencias condenatorias. Sí se han producido modificaciones en las normas procesales. La causa de esos cambios han sido los numerosos conflictos competenciales generados al determinar qué orden jurisdiccional debía conocer de una u otra cuestión. Sobre todo cuando junto al profesional es demandado el Servicio de Salud de la Comunidad Autónoma respectiva en que este desempeña su labor asistencial.

En cualquier caso, en todo litigio por responsabilidad existe siempre un denominador común: la necesidad de acreditar un daño y la de relacionar causalmente este con el proceder del profesional sanitario. Esta culpabilidad ha de ser necesariamente probada por el reclamante en la vía civil y penal. Sin embargo, tal circunstancia puede ser irrelevante en los procesos contencioso administrativos y, ocasionalmente, en los sociales. Esto ha determinado también la diferente regulación de la indemnización del daño sufrido por la víctima.

Así, el art. 1.100 del Código Civil limita la indemnización de los daños y perjuicios causados a los que "en el cumplimiento de sus obligaciones incurrieran en dolo, negligencia o morosidad y a los que de cualquier modo contravinieren el tenor de aquellas".

Por su parte, el art. 10 del Código Penal señala que "son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la ley" de donde la condena al profesional exige la acreditación del dolo o culpa para contraponerlo al principio de presunción de inocencia reconocido en el art. 24 de nuestra Constitución.

Sin embargo, ese reproche no es de tal importancia cuando la acción se ejercita por la vía administrativa y se sigue por la contencioso administrativa. Ya no se contempla tanto lo subjetivo (conducta del profesional) cuanto el examen objetivo de la situación creada (esto es, el posible reproche por mal funcionamiento del servicio público o administración demandada). Así lo señala el art. 139 de la Ley 30/1992 de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, donde no se nombra la culpa o negligencia como elemento constitutivo de responsabilidad patrimonial. Basta demostrar que el daño provocado es resultado del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos, salvo casos de fuerza mayor, para que a los particulares se les deba indemnizar de toda lesión o perjuicio sufrido. Lo mismo sucede en la jurisdicción social.

Al profesional se le exigirá la obligación de medios y no de resultados. Así lo ha reiterado la jurisprudencia del Tribunal Supremo según la cual el sanitario no ha de conseguir en todo caso la recuperación del enfermo sino que está obligado solamente a proporcionar al paciente todos los cuidados que este requiera conforme al estado de la ciencia médica y la ya nombrada *lex artis ad hoc*.

II. Tipos de Responsabilidad

Responsabilidad Civil

Ser responsable no es sino asumir las consecuencias de un daño. Normalmente, este daño es resarcible económicamente. Así, el art. 1902 del Código Civil establece que “el que por acción u omisión causa daño a otro está obligado a reparar el daño causado”.

Por eso, en toda apreciación de responsabilidad, existen al menos tres elementos: a) la acción u omisión, b) el daño y c) la relación de causalidad entre ambos. La responsabilidad civil puede ser contractual (cuando se incumple un contrato válido) o extracontractual (cuando tiene lugar por declaración legal debido a la acción u omisión interviniendo culpa o negligencia del responsable).

Responsabilidad Penal

Es la que mayor temor genera en el profesional, debido a sus posibles consecuencias (penas privativas de libertad y de derechos, además de penas económicas). En esta vía procesal habrá que demostrar siempre la culpabilidad del profesional. Esta puede ser únicamente por “dolo” (cuando existe intencionalidad en la acción del sujeto; esto es, deseo de provocar daño y/o conocimiento de actuar en contra de lo que dicta la norma) o por “culpa o imprudencia” (cuando no existe intencionalidad en provocar el daño, provocándose este no obstante; será consecuencia de un proceder descuidado, omitiendo la diligencia debida). Con otras palabras, en la conducta dolosa existe conciencia y voluntad de dañar mientras que la imprudencia se caracteriza por ausencia de ese elemento volitivo (el querer dañar) si bien el proceder descuidado lo termina produciendo no obstante.

Como es lógico, un profesional sanitario no procederá, en condiciones normales, con dolo. Nada más lejos de la voluntad de un médico, enfermero o técnico de emergencias que provocar daño. Por lo tanto, la imprudencia será, sin duda, la forma de culpabilidad que mayor interés suscitará. Casi todos los delitos que puede cometer

el profesional de emergencias exigen dolo (intencionalidad) para que podamos subsumir la conducta del mismo en la tipificada por el Código Penal. Siendo hartamente improbable, conviene, aún así, conocer su regulación. Lo haremos en breve.

Según nuestro ordenamiento, las acciones u omisiones llevadas a cabo de forma imprudente únicamente serán castigadas por vía penal cuando expresamente lo disponga así la Ley (art. 12 del Código Penal). Se distinguen, por otro lado, tres tipos de imprudencia: grave, leve y profesional.

Cualquiera que sea su clase, para que exista imprudencia en el ámbito de una profesión se requiere: a) acción u omisión voluntaria en el ejercicio de la profesión; b) que la conducta suponga infracción del deber exigible de cuidado (por tanto, conducta objetivamente descuidada); c) un daño efectivo y concreto para la salud de las personas y d) una relación de causa-efecto entre la conducta llevada a cabo y el daño producido.

La “imprudencia profesional” se refiere a la ineptitud o ignorancia de las reglas de la profesión. O bien por que tales conocimientos no se poseen, o bien porque no se han actualizado o porque, al ponerlos en práctica, no se hace como se exigiría a un profesional medio. Si no se produce daño a pesar del mal proceder o de la ineptitud manifiesta, no podrá hablarse de imprudencia profesional.

La “imprudencia grave” es la omisión de aquel cuidado o diligencia que puede exigirse al menos cuidadoso o diligente. En todo caso, debe existir también daño para que pueda castigarse al que lleva a cabo tal conducta. Mientras la imprudencia profesional se debe a desconocimiento de un aspecto de la profesión o de una destreza propia de la misma, la imprudencia grave no se debe a desconocimiento de contenidos profesionales de la categoría en concreto sino a un descuido, olvido u omisión que no tienen que ver con la competencia y destreza como profesional. Por ello, en este caso no existe agravación de la pena, como sí ocurre en la imprudencia profesional (que lleva aparejada la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión).

La “imprudencia leve” consiste en omitir la atención normal o debida en relación con los factores circunstanciales del hecho concreto, representando la infracción de un deber de cuidado de pequeño alcance. Por esta levedad, el Código Penal no la califica como delito sino como falta. Este es también el motivo por el que no se persigue de oficio sino tan sólo previa denuncia del ofendido o de su representante legal. Como ocurre con la imprudencia profesional y con la imprudencia grave, aquí también se exige un resultado dañoso de ese obrar levemente descuidado para que exista castigo.

Conviene señalar, por último, que conforme a lo establecido en el art. 109.1 del Código Penal, "la ejecución de un hecho descrito por la Ley como delito o falta obliga a reparar, en los términos previstos en las normas, los daños y perjuicios por él causados". Esto es, la responsabilidad penal conlleva la civil si existe daño que deba repararse.

En otros apartados de esta Guía se tratarán otros tipos de Responsabilidad como la Patrimonial o Administrativa. Conviene ahora conocer los posibles delitos que puede cometer el profesional si bien es situación harto difícil ya que, como quedó dicho, en todos los que se van a tratar se exige dolo o intencionalidad para su comisión.

III. Delitos que interesan al profesional sanitario de Emergencias

El delito de omisión del deber de socorro en la práctica diaria

El Código Penal vigente regula en su artículo 196 el delito de omisión del deber de socorro aplicado a los profesionales sanitarios en los siguientes términos:

"El profesional que, estando obligado a ello, denegare asistencia sanitaria o abandonar los servicios sanitarios, cuando de la denegación o abandono se derive riesgo grave para la salud de las personas, será castigado con las penas del artículo precedente en su mitad superior y con la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, por tiempo de seis meses a tres años".

Visto el tenor literal del artículo, conviene realizar una serie de consideraciones en lo que respecta a su interpretación. De este modo podremos extraer unas pautas de actuación de gran interés práctico en el desarrollo de nuestra labor asistencial independientemente de la naturaleza de la misma o del eslabón de la cadena asistencial en que nos encontremos (asistencia prehospitalaria, hospitalaria, etc.)

a) Se castiga al profesional: parece claro que el legislador está pensando en el profesional sanitario (que es el obligado, por su formación y competencia, a prestar asistencia sanitaria). ¿Son profesionales sanitarios los Técnicos de Emergencias a efectos del art. 196? Rotundamente sí. ¿Es necesario que la actividad que realices sea tu profesión? No. (Importantes consecuencias para el personal voluntario: Protección Civil, Cruz Roja, Médicos del Mundo, Médicos Sin Fronteras, etc). La profesionalidad no depende de la remuneración o no de la labor asistencial.

b.) Se castiga al obligado a prestar la asistencia: teniendo en cuenta el bien jurídico protegido, tal obligación parece emanar de la legislación administrativa. En

lo que respecta al personal sanitario (médicos, D.U.Es, auxiliares, etc.) se ha de rechazar una interpretación extensiva de la obligación de prestar asistencia. Se llegaría al absurdo de que los sanitarios ocultarían su profesión cuando saliesen a la calle, no fuese que no asistiesen a todos los vecinos de la manzana de ocurrirles algo en la vía pública (¡o incluso deberían acudir a sus domicilios a cualquier hora si fuesen requeridos!). Parece evidente que es preciso que exista una obligación clara de actuar y que tal actuación se dé como resultado de un requerimiento, una solicitud expresa del paciente o terceros con un interés directo. No basta el conocimiento indirecto y privado por parte del profesional para que este deba prestar asistencia de forma obligada (otra cosa bien distinta es lo que su ética y conciencia le dicten o muevan a hacer). En este mismo sentido se pronunció el Tribunal Supremo en su sentencia de 16 de Febrero de 1996: "el delito se comete cuando se produce una negativa consciente a responder a un requerimiento, sin que puedan incluirse aquí aquellas situaciones en las que, sin requerimiento expreso del particular, (...) tenga conocimiento indirecto de que ha sido solicitada su intervención".

c) Se castiga la conducta de la que se derive riesgo grave para la salud de las personas. Muchos autores han criticado duramente esta redacción. En efecto, parece ilógico que si se opta por castigar la omisión del deber de socorro por personal sanitario, tal castigo no debe estar sometido a la existencia efectiva de un resultado lesivo para las personas no atendidas, y menos exigir que este daño sea grave. Lo que se está castigando es la denegación de asistencia, (lo cual es lógicamente punible) y no debería depender de que la persona (paciente) resulte gravemente perjudicada, que no deja de ser una consecuencia más de la conducta típica del sanitario cuya omisión se persigue. No olvidemos que el deber profesional de todos los sanitarios (con excepción, quizás, del médico dedicado a la cirugía estética) es un deber de medios (en este caso, un deber de intentar proteger la salud) y no un deber de resultados (salvar la vida). En el mismo sentido se expresa el Código Deontológico de médicos y enfermeros/as. En realidad, una interpretación coherente del artículo hace pensar que bastaría omitir el socorro al que se está obligado para incumplir con el deber de acción, siendo irrelevante y secundario el que de tal omisión se derive un mayor o menor riesgo para la salud de las personas. Ahora bien, ha de quedar claro que se exige actuar con dolo, esto es con conocimiento y voluntad de actuar contra la norma, para que la conducta omisiva sea punible. No cabe, pues, omisión del deber de socorro, conforme a la regulación establecida en el artículo 196, si la conducta del sanitario es sólo imprudente.

Pasemos a ver, a continuación, diversas situaciones cotidianas en las que el personal sanitario pudiéramos pensar que incurriría en la conducta omisiva tipificada por el legislador en este delito:

1.º Sobrecarga de los servicios de urgencia hospitalarios y/o accidente con múltiples víctimas a nivel extrahospitalario: es evidente que, en tal caso, no se está denegando asistencia sanitaria alguna de forma voluntaria. Lo que existe no es, pues, una omisión consciente sino una incapacidad de actuar por falta de recursos humanos y/o técnicos. En estos casos, sin embargo, existe un deber, y conviene no olvidarlo, de petición de auxilio a otros profesionales y organismos (STS de 19 de Noviembre de 1981). Por otro lado, es muy posible que se deriven responsabilidades con respecto al centro, organismo o entidad al que pertenece el profesional que se ve desbordado y ello por la falta de previsión de su directivo o máximo responsable al no contar con el personal necesario para atender las urgencias (siempre en el caso de que se dé una afluencia normal de las mismas, ya que en casos de catástrofes o sucesos extraordinarios, por definición, no cabe previsión alguna).

En el caso de los accidentes de múltiples víctimas, a los que llega un primer recurso sanitario de cualquier servicio de emergencias extrahospitalario, no cabe planteamiento de delito de omisión del deber de socorro ya que se lleva a cabo una primera clasificación de los heridos (lo que se conoce como *triage*) atendiendo a la mayor o menor gravedad de las lesiones en relación con la mayor o menor probabilidad de supervivencia de los afectados. En definitiva, se atiende en primer lugar a los heridos más graves pero con posibilidades, al menos teóricas, de supervivencia, y se dejan sin atender los heridos más leves o bien aquellos cuya situación crítica o de muerte teórica (caso de las paradas cardiorrespiratorias) hacen presagiar posibilidades de supervivencia ínfimas. Este es un claro ejemplo de estado de necesidad, o caso de fuerza mayor, y la única exigencia para el personal sanitario interviniente es su cualificación técnica para llevar a cabo un *triage* rápido y eficaz y minimizar así la morbi-mortalidad en lo posible. Ejemplo clarísimo de esta situación fueron los hechos fatídicos del 11-M en Madrid. Del mismo modo, es exigible, en estos casos, una activación precoz de otros recursos de emergencia disponibles en la zona que acudirán como refuerzo.

La situación, quizás con sus matices, puede darse también en el Servicio de Urgencias Hospitalario cuando se satura de urgencias reales (los temidos picos asistenciales que desbordan toda previsión lógica). El correcto proceder sería similar al comentado: una clasificación o *triage* eficaz y sin dilaciones y la solicitud de apoyo a profesionales de otros servicios del propio centro o de otros (dependiendo de la magnitud del problema) caso de resultar preciso.

2.º Las comunicaciones telefónicas como fuente de riesgos: no olvidemos que toda conversación telefónica, por definición, evita el contacto directo usuario-profesional, genera múltiples errores provocados por la existencia de *ruidos* en los canales de conversación, da lugar a interpretaciones (más cuando el demandante de la

ayuda no pertenece al complejo mundo de la asistencia sanitaria) y es un canal cuya información no se suele registrar (salvo excepciones) provocando, a menudo, la indefensión del sanitario que lo utiliza como medio para dar consejos, cuando no órdenes, de naturaleza asistencial. Existen casos en la jurisprudencia del Tribunal Supremo en que se condena a médicos que denegaron asistencia urgente solicitada por teléfono por considerarla innecesaria cuando ello conllevó un resultado lesivo (en ocasiones la muerte) para el demandante o un allegado de este.

Los Centros Coordinadores de Urgencias (tipo 061 o 112) suelen resolver estos conflictos estableciendo protocolos de recepción de las llamadas y desencadenando respuestas asistenciales distintas (enviando uno u otro recurso) tras confirmar mediante la entrevista telefónica las necesidades del posible paciente. Por otro lado, los medios técnicos hoy disponibles (grabación continua de las conversaciones mantenidas en estos centros, posibilidad de dar recomendaciones médicas o realizar diagnósticos por teléfono como ocurre con la electrocardiografía transtelefónica o videoconferencia) reducen estos riesgos o al menos establecen medios para tener respaldos jurídicos ante posibles demandas.

3.º La denegación de asistencia en los casos de huelga del personal sanitario: si bien el artículo 28 de la Constitución Española reconoce el derecho a la huelga de todo trabajador en defensa de sus intereses, también se exige que los servicios esenciales a la comunidad queden cubiertos en tales situaciones. En este caso, nos encontramos ante un conflicto jurídico de intereses (se enfrentan dos derechos fundamentales: el de vida, salud e integridad frente al de huelga). Se deberá atender al caso concreto para establecer en qué medida la salud se ve afectada (si es la vida o la integridad, el rango jerárquico de tal derecho fundamental exige que la asistencia prime por encima del derecho a la huelga). En los mismos términos se expresan los Códigos deontológicos de los profesionales de la salud.

4.º El absentismo cuasi-exigido y el absentismo cuasi-legal: nos referiremos a los casos tan diferentes en los que el profesional sanitario es requerido para un aviso domiciliario o incluso en la vía pública cercano al centro sanitario donde trabaja (situación muy usual en Atención Primaria) para prestar asistencia urgente (con el consiguiente abandono del lugar de trabajo que puede quedar desatendido) y los casos en los que el profesional sanitario abandona voluntariamente su puesto de trabajo para tomar el descanso que le reconoce la normativa laboral vigente. Veamos la posible solución a ambos problemas.

Hemos visto que el artículo 196 del Código Penal castiga tanto al profesional que deniega asistencia como a aquel que abandona los servicios sanitarios estando obligado bien a prestar asistencia, bien a permanecer en su puesto.

En el caso del profesional que es requerido para atender una urgencia (domiciliaria o en la vía pública próxima al lugar de trabajo) la actitud que puede parecer más lógica es la de no abandonar el centro sanitario si este quedara, de hacerlo, desatendido. Ahora bien, deberá demostrarse que la ausencia conllevaría una desatención a otros pacientes y que estos la precisan con la misma urgencia, al menos, que la persona que ahora la reclama. Si esto es así, igual que para la población en general exige el Código Penal demandar urgentemente auxilio ajeno en caso de impedimento de prestar socorro (art. 195.2 del Código Penal), del mismo modo se exige solicitar la ayuda necesaria al sanitario que no puede acudir a prestar la asistencia debida.

Por otro lado, deberá atenderse la situación urgente que acaece en un domicilio o vía pública si en la cartera de servicios del centro en que se desempeña la labor asistencial está incluida la atención a urgencias (como ocurre normalmente en los Equipos de Atención Primaria). Y ello será así incluso si se abandona la labor de consulta médica (no urgente por tanto) que se estuviese desempeñando en el Centro.

Podrá ocurrir, en este último caso, que lo que se consideró una urgencia en un primer momento (a tenor de la información dada por teléfono, por familiares o el propio paciente que llama al Centro de Atención Primaria) no lo sea después de evaluarla el profesional *in situ*. Como es lógico, no es responsabilidad del profesional que esto ocurra puesto que descartar una patología de urgencia exige muchas veces, por no decir siempre, evaluar al paciente previamente. (La supuesta urgencia deja de serlo o, por el contrario, se confirma, sólo después de evaluarse por los profesionales).

En definitiva, la negativa del profesional a abandonar el Centro Asistencial para atender la urgencia o emergencia sólo es justificable legalmente si, en el momento mismo de ser requerido, el profesional se encuentra atendiendo otra urgencia de, al menos, iguales características en lo que a gravedad y posible pronóstico se refiere.

En lo que respecta al abandono voluntario para ejercer el derecho laboral de descanso (recordemos que se exige un mínimo de quince minutos de descanso para todo trabajador cuya jornada diaria continuada exceda las seis horas) es aconsejable que se establezca, por los Gerentes o Directivos del correspondiente Centro o Servicio, un sistema de control de salida y entrada para ejercer tal derecho. Del mismo modo, se aconseja que se establezca por parte de la dirección del Centro el tiempo máximo de descanso, ya que el Estatuto de los Trabajadores establece un mínimo (quince minutos) pero no un máximo. Esto ha provocado que los tribunales hayan llegado a interpretar, según la benevolencia del juzgador, si el tiempo empleado por el profesional sanitario era excesivo o no en el caso en concreto. Estableciendo un tiempo fijo, que conste por escrito, las responsabilidades derivarán en la Dirección

del centro que deberá prever y subsanar la ausencia durante ese tiempo de uno de sus empleados.

Podemos concluir diciendo que, en muchas ocasiones, será una vez más la ética, la profesionalidad (entendida como buen hacer y proceder) y la buena fe, acompañadas de una buena dosis de sentido común, la que nos diga cómo debemos proceder en cada uno de estos casos que hemos planteado y muchos otros que se nos ocurran. Actuando con estos principios como base, es realmente remota la posibilidad de vernos castigados por un delito de omisión del deber de socorro máxime si recordamos que la consecución de este delito exige dolo (esto es, actuar con conocimiento y deseo o voluntad de ir contra la obligación de asistir a quien lo precisa) lo que no cabe esperar de ningún profesional sanitario por lógica.

La violación del secreto profesional

Se regula este delito en dos apartados del art. 199 del Código Penal. En el apartado 2 se castiga de forma agravada al profesional sanitario por incumplir la obligación de sigilo o reserva y revelar secretos de los que tenga conocimiento en el desarrollo del proceso asistencial.

Se trata de un delito especial, ya que sólo lo pueden cometer profesionales sanitarios. Este es también el motivo por el que se castiga de forma agravada. Sólo se puede cometer de forma dolosa y existen situaciones muy puntuales en que puede quebrarse el deber de sigilo y de guardar secreto. Estas son:

— Situación de estado de necesidad, como pueden ser motivos para la salud de los propios profesionales o de terceras personas (caso en que traslademos un paciente en nuestra unidad con sospecha de meningitis y no sólo podamos, sino que debamos, hacerlo saber a otros profesionales y a nuestro centro coordinador para posible profilaxis antibiótica del equipo actuante).

— Para prestar auxilio a la justicia (en los casos que sea solicitada nuestra ayuda en un juicio). También el dar copia de nuestro informe asistencial, con datos confidenciales del paciente, a los agentes policiales (que actúan como agentes judiciales al iniciar las investigaciones pertinentes). No debemos olvidar que existe también para estos funcionarios públicos un deber de custodia y salvaguarda del sigilo profesional, de forma que si revelasen datos del paciente incurrirían ellos en delito con el agravante de ser realizado por funcionario público. No tiene sentido, por lo tanto, desde un punto de vista legal, que los profesionales sanitarios pretendamos negar la entrega de copias del informe asistencial a la policía competente para iniciar las

investigaciones que consideren oportunas. Otro proceder podría suponer obstrucción a la labor policial y denegación de auxilio a la Justicia.

Con carácter específico, la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal prevé en su art. 11.2 d) que no será necesario el consentimiento del afectado (paciente en nuestro caso) cuando la comunicación o cesión de los datos tenga por destinatario, entre otros, a los jueces o tribunales en el ejercicio de las funciones que tienen atribuidas. La Ley 41/2002, de 14 de Noviembre también regula el acceso a la historia clínica con fines judiciales estableciéndose en el art. 16.3 que en estos casos, cuando lo considere necesario la autoridad judicial, se facilitarán tanto los datos identificativos del paciente como los relativos a aspectos clínicos asistenciales. Por lo tanto, no es de recibo entregar copias en las que sólo se sobreescriben los datos personales y domicilio del paciente y el diagnóstico de sospecha. Es exigible también la entrega del resultado de nuestra anamnesis, actitud terapéutica y cuidados.

Aunque la cesión de datos a Cuerpos y Fuerzas de Seguridad no se regula específicamente en la citada Ley, en la realidad se produce con frecuencia cuando intervienen los Servicios de Emergencia Extrahospitalarios. La Ley Orgánica de Protección de Datos establece en el art. 22.2 que la recogida y tratamiento de datos de carácter personal por las fuerzas y cuerpos de seguridad para fines policiales se realizará sin consentimiento de las personas afectadas, siempre que obedezcan a dos finalidades: la prevención de un peligro real para la seguridad pública o represión de infracciones penales (ejemplo de persona que conduce bajo los efectos de alcohol o sustancias psicotrópicas, paciente agitado o psiquiátrico peligroso, paciente con enfermedades transmisibles que haya sido detenido y pueda potencialmente infectar a policías, paciente que ha ingerido drogas o *body packer*, etc). Tratándose de datos de salud, el art. 22.3 establece que en estos supuestos la recogida y tratamiento podrá realizarse exclusivamente en los supuestos en que sea absolutamente necesario para los fines de una investigación concreta. En cualquier caso, es la Policía quien resulta competente, como agente judicial que es en el desempeño de su labor, para comunicarnos a los profesionales sanitarios si tal necesidad se da en ese caso, sin que quepa por nuestra parte objeción al respecto ya que realizaríamos una extralimitación competencial evidente. Esta posibilidad de recogida y tratamiento deriva de la actividad de investigación policial reconocida a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad en la Ley Orgánica 2/1986 en su art. 11. Los agentes, no lo olvidemos, devienen garantes de esa información confidencial y poseen un deber de custodia especialísimo como funcionarios públicos, como ya se dijo anteriormente. En definitiva, colaboremos con ellos y facilitemos aquellas copias que precisen en beneficio de las posteriores acciones judiciales que puedan interesar. Podremos sugerir, eso sí, a estos profesionales las ocasiones en que tal información puede ser relevante para el desarrollo de sus investigaciones frente a aquellas en las que opina-

mos que nos solicitan esta únicamente para simplificar su labor administrativa. Si es así, y no se espera intervención judicial, estaría motivada nuestra negativa a tal cesión de datos y, entonces, la petición policial deberá venir autorizada por requerimiento judicial razonado, concretando los documentos de la historia clínica que sean precisos conocer para la investigación, procediéndose por nuestro Servicio al envío de copia o a facilitar el acceso a los archivos del correspondiente agente judicial.

— Por el interés científico o de investigación, siempre que se respete la confidencialidad en la custodia de los datos personales, conforme a la legislación vigente.

— En el caso en que conozcamos, con motivo de nuestra relación asistencial con el paciente, de sucesos que puedan suponer delito (agresiones sexuales, malos tratos, tráfico de drogas de los "body packers", delitos contra la salud pública, inducciones al suicidio, muertes con indicio de violencia, etc) existiendo entonces la obligación de denunciar los mismos ante la autoridad competente (conforme establece el art. 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal) pudiendo ser castigados caso de ocultar información relevante o de no cumplir con esta exigencia legal.

En el apartado 1 del art. 199 del Código Penal se regula un delito general de violación de secretos de los que se tenga conocimiento en el transcurso de las relaciones laborales o desempeño de un oficio. No existe el especial castigo que hemos comentado anteriormente que aplicamos al profesional de la salud. Y ello por entender que el paciente se encuentra, respecto a médicos y enfermeras, en una relación de especial confianza que exige a estos una mayor discreción y sigilo. Ahora, sin embargo, se pretende castigar, en este delito general, a todo aquel que, tangencialmente a la relación asistencial entre profesional sanitario y paciente, pueda conocer datos cuya revelación atentaría contra la intimidad del paciente (como pueden ser estudiantes de Medicina y de Enfermería, secretarías y personal administrativo de los servicios sanitarios, personal de servicios comunes y demás profesionales no sanitarios).

El delito de intrusismo

Se regula en el art. 403 del Código Penal. La conducta punible, que exige dolo igualmente para su comisión, no es otra sino la de ejercer actos propios de una profesión sin la posesión del correspondiente título que nos acredite para ello. La pena es mayor si, además, se da publicidad a la supuesta condición de profesional sanitario sin serlo.

Es importante reseñar que no se exige la habitualidad en la conducta, consistente en realizar actos propios de una profesión sin estar legitimado para ello, sino que basta con que se dé en una ocasión tal situación para que se castigue al intruso.

Capítulo II

**LA RESPONSABILIDAD
PATRIMONIAL
EN LOS SERVICIOS
DE EMERGENCIAS
EXTRAHOSPITALARIAS**

José María Antequera Vinagre

Los Servicios de Emergencias Médicas Extrahospitalarios (SEMES) se configuran como un servicio de trascendental importancia, son muchas las personas que tienen "la oportunidad" de una segunda opción de plenitud de vida. Las organizaciones públicas son conscientes de este especial papel de los servicios de SEMES. Además la percepción social de tales de servicios es de un alto nivel de calidad: los ciudadanos perciben el grado de calidad de un sistema sanitario en virtud de su visión de los servicios de emergencias.

La asistencia de emergencia cuando depende de un organismo público (en el supuesto de SAMUR-Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid), cuando de su actuación se derive el derecho de indemnización para un paciente o familiares se ha de realizar mediante la denominada responsabilidad patrimonial del servicio público.

Los casos más habituales de exigencia de responsabilidad patrimonial en actuaciones de los SEMES se centra en:

a) Demora en la llegada al punto de atención: es un volumen importante porque la percepción del tiempo en casos de urgencias por parte de los pacientes o familiares es muy diferente.

b) Falta de coordinación entre instituciones a la hora de asignar unidades a los puntos de atención: retraso en el envío de unidades por cuestiones meramente burocrático-administrativas.

c) Valoración del carácter urgente a los teléfonos como el 112.

La responsabilidad patrimonial del servicio sanitario público debe ser conocida cada vez más; generalmente el término "responsabilidad" tiene unas connotaciones negativas, y ésta se extiende también al concepto de responsabilidad patrimonial. Debemos cambiar de idea y de percepción de esta responsabilidad, y representárnosla como una responsabilidad EN POSITIVO.

A continuación se desarrolla el esquema jurídico-legal de la responsabilidad patrimonial:

Ámbito legal

a) Artículo 106.2 de la Constitución española: los particulares, en los términos establecidos por la ley, tendrán derecho a ser indemnizados por toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento de los servicios públicos. Para cualquier análisis de la responsabilidad patrimonial de un servicio público, en este supuesto.

b) Artículo 139 y ss de la Ley 30/92 de 26 de noviembre del Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo común. **Mediante esta norma se regula la forma de realizar una reclamación por un paciente frente a una administración, en este caso, sanitaria.**

c) Artículo 2.3 de la Ley 29/1998 de 13 de julio, reguladora de la jurisdicción contencioso-administrativa. **Es la norma que regula en sede judicial la exigencia de responsabilidad patrimonial por parte de una Administración Pública.**

Esquema jurídico-legal

Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento *normal o anormal* de los servicios públicos.

En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.

Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley. La jurisdicción competente es la contencioso-administrativa de acuerdo con el artículo 2.e de la Ley 29/1998, de 13 de Junio.

El plazo para reclamar es de **1 año** desde que se generó el daño. La especial singularidad del daño sanitario ha hecho que los Tribunales interpreten dicho requisito en un año desde que se ha sabido la extensión real del daño; por eso una reclamación en esta vía puede presentarse incluso pasado algunos años.

Esquema jurídico básico de la responsabilidad patrimonial de la Administración Pública:

El desarrollo normativo de la responsabilidad patrimonial se encuentra en la Ley 30/1992, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común:

De la responsabilidad de las Administraciones Públicas y de sus autoridades y demás personal a su servicio

Principios de la responsabilidad patrimonial:

1. *Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos.*

2. *En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, evaluable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas.*

3. *Por la aplicación de actos legislativos de naturaleza no expropiatoria de derechos y que éstos no tengan el deber jurídico de soportar, cuando así se establezca en los propios actos legislativos y en los términos que especifiquen dichos actos.*

Indemnización.

1. *Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley.*

2. *La indemnización se calculará con arreglo a los criterios de valoración establecidos en la legislación de expropiación forzosa, legislación fiscal y demás normas aplicables, ponderándose, en su caso, las valoraciones predominantes en el mercado.*

3. La cuantía de la indemnización se calculará con referencia al día en que la lesión efectivamente se produjo.

4. La indemnización procedente podrá sustituirse por una compensación en especie o ser abonada mediante pagos periódicos, cuando resulte más adecuado para lograr la reparación debida y convenga al interés público, siempre que exista acuerdo con el interesado.

Procedimientos de responsabilidad patrimonial.

1. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial de las Administraciones Públicas se iniciarán de oficio o por reclamación de los interesados.

2. Los procedimientos de responsabilidad patrimonial se resolverán, por el Ministro respectivo, el Consejo de Ministros si una ley así lo dispone o por los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas o de las entidades que integran la Administración Local.

3. Para la determinación de la responsabilidad patrimonial se establecerá reglamentariamente un procedimiento general con inclusión de un procedimiento abreviado.

4. La anulación en vía administrativa o por el orden jurisdiccional contencioso-administrativo de los actos o disposiciones administrativas no presupone derecho a la indemnización, pero si la resolución o disposición impugnada lo fuese por razón de su fondo o forma, el derecho a reclamar prescribirá al año de haberse dictado la sentencia definitiva, no siendo de aplicación lo dispuesto en el punto 5.

5. En todo caso, el derecho a reclamar prescribe al año de producido el hecho o el acto que motive la indemnización o de manifestarse su efecto lesivo. En caso de daños, de carácter físico o psíquico, a las personas el plazo empezará a computarse desde la curación o la determinación del alcance de las secuelas.

6. La resolución administrativa de los procedimientos de responsabilidad patrimonial, cualquiera que fuese el tipo de relación, pública o privada, de que derive, pone fin a la vía administrativa.

7. Si no recae resolución expresa se podrá entender desestimada la solicitud de indemnización.

Responsabilidad de las autoridades y personal al servicio de las Administraciones públicas

1. Para hacer efectiva la responsabilidad patrimonial a que se refiere el Capítulo I de este Título, los particulares exigirán directamente a la Administración Pública correspondiente las indemnizaciones por los daños y perjuicios causados por las autoridades y personal a su servicio.

2. La Administración correspondiente, cuando hubiere indemnizado directamente a los lesionados podrá exigir de sus Autoridades y demás personal a su servicio la responsabilidad en que hubieran incurrido por dolo, culpa o negligencia grave, previa la instrucción del procedimiento que reglamentariamente se establezca.

Para la exigencia de dicha responsabilidad se ponderarán, entre otros, los siguientes criterios: El resultado dañoso producido, la existencia o no de intencionalidad, la responsabilidad profesional del personal al servicio de las Administraciones Públicas y su relación con la producción del resultado dañoso.

3. Asimismo, podrá la Administración instruir igual procedimiento a las Autoridades y demás personal a su servicio por los daños o perjuicios causados en sus bienes o derechos cuando hubiera concurrido dolo, culpa o negligencia grave¹.

¿Qué es realmente la responsabilidad patrimonial? Algunos pronunciamientos judiciales esclarecedores. Veamos esta responsabilidad en SENTIDO POSITIVO

— Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Madrid núm. 164/2005 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 8.ª), de 25 febrero². POSIBLE DEMORA EN LA ASISTENCIA SANITARIA:

¹ Es el denominado derecho de repetición. Este derecho de la Administración pública se discute cuando existe un seguro contratado por dicha Administración Pública que garantiza el pago de cualquier cantidad.

² LOS HECHOS SON LOS SIGUIENTES: se trata del cónyuge e hijos de D. Bruno, de 57 años de edad, beneficiario de la Seguridad Social y fallecido en el Hospital (Madrid) a las 0'30 horas del día X de marzo de 2001 por isquemia mesentérica (y causa fundamental carcinoma vejiga metastásico), según certificado de defunción aportado como documento 1 con la demanda. El día anterior, 13 de marzo sobre las 3'58 horas se sintió indispuesto con fuertes dolores abdominales y vómitos, llamando su cónyuge a urgencias y presentándose un facultativo de guardia que le diagnosticó "gastroenteritis aguda", y le aplicó una inyección de Primperan intramuscular, solicitando la evacuación del paciente al Hospital mediante ambulancia a las 4'42 horas: como no llegaba la ambulancia y se intensificaban los dolores la cónyuge reclamó al 062 a las 5'49 horas la presencia de la ambulancia; petición reiterada a las 7'12 horas, a

Es interesante leer la siguiente argumentación jurídica en coherencia con la legitimación de la presente Guía porque analiza y extracta de forma muy ilustrativa las características de la responsabilidad patrimonial:

El art. 139 de la Ley 30/92 dispone textualmente: *"1. Los particulares tendrán derecho a ser indemnizados por las Administraciones Públicas correspondientes, de toda lesión que sufran en cualquiera de sus bienes y derechos, salvo en los casos de fuerza mayor, siempre que la lesión sea consecuencia del funcionamiento normal o anormal de los servicios públicos. 2. En todo caso, el daño alegado habrá de ser efectivo, valuable económicamente e individualizado con relación a una persona o grupo de personas..."*; y el art. 141.1 dice que *"Sólo serán indemnizables las lesiones producidas al particular provenientes de daños que éste no tenga el deber jurídico de soportar de acuerdo con la Ley"*.

Dichos preceptos establecen, en sintonía con el artículo 106.2 de la C. E., un sistema de responsabilidad patrimonial: a) unitario: rige para todas las Administraciones; b) general: abarca toda la actividad —por acción u omisión— derivada del funcionamiento de los servicios públicos, tanto si éstos incumben a los poderes públicos, como si son los particulares los que llevan a cabo actividades públicas que el ordenamiento jurídico considera de interés general; c) de responsabilidad directa: la Administración responde directamente, sin perjuicio de una eventual y posterior acción de regreso contra quienes hubieran incurrido en dolo, culpa, o negligencia grave; d) objetiva, prescinde de la idea de culpa, por lo que, además de erigirse la causalidad en pilar esencial del sistema, es preciso que el daño sea la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y e) tiende a la reparación integral.

Por tanto para que exista responsabilidad patrimonial de la Administración es preciso:

Que se aprecie una relación de causalidad entre la acción/omisión y el resultado lesivo.

Que el daño sea antijurídico, o, lo que es lo mismo, que el perjudicado no tenga el deber jurídico de soportarlo y ello supone: a) que el daño sea

las 9'14 horas y a las 9'22 horas hasta que llegó a las 9'47 horas, quedando ingresado a las 10 horas; y siendo valorado por el Servicio de Cirugía se desestima el tratamiento quirúrgico, falleciendo al día siguiente a las 0'30 horas. La demanda fue desestimada, no se consideró que hubiese responsabilidad patrimonial.

la materialización de un riesgo jurídicamente relevante creado por el servicio público; y b) que el ordenamiento no imponga al perjudicado expresamente el deber de soportar el daño.

Que el daño sea indemnizable: a) daño efectivo; b) evaluable económicamente; y c) individualizable en relación a una persona o grupo de personas.

— *Sentencia del Audiencia Nacional (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 5ª), de 14 octubre 2004. COORDINACIÓN ENTRE LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD Y LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS*³.

En esta sentencia se analiza la secuencia de hechos en materia de coordinación entre una patrulla y una UVI Móvil. La reclamación se desestima:

Para la adecuada resolución del procedimiento se estima de interés poner de relieve los siguientes extremos fácticos que se han constatado de las actuaciones practicadas:

En la tarde del domingo día X de junio de 2001, el menor de 12 años, Pedro Antonio hijo de los demandantes, cuando se hallaba jugando con unos amigos, al propinar una patada al cristal de la puerta de acceso a un edificio de viviendas sito en la calle Lima de xxxx (Madrid), se seccionó la arteria femoral.

Sobre las 19,15 horas, se recibió una llamada en la Comisaría de Policía, de una persona con voz de hombre, comunicando que a la altura del número 48 de la calle Lima, se encontraba un niño en el suelo con una herida en la pierna de la que emana abundante sangre.

En vista de lo cual, por el operador de la Sala del 091 se comisiona a un vehículo policial indicativo zulu X para que se dirija al lugar de los hechos y se comunican estos extremos al SEMES al objeto de que envíen una unidad móvil.

³ LOS HECHOS DE FORMA SUMARIA SON: La base argumental del mismo radica, en que concurren los presupuestos para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración del Estado debido a la actuación defectuosa y falta de coordinación del Cuerpo Nacional de Policía, como un eslabón necesario de la larga cadena de desaciertos en el funcionamiento del servicio público de emergencias sanitarias, que contribuyó al fallecimiento del niño Pedro Antonio, hijo de los demandantes, que presentaba heridas de gravedad y que fue trasladado al Centro de Salud en lugar del Hospital que era el único centro de la zona con medios adecuados para salvar la vida de un herido de la gravedad que presentaba el menor, generando con el traslado a dicho Centro de Salud, en lugar del Hospital, una confusión que se trasladó a los servicios médicos de urgencias extrahospitalarias.

Unos tres minutos más tarde se recibe una nueva llamada, esta vez de una mujer, en la que se comunica la gravedad de la herida.

El indicativo zulu X formado por un solo policía nacional, se dirigió del lugar de los hechos en un peugeot 306, tardando en llegar unos 4 ó 5 minutos. Una vez allí, vio a un niño y a su alrededor unas 20 personas, y a la vista de la gravedad de la situación contactó con la emisora —para lo que se tuvo que desplazar unos 50 metros pues desde allí no le recibían la llamada— para que le informaran sobre si la UVI móvil llegaba ya o cual era su situación, respondiéndole que según el SEMES estaba ya en camino, si bien no se facilitó o concretó el lugar donde se encontraba.

Al regresar el funcionario policial nuevamente al lugar donde se hallaba el niño, valorando la gravedad de la situación y que no se conocía el lugar donde se hallaba la UVI móvil, se dirigió a la madre y a los allí presentes, y dado que el tamaño de su vehículo no era el adecuado, les dijo que si alguno quería trasladar al menor en su vehículo a un centro sanitario él les abría camino y, como ninguno se ofreció, se prestó a llevarle él previa la autorización de la madre que, junto con otro señor le acompañaron en el vehículo policial, siendo trasladado al Centro de Salud más próximo al lugar de los hechos.

El menor ingresó en el Servicio de Urgencias del citado Centro de Salud a las 19,32 horas, presentaba hemorragia masiva en la zona de la lesión (medio muslo izquierdo, casi amputación), escasa respiración, palidez extrema, pulso central lento... entrando inmediatamente en parada cardiorrespiratoria. Se le suministró plasma sanguíneo, se avisó a la UVI móvil y se continuaron las maniobras de resucitación, hasta que a las 20,30 horas se certificó el fallecimiento.

Sobre 19,26 horas, se realizó una llamada desde la Comisaría de Policía poniendo en conocimiento que un vehículo policial había trasladado al niño al hospital, al objeto de anular la UVI móvil que debía personarse en la calle Lima 48.

Por estos hechos se siguieron Diligencias Previas núm. 870/2001 ante el Juzgado de Instrucción núm. KKKK que concluyeron mediante auto de fecha 29 de septiembre de 2001 que acordó el sobreseimiento provisional y archivo de las actuaciones.

Con fecha 5 de junio de 2003, los padres del menor fallecido, hoy demandantes, presentaron reclamación de responsabilidad patrimonial ante

el Ministerio del Interior que fue desestimada por resolución de 29 de julio de 2003.

También se ha presentado reclamación por responsabilidad patrimonial ante el Ministerio de Sanidad y Consumo por funcionamiento anormal del servicio público de asistencia sanitaria en casos de urgencia, por la que, al parecer, se sigue un procedimiento diferente ante el Tribunal Superior de Justicia de Madrid.

CUARTO *Lo primero que hay que señalar es que el presente procedimiento se circunscribe a analizar exclusivamente la actuación de las Fuerzas de Seguridad del Estado —en este caso Cuerpo Nacional de Policía— dependientes del Ministerio del Interior, a raíz de tener conocimiento del accidente sufrido por el menor Pedro Antonio hasta su fallecimiento.*

De lo actuado en el procedimiento, y en concreto del informe realizado por el Comisario Jefe de la Comisaría de Policía —folios 42 y siguientes del expediente— se constata que es a las 19,15 horas cuando se recibe la primera llamada, realizada por un particular, poniendo en conocimiento de la policía que a la altura del núm. 48 de la C/ Lima se hallaba un niño en el suelo con una herida en la pierna de la que emanaba bastante sangre. Es decir, el primer conocimiento que se tuvo de dichos hechos fue sobre las 19,15 horas, poniéndose seguidamente desde la Comisaría de Policía, en conocimiento del SEMES.

A raíz de esa llamada, se comisiona por el operador de la sala del 091, al indicativo zulu X, formado por un policía nacional con carné, para que se persone en el lugar. Este funcionario policial declaró en las Diligencias Previas 870/2001 que se tramitaron en el Juzgado de Instrucción correspondiente por estos hechos —folios 129 a 131 del expediente— que cuando recibió la llamada se encontraba a unos 4 Km del lugar del accidente y que pudo tardar en llegar unos 4 ó 5 minutos.

Al personarse en el lugar y ver la gravedad de la situación, el funcionario policial intentó contactar con la central y como no pudo hacerlo desde el lugar en que se hallaba por no tener cobertura, se desplazó unos 50 metros, logrando desde ese punto efectuar el contacto, preguntando por la situación de la UVI móvil, respondiéndole desde la central, tras llamar al SEMES llamada que el policía no podía efectuar directamente desde su vehículo sino a través de la central— que se hallaba en camino, sin que

le pudieran dar mas datos al no facilitarse desde el SEMES el lugar en que se hallaba la UVI móvil.

En vista de lo anterior, como no se sabía el tiempo en que iba a tardar en llegar la UVI móvil, y dada la gravedad que parecía revestir el menor, el funcionario policial se ofreció a trasladarle a un centro sanitario, previo consentimiento de la madre, evacuándolo al Centro de Salud más próximo, que era el más próximo y el único que estaba abierto ese domingo en la zona, ingresando en el servicio de urgencias de dicho centro a las 19,32 horas, según se refleja en el informe médico obrante al folio 88.

Es decir, transcurren prácticamente unos 15 minutos desde que la policía tiene conocimiento de los hechos, se persona en el lugar donde se hallaba el menor accidentado y le traslada, ante la gravedad que presentaba y el desconocimiento del lugar en que se hallaba la UVI móvil requerida, al Centro de Salud o para recibir asistencia sanitaria urgente.

A la vista de lo anterior, ningún reproche puede hacerse a la actuación policial que en modo alguno puede calificarse de negligente.

El traslado del lesionado al Centro de Salud en vez de al Hospital lo ha justificado el funcionario policial por su proximidad al lugar de los hechos, siendo el único centro sanitario que se hallaba abierto en domingo en la zona, y además porque allí solía haber casi siempre una UVI móvil; es decir, lo que se pretendía es que el menor recibiera asistencia médica con la mayor rapidez posible, lo que resultaba razonable teniendo en cuenta la gravedad que parecía revestir y que se constata del informe de urgencias obrante al folio 88 del expediente administrativo, en el que se reseña que el menor "entra inmediatamente en parada cardiorrespiratoria".

Se trata de una decisión que a priori, en el momento en que se adopta que es el que hay que tomar en consideración, y a la vista de las circunstancias concurrentes expuestas, resulta totalmente razonable.

Por otra parte, del informe suscrito por el director médico del SEMES, se constata que la única llamada que se recibió en dicho número procedente del 091 para anular la UVI móvil que debía acudir a la calle Lima 48 fue a las 19,26 horas una vez que el enfermo había sido trasladado al centro sanitario y con anterioridad a su ingreso en éste, sin que con posterioridad y una vez que interviene el personal del Centro de Salud la UVI móvil fuera anulada, como se refleja en el citado informe.

Ninguna objeción, por lo expuesto, puede hacerse a la actuación policial realizada, no apreciándose la necesaria relación de causalidad entre el funcionamiento del servicio público policial dependiente del Ministerio del Interior y el fallecimiento del menor, requisito imprescindible para que surja la responsabilidad patrimonial de la Administración postulada, lo que conlleva la desestimación del recurso interpuesto.

Vista de forma esquemática la responsabilidad patrimonial interesa incidir en su carácter no negativo, pues es una consecuencia de un derecho reconocido en la propia Constitución.

Capítulo III

COMPETENCIAS PROFESIONALES EN EMERGENCIAS. TRABAJO EN EQUIPO Y SUS REPERCUSIONES

Iván Ortega Deballon

I. Introducción

¿Cuáles son las competencias de cada uno de los profesionales de la Emergencia? ¿Qué pueden hacer los Médicos, DUEs y Técnicos en Emergencias? ¿Hasta dónde deben o pueden llegar? ¿Todo lo que se puede hacer se debe hacer? ¿O hay cosas que, pudiéndose hacer desde el punto de vista técnico, no se deben hacer ya, conforme a criterios éticos y humanos? Cuestión harto complicada la que pasamos a analizar. ¿Sabes por qué? Porque no existe normativa clara al respecto. No, al menos, a nivel estatal. Las competencias profesionales de cada una de estas categorías las hemos ido definiendo al configurar nuestra actividad con el quehacer diario de los profesionales. Bien es cierto que existe un bagaje histórico, heredado del ambiente hospitalario, en el que se da un reparto competencial por categorías. Pero no es menos cierto que, lo que en la infraestructura hospitalaria resulta eficaz y eficiente puede devenir ineficaz e inoperativo en escenarios tan distintos como aquellos en los que desempeñamos nuestra labor los emergencistas. Por otro lado, la figura del Técnico de Emergencias existente en nuestro medio no tiene dónde ni con quién reflejarse en otros ámbitos asistenciales.

En definitiva, se entrecruzan normativas de mayor o menor jerarquía, directrices y reglamentos, recomendaciones de sociedades científicas y la norma del uso social diario, que han terminado perfilando nuestra actividad y delimitando competencias. Se ha perseguido, ante todo, la eficacia y la calidad asistencial para el paciente, objeto último de nuestra labor. Y siempre bajo el paraguas esclarecedor de la "lex artis ad hoc", esta sí ampliamente cimentada en la doctrina y jurisprudencia, que nos muestra la senda correcta y se adapta a las necesidades concretas del tiempo y lugar en que intervenimos.

Pues con estas armas, e intentando clarificar algunos aspectos de interés, vamos a adentrarnos en la selva de los ámbitos competenciales de cada uno de los profesionales de la Emergencia sanitaria. No nos queda otra solución mientras no se reconozcan las especialidades de Médico de Emergencias y Enfermera de Emergencias así como la categoría profesional de Técnico de Emergencias aún hoy considerados profesionales no sanitarios...

II. Las competencias de los Médicos Especialistas de Emergencias

Ya hemos dicho que no existe en el derecho español una regulación separada y específica de las competencias y responsabilidades de los Médicos de Emergencias. Buceando en la Jurisprudencia, encontramos algunas de las competencias que la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo reconoce al médico, no de emergencias clara está, en su actividad asistencial. (STS de 25 de Abril de 1994). Veámoslas de forma esquemática:

— Utilizar cuantos remedios conozca la ciencia médica y estén a disposición del médico en el lugar en que se produce el tratamiento.

Destaca ya una cuestión que no debemos pasar por alto. La "lex artis ad hoc". Las SSTs de 7 de Febrero y 26 de Junio de 1989, 11 de Marzo de 1991, 23 de Marzo de 1993, entre otras, consideran muy especialmente las personalísimas circunstancias en que se produce la actuación y el entorno en la que la misma se desarrolla. De forma inseparable, se tienen en cuenta, a la hora de determinar cómo y hasta dónde debe actuar el sanitario, la condición del médico que interviene (por lo tanto, se reconocen mayores competencias al Médico de Emergencias que al que, no siéndolo, de forma fortuita tiene que actuar como si lo fuera), así como la complejidad y trascendencia vital del paciente en concreto.

— Informar al paciente o familiares, cuando sea posible, del diagnóstico y pronóstico esperable, de las posibilidades de tratamiento y de los riesgos existentes. Del mismo modo, caso de que los medios sean limitados, como lo serán en muchas ocasiones en nuestro ámbito, explicar dónde se derivará al paciente para recibir asistencia más completa.

— Dar continuidad al tratamiento del paciente hasta transferirlo a otro escalón asistencial o hasta el alta clínica, caso de ser posible esta en el lugar de la escena, advirtiendo de las circunstancias en que esta procede o no y acompañándola de las recomendaciones que considere pertinentes.

La "lex artis" deviene criterio valorativo de la corrección del acto médico, en función de sus especiales características (denominándose entonces "lex artis ad hoc"). Como manifestación de esta han de ser considerados los protocolos y las guías de práctica clínica, que nacen con el objetivo de asegurar unas determinadas garantías de eficacia. Son el resultado de la experiencia y han de estar, lógicamente, actualizados y consensuados. Pero su utilidad no es ilimitada, ya que en situaciones concretas surgirán incidencias imprevisibles o circunstancias especialísimas que no solo recomienden sino exijan al profesional proceder de modo distinto.

El Código de Ética y Deontología Médica establece en su art. 21.2 que, excepto en situación de urgencia, el médico debe abstenerse de actuaciones que sobrepasen su capacidad, proponiendo en tal caso que se recurra a otro compañero competente en la materia. No es este sino un reflejo normativo del principio de prudencia, permitiéndose su quiebro en situaciones de estado de necesidad. Por lo tanto, el Médico de Emergencias, será el más competente para atender aquellas situaciones en las que otro compañero, ajeno a este ámbito en concreto, no sabe resolver. Por este motivo, lo que para el médico general o el de cualquier especialidad que no sea la urgencia y emergencia (entendiendo especialidad no de forma académica que no lo es actualmente) puede ser una situación de "estado de necesidad", para el emergencista es su quehacer diario. A él le compete resolver todo suceso en que exista un riesgo vital más o menos evidente para el paciente. Su preparación y trayectoria formativa le harán capaz para ser eficaz en tales circunstancias.

En definitiva, la amplitud de su ámbito competencial es directamente proporcional a la gravedad del paciente al que atienda. Y la vida del paciente en toda emergencia se encuentra, por definición, en riesgo inminente. Por lo tanto, previo adiestramiento en técnicas y procedimientos oportunamente actualizados, es este profesional el que deberá realizar todo aquello para lo que está capacitado y con los medios de que dispone. En situación de necesidad (en la que de su actuar o no dependa la vida o muerte del paciente) es competente para realizar absolutamente todo lo que persiga el bien del paciente. Así, en situaciones periparada, por ejemplo, es plenamente competente para practicar técnicas como punción pericárdica subxifoidea evacuadora si se sospecha taponamiento cardíaco, toracotomía de emergencia si existe posibilidad de suturar un pericardio lesionado por arma blanca y así en cualquier otra circunstancia que podamos plantear en la que la vida del paciente dependa de ello. La "lex artis ad hoc", en estos casos, cobra especial importancia ya que lo que en circunstancias normales podría constituir una imprudencia por quebrantamiento del deber objetivo de cuidado, en situaciones de riesgo vital o ante la existencia de múltiples víctimas constituye un actuar exquisito desde el punto de vista sanitario además de una heroicidad desde el punto de vista humano.

III. Las competencias de los Diplomados de Enfermería Expertos en Emergencias

Con los DUE ocurre exactamente lo mismo que con los profesionales de la Medicina. No hay en nuestro derecho ninguna precisión de actos reservados en exclusiva a estos profesionales. Menos aún para los que, de entre todos los profesionales de la Enfermería, son expertos en Emergencias (cuando aún hoy la especialidad de Enfermería de Emergencias sigue sin ser reconocida). Por este motivo, las funciones y competencias de los DUEs Expertos en Emergencias responden más a criterios objetivos de validez general en el ámbito social y a normativas autonómicas (por ejemplo, la Ley 4/2000, de 8 de mayo regula las funciones del Personal de Emergencias Sanitarias de la Comunidad de Madrid) o reglamentos y procedimientos internos (como el que establece las funciones de los DUEs en el SAMUR-Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid). También las sociedades científicas han dado forma a las competencias y funciones de estos profesionales.

El Real Decreto 619/1998, de 17 de Abril, sobre características, equipamiento sanitario y dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario señala que el DUE es responsable, de forma directa o delegada, entre otras, de la valoración y resolución de situaciones de urgencia o emergencia de diversa índole y gravedad, de la administración y control de fármacos y fluidos intravenosos, de la administración y control de la oxigenoterapia, del aislamiento y control de la vía aérea, de los tratamientos posturales, de la movilización e inmovilización de pacientes, del control hemodinámico y de constantes vitales y de la aplicación y control de los dispositivos de drenaje.

En el Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social se establecen las funciones de los diplomados en enfermería. Evidentemente, esta normativa ha quedado obsoleta al producirse la transferencia competencial en materia sanitaria a las comunidades autónomas. Además, no se habla de los DUEs de Emergencias. Tan solo se señala, refiriéndose a las Enfermeras en general, que "deberán prestar los servicios de asistencia inmediata en casos de urgencia hasta la llegada del médico" y en otro punto señala que les corresponde "prestar la asistencia a los pacientes en la esfera de su competencia". Pues bien, tal esfera está por dibujar. Y en cuanto a prestar la asistencia inmediata en ausencia de médico y hasta su llegada, cabe preguntar ¿hasta dónde puede llegar el DUE? ¿Y el DUE Experto en Emergencias que, por circunstancias varias, se encuentra en la tesitura de actuar sin que haya un médico presente ante una Emergencia? Pues debemos ser claros y muy consecuentes. ¿Qué conocimientos tiene el DUE Experto en Emergencias? ¿En qué habilidades, procedimientos y técnicas está adiestrado?. Una vez que respondamos a esta cuestión

(cuestión personalísima ya que los DUEs Expertos en Emergencia saben cuál es su trayectoria formativa y curricular avalada por cursos de posgrado y por su experiencia profesional) deberemos actuar sin ambages. El Enfermero Experto en Emergencias que, en el ejercicio de su actividad profesional, se encuentra ante una situación con riesgo vital inminente para el paciente en concreto, no estando presente o disponible el médico, se convierte en máxima autoridad sanitaria y deberá hacer todo aquello para lo que esté teóricamente preparado, aunque en su quehacer ordinario no sea su labor, dada la situación de estado de necesidad que se le plantea (y después de haber quedado claro que posee las destrezas y conocimientos teóricos para hacer lo que va a hacer). Tanto es así, que se podría derivar responsabilidad, en el hipotético caso de no actuar ante la emergencia, por no haber hecho aquellas técnicas y procedimientos y no aplicar el tratamiento que el paciente necesitaba si se demuestra que poseía los conocimientos y destrezas precisas. Y no puede ser de otro modo. Nos encontramos ante un supuesto claro de peligro para la vida de un paciente, disponemos de los conocimientos y de los medios para actuar. ¿No vamos a hacerlo? Entonces fallaría únicamente el elemento volitivo: el querer. Una conducta omisiva en este caso sería humana, ética profesional y legalmente inadmisibles, y por este orden.

En los casos en que, estando ante una urgencia, el DUE Experto en Emergencias considere, tras su valoración del paciente, que no existe riesgo vital, procederá a prestar los cuidados de calidad propios de la Enfermería de Emergencias, solicitando instrucciones al Jefe de Guardia de su Servicio de Emergencias y transmitiendo cualquier información y cambio que considere oportuno. Este podrá, dependiendo del caso y las circunstancias en concreto, autorizar determinadas maniobras y tratamientos para el paciente aun sin encontrarse este en situación de riesgo vital y siempre ponderando riesgos y beneficios.

En definitiva, debe quedarnos claro que los DUE Expertos en Emergencias devienen la máxima autoridad sanitaria no estando presente un médico y son autónomos para la realización de todas aquellas funciones y cuidados propios de la Enfermería de Emergencias, pudiendo extralimitarse competencialmente en sus funciones ante una situación de estado de necesidad cuando, ante un paciente que sufre una Emergencia, sus conocimientos y los medios de que disponga en ese momento le exijan circunstancialmente proceder de ese modo. No es más que un ejemplo concreto de aplicación de la "lex artis ad hoc". En situaciones en las que no existe el elemento de riesgo vital, siempre tras valoración y criterio personalísimo del DUE actuante plenamente capacitado para valorar este extremo, solicitará instrucciones a su Jefe de Guardia y actuará en consecuencia asegurando unos cuidados al paciente, mientras tanto, conforme a los estándares de calidad de su profesión y del servicio en que trabaja.

IV. Las competencias de los Técnicos en Emergencias

¿Y qué decir, por último, de estos profesionales? Mucho habrá que decir. Mucho porque presentan como colectivo una dualidad compleja, a saber: Los Técnicos en Emergencias de hoy son lo que son gracias a los sanitarios, celadores, conductores, camilleros, socorristas y un largo etcétera de denominaciones, de ayer...

Siendo aquellos los pioneros, y los únicos, por cierto, que desempeñaban hace no más de veinte años las funciones de Emergencia Extrahospitalaria, nada tienen que ver con lo que hoy han conseguido tras mucho esfuerzo. Y conste que siguen sin ser reconocidos como profesionales sanitarios, a pesar de que textos como el Real Decreto 295/2004 de 9 de marzo reconoce la categoría profesional, dentro de la rama sanitaria, de los mismos.

Sabemos que sólo la Ley en sentido formal puede establecer límites al ejercicio de determinadas actividades, exigiendo para su realización la posesión de un título. Así lo interpretó la sentencia del Tribunal Constitucional (STC 42/1986) según la cual "compete al legislador, atendiendo a las exigencias del interés público y a los datos producidos por la vida social, considerar cuándo existe una profesión y cuándo debe dejar de ser libre para pasar a ser una profesión titulada, esto es, profesión para cuyo ejercicio se requieren títulos. Por ello, dentro de las coordenadas que anteriormente se han mencionado, puede el legislador crear nuevas profesiones y regular su ejercicio teniendo en cuenta que la regulación del ejercicio de una profesión titulada debe inspirarse en el criterio del interés público y tener como límite el respeto al contenido esencial de la libertad profesional".

Pues en este punto del camino estamos. Indudable es que la realidad social y el interés público exige que los Técnicos en Emergencias se consideren personal sanitario. Igualmente necesario, y previo a lo anterior, es que se delimiten y estructuren sus contenidos formativos, sus funciones autónomas y delegadas y su ámbito competencial. El Real Decreto 295/2004 lo hizo a nivel de cualificación profesional. Aunque es criticable en su redacción en aspectos muy puntuales, no es menos cierto que ha sido el primer paso para dignificar una profesión socialmente demandada. Las Comunidades Autónomas van regulando diferentes Títulos exigibles en sus ámbitos respectivos. El Instituto de Cualificaciones Profesionales, dependiente del Ministerio de Educación, trabaja en un cuerpo docente y competencial propio bajo el marco de la Formación Profesional. Incluso se plantea ya la equiparación y unificación a nivel europeo de las titulaciones homólogas en los países miembros para facilitar la libre circulación de los profesionales del colectivo.

En cualquier caso, corresponden a estos profesionales, además de tareas propias como la conducción, revisión, conservación y puesta a punto del vehículo de emer-

gencias, la asistencia a pacientes en el ámbito extrahospitalario, bien de forma autónoma en el escalón asistencial del Soporte Vital Básico, bien de forma conjunta, con Médicos y Enfermeras, en el Soporte Vital Avanzado. Tanto es así que son entrenados en protocolos y manejo de situaciones genéricas como aquellas de origen médico y traumático. Paulatinamente se les está dotando de Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DESA) optimizando con ello el tercer eslabón de la cadena de supervivencia, con resultados sorprendentes en algunos servicios de España. Así, en el SAMUR-Protección Civil del Ayuntamiento de Madrid, alcanzan tasas de supervivencia a largo plazo de la Parada Cardíaca Extrahospitalaria, con muy buena calidad de vida, en porcentajes (10-12%) que nada tienen que envidiar a los de algunos estados de Europa con mayor tradición y experiencia en estos programas.

Los Técnicos en Emergencias pueden convertirse en los profesionales-llave para que el usuario del Sistema Integral de Emergencias Sanitarias acceda al mismo. Así conseguiríamos tiempos muy aceptables de respuesta ante las emergencias, incrementándose la supervivencia y traduciéndose en una eficiencia y eficacia palpable en lo que a vidas salvadas y secuelas evitadas se refiere.

A este profesional cabe exigirle una preparación cada vez mayor y más completa. Deberían desaparecer los, todavía existentes, sistemas de transporte sanitario que no cumplen ni si quiera los mínimos criterios de calidad y llevados a cabo por personal sin cualificación alguna. El Técnico en Emergencias del siglo XXI debería perseguir la excelencia e involucrarse en funciones no sólo asistenciales sino también gestoras (con una insustituible función todavía por desarrollar en el ámbito de la logística de urgencias y emergencias), investigadoras y docentes. Si optimizamos este recurso humano, cabe esperar resultados sorprendentes en muy corto espacio de tiempo.

El Técnico en Emergencias, antes descrito, deviene competente para detectar urgencias, discriminar estas de lo que son emergencias, transmitir información de calidad y solicitar los recursos avanzados necesarios en cada ocasión. En ausencia de DUE y/o Médico, serán la máxima autoridad sanitaria ante una emergencia debiendo estar capacitados para prestar asistencia sanitaria inmediata y de calidad conforme a los procedimientos de su servicio y durante el tiempo que transcurra hasta que equipos más completos y especializados acudan en su apoyo, caso de precisarse este. Asimismo, serán los responsables de asegurar el escenario en el que se actúa, después de valorarlo, y requerir la presencia de otros cuerpos especializados en seguridad o rescate si fuese el caso. Por otro lado, son los competentes para la conducción del vector de transporte de pacientes (UVI Móvil o ambulancia) o de recursos humanos y/o materiales (V.I.R., vehículos de apoyo y logística) necesarios para brindar una respuesta asistencial, asegurando las comunicaciones

entre los elementos del sistema con apoyo de los recursos radiotelefónicos e informáticos existentes en cada uno de estos.

En nuestro ámbito, y los que a diario nos dedicamos a él lo sabemos de sobra, todos somos necesarios e indispensables. Nuestro éxito se basa en el trabajo conjunto y coordinado aunando esfuerzos y conocimientos. La asistencia sanitaria prestada de este modo es, actualmente, la única solución eficaz para dar una respuesta integral a las urgencias y emergencias. Veamos ahora el por qué de la importancia de este modo especialísimo de "Trabajo en Equipo".

Trabajo en equipo en emergencias extrahospitalarias

El principio de "División del Trabajo" y sus repercusiones legales.

En la actualidad existen grandes organizaciones sanitarias y las intervenciones quirúrgicas son obra de especialistas apoyados por personal técnico, dando lugar a una grave problemática relacionada con la dificultad de deslindar la responsabilidad de cada uno de los miembros del equipo sanitario. De estos problemas son de los que pasamos a ocuparnos con la ayuda del análisis de nuestra doctrina y la Jurisprudencia del Tribunal Supremo, de gran interés y riqueza.

a.—El principio de "División del trabajo". Es evidente que la especialización en el campo de las profesiones sanitarias se impone como una necesidad (recientemente han sido aprobadas cuatro nuevas especialidades enfermeras). Los factores que llevan a considerar la división del trabajo como fenómeno irreversible son, entre otros, el progreso técnico, el aumento del número de pacientes, la necesidad de delimitar la responsabilidad de cada uno de los profesionales de acuerdo con su formación y el hacer posible que se trabaje en un ambiente de coordinación total y sin tensiones contraproducentes.

La división del trabajo gestiona los riesgos de actividades realizadas colectivamente por un equipo cuyos miembros colaboran para la consecución de un fin común. Hay que analizar, en esta relación, las funciones que tiene cada uno de los integrantes del equipo y hasta dónde alcanza su responsabilidad legal. Así, el principio de división del trabajo aparece como elemento delimitador de la diligencia exigible a cada profesional.

b.—La asistencia sanitaria en equipo, hoy. Hay actividades sanitarias, como la Emergencia Extrahospitalaria, en que la división del trabajo es principio básico y

absolutamente imprescindible para desarrollar la labor diaria. Así, en las asistencias a traumatizados graves en diferentes tipos de accidentes, a múltiples heridos en casos de catástrofe, o a personas que sufren una parada cardiorespiratoria, por ejemplo, la compenetración es fundamental. Pero también es esencial diversificar las tareas y hacer factible una asistencia integral e integrada a los heridos.

Cuando se trata de analizar la conducta individual y los resultados de un determinado acto, que resultó o pudo resultar lesivo, nos enfrentamos a una realidad tangible. El estudio de la conducta individual en el seno de las circunstancias y del universo enfermo-enfermedad, permite deducir o reproducir los efectos y resultados, los accidentes y circunstancias, y, en definitiva, establecer la causalidad de los efectos y la naturaleza del acto así como las circunstancias que los motivó.

No quiere esto decir que no exista cierta complejidad, como ocurre siempre en todos los expedientes judiciales por responsabilidad sanitaria. Pero esta se origina por la naturaleza de la ciencia médica; por la imprevisible capacidad de reacción del ser humano y por la dificultad de reproducir, a veces, el fenómeno como medio de prueba ante efectos previsibles o imprevisibles.

Sin embargo, cuando en el suceso han intervenido diferentes profesionales, con distintos cometidos y en momentos también diversos, aparecen un cúmulo de dificultades técnicas, jurídicas, médicas y periciales añadidas para deslindar actuaciones y responsabilidades, y para poder establecer límites de actuación, así como interrelacionar conductas y actos sanitarios.

c.—El principio de confianza no puede ser ilimitado. El principio de confianza opera como un importante criterio limitador de los deberes objetivos de cuidado. Se trata de un principio reconocido en el Derecho de la circulación (o del tráfico) por parte de jurisprudencia penal, pero que tiene su aplicación en los casos de cooperación imprudente y, especialmente, para los supuestos de división del trabajo en las profesiones sanitarias. Actúa como instrumento restrictivo de los deberes objetivos de diligencia y, por tanto, encuadra la responsabilidad imprudente de cada interviniente.

El principio de confianza aplicado a la actividad sanitaria, implica que la confianza puede llevar a la imprudencia cuando cualquier miembro del equipo conoce la escasa preparación de su/s colaborador/es, o los deficientes medios con los que se realiza la asistencia, y a pesar de todo realiza la misma y acepta trabajar con ese equipo (humano y/o material).

La finalidad del principio de confianza es evitar la sobrecarga de trabajo y el monopolizar numerosas funciones en las intervenciones difíciles, lo que supondría una

fuente de peligro considerable. Así, se hace posible una mayor concentración de cada interviniente, sobre todo del director del equipo, en su tarea. El médico tiene que poder confiar en la colaboración correcta de Enfermería y Técnicos pues, como señala Stratenwerth, *un médico que se ocupase de todo quizás no se expondría al reproche jurídico-penal por falta de diligencia pero es seguro que no sería un buen médico.*

Pero este límite al principio de confianza existe para todos los integrantes del equipo. De este modo, también es responsable el Enfermero y/o Técnico que tolera trabajar con un Médico descuidado o con falta total de preparación y/o reciclaje. Con él responderán solidariamente caso de existir cualquier situación objetivamente punible. La responsabilidad es bidireccional. No es el Médico el único capaz de *“retirar la confianza a sus colaboradores”* y así lo reconoce la Jurisprudencia.

En definitiva, el principio de confianza tiene sus límites cuando cabe apreciar reparos respecto a la cualificación o fiabilidad de un colaborador, el cual, a su vez y en principio, podrá confiar en la corrección de las instrucciones impartidas por el jefe del equipo. En todo caso, ha de quedar claro que el jefe o director del equipo no debe llevar a cabo una férrea vigilancia del personal auxiliar interviniente, lo que daría lugar a un ambiente de nerviosismo y desconfianza muy perjudiciales para el desarrollo de la labor sanitaria, e iría frontalmente contra el necesario principio de división del trabajo.

d.—La división horizontal en el trabajo en equipo. El caso típico de división horizontal del trabajo en el ámbito de la Medicina es el que se refiere al modelo de las relaciones entre el cirujano y el anestesista en el escenario quirúrgico; con sus conocimientos especiales, cometidos específicos e independencia, se complementan y dividen el trabajo. En nuestro medio, la existente entre Directivo y Jefe de Guardia o este y cualquier médico del operativo. También entre dos Técnicos de una Unidad de Soporte Vital Básico o entre estos y el Técnico Jefe de Equipo.

La división del trabajo horizontal se caracteriza porque todos los intervinientes tienen un mismo nivel de formación y competencia en lo que a labor asistencial respecta. Hay, pues, una relación de igualdad y cada uno ha de cumplir con las tareas o cometidos que le son propios. La división del trabajo lleva consigo que, en la asistencia sanitaria moderna, cada uno de los profesionales asuma su propia responsabilidad.

Esta división de trabajo está íntimamente unida al principio de confianza que ya hemos analizado. En el supuesto de división del trabajo horizontal, el principio de confianza juega en toda su intensidad y sólo se podrá excluir su operatividad en ca-

sos excepcionales. Por ejemplo, cuando en el caso en concreto se percibe un fallo grave de otro colega o existan dudas sobre su cualificación que justifiquen la pérdida de confianza en la conducta correcta del otro, se exigiría un deber de cuidado mediato de vigilancia y/o evitación del potencial resultado lesivo. En nuestro ámbito de la emergencia, solventaríamos el riesgo comunicando el motivo que quiebra el principio de confianza a nuestro máximo responsable (Jefe de la Guardia) quien deberá proceder para evitar las posibles fuentes de peligro que pueden derivar en responsabilidad.

Capítulo IV

DERECHO DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO. HISTORIA Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA

José María Antequera Vinagre

"El Derecho es la voluntad constante y perpetua de dar a cada uno su derecho"

El Digesto.

La especial configuración de la asistencia en emergencia extrahospitalaria requiere un análisis singularizado de los derechos de los pacientes que son atendidos. En este contexto las normas de referencia son: La Ley 41/2002, básica reguladora de la Autonomía del Paciente, y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP) y la Ley 12/2001 de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM). Además esta dos normas tienen un complemento necesario en un tratado internacional con plena vigencia en España, esta norma es Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina de 1997, hecho en Oviedo (Convenio de Bioética).

El **consentimiento informado** (CI) como plasmación de un derecho fundamental de los pacientes y usuarios de los servicios sanitarios, se ha ido configurando como una exigencia para las instituciones y profesionales sanitarios y que ha de ser respetado en todos los contextos de práctica y asistencia sanitaria. Es una obviedad, que la asistencia sanitaria en emergencias se estructura en unos contornos mucho más complicados, en donde la variable urgencia/emergencia nos impele a configurar el CI dentro de un contorno más singular. Sin embargo, considero que en ciertas actuaciones de los servicios de emergencias médicas extrahospitalarias (SEMES) se puede desarrollar en toda su intensidad el derecho fundamental al derecho de información y el consentimiento informado, porque incluso el paciente puede aceptar con sosiego y tranquilidad las actuaciones que sobre su cuerpo y su derecho a la protección de la salud se puedan realizar en dichas actuaciones.

Para un mejor entendimiento de la normativa aplicable en materia del consentimiento informado a continuación se enuncian:

La normativa relevante a nivel internacional. El Convenio de Bioética

Dada la especial relevancia de la prestación sanitaria, de sus nuevas dimensiones, de sus nuevos retos, del uso de alta tecnología, hizo que desde el Consejo de Europa se fomentara un marco normativo de protección y tutela en el ámbito de la asistencia sanitaria, y en concreto en la parte que ahora reflexionamos, sobre el derecho de información y el consentimiento informado; es una norma que desarrolla el principio de autonomía (capacidad de decidir, de ser participe y de gobernar la propia prestación sanitaria) como máxima expresión de un derecho fundamental que íntimamente poseemos como pacientes y usuarios de los servicios sanitarios.

En el ámbito de los SEMES el conocimiento del citado derecho fundamental, su respeto y la inserción de las variables del derecho de información y de consentimiento informado deben ser insertadas y tuteladas en todas aquellas actuaciones o servicios: **al materializar tal derecho del paciente favorecemos un mayor nivel de calidad asistencial.**

Convenio de Bioética¹:

Artículo 5. Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

El citado artículo viene a reglamentar el denominado afectación universal del derecho del consentimiento informado a todas las actuaciones sanitarias. No existen con-

¹ Convenio de 4 de Abril de 1997, Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo (Convenio de Bioética).

textos asistenciales sanitarios que queden al margen de la fuente inspiradora de la información, siempre quedarán a salvo aquellas circunstancias que la norma legal habilite como excepciones (por ejemplo en la norma española se regula el "estado de necesidad terapéutica" como límite a esa vinculación universal al consentimiento informado).

Artículo 6. Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. (...), sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.

2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o de una persona o institución designada por la ley.

La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, una autoridad o una persona o institución designada por la ley.

La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.

Las situaciones asistenciales en las que concurren personas incapacitadas, menores o incapaces siempre generan situaciones complicadas, y el ámbito de los SEMES no es ajeno a ello. Entre los principios básicos que se pueden extraer cabe destacar:

a) Toda limitación de la capacidad no supone que la persona no sea titular del derecho de información y consentimiento informado.

b) Las intervenciones en salud que tengan destino en una persona incapaz o menor de edad debe suponer un beneficio directo para su salud.

c) La información se ha de extender a sus representantes, que incluso pueden revocar la autorización.

d) La persona incapaz o menor de edad ha de participar en función de su situación en la toma de decisiones. Esta previsión tiene la relevancia de potenciar la dignidad de la persona con limitación en su capacidad de obrar.

Artículo 7. Protección de las personas que sufran trastornos mentales.

La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de este tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan los procedimientos de supervisión y control, así como los de recurso.

El precitado artículo 7, establece una razonable previsión cuando en un hecho asistencial-sanitario concurre un paciente con enfermedad mental grave; se establece la posibilidad de tomar medidas, incluso cuando el paciente no otorgue su consentimiento, siempre que de tal negativa se derive un riesgo gravemente perjudicial para su salud.

Artículo 8. Situaciones de urgencia.

Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.

El artículo 8 (situaciones de urgencias) es de vital importancia en el contexto de la Emergencia Extrahospitalaria: *Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico a favor de la salud de la persona afectada.*

Esto es una previsión que intenta no subordinar un derecho como es la información al paciente o familiares en aras de un interés merecedor de mayor protección como es la vida del mismo paciente; es cierto que la norma no prevé que se pueda hacerlo desde un punto de vista ilimitado, sino que lo condiciona a aquellas intervenciones imprescindibles desde un punto de vista médico, por lo tanto una vez superado el cuadro clínico-asistencial de urgencia, el paciente o sus familiares han de

ser "repuestos" en plenitud en su derecho de información y consentimiento informado. Es un artículo habilitador-tutelador de la actuación de los profesionales sanitarios en dichos entornos de actividad asistencial.

El derecho de información y el consentimiento informado (CI) en la legislación española

El derecho de información (DI) y el consentimiento informado (CI) se erigen como derechos inherentes al principio de autonomía de todo paciente y usuario. El CI se configura como un derecho fundamental dado que el paciente debe otorgar su consentimiento para realización de actos sanitarios sobre su propio cuerpo. Desde la perspectiva de los profesionales sanitarios (PS) el respeto a tales derechos se encuentra depositada en su *lex artis* y en sus obligaciones como profesionales. El PS está obligado no sólo a una correcta praxis profesional sino también a la tutela y desarrollo de los derechos de los paciente y usuarios —y el DI y el CI lo son—.

Los recientes desarrollos normativos han hecho que el consentimiento informado no sea sólo un referente y una obligación médica, sino que también tiene su evidente impacto en las enfermeras y enfermeros. La normas referentes² en relación con el derecho de información y el consentimiento informado son:

1. Ley General de Sanidad (artículo 10 y 11)
2. Convenio de Bioética (Oviedo) 1997.
3. Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LAP).

La actuación de los profesionales sanitarios, debe estar orientada al respeto y la tutela de los derechos de información y consentimiento informado. El cumplir con todos estos requisitos da calidad a la asistencia sanitaria. CALIDAD ASISTENCIAL Y DERECHO DE INFORMACIÓN-CONSENTIMIENTO INFORMADO son realidades íntimamente unidas y vinculadas.

El Consentimiento Informado y Derecho de Información

Esta previsión se ha desarrollado a nivel de español en la LAP en donde de forma más extensa se regulan los requisitos y condiciones de dicho CI; en primer lugar

² Dichas normas se extractan al final en anexos legislativos.

es interesante indicar que la LAP es una norma que afecta tanto a CENTROS PÚBLICOS como PRIVADOS.

Se establecen además una serie de principios que los profesionales de EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS DEBEN CONOCER:

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.

2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.

La negativa al tratamiento es una cara más de principio de autonomía del paciente. Dentro de las opciones a elegir, está su derecho a negarse al tratamiento; no obstante, tal derecho tiene límites cuando de su negativa se pueden poner en peligro otros derechos o bienes jurídicos relevantes del propio paciente, de terceras personas como de la colectividad.

5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.

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.

En relación con dicho principio que establece la LAP, reseñar la importancia de la cumplimentación de la documentación clínica; esta relevancia no es baladí, es decir:

— Es importante desde la perspectiva de la calidad sanitaria, el paciente tiene derecho que toda la información relevante sobre su estado de salud sea recogida en documentación clínica.

— Es importante desde una perspectiva procesal; es un elemento relevante de prueba.

— Es importante a la hora de anotar los comportamientos y actitudes de las personas que son atendidas. No se puede olvidar que la relación causal entre un daño y el funcionamiento de un servicio sanitario, se puede romper por los propios comportamientos del paciente.

7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

Pero ¿qué es el Consentimiento Informado?: Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

Dicho esto parece interesante hacerse una pregunta: ¿quién debe informar?. La LAP dice **Médico responsable**: el profesional que tiene a su cargo **coordinar** la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial, sin perjuicio de las **obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales**.

De lo anterior se desprende que también *los profesionales de enfermería deben —dentro de sus propias competencias profesionales— informar al paciente y además en supuestos específicos realizar documentos de consentimiento informado*. Singularizando en la propia configuración de las unidades móviles de emergencias extrahospitalarias cualquiera de los profesionales que vayan tanto en unidades básicas como avanzadas tienen plena legitimación para informar y desplegar el derecho de los pacientes y usuarios.

El derecho de información

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. Este es la cara opuesta del derecho de información, que sin duda debe ser respetada, no obstante hay supuestos en los cuáles pese a la negativa a saber, dicho derecho no puede ser respetado:

La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

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. Los profesionales de enfermería han tener en cuenta la especial relevancia de la información como factor de íntima unión con el paciente: la comunicación actúa como elemento de calidad en todo el proceso asistencial.

Igualmente 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. Existen algunos pronunciamientos judiciales en el sentido de no generar en el paciente un terror o pánico con información excesiva. La información ha de ser adecuada y proporcional al propio paciente y a su nivel de exigencia de información. Con mucha frecuencia el paciente desea dar un "plácet" a los profesionales sanitarios indicando: Dr. usted sabe mejor lo que me puede beneficiar.

¿Quién es el titular de la información?

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

El paciente será informado, incluso en caso de Incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal. Una novedad en la LAP es que incluso en un enfermo incapaz o incapacitado judicialmente se le debe facilitar la información siempre en función de su situación.

Un supuesto conflictivo y singular: El estado de necesidad terapéutica como límite a saber por parte del paciente:

El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entiende por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

Llegado este caso, el médico dejará constancia razonada de las circunstancias en la historia clínica y comunicará su decisión a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho. Esto supone un status singular de limitación de la información y que requiere la coordinación entre el equipo asistencial. Esta limitación de la información tiene su justificación en la especial tutela del paciente.

El derecho al Consentimiento Informado

Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado.

El consentimiento será verbal por regla general. El hecho que el CI sea con carácter general

Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes:

- Intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento. La firma del documento de Consentimiento Informado no supone una "parte de curso" para que los profesionales sanitarios actúen de forma ilimitada.

Pero antes de la firma del CI, qué hay que hacer; la LAP indica lo siguiente en el artículo 10:

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

- a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
- b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.
- c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
- d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que, cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención, más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

Este texto si bien referencia exclusivamente al facultativo, en coherencia con el texto articulado y por el principio de analogía se puede extrapolar en sus consideraciones en aquellos supuestos en los que la Enfermería utilice documentos de CI por la entidad de la técnica que utilicen.

El consentimiento informado como concreción del principio de autonomía en muchas ocasiones no puede ser dinamizado por la persona sobre la que se realiza el acto sanitario, pensemos en menores, incapaces e incapacitados. La LAP indica:

Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no

ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

- a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas. **EN ESTE SUPUESTO CABE INCLUSO EL INTERNAMIENTO JUDICIAL Y POLICIAL DEL PACIENTE.**
- b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él. **ES UN SUPUESTO EN EL CUAL PREVALECE EL DERECHO A LA VIDA Y LA ATENCIÓN SANITARIA.**

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

- a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.
- b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.
- c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación. OPERA LA MAYORÍA DE EDAD A LOS 18 AÑOS.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

Consentimiento informado y responsabilidad jurídica

El CI es un derecho del paciente y se traduce en una obligación para los profesionales sanitarios, y obviamente para el profesional de enfermería. La *lex artis* como criterio de valoración de una actuación profesional y como el depósito legitimador de la competencia profesional, se inserta dentro de aquélla. El profesional no sólo está obligado a realizar de forma adecuada la praxis asistencial, y además a cumplir todas las previsiones legales sobre consentimiento informado y derecho de información del paciente.

El no cumplir con las previsiones legales, deriva que una actuación sea considerada falta administrativa, e incluso puede llegar a suponer el incurrir en responsabilidad patrimonial por mal funcionamiento del servicio público. Un menoscabo del CI supone por sí mismo un daño moral que ha de ser indemnizado, independientemente de la valoración de la praxis profesional.

La ausencia de consentimiento informado supone una mala praxis *ad hoc*³. Es de interés destacar que en la actualidad hay un debate interesante sobre el consentimiento informado a la hora de ser o no ser considerado como relevante a efectos de determinar su sola vulneración como un daño indemnizado. Expongo a continuación unas reflexiones de Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Madrid núm. 130/2005 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 9.^a), de 2 marzo:

“La necesidad de tal consentimiento informado se desprende de lo dispuesto en el art. 10, números 5 y 6, de la Ley General de Sanidad (hasta su derogación por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre), e incide decisivamente en el derecho de autodeterminación del paciente, de modo que el cum-

³ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia Extremadura núm. 60/2005 (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1.^a), de 26 abril.

plimiento de dicha exigencia resulta imprescindible para la asunción del riesgo por el interesado y para que venga jurídicamente obligado a soportar el daño. La jurisprudencia ha conferido a la falta de consentimiento informado del paciente o sus representantes el carácter de causa determinante de la prestación sanitaria inadecuada apta para originar la responsabilidad patrimonial de la Administración sanitaria (SSTS. 2-10-1997, 4-4 y 3 y 4-10-2000, 7-6-2001, 14-10-2002, 30-3-2004 y otras). Según esta doctrina, la omisión del consentimiento informado priva a los interesados de la posibilidad de ponderar la conveniencia de sustraerse al tratamiento evitando sus riesgos y de asegurarse y reafirmarse en la necesidad de la medida terapéutica, imposibilitando para tener el debido conocimiento de los riesgos en el momento de someterse a la intervención, y declara la citada resolución de 4-4-2000: “Esta situación no puede ser irrelevante desde el punto de vista del principio de autonomía personal, esencial en nuestro Derecho, que exige que la persona tenga conciencia, en lo posible y mientras lo desee, de la situación en que se halla, que no se la sustituya sin justificación en el acto de tomar las decisiones que le corresponden y que se le permita adoptar medidas de prevención de todo orden con que la persona suele afrontar los riesgos graves para su salud”, y prosigue: “Esta situación de inconsciencia provocada por la falta de información imputable a la Administración sanitaria del riesgo existente, con absoluta independencia de la desgraciada cristalización en el resultado de la operación que no es imputable causalmente a dicha falta de información o de que ésta hubiera tenido buen éxito, supone por sí misma un daño moral grave, distinto y ajeno al daño corporal derivado de la intervención”.

Las SSTS. de 26-2 y 18-6-2004 parecen modificar esta doctrina en cuanto hacen referencia a la necesidad de que concurra un daño antijurídico derivado de la prestación sanitaria para que surja el deber de indemnizar por falta de consentimiento informado. Sin embargo, y aparte de la notoria disparidad entre los supuestos examinados en dichas Sentencias y el que es objeto de examen en la presente, lo cierto es que aquéllas remiten a la doctrina sentada en la STS. de 26-3-2002. En ésta se deniega la reclamación por falta de consentimiento informado reiterando los razonamientos del Tribunal “a quo”, pues “al no haberse llegado a acreditar ni siquiera la existencia de una lesión objetiva que sea consecuencia de la intervención quirúrgica practicada, no puede imputarse a la supuesta falta de consentimiento informado la producción del resultado dañoso”. Esta afirmación, así pues, hace referencia a la existencia de un daño objetivo del que no se exige que sea, además, antijurídico, puesto que la demandante reclamaba por la afectación del nervio safeno por consecuencia de una operación de varices, cuando la relación causal no estaba

en modo alguno probada y, por ello, no era apreciable un daño proveniente de esa intervención. En el caso de autos las circunstancias son, desgraciadamente, muy distintas, pues la paciente sufrió dos daños de diversa naturaleza ocasionados por la intervención, además del sometimiento a esta misma, sin que conste que hubiera podido elegir entre soportar esos riesgos y el sufrimiento que entrañaba la intervención quirúrgica y cualquier otra alternativa, dada el avanzado desarrollo del cáncer que desencadenó la muerte.

HISTORIA Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA: ESPECIAL RELEVANCIA EN LAS EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS

Sobre la Historia Clínica (HC) inciden tanto derechos y obligaciones del paciente como del profesional enfermería, y en consecuencia, esto hace que sobre la misma se planteen muchas situaciones de conflicto y tensión: no olvidemos que la HC es un instrumento esencial de prueba en los procedimientos judiciales.

Entrando ya en materia docente, una primera idea esencial a retener es que **todas las referencias que hagamos a la HC deben ser entendidas que afectan tanto a los servicios sanitarios públicos como privados, así se establece en el artículo 1⁴ de la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente (LAP). Es una previsión legal razonable porque los bienes jurídicos que deben ser tutelados que se pretende proteger son de una alta importancia constitucional.**

Esta Ley establece derechos y obligaciones para los sujetos activos de la relación médico-paciente, y en coherencia con ello entre los principios básicos⁵ (obligaciones-deberes) la LAP establece:

1. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivos de la asistencia sanitaria. Este es un deber del paciente para con el profesional sanitario y con la Institución sanitaria.

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 in-**

⁴ Artículo 1. *Ámbito de aplicación.*

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios, públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica.

⁵ Artículo 2 LAP.

formación y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

3. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida (el deber para el profesional sanitario deviene bajo la forma de secreto profesional). Este principio intenta preservar el derecho a la intimidad y a la confidencialidad de los datos relacionados con su proceso asistencial (acceso con legitimación legal); además existe una obligación por parte de los centros sanitarios de establecer unos procedimientos reglados y estandarizados para preservar dicho derecho a la intimidad y que los accesos a esos datos estén legitimados⁶.

2.1. ¿Qué es la historia clínica? Muchas pueden ser las definiciones y seguramente podríamos ampliarla hasta el infinito, pero en la actualidad ya existe un concepto legal de Historia Clínica (HC):

Historia clínica⁷: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Aparte de este concepto de HC en la propia Ley se regulan otros definiciones jurídicas que tienen relación con la Documentación Clínica:

- *Certificado médico: la declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento.*
- *Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.*
- *Informe de alta médica: el documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas.*

La Historia Clínica⁸ (HC) comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los profesionales de enfermería 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.

⁶ Artículo 7 LAP.

⁷ Artículo 3 LAP.

⁸ Artículo 14 al 19 LAP.

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.

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.

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.

Este desarrollo es un elemento importante para que las previsiones recogidas en la LAP sean efectivas; las organizaciones sanitarias requieren un cambio en la arquitectura organizativa y de cultura en el ejercicio de las competencias profesionales; las medidas serán efectivas en la misma proporción en que los profesionales sanitarios modifiquen algunos comportamientos hacia prácticas responsables (por ejemplo las claves de accesos).

Asimismo esta Ley tendrá una materialización que favorezca el conjunto de los derechos de los usuarios cuando las Administraciones Públicas Sanitarias provisionen a las unidades y servicios de los instrumentos y recursos suficientes.

2.2. ¿Qué debe contener la HC?

Parece razonable contestar que *todo aquello que sea necesario y relevante para el conocimiento de la salud del paciente* (cláusula abierta en cuanto al contenido); es lógica dicha cláusula abierta porque circunscribir el contenido de la HC supondría una limitación en un buen conocimiento y objetivación de la salud del paciente (la LAP indica *“se incorporará la información —bajo criterio médico⁹— que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente”*).

El paciente tiene derecho a que conste por escrito o en cualquier otro soporte (HC electrónica) los datos referentes a los ámbitos de la atención especializada y primaria: la HC, sin duda, es un instrumento facilitador.

⁹ Este añadido subrayado es del Autor.

Una obligación para el profesional es la cumplimentación de la HC, deber que se integra dentro de la “lex artis”, por lo que entra dentro de la esfera de responsabilidad exigible al profesional sanitario.

El contenido mínimo de la HC 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.

2.3. Usos de la historia clínica

Anteriormente he indicado que la HC es *el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial*, y que la LAP establece una cláusula abierta extensiva en el sentido que debe contener *todo aquello que sea necesario y relevante para el conocimiento de la salud del paciente*.

Prima facie la HC es fundamentalmente “usada” por los profesionales sanitarios; en este punto sugiero una serie de preguntas:

- ¿Una HC puede ser utilizada por un profesional sanitario (PS) en cualquier momento?

- ¿Puede usar la HC un profesional de la gestión en toda su extensión?
- ¿Puede considerarse desproporcionado por parte de los directivos hacer uso de la documentación clínica para un control y seguimiento de calidad del servicio?
- ¿Nos puede pedir un Juez en el seno de un procedimiento judicial la totalidad de la HC sin ningún tipo de requisito?

La **historia clínica** es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente, se perfila así como un claro elemento facilitador de la propia actividad sanitaria, y así obviamente **los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia**. Los propios profesionales son los más interesados en la integridad y unicidad de la HC.

Como **regla general** existe un acceso universal del médico a la HC, pero no es patrimonio exclusivo suyo porque **existen otros profesionales asistenciales, de gestión, inspección y judicial que también están legitimados para un racional y proporcional acceso a al HC**.

Estos **supuestos de acceso** son los siguientes:

- **El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia**, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso.

El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que como regla general quede asegurado el anonimato, **salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos**.

Esta disociación de datos intenta preservar accesos no desproporcionados y no legitimados. Nos obstante este supuesto no opera en casos sobre los cuales existe una investigación de la autoridad judicial y se considere relevante la unificación de los datos personales y los puramente asistenciales; no obstante habrá que estar siempre a lo que el Juez o Tribunal considere en cada caso.

En relación con el supuesto de accesos a contenidos a la HC en procedimientos judiciales no se pueden obviar ciertas reflexiones:

- a) Los centros y servicios sanitarios son Administración Pública (Poder Ejecutivo) y tiene la obligación de tutelar intereses individuales y colectivos (la HC recoge elementos esenciales del derecho fundamental a la intimidad...) y en consecuencia deben "saber" el fin y la legitimación del dicho acceso judicial. Es una natural consecuencia del juego democrático y de división de poderes.
- b) Los Juez y Tribunales están sometidos al imperio de la ley y al conjunto del Ordenamiento Jurídico español, y así su voluntad que se expresa mediante Sentencias o Autos deben estar **motivadas**.

Todo acceso con fines judiciales deben estar motivadas para que así los centros y servicios sanitarios pueden tutelar mejor los derechos de los pacientes.

- **El personal de administración y gestión** de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
- **El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación**, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia Administración sanitaria.

El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al **deber de secreto**. Deber que forma parte de la "lex artis" cuya finalidad es la tutela del derecho a la intimidad del paciente y su incumplimiento supone un ilícito penal tipificado en el artículo 199 del Código Penal:

1. *El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses.*
2. *El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.*

2.3. La conservación de la documentación clínica

Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no

necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, **cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial**.

La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.

Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.

La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

2.5. Derechos de acceso a la historia clínica: las anotaciones subjetivas

Entramos en bosque con sinuosos senderos y con tinieblas: los derechos de acceso a la HC; sin duda cuando un paciente acude a un servicio y dice que desea acceder a la HC, con carácter general se genera una tensión relacional entre el profesional sanitario y el paciente. Es cierto que son muchos los motivos por los cuales un paciente o familiar acude a una Unidad de Atención al Paciente a pedir copia de su HC:

- El hecho de conocer una segunda opinión facultativa.
- El hecho de ir a otro servicio sanitario para que le vea un especialista.
- Porque es un paciente transeúnte y desea la copia para llevarla a su médico.
- Para conocer si existe posibilidad de una reclamación judicial.

Mucho se ha debatido sobre la *propiedad de la HC*, es decir a quién pertenece la misma; discusión que desde mi perspectiva no conduce a nada (podemos preguntar a las personas que son propietarios con inquilinos de renta antigua y prórroga forzosa, de qué les vale ser propietarios) consecuentemente es más razonable derivar el planteamiento sobre las facultades o potestades (derechos concretos).

En el espinoso asunto de los *derechos de acceso* a la HC la relación médico-paciente adquiere intensa vida porque se constata la superación del paternalismo médico a una nueva relación médico-paciente en el que el principio de autonomía prima en dicha relación. Desde mi perspectiva el binomio médico-paciente en el ámbito de los *derechos de acceso* debe poseer los siguientes elementos:

- Con carácter general debe posibilitarse el acceso universal (principio universal de acceso a la HC) del paciente, con excepción de aquellos casos en los cuales otros derechos deban ser tutelados.
- Todo acceso debe estar legitimado, ser proporcional y adecuado, de esta manera es razonable que existe un procedimiento protocolizado y publicitado en todos los centros sanitarios para que todos los pacientes y familiares tengan contexto procedimental con las garantías suficientes.
- Establecer una presunción de buena fe en toda solicitud de acceso a la HC.

¿Qué derechos de acceso tiene el paciente en relación con los contenidos de su HC?

El paciente tiene el **derecho de acceso** a la documentación de la historia clínica y a obtener **copia** de los datos que figuran en ella. Se establecen por lo tanto dos derechos:

- Visualización (derecho de acceso a la documentación) de la HC.
- Copia de los datos: esto habrá que interpretarlo en el sentido lo más favorecedor para el paciente o sus familiares, siempre teniendo en cuenta la excepciones del derecho de acceso.

El **derecho de acceso** del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por **representación** debidamente acreditada.

El **derecho al acceso** del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio: **EXCEPCIONES Y LÍMITES**:

- Del derecho de **terceras personas a la confidencialidad** de los datos que constan en ella recogidos en *interés terapéutico* del paciente.
- Del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de **sus anotaciones subjetivas**. *¿Qué*

son las Anotaciones Subjetivas? Es un tema complicado y necesario por tanto realizar algunas observaciones:

- i) Las anotaciones subjetivas pueden generar una ruptura de la confianza en la relación médico-paciente y con el centro sanitario; porque en esencia cómo puede asumir el usuario que se le sustrae cierta información.
- ii) Es cierto, que en ocasiones existen presunciones, intuiciones,... sin datos claros objetivos (oculta medicación por ejemplo). **Es importante evitar delirios de ingeniosidad.**
- iii) En relación con este derecho de reserva a favor del profesional sanitario se debe producir por parte de las organizaciones sanitarias una intensa y extensa campaña de información sobre las anotaciones subjetivas. Por mi parte considero que debe existir un documento normalizado en el que se incluya de forma específica y esencial dicho derecho a favor de los profesionales sanitarios.
- iv) Se ha de tener un cuidado en no confundir (con o sin intención) las anotaciones subjetivas con otros datos sanitarios, sin duda, en un procedimiento judicial puede suponer una conducta que derive hacia lo ilícito. Asimismo sería conveniente que existiera una hoja propia para las anotaciones subjetivas, y que no fuera el propio médico el que retirara las mismas sino una "comisión de HC" para así garantizar la necesaria asepsia y neutralidad. La Agencia Española de Protección de Datos ha tenido la oportunidad de emitir una Resolución cuyo origen está en una queja de un paciente por el "acceso parcial a su historia clínica", la propia Agencia determina en una Resolución que el paciente no puede acceder a las anotaciones subjetivas (www.aepd.es).

Estos derechos de acceso deben ser completados con el artículo 15 de la Ley Orgánica de Protección de Datos:

El interesado (el propio paciente o representado) tendrá derecho a solicitar y obtener gratuitamente información de sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento, el origen de dichos datos, así como las comunicaciones realizadas o que se prevén hacer de los mismos.

La información podrá obtenerse mediante la mera consulta de los datos por medio de su visualización, o la indicación de los datos que son objeto de tratamiento me-

dante escrito, copia, telecopia o fotocopia, certificada o no, en forma legible o inteligible, sin utilizar claves o códigos que requieran el uso de dispositivos mecánicos específicos.

El derecho de acceso a que se refiere este artículo sólo podrá ser ejercitado a intervalos no inferiores a doce meses, salvo que el interesado acredite un interés legítimo (un ejemplo es la petición de una segunda opinión) al efecto, en cuyo caso podrán ejercitarlo antes.

Las instituciones¹⁰ y los centros sanitarios públicos y privados y los profesionales correspondientes podrán proceder al tratamiento de los datos de carácter personal relativos a la salud de las personas que a ellos acudan o hayan de ser tratados en los mismos de acuerdo con lo dispuesto en la legislación estatal o autonómica sobre sanidad: Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente y de las correspondientes Leyes autonómicas sobre la materia.

Y cuando el paciente ha fallecido... ¿quién y bajo qué condiciones puede acceder a la HC?

La LAP viene a regular un tema siempre espinoso y que generaba no pocos conflictos cuando no una clara ruptura de la relación médico paciente: **el acceso a los datos de la HC cuando el paciente había fallecido**. Las características de dicho acceso son:

a) Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los pacientes fallecidos a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, **salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite**.

b) En cualquier caso el acceso de **un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes**: enfermedad contagiosa, enfermedad hereditaria,... Es un supuesto pensado para cuando una persona considere relevante que debe acceder a la HC otra porque en ella se encuentran datos relevantes para su propia salud; es un claro ejemplo de conflictos entre los derechos fundamentales a la salud (vida) e intimidad y que en razonable lógica se tutela el primero: la salud. Es un acceso restringido a esos datos por lo que los centros sanitarios deben realizar una labor de análisis de dicha solicitud de acceso.

¹⁰ Artículo 8 Ley Orgánica de Protección de Datos.

c) No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido. Esta limitación o restricción en el acceso a la HC de un enfermo fallecido es desafortunado porque hace referencia a que no se dará información que afecte a la **intimidad del fallecido**, y la pregunta que surge de forma volcánica ¿intimidad no es todo que se recoge en la HC?.

d) **NI a las anotaciones subjetivas de los profesionales. Las consideraciones previas sobre dicha materia son válidas en el supuesto del paciente fallecido.**

e) **NI que perjudique a terceros.**

2.6. Algunos casos judiciales sobre accesos a la historia clínica

Los siguientes casos judiciales fueron juzgados ante de la entrada en vigor de la Ley 41/2002 de autonomía del paciente, pero son ilustrativos sobre la conflictividad de los accesos a la HC:

No puede tener la misma calificación y protección el acceso a los contenidos de la HC cuando lo hace el propio paciente que cuando lo hacen familiares o allegados.

• **Sentencia de la Audiencia Provincial de Alicante de 6 de julio del 2001.**

“Porque pudiera ocurrir que el propio paciente fallecido hubiera revelado datos íntimos al médico que le atendía, que éste los hubiera reflejado en su fichero personal, y que aquél no hubiera querido que trascendieran ni siquiera a sus familiares más allegados. Pensemos por ejemplo en el caso de los psiquiatras, o en el caso de datos personales de índole familiar que lleven a un paciente a un estado de ánimo, o incluso datos revelados al médico que supongan una liberalización de su conciencia. Por tanto tampoco es lo mismo la entrega del historial médico al propio paciente, que la entrega realizada a un familiar.”

Se puede remitir copia de la HC entre centros sanitarios para fines como investigación y administrativos (en el curso de un procedimiento de responsabilidad sanitaria).

• **Sentencia de 27 de diciembre del 2002 de la Audiencia Provincial de Barcelona.**

“Debe recordarse en este preciso instante que la necesidad del informe médico valorativo al que se ha hecho referencia venía exigida por la existencia de una reclamación de índole patrimonial ante la Administración Sanitaria (ICS) a causa de la, al

parecer del hoy demandante, deficiente asistencia sanitaria recibida en el Servicio de Traumatología del Hospital X de Barcelona. No nos parece descabellado, en cumplimiento de la información que le había sido solicitada al Director, que éste recabe los datos que pudieran existir del mismo paciente en otros centros sanitarios de la red hospitalaria pública sanitaria, como el Hospital X, a los efectos de contrastar la existencia o no de la debida atención, o el atendimiento del mismo, en relación con la misma o derivada afección, en centro distinto.

Este Tribunal desconoce por qué razón llegó al domicilio del Sr. David una copia de la entrevista mantenida con el Dr. Jesús en la institución hospitalaria demandada, cuestión que aparece tangencialmente en los interrogatorios a los testigos propuestos por aquella parte y a la que ninguna referencia, pese a su importancia, se hace en la demanda rectora de las actuaciones. Tampoco el Sr. David aportó la referida documentación con la demanda o luego en el ramo de proposición de prueba. La única hipótesis factible es la apuntada por los demandados en su escrito de contestación, esto es, que la remisión se haya practicado “... dins del tràmit particular d'audiència de l'expedient administratiu establert en l'art. 11 del RD 429/1993 En cualquier caso, y lo que está fuera de toda duda es que

- *la información se transmitió al amparo de la normativa reglamentaria preexistente;*
- *la referida información se cursó entre altos responsables de instituciones relacionadas con la sanidad pública, sobre los cuales pendía el deber de confidencialidad al que se ha hecho referencia;*
- *la petición de información resultaba objetivamente justificada por la necesidad de presentación de un informe a la Asesoría Jurídica del ICS, por la existencia de una previa reclamación de índole patrimonial del mismo paciente, a causa de la asistencia sanitaria recibida en otro centro de la red hospitalaria pública, la petición de colaboración no pretendía utilizar la información del paciente para un estudio o encuesta puramente experimental, ni para satisfacer una necesidad distinta que la estrictamente indicada, la cual resulta legítima y aparece objetivamente justificada en aras a la emisión del dictamen que el Director tenía encomendado por el ICS,*
- *la referida información no tuvo difusión o divulgación alguna, más allá de la toma de conocimiento de la/s persona/s que intervinieron en la redacción del informe, el cual, por formar parte integrante de un expediente administrativo atinente a una "materia reservada" carece de publicidad frente a terceros, el demandante no ha podido suministrar datos relativos a la "circulación" de su historial clínico, ni demostrar*

que la referida información haya sido utilizada con fines espurios o desviada para finalidades ilegítimas, distintas a los que se han indicado más arriba.

Por todo lo expuesto, e insistiendo fundamentalmente en que la actuación denunciada figura amparada por la normativa reglamentaria que se encontraba vigente en el momento en que ocurrieron los hechos, lo que le reviste de una total apariencia de licitud y legitimidad, y que la misma se desarrolló en el marco del atendimento de un requerimiento de información, necesaria, desde el punto de vista objetivo, para el cumplimiento de un encargo dictaminador, y que no existe el más mínimo indicio de que existiera desviación o apartamiento, por parte de los altos facultativos que intervinieron, de la finalidad proyectada y perseguida, consideramos que no existe vulneración del deber de confidencialidad del paciente, no habiéndose acreditado tampoco, más allá de la mera alegación de éste, rastro o indicio de daño objetivable en las esferas personal, familiar y laboral, y menos que el mismo alcance cotas de irreparabilidad, al no haberse concretado mínimamente en qué ha padecido la intimidad o la imagen del mismo en esas diferentes esferas, esto es, dónde ha estado el sacrificio o el precio pagado por el afloramiento de sus datos".

2.7. Informe de Alta¹¹ y otra documentación clínica. Una regulación que otorga Seguridad Jurídica. Una gran obligación del paciente en aras de la solidaridad intrasistema

El alta del paciente es una de las novedades de la LAP que regula una de las cuestiones siempre conflictivas de la relación médico-paciente y de la relación Administración Sanitaria-paciente; en muchas ocasiones los usuarios y pacientes no quieren abandonar el centro sanitario por diversas causas:

- a) Porque consideran que la asistencia sanitaria no se ha completado.
- b) Porque los recursos sanitarios externos no cumplen con las necesidades y expectativas del paciente y de sus familiares.
- c) Porque lo que subyace tras el rechazo al alta es un problema no sanitario sino social

Todas causas entendibles desde el íntimo sentimiento humano, pero que el Sistema Nacional de Salud no puede permitirse y parece razonable la posibilidad del **alta forzosa**. Ésta es un elemento equitativo porque es un instrumento para que el principio de igualdad reconocido en nuestra Constitución no se vulnerado: **un enfermo que rechaza un alta médica genera una insolidaridad sanitaria porque limita el acceso al bien jurídico sanitario a otros pacientes o usuarios.**

¹¹ Artículos 20,21 LAP.

El alta forzosa tiene sus naturales conexiones con el principio de autonomía que otorga al paciente un grado de madurez en la relación médico-paciente: **podría definirse como el vínculo de corresponsabilidad con el sistema sanitario (es un derecho del sistema y una obligación del paciente).**

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta. **El informe de alta se postula así como un derecho del paciente donde se recoge de forma resumida todo el proceso asistencial previo;** asimismo en el informe de alta se insertan una serie de recomendaciones que debe seguir el paciente tanto en relación con las pautas farmacológicas como de estilos de vida. Esta información se inserta dentro del derecho de información y que desde el punto de vista de la responsabilidad jurídica.

Lo normal es que una vez que el enfermo se le da el alta se va, pero hay ocasiones en las que un paciente se niega a recibir un tratamiento en el centro sanitario, o bien una vez que se le da el alta no quiere marcharse del centro sanitario, **¿dispone el sistema de mecanismos legales para canalizar de forma adecuada estas contingencias?:**

- En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley.
- El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.
- En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

La Coordinación de las HC: Una gran necesidad del Sistema Nacional de Salud. Un final para los comentarios sobre la HC.

La Disposición Adicional Tercera posibilita la necesaria coordinación y colaboración entre el Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de HC para así facilitar una mejor calidad asistencial porque la circulación de pacientes den-

tro del Sistema Nacional de Salud es una exigencia del principio de igualdad reconocido en nuestra Constitución:

Disposición Adicional Tercera

El Ministerio de Sanidad y Consumo, en coordinación y con la colaboración de las Comunidades Autónomas competentes en la materia, promoverá, con la participación de todos los interesados, la implantación de un sistema de compatibilidad que, atendida la evolución y disponibilidad de los recursos técnicos, y la diversidad de sistemas y tipos de historias clínicas, posibilite su uso por los centros asistenciales de España que atiendan a un mismo paciente, en evitación de que los atendidos en diversos centros se sometan a exploraciones y procedimientos de innecesaria repetición.

Las anotaciones subjetivas de los profesionales sanitarios

La LAP posibilita como un límite en el acceso a los datos recogidos en la Historia Clínica las denominadas anotaciones subjetivas (son aquellas valoraciones de carácter profesional que no guardan una relación directa e íntima con la asistencia). Estas anotaciones deben ser interpretadas en un sentido limitativo porque lo que no se pueden hacer es ocultar bajo el paraguas de anotaciones subjetivas hechos relevantes y directos clínico-asistenciales.

La Enfermería puede realizar dichas anotaciones en la historia del paciente. Y puede limitar el acceso a su contenido por el paciente o sus familiares. Lo cierto es que el formato de historia clínica electrónica sí posibilitará mejor dicho de generación y acceso a las anotaciones subjetivas.

El porqué de la relevancia de la documentación clínica en emergencias extrahospitalarias

1. Porque se otorga calidad a los procesos asistenciales.
2. Porque es una exigencia ético-legal inserta en la lex artis.
3. Porque es un elemento relevante para la práctica judicial.
4. Porque es un factor de control de la actuación y comportamiento de los pacientes y usuarios.

En definitiva una correcta cumplimentación de la documentación clínica es un baluarte de seguridad y sosiego para los profesionales sanitarios.

Capítulo V

URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS. ASPECTOS MÉDICO-LEGALES

José Carlos Fuertes Rocafín

1. Introducción

Las urgencias psiquiátricas constituyen aproximadamente el 5% de todas las urgencias que se le presentan al profesional sanitario en su práctica cotidiana. Este tipo de urgencia, además de ser importante por su frecuencia, tiene una serie de rasgos diferenciales que le hace especialmente interesante y compleja de manejar. Entre estas peculiaridades destaca por un lado la aparatosidad con la que se manifiestan. En segundo lugar por las frecuentes implicaciones legales que tienen. Por último no conviene olvidar que la urgencia psiquiátrica, por definición y como cualquier otra urgencia, precisa de una actuación rápida y decidida, que puede ocasionar ciertas dudas en el planteamiento terapéutico y asistencial a seguir y de nuevo aparecer la sombra de los conflictos legales y éticos.

2. Aspectos generales de las urgencias psiquiátricas

A diferencia de las denominadas "urgencias médicas", las urgencias psiquiátricas son perturbaciones del pensamiento, los sentimientos o la conducta que aunque requieren tratamiento de inmediato, en líneas generales no suelen generar riesgo vital. No obstante, esta afirmación genérica, presenta excepciones y puede haber casos específicos como son las depresiones con ideas delirantes de culpa o ruina (suicidio), cuadros de anorexia nerviosa severos, intoxicaciones por sustancias o síndromes de abstinencia de algunas drogas, que si pueden llegar a poner en peligro la vida del sujeto con las implicaciones medicolegales que ello conlleva. Así mismo la urgencia en psiquiatría puede originar riesgo para la integridad física o psíquica de terceros (amenazas, lesiones, coacciones) que a su vez puede dar pie a conflictos legales de cierta importancia. A continuación vamos a pasar revistas a los problemas medicolegales mas frecuentes derivados de las urgencias psiquiátricas.

3. Aspectos medicolegales de la agitación

a) Introducción y aspectos generales

La agitación psicomotora es la urgencia psiquiátrica más frecuente y quizá también la que presenta un mayor número de implicaciones legales (autolesiones, lesiones a terceros, internamiento urgente e involuntario, contención física y química incisa, etc.).

Antes de dar las pautas de actuación ante un cuadro de agitación es conveniente clarificar e identificar si se trata de una agitación auténtica o de otro tipo de entidad con las que a veces pueden confundirse. Para ello conviene tener en cuenta que existen las siguientes situaciones: **Enfado** (reacción lógica y normal ante una frustración o adversidad), **Inquietud** (exaltación motórica leve conservando el autocontrol), **Excitación** (exaltación motórica grave con autocontrol deficiente), **Agitación** (exaltación de la mímica y de la motórica muy grave con anulación de la capacidad autocontrol), **Violencia** (actitud lesiva y dañina controlada por el sujeto quien es consciente del alcance sus actos y también libre para realizarlos).

b) Aspectos medicolegales

Las responsabilidades legales en los cuadros de agitación se pueden originar básicamente por dos mecanismos:

a) Por un exceso en los medios empleados para la contención del enfermo (sución mecánica o química), estando entonces ante un posible delito o falta de lesiones.

b) Acción por omisión, al no haber tomado ninguna medida y no haber impedido de esta forma la realización de lesiones del paciente hacia sí mismo o hacia terceras personas (familiares, personal sanitario, ciudadanos, otros pacientes, etc.).

c) Por un exceso en nuestras atribuciones cometiendo el delito de "detención ilegal" al proceder al traslado y posterior ingreso del enfermo agitado sin las garantías legales pertinentes.

Para evitar responsabilidades legales en las agitaciones psicomotoras es necesario tener presente lo siguiente:

1. Nadie está obligado a poner en peligro su vida por salvar la de otro, pero si estamos obligados todos los ciudadanos a ayudar, o en el caso de no poder prestar

ayuda, a avisar a quien pueda resolver el conflicto (agentes de la autoridad, bomberos, personal de emergencias, etc.) tal y como matizan los Art. 195 y 196 del Código Penal.

2. La contención física y química, así como el traslado urgente de un enfermo agitado debe de estar ordenado siempre por un médico, ya que son procedimientos terapéuticos que tienen unas indicaciones precisas, efectos secundarios y contraindicaciones. El plazo máximo que la ley otorga para notificar al juzgado la adopción urgente de la medida de internamiento no voluntario es de 24 horas.

3. La indicación de traslado, ingreso o internamiento psiquiátrico urgente y no voluntario no precisa hacer referencia a ningún artículo de las Leyes actualmente en vigor ya que si es urgente es una decisión exclusivamente médica y la responsabilidad es del profesional que la indica.

4. Tampoco existe ningún "formulismo" que sea obligatorio emplear, siempre y cuando la orden médica deje claro que se trata de un traslado involuntario y urgente para valoración o ingreso por que el sujeto padece una posible alteración psíquica.

5. Si para reducir la agitación de un paciente es preciso recurrir a la ayuda de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, Autonómicos o Policía Local, estos no podrán negarse so pena de incurrir en los delitos de **omisión del deber de socorro** y **denegación de auxilio** tipificados en el código penal en los Artículos 195 y 412 respectivamente. Lo que no es competencia, ni por supuesto exigible a estos profesionales, es el traslado del enfermo, medida esta estrictamente sanitaria y que debe ser realizada por personal debidamente cualificado y entrenado para ello.

4. Aspectos medicolegales del suicidio

a) Aspectos generales

Igual que ocurría con la agitación, las conductas suicidas no son todas iguales existiendo graduaciones, modalidades y formas de expresión que es preciso tener siempre presente. En esencia hay que diferenciar los siguientes aspectos: **Idea autolítica** (pensamiento recurrente de que la muerte puede ser una salida a la situación por la que está atravesando el sujeto), **Intento autolítico** (gesto o acción autoagresiva a través de la cual el sujeto pretende llamar la atención o pedir ayuda), **Suicidio frustrado** (acto suicida que no se ha producido en su totalidad por que una causa externa a la voluntad del sujeto lo ha impedido), **Suicidio consumado**.

b) Aspectos legales

En los suicidios el personal sanitario sólo tendrá responsabilidad penal cuando la conducta sea **claramente previsible, humanamente evitable** y la actitud del profesional haya sido **manifiestamente descuidada e imprudente**. Consideración distinta merece el auxilio o la inducción al suicidio que, aunque sea por razones humanitarias tal y como recoge el código penal, tiene una sanción aunque se le aplica una atenuante.

Aunque el profesional sanitario difícilmente es condenado por un suicidio, no podemos decir lo mismo de la actitud que los tribunales tienen con respecto a la administración sobre la que con frecuencia recae la responsabilidad en base a lo que llaman "culpa in eligiendo" y "culpa in vigilando", es decir, siempre que hay un daño que el ciudadano no este obligado a soportar hay una responsabilidad de la administración, en unos casos por no disponer de personal o medios suficientes siendo ello un factor decisivo en la génesis suicida; en otros casos por que no existan los medios de control y de seguridad necesarios, tales como ventanas irrompibles y cerradas, presencia de espejos o materiales cortantes, estructura arquitectónica inadecuada, etc.

No obstante es necesario recordar que si la administración es condenada, esta debe "repetir" (actuar judicialmente) contra el personal que realizó la actuación si se demuestra a lo largo del proceso contencioso una conducta imprudente, negligente o imperita grave de dicho personal.

4. Aspectos médico legales de las intoxicaciones.**a) Aspectos generales**

Debemos distinguir las siguientes situaciones:

Intoxicación: Ingesta masiva de una sustancia que produce una serie de síntomas característicos según cual sea esta sustancia que se haya ingerido.

Abuso: Se denomina de esta forma al consumo continuado de una sustancia a pesar de los efectos negativos que produce tanto en el ámbito personal como social o legal.

Dependencia: Cuadro clínico severo producido por el consumo continuado de una sustancia y caracterizado por la existencia tolerancia (aumentar dosis para con-

seguir los mismos efectos), necesidad imperiosa de su consumo (dependencia psíquica), máxima inversión de tiempo, y energía en conseguir la sustancia, problemas sociales y legales por la obtención o uso de la sustancia y aparición de síndrome de abstinencia cuando no se tiene la sustancia.

Abstinencia: Son los síntomas característicos que se producen al drogodependiente cuando se le priva de forma más o menos rápida de la sustancia que consume habitualmente.

b) Aspectos legales

En principio en cualquier intoxicación el medico deberá dar un parte de lesiones ya que la intoxicación es considerada una lesión (Art. 147 y siguientes del Código Penal) y aunque se presuma una etiología accidental o suicida puede, con posterioridad, demostrarse negligencia por parte de cuidadores o familiares, maltrato infantil, inducción al suicidio, incumplimiento de la normativa de prevención laboral, etc. Así mismo, si se produce el fallecimiento por una intoxicación en ningún caso, aunque la causa se considere como accidental o suicida, se conozca el tóxico que la ha producido o el paciente haya sobrevivido a la intoxicación durante días o meses con ingreso hospitalario, el medico firmara el certificado de defunción.

Referente al uso y abuso de sustancias psicótropas el conflicto legal se produce por la delictogénesis que origina al alterarse la conducta del sujeto de forma variable según la dosis y habito de consumo. Así los estimulantes (cocaína y anfetaminas) dan lugar fundamentalmente a lesiones, homicidios, delitos contra la seguridad del tráfico y contra la salud (tráfico de drogas). Las drogas depresoras (opio y alcohol) dan lugar preferentemente a delitos por omisión cuando esta el sujeto bajo los efectos de la droga y a delitos contra las personas en las situaciones de abstinencia. También es importante considerar el efecto desinhibidor de la psicopatología latente y exacerbador de rasgos de anómalos de personalidad que el consumo de sustancias puede originar. Todo ello ha dado lugar a la llamada patología dual, es decir, el consumo de sustancias produce alteraciones psiquiátricas y a su vez algunos enfermos mentales utilizan sustancias en un intento vano de compensar su sintomatología.

El código penal vigente en su artículo 20 reconoce como causas de exención de responsabilidad el "síndrome de abstinencia" y la "intoxicación plena" siempre que esta no haya sido buscada a propósito para delinquir y siempre y cuando le impidan al sujeto saber lo que hace y actuar libremente. Así mismo el referido texto legal considera como atenuante de responsabilidad la "grave adicción" (Art. 21).

En el campo penal el problema de las drogodependencias girará siempre en torno a fijar la imputabilidad, es decir, a determinar el grado de disminución en el conocimiento de la realidad y de la libertad volitiva que ha originado el consumo de una sustancia. En principio la intoxicación etílica o por otras sustancias suele ser considerada como una atenuante de responsabilidad criminal, salvo que haya sido buscada a propósito para delinquir en cuyo caso no se aplica ninguna atenuante.

Mención especial merecen los llamados "*delitos contra la seguridad del tráfico*", en los cuales el hecho de conducir bajo el efecto del alcohol o de cualquier sustancia psicótropa es el tipo delictivo en sí mismo. En este sentido conviene siempre tener presente que el delito se comete por la conducción "*bajo la influencia de alcohol o sustancias psicótropas*". No es, por tanto suficiente tener una tasa de alcoholemia superior a la permitida (infracción administrativa), sino que es necesario que el tóxico influya negativamente en la conducción. Conviene recordar aquí que el negarse a someterse a la exploración es considerado como un delito de desobediencia a la autoridad, no obstante nadie estaría obligado a realizar la prueba.

Por lo que respecta a la responsabilidad profesional al actuar en los casos de intoxicación nos remitimos a lo expuesto en el apartado de la agitación, ya que es esta la complicación de las intoxicaciones o cuadros de abstinencia que origina los problemas o conflictos legales.

5. Aspectos medicolegales del Trastorno de Pánico

a) Aspectos generales

La crisis de angustia (panic attack) se caracteriza por la aparición súbita de síntomas de aprensión, miedo pavoroso o terror, acompañados habitualmente de sensación de muerte inminente. Durante estas crisis también aparecen síntomas como falta de aliento, palpitaciones, opresión o malestar torácico, sensación de atragantamiento o asfixia y miedo a "volverse loco" o perder el control.

b) Aspectos Legales

El trastorno de angustia es una urgencia frecuente, sin embargo, desde la óptica legal, no suelen dar problemas relevantes. Cuando hay conflictos estos fundamentalmente se producen por que el enfermo con un trastorno de angustia debido al bloqueo que ocasiona la enfermedad deje de hacer cosas a las que este legalmente

obligado dando lugar a los llamados *delitos culposos*, es decir, no hay intención de producir un daño y este se produce por no observar el deber objetivo de cuidado, entrando entonces en lo que la jurisprudencia denomina imprudencia o negligencia.

Otro aspecto mucho menos frecuente es considerar la posibilidad de que el enfermo con un trastorno de pánico pueda llegar a generar responsabilidad en el profesional que le atiende al demandar insistentemente una ayuda que no siempre se le puede dar.

Hay que tener en cuenta que el enfermo con angustia sufre intensamente y cree que puede morir o que puede perder el control de sus actos, lo que le lleva a solicitar insistentemente una intervención sanitaria que estamos obligados a prestar ya que es una urgencia en toda la extensión del término. El no acudir a este tipo de urgencia es una actitud claramente negligente e imprudente, además de generar responsabilidad también por el Art. 196 del Código Penal (Denegación de asistencia sanitaria).

6. Aspectos médico legales de la urgencia afectiva (depresión y manía)

a) Aspectos generales

Tanto la depresión como la manía puede ser fuente de conflictos legales en los cuadros agudos de ambas situaciones. En unos casos por la posibilidad de cometer un suicidio u homicidio, en el caso de la manía por la agresividad que el enfermo puede generar.

b) Aspectos Legales

Desde la óptica legal hay dos situaciones a considerar: los llamados clásicamente homicidios por compasión de los deprimidos y la agresividad de los episodios maniáticos que puede ser el origen de lesiones, desobediencia a la autoridad e incluso homicidios en los estados llamados clásicamente de "furor maniaco", que hoy gracias a las medicaciones existentes son excepcionales.

El llamado *homicidio por compasión* es característico de los enfermos depresivos con ideas psicóticas de ruina o de culpa. El paciente preso de una idea delirante y convencido de la "gran tragedia" que se le viene encima pretende ahorrar sufrimientos a sus seres más queridos. Esta es la causa de los homicidios que suelen continuarse en muchos casos con el suicidio del paciente (en este caso podríamos

hablar también de suicidio ampliado). El discurso psicológico del enfermo sería el siguiente: *"Primero acabo con el sufrimiento irremediable e irreparable de mi familia y luego termino con mi vida. De esta forma dejamos de sufrir todos"*.

En estos casos la imputabilidad está anulada o cuando menos muy disminuida ya que la capacidad de comprender lo injusto y aberrante de su conducta esta gravemente perturbada por la idea delirante de ruina o culpa. Además, también se reduce sensiblemente la libertad volitiva ya que el acto final, aunque en un principio pueda ser premeditado, es un acto realizado en función de una idea delirante y como una forma abyecta de salir de la agonía o lucha interior que sufre el enfermo.

Más raros es la existencia en los cuadros depresivos de los delitos por omisión (dejar de hacer algo que el sujeto debería de hacer). No obstante síntomas como la apatía, la astenia y la falta de energía de un depresivo pueden llegar a ser tan intensos que le obligue a actuar "imprudentemente" y sin intención cometer una infracción.

El ejemplo más claro sería el abandono del cuidado de los hijos, o la negligencia profesional, ya que el paciente no puede pensar con claridad y su atención y concentración se encuentran gravemente alteradas. En ambos casos será necesario valorar la aplicación del eximente o, en su defecto, la atenuante de responsabilidad.

Por lo que hace referencia al paciente maniaco este puede delinquir básicamente generando lesiones a terceros cuando estos se opongan a sus deseos y gustos o, simplemente, cuando le lleve mínimamente la contraria. El maniaco que "no se para ante nada" puede llegar a lesionar a su adversario y también a empezar con una dinámica legal en la que la inimputabilidad será la norma.

También puede el paciente maniaco ser foco de conflicto legal por las ideas delirantes de grandeza que tienen, ideas que les llevan a conculcar la ley mediante estafas, apropiación indebida, intrusismo, coacciones, etc. También aquí la inimputabilidad será habitual siendo necesario adoptar las llamadas medidas de seguridad (internamiento o sometimiento a tratamiento obligatorio).

7. Aspectos médico legales de la psicosis esquizofrénica

a) Aspectos generales

Los síntomas en el brote psicótico esquizofrénico son de dos tipos: positivos (ideas delirantes y alucinaciones) y negativos (autismo, embotamiento afectivo, abulia).

Tanto unos como otros acaban produciendo un estado de defecto global de la personalidad.

b) Aspectos legales

La esquizofrenia puede ser motivo de consulta urgente sobre todo por la existencia de un agresividad intensa fruto de la ideación delirante y de las alucinaciones. Desde la óptica legal este tipo de urgencias puede dar lugar a los siguientes problemas:

- Paciente agitado al que hay que ingresar forzosamente
- Paciente que ha cometido un hecho delictivo y hay que valorar
- Paciente que amenaza con el suicidio
- Paciente que rechaza la toma de medicación

En la primera situación hay que seguir lo expuesto en el capítulo correspondiente, es decir contención física, química e ingreso involuntario dando cuenta al Juez de Primera Instancia en un plazo no superior a 24 horas.

En el segundo caso será el médico psiquiatra el que deberá determinar el grado de imputabilidad del enfermo, es decir de aptitud para responder los actos que ha realizado. Según sea la valoración de la imputabilidad existirá o no responsabilidad.

En el tercer supuesto habrá que seguir lo expuesto en el apartado del suicidio teniendo en cuenta que este tipo de enfermos son más proclives que otros a consumirlo sobre todo si se asocia el consumo de alcohol o drogas.

Por último si el paciente rechaza un tratamiento será necesario informar de ello al juez para que obligue al paciente a someterse a un tratamiento. No obstante aquí hay graves problemas ya que esta medida solo la puede adoptar el juez si hay un delito y se aplica una medida de seguridad. También podría realizarse en el ámbito civil como una medida cautelar previa a la incapacitación

10. Aspectos clínicos y legales del Trastorno por estrés postraumático

a) Aspectos generales

Se denomina de esta forma al trastorno causado por un estrés psíquico o físico intensamente traumático y en el que se dan una serie de características o peculiaridades especiales:

- No es un simple accidente o similar.
- Implica relación directa entre personas.
- Implican con frecuencia móviles políticos o sociales.

b) Aspectos legales

Los problemas legales que produce el trastorno por estrés postraumático pueden ser muy variados según cual sea el factor estresante y las circunstancias en las que se ha producido. Por ello vamos a pasar a describir las que pueden tener mayor interés para el profesional sanitario.

1. Trastorno por estrés traumático derivado de malos tratos y violencia doméstica

El Artículo 153 del Código Penal modificado por Ley Orgánica 14/1999 de 9 de Junio conceptúa el delito de malos tratos de la siguiente manera:

“El que por cualquier medio cause a otro menoscabo psíquico o lesión no definidos como delito, golpee o maltrate de obra sin causarle lesión, amenace con armas u otros instrumentos, será castigado con prisión de 3 meses a 1 año, trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 80 días y privación de tenencia de armas o inhabilitación para la patria potestad, tutela, guarda y custodia de 6 meses a 3 años, cuando el ofendido sea:....”

Cónyuge a la persona que haya estado ligada afectivamente. Descendientes, ascendientes o hermanos propios o del cónyuge. Menores o incapaces que convivan con él o sujetos a la potestad. Sobre cualquier persona amparada en cualquier otra relación que la integre en el núcleo de convivencia familiar.

Este tipo no excluye la aplicación de otros y no se exige la vigencia de la relación afectiva en el momento de la agresión. Asimismo el Artículo 617 habla de la *fal-ta* de maltrato: “El que golpee o maltrate sin causar lesión...”.

El personal sanitario deberá:

- 1) *Diagnosticar y tratar el cuadro clínico.*
- 2) *Redactar y emitir el correspondiente parte de las lesiones.*

Dirigido al juez de guardia y en donde se hacen constar las lesiones somáticas y psíquicas encontradas. Posteriormente el médico forense confeccionará el correspondiente informe en el que se incluyen.

2. Trastorno por estrés traumático derivado de las agresiones sexuales

Agresión sexual

El artículo 178 del Código Penal se expresa de la siguiente manera al referirse a la agresión sexual: “El que atentare contra la libertad sexual de otra persona, con violencia o intimidación, será castigado como responsable de agresión sexual con la pena de prisión de uno a cuatro años”. El artículo siguiente, es decir, el 179 matiza: “Cuando la agresión sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal, la pena será de prisión de seis a doce años”.

El artículo 180 se refiere a una serie de circunstancias que agravan la pena, dichas circunstancias son:

- Cuando la violencia o intimidación sea particularmente degradante o vejatoria.
- Cuando los hechos los hagan dos o más personas o en grupo.
- Cuando la víctima sea vulnerable por su edad (menor de 13 años), enfermedad o situación.
- Cuando el delito se haga prevaliéndose de una superioridad o parentesco.
- Cuando se haga uso de armas o medios peligrosos.

Abuso sexual

El artículo 181 del Código Penal considera abuso sexual cuando se atenta contra la libertad sexual sin consentimiento, pero sin intimidación ni violencia, castigándolo con la pena de prisión de uno a tres años o multa de diez y ocho a veinticuatro meses. Según el código se considerara siempre abusos sexuales los que se hagan sobre:

- Menores de 13 años.
- Personas sin sentido o enfermos mentales.
- Cuando en el consentimiento se haga a expensas de una relación de superioridad que coarte la libertad de la víctima.

El artículo 182 matiza que cuando el abuso sexual consista en acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal, o introducción de objetos por alguna de las dos primeras, la pena será de 4 a 10 años. Así mismo en el artículo 183 dice: el que, interviniendo engaño, cometiere abuso sexual con una persona mayor de 13 años y menor de 16 años, será castigado con la pena de prisión de uno a dos años o multa de 12 a 24 meses.

El Acoso Sexual

El artículo 184 recoge una figura delictiva de incorporación reciente que consiste en solicitar favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero, en el ámbito de la relación laboral, docente o de prestación de servicios, continuada o habitual, provocando en la víctima una situación objetiva y gravemente intimidatoria, hostil o humillante será castigado con una pena de arresto de 6 a 12 fines de semana o multa de 3 a 6 meses. Si el culpable realiza el hecho prevaliéndose de una situación de superioridad laboral, docente o jerárquica, amenazando a la víctima con un mal expreso o tácito relacionado con sus expectativas, la pena es de arresto de doce a veinticuatro fines de semana o multa de seis a doce meses.

Exhibicionismo

Por lo que respecta a esta figura, solo nos interesa saber que el legislador lo considera delito cuando la persona agraviada sea menor de edad o incapaz, sino se dan estas circunstancias no existirá una infracción.

Pautas de actuación en este tipo de situaciones:

El personal sanitario tiene una intervención destacada en este tipo de problemas al ser muchas veces el primero que recibe y que entra en contacto con la víctima, dependiendo de ello en muchas ocasiones la buena marcha de la investigación. Con el objeto de evitar digresiones vamos a sintetizar la actuación que como personal sanitario independiente de la especialidad que tengamos se debe llevar a cabo y que es la siguiente:

1. Reconocimiento Físico de la Víctima:

Ha de ser lo más precoz e inmediato posible a los hechos. Ha de efectuarse en un ambiente adecuado. No debe lavarse los genitales ni tirar la ropa.

a) *Reconocimiento Genital:*

Se deberá efectuar un minucioso reconocimiento buscando las lesiones del himen (forma de la rotura, cicatrización, desgarros etc.); también será importante analizar la existencia de heridas, contusiones, estigmas ungueales en la región genital que tan frecuentemente acompañan a este tipo de agresiones. Así mismo se procederá a una recogida del exudado vaginal para investigar la presencia de líquido seminal, y de espermatozoides (estudio de la ADN). También se deberán estudiar la posible existencia de enfermedades de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, VIH..).

b) *Reconocimiento Extragenital:*

Al igual que en el anterior, se procederá al estudio meticuloso de todas aquellas lesiones existentes en cualquier zona del organismo, así como a un exhaustivo estudio toxicológico (alcohol y drogas) y de otras muestras biológicas como saliva, orina, etc. Es conveniente realizar también el test de gestación, repitiendo esta prueba en los días sucesivos (supuesto de aborto legal). Puede ser también necesaria la exploración anal en los casos en los que la agresión haya sido por esta vía.

2. Reconocimiento Psiquiátrico de la Víctima:

Este tiene una gran importancia y una doble finalidad. Por un lado determinar si la víctima padecía una enfermedad mental o un trastorno psíquico en el momento de los hechos que le hacía más vulnerable, en cuyo caso estaría incluida en tipos penales diferentes. En segundo lugar es fundamental el reconocimiento psiquiátrico para evaluar las posibles secuelas psíquicas (Trastorno por estrés posttraumático) que tras la agresión sexual pueden aparecer de cara al procedimiento penal y a la responsabilidad civil secundaria.

3. Reconocimiento del Presunto Agresor:

Por lo que respecta al reconocimiento del agresor este tiene en esencia dos vertientes. En primer lugar esta el reconocimiento físico, tanto genital como extragenital para buscar indicios biológicos que lo relacionen con la víctima (sangre, pelos, señales de lucha). En segundo lugar es preciso un reconocimiento psiquiátrico para determinar la existencia de cualquier alteración psíquica que pueda ser de interés en la instrucción del proceso.

3. *Trastorno por estrés traumático derivado de actos terroristas*

El terrorismo es por desgracia una situación con la que nos tenemos que enfrentar cada vez con más frecuencia. Acontecimientos recientes y que están en la memoria de todos, han puesto de manifiesto la gran vulnerabilidad de la sociedad occidental. No pretendemos profundizar en un tema muy complejo y que necesitaría de enfoques multidisciplinarios. El propósito es recordar que el profesional sanitario puede verse inmerso en este tipo de situaciones y en algún caso ser de repente un referente esencial.

La víctima de un atentado terrorista sufre un trastorno por estrés posttraumático grave en el que hay un elemento diferencial. El desastre o la catástrofe que en su vida

ha pasado proviene de la mano de otro ser humano que deliberadamente lo ha planificado y ejecutado.

Este aspecto le confiere una mayor gravedad psíquica al hecho y una evolución más tórpida, ya que es relativamente frecuente que tras el atentado la persona desarrolle un cuadro paranoide (reacción). Una vez más la personalidad de base será un factor decisivo en la evolución y recuperación de la normalidad.

Desde el punto de vista legal será necesario evaluar el daño psíquico tanto por lo que hace referencia al daño emergente, lucro cesante como sufrimiento psíquico de cara a posibles acciones indemnizatorias. En este sentido será muy importante el parte de lesiones inicial ya que la inmediatez en la valoración le confiere una gran solidez e importancia legal.

11. El internamiento psiquiátrico no voluntario

Con la llegada de la Constitución de 1978, el internamiento psiquiátrico sufre una importante transformación al quedar regulado por el artículo 211 de la Ley 13/83 de reforma parcial del Código Civil en Materia de Tutelas, en la que a su vez se deroga el Real Decreto de 3 de Julio de 1931 que controlaba todo lo referente al ingreso psiquiátrico.

En la actualidad, dicho Artículo 211 del Código Civil ha quedado derogado por la entrada en vigor de la Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de Enero (B.O.E. Nº 7), quien en su artículo 763 regula todo lo referente al "Internamiento no voluntario por trastorno psíquico".

Según el referido artículo, *"el internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no este en condiciones de decidirlo por sí, aunque este sometido a la patria potestad o tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento"*.

La autorización será previa salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso el responsable del centro donde se produzca el internamiento deberá dar cuenta de este al tribunal competente lo antes posible (si es urgente la competencia corresponde al tribunal del lugar donde este el centro), y en todo caso dentro del plazo de 24 horas, debiendo ratificar el juzgado la medida adoptada en un plazo no superior a 72 horas.

Antes de conceder la autorización o ratificar el internamiento, el juez oír a la persona afectada, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya compare-

encia se estime conveniente, además el juez *deberá examinar por sí mismo* al afectado y oír el dictamen de un facultativo por el designado. Siempre es posible el recurso de la medida y el afectado puede disponer de representación y defensa.

En la misma resolución que acuerda el internamiento se expresará la obligación de los facultativos de informar periódicamente al tribunal (cada 6 meses como mínimo). No obstante los facultativos pueden dar el alta cuando lo consideren oportuno debiendo comunicarlo al tribunal.

En cualquier caso el internamiento del paciente es una medida básicamente técnico-sanitaria, no social ni mucho menos represiva, por lo que lo que se busca es el bien del sujeto, no su simple reclusión. Es el médico el que valora la situación y decide con sus conocimientos que la persona precisa asistencia sanitaria en régimen de internamiento, el juez simplemente tutela los derechos del paciente.

Si se trata de un menor de edad, e independientemente de que actúan siempre los padres (que ostentan la patria potestad), el internamiento debe llevarse a cabo en un establecimiento de salud mental adecuado para su edad y previos los informes de los servicios de asistencia al menor.

Con respecto al internamiento por razones psiquiátricas se produce cierta confusión que a veces es propiciada por los propios jueces y magistrados al "ordenar", que no "autorizar", el ingreso. La orden de internamiento sólo sería adecuada cuando la enfermedad mental sobreviene estando el sujeto en prisión cumpliendo condena, o bien cuando se aplica una eximente y la privación de libertad que le hubiera correspondido se transforma en un ingreso psiquiátrico. En el resto e los casos lo que hay es una autorización de internamiento, siendo siempre una decisión medica el tiempo que debe durar.

Otro aspecto también conflictivo es la participación y ayuda que a veces tiene que prestar las fuerzas de seguridad. Ha quedado claro en otro capítulo de este manual pero no tenemos inconveniente en repetirlo que siempre que exista una alteración del orden o riesgo para la vida de la persona o de terceros, los miembros de los cuerpos y la fuerzas de seguridad tanto del estado como del municipio o autonomía tienen la obligación de ayudar a la contención física y traslado del enfermo. De no hacerlo estarían cometiendo un delito de denegación de auxilio (Art. 412 del C. Penal) y también una posible omisión del deber de socorro (Art. 195 de dicho texto).

Bibliografía para ampliar conocimientos

- CABRERA FORNEIRO, J. ; FUERTES ROCAÑIN, J.C.: El enfermo mental ante la ley. ELA y Universidad Comillas. Madrid, 1994.
- CABRERA FORNEIRO, J. ; FUERTES ROCAÑIN, J.C.: Psiquiatría y Derecho. Dos ciencias obligadas a entenderse. Cauce Editorial. Madrid 1997.
- CARRASCO GÓMEZ, J. J.: Responsabilidad Médica y Psiquiatría. Editorial Colex. Madrid 1990.
- CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA MÉDICA y Compendio de doctrinas internacionales. Editado por la Organización Médica Colegial de España. Disponible en los Colegios de Médicos, 1990.
- DELGADO BUENO, S. y Cols.: Psiquiatría Legal y Forense. Colex. Madrid, 1994.
- DSM-IV: Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, grupo de expertos. Editorial Masson, 2001.
- FUERTES ROCAÑIN, J. C; CABRERA FORNEIRO, J; DE LA GANDARA MARTÍN, J. J.: La Salud Mental en los Tribunales. Aran Ediciones. Madrid, 2004.
- GÓMEZ LIAÑO F. Diccionario Jurídico. Ed. AZ. Salamanca. 1979.
- MARTÍNEZ PEREDA-RODRÍGUEZ, J. M.: La responsabilidad Penal del Médico y del sanitario. Editorial Colex. Madrid, 1990.

Capítulo VI

VIOLENCIA DOMÉSTICA. SAMUR-PROTECCIÓN CIVIL

Francisca Velasco Rodríguez

"La violencia cercana anualmente la vida de millones de personas en todo el mundo y daña la de muchos millones más. No conoce fronteras geográficas, raciales, de edad ni de ingresos. Golpea a niños, jóvenes, mujeres y ancianos. Llega a los hogares, las escuelas y los lugares de trabajo. Los hombres y las mujeres de todas partes tienen el derecho a vivir su vida y criar a sus hijos sin miedo a la violencia. Tenemos que ayudarles a gozar de ese derecho, dejando bien claro que la violencia puede prevenirse, y aunando esfuerzos para determinar sus causas subyacentes y hacerles frente".

Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas,
y Premio Nobel de la Paz en 2001.

I. Introducción: Conceptos

La OMS define:

Violencia como "el uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte".

Violencia familiar como "Los malos tratos o agresiones físicas o psicológicas, sexuales o de otra índole, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables de la misma: niños, mujeres y ancianos".

Violencia de género como "violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Comprende la violencia física, sexual y psicológica incluidas las amenazas, la coacción, o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer".

Violencia en la pareja como "aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reitera-

ción o habitualidad en los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima. Este término con frecuencia se equipara en la literatura a violencia doméstica y a violencia conyugal".

La violencia doméstica es considerada un problema de salud pública de primer orden por organizaciones internacionales y gobiernos. La ONU en 1995 establece entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia contra las mujeres. La OMS declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional contra los servicios de salud; el mismo año en nuestro país se reconoció la violencia doméstica como un problema de estado y así se recogió en el "Plan de Acción contra la Violencia Doméstica".

La violencia doméstica es un problema social que traspasa las barreras del sexo. Hombres o mujeres, niños o ancianos, la amenaza no está reservada a un segmento de la población y todos pueden convertirse en víctimas. Las escandalosas estadísticas sobre mujeres que padecen malos tratos, físicos o psíquicos, de manos de sus compañeros sentimentales han conseguido que salte la alarma y la sociedad se conciente de su situación.

El Defensor del Menor, Pedro Nuñez Morgades, ha propuesto la creación de un Observatorio General sobre Malos Tratos, que contemple la violencia sobre mujeres, niños y mayores. En su opinión, *"se habla mucho de violencia doméstica y se identifica sólo con la que afecta a las mujeres, de la que, desgraciadamente, tenemos noticias casi a diario y que, sin duda, es gravísima, pero la realidad es que los malos tratos a los niños y mayores siguen siendo los grandes ignorados cuando, generalmente, se están produciendo de forma simultánea. Cuando hay una mujer maltratada, los hijos también lo están, física o psicológicamente y su desprotección es aún mayor"*.

Formas de Violencia

Física: Lesiones corporales infligidas de forma intencional: golpes, quemaduras, agresiones con armas blancas, etc.

Psicológica: humillaciones, desvalorizaciones, críticas exageradas y públicas, lenguaje soez y humillante, insultos, amenazas, culpabilizaciones, aislamiento social, control del dinero, impedir la toma de decisiones.

Sexual: actos que atentan contra la libertad sexual de la persona y lesionan su dignidad: relaciones sexuales forzadas, abuso, violación.

Social: aislamiento, pérdida de empleo y absentismo laboral.

II. Tratamiento que otorga el ordenamiento español a las lesiones y malos tratos en el ámbito doméstico

En los seis primeros meses de 2004 se contabilizaron 21.865 denuncias por delitos de lesiones y malos tratos en el ámbito familiar, una cifra elevada si la comparamos con las 8.605 del mismo semestre de 2003. Además, las detenciones efectuadas por las Fuerzas de Seguridad por este tipo de delitos pasaron de 2.731 a 11.411 en esos mismos períodos. La cantidad de solicitudes de órdenes de protección también han hecho saltar las alarmas.

Los tres primeros meses del 2005 se saldaron con 12 mujeres asesinadas por sus parejas o ex/parejas. Doce muertes que se suman a las 72 del año 2004. Aun así, la violencia contra la mujer figura en el puesto 14 de las preocupaciones de los españoles, según el barómetro del CIS de febrero 2005.

Además de las mujeres, los niños son también víctimas de malos tratos que la mayoría sufre en silencio. Los expertos calculan que sólo un 10 ó un 20% de los casos de maltrato infantil sale a la luz. El miedo, la sensación de culpabilidad y su corta edad actúan como una mordaza. Ni siquiera ante los psicólogos confiesan las agresiones. Ante el mutismo infantil, los sanitarios tienen un protocolo específico sobre maltrato a menores. Cuando un sanitario detecta indicios de posibles daños, lo denuncia y se activa el mecanismo de protección (Capítulo específico en esta guía).

En cuanto a los ancianos, un reciente estudio de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG) revela que entre un 3 y un 10% de los mayores de 65 años sufre situaciones de negligencia, abuso o maltrato. Pero la soledad, el desarraigo y la falta de respeto son, en ocasiones, la peor tortura para un colectivo con complejo de estorbo.

En cuanto a los hombres, el 5% de las muertes masculinas se debe al ataque de sus parejas y del índice total de violencia doméstica, los maltratados representan también un 5%.

La "**Ley orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género**", fue aprobada por unanimidad por el Pleno del Congreso el 22 de diciembre de 2004. Es un texto que contempla tanto medidas asistenciales como de prevención, con especial atención a las políticas educativas que insistan en la igualdad y el respeto de los derechos de la mujer. Su aspecto más polémico: la discriminación positiva que se establece por penalizar el maltrato doméstico sólo cuando el agresor es un hombre y la víctima, una mujer. Una de las enmiendas aprobadas durante su tramitación parlamentaria contempla la modificación del Código Penal para que las amenazas y le-

siones leves sean consideradas como delito cuando afecte a víctimas “especialmente vulnerables” —niños, ancianos y minusválidos— que convivan con el autor”.

La Ley establece una jurisdicción especial para la violencia de género y pretende lograr una estrecha coordinación de todos los agentes implicados en el proceso (fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado, fiscales, forenses, psicólogos, magistrados, etc.), que deberán recibir una formación específica para que las víctimas sean atendidas en todo momento por especialistas en la materia:

- **OBJETO DE LA LEY.** “Actuar contra la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges, o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia”. (Artículo 1.1.).

- **EDUCACIÓN.** La ley insiste en que la formación en el respeto a la igualdad entre hombres y mujeres debe ser uno de los fines del sistema educativo español.

- **PUBLICIDAD.** Se considerará ilícito la asociación del cuerpo femenino con un producto concreto. Las asociaciones e instituciones que trabajan a favor de la igualdad podrán solicitar la retirada de un anuncio si lo consideran oportuno.

- **APOYO A LAS VÍCTIMAS.** La nueva ley permitirá la creación de servicios de atención e información inmediata que garanticen un primer asesoramiento legal y psicológico, centros de emergencia para asistir a las mujeres y a sus hijos y centros de recuperación integral. Además, las víctimas tendrán derechos laborales específicos como adaptar o reducir su jornada de trabajo, movilidad geográfica o extinguir un contrato cobrando el subsidio de desempleo.

- **MEDIDAS JURÍDICAS Y PENALES.** Se crearán Juzgados de Igualdad y Asuntos Familiares en cada provincia y capital, en los que se centralizarán los asuntos civiles y penales de una misma unidad familiar. Estos jueces podrán adoptar distintas medidas de protección, según la gravedad de los casos. También se reforzarán las penas contra los agresores.

- **NUEVOS ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS.** La ley contempla la creación de una Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, un Consejo Consultivo y un Observatorio Nacional de Violencia sobre la Mujer.

- **OTRAS MEDIDAS.** Creación de unidades especializadas en prevención de la violencia; aplicación de programas específicos a maltratadores en prisión.

III. Protocolo Sanitario ante malos tratos domésticos

Los epígrafes que deben incluirse en el parte médico/informe asistencial de lesiones en casos de primera asistencia a víctimas de malos tratos son los siguientes:

- **Datos de filiación de la víctima:** nombre, edad, dirección, teléfono, estado civil, etc.

- **Exposición de los hechos que motivan la asistencia:** Deben reflejar fecha, hora y lugar de la agresión, según declaración de la víctima, así como el tipo de maltrato físico, psíquico o de otro tipo que se aprecie. Se debe recoger textualmente el testimonio aportado por la víctima, haciendo constar la identidad del presunto agresor/a, aceptando la información que se exprese voluntariamente. (Algunas personas en el momento de la exploración son capaces de declarar la identidad del agresor/a).

- **Antecedentes personales de interés en relación con las lesiones.**

- **Exploración física: descripción de las lesiones.** Debe hacerse mención al posible instrumento de la agresión. En ocasiones se describen las lesiones pero se omiten los agentes causantes de las mismas, como armas de fuego, armas blancas, o partes del cuerpo con las que se arremete, manos, pies, rodillas, etc. El médico debe escribir con detalle las lesiones y hacer especial mención a las lesiones antiguas si existen y en qué estado evolutivo se encuentran, ya que pueden ser prueba de habitualidad o reiteración.

- **Estado emocional actual.**

- **Exploración física en caso de agresión sexual:** los casos de agresión sexual seguirán un tratamiento especial para evitar que la víctima sea sometida a la repetición de exploraciones innecesarias. Judicialmente sólo tienen valor pericial las actuaciones realizadas por los médicos forenses, por lo que este apartado debería cumplimentarse por estos profesionales. Los casos de agresión sexual deben ser remitidos inmediatamente a los centros hospitalarios, pues ellos cuentan con los profesionales y el material adecuados para la exploración, recogida y conservación de las muestras, con lo que se evitan así dobles exploraciones.

- **Diagnóstico.**

- **Tratamiento aplicado.**

- **Plan de actuaciones y observaciones:** A través de este apartado se recoge la situación de la víctima una vez concluida la exploración, alta, ingreso y/o fallecimiento.

- Datos de identificación del personal que ha efectuado la exploración, fecha y hora. Firma.

IV. Procedimiento SAMUR-Protección Civil: “Actuación conjunta con Unidad de Atención y Protección a la familia”

La Sección de Atención a la Violencia Doméstica constituye una sección de la Policía Municipal del Ayuntamiento de Madrid dentro de la Unidad de Atención y Protección a la Familia, que canaliza todas las intervenciones en materia de violencia doméstica en el Municipio de Madrid. Tiene como objetivos fundamentales la actuación contra la violencia dentro del hogar familiar, mediante una serie de recursos legales, sociales y de investigación, basándose en principios de prevención, educación y sensibilización para su desarrollo.

El SAMUR-Protección Civil actúa en el seno de un procedimiento conjunto, teniendo como objetivo la asistencia sanitaria precoz a las víctimas de la violencia domiciliaria.

Los principios sobre los que se asienta el procedimiento entre los servicios sanitarios y policiales del Ayuntamiento de Madrid son los siguientes:

- Existirá entre los componentes de ambos servicios una máxima colaboración para garantizar la eficacia de la actuación. El trato personal será siempre respetuoso y cortés.
- La coordinación en el curso de la actuación se realizará a través de los responsables de los dos servicios, siendo por parte de la SAVD, el mando superior o, en su defecto, el responsable designado; mientras que por parte del SAMUR-Protección Civil, será el médico Jefe de Guardia o, en su defecto, el médico de la unidad.
- Los miembros de SAMUR-Protección Civil colaborarán para facilitar las tareas del Servicio SAVD, favoreciendo los objetivos diseñados por dicho servicio policial.
- El SAMUR-Protección Civil es el organismo competente para indicar y ejecutar las actuaciones sanitarias necesarias, tanto sobre la atención de la víctima, como sobre la necesidad y los medios de traslado.
- El Servicio SAVD es el organismo competente para indicar y ejecutar las acciones policiales necesarias sobre el suceso, así como de la búsqueda de soluciones no sanitarias (sociales, de alojamiento, apoyo psicológico, etc) a la víctima.

- A la finalización del suceso, y siempre que la situación clínica del paciente lo permita, la unidad SAMUR proporcionará una copia del informe asistencial al responsable de la unidad policial, donde se especificarán, de forma clara, los tipos y severidad de las lesiones detectadas, así como una apreciación del estado anímico y emocional de la víctima.

- Si la víctima fuera un menor, se procederá conforme al procedimiento correspondiente, siempre en coordinación con Policía.

- En caso de que surgiera alguna discrepancia sobre la resolución del caso, se actuará conforme a lo reflejado en la normativa correspondiente del procedimiento de actuación con Policía Municipal.

- Gestión de llamadas de auxilio: todas las llamadas de solicitud de asistencia para una supuesta víctima de violencia doméstica están sujetas a un protocolo de actuación conjunto, de manera que la coordinación entre ambos recursos quede garantizada.

VI. Normativa:

Desde 1989, el ordenamiento jurídico y, en concreto, el derecho penal, sanciona de forma expresa aquellas conductas causantes de maltrato en el ámbito doméstico. No existe un único texto legal en el que se ofrezcan todas las respuestas que el derecho ofrece a este problema. Para conocer qué alternativas existen, habrá que tener en cuenta:

- El Código Civil (Artículos 92, 103, 104, 105).
- El Código Penal (Los artículos 57,149,150,153,157, 617, Título VIII, Capítulo I, artículos. 178 y siguientes).
- La Ley de Enjuiciamiento Criminal (Artículos 13, 103, 962, 969, 790.1).
- La Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de Ayudas y Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y contra la Libertad Sexual.
- La Ley Orgánica 1/1979, de 26 de septiembre, General Penitenciaria.
- La Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género, aprobada por unanimidad por el Pleno del Congreso el 22/12/2004 y publicada en el BOE de 28/12/2004.

VII. Bibliografía

- Manual de Procedimientos SAMUR-Protección Civil..
- Organización Mundial de la Salud: Informe mundial sobre la violencia y la salud. 2002.
- Protocolo sanitario ante los malos tratos domésticos. Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud. Ed. Ministerio de Sanidad. Madrid 2000.
- Díaz Aguado Jalón MJ, Martínez Arias, R. Documento estudio sobre las medidas adoptadas por los Estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia contra las mujeres. Instituto de la Mujer, 2002.
- Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC): Informe sobre Violencia Doméstica. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.
- Aparicio Sonia, Quílez Raquel, Arroyo Marta, Labari Nuria: Terrorismo doméstico. Una ley integral. 2004; documentos www.elmundo.es.
- Defensor del Pueblo: Informe sobre violencia doméstica contra las mujeres, 2003.

Capítulo VII

LOS MENORES Y LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS EXTRAHOSPITALARIAS: ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO INFANTIL

Rosa Suárez Bustamante

I. Introducción

La asistencia a los menores tiene peculiaridades propias, no sólo porque a veces son objeto de maltrato y el sanitario tiene responsabilidades jurídicas en cuanto a la protección de estos, sino porque la legislación actual reconoce a los menores voz y voto en la toma de decisiones clínicas sobre su persona.

La responsabilidad ante las situaciones de malos tratos a los niños afecta a todo el conjunto de la sociedad y muy especialmente a los profesionales de diferentes disciplinas e instituciones: desde el personal sanitario en sus diferentes ámbitos, pasando por los profesionales de los servicios sociales, cuerpos de seguridad, jueces y fiscales, etc. Los menores son, sin duda, el grupo social más desprotegido. Su inmadurez física y psicológica y su dependencia absoluta de los adultos les sitúan más frecuentemente de lo que podemos pensar en situaciones de maltrato continuado y creciente. A diferencia de otros grupos sociales, los niños en general y, especialmente los más pequeños, carecen de los recursos más elementales para salir de tal situación: los bebés ni tan siquiera pueden huir o esconderse. Es difícil imaginar una situación más terrible para un ser humano.

Todos los ciudadanos, y muy especialmente los profesionales antes citados, debemos asumir nuestra responsabilidad ética y legal, facilitando a unas víctimas tan débiles alguna salida a su situación. El conocimiento de la normativa legal básica aplicable a los menores en nuestro ámbito es un primer paso, además de un requi-

sito indispensable para proporcionar a los menores una asistencia integral y coordinada que evite al menor verse envuelto en situaciones que acrecienten su sufrimiento.

Concepto de Maltrato Infantil “Acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

Epidemiología. La prevalencia real del maltrato infantil es desconocida, ya que la mayoría de los casos no son detectados. Existen prenociones y prejuicios entre el personal sanitario que favorecen el desconocimiento real del problema. Debemos despojarnos de falsas creencias como que “*el maltrato es infrecuente*”, o “*es fundamentalmente físico*”, o “*no existe en clases sociales altas*”, o “*los temas psicosociales no son de verdadera medicina*”, o “*toda intervención debe tener la certeza total del diagnóstico de maltrato*”, etc. También existen temores que dificultan la detección y notificación, como: “*miedo a equivocarse*”, o “*preocupaciones legales –tener que declarar–*” o temor a la *reacción de los padres*, e incluso *temor a perjudicar más al niño*. Todos estos factores impiden un abordaje profesional y objetivo del tema.

La asistencia a menores víctimas de malos tratos exige un abordaje interinstitucional e interdisciplinar que implica profundamente a los sanitarios de urgencias y emergencias extrahospitalarias, profesionales hacia los que va dirigido este tema. Me atrevería a decir que entre la mayoría de estos profesionales existe la falsa creencia de que su actuación en estos casos debe limitarse al tratamiento de lesiones, y que serán otros los encargados del diagnóstico y la notificación de malos tratos, así como de la intervención socio-legal que dicho hallazgo conlleva.

En el área de influencia de SAMUR-Protección Civil (el Municipio de Madrid), la Comunidad de Madrid es el órgano competente que aglutina y coordina la actuación interinstitucional, a través del Instituto Madrileño del Menor y la Familia y de la Comisión de Tutela del Menor. El Instituto Nacional de la Salud, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Ayuntamiento de Madrid colaboran estrechamente con la administración autonómica en la detección, prevención y actuación ante posibles situaciones de desamparo y maltrato infantil. La Policía, el Ministerio Fiscal y los organismos judiciales son piezas fundamentales de la intervención en el maltrato, competentes para adoptar medidas de protección de los menores en riesgo (siempre basándose en informes sociales y sanitarios).

II. Normativa

Existe una extensa legislación que hace referencia a los derechos de los niños y al maltrato infantil, la cual se puede consultar al final de este capítulo. Aquella normativa, que como ciudadanos y profesionales sanitarios debemos tener más en cuenta es la siguiente:

Ley Orgánica 1/1996 de protección jurídica del menor, artículo 13:

“Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise...”

Código Deontológico de la Enfermería Española en su Capítulo VII, artículo 39:

“La enfermera denunciará y protegerá a los niños de cualquier forma de abusos y denunciará a las autoridades competentes los casos de los que tenga conocimiento.”

Código de Deontología y Ética Médica, artículo 30.2:

“El médico que conociere que cualquier persona y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad correspondiente

La Ley Orgánica de Responsabilidad Penal de los Menores 5/2000, de aplicación para exigir responsabilidad de las personas mayores de 14 años y menores de 18 por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal.

Esta Ley establece un amplio catálogo de medidas aplicables desde una perspectiva sancionadora/educativa, debiendo primar el interés del menor en la adopción judicial de la medida más idónea. La instrucción de los casos de los menores infractores corresponde al Ministerio Fiscal, y la vía de acceso al mismo es a través del Grupo de Menores de la Policía Nacional (GRUME).

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 hace mención expresa a la cuestión de la minoría de edad en su art. 9.3. Se atribuye a los padres la recepción de información sobre la enfermedad y

el abordaje terapéutico de sus hijos, así como el consentimiento sobre las diversas opciones. No obstante, establece que cuando el menor tiene 16 años “no cabe prestar el consentimiento por representación”, es decir, adelanta la mayoría de edad a efectos de toma de decisiones clínicas. Más aún, los mayores de doce años serán oídos si tienen capacidad de comprensión, aunque decidan quienes ostenten la patria potestad”.

En resumen: el médico responsable de la asistencia es quien debe valorar la capacidad del menor para consentir. La decisión tomada por un menor maduro debe respetarse y sólo se informará al tutor si él lo autoriza. La negativa del menor maduro a someterse a un acto médico no vital debe respetarla el médico a pesar de los padres. El sanitario debe actuar como defensor y garante del menor en caso de malos tratos y, si es maduro, cuando el criterio del adolescente se oponga al paterno.

El médico deberá pedir autorización judicial si la actuación no es urgente, y se autorizará de acuerdo con el juez y el Ministerio Fiscal.

¿Qué hacer si el menor maduro no otorga el consentimiento en situaciones de urgencia vital? El estado de necesidad terapéutica puede justificar una actuación médica aunque se nieguen los padres, e incluso el menor.

Confidencialidad. La historia clínica del menor maduro debe entregarse a éste y sólo a él, extremo que se ha visto ya confirmado en alguna sentencia de primera instancia. En cambio, si un menor maduro solicita que no se notifique a sus padres el ingreso hospitalario será preciso avisarles del mismo y, en su caso, del procedimiento médico o médico-quirúrgico que hay que realizar y que haya autorizado el menor maduro, teniendo en cuenta que si los padres o tutores no están de acuerdo deberá prevalecer la decisión del menor. La Ley 41/2002 advierte que la mayoría de edad sanitaria se mantiene en los 18 años para los supuestos de aborto, participación en ensayos clínicos y sometimiento a técnicas de reproducción asistida.

III. Procedimientos de atención a menores

Como hemos visto, en lo relativo a la asistencia de menores en general, y de víctimas de maltrato en particular, es indiscutible que los servicios extrahospitalarios debemos jugar un papel más activo en la detección precoz de situaciones de riesgo para éstos. Nuestra inesperada presencia en el ámbito familiar, ya sea en domicilios o en lugares públicos, nos sitúan en una posición privilegiada para iniciar la cascada de actuaciones multiprofesionales que estos casos requieren.

El desarrollo de Procedimientos de Atención a Menores como los vigentes en SAMUR-Protección civil facilitan enormemente la actuación sanitaria en estos casos tan delicados. Estos procedimientos posibilitan la coordinación entre los organismos implicados. El servicio de emergencias extrahospitalario puede suponer una última oportunidad para que un menor maltratado acceda al sistema de protección al que tiene derecho. Podemos y debemos actuar como detectores y notificadores, además de ejercer nuestras funciones sanitarias propias.

A continuación se exponen ejemplos de Procedimientos de Atención a Menores actualizados y con vigencia desde finales de 1999. La experiencia con estos procedimientos ha posibilitado a los profesionales del SAMUR-Protección Civil la notificación de 245 casos de sospecha de maltrato infantil, el 63% de ellos en niños de 0 a 7 años. Gracias a ello estos niños han podido acceder a los recursos socio-sanitarios del Ayuntamiento y Comunidad de Madrid, quienes se han encargado de analizar cada caso tomando las medidas de protección adecuadas para cada niño.

Procedimientos de atención a menores SAMUR-Protección Civil

• Atención a menores con sospecha de maltrato infantil

- a) Maltrato físico (o sospecha).
- b) Abuso sexual (o sospecha)
- c) Maltrato emocional (o sospecha)
- d) Menor insuficientemente atendido
- e) Menor en situación de desamparo

• Menor lesionado por causas fortuitas.

• Atención a menores bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso

Atención a menores con sospecha de maltrato infantil

a) Maltrato Físico

Se entiende por maltrato físico cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño/a o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.

Se sospechará esta forma de maltrato ante los siguientes indicios:

- Discrepancia entre el trastorno o lesión observada y la historia proporcionada.
 - La víctima u otras personas proporcionan historia diferente a la de los padres y es sugerente de malos tratos.

- Múltiples excusas de los padres sobre los hechos.
- Lesión sugerente de maltrato:
 - Lesiones sospechosas: hematomas, desgarros y arañazos, quemaduras por cigarrillos, mordedura humana, intoxicaciones, lesiones de desigual antigüedad.
 - Localización más frecuente: glúteos, caderas, cara, extremo proximal de brazos y piernas, espalda, cuero cabelludo, manos y pies, oídos, genitales, nariz y boca. Las lesiones accidentales, no provocadas suelen aparecer en zonas prominentes (barbilla, codos, rodillas y espinilla).
 - Lesiones altamente sospechosas de maltrato: lesiones cutáneas bilaterales y aquellas que no se corresponden con el desarrollo motor del niño.

b) Abuso Sexual

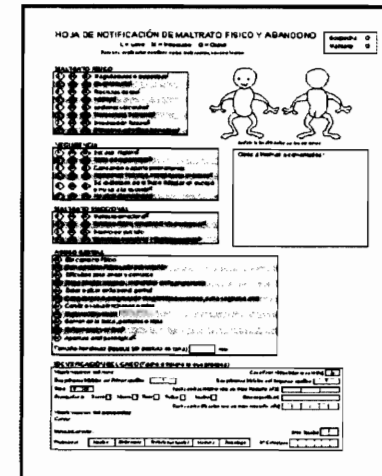
Se sospechará esta forma de maltrato ante indicios como los siguientes:

- Indicadores físicos en el niño/a: dificultad para andar y sentarse. Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada. Dolor o picor en la zona genital, contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal. Enfermedad de transmisión sexual. Semen en boca, genitales o ropa. Presencia de cuerpos extraños en uretra, vagina o ano. Indicios de embarazo en el inicio de la adolescencia.
- Conductas del niño/a: dice haber sido atacado sexualmente, conocimientos sexuales inusuales para la edad.
- Conductas del cuidador/a: extremadamente protector, abuso de drogas o alcohol, frecuentemente ausente del hogar, experimenta dificultades en su pareja.

Actuación

- Valore y trate las lesiones según procedimientos asistenciales de su servicio.
- Informe a su Central de Comunicaciones de que se trata de un caso de posible maltrato infantil para que se proceda a la notificación a la Policía Municipal (en nuestro caso se informa también al Jefe de Guardia SAMUR). En este momento ya se está tomando una primera medida protectora: la Policía Municipal de Madrid dispone de una Unidad de Protección a la Familia con una Sección de Menores que cuenta con Agentes Tutores entrenados especialmente en actuaciones de protección a la infancia.

- Cumplimente Informe Asistencial sobre lesiones haciendo constar la siguiente información:
 - Datos de identificación del menor (Nombre, apellidos, edad).
 - Datos de padres o tutores (Nombre, apellidos, dirección –haciendo constar si es el domicilio del menor).
 - Descripción de la situación en que se encuentra al menor (lugar, circunstancias, cómo se ha conocido el caso, quiénes están con el menor, que actitud tienen, etc).
 - Actuaciones realizadas.
 - Observaciones.
- Ante una sospecha de maltrato físico o abuso sexual, indique “siempre” el traslado al hospital infantil de referencia. El motivo es la falta de medios diagnósticos, así como la necesidad de que el menor sea valorado por un especialista pediatra.
 - Si los padres acceden, uno de ellos tiene derecho a acompañar al menor.
 - En caso de oposición al traslado, se requerirá la presencia de la Policía en el lugar. La intervención de los Cuerpos de Seguridad será una última alternativa, ya que ésta puede suponer un estrés añadido al menor y a su familia.
- En Madrid es posible cumplimentar la “Hoja de notificación de maltrato físico y abandono” (ver imagen). Esta hoja consta de tres copias:



- El "Ejemplar para el Trabajador Social" se entregará en el Hospital receptor junto con la copia amarilla del informe asistencial).
 - El "Ejemplar para la Historia Clínica" se adjuntará al Informe Asistencial (Copia blanca).
 - El "Ejemplar para enviar al Registro" se entregará al Jefe de División de Guardia SAMUR junto con el Informe Asistencial.
- La información contenida en ambos documentos se transmite al día siguiente a los Servicios Sociales de la administración local y autonómica:
- Por correo interno al Jefe del Departamento de Prevención y Familia. Concejalía del Área de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid.
 - Por correo ordinario al Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad Autónoma.

El personal sanitario no tendrá en ningún caso la competencia para separar al menor de sus adultos responsables

c) Maltrato emocional (o sospecha)

Se sospechará esta forma de maltrato ante indicios como los siguientes:

- Los indicadores físicos en el niño maltratado emocionalmente son de difícil valoración en nuestro medio aunque deben tenerse en cuenta: talla corta enfermedades psicosomáticas y retrasos en todas o en algunas áreas madurativas.
- Conductas en el niño: excesiva ansiedad, agresividad, ausencia de respuesta a estímulos sociales, conductas compulsivas y/o de autolesión.
- Conductas en el cuidador: culpa o desprecia al niño, es frío o rechazante, parece no preocupado por los problemas del niño, exige al niño por encima de sus capacidades físicas, intelectuales y psíquicas.

Actuación: Se considera una situación de riesgo social (existe un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del medio familiar). No precisa traslado hospitalario en todos los casos.

- Indague acerca del estado del niño y de posibles enfermedades que lo justifiquen, solicitando a los padres la exploración física:
 - Si los padres acceden y detecta o sospecha signos de posible maltrato físico, proceda como en los apartados anteriores.

- Si no se detectan ni sospechan signos físicos de maltrato, cumplimente informe de asistencia indicando los datos anteriormente reseñados, incluyendo los motivos de la sospecha de maltrato emocional.

- Cumplimente "Hoja de Notificación de Maltrato (o sospecha)".

- Entregue toda la documentación al Jefe de Guardia para que ésta sea enviada a los Servicios Sociales del Ayuntamiento y de la Comunidad Autónoma.

d) Menor insuficientemente atendido

Esta situación se da en menores no necesariamente maltratados de forma deliberada (pueden intervenir causas sociales o psicológicas de los adultos responsables) pero en los que se detecta insuficiente atención, objetivándose indicios como soledad extrema, desnutrición, hipotermia o detección de menores en condiciones de infravivienda. El niño se encontrará acompañado de sus adultos responsables.

Actuación: Clasifique la situación en función del estado del menor y de la gravedad social. La situación de Riesgo social es aquella en la que existe un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del medio familiar. Proceda como en el apartado I-3.

e) Menor en situación de desamparo

Esta situación se da cuando el menor se encuentra solo, bien por abandono, fuga o porque los adultos a cargo del mismo quedan incapacitados por causas médicas o psiquiátricas para custodiarle, al menos temporalmente.

Actuación

- Informe al cuidador, si está presente y su estado lo permite, de la necesidad de separar al menor de su lado. Indague acerca de otros adultos que puedan hacerse cargo.
- Si lo considera necesario, reconozca clínicamente al menor.
- Si observa o sospecha lesiones, traslade al hospital de referencia informando previamente a Policía Municipal.
- Cumplimente Informe de Asistencia haciendo constar que se separa al menor del adulto a cargo, indicando los motivos de la separación.
- Si no se ha localizado a un adulto responsable, el SAMUR SOCIAL o Policía Municipal trasladarán al menor al Centro de Acogida de Menores.

— Si a petición de los responsables de los Servicios Sociales o de Policía Municipal traslada alguno de los efectivos del SAMUR-Protección Civil, se confirmará la aceptación del menor por parte del Centro de Acogida, dejando copia del informe asistencial en el mismo.

• *Menor lesionado por causas fortuitas*

Actuación

— Atienda según procedimientos del servicio posibilitando que el adulto responsable ejerza su derecho de acompañar al menor.

— Ante cualquier lesión aparentemente casual de un menor, indague acerca de un posible maltrato. Si existiesen indicios de sospecha se procederá según los apartados anteriores.

• *Menor bajo los efectos del alcohol o drogas de abuso*

Actuación

- Atienda según el procedimiento específico de intoxicaciones del servicio.
- Si precisa traslado al hospital indique a la Central de Comunicaciones que informe a Policía Municipal del hospital al que se traslada.
- Si el menor no precisa traslado:
 - Y hay presentes adultos responsables, puede quedar a cargo de uno de ellos, firmando éste último con nombre y D.N.I. la asunción de dicha responsabilidad.
 - Si no se encuentra ningún adulto que se responsabilice, deberá quedar a cargo de Policía Municipal.
- A tenor de la Ley de la C.A.M. 5/2002, de 27 de junio, en su artículo 17: en todas las asistencia a menores de dieciséis años y, a criterio sanitario, en aquellas a menores de dieciocho y mayores de dieciséis años:
 - Solicite al menor la filiación de sus padres o tutores, incluyendo teléfono de contacto, así como la filiación personal.
 - Transmita esta información a la Central de comunicaciones.
 - La Central procederá a:
 - Intentar localizar a padres o tutores.

- Comunicarles la situación del menor, instándoles a que se hagan cargo del mismo (no significando que tengan que personarse en el lugar, sino que conocen el hecho y que están de acuerdo con las medidas que se tomen).
- En caso de no localización o negativa a hacerse cargo del menor, se pondrá en conocimiento del Fiscal de Menores, según la forma establecida por la Fiscalía. Para ello, el Jefe de Guardia enviará un informe por Fax haciendo constar:
 - * Filiación completa del paciente (nombre y apellidos, edad, domicilio, etc.)
 - * Motivo de asistencia
 - * Breve reseña de la intervención
 - * Centro de recogida al cual se traslada al paciente.

IV. Bibliografía

- Atención al Maltrato Infantil desde el Ámbito Sanitario del Instituto Madrileño del Menor la Familia. Editado por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid (1999).
- Atención al Abuso Sexual Infantil. del Instituto Madrileño del Menor la Familia. Editado por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid (2001).
- Atención de Enfermería ante el Maltrato Infantil. Editado por la Consejería de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Madrid (2002).
- Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño y la Niña. BOE n.º 313 de 31 de diciembre de 1990. Con valor en España desde el 5 de enero de 1991.
- Protocolo de la Convención sobre niños en conflictos armados, venta, prostitución y pornografía infantiles.
- Romeo Malanda, S. "Minoría de edad y consentimiento médico en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre (I)".
- Declaración Universal de los Derechos del Niño.

— Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia en la Comunidad de Madrid. LEY 6/1995 de 28 de marzo de 1995. BOCM 7 de abril de 1995, n.º 83

— Ley reguladora de los Consejos de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid. LEY 18/1999, de 29 de abril. BOCM 19 de mayo de 1999, n.º 117.

— Reglamento del Consejo de Atención a la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid

— Ley de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. LEY ORGÁNICA 1/1996, de 15 de enero de 1996. BOE 17 de enero 1996, n.º 15, [pág. 1225]

— La Edad Mínima de Acceso a las Bebidas Alcohólicas. LEY 5/2000, de 8 de mayo. BOCM de 11 de mayo de 2000, n.º 111

— Ley reguladora de la Responsabilidad Penal de los menores. Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero; BOE nº 11 de 13 de enero de 2000

— Ley del Defensor del Menor. Ley 5/1996, de 8 de julio, BOCM 16 de agosto de 1996

— Ley del IMMF, creación del organismo autónomo. Ley 2/1996, de 24 de junio, BOCM de 2 de julio de 1996

— Ley 40/2003 de 18 de noviembre de Protección a las Familias Numerosas

— Decreto: Procedimiento de constitución y ejercicio de tutela y guarda de menores desamparados. Decreto 121/1988, de 23 de noviembre, BOCM de 16 de diciembre de 1988

— Orden de desarrollo del Decreto de 23 de noviembre de 1988, de procedimiento de constitución y ejercicio de tutela y guarda de menores desamparados. Orden 175/1991, de 18 de marzo, BOCM de 1 de abril de 1991.

— Decreto que regula la composición y funcionamiento de la Comisión de Tutela del Menor. Decreto 198/1998, de 26 de noviembre, BOCM de 21 de diciembre de 1998

— Decreto del Estatuto de las Residencias de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Decreto 88/1998, de 21 de mayo, BOCM de 29 de mayo de 1998.

— Ley de la C.A.M. 5/2002, de 27 de junio

— Decreto 179/2003, de 24 de julio, Reglamento de los Consejos Locales de Atención a la Infancia y la Adolescencia

— Decreto 180/2003, de 24 de julio, Reglamento de los Consejos de Área de Atención a la Infancia y la Adolescencia.

Capítulo VIII

AGRESIONES SEXUALES

Juan Miguel Díaz Casillas

I. Introducción

El Código Penal trata de los delitos contra la libertad e indemnidad sexuales y se ocupa de las agresiones sexuales, abusos sexuales, acoso sexual, exhibicionismo y provocación sexual, delitos relativos a la prostitución y a la corrupción de menores.

Lo que se plasma en el Código es una protección frente al riesgo de sufrir daño como consecuencia de atentados de tipo sexual.

El bien protegido es la libertad sexual, pero también la dignidad y la salud de la víctima.

El Código Penal de 1995 había prescindido del delito de violación como tal, pero en la reforma del año 1999 se incorpora de nuevo.

El Código Penal define cuáles son los delitos contra la libertad sexual.

- **Agresión sexual.** Cuando se atenta, con violencia e intimidación, contra la libertad sexual de una persona. Se castiga con una pena mayor cuando la agresión sexual consista en acceso carnal, introducción de objetos o penetración bucal o anal.

- **Abuso sexual.** Actos contra la libertad sexual de la víctima sin que ésta preste su consentimiento y sin que medie violencia o intimidación. Se considera, en todo caso, abuso sexual no consentido cuando se trate de menores de doce años.

- **Acoso sexual.** Se produce cuando en el ámbito de una relación laboral, docente, o de prestación de servicios, una persona solicita favores de naturaleza sexual para él mismo o para un tercero, provocando a la víctima una situación gravemente intimidatoria, hostil o humillante.

- **Exhibicionismo y provocación sexual.** Quien realice o haga realizar a otra persona actos de exhibicionismo obsceno ante menores de edad o incapaces.

• **Delitos relativos a la prostitución y la corrupción de menores.** Incurre en este delito, la persona que determine a otra mayor de edad a ejercer la prostitución, empleando violencia, intimidación o engaño. También el que induzca, promueva, favorezca o facilite la prostitución de una persona menor de edad.

II. Contenido

Para proceder judicialmente por los delitos de agresiones sexuales, acoso, o abusos sexuales será preciso, denuncia de la persona agraviada o de su representante legal, o querrela del Ministerio Fiscal. Cuando la víctima sea un menor, un incapaz, o una persona desvalida bastara con la denuncia del Ministerio Fiscal.

El Ministerio Fiscal deberá ponderar los intereses¹, y podrá iniciar procedimiento, aun no habiendo querrela del ofendido.

Tanto los Jueces de Instrucción, como la Policía Judicial y el Ministerio Fiscal² tienen la obligación de intervenir en cuanto tengan noticia de un hecho delictivo.

Obligación de atender cualquier requerimiento de auxilio³ por parte de autoridad competente⁴.

En el ámbito que nos ocupa, sería intrascendente intentar dilucidar si nos encontramos ante un posible delito, una posible falta, si puede o no denunciar o querrelarse el ofendido, quién debe formular la denuncia, etc. Lo verdaderamente importante es saber si hay fundadas sospechas de estar ante un delito contra la libertad sexual.

¹ La Fiscalía General, en la Instrucción número 03/93, se ocupa de la denuncia: "la ponderación de la conveniencia de iniciar una fase de investigación preparatoria, habrá de calibrar, el Fiscal, el alcance del hecho denunciado, su intensidad ofensiva para un determinado bien jurídico, la proporcionalidad y conveniencia de una investigación".

² Artículo 408 Código Penal: "La autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo publico por tiempo de seis meses a dos años".

³ Artículo 412.1 del Código Penal, al "funcionario publico que, requerido por autoridad competente, no prestare el auxilio debido para la Administración de Justicia u otro servicio publico, incurrirá en las penas de multa de tres a doce meses, y suspensión de empleo o cargo publico por tiempo de seis meses a dos años.

⁴ Ley de Enjuiciamiento Criminal, artículo 770, La Policía Judicial acudirá de inmediato al lugar de los hechos y realizara las siguientes diligencias: 1.ª. Requerirá la presencia de cualquier facultativo o personal sanitario que fuere habido para prestar, si fuere necesario, los oportunos auxilios al ofendido. El requerido, aunque solo lo fuera verbalmente, que no atienda sin justa causa el requerimiento será sancionado con una multa de 500 a 5.000 euros, sin perjuicio de la responsabilidad criminal en que hubiera podido incurrir.

El deber general de denuncia⁵ afecta a los que por razón de su cargo, como en este caso, a los profesionales sanitarios, en el momento que tuvieren noticia de algún delito, estarían obligados a denunciarlo.

Existiendo indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual y resulte una situación objetiva de riesgo para la víctima, las entidades u organismos asistenciales deberán ponerlo inmediatamente en conocimiento del juez de guardia o del Ministerio Fiscal, o bien ante las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad⁶.

Durante la asistencia a la posible víctima, se deberá consignar las pruebas del delito que puedan desaparecer, la de recoger y poner en custodia cuanto conduzca a su comprobación y a la identificación del delincuente⁷. A continuación se entregara a la autoridad competente, que será la encargada de iniciar las investigaciones correspondientes.

⁵ Artículo 262 Ley Enjuiciamiento Criminal "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito publico, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción, y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo".

⁶ Ley 27/2003 reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia domestica.

⁷ Artículo 13 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. De las primeras diligencias.

Capítulo IX

DEFIBRILACIÓN SEMIAUTOMÁTICA

David Miguel Prieto Jiménez

1. Introducción

La utilidad de los desfibriladores semiautomáticos (DESA) ha sido suficientemente probada por un elevado número de trabajos científicos de investigación en programas de atención sanitaria inmediata realizados por personal no sanitario. La comunidad científica internacional, encabezada por la American Heart Association (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC), está promoviendo la formación generalizada de este personal en el uso de los desfibriladores semiautomáticos externos y su implantación en ubicaciones de toda clase (vehículos de las fuerzas de orden público, vehículos de transporte público, aeropuertos, estaciones, centros comerciales, escolares, locales de recreo y espectáculos, centros deportivos e instalaciones de tipo diverso en las que se producen concentraciones importantes de personas), además de las propiamente sanitarias (ambulancias y vehículos de transporte sanitario, centros sanitarios...), siempre bajo el control y coordinación del sistema de emergencias médicas de cada país o región.

Parece evidente que, si es posible que un desfibrilador se utilice por personal no sanitario, una vez haya sido entrenado y formado, no menos claro es el uso por parte del personal sanitario, enfrentado constantemente a situaciones que precisan de su uso y siendo, además, personal cualificado sobradamente, debido a su experiencia y formación para realizar su manejo perfectamente.

II. Normativa

Actualmente existe una abundante legislación que acoge y enmarca el uso del desfibrilador semiautomático, comenzando por nuestra norma básica y fundamental, la Constitución de 1978 que en su artículo 43 afirma: “*Se reconoce el derecho a la protección de la salud*” y en su artículo 43.2: “*Compete a los poderes públicos orga-*

nizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las **prestaciones y servicios necesarios**. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto”.

En este momento no existe una norma concreta general que establezca las condiciones del uso del DESA, sin embargo varias Comunidades Autónomas con capacidad y potestad para establecer el marco legislativo oportuno dentro de su ámbito territorial han regulado dicho uso. La Comunidad Autónoma de Madrid ha regulado el uso del desfibrilador mediante diferentes ordenes, otras comunidades lo han hecho por medio de ley o decreto, normas de superior rango que ofrecen por analogía normativa caminos suficientes para que esta materia no quede “en blanco”. **La utilización de la analogía consiste en aplicar al supuesto carente de regulación la solución que el ordenamiento sí ofrece para otro supuesto similar**; esta aplicación se realiza en virtud de lo dispuesto en el art. 4.1 del Código Civil. La normativa actual relativa

- a) El Decreto 251/2000 de 5 de octubre de la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- b) El Decreto 200/2001, de 11 de septiembre, de la Consejería de sanidad de la Junta de Andalucía, amparado en la Ley 14/1986, de 15 de junio, de Salud de Andalucía.
- c) El Decreto 355/2002, de 24 de diciembre, de la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Catalunya.
- d) El Decreto Foral 105/2002 de 20 de mayo, de la Comunidad Autónoma de Navarra y amparada en la Ley 10/90, de 23 de noviembre, Foral de Salud.
- e) Decreto 16/2005, de 25 de enero, por el que se regula el uso de desfibriladores externos automáticos por personal no médico de la Comunidad Autónoma Vasca.

Amparándose en esta legislación es posible regular internamente el uso de un dispositivo de probada eficacia. SAMUR-Protección Civil ha desarrollado el Procedimiento “Desfibrilación semiautomática aplicada por Unidades de Soporte Vital Básico” siguiendo las recomendaciones de las sociedades científicas de reconocido prestigio, como son la American Heart Association (AHA) y el European Resuscitation Council (ERC), sociedades científicas de reconocido prestigio que están promoviendo la formación generalizada de primeros intervinientes sanitarios y no sanitarios en el uso del DESA

Este procedimiento no hubiera podido implantarse sin una formación adecuada, la cual se ha ido ajustando en una primera instancia a las recomendaciones de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias con respecto a los Técnicos en Emergencias (Certificación CTES), posteriormente a la Órdenes de la CAM 559/1997, 161/2000, 1102/2003, y actualmente al RD 295/2004. La formación relacionada con la desfibrilación semiautomática es exigida por la legislación actual que aplica a los Técnicos de Emergencias, estando incluida entre los criterios que permiten garantizar los niveles mínimos de formación del personal dedicado al transporte sanitario en la Comunidad de Madrid.

III. Bibliografía

- Ley de Enjuiciamiento Civil 1/2000 de 7 de enero.
- Ley 16/1987, de 30 de junio de Ordenación de los Transportes Terrestres.
- Constitución Española de 1978.
- Real Decreto 619/1998 de 17 de abril
- Decreto 251/2000 de 5 de octubre de la Conserjería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de Galicia.
- Decreto 200/2001 de 11 de Septiembre de la Conserjería de Sanidad de la Junta de Andalucía.
- Ley 14/1986 de 15 de junio de Salud de Andalucía.
- Decreto 355/2002 de 24 de diciembre de la Conserjería de Sanidad de la Generalitat de Catalunya.
- Decreto Foral 105/2002 de 20 mayo de la Comunidad Autónoma de Navarra.
- Ley 10/90 de 23 de noviembre, Foral de Salud.
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal.
- Ley ORGÁNICA1/1983 de 25 de febrero de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid.

- Orden 559/1997, de 17 de marzo de la Comunidad de Madrid.
- Orden 560/1997 de 17 de marzo de la Comunidad de Madrid.
- Orden 1102/2003, de 12 de noviembre de la Comunidad de Madrid.
- Corrección a la orden 1102/2003 de 12 de n noviembre de la Conserjería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Ley 12/2001 de 21 de diciembre de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.

Capítulo 10

ALGUNAS REFLEXIONES ÉTICAS EN EMERGENCIAS

Iván Ortega Deballon

A. El respeto y dignidad ante la muerte del paciente

La muerte es una situación, desgraciadamente, más que usual a la que nos enfrentamos los profesionales de la emergencia. La mayoría de las veces, esta es consecuencia de una situación físicamente traumática (accidentes de tráfico, autólisis, agresiones, atentados, incendios, etc.). A esto hemos de añadir dos ingredientes más que actúan en nuestra contra: la circunstancia hostil al profesional sanitario en que esta suele producirse así como lo imprevisibilidad del trágico suceso. Si sumamos todo ello, es fácil comprender el estrés que provoca en el personal que se enfrenta a una muerte de estas características. Nuestra actitud ante ella ha de ser de máximo respeto y éticamente existe un compromiso claro de defensa de la dignidad del cadáver. Es preocupante no encontrar mención alguna al respecto en los códigos deontológicos de los distintos profesionales sanitarios. Por su parte, el Código Penal hoy vigente recoge como delito únicamente el de la falta al respeto debido a los difuntos, pero encuadrando la conducta punible en el contexto de los cementerios y, en concreto, de los lugares de ubicación y de rendimiento de culto a los difuntos (art. 526).

La Ley Orgánica 1/1982, de 5 de Mayo, de *protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen*, regula en su artículo 4 que las personas encargadas de ejercitar las acciones que esta ley reconoce a la persona ya fallecida, cuando se hayan infringido algunos de estos derechos, son los familiares en caso de no existir expresamente persona designada por el difunto en su testamento.

En cualquier caso, y si bien nuestro Código Civil establece que la personalidad civil se extingue con la muerte del individuo (art. 32) esto no empece que éticamente exista un deber de respeto para con los difuntos. Así, hemos de exigir que el cadáver sea respetado siempre y ello es una norma socialmente aceptada.

En lo que respecta a la realización de prácticas docentes sobre cadáveres, situación que puede plantearse en el ámbito sanitario objeto de estudio, si estas son

efectivas, breves y no mutilantes ni deformantes (por ejemplo, la intubación endotraqueal) resultan éticamente correctas y oportunas. No obstante, se aconseja que, de ser posible, se solicite previamente el permiso de los familiares. En resumen, los sanitarios precisamos adquirir destreza en los procedimientos que realizamos. Esto es comúnmente aceptado por la sociedad. Pero también existe interés en que se respete al recién fallecido. El solicitar el permiso debido a los familiares de la víctima parece lograr el justo equilibrio entre ambos intereses. Evidentemente, escenarios de muerte violenta en que se precisa intervención judicial actúan como límite insalvable a estas prácticas docentes por las repercusiones legales y porque podríamos alterar u ocultar indicios y pruebas.

B. No Iniciación y/o suspensión de maniobras de RCP vs. Imperativo Tecnológico.

Con la realización de las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) se han salvado numerosas vidas en todo el mundo. Si bien esto es algo indiscutible, como contrapunto hemos de tener en cuenta que, prolongar la vida a cualquier precio no es, en sí, un objetivo de los profesionales sanitarios. Con facilidad podemos deslizarnos hacia lo que se conoce como *imperativo tecnológico*, es decir, *hacer todo lo que se puede hacer* (que no coincide siempre con la idea de que *no todo lo que se puede hacer se debe hacer ya o imperativo ético*). En definitiva, no siempre se debe reanimar a un paciente que presente un paro cardiorrespiratorio (PCR), luchando en toda circunstancia porque, como todo procedimiento, la RCP no es siempre obligatoria y se deben ponderar sus riesgos y beneficios.

Si bien es cierto que, con carácter general, existe el deber de obtener el consentimiento del paciente, una excepción a este imperativo toma especial vigencia en el ámbito de la emergencia. Los profesionales nos enfrentamos a la necesidad de tomar decisiones sin considerar los deseos del paciente y sólo cabe actuar en su beneficio presunto.

Sin embargo, el paciente puede haber dejado instrucciones para el caso en que se precise tratamiento de urgencia o cuando su competencia mental pueda estar disminuida o abolida. Este tipo de instrucciones se conocen como **testamentos vitales**, directrices anticipadas o instrucciones previas, las cuales son también expresión genuina de lo que el paciente quiere que se haga u omita sobre su persona. Un ejemplo de tales instrucciones son las llamadas Ordenes de No-RCP. (Clara manifestación del principio de autonomía). La Ley 41/2002 (en su art. 11) regula las Instrucciones previas de modo que actualmente estas decisiones vinculan al profesional sanitario y deben incluirse en la historia clínica del paciente.

La aplicación del principio de justicia distributiva con respecto a la RCP implica que todos los pacientes que pueden beneficiarse ante las maniobras de RCP han de tener acceso a ellas. Sin embargo, es fácil descubrir que la realidad es muy diferente (zonas urbanas en la que coexisten servicios de emergencias paralelos con competencias territoriales idénticas frente zonas totalmente desprotegidas y sin acceso efectivo a servicio de asistencia urgente alguno). En definitiva se descubre que el principio de Universalidad de la respuesta sanitaria no deja de ser, en ocasiones, más que un *desideratum*. En este sentido, los recientes Reales Decretos que en las respectivas Comunidades Autónomas están regulando el uso de los Desfibriladores Externos Semiautomáticos (DESA/DEA) por personal no médico y el acceso público a estos dispositivos por todo ciudadano previamente entrenado en el manejo de los mismos son una esperanza para el futuro. Sobre todo porque existe evidencia clínica del beneficio de una desfibrilación precoz de los pacientes que sufren una parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria. Tengamos en cuenta que el 80% de las veces, la onda de inicio es una Fibrilación Ventricular, o bien una Taquicardia Ventricular sin Pulso. Y las posibilidades de supervivencia en los tres primeros minutos tras el suceso ronda el 70%, disminuyendo un 10% por cada minuto que pasa sin medidas de soporte vital.

El consenso internacional defiende que han de instaurarse maniobras de RCP ante aquel sujeto que sufra, brusca e inesperadamente, obstrucción de la vía aérea o apnea y ausencia de pulso. Por definición tal paro cardiorrespiratorio debe ser abrupto y potencialmente reversible, y no la consecuencia previsible de una enfermedad crónica en fase terminal o agónica.

En resumen, no estaría indicada la RCP en los siguientes casos, a partir de las recomendaciones hechas por la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES):

- Cuando está demostrado que la PCR no puede ser revertida
- En procesos tales como:
 - a) Cáncer con metástasis en pacientes que están encamados más de la mitad del tiempo.
 - b) Cirrosis en estadio C de Child.
 - c) Pacientes con SIDA con dos o más episodios de neumonía por *Pneumocystis carinii*.
 - d) ACVA.
 - e) Demencia que precisa cuidados continuos.
 - f) Shock séptico o cardiogénico que no responde a tratamiento alguno.

— Cuando el paciente no desee que se le aplique la técnica de RCP y exista en su historial una Orden de No-RCP legalmente válida.

No deberían iniciarse las maniobras de RCP en el ámbito extrahospitalario en los siguientes supuestos:

— Si la práctica de la RCP supone un grave riesgo para los reanimadores o retrasa la atención a otras víctimas de catástrofe con mayor probabilidad de supervivencia (supuesto de fuerza mayor).

— Si se tiene la seguridad de que la víctima lleva más de 10 minutos en parada cardíaca, no siendo este resultado de una hipotermia, intoxicación por barbitúricos o electrocución.

— Si se presenta a los reanimadores una Orden de No-RCP válida.

Las maniobras deberían ser suspendidas si:

— La asistolia se prolonga más de 30 minutos a pesar de la aplicación adecuada y continua de soporte vital avanzado (con la excepción de determinadas etiologías en que deberá ser adaptado el tiempo).

— Se identifica alguna condición de entre las señaladas anteriormente de No-RCP.

D. Ética al final de la vida

Y qué podemos decir de la llamada *distanasia* o *encarnizamiento terapéutico*. Qué nos sugieren las novedosas legislaciones que regulan las *últimas voluntades del paciente*, o las llamadas *voluntades anticipadas*. O qué es eso que se viene en llamar *Testamentos Vitales*... Debemos o no debemos informar al paciente sobre lo que le ocurre. Quién debe hacerlo...

Quizás baste, a modo de pinceladas, algunas reflexiones aplicables a nuestra labor diaria.

— **La Distanasia o Encarnizamiento Terapéutico vs. Ortotanasia o Limitación del Esfuerzo Terapéutico (L.E.T.)**

*No deseo estar padeciendo dos enfermedades a la vez:
una enviada por Dios, y una hecha por los doctores.
Napoleón Bonaparte.*

Empeñarse en salvar la vida a toda costa es un modo vil de exacerbar el principio de *no maleficencia* de modo tal que nos alejamos de los de *beneficencia*, *autonomía* y *justicia*.

El buen hacer del profesional ha de estar presidido por la medida, el justo medio, que, según Aristóteles, es donde reside la virtud (*Teoría del mesotes: virtus in medio consistit*).

Según este juicio y ético **principio de proporcionalidad**:

— El tratamiento debe darse si de este surge algún beneficio, pero no si el mismo agrava las circunstancias negativas del paciente.

— Debemos proteger la vida; cuidarla. Pero no hacer vivir a toda costa...

— No debemos olvidar nunca que nuestro enemigo es el sufrimiento, no la muerte del paciente.

¿Por qué, entonces, existe no sólo en el ámbito hospitalario sino también en nuestro medio encarnizamiento terapéutico? Pensemos si esto nos dice algo...

— Vencer la muerte es una obsesión inculcada desde que nos formamos en las profesiones sanitarias. Se fomenta con demasiada frecuencia la actitud de *salvadores* y se olvida la de *acompañantes*. Pensemos un instante cuántas horas de nuestra formación de pregrado se destinaron a curar, a salvar. Y cuántas a saber acompañar al moribundo, a saber escuchar al paciente, a la familia, a estar de forma activa aún desde un profundo silencio. Cuántos cursos y horas dedicadas al *Soporte Vital* (que es importantísimo, claro está) y qué pocas en las que se nos hable del *Soporte Final*.

Cuántas veces no sabemos cómo proceder ante una pregunta comprometedora de un paciente que muere, que agoniza, o ante la mirada de un familiar que te interpela. Cuántas veces nos quedamos con el sinsabor de no haber estado a la altura de las circunstancias. De no saber qué hacer o decir.

Quizás nos han enseñado a hacer cosas, pero nunca nos han enseñado a retirarnos a tiempo. Nos han formado en el Imperativo Técnico: hacer todo lo que se pueda hacer. Pero no nos han inculcado que existen unos límites que no deberíamos nunca traspasar; que existe, por el contrario, un Imperativo Ético: no todo lo que se puede hacer se debe hacer ya.

Los tratamientos agresivos que demasiadas veces suministramos a nuestros pacientes, aún a sabiendas de que no tienen ninguna posibilidad de curar, suelen ser

la manifestación más clara de un gran desconocimiento de las necesidades del paciente terminal. Otras veces no hacemos más que negar así inútilmente nuestra propia muerte incoercible, luchando contra ella a cualquier precio en el cuerpo de otra persona. Impedimos que el proceso de morir y la agonía se desarrollen con la dignidad inherente al ser humano. Intentamos huir de lo que vivimos como un fracaso: la muerte de *nuestro* paciente. Sin embargo es un gran error y un claro ejemplo de paternalismo el que impera en esa actitud.

Nuestra verdadera responsabilidad ante el paciente que agoniza es ser garantes de una muerte digna conforme a las voluntades del paciente. Deberíamos dejar de lado nuestras propias ideas y voluntades: no olvidemos que es el paciente, y nadie más, quien muere. La muerte del paciente no es un fracaso sino un proceso tan natural como el impulso uterino que, en su día, le hizo nacer.

El llamado Principio de Futilidad nos impide *hacer por hacer*. Ante cualquier medida diagnóstica o terapéutica nueva hemos de plantearnos si es o no fútil (inútil) llevarlo a cabo, conforme a 3 criterios, todos ellos importantes sin serlo más uno que el otro:

1. Criterio médico: probabilidad de eficacia del procedimiento. Si es ineficaz no debe ser aplicado.
2. Criterio del paciente (o allegados si no es capaz): si rechaza el tratamiento, no debe ser aplicado.
3. Criterio de justicia: entendida como justicia distributiva (economía). Si el coste no es asumible por familia, entorno, etc. el tratamiento no debe ser aplicado.

Esto nos lleva a hablar del llamado "*Principio de Doble Efecto*" según el cual, éticamente puede ser necesaria una pérdida de funciones superiores (función respiratoria, nivel de consciencia, estabilidad hemodinámica) mediante empleo de un tratamiento que pretende controlar signos y síntomas adversos como el dolor, malestar. Así ocurre cuando aplicamos sedación terminal o analgesia eficaz a un paciente que agoniza aún a sabiendas que ello puede deprimir su centro respiratorio.

E. A modo de conclusión: ¿QUE ESTAMOS HACIENDO?

*Dios perdona siempre;
el hombre a veces;
pero la naturaleza nunca.*

Una vez vistos algunos de los problemas éticos que podemos encontrar en la Emergencia, deberíamos preguntarnos por la forma en que estos son resueltos en el día a día. Muchas veces, cabría plantearnos si no permitimos morir con dignidad a los pacientes porque, en el fondo, contemplar su muerte y rendirnos a ella nos pone frente a nuestra propia finitud; a nuestra propia muerte inexorable. La muerte, en sí, no es mala. Lo es la situación que acompaña a esta; las circunstancias en que se produce y lo que deja tras de sí.

D.J. Roy ha sintetizado las condiciones esenciales del morir con dignidad. Entre ellas, y recordando ciertas actuaciones y procedimientos llevados a cabo en nuestros hospitales y fuera de ellos, resulta interesante reseñar las que siguen:

- Morir con dignidad es hacerlo sin el estrépito frenético de una tecnología puesta en juego para otorgar al agonizante algunas horas suplementarias de vida biológica.
- Morir con dignidad es hacerlo en un entorno propicio a un ser humano y manifestación de lo que podría ser vivir su hora más hermosa.

¡Qué tarea tan difícil muchas veces en las que las circunstancias lo impiden!. Pero, ¿y cuándo depende de nuestra actitud ante la situación de muerte a la que nos enfrentamos?. ¿No somos deontológicamente, es más, éticamente, garantes de la vida y dignidad de la persona a la que asistimos?.

Quizás cuando los profesionales de la sanidad aceptemos la finitud de nuestra existencia humana sin olvidar la grandeza absoluta del don gratuito que es la vida, no será necesario exigir, ni ética ni legalmente, la dignidad ante el que muere en nuestras manos, el respeto ante la última voluntad del paciente moribundo, la no aplicación de técnicas invasivas y cruentas inútiles (*imperativo tecnológico*), el abandono de actitudes paternalistas propias de nuestra cultura mediterránea tan inexplicable y que, a veces, nos hace decidir sobre la vida o muerte de los demás.

Quizás algún día la Sanidad será una profesión al servicio de los demás, llevada a cabo por hombres y mujeres que se sepan limitados en su labor pero responsables del cuidado del mayor de los tesoros que jamás se nos ha dado: LA VIDA.

Anexo

NORMATIVA APLICABLE AL TRANSPORTE SANITARIO

**Isabel Casado Flórez
Ervigio Corral Torres**

Introducción

Se considera transporte sanitario aquel que se realiza para el traslado de personas enfermas, accidentadas, que no pueden valerse por sí mismas o por otra razón sanitaria y se efectúa en vehículos especialmente acondicionados para este fin, denominados ambulancia. Así queda definido en el Art. 3 de Decreto 128/1996. Es este reconocimiento del transporte sanitario como un ámbito distinto de prestación de la asistencia sanitaria, el que justifica la necesidad de crear una normativa específica que lo regule, tanto en lo referente a las características técnicas de los vehículos como a la formación de los profesionales implicados en éste.

1. Normativa relativa a las características del transporte sanitario

Existen dos documentos con rango de decreto que regulan las características técnico-sanitarias, el equipamiento y la dotación de los vehículos destinados al transporte sanitario, siendo una de ellas de ámbito de aplicación nacional y otra de aplicación en la Comunidad de Madrid.

- **Decreto 128/1996**, de 29 de Agosto, (BOCM 11 de Septiembre de 1.996) por el que se regulan las características técnico-sanitarias de los vehículos-ambulancia residenciados en la Comunidad de Madrid para el transporte sanitario terrestre. Es de aplicación en el transporte sanitario público, privado u oficial, diferenciando distintos tipos de ambulancia de traslado o asistenciales. Todos los vehículos de transporte sanitario deberán contar con la correspondiente certificación técnico-sanitaria previa a la autorización para la realización del transporte sanitario. Para ello deberán reunir los requisitos técnico-sanitarios y de personal establecidos en el Anexo. Se establecen los plazos de renovación de la certificación de los vehículos y el régimen sancionador de no cumplir con dicha normativa, así como los plazos para formar al personal de transporte sanitario.

- **Real Decreto 619/1998**, 17 de Abril (BOE 28 de Abril de 1998, 101), **sobre transporte sanitario**, establece las características técnicas, el equipamiento sanitario

y la dotación del personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. En este RD, que tiene carácter de norma básica, se contemplan las clases de vehículos de transporte sanitario por carretera, lo concerniente a la formación del personal, transportes sanitarios de las Fuerzas Armadas y las características de los vehículos (identificación y señalización, documentos obligatorios, descripción de vehículos y habitáculo asistencial) equipamiento sanitario y dotación en el Anexo del RD, teniendo carácter de requisitos mínimos. Se establece un plazo de adaptación de los vehículos a los requisitos previstos en el anexo.

Recientemente se ha incorporado en la **Ley 7/2004**, de 28 de Diciembre, de **Medidas en materia Sanitaria**, un régimen sancionador específico en materia de transporte sanitario terrestre en los vehículos residenciados en la Comunidad de Madrid. Se clasifican las infracciones en leves, graves y muy graves, atendiendo al riesgo para la salud, grado de intencionalidad, gravedad de la alteración sanitaria y social producida, y reincidencia. En este sentido se consideran infracciones muy graves:

- No disponer de la preceptiva certificación técnico-sanitaria para el transporte sanitario
- La prestación del transporte sanitario en condiciones que puedan representar riesgo para la salud o la seguridad de los usuarios
- El incumplimiento deliberado o consciente de los requisitos establecidos en la normativa sobre condiciones técnico-sanitarias de vehículos, así como en lo relativo a los niveles de formación mínimos del personal, siempre que de ello derive un grave daño a las personas
- Ejercicio de la actividad careciendo de la dotación adecuada
- Paralización del transporte sanitario sin causa justificada o retraso reiterado, incumplimiento de las demoras máximas establecidas suponiendo peligro grave.
- Obstrucción a la actividad de la autoridad o inspección sanitaria en esta materia, falsedad de documentación en la obtención de la certificación
- El trato desconsiderado, vejatorio, incumplimiento del deber de garantizar la confidencialidad y la intimidad de las personas.
- La reincidencia en la comisión de faltas graves.

II. Normativa relativa a la formación del personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia

La necesidad de formación adecuada específica para el personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia asistenciales queda establecida en **Real Decreto 619/1998**, 17 de Abril (BOE 28 de Abril de 1998, 101), **sobre transporte sanitario**, y en **Decreto 128/1996**, de 29 de Agosto, (LCM 1996\287) (BOCM 11 de Septiembre de 1.996), aportando, este último, la obligación de acreditar dicha formación mediante el certificado o título expedido por la administración sanitaria u organismo competente en la materia, así como los plazos para formar al personal de transporte sanitario y la necesidad de renovación periódica de dicha formación.

La Comunidad de Madrid como organismo competente en la materia reguló esta formación en las Órdenes siguientes con sus respectivas modificaciones:

• **Orden 560/1997**, de 17 de Marzo (LCM 1997/113) (BOCM 4 de abril de 1.997, 79). **Criterios para garantizar los niveles mínimos de formación del personal dedicado al transporte sanitario**. Establece los criterios para garantizar la exigencia de unos niveles mínimos de formación al personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia según lo previsto en el Anexo del Decreto 128/1996 de 29 de Agosto. Suficiente. Según esta orden serán exigencias comunes para este personal, en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

- a) Contar con la Titulación de Técnico de Emergencias, previa superación de cursos teórico-prácticos con los contenidos de la presente orden. Se establecen los siguientes niveles de acreditación:
 - Técnico de Emergencias. Nivel Básico. Dirigido a personal auxiliar, con formación previa a nivel de Educación General Básica o equivalente.
 - Técnico de Emergencia. Nivel Avanzado. Dirigido a personal auxiliar, que previamente haya obtenido la acreditación como técnico de nivel básico.
- b) Estar Inscrito en el correspondiente Registro de Técnicos de Emergencias, para lo cual es preciso haber superado los cursos acreditados exigidos o bien haber obtenido la correspondiente homologación.

Se establece la fórmula de la acreditación para personal conductor y ayudante con un mínimo de un año de experiencia profesional en el transporte sanitario a la entrada en vigor de la presente orden, y con las horas de formación en las materias relacionadas en el anexo. A su vez se establece un periodo de homologación de un

máximo de tres años desde la entrada en vigor de la presente Orden, para aportar la documentación requerida en formación acreditada a fin de conseguir la resolución de homologación.

Todo el personal dedicado al transporte sanitario deberá actualizar los conocimientos y formación poseída cada tres años mediante acreditación de un mínimo de treinta horas de formación para el nivel básico, y de sesenta horas para el nivel avanzado, realizada en ese periodo de tiempo, requisito indispensable para mantener la inscripción en el registro.

- **Orden 160/2000**, de 19 de abril de 2000 (LCM 2000\231) que modifica la Orden 560/1997, de 17 de Marzo, fijando el final del plazo de homologación en Septiembre de 2.001.
- **Orden 559/1997**, de 17 de Marzo (LCM 1997/112)(BOCM 4 de abril de 1.997, 79). **Criterios para garantizar los niveles mínimos de formación del personal médico y de enfermería que presten sus servicios en actividades relacionadas con el transporte sanitario.** Establece los criterios para garantizar la existencia de unos niveles mínimos suficientes de formación al personal médico y de enfermería dedicado al transporte sanitario en ambulancia medicalizada según lo previsto en el Anexo del Decreto 128/1996 de 29 de Agosto. Suficiente. Según esta orden serán exigencias comunes para este personal, en el ámbito de la Comunidad de Madrid:

- a) Acreditar formación en urgencias Extrahospitalarias, previa superación de cursos teórico-prácticos con los contenidos de la presente orden
- b) Estar inscrito en el correspondiente Registro de Médicos y enfermeros, para lo cual es preciso haber superado los cursos acreditados exigidos o bien haber obtenido la correspondiente homologación.

Se establece la fórmula de la acreditación para médicos y enfermeros con un mínimo de un año de experiencia profesional en el transporte sanitario a la entrada en vigor de la presente orden, y con las horas de formación en las materias relacionadas en el anexo. A su vez se establece un periodo de homologación de un máximo de tres años desde la entrada en vigor de la presente Orden, para aportar la documentación requerida en formación acreditada a fin de conseguir la resolución de homologación.

Todo el personal médico y de enfermería dedicado al transporte sanitario deberá actualizar los conocimientos y formación poseída cada tres años mediante

acreditación de un mínimo de noventa horas de formación realizada en ese periodo de tiempo, requisito indispensable para mantener la inscripción en el registro.

- **Orden 161/2000**, de 19 de abril de 2000 (LCM 2000\232) que modifica la Orden 559/1997, de 17 de Marzo de criterios para garantizar los mínimos de formación del personal médico y de enfermería dedicado al transporte sanitario. Se fija el final del plazo de homologación en Septiembre de 2.001

La **Ley 12/2001**, de 21 de Diciembre (BOCM 26 de Diciembre de 2.001), de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**, establece la creación de la Agencia Laín Entralgo para la formación, Investigación y estudios sanitarios, atribuyéndole las competencias para desarrollar las actividades de acreditación de la formación sanitaria.

- Posteriormente y mediante la **Orden 1102/2003**, de 12 de Noviembre, de la Consejería de Sanidad (BOCM 25 de noviembre, 281) se modifican de las Órdenes 560/1997 y 559/1997 abriendo, con **carácter indefinido, el plazo de solicitud para la obtención de la homologación** de dicho personal. En relación a la modificación, se actualizan los criterios de formación del personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia, así como los requisitos de la homologación y reconocimiento de dicha formación.

- a) **La solicitud de homologación** de la formación se realizará a la Agencia Laín Entralgo, siempre y cuando:
 - La formación esté certificada por las entidades docentes aceptadas o bien mediante cursos acreditados por la propia Agencia Laín Entralgo o por el Sistema Nacional de Formación continuada de las profesiones sanitarias. En los anexos se aporta la formación equivalente teórico-práctica para el personal de las diferentes categorías profesionales.
 - Se presente experiencia profesional certificada en el sector del transporte sanitario en un número de horas (según categoría) en los últimos tres años.

Tras la resolución de la homologación el profesional podrá inscribirse en el Registro Profesional correspondiente.

- b) **La actualización de la formación** del personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia se efectuará mediante la realización de un mínimo de ho-

ras (según categoría profesional y en los técnicos, según nivel básico o avanzado) cada tres años en instituciones docentes aceptadas o bien mediante cursos acreditados por la propia Agencia Laín Entralgo o por el Sistema Nacional de Formación continuada de las profesiones sanitarias. Los contenidos deberán guardar relación con la medicina de urgencias y emergencias según materias contenidas en el anexo. Si se cumplen todos los requisitos el profesional sanitario mantendrá su condición de inscrito en el Registro de profesionales del transporte sanitario.

- **La Orden 650/2004**, de 17 de Junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, crea y regula el **registro de Profesionales** que actúan en el ámbito **sanitario de la Comunidad de Madrid**. Se trata de un registro único de profesionales de la Comunidad de Madrid adscrito a la Agencia Laín Entralgo, con la inscripción obligatoria de los actos que acrediten los conocimientos, habilidades y experiencias, susceptibles de certificación o reconocimiento, dentro de la normativa de cada profesión.

La situación de vacío normativo desde la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad en lo relativo a la regulación de las profesiones sanitarias, sus condiciones de ejercicio, sus respectivos ámbitos profesionales y las medidas que garanticen la formación básica, práctica y clínica de los profesionales, hizo necesario el tratamiento legislativo específico y diferenciado de las profesiones sanitarias mediante la **Ley 44/2003**, de 21 de Noviembre, de **Ordenación de las profesiones sanitarias** (BOE 22 de Noviembre 2003, 280). La ley tiene por finalidad dotar al sistema sanitario de un marco legal que contemple los diferentes recursos que hagan posible la mayor integración de los profesionales en el servicio sanitario, en lo preventivo y en lo asistencial, facilitando la corresponsabilidad en el logro de los fines comunes y en la mejora de la calidad asistencial prestada, garantizando que todos los profesionales cumplen con los niveles de competencia necesarios para salvaguardar el derecho de protección a la salud. En este sentido, se consideran profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida.

- En el título preliminar y Título I se establece de forma expresa cuáles son las profesiones sanitarias (tituladas y del área sanitaria de formación profesional; familia profesional sanidad), se aportan los aspectos esenciales del ejercicio de las profesiones sanitarias, el ejercicio condicionado a la posesión de título, el ámbito funcional (asistencial, investigador, docente, de gestión clínica, prevención, información y educación sanitaria), el servicio a la sociedad y la salud del ciudadano como guía de actuación conforme a las obligaciones deontológicas, la formación continuada a lo largo de la vida profesional.

- En el Título II se regula la formación de los profesionales sanitarios, tanto pregraduada como especializada y la formación continuada, así como la posibilidad de inicio de trámite de establecimiento de nuevos títulos o incorporación de nuevas áreas de conocimiento.

- El desarrollo profesional y su reconocimiento se tratan en el Título III, estableciendo los principios comunes y homologables en todo el Sistema Sanitario.

- En el Título IV se contempla el ejercicio profesional en el ámbito privado y en el Título V lo relativo a la participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias.

Con el **Real Decreto 295/2004**, de 20 de Febrero (BOE 9 de marzo 2004,59) se aprueban determinadas cualificaciones profesionales a incluir en el Catálogo de cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos, que se incorporan al Catálogo modular de Formación Profesional, teniendo validez y aplicación en todo el territorio nacional. En este sentido se incluye la cualificación profesional de Transporte sanitario dentro de la familia profesional sanidad con Nivel 2. En el Anexo correspondiente a esta cualificación se especifican las unidades de competencias con sus correspondientes módulos formativos.

Paso a continuación a relacionar toda la **NORMATIVA RELATIVA A LAS CARACTERÍSTICAS PROPIAS DEL TRANSPORTE SANITARIO** por orden cronológico de publicación, reseñando tanto las emitidas por la administración General como autonómica.

- **Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid** (LCM 1983\316) atribuye a la Comunidad de Madrid el desarrollo legislativo incluida la potestad reglamentaria y ejecución de la sanidad.

- **Decreto 146/1985**, de 12 de diciembre (LCM 1986\321), sobre Centros, Servicios y Establecimientos sanitarios, considera al transporte sanitario como un servicio sanitario, si bien, lo excluye de su ámbito de aplicación por estar pendiente y necesitar una regulación específica

- **Ley 14/1986**, de 25 de Abril (RCL 1986\1316) **General de Sanidad**, en su artículo 40.7 establece que la Administración General del Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas, determinará con carácter general las condiciones y requisitos técnicos mínimos para la aprobación y homologación de los equipos e instalaciones sanitarias.

- **Real Decreto 1211/1990**, de 28 de septiembre (RCL 1990\2072): Aprobación del Reglamento de la **Ley de Ordenación de los transportes terrestres** (Ley 16/1987, de 30 de Julio), considera transporte sanitario aquel que se realiza para el desplazamiento de personas enfermas, accidentadas o por otra razón sanitaria en vehículos especialmente acondicionados al efecto. Establece que las características técnicas, así como el equipamiento sanitario y la dotación de personal de cada uno de los tipos de vehículos sanitarios será determinados por Real Decreto. En su artículo 134.2 recoge la obligatoriedad para que todos los vehículos de transporte sanitario, ya fueren de transporte público, privado u oficial, de contar con una **certificación técnico-sanitaria** expedida por el órgano competente en materia de sanidad en el lugar en que dicho vehículo esté residenciado.

- **Decreto 15/1995**, de 23 de febrero (LCM 1995\72), publicado en el BOCM mejora en la adecuación y renovación de los vehículos-ambulancia. Derogado tras entrada en vigor Decreto 128/1996, de 29 de Agosto.

- **Decreto 128/1996**, de 29 de Agosto, (BOCM 11 de Septiembre de 1.996) por el que se regulan las características técnico-sanitarias de los vehículos-ambulancia residenciados en la Comunidad de Madrid para el transporte sanitario terrestre. Es de aplicación en el transporte sanitario público, privado u oficial, diferenciando distinto tipos de ambulancia de traslado o asistenciales. Todos los vehículos de transporte sanitario deberán contar con la correspondiente certificación técnico-sanitaria previa a la autorización para la realización del transporte sanitario. Para ello deberán reunir los requisitos técnico-sanitarios y de personal establecidos en el Anexo. Se establecen los plazos de renovación de la certificación de los vehículos y el régimen sancionador de no cumplir con dicha normativa, así como los plazos para formar al personal de transporte sanitario

- **Real Decreto 619/1998**, 17 de Abril (BOE 28 de Abril de 1998, 101), **sobre transporte sanitario**, establece las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación del personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. En este RD, que tiene carácter de norma básica, se contemplan las clases de vehículos de transporte sanitario por carretera, lo concerniente a la formación del personal, transportes sanitarios de las Fuerzas Armadas y las características de los vehículos (identificación y señalización, documentos obligatorios, descripción de vehículos y habitáculo asistencial) equipamiento sanitario y dotación en el Anexo del RD, teniendo carácter de requisitos mínimos. Se establece un plazo de adaptación de los vehículos a los requisitos previstos en el anexo.

- **Orden de 3 de Septiembre de 1.998**, por la que se desarrolla el Reglamento de la Ley de Ordenación de los Transportes Terrestres

- **Ley 12/2001**, de 21 de Diciembre, de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**. Modificada parcialmente en Ley 7/2004, 28 de Diciembre, de Medidas en Materia de Sanidad

- **Ley 16/2003**, de 28 de Mayo, de **Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Establece el marco legal para la colaboración de las Administraciones Públicas para mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Entre las acciones de coordinación y cooperación, se encuentran las prestaciones sanitarias y, entre ellas, la prestación del transporte sanitario. La formación y el desarrollo de las competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema

- **Ley 7/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas en materia Sanitaria**. Incorpora un régimen sancionador en materia de transporte sanitario terrestre en los vehículos residenciados en la Comunidad de Madrid.

Paso a continuación a relacionar toda la **NORMATIVA RELATIVA A LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DEDICADO AL TRANSPORTE SANITARIO** por orden cronológico de publicación, reseñando tanto las emitidas por la administración General como autonómica.

- **Decreto 15/1995**, de 23 de febrero (LCM 1995\72). Derogado tras entrada en vigor Decreto 128/1996, de 29 de Agosto. En su anexo, apartado sobre personal, establece que el conductor y ayudante, contarán con la formación adecuada a su función, teniendo que acreditar los conocimientos, adiestramiento y experiencia precisos, mediante la superación de los cursos o programas homologados por la Administración, frente a la Dirección General de Salud.

- **Real Decreto 619/1998**, 17 de Abril (BOE 28 de Abril de 1998, 101), **sobre transporte sanitario**, establece la dotación del personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera, especificando la necesidad de formación adecuada del personal de transporte sanitario en ambulancias asistenciales, así como del médico y DUE, con capacitación demostrable en transporte asistido, técnicas de reanimación y técnicas de soporte vital avanzado.

- **Decreto 128/1996**, de 29 de Agosto, (LCM 1996\287) (BOCM 11 de Septiembre de 1996) por el que se regulan, en el Anexo, los requisitos de dotación de personal dedicado al transporte sanitario con la formación adecuada, ajustada a las normas que sobre ella dicte la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Esta formación se acreditará mediante el certificado o título expedido por la administración sanitaria u organismo competente en la materia. Se establecen los plazos de para formar al personal de transporte sanitario y la necesidad de renovación periódica de dicha formación.

- **Orden 560/1997**, de 17 de Marzo (LCM 1997/113)(BOCM 4 de abril de 1.997, 79). **Criterios para garantizar los niveles mínimos de formación del personal dedicado al transporte sanitario.**

- **Orden 160/2000**, de 19 de abril de 2000 (LCM 2000\231) que modifica la Orden 560/1997, de 17 de Marzo de criterios para garantizar los mínimos de formación del personal dedicado al transporte sanitario. Se fija el final del plazo de homologación en Septiembre de 2.001.

- **Orden 559/1997**, de 17 de Marzo (LCM 1997/112)(BOCM 4 de abril de 1.997, 79). **Criterios para garantizar los niveles mínimos de formación del personal médico y de enfermería que presten sus servicios en actividades relacionadas con el transporte sanitario.**

- **Orden 161/2000**, de 19 de abril de 2000 (LCM 2000\232) que modifica la Orden 559/1997, de 17 de Marzo de criterios para garantizar los mínimos de formación del personal médico y de enfermería dedicado al transporte sanitario. Se fija el final del plazo de homologación en Septiembre de 2001.

- **Orden 1102/2003**, de 12 de Noviembre, de la Consejería de Sanidad (BOCM 25 de noviembre, 281). Modificación de las Órdenes 560/1997 y 559/1997 que establecen los criterios que permiten garantizar los niveles mínimos de formación del personal dedicado al transporte sanitario y abre, con **carácter indefinido, el plazo de solicitud para la obtención de la homologación** de dicho personal. En relación a la modificación, se actualizan los criterios de formación del personal dedicado al transporte sanitario en ambulancia, así como los requisitos de la homologación y reconocimiento de dicha formación.

- **Ley 12/2001**, de 21 de Diciembre, de **Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid**. Establece el régimen jurídico y de funcionamiento de la Agencia Laín Entralgo, atribuyéndole las competencias para desarrollar las actividades de acreditación de la formación

- **Ley 16/2003**, de 28 de Mayo, de **Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**. Establece el marco legal para la colaboración de las Administraciones Públicas para mejorar el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Entre las acciones de coordinación y cooperación, se encuentran las prestaciones sanitarias y, entre ellas, la prestación del transporte sanitario. La formación y el desarrollo de las competencias técnicas de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema

- **Ley 44/2003**, de 21 de Noviembre, de **Ordenación de las profesiones sanitarias** (BOE 22 de Noviembre 2003, 280).

- **Real Decreto 295/2004**, de 20 de Febrero (BOE 9 de marzo 2004,59) se aprueban determinadas cualificaciones profesionales a incluir en el Catálogo de cualificaciones profesionales

- **Orden 650/2004**, de 17 de Junio, de la Consejería de Sanidad y Consumo, por la que se crea y regula el **registro de Profesionales** que actúan en el ámbito **sanitario de la Comunidad de Madrid**.