

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**TESIS DOCTORAL**

**ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA ATENCIÓN EN  
EMERGENCIAS SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN**

**SILVIA HERNÁNDEZ HERRERO**

**2016**

**DIRECTORES DE TESIS**

**JUAN SALVAT PUIG**

**SECUNDINO VICENTE GONZÁLEZ**





VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

JUAN SALVAT PUIG, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y SECUNDINO VICENTE GONZÁLEZ Profesor Contratado Doctor del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y,

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo de investigación titulado "Aspectos Médico-Legales de la Atención en Emergencias Sanitarias de Castilla y León", ha sido realizado bajo nuestra dirección por Dña. Silvia Hernández Herrero, Licenciada en Medicina y Cirugía.

Que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente, y optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca, a catorce de diciembre de dos mil quince.

Fdo.: Juan Salvat Puig

Fdo.: Secundino Vicente González



## JURAMENTO HIPOCRÁTICO (500 a.C.)

*«Juro por Apolo médico, por Esculapio, Hygia y Panacea, juro por todos los dioses y todas las diosas, tomándolos como testigos, cumplir fielmente, según mi leal saber y entender, este juramento y compromiso:*

*Venerar como a mi padre a quien me enseñó este arte, compartir con él mis bienes y asistirle en sus necesidades; considerar a sus hijos como hermanos míos, enseñarles este arte gratuitamente si quieren aprenderlo; comunicar los preceptos vulgares y las enseñanzas secretas y todo lo demás de la doctrina a mis hijos, y a los hijos de mi maestro y a todos los alumnos comprometidos y que han prestado juramento según costumbre, pero a nadie más.*

*En cuanto pueda y sepa, usaré de las reglas dietéticas en provecho de los enfermos y apartaré de ellos todo daño e injusticia.*

*Jamás daré a nadie medicamento mortal, por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo; tampoco administraré abortivo a mujer alguna. Por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura.*

*No tallaré cálculos, sino que dejaré esto a los cirujanos especialistas.*

*En cualquier casa que entre, lo haré para bien de los enfermos, apartándome de toda injusticia voluntaria y de toda corrupción, y principalmente de toda relación vergonzosa con mujeres y muchachos, ya sean libres o esclavos.*

*Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable.*

*Si este juramento cumpliero íntegro, viva yo feliz y recoja los frutos de mi arte y sea honrado por todos los hombres y por la más remota posteridad. Pero si soy transgresor y perjuro, avéngame lo contrario».*



# **A**GRADEDECIMIENTOS



Es difícil entender la importancia de los agradecimientos de una tesis doctoral, hasta que no se ha terminado. En ese momento, te das cuenta de cuánto tienes que agradecer a tanta gente. Intentaré resumir en unas líneas, la gratitud que siento a todas hacia todas las personas que han contribuido de alguna forma a la realización de este trabajo.

Al Profesor Dr. Don Juan Salvat Puig por haber asumido la dirección, junto al Dr. Don Secundino Vicente González, de esta Tesis Doctoral. Agradezco la confianza depositada en mí, el gran esfuerzo que ha supuesto llevarla a cabo, el apoyo, la dedicación y la gran contribución en mi formación. Toda mi gratitud hacia ellos por compartir su tiempo y conocimientos conmigo.

A todos mis compañeros de Emergencias Sanitarias Castilla y León que respondieron amablemente al cuestionario, así como a la propia Gerencia  
A mis amigos y mi familia y en especial a mis padres y hermano, por su apoyo incondicional, su comprensión y ayuda desinteresada.

Por último, también quiero agradecer a la vida, haber conocido a una persona extraordinaria y que esa persona me quiera.

Soy consciente de que los méritos aquí contenidos los comparto con todos ellos, pero no así las carencias y defectos, que únicamente son atribuibles a mí proceder.



# ÍNDICE



<b>MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>1</b>
1.Medicina de Emergencias.....	1
1.1.Historia de los Servicios de Emergencias.....	1
1.2.Desarrollo de los Sistemas de Emergencias en España .....	6
1.3.Concepto de Emergencias.....	11
1.4.Modelos de Sistemas de Emergencias en el Mundo .....	13
1.4.1.Sistema Anglosajón- Modelo Paramédico .....	13
1.4.2.Sistema Europeo (Modelo SAMU Francés)- Modelo Médico Hospitalario..	18
1.4.3.Modelo «Médico Extrahospitalario» .....	20
1.4.4.Modelos Intermedios.....	21
1.5.Sistemas de Emergencias en Europa .....	21
1.6.Sistemas de Emergencias en España .....	26
1.7.Emergencias Sanitarias de Castilla y León .....	33
1.7.1.Estructura .....	34
1.7.2.Recursos .....	36
1.7.3.Cartera de Servicios de Emergencias Sanitarias Sacyl .....	46
1.7.4.Tipo de Patología Atendida por las UME .....	47
2.Encuadre Legal de la Medicina de Emergencias .....	56
2.1.Relaciones Clínico-Asistenciales .....	56
2.1.1.Declaraciones y Convenios Internacionales .....	56
2.1.2.Legislación nacional .....	59
2.1.3.Leyes autonómicas: .....	62
2.1.4.Lex artis .....	63
2.2.Ley de Autonomía del Paciente.....	70
2.2.1.Información .....	70
2.2.2.Consentimiento .....	95
2.2.3.Intimidad .....	101

2.3.Relación con Sacyl .....	106
2.3.1.Estatuto Jurídico del Personal Estatutario de Sacyl.....	107
2.3.2.Derecho a la protección frente a agresiones .....	115
2.3.3.Responsabilidad Civil/Patrimonial .....	119
2.4.Documentos médico-legales.....	124
2.4.1.Parte judicial de lesiones .....	124
2.4.2.Certificado de defunción.....	128
2.4.3.Historia clínica .....	130
2.5.Uso de la fuerza.....	138
2.5.1.Principales Síndromes en la Urgencia Psiquiátrica.....	140
2.5.2.Medidas terapéuticas .....	146
<b>MARCO EMPÍRICO.....</b>	<b>157</b>
1.Justificación .....	159
2.Hipótesis y Objetivos.....	161
2.1.Hipótesis. ....	161
2.2.Objetivo general.....	161
2.3.Objetivos específicos.....	161
3.Material y Método .....	163
3.1.Tipo de estudio.....	163
3.2.Área de actuación y características.....	163
3.3.Fases del estudio .....	164
3.3.1.Planificación-Exploración.....	164
3.3.2.Recogida de datos .....	181
3.3.3.Análisis- Interpretación.....	186
3.3.4.Síntesis- Resultados .....	187
4.Resultados .....	188
4.1.Descripción Demográfica.....	188
4.2.Bloque I.....	193
4.3.Bloque II.....	207
4.4.Bloque III.....	217
4.5.Bloque IV.....	225
4.6.Bloque V.....	230

4.7.Bloque VI.....	239
5.Discusión.....	244
5.1.Descripción Demográfica .....	244
5.2.Bloque I: Información .....	244
5.3.Bloque II: Consentimiento .....	248
5.4.Bloque III: privacidad y confidencialidad .....	253
5.5.Bloque IV: Relación con el Sacyl .....	257
5.6.Bloque V: Aspectos Médico-Judiciales.....	258
5.7.Bloque VI: Uso de la fuerza .....	259
6.Conclusiones .....	261
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>265</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>283</b>



# ACRÓNIMOS



ACV Accidente Cerebrovascular

AHA *American Heart Association*

ATLS *Advanced Trauma Life Support*

CCU Centro Coordinador de Urgencias

CE Constitución Española

CP Código Penal

CRRA *Centre pour la Reception et la Regulation des Appels*. Centro de recepción y regulación de llamadas

DAV Documento de Voluntades anticipadas

DML Documento Médico Legal

EE.UU. Estados Unidos de Norteamérica

EMT *Emergency Medical Technician*

ERC *European Resuscitation Council*

FCSE Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado

GES Gerencia de Emergencias Sanitarias

FJ Fundamento Jurídico

FV Fibrilación Ventricular

LAP 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

NS/NC No sabe/No contesta

PPPA Puestos Permanentes de Primeros Auxilios

PCR Parada Cardiorrespiratoria

Sacyl Sanidad de Castilla y León

SCA Síndrome Coronario Agudo

SCACEST Síndrome Coronario Agudo Con Elevación del Segmento ST

SCASEST Síndrome Coronario Agudo Sin Elevación del ST

SAMU Sistema de Asistencia Médica de Urgencia

SEM Servicio de Emergencias Médicas

SEU Servicios Especiales de Urgencia

SNU Servicios Normales de Urgencia

SMUR Servicios Móviles de Urgencia y Reanimación

SOP Standard Operating Procedure

STS Sentencia del Tribunal Supremo

STC Sentencia del Tribunal Constitucional

SVA Soporte Vital Avanzado

SVB Soporte Vital Básico

RCP Reanimación Cardiopulmonar

UCI Unidades de Cuidados Intensivos

UME Unidades Médicas de Emergencias

# **M**ARCO TEÓRICO



## 1. Medicina de Emergencias

### 1.1. Historia de los Servicios de Emergencias

*«Un samaritano que iba de camino llegó a él (...) acercose, le vendó las heridas, derramando en ellas aceite y vino; le hizo montar sobre su propia cabalgadura, le condujo al mesón y cuidó de él»*

San Lucas 10:33-34

Para buscar el origen del inicio de la actividad de la emergencia médica, tenemos que acudir a uno de los más antiguos documentos médicos conocidos, el Papiro Quirúrgico de Edwin Smith<sup>1,2</sup> tratado médico egipcio que data aproximadamente del siglo 17 antes de la era cristiana, donde se hace una descripción viva de la categorización y tratamiento de heridos.

En la Biblia se encuentran referencias en relación a la atención de emergencias, tanto en el Antiguo Testamento: Elisha sopla en la boca de un niño muerto y le devuelve la vida<sup>3</sup>; como en el Nuevo Testamento: la

---

<sup>1</sup> GONZÁLEZ FISHER, R.F. «El Papiro quirúrgico de Edwin Smith.» *Anales de Medicina (Mex)* 50 (1) (2005), págs. 43-48.

<sup>2</sup> ALLEN, J. P. *The art of Medicine in Ancient Egypt* . Editado por The Metropolitan Museum of Art. New York, 2006.

<sup>3</sup> Antiguo testamento (2 Re 4: 1-7).

historia bíblica del Buen Samaritano<sup>4</sup>, donde no solo trataba a los viajeros heridos, sino que también entrenaba a otros para ello.

Existen, por otro lado, evidencias de traslados de heridos en la Grecia Clásica y Roma, con sus primitivos servicios de carros de ambulancia tirados por animales<sup>5</sup>.

En el siglo X aparece lo que podría considerarse, la primera certidumbre de las ambulancias, la «*hamaca anglosajona*», que consistía en una hamaca localizada sobre un carro tirado por caballos.

Desde el siglo XI la cobertura sanitaria extrahospitalaria es dada por diferentes instituciones como la orden de San Juan de Jerusalén (Orden de Malta), diversas organizaciones religiosas en Roma, y gremiales en Milán (ss. XIV a XVI)<sup>6</sup>.

Si atendemos a su definición, el término «*ambulancia*» según el diccionario de la lengua española de la Real Academia Española (RAE) es:

*Vehículo destinado al transporte de heridos y enfermos, y de elementos de cura y auxilio*<sup>7</sup>.

En la organización militar, el término «*ambulancia de campo*» hace referencia a una unidad equipada para el transporte y el tratamiento de

---

<sup>4</sup> Evangelio según San Lucas. Parábola del buen samaritano, versículo 25-37.

<sup>5</sup> CORBERTT BELL, R. *The Ambulance A History*. Mc Farland &Company, 2009, págs. 3-10.

<sup>6</sup> LÓPEZ PICANYOL, X. 2014. Historia del transporte sanitario Rescate vialNº36 <http://issuu.com/publicasl/docs/rv-36?e=1184939/10584849> (último acceso: 25 de 9 de 2015), págs. 20-22.

<sup>7</sup> Diccionario de la lengua española. RAE 2014

emergencia de los heridos. Esos «*hospitales de campo*» (ambulancias) fueron introducidos por la Reina Isabel la Católica durante el sitio de Málaga en 1487 y revividos por su nieto Carlos V durante el sitio de Metz en 1553<sup>8</sup>.

Fueron dos cirujanos, quienes sentaron los principios de la sanidad militar moderna y realizaron los primeros triajes en los campos de batalla. En 1794, Dominique Larrey crea la legión de «*ambulancias volante*» (de la raíz francesa «*ambulant*» que significa «*ambulante*» o «*que deambula o camina*»), con dos ruedas para rescatar a los heridos. Eran vehículos tirados por caballos, que transportaban al cirujano con su instrumental y equipo, para atender en el campo de batalla a los heridos.

En 1830, su hijo, el barón de Hippolyte Larrey, cirujano jefe de los Ejércitos de Napoleón, emplea por primera vez la logística militar para el tratamiento de heridos civiles en vía pública. Larrey diseñó la «*ambulancia liviana*» de dos ruedas que se estacionaba entre las tropas y permitía a los cirujanos trabajar en el campo de batalla.

---

<sup>8</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A. «Sistemas integrales de urgencias y emergencia. Servicios extrahospitalarios: diferentes modelos. Estructura orgánica y funcional del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. Manual de enfermería. SUMMA 112.» En *Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias*. Madrid, 2010, pág. 30.

Larrey también utilizó estas «ambulancias livianas» para levantar a los heridos que yacían en el campo de batalla y transportarlos a los hospitales<sup>9,10,11</sup>.

En 1859, Henry Dunat al observar las secuelas de la batalla de Solferino (1859), reclamó la creación de un cuerpo de voluntarios para socorrer a los heridos de guerra sin distinción del bando. Posteriormente en 1863 se crearía la Cruz Roja<sup>12</sup>.

Durante la guerra de secesión norteamericana (1861-1865), el Dr. J. Lettermann establece un sistema de evacuación moderno basado en hospitales móviles y ambulancias con médico y enfermera.

En 1882, comienzan a funcionar las ambulancias móviles medicalizadas en el hospital L'Hôtel-Dieu de París. Veintidós años más tarde se diseña el London Ambulance Service<sup>13</sup>.

En 1933, el cirujano alemán Kirschner estableció el principio de que no era el herido el que había que transportar hasta el médico, sino que

---

<sup>9</sup> *Pubblica Assistenza. Croce Bianca. 1797, nasce il moderno concetto di ambulanza e di automedica.* [http://www.brumero.it/pa\\_finale/1797.html](http://www.brumero.it/pa_finale/1797.html). (último acceso: 15 de 9 de 2014).

<sup>10</sup> MORENO-EGEA, A. «Dominique-Jean y Félix-Hippolyte Larrey: el legado de dos cirujanos (padre e hijo).» *Revista Hispanoamericana de Hernia* 2, nº 1 (2014), págs. 25-30.

<sup>11</sup> CRUZ MARTÍNEZ, E. «La historia de la ambulancia.» *Revista Asociación Mexicana Medicina Crítica y Terapia Intensiva* 20, nº 3 (2006), págs. 103-104.

<sup>12</sup> *Resumen de los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales.* [http://www.redcross.org/images/MEDIA\\_CustomProductCatalog/m17540812\\_Resumen-de-los-Convenios-de-Ginebra-de-1949-y-sus-Protocolos-Adicionales.pdf](http://www.redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m17540812_Resumen-de-los-Convenios-de-Ginebra-de-1949-y-sus-Protocolos-Adicionales.pdf) (último acceso: 18 de 1 de 2015).

<sup>13</sup> PACHECO RODRÍGUEZ, A. «Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares.» *Emergencias* 10, nº 3 (1998), págs. 173-185.

era este el que debía acudir a donde estaba el herido. Los profesores de la misma nacionalidad, Bauer y Frey consiguieron poner en servicio el «*Klinomovil*» una ambulancia medicalizada (una auténtica sala de operaciones). La pretensión era empezar la atención del herido «*in situ*», con medios adecuados y con personal especializado<sup>14</sup>.

El concepto de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) aparece a principios de los años 60, cuando Zafar *et al.*<sup>15</sup> desarrollan las técnicas de ventilación boca a boca iniciadas por Elam *et al.* en los años 50, junto con las compresiones cardíacas externas estudiadas por Kouwenhoven *et al.* en 1960. Por otro lado, también contribuyeron al avance de las bases de la «*Moderna RCP*» el perfeccionamiento realizado primero por Zoll y después por Lown de las técnicas de desfibrilación externa.

La primera ambulancia con un desfibrilador portable, fue puesta en marcha en 1965 por Frank Pantridge, cardiólogo en el Royal Victoria Infirmary en Belfast, creando así la primera unidad de emergencia extrahospitalaria de cuidados coronarios. Este desfibrilador funcionaba con la batería del coche y pesaba 70 kilogramos<sup>16</sup>. La editorial Lancet, en

---

<sup>14</sup> AMARO LASHERAS, J.«Papel de la Cruz Roja en el transporte sanitario.» *Anales de la Real Academia de Medicina* Tomo CIII-Cuaderno 2 (1986), pág. 196.

<sup>15</sup> SAFAR, M.D. «A Comparison of the Mouth-to-Mouth and Mouth-to-Airway Methods of Artificial Respiration with the Chest-Pressure Arm-Lift Methods.» *Engl J Med* 258 (1958), págs. 671-677.

<sup>16</sup> Anónimo. «Frank Pantridge.» *BMJ* 330 (2005), pág. 793.

1967, afirmaba que Patridge y Geddes habían revolucionado la Medicina de Emergencia<sup>17</sup>.

En Francia, en 1965 se aprobó un decreto creando los Servicios Móviles de Urgencia y Reanimación de base hospitalaria (SMUR). Y finalmente, en 1968 nació el Sistema de Asistencia Médica de Urgencia (SAMU) para coordinar las actividades de los SMUR, incorporando una central de regulación médica de llamadas.

## **1.2. Desarrollo de los Sistemas de Emergencias en España**

En 1948, la Entidad Gestora de la Seguridad Social crea el Servicio Nocturno de Urgencias, y para el ámbito rural la Asistencia Pública Domiciliaria<sup>18</sup>.

En el año 1964, para dar cumplimiento a lo establecido en la base sexta de la Ley de Bases de la Seguridad Social, se constituyen dentro del Sistema de Seguridad Social los Servicios de Urgencia. Los denominados como Servicios Normales de Urgencia (SNU) no contaban con recursos móviles; en cambio, estaban dotados con este tipo de recursos los denominados Servicios Especiales de Urgencia (SEU)<sup>19</sup>. Estos Servicios de Urgencia cuentan con una diferente cobertura

---

<sup>17</sup> MORENO MILLAR, E. «36 años de Medicina de Urgencias y Emergencias y Medicina Intensiva en España.» *Puesta al día en Urgencias y Emergencias y Catástrofes* 5, nº 4 (2004), págs. 168-169.

<sup>18</sup> MARTÍN REYES, D. «Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España.» *Emergencias* 26 (2014), págs. 7-8.

<sup>19</sup> Anónimo. Servicio Especial de Urgencias de la Seguridad Social. Memoria 1964-1966. Madrid. Servicio Especial de Urgencia 1967.

poblacional: los SNU se implantan en poblaciones de más de 5.000 habitantes y en todas las capitales de provincia; en cambio, los SEU se constituyen en las localidades en las que el número de habitantes excede de 90.000<sup>20,21</sup>.

Durante el año 1966, casi de manera simultánea, nacen dos ideas que revolucionarían la asistencia de las víctimas en carretera. Por un lado, en Vizcaya, el Dr. Juan Antonio Usparizta Lecumberri, funda la Asociación de Ayuda en Carretera. Así mismo, el gobierno publica el Decreto 1966/60, sobre la creación del denominado «*Auxilio Sanitario en Carretera*», que depende de la Dirección General de Tráfico (DGT).<sup>22</sup>.

Años después, destaca la labor desarrollada por Cruz Roja Española que en 1971 decidió pedir ayuda al entonces Ministro del Ejército, para montar puestos permanentes de primeros auxilios (PPPA), para hacer el «*transporte sanitario*» de aquellas personas lesionadas, en las mejores condiciones posibles y en un plazo relativamente corto. En 1985, la Cruz Roja Española llegó a tener 598 PPPA. En la XVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja, se solicitó a los gobiernos de todos los países que todas las grandes vías de comunicación contasen con PPPA. Por otro lado, se estableció que las condiciones mínimas necesarias hasta la evacuación del herido a un centro médico deberían englobar al

---

<sup>20</sup> Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Prestaciones y ordenación de servicios médicos. Decreto número 2766/67 de 16 de Noviembre de 1967.

<sup>21</sup> CANTERO SANTAMARÍA, J.I. «La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (I).» *Revisiones MG*, Marzo 2008, págs. 105-6.

<sup>22</sup> PACHECO RODRÍGUEZ, A. «Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares.» *Emergencias* 10, nº 3 (1998), pág. 31

menos las tres funciones siguientes: contener la hemorragia, inmovilizar las fracturas y cubrir las heridas con material estéril, sin hacer su limpieza<sup>23</sup>.

En 1974, a pesar de regularse los Servicios de Urgencia por la Ley General de Seguridad Social (LGSS)<sup>24</sup>, tales Servicios de Urgencia no llegaron a constituirse.

En los años 80, las primeras sociedades científicas (Sociedad Española de Medicina de Urgencias (SEMU), Sociedad Española de Medicina de Emergencias (SEMES), Sociedad Española de Medicina Intensiva y Unidades Coronarias (SEMIUC), Sociedad Española de Cardiología (SEC), etc., detectan altas cifras de mortalidad extrahospitalaria, fundamentalmente producidas por las patologías cardíacas y los accidentes de tráfico. De esta manera, alertan a los poderes públicos, de la necesidad de dotar con más y mejores recursos a las unidades de urgencia extrahospitalaria, dada la alta rentabilidad que estos Servicios han mostrado en otros países, sobre esta morbi-mortalidad evitable.

Esa solicitud logra activar la creación de secciones sanitarias de emergencias en diversos cuerpos, como Bomberos y Salvamento. También se realizan inversiones en los parques de unidades móviles

---

<sup>23</sup> AMARO LASHERAS, J. «Papel de la Cruz Roja en el transporte sanitario.» *Anales de la Real Academia de Medicina* Tomo CIII-Cuaderno 2 (1986), págs. 191-207.

<sup>24</sup> Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Artículo 122.

medicalizadas que se ponen al servicio de dispositivos mixtos Insalud-Protección Civil<sup>25</sup>.

En 1983, la Sociedad Española de Medicina Intensiva elabora el Plan de Actuación Sanitaria de Urgencia que sienta las bases para la creación de un Sistema de Asistencia Médica de Urgencia (SAMU)<sup>26</sup>.

A lo largo de los años 80, se van creando sin solución de continuidad, diversos sistemas territoriales de atención de emergencias médicas. Estos dependen de los nuevos desarrollos orgánicos que tienen lugar en la sanidad pública española, a consecuencia de las transferencias de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas. En ese desarrollo, tienen también una presencia decisiva las corporaciones locales a través de distintas iniciativas, además de diversos Servicios de Emergencia, Rescate, Protección Civil y Bomberos.

En 1982, con motivo de la celebración en España del Campeonato del Mundo de Fútbol, se distribuyeron estratégicamente una serie de Unidades Móviles Medicalizadas (UVI-móviles) por aquellas ciudades en las que se preveía mayor concentración de público. Estas siendo propiedad del Insalud-Protección Civil, unas se cedieron a la Dirección General de Tráfico, otras a Cruz Roja, otras a Bomberos.

---

<sup>25</sup> BARROETA URQUIZA, J. «Evolución histórica de los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarios.» En *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España*. Mensor, pág. 34.

<sup>26</sup> PACHECO RODRÍGUEZ, A., *op. cit.*, pág. 181.

Ese mismo año, se establece un Convenio entre la Dirección General de Tráfico, el Ministerio del Interior y la Dirección General del Insalud que recoge la utilización parcial de 13 UVI-móviles para el Auxilio Sanitario en Carretera a las víctimas graves de accidentes de circulación<sup>27</sup>. Posteriormente, en ese mismo año, el Insalud elabora unas instrucciones para la distribución y utilización de estas UVI-móviles<sup>28</sup>.

En el año 1988, ve la luz el Informe del Defensor del Pueblo en el que se analiza la situación de las urgencias médicas en nuestro país, denunciando su estado, lo que probablemente supuso la aceleración para la creación de los Servicios de Emergencias Médicas (SEM) dependientes de los Sistemas Nacionales y Regionales de Salud. A estos SEM se incorporaron técnicas de soporte vital avanzado procedentes de diferentes especialidades como la Medicina Intensiva, Cardiología, Anestesiología y Reanimación, etc.<sup>29</sup>.

En 1990, en el seno de la Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud (Comisión Abril) se creó una subcomisión de urgencias que propuso la puesta en marcha de los Sistemas Autonómicos de Emergencias.

---

<sup>27</sup> Convenio suscrito entre la Dirección General de Tráfico y el INSALUD para la utilización parcial de 13 UVI-móviles para el Auxilio Sanitario en Carretera, a las víctimas de graves accidentes de circulación, de 7 de octubre de 1982.

<sup>28</sup> Circular del Director General del INSALUD, de 29 de octubre de 1982, sobre distribución de UVI-móviles e instrucciones para su utilización.

<sup>29</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, pág. 31.

Por otro lado, la Comisión Europea aprobó una directiva para el establecimiento, antes del 31 de diciembre de 1996, de un número europeo para todo tipo de emergencias, el 112<sup>30</sup>.

### 1.3. Concepto de Emergencias

Su definición de acuerdo con la *European Society for Emergency Medicine* es:

*La Medicina de Emergencia es una especialidad basada en el conocimiento y las habilidades necesarias para la prevención, el diagnóstico y la gestión de los aspectos de urgencia y emergencia de enfermedades y lesiones que afectan a los pacientes de todas las edades, con un amplio espectro de trastornos físicos y del comportamiento. Es una especialidad en la que el tiempo es crítico.*

*La práctica de la medicina de la emergencia incluye la atención pre-hospitalaria el triaje en el hospital, la resucitación, la evaluación inicial y la gestión de los casos de urgencia y emergencia hasta el alta o la transferencia al cuidado de otro profesional médico o centro sanitario<sup>31</sup>.*

Para la *International Federation for Emergency Medicine* se considera que :

*La Medicina de emergencia es un campo de práctica basada en el*

---

<sup>30</sup> 91/396/CEE: Decisión del Consejo, de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo Diario Oficial.

<sup>31</sup> *European Society for Emergency Medicine*. (EuSEM)

<http://www.eusem.org/whatisem/> (último acceso: 6 de 4 de 2015).

*conocimiento y habilidades requeridas para la prevención, el diagnóstico y tratamientos de enfermedades o lesiones agudas o urgentes. Que afectan a pacientes de todas las categorías de edad con un espectro lleno de episodios de desórdenes indiferenciados, físicos y conductuales; esto abarca un entendimiento y desarrollo de sistemas pre-hospitalarios e intra-hospitalario y desarrollo de las habilidades necesarias por los médicos en medicina de emergencias*<sup>32</sup>.

La atención a una emergencia tiene como objetivo evitar la muerte y/o disminuir las posibles secuelas. El pronóstico de las patologías que se clasifican como emergencias está directamente relacionado con el tiempo transcurrido desde que se producen hasta que son atendidas. En la emergencia ha de prevalecer la llegada rápida al lugar del incidente con los recursos disponibles más adecuados.

El desarrollo de los servicios de emergencia actuales, centrados en la atención «*in situ*» prestada lo más rápidamente posible, se fomentó debido la alta mortalidad extrahospitalaria de los pacientes por traumatismos (especialmente derivados de accidentes de tráfico) o a las enfermedades cardiovasculares, bien sean cardiopatía isquémica, o enfermedad cerebrovascular (ACV). El tiempo transcurrido desde el comienzo del proceso, hasta la aplicación de los primeros tratamientos críticos (desfibrilación, fibrinólisis, etc.) que se realizaban en las UCI hospitalarias, era demasiado largo para lograr una recuperación

---

<sup>32</sup> *IFEM Definition of Emergency medicine*. [http://www.ifem.cc/About\\_IFEM.aspx](http://www.ifem.cc/About_IFEM.aspx). (último acceso: 7 de 4 de 2015).

adecuada de estos enfermos, por lo que se consideró necesario dar una respuesta lo más inmediata posible en el lugar del suceso.

Por otro lado, la atención urgente atiende situaciones diferentes que, si bien requieren una adecuada asistencia en el tiempo, no necesitan la inmediatez anterior. La gravedad de la urgencia puede ser más o menos importante y el tiempo de respuesta mayor o menor. Por tanto, para una adecuada asistencia es fundamental una apropiada clasificación de la demanda, para adjudicarla la misma los recursos apropiados en el tiempo requerido, en razón a protocolos establecidos<sup>33</sup>.

#### **1.4. Modelos de Sistemas de Emergencias en el Mundo**

Existen, a grandes rasgos, tres modelos de sistemas de emergencias a nivel mundial:

##### **1.4.1. Sistema Anglosajón- Modelo Paramédico**

Surgen a finales de los años 60 en los Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU.). Son los Servicios Médicos de Emergencias (*Emergency Medical Services, EMS*). Este modelo se basa en dar la atención mínima imprescindible, «*scoop and go*», antes de la llegada al hospital, donde el paciente será valorado por el médico.

---

<sup>33</sup> BARROETA URQUIZA, J. «Algunos aspectos generales de la asistencia de urgencias y emergencias.» En *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España*, 31. Mensor, 2011, pág. 24.

La asistencia médica extrahospitalaria es realizada por personal parasanitario que depende, indistintamente, de empresas privadas (a veces también, propietarias del hospital), de las administraciones locales o regionales, o de los Servicios de Policía o Bomberos. Tienen un teléfono único para todo tipo de emergencias, el 911, con una Central de Coordinación compartida con los Servicios de Policía y de Bomberos (*dispatch center*) y atendida por personal parasanitario especializado (*Emergency Medical Dispatchers o EMD*)<sup>34</sup>.

En EE.UU. los equipos asistenciales están formados por técnicos en emergencias, cuyas competencias están reguladas por la ley de cada Estado. Los técnicos en emergencias dependiendo del tipo de formación recibida, se categorizarán en distintos grados:

- EMR (*Emergency Medical Responder*). Este nivel es el que menos requerimientos formativos necesita, únicamente han de haber realizado un curso en primeros auxilios.
- EMT-B (*Emergency Medical Technician-Basic*). Tienen una formación básica de 120 horas mínimo y 400 horas de prácticas.
- EMT-I (*Emergency Medical Technician intermediate*). Dentro de este grado hay dos niveles el EMT-I/85 y el EMT-I/99. Su formación mínima es de 1000 horas.
- EMT-P (*EMT-PARAMEDIC*). Estos profesionales cuentan con una formación graduada de entre 2 a 4 años.

---

<sup>34</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, págs. 36-37.

En este modelo, los paramédicos son el personal más cualificado en la atención del paciente. El método de trabajo consiste en que una vez que se llega al lugar de la asistencia, se comunica vía telefónica (telerradio, etc.), los síntomas, o pruebas diagnósticas, siendo valorada toda esta información en unos casos por un paramédico y en otros por un médico, que serán los que decidirán la actuación a realizar<sup>35</sup>. Todo esto está regulado por unos protocolos de actuación, que forman parte de la formación de los EMT, y son los que determinan las actuaciones de los técnicos. Estos procedimientos se llaman SOP (Standard Operating Procedures) y están avalados y regulados por las leyes de los distintos estados<sup>36,37,38</sup>.

---

<sup>35</sup> CARAVACA CABALLERO, A. «Los sistemas de emergencias sanitarios en el mundo.» *Puesta al día en urgencias y catástrofes* 9, nº 1 (2009), págs. 52-54.

<sup>36</sup> MOUNT DORA FIRE DEPARTMENT STANDARD OPERATION PROCEDURES EMS DIVISION ROUTINE OPERATIONS <http://ci.mount-dora.fl.us/DocumentCenter/View/115> (último acceso: 12 de 9 de 2014).

<sup>37</sup> IHCC EHS SOP Manual <http://www.ehs.net/1105/sop99.pdf> (último acceso: 12 de 9 de 2014).

<sup>38</sup> Standard Operating Procedure. South Western Ambulance Service <https://www.whatdotheyknow.com/request/258342/response/631374/attach/5/FOI%20968%20Clinical%20Supervision%20SOP.pdf> (último acceso: 30 de 12 de 2014).

Tabla 1. Ejemplo de SOP en el estado de Utah<sup>39</sup>

<b>CARDIAC EMERGENCY</b>	
<b>SOP # 103 Acute Coronary Syndrome / STEMI</b>	
Assessment	
Determine the quality, duration and radiation of pain Substernal oppressive chest pain (crushing or squeezing) Nausea and/or vomiting Shortness of breath Cool, clammy skin Palpitations Anxiety or restlessness Abnormal pulse rate or rhythm History of Coronary Artery Disease or AMI Currently taking cardiac medications JVD Distal pulse for equality/strength to assess for aneurysm Diaphoresis, pallor, cyanosis Breath sounds – congestion, rales, wheezing Motor deficits	<b>P</b> – Provocation of pain/discomfort (anything that increases discomfort) <b>Q</b> – Quality of pain <b>R</b> – Radiation of pain <b>S</b> – Severity of pain/discomfort (scale of 1 – 10) <b>T</b> – Time of pain/discomfort onset; type of pain  The elderly, women, and/or diabetic patients may complain of nausea, weakness, shortness of breath or other vague symptoms. Screen all such patients for possible silent MI.
<b>EMR</b>	
1. Oxygen at 2 – 6 lpm BNC and airway maintenance appropriate to patient's condition. If the patient is in severe respiratory distress, consider Oxygen 100% 12 – 15 lpm NRB. 2. Supportive care <b>EMR STOP</b>	
<b>EMT</b>	
3. Pulse oximetry – provide O <sub>2</sub> sufficient to keep sats > 94% 4. If systolic BP is > 110 and the patient is symptomatic, May assist patient with their own Nitroglycerine tablet or spray sublingually and reassess every 5 minutes up to a maximum of three doses. 5. Administer 324 mg of Aspirin (Chewable non-enteric coated) if patient has no contraindications or has not already self-dosed. 6. Cardiac Monitor – assist with 12 lead EKG and transmit. Obtain and transmit EKG to PCI capable hospital within the first 10 minutes of patient contact. <b>EMT STOP</b>	
<b>AEMT</b>	
7. Glucose check 8. INT or IV Normal Saline TKO, at least 18 gauge catheter placed above wrist. Consider placing a second IV line if time permits.	

<sup>39</sup> Standard Operating Procedures 103. Emergency Medical services, pág.17.

[http://www.memphistn.gov/portals/0/pdf\\_forms/402.01\\_als-bls\\_blendedprotocolsfinal.pdf](http://www.memphistn.gov/portals/0/pdf_forms/402.01_als-bls_blendedprotocolsfinal.pdf).

(último acceso: 22 de 5 de 2015).

Tabla 2. Ejemplo de SOP en el estado de Utah (continuación)<sup>40</sup>

9. Titrate Dextrose 50%, PRN, slowly until normal levels achieved. Try to avoid large swings in serum glucose levels.
10. Administer 324 mg of Aspirin (Chewable non-enteric coated) if patient has no contraindications or has not already self dosed.
11. If systolic BP is > 110 and the patient is symptomatic, administer 1 Nitroglycerine tablet or spray sublingually and reassess every 5 minutes up to a maximum of three doses
12. Contact Medical control to request orders for additional Nitroglycerine in excess of three doses. **Note:** the maximum dosage of Nitroglycerine is three. The total dosage includes the patient has taken on their own combined with your subsequent dosages.

**AEMT STOP**

## PARAMEDIC

13. Perform serial EKGs in order to document progression of EKG changes. Treat arrhythmia appropriately.
14. Patients with probable AMI should be transported to an appropriate PCI capable facility as soon as possible.
15. Systolic BP is < 100 mmHg, give 250 ml NS bolus (assess for signs of pulmonary congestion)
  - a. If PVCs > 15 /min administer Lidocaine 1 – 1.5 mg/kg over 2 min, repeat to a total of 3 mg/kg
16. If chest pain/discomfort continues after adequate Nitrate therapy:
  - a. Continue Nitrate therapy
  - b. Complete Thrombolytic screening
  - c. If chest pain is greater than 7 on scale of 1 – 10, administer pain medications per chart below.
  - d. Contact Medical Control
  - e. Transport

all doses in mcg unless indicated	5 kg	7 kg	9 kg	10 kg	12 kg	15 kg	20 kg	30 kg	40 kg	50-74 kg	≥ 75 kg	Geriatric	
Fentanyl IV/IN/IO				10	10	15	20	25	25	50	75	25	1 mcg/kg
Morphine IV/IO				1 mg	1 mg	1.5 mg	2 mg	3 mg	4 mg	4 mg	4 mg	2 mg	2 mcg/kg
Ondansetron IV/IO							2 mg	3 mg	4 mg	4 mg	4 mg	4 mg	0.1 mg/kg

If pain not controlled, Morphine and fentanyl dosing may be repeated once after ten minutes. Contraindicated in hemodynamically unstable patients.

<sup>40</sup> Standard Operating Procedures 103, *op. cit.*, pág. 18.

### 1.4.2. Sistema Europeo (Modelo SAMU Francés)- Modelo Médico

#### Hospitalario

El objetivo de este modelo es facilitar una mayor atención en el lugar donde se encuentra el paciente, por lo que no se iniciaría el traslado hasta que el paciente esté totalmente estabilizado, «*play and stay*».

El SAMU (*Services d'Aide Médicale Urgente*) está formado por las SMUR. Estas están identificadas por un número para cada circunscripción, por ejemplo, el de París corresponde al 75<sup>41</sup>.

La vía de acceso al sistema sanitario se realiza a través de un teléfono específico de urgencias médicas, el número 15, que conecta con una central médica (denominada coloquialmente «*centro 15*» y oficialmente *Centre pour la Reception et la Regulation des Appels* o CRRA). Esta CRRA se encuentra comunicada con las centrales de policía y bomberos, aunque es independiente de ellas. En la CRRA, se realiza un análisis individualizado de cada solicitud y se elige el tipo de respuesta considerada más adecuada para cada caso, que puede ir desde un consejo médico, la derivación del paciente a Atención Primaria o el envío de una ambulancia de tipo básico para el traslado de los pacientes que lo requieran.

El centro de coordinación departamental del SAMU está situado en un hospital, atendido por personal especializado mayoritariamente

---

<sup>41</sup> SMUR REFERENTIEL ET GUIDE D'ÉVALUATION Samu-Urgences de France (SudF) Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU) Juin 2013.

[http://www.samudefrance.fr/documents/actus/155/756/referentiel\\_smur\\_2013\\_vf.pdf](http://www.samudefrance.fr/documents/actus/155/756/referentiel_smur_2013_vf.pdf) (último acceso: 30 de 12 de 2014).

relacionado con la Anestesiología y los Cuidados Intensivos. En las ciudades más pequeñas el centro de coordinación coincide con la CRRA.

En el caso de que la respuesta asistencial sea el envío de una ambulancia básica, en ella irán un médico, un enfermero y un conductor, para la atención del paciente. Solamente se denominará ambulancia cuando el traslado se hace con médico; existen otros automóviles como los vehículos de primeros auxilios, vehículos de rescate y asistencia a las víctimas, etc.<sup>42</sup>.

Las diferencias entre los modelos europeos y el de los EE.UU. se encuentran en los distintos patrones de lesiones y la diferencia en los tiempos de transporte (en EE.UU. prevalece la concentración hospitalaria frente a la dispersión)<sup>43</sup>. Estas son algunas de las principales razones por qué el sistema estadounidense no puede limitarse a ser transferido a Europa. Al ser mayores las distancias hasta los hospitales en el sistema europeo, los tiempos de transporte son mayores y por lo tanto, el paciente estaría mucho más tiempo sin tratamiento<sup>44</sup>.

---

<sup>42</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, pág. 37.

<sup>43</sup> MONGE LOZANO, P. «Características de los hospitales de EEUU Analogías y diferencias con los hospitales españoles.» *BOLETIN ECONOMICO DE ICE* 2782 (2013), págs. 39-40.

<sup>44</sup> SEFRIN, P. «"Scoop and Run" Or "Stay and Play" » *The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine* 1, nº 1 (1997), págs. 1-2.

### ***1.4.3. Modelo «Médico Extrahospitalario»***

Este modelo de asistencia a las emergencias médicas en el medio extrahospitalario surge en España, a finales de los años 80 y principios de los 90. Los médicos que están en estos Servicios provienen en su mayoría del nivel de Atención Primaria.

Los Servicios de Urgencias y Emergencias Extrahospitalarios existentes en España dependen, indistintamente, de administraciones locales o autonómicas, empresas públicas o privadas.

Este modelo consta de ambulancias tipo Soporte Vital Avanzado (SVA), que prestan asistencia sanitaria en las situaciones de urgencia y emergencia (riesgo vital y/o compromiso de función de órganos o sistemas) con la capacidad de proporcionar un SVA (en especial cardiocirculatorio y traumatológico) cuando la situación clínica del paciente así lo requiera. En estos dispositivos se realiza la estabilización del paciente y, si fuera necesario, se procederá a su traslado al hospital de referencia, en las adecuadas condiciones clínicas de soporte y mantenimiento. El equipo está integrado por personal médico y de enfermería, técnicos sanitarios y/o conductores. Estas ambulancias de SVA, se denominan también Unidades Móviles de Emergencia o Unidades Medicalizadas de Emergencia (UME).

#### 1.4.4. Modelos Intermedios

Es difícil encontrar «modelos puros» como los anteriormente mencionados. Países como el Reino Unido, que inicialmente se adaptaban al modelo parasanitario, en los últimos años, han implantado recursos asistenciales con dotación médica<sup>45</sup>. Los modelos tienden a volverse complejos influidos por la multiplicidad de ofertas de servicio, por el despliegue territorial tan variado y por los cambios institucionales internos de cada país. En definitiva, y como no puede ser de otra forma, están motivados por factores históricos, culturales, demográficos y sanitarios.

#### 1.5. Sistemas de Emergencias en Europa

El informe «*Emergency Medical Services Systems in the European Union*» del 2008, encargado al grupo de trabajo World Health Organization (WHO) en coordinación con la Dirección General de Salud y Consumo de la Unión Europea, que ha contado con la cooperación del conjunto de los países de la Unión Europea, muestra la complejidad de los SEM en Europa.

Este informe define los SEM de la siguiente forma:

*Estos sistemas complejos incluyen diferentes servicios, desde los puestos de salud o puntos de emergencia atendidos por personal médico, a los centros (centro de coordinación) que son capaces de responder a llamadas de emergencia y proporcionar*

---

<sup>45</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, págs. 36-37.

*asesoramiento médico a la persona que llama y, si es necesario, enviar una unidad móvil de atención médica. Esta última puede incluir vehículos capaces para el transporte sanitario personal (coche, moto, barco, etc.) y equipos, o bien vehículos (normalmente llamados “ambulancia”: coche, helicóptero, avión, barco, etc.) que puedan transportar adecuadamente al paciente a un centro sanitario. Las ambulancias son los medios de transporte más utilizados y la coordinación y organización de todo el transporte normalmente se lleva a cabo por uno o más centros de coordinación, que podrían recibir llamadas de un espectador, un paciente, una institución de atención médica o de otro servicio de emergencia (normalmente policía o bomberos) y que derivan instrucciones para que las ambulancias lleguen al lugar de la emergencia. En general, y consecuentemente, todos los agentes y servicios implicados en la prestación de la atención médica de emergencia extra hospitalaria se incluyen en esta definición<sup>46</sup>.*

Para el acceso a los SEM, se estableció el empleo del número 112 como número de llamada de urgencia único europeo, por una Decisión del Consejo de la UE de 29 de julio 1991 (91/396/EEC)<sup>47</sup>, perfeccionada en 1998 mediante la Directiva 98/10/EC e incluida en la Directiva 2002/22/CE (Servicio Universal) en la que se establece el número único

---

<sup>46</sup> *Emergency Medical Services Systems in the European Union*. World Health Organization (WHO) 2008, pág. 16.

<sup>47</sup> 91/396/CEE, *op. cit.*, págs. 31- 32.

europeo de urgencia 112, al que se puede acceder gratuitamente desde cualquier teléfono<sup>48</sup>.

El establecimiento de un número de llamada de urgencia único europeo ha sido el cambio producido a instancias del conjunto comunitario de más largo alcance y significado, para introducir un sistema europeo común de emergencias. Sin embargo, queda todavía un largo recorrido para su aplicación total y formal definitiva, dado que coexisten todavía distintos números de acceso telefónico a la red de emergencias médicas. Bien es cierto que en la Decisión 91/396/EEC, en su apartado 2 del artículo 1, indica que:

*En los casos en los que se estime oportuno, el número de llamada de urgencia único europeo se introducirá paralelamente a cualquier otro número de llamada de urgencia nacional existente.*

Algunos Estados miembros (Dinamarca, Finlandia, Países Bajos, Portugal, Rumania, Malta y Suecia) han introducido el 112 como su número de emergencia principal, mientras que en la mayoría de los Estados miembros, el 112 opera junto con los números de emergencia nacional<sup>49</sup>.

Las legislaciones nacionales de los países integrantes del espacio común europeo declaran «*el acceso gratuito a la atención de emergencia hospitalaria para todos*», incluidas las personas sin seguro o los no

---

<sup>48</sup> Directiva 2002/22/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO relativa al servicio universal y los derechos de los usuarios en relación con las redes y los servicios de comunicaciones electrónicas (Directiva servicio universal). Consideración Nº 12.

<sup>49</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 41.

identificados, aunque en algunos países este derecho se ejerce con sistemas de copago. El acceso a la asistencia sanitaria de emergencias universal constituye un avance indiscutible.

Por otro lado, hay que mencionar que la mayoría de los países prevén normas mínimas para los equipos asistenciales (23 de los 27 países miembros) así como un conjunto de requisitos mínimos que han de cumplir los profesionales que integran los SEM (21 de los 27 países miembros)<sup>50</sup>.

Los antecedentes políticos, financieros y estructurales influyen, como no podría ser de otro modo, en la elección realizada por los responsables políticos a la hora de establecer sistemas de emergencia:

*En ausencia de datos, cada sistema sigue evolucionando para adaptarse a los criterios que dirigen el sistema sanitario y a las necesidades y deseos percibidos de la población, en lugar de criterios basados en la evidencia<sup>51</sup>.*

En cuanto a los servicios de ambulancias, el informe WHO del 2008, las clasifica en tres tipos:

- *Ambulancia tipo A: ambulancia para el transporte de pacientes. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte de pacientes que no se espera que sean de emergencia.*
- *Ambulancia tipo B: ambulancia de emergencia. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte y el tratamiento y seguimiento básico de los pacientes.*

---

<sup>50</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 40.

<sup>51</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 41.

- *Ambulancia tipo C: unidad móvil de cuidados intensivos. Ambulancia de carretera diseñada y equipada para el transporte, tratamiento avanzado y seguimiento de los pacientes*<sup>52</sup>.

Esta clasificación del informe WHO del 2008, se introduce en España en el año 2012, con el Real Decreto 836/2012, este derogaría el anterior Real Decreto 619/1998. De esta forma, las categorías de las ambulancias pasan a ser con el nuevo Real Decreto:

1. *Ambulancias no asistenciales, que no están acondicionadas para la asistencia sanitaria en ruta. Esta categoría de ambulancias comprende las dos siguientes clases: 1.1 Ambulancias de clase A1, o convencionales, destinadas al transporte de pacientes en camilla. 1.2 Ambulancias de clase A2, o de transporte colectivo, acondicionadas para el transporte conjunto de enfermos cuyo traslado no revista carácter de urgencia, ni estén aquejados de enfermedades infecto-contagiosas.*
2. *Ambulancias asistenciales, acondicionadas para permitir asistencia técnico sanitaria en ruta. Esta categoría de ambulancias comprende las dos siguientes clases: 2.1 Ambulancias de clase B, destinadas a proporcionar soporte vital básico y atención sanitaria inicial. 2.2 Ambulancias de clase C, destinadas a proporcionar soporte vital avanzado*<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> World Health Organization (WHO) 2008, *op. cit.*, pág. 36.

<sup>53</sup> Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. BOE Núm. 137 de 8 de junio de 2012.

Para hacer el mejor uso de los recursos, se ha creado en la mayoría de países europeos un sistema de dos niveles: por un lado las unidades de primer nivel, con técnicos de emergencias médicas o enfermeras; y por otro unidades de segundo nivel o de cuidados intensivos, con médicos o profesionales de la salud altamente capacitados para realizar una amplia gama de intervenciones y procedimientos<sup>54</sup>.

### 1.6. Sistemas de Emergencias en España

La Cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencia en España, viene establecida en el Real Decreto 1030/2006.

Aquí queda explicitado que:

*La atención de urgencia se entiende como una atención integral y continua que se presta por atención primaria y especializada, y por los servicios específicamente dedicados a la atención urgente. La coordinación de los diferentes intervinientes en la atención de urgencia se realizará, a través de los teléfonos 112, 061 u otros, por los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias, que garantizarán, las 24 horas, la accesibilidad y la coordinación de los recursos disponibles para este tipo de atención. Asimismo se potenciará la coordinación de los servicios sanitarios en los planes de catástrofes y la colaboración con los servicios de urgencias y emergencias dependientes de distintas administraciones e instituciones, como Protección Civil, Cuerpos*

---

<sup>54</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 42.

*de Prevención y Extinción de Incendios, Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado u otras, en las situaciones que se precise.*

La Cartera de servicios comunes de la prestación de atención de urgencia en las distintas Comunidades Autónomas españolas, comprende:

*2.1 La atención telefónica, a través de los centros coordinadores de urgencias sanitarias, que incluye la regulación médica de la demanda asistencial asignando la respuesta más adecuada a cada urgencia sanitaria; la información y la orientación o consejo sanitario.*

*2.2 La evaluación inicial e inmediata de los pacientes para determinarlos riesgos para su salud y su vida y, en caso de ser necesaria, la clasificación de los mismos para priorizar la asistencia sanitaria que precisen.*

*La evaluación puede completarse derivando a los pacientes a un centro asistencial si fuera necesario, para la realización de las exploraciones y procedimientos diagnósticos precisos para establecer la naturaleza y el alcance del proceso y determinar las actuaciones inmediatas a seguir para atender la situación de urgencia.*

*2.3 La realización de los procedimientos diagnósticos precisos y de los procedimientos terapéuticos médico-quirúrgicos necesarios para atender adecuadamente cada situación de urgencia sanitaria.*

*2.4 La monitorización, la observación y la reevaluación de los pacientes, cuando su situación así lo requiera.*

*2.5 El transporte sanitario, terrestre, aéreo o marítimo, asistido o no asistido, según lo requiera la situación clínica de los pacientes, en los casos en que sea preciso para su adecuado traslado al centro sanitario que pueda atender de forma óptima la situación de urgencia.*

*2.6 La información y asesoramiento a los pacientes o, en su caso, acompañantes, sobre la atención prestada y las medidas a adoptar al finalizar dicha atención, de acuerdo con la legislación vigente.*

*2.7 Una vez atendida la situación de urgencia, se procederá al alta de los pacientes o a su derivación al nivel asistencial más adecuado y, cuando la gravedad de la situación así lo requiera, al internamiento hospitalario, con los informes clínicos pertinentes para garantizar la continuidad asistencial.*

*2.8 La comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en menores, ancianos y personas con discapacidad<sup>55</sup>.*

En España, el desarrollo de estos SEM por cada Comunidad Autónoma ha permitido la aparición de diferentes modelos de gestión y de organización en las diferentes Comunidades (tabla 4), para la prestación de la Cartera de servicios (tabla 3).

---

<sup>55</sup> Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización Anexo IV, «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.

Tabla 3. Cartera de Servicios de los SEM<sup>56</sup>

	Servicios propios de un SEM	SEMs que lo prestan
Centro de Coordinación	Recepción y gestión telefónica de la demanda de emergencia/urgencia	Todos
	Coordinación de los dispositivos propios y ajenos	Todos, salvo el SAMUR-Protección Civil que sólo coordina los propios
	Información telefónica para todas las situaciones de urgencias y emergencias	Todos
	Asistencia urgente personas sordas	Aragón, Castilla-La Mancha, Navarra y Andalucía
	Consulta (consejo) médica/ enfermería de urgencia	Todos, salvo el SAMUR-Protección Civil
	Vigilancia epidemiológica	Andalucía, Aragón, Canarias, Galicia, Catalunya
	Coordinación con ONT-Organización Nacional de Trasplantes	Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Catalunya, SAMUR-Protección Civil, SUMMA 112, Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha
Coordinación flujos pacientes entre hospitales y/o información camas UCI	Baleares, SUMMA 112, Catalunya	
Equipos Asistenciales	Asistencia sanitaria a las emergencias individuales y colectivas	Todos
	Asistencia en vía o dominio público	Todos
	Asistencia a domicilio	Todos, salvo el SAMUR-Protección Civil, directamente o en coordinación con dispositivos atención primaria
	Transporte sanitario primario	Todos
	Transporte secundario interhospitalario de críticos, terrestre y aéreo	Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Galicia, SUMMA 112, Murcia, Catalunya, Comunidad Valenciana, Euskadi
Otros	Campañas Preventivas o alertas (calor, gripe..)	Andalucía, Canarias, Catalunya, Cantabria, Castilla-La Mancha, Aragón, Baleares, Euskadi, Galicia, SUMMA 112, Murcia, Navarra
	Formación a la población en primeros auxilios	Andalucía, Aragón, Catalunya, Galicia, Cantabria, SAMUR-Protección Civil, SUMMA 112, Euskadi
	Traducción lingüística	Andalucía, Canarias, Catalunya, Euskadi, Madrid, Castilla-La Mancha, SAMUR-Protección Civil, (incluso en directo en la ambulancia con un software disponible en un portátil, que hace preguntas en varios idiomas (árabe, chino, rumano, etc.), SUMMA 112

<sup>56</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 51.

Tabla 4. Modelos de gestión de los Servicios de Emergencias y Urgencias Médicas en España<sup>57</sup>

MODELO DE GESTIÓN	Fundación Pública	Empresa Pública	Órgano Administrativo Consejería de Salud	Organismo autónomo adscrito a otra Consejería	Otra Institución Pública
	Galicia	Andalucía. (Dependiente de la Consejería de Salud) Canarias (Dependiente de Sanidad y Presidencia) Catalunya (dependiente de Sanidad)	Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Euskadi, La Rioja, Madrid (SUMMA 112)	Navarra (Presidencia)	SAMUR-Protección Civil (Ayuntamiento de Madrid)

Tabla 5. Tipos de acceso telefónico<sup>58</sup>

ACCESO TELEFÓNICO	112	061	Mixto
	Asturias, Castilla y León, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura, SAMUR-Protección Civil, Murcia	Andalucía (902 505 061), Aragón, Baleares, Cantabria, Galicia	Euskadi y Comunidad Valenciana (un número por cada provincia y el 112). La Rioja, SUMMA 112, Navarra (no publicitan el 061), Catalunya

Tabla 6. Regulación de la demanda<sup>59</sup>

REGULACIÓN DEMANDA (2)	Técnicos de Emergencia Sanitaria	Personal teleoperador y locutor	Mixto (secuencial)	
			Médico y/o enfermera	Mixto (secuencial)
	SAMUR-Protección Civil		Canarias, Castilla-La Mancha, Euskadi, La Rioja, Madrid (SUMMA 112), Murcia	Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Catalunya, Cantabria, Comunidad Valenciana, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Navarra

Todos los servicios han adoptado el 112 europeo, bien como el único número de atención o de forma mixta con el 061 (tabla 5). La tendencia mayoritaria en cuanto a la regulación de la demanda es la fórmula mixta de la atención por locutores en primer lugar y

<sup>57</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 56.

<sup>58</sup> *Ibid.*, pág. 56.

<sup>59</sup> *Ibid.*, pág. 56.

posteriormente, según el tipo de demanda, por el médico y/o personal de enfermería<sup>60</sup> (tabla 6).

En cuanto a la dotación de recursos humanos y materiales, se puede utilizar a modo de resumen, un estudio realizado por MARTÍN en el año 2009. Este refleja la dotación y estructura de los recursos profesionales médicos y de enfermería de los SEM y los CCU con actividad en el espacio geográfico de las Comunidades o Ciudades Autónomas españolas (SEM de Andalucía, Aragón, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Comunidad Foral de Navarra, Comunidad de Madrid, Euskadi, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, la Rioja, Murcia y el Principado de Asturias, además de las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla). En el caso de la Comunidad de Madrid, se han agrupado los datos de los dos SEM existentes (SUMMA y SAMUR). Se pueden encontrar los siguientes resultados<sup>61</sup>:

---

<sup>60</sup> BARROETA URQUIZA, J., *op. cit.*, pág. 89.

<sup>61</sup> MARTÍN REYES, D. «Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España.» *Emergencias* 26 (2014), págs. 7-12.

Tabla 7. Recursos asistenciales médicos y de enfermería de los SEM relativos al año 2009<sup>62</sup>.

Comunidad Autónoma	Médicos	Médicos por 100.000 habitantes	Enfermeros	Enfermeros por 100.000 habitantes	Total	Total por 100.000 habitantes
Andalucía	227	2,72	256	3,06	483	5,78
Aragón	72	5,43	72	5,43	144	10,86
Canarias	173	8,3	173	8,3	346	16,6
Cantabria	28	5,07	22	3,98	50	9,05
Castilla-La Mancha	200	9,79	174	8,52	374	18,31
Castilla-León	152	6,2	152	6,2	304	12,4
Cataluña	335	4,48	419	5,61	754	10,09
Ceuta	11	14	5	6,36	16	20,36
Comunidad de Madrid	363	5,68	303	4,74	666	10,42
Comunidad Foral Navarra	50	7,93	35	5,55	85	13,48
Comunidad Valenciana	235	4,61	235	4,61	470	9,22
Euskadi	89	4,1	109	5,02	198	9,12
Extremadura	90	8,16	89	8,07	179	16,23
Galicia	88	3,17	60	2,16	148	5,33
Islas Baleares	58	5,29	63	5,75	121	11,04
La Rioja	25	7,77	17	5,28	42	13,05
Melilla	5	6,84	5	6,85	10	13,7
Murcia	70	4,84	70	4,84	140	9,68
Principado de Asturias	30	2,99	30	2,99	60	5,98

<sup>62</sup> MARTÍN REYES, D., *op. cit.*, págs. 7-12.

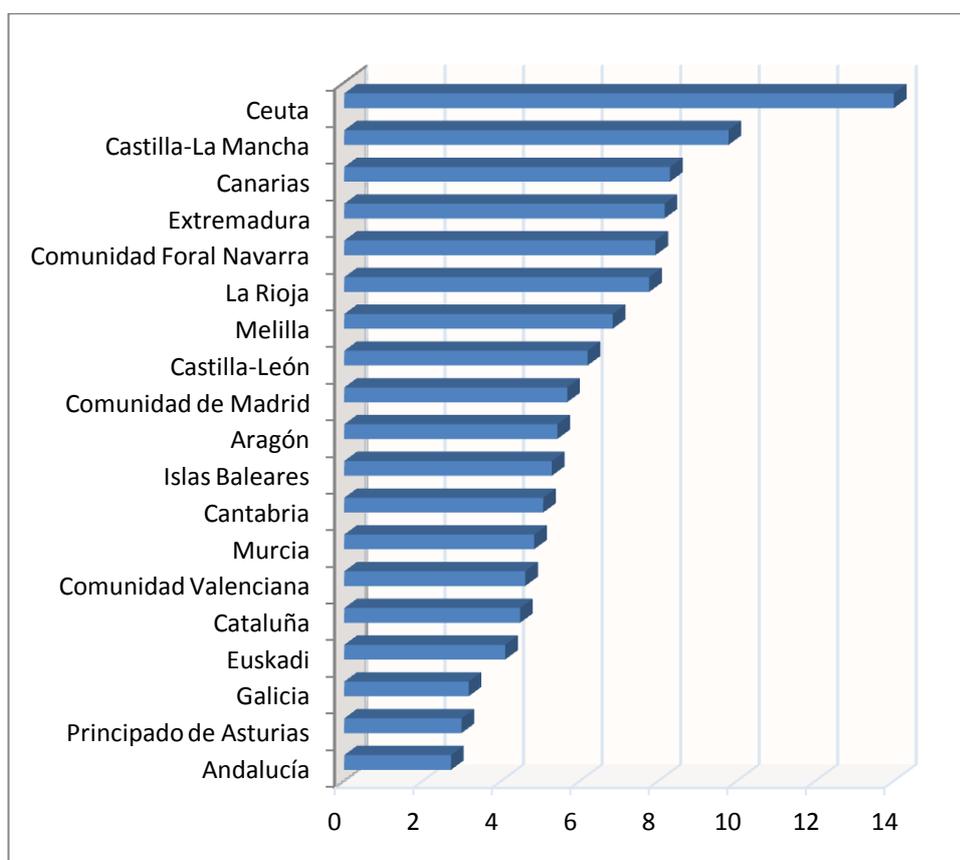


Gráfico 1. Tasas de médicos por 100.000 habitantes en los SEM de las Comunidades Autónomas<sup>63</sup>.

### 1.7. Emergencias Sanitarias de Castilla y León

Emergencias Sanitarias de Castilla y León, es un servicio asistencial de la Gerencia Regional de Salud (Sacyl) que tiene un ámbito autonómico. Su objetivo es proporcionar asistencia sanitaria a las urgencias y emergencias extrahospitalarias y coordinar los diferentes niveles asistenciales sanitarios que intervienen en la asistencia urgente.

<sup>63</sup> MARTÍN REYES, D., *op. cit.*, págs. 7-12.

Su funcionamiento es permanente, las 24 horas del día durante todo el año. La forma de acceso es a través del número de teléfono 112<sup>64</sup>.

### ***1.7.1. Estructura***

La asistencia sanitaria urgente en el ámbito extrahospitalario en Castilla y León está gestionada por la Gerencia de Emergencias Sanitarias (GES). Es una Gerencia única cuyo ámbito de actuación se extiende a toda la Comunidad Autónoma. Su creación y funcionamiento está regulada por el Decreto 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud. La GES se estructura de la siguiente manera<sup>65</sup>:

Dispositivo administrativo:

- Equipo directivo
- Técnicos Informáticos
- Personal administrativo

---

<sup>64</sup> Portal de Salud Castilla y León

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/urgencias-emergencias/emergencias-sanitarias-castilla-leon/quienes-somos> (último acceso: 20 del 1 del 2015).

<sup>65</sup> Informe anual 2014. Gerencia de Emergencias Sanitarias, págs. 15-17.

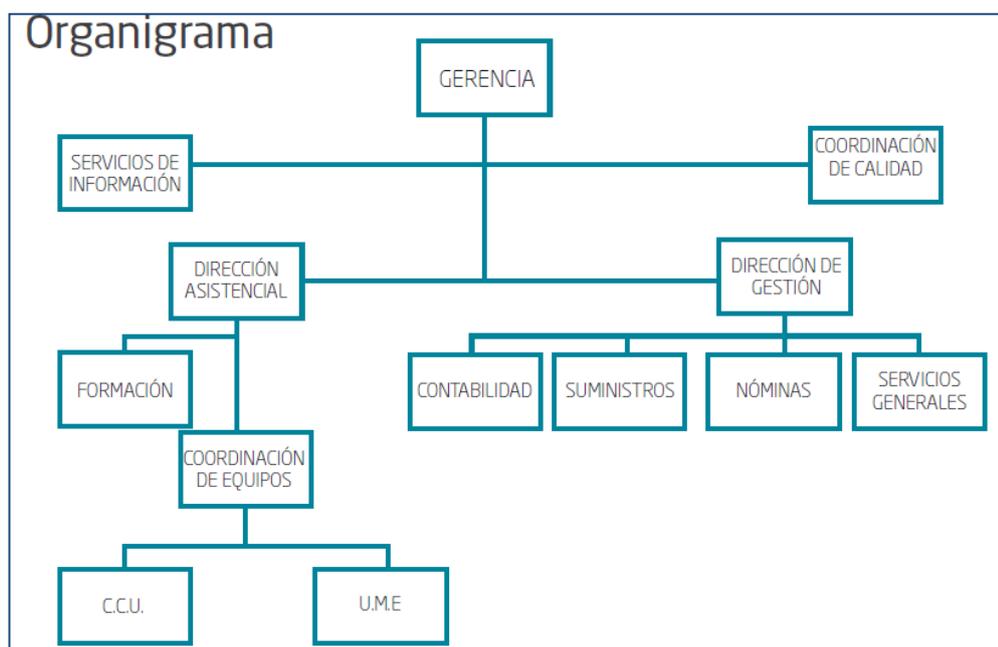


Gráfico 2. Organigrama de la GES de Sacyl<sup>66</sup>

Dispositivo asistencial:

- Centro Coordinador de Urgencias (CCU-Sacyl) único para toda la Comunidad Autónoma.
- Recursos móviles
  - 23 Unidades Móviles de Emergencias (UME)
  - 3 Helicópteros Sanitarios (HS)
  - 109 Unidades de Soporte Vital Básico (USVB)
  - 8 Ambulancias Convencionales de Urgencia (ACU)
  - 3 Vehículos de Apoyo Logístico
  - 16 UVI Traslado Interhospitalario

<sup>66</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, pág. 273.

### **1.7.2. Recursos**

#### a. Centro Coordinador de Urgencias (CCU-SACYL)

Es una Unidad formada por médicos y enfermeros reguladores y por operadores. En el CCU se reciben, clasifican y regulan las demandas de los usuarios, generando la respuesta más adecuada en función de la necesidad sanitaria identificada y de los recursos disponibles.

*Personal:*

- Jefes de Sala.
- Médicos reguladores.
- Enfermeros reguladores.
- Operadores de demanda.
- Gestores sanitarios.

*Ámbito de Actuación:* Castilla y León.

*Localización:* Valladolid.

Dotación Material:

Tabla 8. Centro Coordinador de Urgencias (CCU-SACYL)<sup>67</sup>

ESTRUCTURA FÍSICA	EQUIPAMIENTO
CCU-SACYL	<b>CENTRO COORDINADOR DE URGENCIAS</b>
LOCALIZACIÓN:	<b>PLATAFORMA INTEGRAL SÉNECA -SANITARIA</b>
VALLADOLID	<p>Gestión de incidentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•16 puestos de operación interactivos. Gestión Integrada</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Integración Cartográfica . GIS</li> <li>•Integración del módulo de localización de vehículos</li> <li>•Sistema de gestión administrativa por diferentes perfiles de usuario</li> </ul> <p>Telefonía -Grabación:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Central telefónica. PABX.ACD.CTI</li> <li>•Líneas telefónicas: 4 líneas primarias, 4 líneas RTB</li> <li>•Integración de voz y datos</li> <li>•Grabadora y reproductora de voz</li> <li>•Sistema de explotación de la información</li> <li>•Salas de Respaldo</li> </ul>

<sup>67</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág .15.

#### b. Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME)

Son los dispositivos asistenciales encargados de prestar los servicios de urgencia y emergencia por indicación del CCU. Las UME están dotadas de los medios humanos y materiales sanitarios adecuados. Se ubican en cada una de las bases del ámbito territorial de actuación de la GES.

En cada turno existe la figura del Jefe de Guardia, cuya responsabilidad es supervisar las actuaciones y actuar en situaciones conflictivas<sup>68</sup>.

#### Funciones de las UME:

- *Atención sanitaria a las urgencias y emergencias extrahospitalarias en el mismo lugar en el que se produce la enfermedad o accidente.*
- *Traslado de los pacientes que lo requieran en las adecuadas condiciones clínicas de soporte y mantenimiento hasta el Centro Sanitario.*
- *Gestionar y prestar asistencia sanitaria en los accidentes con múltiples víctimas.*
- *Formar parte de los equipos de alerta y prevención en los dispositivos de riesgo previsible<sup>69</sup>.*

*Personal por Unidad:* Médico, enfermero, conductor y técnico de transporte sanitario.

*Ámbito de Actuación:* Distribuidas por el territorio de la Comunidad según la tabla 9.

---

<sup>68</sup> Manual de Calidad. Procedimientos Operativos. Instrucciones Técnicas. Gerencia de Emergencias. Sacyl. 2003, pág. 15.

<sup>69</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág. 21.

Dotación Material:

Tabla 9. Unidades Medicalizadas de Emergencias (UME)<sup>70</sup>

ESTRUCTURA FÍSICA		EQUIPAMIENTO
UME		UNIDADES MEDICALIZADAS DE EMERGENCIAS
PROVINCIA	Nº	
<b>ÁVILA</b>	2	Monitor desfibrilador ECG de 12/15 derivaciones y marcapasos externo
<b>BURGOS</b>	4	Respirador volumétrico
<b>PALENCIA</b>	2	Bomba de perfusión
<b>LEÓN</b>	3	Collarines cervicales
<b>SALAMANCA</b>	3	Sistema de aspiración
<b>SEGOVIA</b>	1	Sistema de aporte de oxígeno fijo y portátil
<b>SORIA</b>	1	Corsé de extracción
<b>VALLADOLID</b>	4	Férula de tracción
<b>ZAMORA</b>	3	Inmovilizador de cabeza
		Dispositivos alternativos para control de la vía aérea
		Maletines de resucitación cardiopulmonar avanzada
		Colchón de vacío
		Tabla espinal larga
		Pulsioxímetro
		Capnógrafo
		Tensiómetro
		Férulas para inmovilización de extremidades
		Camilla de cuchara
		Balones resucitadores manuales: adulto -pediátrico
		Equipos de intubación de adulto -pediátrico
		Cinturón pélvico
		Detector de monóxido de carbono
<b>TOTAL UMES</b>	<b>23</b>	Sistemas de protección NBQ/EPIS (Equipos de Protección Individual)

<sup>70</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág. 15.

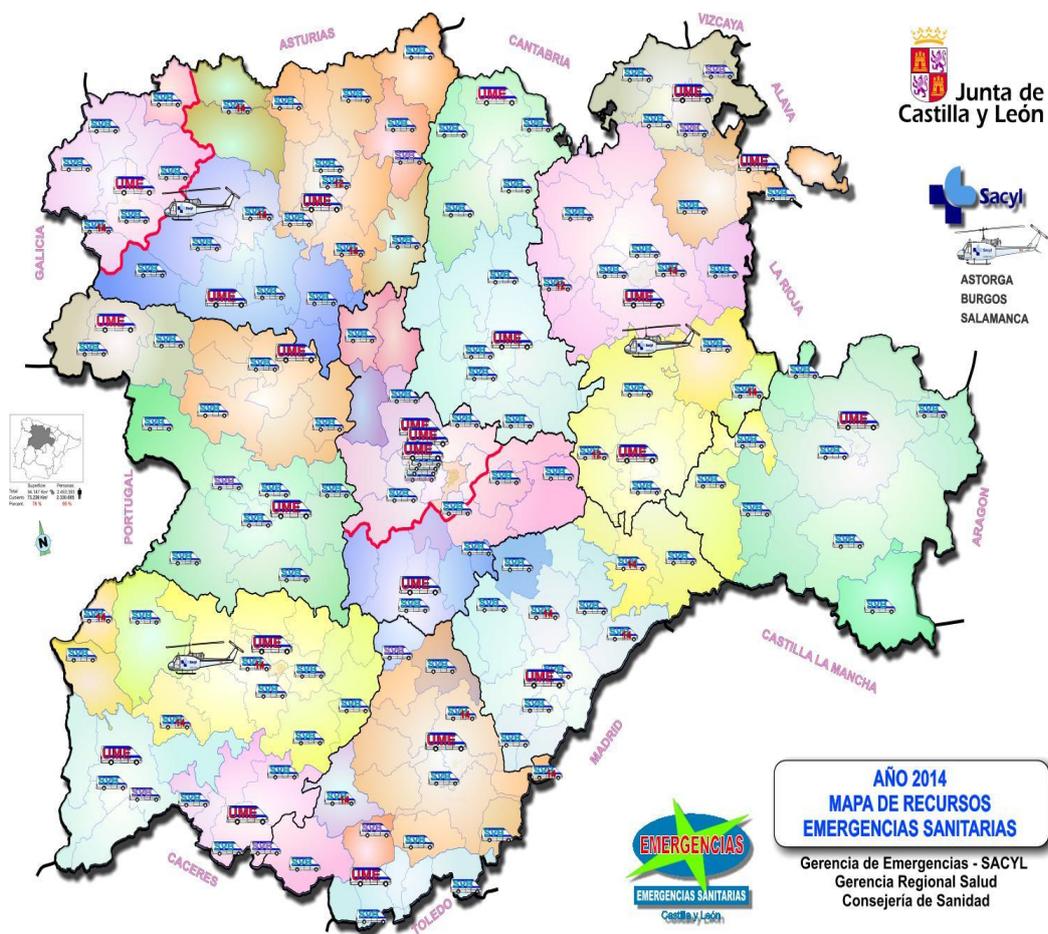


Figura 1. Mapa de recursos de Emergencias Sanitarias<sup>71</sup>

<sup>71</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág. 11.

c. Helicópteros Sanitarios

*Personal por Unidad:* Médico, enfermero, comandante piloto, copiloto y mecánico.

*Ámbito de Actuación:* Distribuido por el territorio de la Comunidad según la tabla 10.

*Dotación Material:*

Tabla 10. Helicópteros Sanitarios<sup>72</sup>

ESTRUCTURA FÍSICA		EQUIPAMIENTO
<b>HELICÓPTEROS SANITARIOS</b>		
PROVINCIA	Nº	
		Monitor desfibrilador ECG de 12/15 derivaciones y marcapasos externo
<b>BURGOS</b>	1	Respirador volumétrico
<b>ASTORGA (LEÓN)</b>	1	Bomba de perfusión
<b>SALAMANCA</b>	1	Pulsioxímetro
		Capnógrafo
		Tensiómetro
		Sistema de aspiración
		Sistema de aporte de oxígeno fijo y portátil
		Balones resucitadores manuales: adulto - pediátrico
		Equipos de intubación de adulto - pediátrico
		Dispositivos alternativos para control de la vía aérea
		Maletines de resucitación cardiopulmonar avanzada
		Colchón de vacío
		Corsé de extracción
		Férula de tracción
		Férulas para inmovilización de extremidades
		Camilla de cuchara
		Tabla espinal larga
		Collarines cervicales
		Inmovilizador de cabeza
		Detector de monóxido de carbono

<sup>72</sup> Informe anual 2014, *op.cit.*, pág. 16.

d. Unidades de Transporte Sanitario Interhospitalario (UVI-TIH)

*Personal por Unidad:* Médico, enfermero, conductor y técnico de transporte sanitario.

*Ámbito de Actuación:* Distribuido por el territorio de la Comunidad según la tabla 11.

*Dotación Material:*

Tabla 11. Unidades de Transporte Sanitario Interhospitalario (UVI-TIH)<sup>73</sup>

ESTRUCTURA FÍSICA		EQUIPAMIENTO
UVI		UNIDADES DE TRANSPORTE INTERHOSPITALARIO SECUNDARIO
<b>PROVINCIA</b>	Nº	Monitor desfibrilador ECG de 12/15 derivaciones y marcapasos externo
		•Respirador volumétrico
<b>ÁVILA</b>	1	•Bomba de perfusión
<b>BURGOS</b>	4	•Pulsioxímetro
<b>LEÓN</b>	2	•Capnógrafo
<b>PALENCIA</b>	2	•Tensiómetro
<b>SALAMANCA</b>	1	•Férula de tracción
<b>SEGOVIA</b>	1	•Férulas para inmovilización de extremidades
<b>SORIA</b>	1	•Sistema de aspiración
<b>VALLADOLID</b>	2	•Sistema de aporte de oxígeno fijo y portátil
<b>ZAMORA</b>	3	•Balones resucitadores manuales: adulto - pediátrico
		•Equipos de intubación de adulto - pediátrico
		•Dispositivos alternativos para control de la vía aérea
		•Maletines de resucitación cardiopulmonar avanzada
		•Colchón de vacío
		•Corsé de extracción
		•Cinturón pélvico
		•Detector de monóxido de carbono
		•EPIS (Equipo de Protección Individual)
		•Camilla de cuchara
		•Tabla espinal larga
		•Collarines cervicales
<b>TOTAL UVI</b>	17	•Inmovilizador de cabeza

<sup>73</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág. 16.

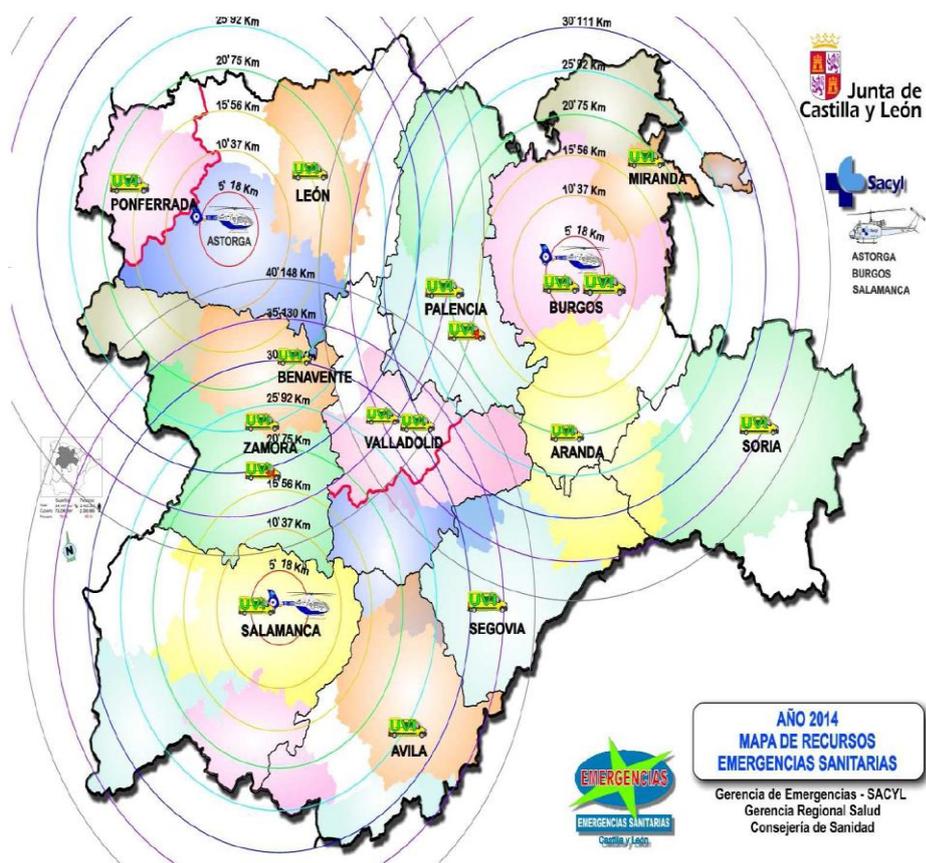


Figura 2. Cobertura geográfica de los recursos helicópteros y UVI-TIH<sup>74</sup>

<sup>74</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*, pág. 12.

e. Unidades de Soporte Vital Básico (USVB)

*Personal por Unidad:* Conductor y Técnico de Transporte Sanitario

*Ámbito de Actuación:* Distribuidas por el territorio de la Comunidad según la tabla 112

*Dotación Material:*

Tabla 12. Unidades de Soporte Vital Básico (USVB)<sup>75</sup>

ESTRUCTURA FÍSICA		EQUIPAMIENTO
UNIDADES DE SOPORTE VITAL BÁSICO		
PROVINCIA	Nº	
		Desfibrilador Semiautomático (DESA)
ÁVILA	12	Pulsioxímetro
BURGOS	17	Tensiómetro
LEÓN	22	Sistema de aporte de oxígeno fijo y portátil
PALENCIA	8	Sistema de aspiración
SALAMANCA	15	Balones resucitadores manuales: adulto - pediátrico
SEGOVIA	10	Maletines de resucitación cardiopulmonar básica
SORIA	8	Colchón de vacío
VALLADOLID	14	Corsé de extracción
ZAMORA	11	Férula de tracción
		Férulas para inmovilización de extremidades
		Camilla de cuchara
		Tabla espinal larga
		Collarines cervicales
		Inmovilizador de cabeza
		Detector de monóxido de carbono
<b>TOTAL USVB</b>	<b>117</b>	<b>EPIS ( Equipo de Protección Individual)</b>

<sup>75</sup> Informe anual 2014, *op. cit.*,pág. 16

Tabla 13. Población de referencia de las Unidades Medicalizadas de Emergencias<sup>76</sup>

UME	Población Total Área	Población de Referencia	%
1) ARENAS DE SAN PEDRO (ÁVILA)	156.029	30.745	19,70%
2) ÁVILA		98.583	63,20%
3) ARANDA DE DUERO (BURGOS)	357.825	71.472	20,00%
4) BURGOS		226.851	63,40%
5) MEDINA DE POMAR (BURGOS)		21.608	6,00%
6) MIRANDA DE EBRO (BURGOS)		50.973	14,20%
7) ASTORGA-LA BAÑEZA (LEÓN)	319.897	79.839	25,00%
8) LEÓN		240.058	75,00%
9) PONFERRADA (LEÓN)	137.685	137.685	100,00%
10) CERVERA DE PISUERGA (PALENCIA)	159.417	32.786	20,60%
11) PALENCIA		126.631	79,40%
12) BÉJAR (SALAMANCA)	332.345	43.430	13,10%
13) CIUDAD RODRIGO (SALAMANCA)		24.374	7,30%
14) SALAMANCA		273.836	82,40%
15) SEGOVIA	147.409	138.487	93,90%
16) SORIA	88.723	84.566	95,30%
17) MEDINA DEL CAMPO (VALLADOLID)	521.436	72.496	13,90%
18) VALLADOLID I		168.297	32,30%
19) VALLADOLID II		144.531	27,70%
20) VALLADOLID III		153.518	29,40%
21) BENAVENTE (ZAMORA)	173.221	46.837	27,00%
22) PUEBLA DE SANABRIA (ZAMORA)		7.549	4,40%
23) ZAMORA		118.835	68,60%
<b>TOTAL CASTILLA Y LEÓN</b>	<b>2.393.987</b>	<b>2.393.987</b>	<b>100,00%</b>

<sup>76</sup> Informe anual 2014. *op.cit.*, pág. 4.

### 1.7.3. Cartera de Servicios de Emergencias Sanitarias Sacyl

La Cartera de servicios de Emergencias Sanitarias de Castilla y León comprende las siguientes prestaciones<sup>77</sup>:

- Dar respuesta a las llamadas de demanda sanitaria y prestar asistencia a las urgencias y emergencias de Castilla y León.
- Consultoría telefónica de problemas urgentes a cargo de los médicos especialistas del CCU.
- Asistencia médica urgente «*in situ*» en el ámbito extrahospitalario con el SVA y traslado al centro sanitario si fuera preciso.
- Atención y traslado urgente en Unidades de SVB desde el medio extrahospitalario hasta el centro sanitario más adecuado a la urgencia.
- Derivación para ser atendidos en otros niveles asistenciales: Atención Primaria y Atención Especializada.
- Actuación en situaciones de riesgo previsible.
- Coordinación de recursos sanitarios y asistencia especializada en accidentes múltiples víctimas y catástrofes.
- Ofrecer información sanitaria en relación con los programas especiales puestos en funcionamiento por la Gerencia Regional de Salud. Estos programas se atienden a través de la línea 900.
  - Atención a la gripe estacional.
  - Asistencia al Peregrino del Camino de Santiago.

---

<sup>77</sup> Portal de Salud Castilla y León,

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/urgencias-emergencias/emergencias-sanitarias-castilla-leon/ofrecemos> (último acceso: 15 del 9 del 2015).

- Información del nivel de concentración de polen para pacientes alérgicos.
- Consulta pediátrica.
- Otros servicios:
  - Gestión de los traslados secundarios o íterhospitalarios.
  - Gestión de las alertas epidemiológicas.
  - Gestión de los traslados involuntarios.
  - Código Ictus.
  - Código Gran Quemado.
  - Código Infarto.

#### 1.7.4. Tipo de Patología Atendida por las UME

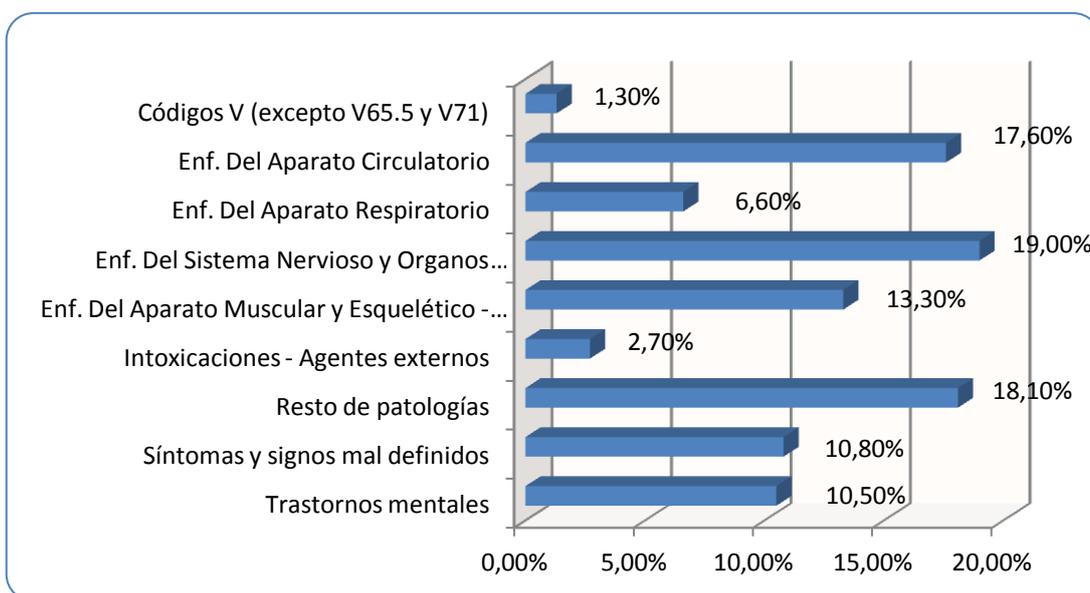


Gráfico 3 Tipos de patologías atendidas por las UME<sup>78</sup>

<sup>78</sup> Informe anual 2014. *op.cit.*, pág. 35.

En el gráfico 3, observamos que los mayores porcentajes existentes se reparten en tres entidades: las enfermedades del sistema nervioso y órganos sensoriales, las enfermedades del aparato circulatorio y un apartado que engloba «*resto de patologías*». En este último punto se incluyen entre otras, las patologías del aparato digestivo, las patologías del sistema endocrino, las enfermedades infecciosas, etc.

#### a. Enfermedades del sistema nervioso

Dentro de las enfermedades de sistema nervioso atendidas por las UME, nos encontramos, entre otros, con las siguientes patologías: ACV, crisis convulsiva, coma, agitación psicomotriz, síncope, vértigo, cefalea y otras urgencias neurológicas.

La enfermedad llamada ACV, consiste en una aparición brusca de un déficit neurológico encefálico focal, causado por una enfermedad vascular. Es la enfermedad neurológica más frecuente, con una incidencia de 200 casos/100.000 habitantes/año, y una prevalencia de 600 casos/100.000 habitantes. Representa la primera causa de invalidez y la tercera de fallecimiento<sup>79</sup>. Para su atención existen varios protocolos de actuación, a través de lo que se denomina «*Código Ictus*», con la colaboración de la atención extrahospitalaria y los diversos Complejos Hospitalarios de Castilla y León que poseen Unidades de Ictus. El «*Código Ictus*» es un procedimiento de actuación basado en el reconocimiento precoz de los síntomas y signos de un ACV de posible

---

<sup>79</sup> JIMÉNEZ MURILLO, L. «Agitación psicomotriz.» En *Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación*. Barcelona: Elsevier, 2015, pág. 387.

etiología isquémica, priorización de los cuidados precisos y traslado inmediato a un centro hospitalario, para facilitar la terapia de repercusión para aquellos pacientes que se puedan beneficiar de esta terapia<sup>80</sup>

#### b. Enfermedades del aparato circulatorio

Las enfermedades del aparato circulatorio se pueden presentar como: cardiopatía isquémica, arritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca, edema agudo de pulmón cardiogénico, urgencias y emergencias hipertensivas, entre otros. Las urgencias cardiovasculares, también se pueden mostrar como parada cardiorrespiratoria (PCR) en forma de muerte súbita cardíaca.

La cardiopatía isquémica se puede manifestar en forma de angina de pecho estable, síndrome coronario agudo (SCA) y muerte súbita cardíaca. El SCA se puede clasificar en: Síndrome Coronario Agudo con elevación persistente del segmento ST (SCACEST) y el Síndrome Coronario Agudo sin elevación del ST (SCASEST).

El SCA constituye para la European Resuscitation Council (ERC), uno de los 5 procesos en los que la atención sanitaria en la primera hora es determinante en su pronóstico<sup>81</sup>.

El SCACEST representa uno de los principales problemas de salud pública y una de las principales causas de mortalidad en Europa, en España y en nuestra población de Castilla y León. Según datos del

---

<sup>80</sup> JIMÉNEZ MURILLO, L., *op. cit.*, pág. 387.

<sup>81</sup> Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Junta de Castilla y León. 2007, pág. 43.

Instituto Nacional de Estadística, en 2013 (últimos datos disponibles), en Castilla y León se produjeron 27.507 defunciones. De este total de defunciones, 8.290 fueron por enfermedades del sistema circulatorio, lo que supone un 30,13% del total, y de ellas 1.138 fueron causadas directamente por infarto agudo de miocardio, es decir, un 4,13% del total<sup>82</sup>.

Existe un protocolo de actuación conjunto, tanto en el ámbito prehospitalario, como en los diferentes Complejos Hospitalarios de Castilla y León, llamado «*Código Infarto*» para asegurar la atención urgente, así como el tratamiento adecuado, incluyendo aplicación precoz de las estrategias de reperusión<sup>83</sup>.

La PCR es la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea<sup>84</sup>, su causa puede ser entre otras la muerte súbita cardiaca, esta tiene un gran protagonismo en la atención prehospitalaria. La fibrilación ventricular (FV) es la principal arritmia responsable de la muerte extrahospitalaria. Hasta un 85% de los episodios de FV pueden revertirse

---

<sup>82</sup> Estadística de Castilla y León.

[http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/\\_/\\_/](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/_/_/)  
(último acceso: 15 de 9 de 2015).

<sup>83</sup> *Estrategia de Reperusión del IAMCEST en Castilla y León. Código Infarto. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. 2014.*

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/codigo-infarto-castilla-leon>. (último acceso: 15 de 9 de 2015).

<sup>84</sup> The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015.

<http://www.cprguidelines.eu/>. (último acceso: 15 de 9 de 2015).

con una simple desfibrilación precoz, aumentando las posibilidades de supervivencia, son prácticamente nulas cuando se aplica la desfibrilación con un retraso superior a los 10 minutos<sup>85</sup>.

El comité ILCOR (*The International Liaison Committee on Resuscitation*) fue fundado en 1922. La función de este comité es identificar y examinar los conocimientos relevantes para la reanimación cardiopulmonar (RCP) y la atención cardiovascular de emergencia, así como, buscar un consenso en las recomendaciones de tratamiento; y esto lo hace cada 5 años.

Las últimas recomendaciones para el manejo de la (RCP) y la atención cardiovascular de emergencia de la ERC<sup>86</sup> y la AHA<sup>87</sup> son del 2015, según consenso ILCOR 2015.

Actualmente el ILCOR está formado por las siguientes instituciones:

- *American Heart Association (AHA).*
- *The European Resuscitation Council (ERC).*
- *The Australian and New Zealand Committee on Resuscitation (ANZCOR).*
- *The Resuscitation Council of Southern Africa (RCSA).*
- *The American Heart Foundation (IAHF).*
- *The Resuscitation Council of Asia (RCA).*

---

<sup>85</sup> MERCHACA ANDUAGA, M.A., *op. cit.*, pág. 35.

<sup>86</sup> MONSIEURS, K. G. «European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015» *Resuscitation* 95 (2015), págs. 1-59.

<sup>87</sup> LINK, M.S. «European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015., Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2015» *American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation* 132 (noviembre 2015), págs. 444-82.

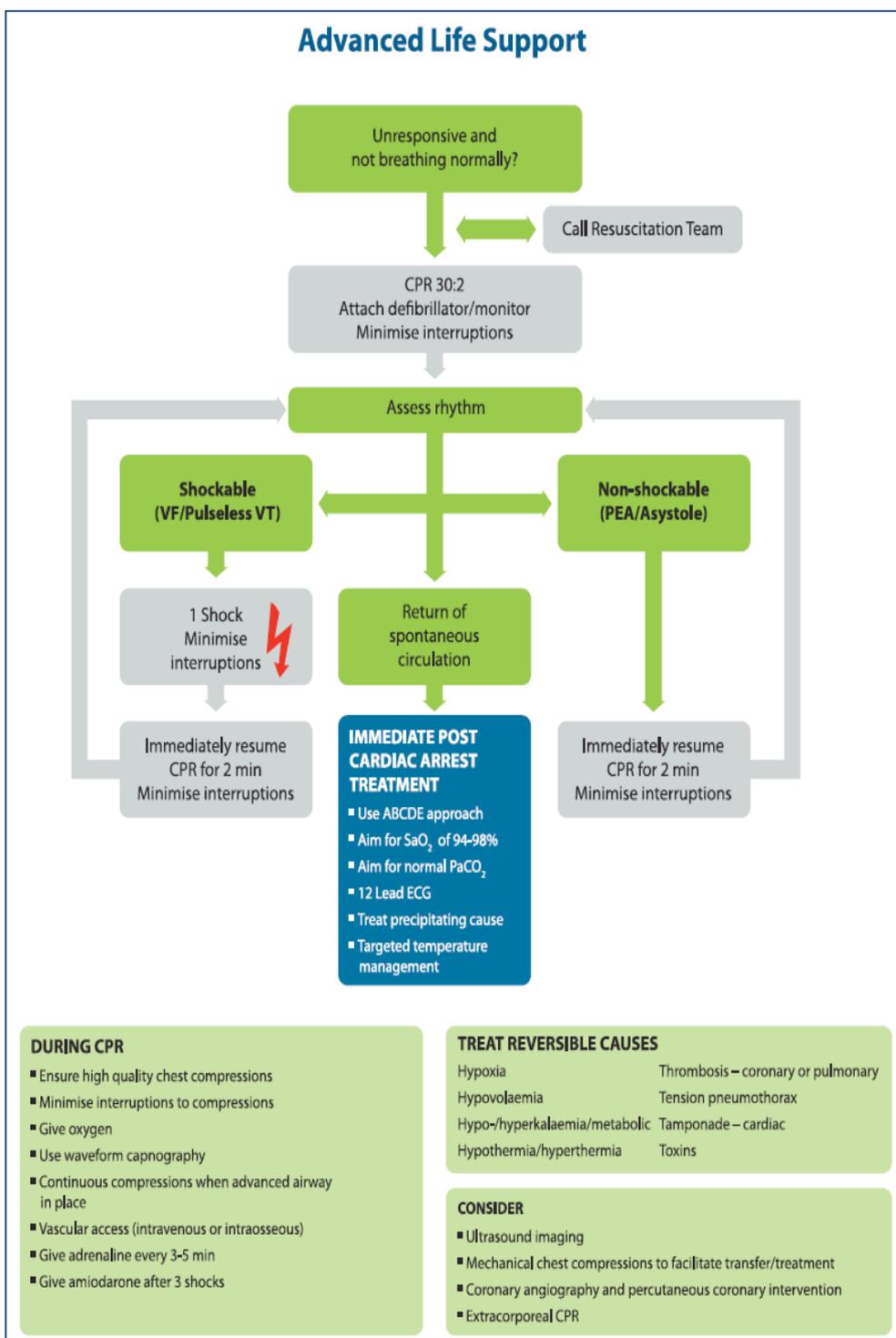


Figura 3. Algoritmo Reanimación Cardiopulmonar 2015 de PCR en adulto<sup>88</sup>

<sup>88</sup> MONSIEURS, K. G., *op. cit.*, pág. 18.

Es fundamental proporcionar una desfibrilación precoz «*in situ*» y para ello se debe activar la «*cadena de socorro*» (figuras 4 y 5).



Figura 4. Cadena de socorro AHA 2015<sup>89</sup>

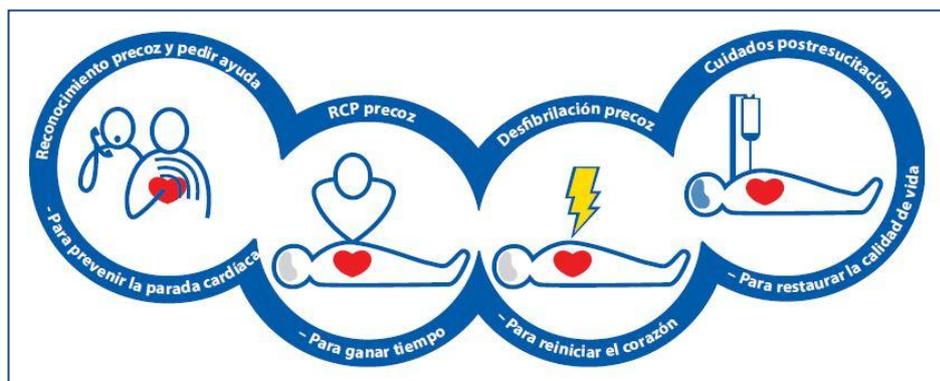


Figura 5. Cadena de socorro ERC 2015

<sup>89</sup> MANCINI, M.E. «Ethical Issues» *American Heart Association Guidelines Update fro Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation*, nº 132 (2015), pág. 398.

### c. Trauma grave o Politraumatizado

Otro ámbito actuación en emergencias, e importante problema de salud pública, es la atención al paciente con trauma grave o politraumatizado.

Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente de accidentes durante la vida activa. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, en 2013 (últimos datos disponibles), en Castilla y León se produjeron 132 defunciones por accidentes de tráfico por vehículos de motor. Ha habido una reducción importante de la mortalidad en estos últimos años, ya que en el 2000 se dieron un total de 444 defunciones por accidentes de tráfico por vehículos de motor<sup>90</sup>.

La atención al paciente traumatizado grave o politraumatizado se va a basar en una metodología ordenada y estructurada, siguiendo las pautas internacionales del Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos por medio del ATLS (*Advanced Trauma Life Support*)<sup>91</sup>. La metodología que se transmite a través del ATLS y PHTLS (*Prehospital Trauma Life Support*) se basa en unos principios fundamentales, que consisten en una rápida evaluación para detectar las lesiones con compromiso vital del paciente (compromiso de vía aérea, insuficiencia

---

<sup>90</sup> *Estadística de Castilla y León*. 2000.

[http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284209638361/1/\\_/\\_](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284209638361/1/_/_)  
(último acceso: 10 de 9 de 2015).

<sup>91</sup> «Visión general del curso. Propósito, Historia y Conceptos del programa ATLS.» En *Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma® para Médicos.ATLS®*, de Comité de Trauma Colegio Americano de Cirujanos. Chicago, 2008, pág. 17.

respiratoria aguda, hemorragias graves y traumatismo craneoencefálico grave), priorizando las más importantes para intentar resolverlas de forma progresiva y eficiente. Su diseño está orientado tanto para la atención hospitalaria como prehospitalaria con las convenientes adaptaciones, fundamentalmente relacionadas con la diferencia de medios y personal. Esta forma de actuación se divide en dos procesos principales: valoración primaria y valoración secundaria.

#### *Advanced Trauma Life Support - ATLS*

- Valoración primaria: ABCDE
  - *A irway* / Control de vía aérea e inmovilización de columna cervical.
  - *B reathing* / Evaluación y control de la ventilación y respiración.
  - *C irculation* / Evaluación de la circulación y control de hemorragias externas.
  - *D isability* / Evaluación neurológica.
  - *E xposure* / Exposición del paciente.
- Valoración secundaria: historia clínica, examen físico y pruebas complementarias. Esta valoración no ha de realizarse hasta que no se haya completado la valoración inicial y el paciente esté estable. Su realización no debe suponer un retraso en el traslado del paciente.<sup>92 , 93</sup>

---

<sup>92</sup> Colegio Americano de Cirujanos, *op. cit.*, págs. 2-19.

<sup>93</sup> Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias, *op. cit.*, págs. 231-239.

## **2. Encuadre Legal de la Medicina de Emergencias**

### **2.1. Relaciones Clínico-Asistenciales**

El Comité de Expertos en Problemas Legales del Consejo de Europa define la actividad médica, como:

*Todo tipo de tratamiento, intervención o examen con fines diagnósticos, profilácticos, terapéuticos o de rehabilitación llevados a cabo por un médico o bajo su responsabilidad.*

Por tanto, todo acto médico está constituido por un conjunto ordenado de actuaciones profesionales encaminadas hacia la consecución de un fin objetivo que promocióne o restituya la salud del paciente.

Para ROMEO CASABONA, el tratamiento médico se puede considerar como:

*Toda actividad profesional del médico dirigida a diagnosticar, curar o aliviar una enfermedad, a preservar, directa o indirectamente la salud o a mejorar el aspecto estético de una persona<sup>94</sup>.*

#### **2.1.1. Declaraciones y Convenios Internacionales**

Las relaciones clínico-asistenciales han tenido, desde antiguo, mucho interés tanto a nivel supranacional, por las Organizaciones Internacionales, como en la legislación interna de nuestro país.

---

<sup>94</sup> ROMEO CASABONA, C. «La actividad curativa.» En *El médico y el Derecho Penal*. Barcelona: Bosch, 1981, pág. 12.

Las más importantes declaraciones y convenios internacionales que han existido, en cuanto a las relaciones clínico-asistenciales, son las siguientes:

- La Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948<sup>95</sup>.
- El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, de 4 de noviembre de 1950<sup>96</sup>.
- La Carta Social Europea, de 18 de octubre de 1961<sup>97</sup>.
- El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 16 de diciembre de 1966<sup>98</sup>.
- El Convenio europeo de 28 de enero de 1981, ratificado por España el 24 de enero de 1984, relativo a la protección de las personas con respecto al tratamiento automatizado de datos de

---

<sup>95</sup> *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <http://www.un.org/es/documents/udhr/> (último acceso: 12 de 4 de 2015).

<sup>96</sup> *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales*. [http://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_SPA.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf) (último acceso: 12 de 4 de 2015).

<sup>97</sup> *Carta Social Europea*. <https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Spanish.pdf> (último acceso: 12 de 4 de 2015).

<sup>98</sup> *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx> (último acceso: 14 de 4 de 2015).

carácter personal<sup>99</sup>, su objetivo, de acuerdo a su artículo 10, es garantizar a cualquier persona física, sean cuales fuesen su nacionalidad o residencia, el respeto de sus derechos y libertades fundamentales, concretamente su derecho a la vida privada, con respecto al tratamiento automatizado de datos de carácter personal correspondientes a dicha persona. Entre los datos especialmente protegidos están aquellos referidos a la salud.

- La Convención sobre los Derechos del Niño de 20 de noviembre de 1989<sup>100</sup>.
- La Directiva Comunitaria de 1995 permite que la captura de datos sanitarios de manera leal y lícita para fines determinados, no sea incompatible con el tratamiento posterior con fines históricos, estadísticos o científicos<sup>101</sup>.
- El Convenio del Consejo de Europa 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 4 de abril de 1997 vigente en España desde primeros de enero de 2000 (Convenio de

---

<sup>99</sup> *Convenio de 28 de enero de 1981.*

[http://www.agpd.es/portalwebAGPD/internacional/textosynormas/textos\\_consejo\\_europa/common/PDFs/B.28-cp--CONVENIO-N-1o--108-DEL-CONSEJO-DE-EUROPA.pdf](http://www.agpd.es/portalwebAGPD/internacional/textosynormas/textos_consejo_europa/common/PDFs/B.28-cp--CONVENIO-N-1o--108-DEL-CONSEJO-DE-EUROPA.pdf) (último acceso: 15 de 4 de 2015).

<sup>100</sup> Convención sobre los derechos del niño.

[https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf). (último acceso: 15 de 4 de 2015).

<sup>101</sup> Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/?uri=URISERV%3A114012>. (último acceso: 15 de 4 de 2015).

Oviedo)<sup>102</sup>. En este Convenio se plantea la necesidad del reconocimiento de los derechos de los pacientes, tales como: el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas, con el ánimo de que exista una armonización de las legislaciones de los diversos países en estas materias. Este Convenio constituye un precedente de 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 (LAP)<sup>103</sup>.

### *2.1.2. Legislación nacional*

Nuestra Constitución de 1978, ha sido una de las primeras Cartas Magnas, que han constitucionalizado los derechos de los pacientes.

Dentro del catálogo de tales Derechos, más o menos implicados en el ámbito sanitario, según el orden numérico constitucional sería el siguiente:

1. Derecho a la igualdad ante la ley, sin que pueda existir discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión,

---

<sup>102</sup> Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999.

<sup>103</sup> 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. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.

opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social (art. 14).

2. Derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15).
3. Derecho a la libertad ideológica, religiosa y de culto (art. 16.1).
4. Derecho a la libertad y seguridad (art. 17.1).
5. Derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen, con la limitación por la ley del uso de la informática (art. 18.1 y 18.4).
6. Derecho al secreto de las comunicaciones (art. 18.3).
7. Derecho a la información (art. 20.1).
8. Derecho a la protección de la salud (art. 43).
9. Derecho a la organización y tutela de la salud pública por los poderes públicos (art. 43.2), con especial consideración de los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos (art. 49), de los ciudadanos durante la tercera edad (art. 50) y de los consumidores y usuarios (art. 51.1).
10. Derecho a la educación sanitaria y educación física (art. 43.3).

El epicentro constitucional en la regulación de los derechos de los pacientes en las relaciones clínico-asistenciales, en el ordenamiento jurídico español, lo constituye la protección del derecho a la salud, reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española<sup>104</sup> que fue objeto

---

<sup>104</sup> Artículo 43. Constitución española. Título primero. Sección segunda. Capítulo tercero. «BOE» núm. 311, de 29 de diciembre de 1978.

de una regulación básica, en el ámbito del Estado, a través de la Ley General de Sanidad de 1986<sup>105</sup>.

La Ley General de Sanidad en su artículo 10, establece un catálogo de derechos sanitarios con carácter de normativa básica aplicable en todo el territorio nacional. De esta manera, se pretende enfatizar en los derechos de los pacientes, destacando la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, respetando la dignidad de las personas y la dignidad individual, declarando que la organización sanitaria debe permitir garantizar la protección de la salud, como derecho inalienable de la población mediante la estructura del Sistema Nacional de Salud, asegurándose el respeto a la intimidad personal y a la libertad individual del paciente, garantizando la confidencialidad de la información relacionada con los servicios sanitarios que se prestan, y sin ningún tipo de discriminación.

La Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal<sup>106</sup>, garantiza y protege, aquellos aspectos concernientes al tratamiento de los datos personales, con especial protección a los datos referentes a la salud, la intimidad personal y familiar.

La LAP viene a completar las previsiones en materia de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y

---

<sup>105</sup> Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986.

<sup>106</sup> Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. «BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.

documentación clínica, contenidas tanto en la Ley General de Sanidad, como en la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal.

De esta forma, la LAP, fortalece el derecho a la autonomía del paciente, realizando también una regulación sobre instrucciones previas o voluntades anticipadas. Esta, se efectúa, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio de Oviedo sobre los derechos humanos y la biomedicina, de 1997, respecto a los deseos de los pacientes expresados con anterioridad, los cuales se hallan regulados en dicho Convenio dentro del capítulo dedicado al consentimiento. Por otro lado, la LAP trata en profundidad todo lo referente a la documentación clínica generada en los centros asistenciales, subrayando especialmente la consideración y la concreción de los derechos de los pacientes en este aspecto.

### ***2.1.3. Leyes autonómicas:***

En el ámbito de Castilla y León, la carta de derechos de la Ley General de Sanidad de 1986, encontró acogida en el Título I de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario<sup>107</sup>.

Posteriormente, la Ley 8/2003 de derechos y deberes de las personas en relación a la salud<sup>108</sup>, de las Cortes de Castilla y León, tiene como objetivo promover el cumplimiento de los derechos y deberes en relación con la salud reconocidos y establecidos en la Constitución, en los Tratados y

---

<sup>107</sup> Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. «BOE» núm. 124 de 25 mayo de 1993.

<sup>108</sup> Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. . «BOE» núm. 103, de 30 de abril 2003.

acuerdos internacionales ratificados por el Estado español y en las restantes normas del Ordenamiento Jurídico, determinar los criterios generales para su mayor eficacia y establecer el marco de las medidas administrativas dirigidas a su mejor protección y garantía.

Cabe reseñar que dado el carácter de legislación básica que tiene la LAP, las disposiciones autonómicas, que pudieran contradecir los preceptos de la misma, habrán de entenderse sin efecto desde la entrada en vigor de aquella.

#### *2.1.4. Lex artis*

El concepto de *lex artis ad hoc* es una construcción jurisprudencial que se ha ido perfilando en varias sentencias a lo largo de los años. La que mayor significación posee es quizás la del Tribunal Supremo de fecha 11 de marzo de 1991, que en su Fundamento Jurídico (FJ) tercero, la define como:

*[...] aquel criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina - ciencia o arte médico que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del paciente y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos -estado e intervención del enfermo, de sus familiares, o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida (derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios*

*prestados, y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado) [...]»<sup>109</sup>.*

En la práctica, la *lex artis* (literalmente ley del arte, en este caso del arte médico) se puede considerar como un concepto jurídico indeterminado, ya que, se exige una actitud concreta del profesional sanitario cuya corrección o no, dependerá de haber actuado conforme a los protocolos y normas de actuación de cada especialidad, normas que son cambiantes conforme al avance de la Medicina y a los descubrimientos científicos<sup>110</sup>.

También, se suele entender por *lex artis*, el conjunto de reglas o principios que disciplinan el correcto ejercicio de cualquier arte u oficio, o, si se quiere, la observancia de las reglas propias de la profesión. Cuando se emplea la expresión *lex artis* añadiéndole el calificativo de *ad hoc*, se alude al hecho de la observancia de las reglas propias de la profesión con arreglo a las circunstancias específicas de cada caso<sup>111</sup>.

Según GIMÉNEZ-CANDELA, la *lex artis* está constituida por lo siguiente:

---

<sup>109</sup> STS 13345/1991 de 11 de marzo de 1991. Ponente Luis Martínez-Calcerrada y Gómez.

<sup>110</sup> VÁZQUEZ LÓPEZ, J.E. «La “Lex Artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea) .» *Cuadernos Medicina Forense* 16, nº 3 (2010), págs.179-182.

<sup>111</sup> GIMÉNEZ-CANDELA, T. «"Lex artis y responsabilidad médico-sanitaria: una perspectiva actualizada" .» *Revista de Derecho Patrimonia*, nº 17 (2006), pág. 70.

1º suma de conocimientos de la especialidad del médico; 2º estado de los conocimientos científicos o técnicos en el nivel más avanzado de las investigaciones; 3º pautas de actuación del profesional médico sanitario; 4º suma de obligaciones que deben cumplirse por el médico en su calificada actividad de medios; 5º traslación del concepto de diligencia contenido en el art. 1104 CC ; 6º elemento integrador del deber de información del facultativo; 7º presupuesto del consentimiento informado<sup>112</sup>.

Otras formas de definir la *lex artis* son:

- *Criterio valorativo de la corrección del concreto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina, que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto y, en su caso, de la influencia en otros factores endógenos, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida*<sup>113</sup>.
- El conjunto de saberes acumulados en cada actividad profesional médica, a través de los que se define el modo usual y comprobado de realizar las actividades relativas a dicha profesión<sup>114</sup>.

Se debe hacer notar que, no existiría una única *lex artis* en el ámbito sanitario, sino que habría tantas como diversas sub-especializaciones

---

<sup>112</sup> GIMÉNEZ-CANDELA, T., *op. cit.*, págs. 68-69.

<sup>113</sup> .LLAMAS POMBO, E. «La llamada culpa médica: Doctrina general y especialidades problemáticas.» *Estudios jurídicos. Ministerio Fiscal*, nº 2 (2002), pág. 507.

<sup>114</sup> .MACÍA MORILLO, A. *La responsabilidad médica por los diagnósticos preconceptivos y prenatales (las llamadas acciones de wrongful birth y wrongful life)*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2005, pág. 221.

médicas existan, de esta forma, para determinar la diligencia o negligencia de un determinado facultativo será necesaria previamente la remisión de este a un determinado grupo profesional<sup>115</sup>; Cada grupo ha de regirse por su propia normativa y procedimientos de actuación, lo cual implica que cada profesional adecuará su comportamiento al parámetro de conducta específico de su grupo, no estando obligado a dominar técnicas o saberes ajenos a este. De esta forma, manifiesta LLAMAS que:

*La especialización plantea en materia de responsabilidad no pocos problemas, en primer lugar porque dicha responsabilidad se agrava cuanto mayor sea el grado de especialización, ya que el elemento de comparación empleado para su determinación varía entre el médico general y el especialista de igual forma que variaba entre el buen padre de familia y el médico<sup>116</sup>.*

De la misma forma, tampoco se le podrá exigir responsabilidad al médico en aquellos supuestos en que, no existiendo unanimidad en la doctrina científica en un tratamiento concreto para tratar cierta patología, el facultativo opte por uno realizándolo con un proceder técnico correcto, previa obtención del consentimiento informado del paciente<sup>117</sup>.

A modo de compilación, la anteriormente mencionada STS de 11 de marzo de 1991, en su FJ tercero, expone las características de la denominada *lex artis ad hoc*:

---

<sup>115</sup> MACÍA MORILLO, A., *op. cit.*, pág. 221.

<sup>116</sup> LLAMAS POMBO, E., *op. cit.*, pág. 517.

<sup>117</sup> GALÁN CORTÉS, J.C. *Responsabilidad civil médica*. 2ª Ed., Cizur Menor. Civitas, 2005, pág. 116.

1) Como tal "lex" implica una regla de medición de una conducta, a tenor de unos baremos, que valoran la citada conducta; 2) Objetivo: valorar la corrección o no del resultado de dicha conducta, o su conformidad con la técnica normal requerida, o sea, que esa actuación médica sea adecuada o se corresponda con la generalidad de conductas profesionales ante casos análogos; 3) Técnica: los principios o normas de la profesión médica en cuanto ciencia se proyectan al exterior a través de una técnica y según el arte personal de su autor o profesionalidad: el autor o afectado por la "lex" es un profesional de la medicina; 4) El objeto sobre que recae: especie de acto (clase de intervención, medios asistenciales, estado del enfermo, gravedad o no, dificultad de ejecución); 5) Concreción de cada acto médico o presupuesto "ad hoc" : tal vez sea éste el aporte que individualiza a dicha "lex artis": así como en toda profesión rige una "lex artis" que condiciona la corrección de su ejercicio, en la médica esa "lex", aunque tenga un sentido general, responde a las peculiaridades de cada acto, en donde influirán en un sentido u otro los factores antes vistos[...]<sup>118</sup>.

ALONSO<sup>119</sup>, atendiendo a la anterior STS de 11 de Marzo de 1991, dice que se pueden destacar como aspectos más relevantes de la denominada *lex artis ad hoc*, los siguientes:

---

<sup>118</sup> STS 13345/1991 de 11 de marzo de 1991. Ponente: Luis Martínez-Calcerrada y Gómez.

<sup>119</sup> ALONSO PÉREZ, M. *La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (En torno a la "lex artis") Perfiles de responsabilidad civil del nuevo milenio*. Madrid: Dykinson, 2000, págs. 38-47.

*A) Dentro de las múltiples ramas de la medicina cabe distinguir a la llamada ciencia médica, la cual se configura como aquella que se dedica al estudio no sólo de las enfermedades o patologías en general, sino que también del arte o técnica médica que consiste en la directa aplicación al paciente de los conocimientos médicos adquiridos. De esta forma la lex artis ad hoc exigirá no sólo el conocimiento de la patología, sino que también una prudente aplicación de ese saber frente al paciente que padece de una determinada enfermedad. En este sentido, bien se ha apuntado que para la determinación del correcto ejercicio de la lex artis ad hoc, además del empleo de la correcta técnica, se deberán tener en cuenta aquellos factores extra-médicos con los cuales contaba el facultativo al momento de realizar la respectiva intervención.*

*B) La lex artis ad hoc no obedece a criterios universales susceptibles de ser aplicados en todas partes. Por tanto, no serán las mismas reglas aplicables en un lugar o en otro, influyendo al respecto: la geografía, la cultura, los recursos técnicos y económicos con los que se cuente, entre otros. En esta línea se ha afirmado que, “en la medicina es una verdad apodíctica cada acto, una Ley, en la idea de que cada acto médico precisa para su adecuado ajuste de corrección –es decir, para valorar tanto el elemento causal, autor y diligencia desplegada, como el efecto o fin obtenido, resultado de dicho acto en el paciente/sociedad–, la preexistencia de una lex que así lo juzgue”. Lo anterior quiere significar que en ciertas circunstancias el médico tendrá que tomar*

*decisiones que pueden resultar discutibles, pero que deberán ser aceptadas siempre que sean prudentes.*

*C) Pese a la correcta utilización tanto profesional como prudencial de la lex artis ad hoc, puede que la intervención médica no resulte eficaz, pues, como ya lo hemos subrayado, los médicos no cuentan con la facultad y mucho menos el poder de curar con absoluta exactitud y seguridad, por lo que, generalmente, no se les podrá exigir un determinado resultado, pero sí y con el mayor rigor posible, su diligencia, preparación y atención continuada de sus pacientes. Al respecto, se ha venido afirmando que la lex artis ad hoc actúa en clave de obligaciones de medios obligando al facultativo a una serie de deberes profesionales que lo acompañan en el ejercicio de su actividad, y que constituyen deberes auxiliares básicos.*

*D) Jurisprudencialmente se ha entendido que la obligación de información es uno de los elementos esenciales de la lex artis ad hoc, y como tal forma parte de toda actuación asistencial.*

*E) Dentro de las conductas que en cumplimiento de la lex artis ad hoc le son exigibles al facultativo, no le será requerido a éste un comportamiento que, más allá del cumplimiento de sus obligaciones profesionales, le imponga actuaciones cuya finalidad trascienda al estricto cuidado de la salud y el bienestar del paciente, pudiendo negarse el facultativo a llevar a cabo ciertas*

*actuaciones que únicamente tiendan a confortar a aquel anímica o espiritualmente*<sup>120</sup>.

## **2.2. Ley de Autonomía del Paciente**

### **2.2.1. Información**

El término informar según el diccionario de la lengua española RAE<sup>121</sup> contempla las siguientes acepciones:

*Enterar, dar noticia de algo.*

*Formar, perfeccionar a alguien por medio de la instrucción y buena crianza.*

El concepto de información en la LAP posee sentidos muy diversos.

Así, define, en su artículo 3:

*Información clínica, como todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.*

El concepto de *información clínica*, se complementa con otros, como el de *información sanitaria* (terminología sobre la que gira la rúbrica del Capítulo II de la Ley), y el de *información asistencial*, que de forma ya expresa, da contenido al artículo 4 de la LAP que es el objeto principal del antedicho Capítulo II. También, se hace referencia a la *información epidemiológica*, por puras razones de salud pública, en el artículo 6; así

---

<sup>120</sup> PARRA SEPÚLVEDA, D. «La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa» Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid. 2014, págs. 104-108.

<sup>121</sup> Diccionario de la lengua española. RAE 2014.

como, por último, en el artículo 12, la *información sobre el sistema nacional de salud*, que también se reconoce como un derecho a los efectos de recibir información sobre los servicios y unidades asistenciales disponibles, su calidad y los requisitos de acceso a ella. La información clínica o sanitaria, es aquella información que más directamente depende la decisión del paciente, y con ello el ejercicio a su autodeterminación, y su propia autonomía<sup>122</sup>.

La información está integrada por distintos elementos:

a. Forma

Como regla general, se proporcionará verbalmente como reza en el artículo 4.1:

*La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica [...]*

La oralidad de la información puede presentar las siguientes ventajas:

- Facilita la proximidad entre el médico y el paciente, así como ayuda a reforzar y consolidar la continuidad, fluidez y espontaneidad de la información.

---

<sup>122</sup> SÁINZ-CANTERO CAPARRÓS, J. E. «Intervención médica y consentimiento informado: algunas consideraciones sobre el deber de información al paciente.» *Estudios jurídico sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios.* . Dykinson, 2010, págs. 69-70.

- Permite al médico responsable cumplir con los requisitos legales impuestos en la LAP (artículo 4.2), al poder adaptar el contenido de la información a las circunstancias y requerimientos del paciente.
- Permite el diálogo con el paciente. De esta forma, el paciente tendrá la posibilidad de solicitar al médico responsable que resuelva sus dudas y que le facilite la información complementaria que sea de su interés<sup>123</sup>.

Según BARROS, los deberes de información del médico supondrían el medio más eficaz para compensar el desequilibrio entre el conocimiento del profesional y la ignorancia del inexperto (paciente)<sup>124</sup>.

Respecto a la oralidad de la información, la STS de 27 de diciembre de 2011, dice al respecto que:

*La información por su propia naturaleza integra un procedimiento gradual y básicamente verbal que es exigible y se presta por el médico responsable del paciente*<sup>125</sup>.

También se pronunciaron en ese sentido las STS de 13 de octubre de 2009, de 27 de septiembre de 2010 y de 1 de junio de 2011.

No cabe duda que con esta norma se fomenta la relación y el diálogo entre el médico y el enfermo, en cuanto, establece como regla general la forma verbal, tanto para la información como para el consentimiento.

---

<sup>123</sup> MEDIURIS. «Derechos de paciente.» En *MEDIURIS. Derecho para el personal sanitario*. Madrid: Marcial Pons, 2011, pág. 835.

<sup>124</sup> BARROS BOURIE, E. *Tratado de Responsabilidad Extracontractual*, pág. 683.

<sup>125</sup> STS 8835/2011 de 27 de diciembre de 2011. Ponente: José Antonio Seijas Quintana.

En cuanto a la constancia que se debe dejar en la historia clínica de la información suministrada, no aclara qué es lo que debe constar por escrito en la historia clínica, pero sí el hecho de que se haya informado al paciente o del contenido de la información adecuada transmitida al paciente. Por lo tanto, según MEDIURIS, sería recomendable que el médico reflejara en la historia clínica del paciente todo acto informativo que realice, con constancia de la fecha de realización del acto, hora de comienzo y finalización<sup>126</sup>. A criterio de CORBELLA, en aras de disponer de una prueba o de un elemento que acredite la actuación verbal, se habría de facilitar la información en compañía de otro profesional sanitario, o solicitar al enfermo que estampe su firma junto a la nota de constancia que se registre en la historia clínica<sup>127</sup>.

#### b. Modo

Dispone el artículo 4.2 de la LAP:

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

Por lo tanto, la información debe ser suficientemente comprensible. Este puede ser un aspecto complejo, en ocasiones, por el altísimo nivel de especialización del personal médico-sanitario, para los que la capacidad de explicitación de detalles del proceso o situación en que se

---

<sup>126</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 835.

<sup>127</sup> CORBELLA I DUCH, J., *op. cit.*, pág. 178.

encuentra el paciente, se hace difícil. Incuestionablemente, la información ha de facilitarse teniendo en cuenta la formación y situación socio-cultural del paciente, o más en general, el receptor de la misma. Esta consideración ha de tenerse en cuenta, tanto cuando se preste la información de forma oral como cuando se haga de forma escrita<sup>128</sup>.

Diversos estudios realizados en EE. UU., sugieren que al utilizar material audiovisual o interactivo, para informar a los pacientes se obtiene mayor efectividad en la capacidad de comprensión de la información clínica de estos, que utilizando los métodos tradicionales para el consentimiento verbal o escrito<sup>129,130,131</sup>.

La importancia que la LAP otorga al adjetivo «*adecuado*» respecto a la información que debe transmitir el médico a su paciente, para que esta tenga la denominación de válida, se ve reflejada de forma reiterada en su articulado, concretamente en los siguientes artículos:

- Artículo 2.2: aparece como *principio básico* que el consentimiento informado se preste «*después que el paciente reciba una información adecuada*».

---

<sup>128</sup> ALVAREZ LOPEZ, R. La información y el consentimiento: la nueva dimensión de la medicina actual, en *Angiología*, 58, 2006, pág. 183.

<sup>129</sup> STEFFERINO, G. Effectiveness of video-based patient information before percutaneous cardiac interventions. *J Cardiovasc Med (Hagerstown)* 2007;8, págs. 348–53.

<sup>130</sup> TAIT, AR., Patient comprehension of an interactive, computer-based information program for cardiac catheterization: a comparison with standard information. *Arch Intern Med* 2009;169, págs. 1907–14.

<sup>131</sup> SHUBHA DATHATRI, P. Informed Consent for Cardiac Procedures: Deficiencies in Patient Comprehension With Current Methods *Ann Thorac Surg* 2014;97, págs. 1505–12.

- Artículo 2.3: recoge como *principio básico* el derecho del paciente a la elección de las opciones clínicas disponibles, «*después de recibir la información adecuada*».
- Artículo 3: compila las *definiciones legales* y, concretamente en la del *consentimiento informado* dispone que la conformidad del paciente sea «*manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada*».
- Artículo 4.2: explicita el modo en que debe prestarse la *información clínica*, señalando que «*se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades*».
- Artículo 5.2: recoge el supuesto de *información al paciente incapaz*, estableciendo que «*será informado, incluso en caso de incapacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión*».

Por lo tanto, a la hora de realizar el acto informativo, el médico deberá tener en cuenta factores y características propias del paciente, entre otros:

- Edad del paciente.
- Estado de ánimo del paciente.
- Los estudios, conocimientos o grado de formación del paciente.
- El grado de madurez del paciente.
- La urgencia o gravedad de la patología y/o el grado de afectación de salud del paciente.

Otro aspecto crucial, en el modo en que se otorga la información, es el que se refiere a la veracidad de los datos que se comuniquen. Una decisión sólo será libre, en la medida que el individuo disponga de información suficiente y veraz sobre unos determinados hechos o una situación. La ocultación de datos y la mentira, además de infringir los deberes éticos, constituiría un comportamiento doloso, que, según la gravedad, podría viciar el consentimiento provocando su nulidad; de esta forma las actuaciones sanitarias podrían ser declaradas ilegales y convertirse en causa generadora de responsabilidad civil o penal para el profesional sanitario<sup>132</sup>.

#### c. Tiempo

La información deberá ser previa a cualquier intervención sanitaria, a fin de que, debidamente informado, el enfermo pueda consentirla. La STC 37/2011, señala explícitamente que la información debe ser previa a la actuación sanitaria<sup>133</sup>. De la misma forma la Sentencia de la Audiencia Provincial de Islas Baleares 13 de febrero de 2001, dejó sin efecto el consentimiento informado prestado por la paciente al entender que carece de validez por haber sido firmado, prácticamente, a las puertas del quirófano, porque:

*La información debe darse con la antelación necesaria para que la voluntad se determine libremente (...) la información completa debe proporcionarse antes de que la voluntad se haya*

---

<sup>132</sup> CORBELLA, *op. cit.*, pág. 178.

<sup>133</sup> STC 37/2011, de 28 de marzo de 2011.

*determinado a favor de la operación quirúrgica correctora, y ello se consigue con el solo hecho de hacer firmar un escrito minutos antes de la operación y en circunstancias en las que, por razones sociológicas y personales, no se puede esperar del firmante una respuesta meditada y un consentimiento libremente expuesto*<sup>134</sup>.

#### d. Contenido

Lo referido al contenido de la información médica o clínica, a facilitar al paciente se contiene esencialmente en los artículos 4 y 10 de la LAP. Así, el artículo 4.1 establece:

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

El médico deberá transmitir de forma adecuada a su paciente toda la información que sobre su salud esté disponible o sea conocida por la ciencia médica del momento. Dicha información se transmitirá de forma adaptada a las circunstancias personales o profesionales del paciente, comprendiendo en todo caso, los siguientes aspectos:

- 1. Diagnóstico y alcance personalizado de la lesión o enfermedad del paciente.*

---

<sup>134</sup> Sentencia de la Audiencia Provincial de Islas Baleares de 13 de febrero de 2001.

2. *Técnica o tratamiento terapéutico que va a emplear con el paciente, así como la finalidad y ventajas de aplicación de dicha técnica.*

3. *Posibilidades de fracaso de la intervención.*

4. *Pronóstico de las consecuencias o probabilidades de resultado, tanto las inherentes a la realización del acto sanitario (típicos), como las adaptadas a las circunstancias personales o profesionales de ese paciente concreto (personalizados), una vez aplicada la técnica o tratamiento terapéutico. El pronóstico deberá incluir necesariamente información sobre las secuelas, contraindicaciones, complicaciones, resultados adversos y riesgos o posibles consecuencias, sean de carácter permanente o temporal, que se derivan del empleo de la técnica o tratamiento terapéutico propuesto para ese paciente particular. También, incluirá todas aquellas secuelas o consecuencias las psicológicas y emocionales que de la aplicación de la intervención pudieren derivarse.*

5. *Alternativas de tratamiento existentes*<sup>135</sup>.

En el año 1997 se emitió un dictamen por el *Grupo de Expertos* en información y documentación clínica, reunidos a instancia del Ministerio de Sanidad y Consumo, que establecería los principios fundamentales de la LAP. En dicho dictamen, se añadieron a los anteriores cinco aspectos, los siguientes contenidos:

6. *Explicación breve del motivo que lleva al sanitario a elegir una opción y no otras.*

---

<sup>135</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 830-1.

7. Información al paciente sobre la posibilidad de retirar el consentimiento de forma libre cuando lo desee<sup>136</sup>.

Sin embargo, la expresión «*toda la información disponible sobre la misma*» se aplicará únicamente a los primeros cinco puntos anteriores (diagnóstico y alcance de la enfermedad, técnica o tratamiento, posibilidad de fracaso, pronóstico de las probabilidades de resultado y alternativas de tratamiento) y en este mismo sentido se pronuncia el Tribunal Supremo mediante Sentencia de 21 octubre 2005, al reconocer que:

*El médico debe informar adecuadamente al paciente sobre todos los riesgos posibles respecto de la actuación a realizar sobre su salud, aunque sean remotos, poco probables o se produzcan de forma excepcional. La información de riesgos previsibles es independiente de su probabilidad, o porcentaje de casos, y sólo quedan excluidos de la obligación de información los riesgos desconocidos por la ciencia médica en el momento de la intervención*<sup>137</sup>.

La Sentencia de la Sala de lo Civil del Tribunal Supremo, de 17 de abril de 2007, resulta también interesante en cuanto recoge uno de los fundamentos de la sentencia recurrida, en el que se dice literalmente respecto del contenido de la información que abarcará:

---

<sup>136</sup> *Información y Documentación Clínica. Documento Final del Grupo de Expertos*, Madrid, 26 de noviembre de 1997. Subsecretaría de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998, pág. 13.

<sup>137</sup> STS 758/2005, de 21 octubre 2005. Ponente: Jesús Eugenio Corbal Fernández.

*Como mínimo y en sustancia [...] por un lado, la exposición de las características de la intervención o tratamiento que se propone, en segundo lugar, las ventajas o inconvenientes del mismo, en tercer lugar, los riesgos que comporta, y en cuarto lugar el proceso previsible después del tratamiento y el contraste con la residual situación ajena o al margen a dicha intervención*<sup>138</sup>.

En definitiva, la información ha de ser lo más completa posible, debe incluir las características de la actuación médica, ventajas e inconvenientes, riesgos y contraindicaciones del tratamiento y características del postoperatorio en su caso, así como posibles opciones alternativas, incluyendo la evolución de la enfermedad sin tratamiento alguno. Su objetivo es facilitar la información pensando en que de lo que se trata es de capacitar al paciente para elegir con libertad y conocimiento suficiente entre las diversas opciones posibles<sup>139</sup>.

En sentido contrario, una información excesiva puede apabullar al paciente y dificultar el correcto funcionamiento de los centros sanitarios y servicios médicos, produciendo un efecto de saturación del paciente que puede llegar a perder interés en la propia información, viciando así su fundamento y finalidad.

La STS de 30 de abril de 2007, recurso 1018/2000, establece que:

*[...] estamos en el campo de la medicina curativa, y ante una situación de especial necesidad quirúrgica, respecto de la que no*

---

<sup>138</sup> STS 421/2007, de 17 de abril de 2007. Ponente: Juan Xiol Rios.

<sup>139</sup> PELAYO GONZÁLEZ-TORRE, A. *Derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado*. Comares, 2009, pág. 82.

*cabe exigir una información acerca de todos y cada uno de los riesgos eventuales y potenciales que pueden producirse, máxime si se tiene en cuenta que, en el orden natural de las cosas, presidido por la regla de la razonabilidad, cabe presumir, dadas las circunstancias expuestas, que los padres demandantes, en bien de su hijo, no se habrían opuesto a la técnica empleada de haber sido consultados<sup>140</sup>.*

La STS de 12 de enero de 2001 enfatiza sobre la importancia de la información terapéutica diciendo:

*Ciertamente que la iluminación y el esclarecimiento, a través de la información del médico para que el enfermo pueda escoger en libertad dentro de las opciones posibles que la ciencia médica le ofrece al respecto e incluso la de no someterse a ningún tratamiento, ni intervención, no supone un mero formalismo, sino que encuentra fundamento y apoyo en la misma Constitución Española, en la exaltación de la dignidad de la persona que se consagra en su artículo 10.1, pero sobre todo, en la libertad, de que se ocupan el artículo 1.1 reconociendo la autonomía del individuo para elegir entre las diversas opciones vitales que se presenten de acuerdo con sus propios intereses y preferencias - sentencia del Tribunal Constitucional 132/1989, de 18 de junio (RTC 1989, 132)- en el artículo 9,2, en el 10,1 y además en los Pactos Internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos de 10 de diciembre de 1948, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, principalmente en*

---

<sup>140</sup> STS 465/2007 de 30 de abril de 2007.

*su Preámbulo y artículos 12, 18 a 20, 25, 28 Y 29, el Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de Roma de 4 de noviembre de 1950, en sus artículos 3, 4, 5, 8 Y 9 Y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de Nueva York de 16 de diciembre de 1966, en sus artículos 1, 3, 5, 8, 9 y 10<sup>141</sup>.*

En la STS de 29 de junio de 2010, recurso de casación 4637/2008, y en la STS de 16 de enero de 2007, recurso de casación 5060/2002, se dice:

*El contenido concreto de la información transmitida al paciente para obtener su consentimiento puede condicionar la elección o el rechazo de una determinada terapia por razón de sus riesgos<sup>142,143</sup>.*

#### e. Titular del derecho a la información

Como contempla el artículo 5.1 de la LAP:

*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.*

En cuanto a las dos formas que el paciente puede permitir que se informe a las personas vinculadas, son las siguientes:

- Consentimiento expreso:

---

<sup>141</sup> STS 3/2001 de 12 de enero de 2001. Ponente: José Manuel Martínez-Pereda Rodríguez

<sup>142</sup> STS 3443/2010 de 29 de junio de 2010. Ponente: Luis María Díez-Picazo Giménez.

<sup>143</sup> STS 5060/2002 de 16 de enero de 2007. Ponente: Margarita Robles Fernández.

Aquel que requiere que se declare la voluntad del paciente de forma clara e inequívoca, aceptando o consintiendo que se informe a sus familiares o personas unidas a él por razón o vínculo de hecho. Dicha voluntad podrá ser expresada por escrito, verbalmente, a través de comunicación telemática o por cualquier otro medio que permita demostrar la constancia de dicho consentimiento.

- Consentimiento tácito:

Es aquel que se deriva de la falta de actuación del paciente capaz o de su silencio, cuando se le pregunta sobre si desea que se informe o no a sus familiares, o personas unidas a él por razón o vínculo de hecho. El hecho de que los pacientes acudan acompañados por terceros a la consulta del médico, implica que el propio paciente ha escogido de forma libre y voluntaria a su acompañante, y que si no pone trabas para su estancia dentro de la consulta es porque está otorgando su autorización tácita a que se comparta la información asistencial o clínica<sup>144</sup>.

La recepción de información aparece estrechamente vinculada con los derechos de la personalidad, y debe conectarse más con la capacidad natural de entender que con la capacidad civil de obrar. No tiene que coincidir necesariamente la capacidad para recibir información asistencial con la capacidad para prestar consentimiento informado.

Así, el legislador se acoge al criterio de la capacidad natural para regular el derecho de la información asistencial a los pacientes incapaces,

---

<sup>144</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 828.

al expresar que se debe suministrar la información «*de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión*» (art. 5.2 LAP). Se ha propuesto reconocer en el ámbito sanitario un concepto específico de capacidad entendida como «*la capacidad suficiente y necesaria para adoptar en su momento una decisión concreta*»<sup>145</sup>.

El derecho a la información es personal del paciente hasta tal punto, que el artículo 5.2 dispone:

*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.*

Según DOMINGUEZ, en este artículo el legislador se refiere a incapacidad como falta de capacidad de obrar, por lo que se englobaría tanto los incapacitados en virtud de sentencia judicial y sometida a tutela o a patria potestad prorrogada o rehabilitada (artículos 171 y 222 del CC), como los menores de edad no emancipados. En este punto, el artículo 5.2 de la LAP debe ponerse en relación con lo establecido en el artículo 9.3 de la misma Ley en cuanto al posterior otorgamiento del consentimiento por representación<sup>146</sup>.

De acuerdo al artículo 5.3 de la LAP:

---

<sup>145</sup> XIOL, J.A. «La responsabilidad patrimonial de la administración y el derecho de autodeterminación del paciente.» En *Autonomía del paciente responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales*. Madrid: Fundación coloquio jurídico europeo, 2012, págs. 59-60.

<sup>146</sup> DOMINGUEZ LUELMO, A. *Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica*. Valladolid: Lex Nova, 2009, págs. 236-237.

*Quando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.*

En este caso, el legislador no se refiere aquí al sentido de la falta de capacidad en sentido jurídico, sino al vulgar, como paciente impedido circunstancialmente para el entendimiento de la información y por tanto para la toma de decisiones. A criterio de DOMINGUEZ, también entrarían en el ámbito de aplicación de este artículo 5.3, de la LAP los supuestos de los incapaces naturales o presuntos incapaces, con incapacidad para gobernarse por sí mismos a causa de enfermedad o deficiencia persistente, que no han sido incapacitados en virtud de sentencia y sometidos al organismo de guarda<sup>147</sup>.

#### f. Titular del deber de informar

El artículo 4.3 de la LAP dispone que:

*El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información.*

En el artículo 3 de la misma Ley, se realiza la definición de médico responsable como:

*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*

---

<sup>147</sup> DOMINGUEZ LUELMO, A., *op. cit.*, págs. 252-253.

*obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales.*

En el artículo 4.3 de la Ley anteriormente mencionada, se contempla la circunstancia en la que un paciente sea *atendido por varios profesionales sanitarios*:

*Los profesionales que le atiendan (al paciente) durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

Por tanto, la responsabilidad no recaerá de forma exclusiva en el médico responsable del paciente, sino en *terceros facultativos* que hayan podido practicar la intervención diagnóstico o terapéutica, u otros profesionales sanitarios, como la sección de enfermería, que pueden y deben participar en el proceso de información clínica del paciente. En conclusión, la LAP asigna responsabilidad a todo la cadena de profesionales que atienden al paciente durante cada fase del proceso asistencial, compartiendo todos ellos, la obligación de información en la medida que apliquen una técnica o un procedimiento concreto. Esto está corroborado en la STS de 10 de febrero 2004, en que hubo claramente un defecto de información al paciente, justificado según el Tribunal Supremo por el hecho de ser enfermera de profesión, especialista en el ámbito en que se había realizado la intervención médica (ginecología), y asistir con regularidad operaciones del mismo tipo con resultados diversos<sup>148</sup>.

---

<sup>148</sup> STS819/2004 de 10 de febrero 2004. Ponente: Enrique Lecumberri Martí.

En la actualidad, la opinión mayoritaria es que la asistencia sanitaria prestada al paciente, comporta, como un elemento de la *lex artis* la obligación de informar del diagnóstico de su situación y de los riesgos y beneficios ligados al tratamiento o a la intervención propuesta, para que el paciente decida de acuerdo con su derecho. Esta tendencia se adscribe el artículo 1.6 de la LAP:

*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.*

No queda lugar a ninguna duda, de que la información al paciente es un deber médico fundamental. Así se recoge en numerosas Sentencias del Tribunal Supremo, entre otras, destacan:

- La STS de 27 de diciembre de 2011 expone en este sentido, en su FJ segundo, que:

*El consentimiento informado es presupuesto y elemento esencial de la lex artis y como tal forma parte de toda actuación asistencial [...] constituyendo una exigencia ética y legalmente exigible a los miembros de la profesión médica<sup>149</sup>.*

En igual sentido se pronuncian las Sentencias del mismo tribunal de 29 de mayo, 23 de julio de 2003, 21 de diciembre de 2005, y 13 de mayo de 2011).

---

<sup>149</sup> STS 8835/2011 de 27 de diciembre de 2011. Ponente: José Antonio Seijas Quintana.

- La STS de 24 Noviembre 2009 que en su FJ segundo establece que:

*La infracción del deber de información constituye una vulneración de la lex artis<sup>150</sup>.*

- La STS de 30 junio 2009, que en su FJ tercero se pronuncia:

*La Jurisprudencia de esta Sala ha puesto de relieve la importancia de cumplir este deber de información del paciente en cuanto integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y es requisito previo a todo consentimiento, constituyendo un presupuesto y elemento esencial de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica<sup>151</sup>.*

- La STS de 4 octubre 2007, que en su FJ segundo se pronuncia:

*La jurisprudencia de esta Sala -Sentencias de 10 de mayo de 2006 y 6 de julio de 2007, entre las más recientes- ha puesto de relieve la importancia de cumplir este deber de información del paciente en cuanto integra una de las obligaciones asumidas por los médicos, y el requisito previo a todo consentimiento, constituyendo un presupuesto y elemento esencial de la lex artis para llevar a cabo la actividad médica -SSTS de 2 de octubre de 1997; 29 de mayo y 23 de julio de 2003; 21 de diciembre de 2005 , entre otras-o Como tal, forma parte de toda actuación asistencial y está incluido dentro de la obligación de medios asumida por el médico -SSTS 25 de abril de 1994; 2 de octubre de 1997 y 24 de mayo de 1999-. Se trata de que el paciente participe en la toma de decisiones que afectan a su salud y de*

---

<sup>150</sup> STS 7527/2009 de 24 de noviembre de 2009. Ponente: Santiago Martínez-Váres García.

<sup>151</sup> STS 4412/2009 de 30 de junio de 2009. Ponente: Francisco Marín Castan.

*que a través de la información que se le proporciona pueda ponderarla posibilidad de sustraerse a una determinada intervención quirúrgica, de contrastar el pronóstico con otros facultativos y deponerlo en su caso a cargo de un Centro o especialistas distintos de quienes le informan de las circunstancias relacionadas con la misma*<sup>152</sup>.

- Numerosas Sentencias del Tribunal Supremo, entre otras la del 9 Marzo 2010, o la del 30 Septiembre de 2009, declaran que el deber de información del médico es un:

*Elemento esencial de esa lex artis ad hoc o núcleo esencial del contrato de arrendamiento de servicios médicos*<sup>153,154</sup>.

- La Jurisprudencia del Tribunal Supremo, alude en diversas sentencias, como la del 22 de Septiembre de 2010 (rec. 1004/2006) o la del 28 Noviembre de 2007 (rec. 4889/2000), entre otras, que el cumplimiento de la obligación de información adecuada es un:

*Deber deontológico incluido en los deberes asistenciales*<sup>155</sup>.

- La STS del 28 de noviembre de 2007, señala abiertamente que:

*Se exige que sea el médico quien pruebe que proporciona al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras este se halle bajo su cuidado pues se trata*

---

<sup>152</sup> STS 6119/2007 de 4 de octubre de 2007. Ponente: Ignacio Sierra Gil de la Cuesta.

<sup>153</sup> STS 1065/2010 de 9 de marzo de 2010. Ponente: Octavio Juan Herrero Pina.

<sup>154</sup> STS 6254/2009 de 30 de septiembre de 2009. Ponente: Santiago Martínez-Vares García.

<sup>155</sup> STS 5506/2010 de 22 de septiembre de 2010. Ponente: Agustín Puente Prieto.

*de hechos que fácilmente pueden ser probados por él y que integran, además, una de sus obligaciones fundamentales*<sup>156</sup>.

El deber de información, también forma parte de una relación contractual con el paciente. Así, según GOMEZ, la información constituye un deber del médico, ha de ser previa a la práctica de operación o tratamiento y está basada, tanto en una relación contractual, como en la necesidad de consentimiento. La actividad médica puede suponer, en muchos casos, una injerencia en la salud del paciente, pero también en su libertad y, en cualquier caso en su intimidad<sup>157</sup>.

g. Limitaciones

- El derecho del paciente a no ser informado

Se reconoce el derecho a la información como uno de los derechos de los pacientes y, en su aspecto negativo, también se reconoce el derecho de los mismos a no ser informados, tal como consta en el artículo 4.1 de la LAP:

*[...] Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada [...]*

No obstante, ha de dejarse claro que este derecho a la información no tiene carácter absoluto, como así consta en el artículo 9.1 de la propia LAP, el cual señala que:

---

<sup>156</sup> STS 1219/2007 de 28 de noviembre de 2007. Ponente: Román García Varela.

<sup>157</sup> GÓMEZ PAVÓN, P. *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*. Bosch, 2013, pág. 131.

*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.*

Por tanto, podría haber una restricción en el derecho a no saber en interés del propio paciente o de otros, para proteger los derechos de terceros o de la sociedad; por ejemplo, acerca de las medidas preventivas para evitar una enfermedad a la que existe predisposición, o para evitar la transmisión de enfermedad a sus familiares o allegados, a terceros o la sociedad en general<sup>158</sup>.

Esta misma deriva es llevada por las normas éticas y deontológicas, ya que, de acuerdo con la obligación ética central que ha inspirado todos los Códigos de Ética Médica desde el Juramento Hipocrático, el médico debe aplicar su ciencia en beneficio del paciente. Por consiguiente, resulta razonable incumplir el deber de informar cuando del mismo se derive un peligro para el paciente, más grave que el perjuicio causado a su derecho de autodeterminación.

- *La llamada «necesidad terapéutica»*

De acuerdo con el artículo 5.4 de la LAP:

*El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica. Se entenderá por necesidad terapéutica la facultad del médico para actuar profesionalmente sin informar antes al*

---

<sup>158</sup> DE LORENZO Y MONTERO, R., *op. cit.*, pág. 31.

*paciente, cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.*

Esta excepción se fundamenta en el mantenimiento de la salud del paciente. Se conforma la «*necesidad terapéutica*» como la facultad que otorga al médico de actuar profesionalmente, sin informar previamente al paciente, cuando objetivamente, el conocimiento de la propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

La aplicación de tan excepcional facultad, supone la realización de un importante pronóstico de futuro ponderando adecuadamente la situación, y teniendo en cuenta, especialmente, el estado anímico del paciente, para llegar al convencimiento de un más que probable perjuicio grave para la salud del paciente, entendiéndose por tal el peligro inminente para su vida o integridad.

En aras de seguir una línea de diálogo y de transparencia, impone dicho artículo, la obligación de dejar «*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*», indicando los motivos que impulsan a tomar tal decisión.

La ponderación adecuada de la gravedad de la conducta futura del enfermo, y de los efectos que la comunicación de la información sanitaria pueda causar en su salud y su constancia en el historial clínico, es un requisito necesario para evitar un ejercicio abusivo de una facultad

concedida con carácter excepcional, y evitar un intolerable ejercicio de paternalismo sanitario<sup>159</sup>.

A modo de recapitulación, la STS de 23 de octubre de 2008 hace un resumen sistemático de la doctrina sobre la información y consentimiento sanitarios, que resulta muy ilustrativo, diciendo al efecto:

*La doctrina jurisprudencial sobre la información médica, en lo que aquí pueda interesar, cabe resumirla en los siguientes apartados:*

*1. La finalidad de la información es la de proporcionar a quien es titular del derecho a decidir los elementos adecuados para tomar la decisión que considere más conveniente a sus intereses (SS., entre otras, 23 de noviembre de 2.007, núm. 1.197; 4 de diciembre de 2.007, núm. 1.251; 18 de junio de 2.008, núm. 618). Es indispensable, y por ello ha de ser objetiva, veraz y completa, para la prestación de un consentimiento libre y voluntario, pues no concurren estos requisitos cuando se desconocen las complicaciones que pueden sobrevivir de la intervención médica que se autoriza;*

*2. La información tiene distintos grados de exigencia según se trate de actos médicos realizados con carácter curativo o se trate de la medicina denominada satisfactiva (SS. 28 de junio de 2.007, núm. 1.215; 29 de julio de 2.008, núm.*

*743); revistiendo mayor intensidad en los casos de medicina no estrictamente necesaria (SS., entre otras, 29 de octubre de 2.004;*

---

<sup>159</sup> CORBELLÀ I DUCH, J., *op.cit.*, pág. 185 y bibliografía allí citada.

26 de abril de 2.007, núm. 467; 22 de noviembre de 2.007, núm. 1.194);

3. Cuando se trata de la medicina curativa no es preciso informar detalladamente acerca de aquellos riesgos que no tienen un carácter típico por no producirse con frecuencia ni ser específicos del tratamiento aplicado, siempre que tengan carácter excepcional o no revistan una gravedad extraordinaria (SS. 17 de abril de 2.007; 30 de abril de 2.007; 28 de noviembre de 2.007, núm. 1.215; 29 de julio de 2.008, núm. 743). La Ley de Autonomía del Paciente 41/2002 señala como información básica (art. 10.) «los riesgos o consecuencias seguras y relevantes, los riesgos personalizados, los riesgos típicos, los riesgos probables y las contraindicaciones». Y en relación con los embarazos de riesgo esta Sala (SS. 7 de julio de 2.002; 19 de junio y 23 de noviembre de 2.007, núm. 1.197) ha hecho hincapié en la exigencia de informar de modo especial respecto a las circunstancias de dicho embarazo; es decir sobre los riesgos del mismo;

4. En la medicina satisfactiva (dice la Sentencia de 22 de noviembre de 2.007, núm. 1.194, con cita de las de 12 de febrero y de 23 de mayo del mismo año) la información debe ser objetiva, veraz, completa y asequible, y comprende las posibilidades de fracaso de la intervención, es decir, el pronóstico sobre la probabilidad del resultado, y también cualesquiera secuelas, riesgos, complicaciones o resultados adversos que se puedan producir, sean de carácter permanente o temporal, con independencia de su frecuencia, dada la necesidad de evitar que

*se silencien los riesgos excepcionales ante cuyo conocimiento el paciente podría sustraerse a una intervención innecesaria – prescindible o de una necesidad relativa; y,5. La denuncia por información deficiente resulta civilmente intrascendente cuando no existe ningún daño vinculado a su omisión o a la propia intervención médica; es decir, no genera responsabilidad civil (SS., entre otras, 21 de diciembre de 2.006, núm. 1.367, y 14 de mayo de 2.008, núm. 407)<sup>160</sup>.*

### **2.2.2. Consentimiento**

El término consentir según el diccionario de la lengua española RAE<sup>161</sup> contempla la siguiente acepción:

*Permitir algo o condescender en que se haga.*

La definición que realiza la LAP en su artículo 3 es:

*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.*

También en su artículo 2 establece que:

*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.*

---

<sup>160</sup> STS 2008/7125 de 23 de octubre de 2008.

<sup>161</sup> Diccionario de la lengua española. RAE 2014.

En la evolución en las relaciones asistenciales médico-paciente, ha existido un cambio en los roles establecidos en dicho binomio. Así, GARCÍA, señala que uno de los aspectos en los que más ha cambiado dicha relación, ha sido en el relativo al papel de la voluntad de este último, pasando de ser un sujeto pasivo de la relación médica, a ser considerado como titular de derechos<sup>162</sup>.

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.

De esta forma, el artículo 8.4 de la LAP establece que:

*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.*

No queda lugar a duda, que el presupuesto ineludible del consentimiento es, en la generalidad de los casos, la información. De esta manera, cualquier actuación sanitaria encuentra su legitimación en el consentimiento del paciente mismo, su emisión hace precisa una información previa. El consentimiento manifiesta la voluntad del titular del

---

<sup>162</sup> GARCÍA GARNICA, M.C., *Aspectos básicos de la responsabilidad civil médica*. Aranzadi, 2010, pág. 97.

bien jurídico, a través de la decisión, a favor o en contra de una de las alternativas posibles.

Cualquier decisión o manifestación de la voluntad humana, es el producto de la información o conocimiento que tiene el sujeto de la actividad médica. No puede hablarse, en general, de manifestación de voluntad, cuando se ignora el contenido de la misma. En esos casos no podría decirse que existe consentimiento, por lo menos con validez jurídica. Por ello, la tipicidad o justificación, de la actividad médica, está basada en el consentimiento del paciente, requiere una previa información sobre aquello que se consiente<sup>163</sup>.

Con la manifestación del consentimiento la persona expresa su autonomía, y, en este caso, el enfermo, ejercita su derecho a la libertad individual, delimitando el ámbito de la prestación sanitaria y legitimando la actuación médica, de esta forma, se constituye así en el eje alrededor del cual gira toda la actividad sanitaria.

En cuanto al encuadre constitucional del consentimiento informado, la STC 37/11, de 28 de marzo de 2011, rechaza que el consentimiento sanitario tenga su enmarque en el art. 17.1 CE porque «*la libertad personal protegida por este precepto es la “libertad física”*» como reza en su FJ tercero. Por el contrario, dicha sentencia lo sitúa bajo la protección de la integridad física y moral contenida en el artículo 15 CE., señalando en su FJ quinto que:

---

<sup>163</sup> GOMEZ PAVÓN, P., *op. cit.*, pág. 127.

*El consentimiento del paciente a cualquier intervención sobre su persona es algo inherente, entre otros, a su derecho fundamental a la integridad física, a la facultad que éste supone de impedir toda intervención no consentida sobre el propio cuerpo, que no puede verse limitada de manera injustificada como consecuencia de una situación de enfermedad. Se trata de una facultad de autodeterminación que legitima al paciente, en uso de su autonomía de la voluntad, para decidir libremente sobre las medidas terapéuticas y tratamientos que puedan afectar a su integridad, escogiendo entre las distintas posibilidades, consintiendo su práctica o rechazándolas. Esta es precisamente la manifestación más importante de los derechos fundamentales que pueden resultar afectados por una intervención médica: la de decidir libremente entre consentir el tratamiento o rehusarlo<sup>164</sup>.*

Insistiendo en la importancia de la potestad de autodeterminación de la persona, el consentimiento forma parte del valor superior de la libertad reflejado en el artículo 1.1 de la CE, como norma que debe guiar cualquier actuación o relación interpersonal, incluidas las sanitarias, y en este sentido se pronuncian en la STS de 9 de abril de 2005 y en la STS de 27 de noviembre de 2012. Estas señalan de forma muy ilustrativa que:

*[...] se haya relacionado con el derecho de autodeterminación del paciente característico de una forma avanzada de la configuración de las relaciones con el médico sobre nuevos paradigmas [...]*

---

<sup>164</sup> STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011.

Desde esta perspectiva resulta que una actuación médica sobre el cuerpo del paciente sólo es legítima cuando se ha producido, previamente, el consentimiento de este. Pero, para que tal consentimiento tenga todos los requisitos de validez, es necesario que en otro momento anterior, se haya facilitado a, enfermo toda la información.

En el artículo 9 de la LAP, se establecen los límites del consentimiento, de esta forma, de acuerdo al apartado 2, de dicho artículo:

*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.*

*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.*

La STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011, en relación a los límites del consentimiento informado del artículo 9.2.de la LAP en su apartado b, ha estimando un recurso de amparo por quebranto de los arts. 15 y 24.1. CE, alegando que:

*[...] no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad [...]*<sup>165</sup>.

En cuanto al deber de obtener consentimiento informado, la STS de 19 de junio de 2007, rec. 2047/2000, declara que:

*[...] la obligación de informar corresponde a los profesionales que practicaron la intervención y al Centro hospitalario [...] la especial intensidad de ese deber en los casos de medicina no estrictamente necesaria [...] que la inexistencia de información es un hecho negativo cuya demostración no puede imponerse a quien lo alega*<sup>166</sup>.

La STS de 21 de diciembre 2006, rec. 19/2000, establece que:

*[...] en ningún caso el consentimiento prestado mediante documentos impresos carentes de todo rasgo informativo adecuado sirve para conformar debida ni correcta información*<sup>167</sup>.

El requerimiento de forma escrita, viene expuesto en la STS de 22 de septiembre de 2010, rec. 1004/2006, en esta se declara que:

*También es doctrina reiterada de esta Sala que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene, para casos como el que se enjuicia, mero valor "ad probationem" (SSTS 2 octubre 1997; 26 enero y 10 noviembre 1998; 2 noviembre 2000; 2 de julio 2002; 29 de julio de 2008), garantizar la constancia del consentimiento y de las condiciones en que se ha prestado, pero no puede sustituir*

---

<sup>165</sup> STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011.

<sup>166</sup> STS 4827/2007 de 19 de junio de 2007. Ponente: Juan Antonio Xiol Ríos.

<sup>167</sup> STS 8259/2006 de 21 de diciembre 2006. Ponente: José Antonio Seijas Quintana.

*a la información verbal, que es la más relevante para el paciente, especialmente en aquellos tratamientos continuados en los que se va produciendo poco a poco dentro de la normal relación existente con el médico, a través de la cual se le pone en antecedentes sobre las características de la intervención a la que va a ser sometido así como de los riesgos que la misma conlleva; habiendo afirmado la sentencia de 29 de mayo de 2003, que debe al menos "quedar constancia de la misma en la historia clínica del paciente y documentación hospitalaria que le afecte", como exige en la actualidad la Ley de 24 de noviembre de 2002; doctrina, por tanto, que no anula la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito, y que exige como corolario lógico invertir la carga de la prueba para que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras este se halle bajo su cuidado, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios<sup>168</sup>.*

### **2.2.3. Intimidad**

El artículo 7 de la LAP se refiere al derecho a la intimidad, diciendo:

*1. Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la Ley.*

---

<sup>168</sup> STS 5506/2010 de 22 de septiembre de 2010. Ponente: Agustín Puente Prieto.

*2. Los centros sanitarios adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere el apartado anterior, y elaborarán, cuando proceda, las normas y los procedimientos protocolizados que garanticen el acceso legal a los datos de los pacientes.*

La intimidad es el derecho que tiene toda persona a mantener apartados o separados del conocimiento de los demás, determinados hechos o actuaciones que constituyen lo que denominamos la vida privada. Constituye doctrina reiterada del Tribunal Constitucional que el derecho a la intimidad está unido al respeto de la dignidad de la persona, y tiene por objeto garantizar al individuo un ámbito reservado de su vida frente al conocimiento y la acción de terceros, sean entes públicos o simples particulares<sup>169</sup>.

Es necesario en la prestación de la asistencia sanitaria, conocer datos, hechos, actuaciones de la persona y explorar partes de su cuerpo que no expone a la vista de los demás, por lo cual la intimidad de la persona quedará exhibida, en ocasiones, hasta el ámbito más reducido de sus secretos.

Al afectar la prestación sanitaria, directamente al derecho a la intimidad personal, tiene que conducir a una situación de confidencialidad necesaria o forzosa sobre datos de la vida íntima de la persona enferma, por lo que debe garantizarse que su conocimiento no se extienda más allá

---

<sup>169</sup> CORBELLA I DUCH, J., *op. cit.*, págs. 193-194.

de lo estrictamente necesario. El derecho a la intimidad personal, en el ámbito de la relación jurídica sanitaria, debe respetarse en cualquier caso.

En definitiva, el derecho a la intimidad del paciente supone la obligación del profesional sanitario de guardar secreto (secreto médico) cualquier información proporcionada por su paciente en el ámbito estricto de la relación médico-paciente, no pudiendo revelársela a un tercero sin su consentimiento específico, o sin que se ampare en una causa legal expresa que le exima del deber de secreto.

La confidencialidad deriva del derecho a la intimidad y protege contra una serie de intromisiones no deseadas en el ámbito de la salud. Intimidad y confidencialidad son dos conceptos muy próximos, pero que difieren en algunas de sus formulaciones. Por una parte, la intimidad se refiere a la limitación del acceso al propio cuerpo o a la mente, como ocurre a través del contacto físico, o de la revelación de pensamientos o sentimientos. La confidencialidad, por el contrario, se refiere a la comunicación de información personal de una persona a otra, cuando se espera que las personas que reciben la información, como es el caso de los profesionales sanitarios, no revelarán la información confidencial a una tercera persona<sup>170</sup>.

Los límites al derecho de confidencialidad y el correlativo deber de comunicar serían los siguientes supuestos excepcionales:

- Maltratos.
- Vejaciones.

---

<sup>170</sup> DE LORENZO Y MONTERO, R., *op. cit.*, pág. 42.

- Actuaciones que afecten a niños, personas mayores, mujeres o personas con deficiencias físicas o mentales.

En estos supuestos habría una colisión de derechos fundamentales como son el deber de intimidad y terceros derechos como son el derecho a la salud, o el derecho a la vida, que deberán ser siempre resueltos por el Organismo Judicial competente o puesto en conocimiento del Ministerio Fiscal<sup>171</sup>.

El deber de guardar la confidencialidad de los datos sanitarios del paciente obliga a todos los trabajadores de la sanidad, sin distinción de categorías profesionales, ni de puestos de trabajo, y las empresas están obligadas a establecer los mecanismos y controles necesarios para velar por el respeto real y efectivo de la confidencialidad, aplicando todos los recursos que facilita el Ordenamiento Jurídico, desde la implantación de reglamentos y protocolos de actuación, hasta la aplicación de normas disciplinarias<sup>172</sup>.

Por otro lado, no hay que olvidar que la violación de secreto médico está tipificada como delito en el artículo 199 del Código Penal (CP)<sup>173</sup>:

*1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado*

---

<sup>171</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 895.

<sup>172</sup> CORBELLA I DUCH, J., *op. cit.*, pág. 195.

<sup>173</sup> Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995.

*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.*

A tal efecto, resulta muy ilustrativa la STS de 4 de abril de 2001, que condena por un delito de descubrimiento y revelación de secretos a un médico que comentó a sus familiares que una paciente había interrumpido dos veces el embarazo. En su FJ segundo señala:

*La acción típica consiste en divulgar los secretos de una persona entendida como la acción de comunicar por cualquier medio, sin que se requiera que se realice a una pluralidad de personas toda vez que la lesión al bien jurídico intimidad se produce con independencia del número de personas que tenga el conocimiento. Por secreto ha de entenderse lo concerniente a la esfera de la intimidad, que es sólo conocido por su titular o por quien él determine. Para diferenciar la conducta típica de la mera indiscreción es necesario que lo comunicado afecte a la esfera de la intimidad que el titular quiere defender. Por ello se ha tratado de reducir el contenido del secreto a aquellos extremos afectantes a la intimidad que tengan cierta relevancia jurídica, relevancia que, sin duda, alcanza el hecho comunicado pues lesiona la existencia de un ámbito propio y reservado frente a la acción y conocimiento de los demás, necesario -según las pautas de nuestra cultura-*

*para mantener una calidad mínima de vida humana (STC 28/2/94)<sup>174</sup>.*

### **2.3. Relación con Sacyl**

La organización política y territorial, y el esquema de distribución de competencias en materia de sanidad y asistencia sanitaria que establecieron la CE y los Estatutos de Autonomía, provocaron el nacimiento del Sistema Nacional de Salud, en el año 1986, mediante la Ley General de Sanidad, 14/1986, de 25 de abril.

La Ley General de Sanidad dispuso que en los Servicios de Salud se integraran los diferentes servicios sanitarios públicos del respectivo ámbito territorial<sup>175</sup>. En el marco de este modelo sanitario, por disposición expresa de la Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario de Castilla y León, la Comunidad Autónoma constituyó el Sistema de Salud de Castilla y León como el conjunto de actividades, servicios y recursos de la propia Comunidad, de Diputaciones y Ayuntamientos, dirigidos a hacer efectivo el derecho constitucional a la protección de la salud<sup>176</sup>.

Se previó, asimismo, la incorporación y adscripción orgánica y funcional de bienes, servicios y personal de la Entidad Gestora, Instituto Nacional de la Salud, una vez producida la transferencia de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a la Comunidad Autónoma. La expresada

---

<sup>174</sup> STS2826/2001 de 4 de abril de 2001. Ponente: Andrés Martínez Arrieta.

<sup>175</sup> Artículo 4, «Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad».

<sup>176</sup> Artículo 1, «Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario».

circunstancia aconteció el 1 de enero de 2002, de conformidad con lo dispuesto en el Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, realizándose la integración con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal, lo que ha motivado que en el Servicio de Salud de Castilla y León y en sus centros sanitarios se encuentre prestando servicios personal con vinculación funcionarial, laboral y estatutaria<sup>177</sup>.

### ***2.3.1. Estatuto Jurídico del Personal Estatutario de Sacyl***

Históricamente, los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido en España una regulación específica. Esa regulación propia se ha identificado con la expresión «*personal estatutario*» que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal de tales centros e instituciones: el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario.

La conveniencia de una normativa propia para este personal, tiene su causa en la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las características específicas del ejercicio de las profesiones sanitarias y del

---

<sup>177</sup> Artículo 2, «Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud».

servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud.

La última regulación que se realiza sobre el Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León, se hace con la Ley 2/2007, de 7 de marzo. En esta, se desarrollan las bases reguladoras de la relación funcional especial del personal estatutario, contenidas en la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en la Comunidad de Castilla y León<sup>178</sup>.

De acuerdo con el artículo 8 de la Ley 2/2007, el personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León tiene derecho:

- a. A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.*
- b. A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio establecidas en cada caso.*
- c. A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación con dichas funciones.*
- d. A recibir protección eficaz tanto sobre materia de seguridad y salud en el trabajo, como sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, y a la información y*

---

<sup>178</sup> LEY 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. «Bocyl» de 14 de marzo 2007.

*formación específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*

- e. A la movilidad voluntaria, promoción interna y desarrollo profesional, en la forma que prevean las disposiciones aplicables en cada caso.*
- f. Al respeto de su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.*
- g. Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, al disfrute de vacaciones periódicas retribuidas, así como de permisos, en los términos que se establezcan.*
- h. A recibir asistencia y protección, por parte de las administraciones públicas y del Servicio de Salud de Castilla y León, en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.*
- i. Al encuadramiento en el Régimen General de la Seguridad Social, con los derechos y obligaciones que de ello se derivan.*
- j. A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, así como de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.*
- k. A no ser discriminado por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.*

- l. A la jubilación en los términos y condiciones establecidas en las normas aplicables en cada caso.*
- m. A la acción social en los términos y ámbitos subjetivos que se determinen en las normas, acuerdos o convenios aplicables.*

Por otro lado los deberes del personal estatutario, se establecen en el artículo 10. Así el personal estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León está obligado a:

- a. Respetar la Constitución, el Estatuto de Autonomía de Castilla y León y el resto del ordenamiento jurídico.*
- b. Ejercer la profesión o desarrollar el conjunto de las funciones que correspondan a su nombramiento, plaza o puesto de trabajo, con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, éticos y deontológicos que sean aplicables.*
- c. Mantener debidamente actualizados los conocimientos y aptitudes necesarios para el correcto ejercicio de la profesión o para el desarrollo de las funciones que correspondan a su nombramiento, a cuyo fin los centros sanitarios facilitarán el desarrollo de actividades de formación continuada.*
- d. Cumplir con diligencia las instrucciones recibidas de sus superiores jerárquicos en relación con las funciones propias de su nombramiento, y colaborar leal y activamente en el trabajo en equipo.*
- e. Participar y colaborar eficazmente, en el nivel que corresponda en función de su categoría profesional, en la fijación y consecución de los objetivos cuantitativos y*

*cualitativos asignados a la institución, centro o unidad en la que preste servicios.*

- f. Prestar colaboración profesional cuando así sea requerido por las autoridades como consecuencia de la adopción de medidas especiales por razones de urgencia o necesidad.*
- g. Cumplir el régimen de horarios y jornada, atendiendo a la cobertura de las jornadas complementarias que se hayan establecido para garantizar de forma permanente el funcionamiento de las instituciones, centros y servicios.*
- h. Informar debidamente a los usuarios y pacientes sobre su proceso asistencial y sobre los servicios disponibles, de acuerdo con las normas y procedimientos aplicables en cada caso y dentro del ámbito de sus competencias.*
- i. Respetar la dignidad e intimidad personal de los usuarios del Servicio de Salud, su libre disposición en las decisiones que les conciernen y el resto de los derechos que les reconocen las disposiciones aplicables; no realizar discriminación alguna por motivos de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra circunstancia personal o social, incluyendo la condición en virtud de la cual los usuarios de los centros e instituciones sanitarias accedan a los mismos.*
- j. Mantener la debida reserva y confidencialidad de la información y documentación relativa a los centros sanitarios y a los usuarios obtenida, o a la que tenga acceso, en el ejercicio de sus funciones.*

- k. Utilizar los medios, instrumental e instalaciones del Servicio de Salud de Castilla y León en beneficio del paciente, con criterios de eficiencia, y evitar su uso ilegítimo en beneficio propio o de terceras personas.*
- l. Cumplimentar los registros, informes y demás documentación clínica o administrativa establecidos en la correspondiente institución, centro o el Servicio de Salud de Castilla y León.*
- m. Cumplir las normas relativas a la seguridad y salud en el trabajo, así como las disposiciones adoptadas en el centro sanitario en relación con esta materia.*
- n. Cumplir el régimen sobre incompatibilidades.*
- o. Ser identificados por su nombre y categoría profesional por los usuarios del Sistema Nacional de Salud.*
- p. Comprometerse con el sistema sanitario público en el desempeño del puesto de trabajo, a través del cumplimiento de los objetivos relativos a la cantidad y calidad de trabajo, a la utilización racional de los recursos, a la gestión del activo, así como al trato con los pacientes.*
- q. Observar las normas y procedimientos para la adquisición, conservación, mantenimiento y custodia de los recursos materiales y equipamiento del Centro o Servicio.*
- r. No realizar actuaciones en contra de los intereses del Servicio de Salud, de sus centros o instituciones.*
- s. Colaborar con la Inspección de Servicios Sanitarios en las funciones que a esta Inspección les sean encomendadas.*

El Sistema de Emergencias en Castilla y León se origina en 1999, con la creación de los puestos de personal sanitario en los CCU y en las UME, por la Resolución de 26 de julio de 1999, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud<sup>179</sup>.

El Decreto de 24/2003, de 6 de marzo, por el que se desarrolla la estructura orgánica de los servicios periféricos de la Gerencia Regional de Salud, crea la GES. Su función es gestionar y coordinar la asistencia a las urgencias y emergencias extrahospitalarias. Su ámbito de actuación se extiende a todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma. Tiene una dependencia directa de los órganos centrales de la Gerencia Regional de Salud, a través de su adscripción a Dirección General de Desarrollo Sanitario<sup>180</sup>.

Mediante el RD103/2006, se establece la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud y se regula por primera vez la cartera de servicios comunes de prestación de atención de urgencias en su anexo IV<sup>181</sup>.

En relación a las funciones de las categorías profesionales, la Ley 2/2007 constituye en su anexo que dentro de las funciones de la *categoría de médico de urgencias y emergencias* está:

---

<sup>179</sup> BOE núm. 190, de 10 agosto 1999, págs. 29463-65.

<sup>180</sup> Sistema Nacional De Salud Atención A La Urgencia Extrahospitalaria Organización En Las Comunidades Autónomas 2009 Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

<sup>181</sup> Real Decreto 1030/2006 de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.

*Prestar asistencia sanitaria de urgencia a todos los pacientes que la demanden, con los medios disponibles a su alcance, fuera del ámbito hospitalario, colaborando con el resto de los servicios sanitarios en la atención de la urgencia. Cualquier otra función relacionada con las descritas que se le asigne reglamentariamente, o venga determinada por una más eficiente gestión.*

El Real Decreto 836/2012, en su artículo 4, establece en cuanto a la dotación de personal:

*1. Dotación mínima de los vehículos: c) Las ambulancias asistenciales de clase C, deberán contar, al menos, con un conductor que esté en posesión del título de formación profesional de técnico en emergencias sanitarias antes citado o correspondiente título extranjero homologado o reconocido, con un enfermero que ostente el título universitario de Diplomado en Enfermería o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de enfermería, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido. Asimismo, cuando la asistencia a prestar lo requiera deberá contar con un médico que esté en posesión del título universitario de Licenciado en Medicina o título de Grado que habilite para el ejercicio de la profesión regulada de médico, o correspondiente título extranjero homologado o reconocido<sup>182</sup>.*

---

<sup>182</sup> Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera.

### ***2.3.2. Derecho a la protección frente a agresiones***

La Gerencia Regional de Salud de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León, aprobó en el año 2008 un Plan Integral de Seguridad frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, con el fin de evitar actitudes agresivas o violentas, de forma que se garantice la calidad asistencial que deben prestar las instituciones sanitarias<sup>183</sup>.

El Seguro de Defensa Jurídica durante estos años han sido las siguientes:

- 2005 – 2011 Europ Assistance.
- 2011 – 2014: Legalitas.
- 2014 – Vigente: ARAG.

Existe un Servicio de atención telefónica 24 horas que es el 902 197 781, desde el año 2008 ha recibido 1.417 llamadas de asesoramiento.

En cuanto a los Procedimientos judiciales interpuestos entre el 2008-2014, existen 153 sentencias condenatorias, en 37 de ellas, condenan al agresor por delito, la mayoría de ellas, 32 sentencias, han calificado los hechos como atentado a funcionario público.

Tras el establecimiento del Plan Integral de Seguridad, frente a las agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud, existe

---

<sup>183</sup> *Portal de salud castilla y León. Plan Integral frente a las Agresiones al Personal de la Gerencia Regional de Salud.* <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursoshumanos/prevencion-riesgos-laborales-sacyl/plan-integral-frente-agresiones-personal-gerencia-regional> (último acceso: 10 de 2 de 2015).

colaboración con la Fiscalía de la Comunidad de Castilla y León, a quien se remiten todas las denuncias presentadas por personal de Sacyl<sup>184</sup>.

El Plan Integral de Seguridad ha promovido modificaciones en la normativa autonómica, como del artículo 34 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, en cuanto al: derecho de los profesionales a ser respetados y valorados, y a la consideración de autoridad pública y presunción de veracidad.

La Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León, también prevé expedientes administrativos sancionadores, de forma que constituirán faltas leves, las faltas de respeto, incorrecto uso de las instalaciones. Faltas graves, las coacciones, amenazas o represalias y faltas muy graves, las agresiones. Durante el periodo 2008-2014, ha habido 16 resoluciones que han sancionado a los agresores con multas económicas desde 300 euros.

En 2014 se crea el Observatorio de la Comunidad de Castilla y León por el Decreto 52/2014, de 16 de octubre. Este sustituye el Observatorio de Agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León creado por el Decreto 48/2009, de 16 de julio.

---

<sup>184</sup> Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Sección de agresiones al personal de centros sanitarios. Balance del Plan Integral frente a las agresiones. 2008-2014.

En el estudio de MARTÍNEZ, se observa que, los profesionales sanitarios de Sacyl denuncian únicamente los incidentes graves en los que se producen lesiones que requieren atención médica<sup>185</sup>.

A través del Observatorio de Agresiones al personal de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, se conocen datos respecto de las agresiones acontecidas en el transcurso de los años 2012 y 2013 (tabla 14); también, sobre el tipo de agresiones (gráfico 4).

Tabla 14. Número de agresiones acaecidas en Sacyl en los años 2012 y 2013<sup>186</sup>

Nº Incidentes	Año		Variación
	2012	2013	2012-2013
<b>Hospitales</b>	173	217	25%
<b>At. Primaria</b>	154	142	-8%
<b>Emergencias S.</b>	3	1	-
<b>G. Regional S.</b>	1	0	-
<b>TOTAL</b>	331	360	9%

<sup>185</sup> MARTÍNEZ LEÓN, M., QUEIPO BURÓN, D., IRURTIA MUÑIZ, J. «Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León.» *Revista Española de Medicina Legal* 38, nº 1 (2012), págs. 5-10.

<sup>186</sup> Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Sección de agresiones al personal de centros sanitarios. Análisis de los datos contenidos en el registro de agresiones.2014.

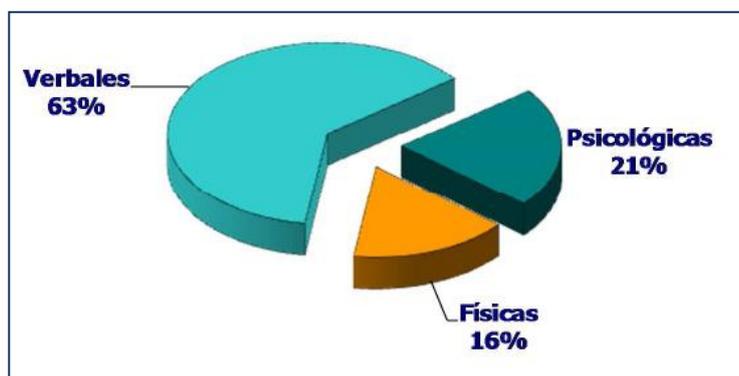


Gráfico 4. Agresiones por tipo, durante el 2014 en Sacyl<sup>187</sup>

En el gráfico 5, se observa la evolución de la tasa de incidencia, que en caso de Emergencias Sanitarias es de 12,7, en el 2014. Siendo:

Tasa de Incidencia =  $n^{\circ}$  Incidentes x 1.000 /  $n^{\circ}$  Trabajadores Sacyl<sup>188</sup>



Gráfico 5. Evolución de la tasa de incidencia de agresiones<sup>189</sup>

<sup>187</sup> Observatorio de la Comunidad de Castilla y León, *op. cit.*, pág., 5.

<sup>188</sup> *Ibíd.*, pág., 6.

<sup>189</sup> *Ibíd.*, pág., 7.

### ***2.3.3. Responsabilidad Civil/Patrimonial***

El seguro de responsabilidad civil/ patrimonial que la Gerencia Regional de Salud Sacyl para el periodo comprendido entre el 2014-2016, está contratado con la compañía MAPFRE<sup>190</sup>.

La condición de Asegurado la tienen:

*La totalidad de los empleados que, en el momento de producirse el siniestro, presten servicio activo en la Gerencia Regional de Salud Sacyl.*

*En el colectivo asegurado, se incluyen el personal funcionario, el personal interino, el personal laboral (ya sea fijo, por tiempo indefinido o temporal o cualquier otra modalidad prevista por el Estatuto de los Trabajadores), el personal directivo, el personal eventual y el personal estatutario.*

*Se incluyen también los becarios y personal en formación. Los médicos internos residentes (MIR) que desempeñen su formación en centros de la Gerencia Regional de Salud tendrán también cobertura en la presente póliza.*

La actividad incluida en la póliza incluye:

*La prestación de servicios sanitarios y/o sociosanitarios a las personas conforme a la regulación que de esta actividad establece la legislación vigente, así como otras relacionadas o instrumentales de las anteriores.*

---

<sup>190</sup> Pliego de Prescripciones Técnicas. Contratación Seguro de Responsabilidad Civil/patrimonial. Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL).

Tienen la consideración de daños y perjuicios indemnizables en el contrato de seguro:

*1.5.1. Daños corporales:*

*La muerte, lesiones u otros atentados a la integridad física o la salud de las personas.*

*1.5.2. Daños Materiales:*

*La destrucción, deterioro o pérdida de cosas o animales.*

*1.5.3. Daños Morales derivados de daños corporales o materiales*

*Los daños inmateriales que sean consecuencia directa de unos previos daños corporales, físicos o psíquicos.*

*1.5.4. Daños Morales Puros:*

*Los daños inmateriales que no sean consecuencia directa de unos previos daños corporales, físicos o psíquicos*

*1.5.5. Perjuicios económicos consecutivos:*

*Las pérdidas económicas ocasionadas como consecuencia directa de los daños corporales o materiales indemnizables sufridos por el reclamante de dicha pérdida.*

La responsabilidad cubierta por el contrato incluye:

*1.8.1. Profesional:*

*La responsabilidad derivada de los daños o perjuicios producidos a terceros como consecuencia del ejercicio profesional, tanto en su vertiente sanitaria como no sanitaria.*

*1.8.4. Patrimonial:*

*Es la responsabilidad que le sea exigida a la Institución cuando la reclamación del perjudicado se encauce por la vía de la Responsabilidad Patrimonial de la Administración, según lo*

*establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.*

Se consideran excluidas de en contrato suscrito, las siguientes:

*3.3.1. Las derivadas directamente de la potestad reglamentaria de la administración salvo las que se produzcan por error u omisión en actuación material, intelectual y/o prestacional del asegurado.*

*3.3.2. La responsabilidad resultante de intervenciones médicas o quirúrgicas, o de actividades sanitarias no incluidas en la cartera de Servicios de la Gerencia Regional de Salud.*

*3.3.3. La responsabilidad derivada de la utilización de procedimientos curativos y de medios ajenos a la buena y reconocida práctica médica o que no hayan recibido reconocimiento de entidades científicas o de profesionales médicos de reconocido prestigio.*

*3.3.4. Las consecuencias de recetar y/o administrar productos farmacéuticos no aprobados por la Autoridad Sanitaria.*

*3.3.5. Reclamaciones derivadas de daños meramente estéticos por no haber obtenido la finalidad propuesta en la operación de cirugía plástica, no reparadora.*

*3.3.6. La responsabilidad de la GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE CASTILLA Y LEÓN (SACYL) y de los Asegurados por daños que tengan su origen en actos dolosos o derivados de la infracción o incumplimiento voluntario e injustificado de las normas que rigen las actividades objeto del seguro y haya sido así declarado por resolución judicial firme, con excepción de la*

*responsabilidad civil subsidiaria que pudiera corresponder a SACYL en su condición de empleador.*

*3.3.7. Las reclamaciones fundadas en pactos o acuerdos que modifiquen la legalmente exigible en ausencia de ellos.*

*3.3.8. El pago de multas, penalizaciones o sanciones impuestas por los Tribunales y demás Autoridades.*

*3.3.9. Queda excluido cualquier daño inmaterial que no sea consecuencia directa de daños materiales y/o corporales, garantizados por el contrato. No obstante quedan cubiertas las indemnizaciones por daños morales que no sean consecuencia directa de unos previos daños corporales, físicos o psíquicos, con un límite por siniestro de 75.000 y un límite por anualidad de 750.000 E.*

*3.3.10 Queda excluido el perjuicio económico que no sea consecuencia directa de daños materiales y/o corporales, garantizados por el contrato.*

*3.3.11. Reclamaciones por daños en el ámbito del seguro obligatorio para la realización de ensayos clínicos, tal y como se encuentran regulados en el R.D. 223/2004, de 6 de febrero.*

*3.3.12. Reclamaciones por daños en el ámbito del seguro obligatorio de responsabilidad civil de instalaciones radiactivas según lo dispuesto en la Ley 25/1964, de 29 de abril, sobre energía nuclear.*

*3.3.13. La responsabilidad derivada del uso y circulación de vehículos a motor y de los elementos remolcados o incorporados a los mismos, autorizados en circulación de vías públicas.*

*3.3.14. La responsabilidad derivada de daños causados por cualquier artefacto, nave o aeronave destinados a la navegación o sustentación acuática o aérea.*

*3.3.15. Los daños a los inmuebles de terceros utilizados por el asegurado para el desarrollo de su actividad.*

*3.3.16. Las responsabilidades que deban ser objeto de cobertura por un seguro obligatorio.*

*3.3.17. Los daños por hechos de guerra civil o internacional, motín o tumulto popular, terrorismo, terremotos e inundaciones y otros eventos extraordinarios.*

*3.3.18. Las reclamaciones por asbestosis o cualquiera otra enfermedad, incluido el cáncer, debidas a la fabricación, elaboración, transformación, montaje, venta o uso de amianto o de productos que lo contengan.*

*3.3.19. Exclusiones específicas para la cobertura de responsabilidad civil patronal o por accidentes de trabajo:*

*Las reclamaciones ante hechos que no sean calificados como accidente de trabajo o que estén excluidos del seguro de accidentes de trabajo, así como las reclamaciones de trabajadores que no estén dados de alta a los efectos del seguro obligatorio de accidentes de trabajo o no tengan el seguro obligatorio del régimen especial procedente.*

*Las indemnizaciones y gastos de asistencia por enfermedad profesional o bien por enfermedades no profesionales que contraiga el trabajador con motivo de la realización de su trabajo, así como el infarto de miocardio, trombosis, hemorragia cerebral y*

*enfermedades de similar etiología, salvo que sea calificada como accidente de trabajo.*

*Las reclamaciones por incumplimiento de las obligaciones contractuales del empleador de carácter general de las que no se deriven daños corporales.*

*El resarcimiento de daños materiales.*

#### **2.4. Documentos médico-legales**

Para CASADO, los documentos médico-legales (DML) se definen como:

*Todas aquellas actuaciones escritas que utiliza el médico en sus relaciones profesionales con las autoridades, los organismos, las instituciones o con cualquier persona<sup>191</sup>.*

Se denominan así porque son los que utilizan de forma exclusiva los médicos, y tienen la catalogación de legales porque adquieren legalidad ante las autoridades, ya sean sanitarias, administrativas o judiciales.

##### **2.4.1. Parte judicial de lesiones**

El parte de lesiones es aquel documento médico-legal de notificación obligatoria al juzgado competente, frente a cualquier lesión que pudiera ser constitutiva de falta o delito. Constituye uno de los puntos de partida de diligencias previas o de sumario penal por lesiones o muerte. Su confección es independiente a la historia clínica que también

---

<sup>191</sup> CASADO BLANCO, M. Manual de Documentos Médico-Legales. Consejería de Sanidad y Dependencia. Junta de Extremadura. 2008,pág. 19.

debe realizarse quedando, posteriormente, archivada la copia del parte junto a la historia clínica<sup>192</sup>.

El parte se confecciona por el médico que asiste por primera vez a un lesionado, permite poner en conocimiento del Juez o de la autoridad judicial la existencia, en el paciente tratado, de lesiones y sus características (morfológicas, topográficas, etc.).

Se entiende por lesión:

*Toda alteración que produzca menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental, independientemente del mecanismo causal. Habrá que notificar las de causa accidental, criminal o autoinfringidas*<sup>193</sup>.

---

<sup>192</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 561.

<sup>193</sup> CASADO BLANCO, M., *op. cit.*, pág. 24.

Tabla 15. Obligación de parte judicial<sup>194</sup>

---

Maltrato a menores e incapaces
Violencia de género
Agresiones sexuales
Heridas por arma blanca o de fuego
Accidentes de tráfico o accidentes laborales
Abortos no incluidos entre los supuestos legales
A petición del lesionado
Envenenamiento e intoxicación
Agresiones y peleas
Auxilio o cooperación al suicidio
Muertes de causa no natural
Lesiones de origen sospechoso
Cualquier otra que pudiera suponer un delito

---

Esta obligación de comunicar a la Autoridad Judicial un hecho violento o sospechoso de criminalidad es una obligación legal y viene determinada por los siguientes artículos de la Ley de Enjuiciamiento Criminal<sup>195</sup>:

---

<sup>194</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 562.

<sup>195</sup> Real Decreto de 14 de septiembre de 1882, por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. «BOE» núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.

*Artículo 259: El que presenciare la perpetración de cualquier delito público está obligado a ponerlo inmediatamente en conocimiento del Juez de instrucción, de Paz, Comarcal o Municipal, o Funcionario fiscal más próximo al sitio en que se hallare [...].*

*Artículo 262: Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, 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 al sitio.*

*Artículo 355: Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.*

El incumplimiento de esta obligación de comunicación por parte del médico a la Autoridad Judicial puede ser castigado conforme fija el artículo 408 del CP, que establece:

*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 público por tiempo de seis meses a dos años.*

De esta forma, a toda persona que acuda a un centro sanitario para ser asistida por una lesión, se le debe preguntar cuál ha sido el

mecanismo de producción de la misma y proceder a anotarlo en la historia clínica, añadiendo que el mecanismo ha sido referido por la persona lesionada o, si estuviera imposibilitada para hacerlo, por quien ostente temporalmente su representación. Si el relato implicara una agresión por otra u otras personas, se debe elaborar el correspondiente parte judicial de lesiones y remitirlo al Juzgado<sup>196</sup>.

En Andalucía, a través del Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones, se establece incluir explícitamente finalidades epidemiológicas y estadísticas, y prevé que a tales fines los datos sean sometidos al correspondiente proceso de disociación<sup>197</sup>. XIFRO considera que la tradición consolidada de comunicación obligatoria, puede ser el punto de partida de un sistema de vigilancia epidemiológica de las lesiones, en particular de las derivadas de violencia interpersonal. Desde este punto de vista, la mencionada norma es, a su parecer, un paso en la buena dirección<sup>198</sup>.

#### ***2.4.2. Certificado de defunción***

El certificado de defunción es un DML de valor jurídico y administrativo, que acredita la muerte del fallecido y es imprescindible

---

<sup>196</sup> CASTELLÓ, A., FRANCÉS, F., VERDU, F. «Parte judicial de lesiones: uso y abuso.» *Medicina Clínica* 139, nº 2 (2012), pág. 83.

<sup>197</sup> Decreto 3/2011 de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones.

<sup>198</sup> XIFRO, A., BARDENÁ, E., SUELVES, J.M. «Parte judicial de lesiones: de la tradición a la prevención.» *Medicina Clínica* 141, nº 1 (2013), pág. 45.

para que el juzgado expida la Licencia de Enterramiento, este es el documento que permite la inhumación y el traslado del cadáver hasta el tanatorio o el cementerio. Constituye la base del registro epidemiológico de las causas de defunción y de las estadísticas de mortalidad<sup>199</sup>.

Estos términos han sido recogidos en la Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil<sup>200</sup>, que modifica el artículo 66 de la Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil<sup>201</sup>:

*En el certificado, además de las circunstancias necesarias para la práctica de la inscripción, deberán recogerse aquellas que se precisen a los fines del Instituto Nacional de Estadística y, en todo caso, la existencia o no de indicios de muerte violenta y, en su caso, la incoación o no de diligencias judiciales por el fallecimiento si le fueran conocidas o cualquier motivo por el que, a juicio del facultativo, no deba expedirse la licencia de enterramiento.*

El Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil<sup>202</sup>, en su artículo 274, dice:

---

<sup>199</sup> GARCÍA ÁLVAREZ, A.C., DE LLAMA ARAUZ, B., LÓPEZ ROME, A. «Elaboración de documentos médico-legales. Protocolo.» *Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 19 (ABRIL 2012), pág. 16.

<sup>200</sup> Ley 19/2015 de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. «BOE» núm. 167, de 14 de julio de 2015.

<sup>201</sup> Ley 20/2011 de 21 de julio, del Registro Civil. «BOE» núm. 175, de 22 de julio de 2011.

<sup>202</sup> Decreto de 14 de noviembre de 1958, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil. «BOE» núm. 296, de 11 de diciembre de 1958.

*El facultativo que haya asistido al difunto en su última enfermedad o cualquier otro que reconozca el cadáver enviará inmediatamente al Registro parte de defunción en el que, además del nombre, apellidos, carácter y número de colegiación del que lo suscriba, constará que existen señales inequívocas de muerte, su causa y, con la precisión que la inscripción requiere, fecha, hora y lugar del fallecimiento y menciones de identidad del difunto, indicando si es conocido de ciencia propia o acreditada y, en este supuesto, documentos oficiales examinados o menciones de identidad de persona que afirme los datos, la cual también firmará el parte. Si hubiere indicios de muerte violenta se comunicará urgente y especialmente al encargado.*

El nuevo certificado médico de defunción, que entró en vigor en enero de 2009, unifica en un impreso el certificado médico y el boletín estadístico de defunción, lo que facilita la cumplimentación, y así evita las discordancias y las duplicidades del anterior, en el que las causas de defunción se registraban en dos documentos diferentes<sup>203</sup>.

### ***2.4.3. Historia clínica***

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier aspecto, sobre la situación y la evolución de un paciente a lo largo del proceso asistencial.

Su función principal es facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el

---

<sup>203</sup> GARCÍA ÁLVAREZ, A.C., *op. cit.*, pág. 16.

conocimiento veraz y actualizado del estado de salud. También lo es en la vida extraasistencial, ya que se considera un apoyo fundamental a la hora de valorar por los tribunales una eventual responsabilidad profesional del médico.

En definitiva, la historia clínica es un DML importante, ya que ha pasado de ser una documentación que servía para valorarlos criterios médico-asistenciales, a un documento con criterios médico-legales. La aportación de la historia clínica puede tener una gran trascendencia tanto a favor como en contra del médico en un proceso por responsabilidad profesional<sup>204</sup>.

Se puede definir el concepto de historia clínica de acuerdo a como lo hace la LAP en su artículo 14:

- 1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro.*
- 2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo en el que consten, de manera que queden garantizadas*

---

<sup>204</sup> PASTOR BRAVOA, M., RODES LLORETA, F. «Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General (I). Documentos médico-legales: parte de lesiones, historia clínica.» *SEMERGEN* 31, nº 3 (2005), pág. 127.

*su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.*

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

*4. Las Comunidades Autónomas aprobarán las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptarlas medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.*

En cuanto al contenido que la historia clínica ha de tener, el artículo 15 de la LAP contempla que:

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

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

*a. La documentación relativa a la hoja clínico estadística.*

- b. La autorización de ingreso.*
- c. El informe de urgencia.*
- d. La anamnesis y la exploración física.*
- e. La evolución.*
- f. Las órdenes médicas.*
- g. La hoja de interconsulta.*
- h. Los informes de exploraciones complementarias.*
- i. El consentimiento informado.*
- j. El informe de anestesia.*
- k. El informe de quirófano o de registro del parto.*
- l. El informe de anatomía patológica.*
- m. La evolución y planificación de cuidados de enfermería.*
- n. La aplicación terapéutica de enfermería.*
- ñ. El gráfico de constantes.*
- o. El informe clínico de alta.*

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

*3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.*

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

En el caso de la historia clínica en medicina de urgencias y emergencias, esta consta de un solo documento en el que figura la anamnesis, la exploración física, las órdenes médicas y la aplicación de enfermería. En esta historia también habrá que hacer constar la información otorgada al paciente, el consentimiento verbal concedido por el paciente y las rúbricas de los sanitarios que han facilitado la asistencia. Cuando el paciente sea dado de alta *in situ*, el documento que constituye la historia clínica del acto asistencial será también el informe de alta y se le facilitará al paciente. En caso de que el paciente precisara derivación para asistencia hospitalaria, la historia clínica será además un informe de urgencia y se aportará a los médicos de urgencias hospitalarias.

Los usos que la historia clínica puede tener, están regulados en el artículo 16 de la LAP, y son los siguientes:

- 1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. 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.*
- 2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.*
- 3. 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. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente.*

*El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.*

*4. 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.*

*5. 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.*

*6. El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.*

*7. Las Comunidades Autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.*

La responsabilidad de la conservación de la documentación clínica recaerá según el artículo 17 de la LAP en:

*1. 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.*

*2. 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.*

*3. 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.*

*4. 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.*

*5. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.*

*6. Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.*

*La LAP establece, en su artículo 18, que los titulares de acceso a la historia clínica son:*

*1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.*

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

*3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.*

*4. 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. 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. No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.*

En la práctica de la asistencia médica es complicado, a veces, cumplimentar la historia clínica debido a las múltiples causas que pueden concurrir, en el caso de la asistencia médica de emergencias, dificultan esta tarea la necesidad de premura en la atención sanitaria y el ambiente no controlado en que se desempeña esta asistencia sanitaria. Pero, a pesar de estos problemas siempre es necesario que el facultativo realice una historia clínica de cada paciente, lo más completa posible, ya que no solo va a suponer una mayor calidad asistencial, sino que además va a ser el DML fundamental en el caso de ser necesario una defensa.

### **2.5. Uso de la fuerza**

Las medidas coercitivas son y han sido una constante en la práctica psiquiátrica, pero hay una radical diferencia entre el pasado y el presente: hoy la coerción solo tiene sentido en aquellos casos en los que el paciente no tenga la competencia mental necesaria para discernir,

cuando exista grave riesgo para la seguridad del paciente y de terceros, o siempre que sea una condición necesaria para el empleo de un tratamiento efectivo. La aplicación de las medidas de contención se ha de realizar de forma honesta, teniendo en cuenta la dignidad de la persona. Estos valores éticos ya forman parte de las normas legales de todos los Estados de Derecho, pero requieren, por encima de todo, de profesionales comprometidos, sensibles y formados, que sean capaces de entender su trabajo como una aportación esencial para la recuperación de la autonomía y de los plenos derechos de ciudadanía de muchas de las personas afectadas por trastornos psiquiátricos graves o trastornos orgánicos, que hacen limitar sus capacidades de juicio<sup>205</sup>.

Se podría definir una urgencia psiquiátrica como cualquier perturbación en el pensamiento, los sentimientos o la conducta para la que se necesita una intervención terapéutica inmediata.

La frecuentación de servicios sanitarios debido a urgencias psiquiátricas es cada vez mayor, en la mayor parte de los países occidentales. A la atención tradicional urgente personas con trastornos esquizofrénicos y afectivos, se está añadiendo la atención urgente a pacientes con trastornos de personalidad, abuso de tóxicos o trastornos conductuales en el curso de una demencia, así como con problemas relacionados con situaciones vitales o demandas sociales como la

---

<sup>205</sup> RAMOS, J. «Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el tratamiento involuntario.» *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica* 13, n<sup>o</sup> 49 (Julio-septiembre 2007), pág. 1

atención urgente a las víctimas de violencia de género. Las urgencias psiquiátricas ya suponen alrededor de un 10% del total de consultas atendidas en los Servicios Generales de Urgencias, y de ellas, aproximadamente una cuarta parte terminan en ingresos hospitalarios<sup>206</sup>.

Del total de patologías atendidas por las UME en Emergencias Sanitarias Sacyl, en el 2013 los trastornos mentales constituyen un 10,5%<sup>207</sup>.

### ***2.5.1. Principales Síndromes en la Urgencia Psiquiátrica***

#### **a. Conducta Suicida**

La ideación y el intento suicida son dos de los motivos más frecuentes de la consulta en la urgencia psiquiátrica. El 90% de los pacientes que intentan suicidarse padece algún tipo de trastorno mental, siendo los trastornos afectivos, las esquizofrenias, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad las patologías con mayor prevalencia. El suicidio es causa de aproximadamente un millón de fallecimientos al año en todo el mundo<sup>208</sup>.

En 2013 (últimos datos disponibles), del Instituto Nacional de Estadística, en España, fallecieron por suicidio 3.870 personas (2.911 hombres y 959 mujeres). La tasa de suicidio se situó en 8,3 fallecidos por

---

<sup>206</sup> OLIVARES DÍEZ, J.M. «Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas.» En *Manual de Psiquiatría*, 661-676. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores, 2009, págs. 661-662.

<sup>207</sup> Informe de actividad 2014, *op. cit.*, pág. 35.

<sup>208</sup> OLIVARES DÍEZ, J.M., *op. cit.*, págs. 666-667.

cada 100.000 personas (12,7 en los hombres y 4,1 en las mujeres)<sup>209</sup>. En Castilla y León, en 2013, hubo un total de 210 muertes por suicidio, 164 hombres y 46 mujeres<sup>210</sup>

El riesgo de suicidio se incrementa en pacientes con antecedentes de trastornos psiquiátricos, en aquellos con intentos de suicidio previos y en los pacientes que se encuentra que han planeando activamente el suicidio<sup>211</sup>.

#### b. Crisis de Angustia

Las manifestaciones de ansiedad en sus diversas formas son uno de los motivos de consulta más frecuentes en urgencias y emergencias. Se puede presentar de forma secundaria a muchas patologías médicas, acompañando a la mayor parte de los trastornos psiquiátricos, o como una entidad propia en forma de episodios intensos, de aparición espontánea, de unos 30 minutos de duración, denominados crisis de angustia o trastorno de pánico<sup>212</sup>.

---

<sup>209</sup> Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. 2013. Pág.5

<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>.» (último acceso: 20 de 11 del 2015).

<sup>210</sup> *Estadística de Castilla y León*. 2013.

[http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/\\_/\\_/\\_](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/_/_/_)  
(último acceso: 20 del 4 de 2015).

<sup>211</sup> NADEJDA ALEKSEEVA, MD. «Urgent and Emergent Psychiatric Disorders.» *Neurologic Clinic* 30 (2012), pág. 329.

<sup>212</sup> OLIVARES DÍEZ, J.M., *op. cit.*, pág. 668.

c. Síndrome de Abstinencia Alcohólica

El síndrome de abstinencia alcohólica es el conjunto de alteraciones que aparecen tras la deprivación brusca, parcial o total, de la ingesta de alcohol en un paciente con una dependencia física a este tóxico; es causada por un brusco desequilibrio en neuroadaptación lograda en ese paciente, por el consumo prolongado de alcohol. La abstinencia alcohólica es siempre una urgencia médica, que requiere un rápido tratamiento, con una potencial evolución a delirium o crisis comiciales<sup>213</sup>.

d. Agitación Psicomotriz

La agitación es un estado de hiperactividad psíquica y motora desorganizada, que puede ir acompañado de alteraciones afectivas, del pensamiento y, en ocasiones del estado de consciencia, típicamente fluctuantes. Pueden tener un origen orgánico o deberse a trastornos psíquicos<sup>214</sup>.

Constituye una urgencia, tanto desde el punto de vista de que suele preceder a conductas violentas (tanto auto como heteroagresivas) que se deben contener, como por la necesidad de descartar lo antes posible un síndrome orgánico que pueda ser el causante de la misma. En cuanto a las causas orgánicas, lo más habitual son síndromes confusionales (delirium), cursan con evolución fluctuante y periodos de agitación. Las intoxicaciones o la abstinencia de diversas sustancias,

---

<sup>213</sup> OLIVARES DÍEZ, J.M., *op.cit.*, pág. 673.

<sup>214</sup> JIMÉNEZ MURILLO, L., *op. cit.*, pág. 381-385.

fármacos, enfermedades endocrinas, metabólicas, neurológicas o sistémicas, son las etiologías más frecuentes. En estos casos suelen existir alteraciones del nivel de consciencia, orientación y atención, además de posibles anomalías en las constantes vitales, que no suelen observarse en las agitaciones de origen psiquiátrico, cuya causa más frecuente son las psicosis y entre ellas, la esquizofrenia. En todo caso, debe descartarse la coexistencia de trastornos psiquiátricos y consumo de tóxicos.

En cuanto a la agitación psicomotriz debida a trastornos psiquiátricos, nos podemos encontrar con una descompensación aguda del paciente esquizofrénico, al igual que cualquier otro paciente con un episodio psicótico, experimenta importantes distorsiones de la realidad que pueden conducir en ocasiones a cuadros de agitación. De hecho, aunque psicótico no es sinónimo de violencia, el riesgo es 15 veces mayor que en personas sanas. Se pueden diferenciar dos tipos de factores identificados en la conducta violenta del paciente psicótico, uno atribuible a características del paciente y otro a las características del entorno terapéutico. Entre los primeros destacan que el paciente sea joven, esquizofrénico, con historia de conductas disruptivas, que el internamiento sea involuntario, historia de múltiples hospitalizaciones, entorno familiar conflictivo y abuso de tóxicos<sup>215</sup>.

---

<sup>215</sup> OLIVARES DÍEZ, J.M., *op. cit.*, pág. 670.

Tabla 16 Factores que predisponen a la conducta violenta<sup>216</sup>

Autoagresividad	Heteroagresividad
Sexo masculino	Sexo masculino
Edad >55 años	Edad: 15-30 años
Estado civil: soltero o viudo	Bajo nivel socioeconómico
Desempleo o aislamiento sociofamiliar	Ausencia de vínculos
Conductas suicidas previas	Historia violenta anterior
Historia familiar de suicidio	Delirio de origen orgánico o tóxico
Enfermedad orgánica grave, crónica o dolorosa de base	Trastornos paranoides
Trastornos psicóticos (delirios, alucinaciones auditivas)	Trastornos psicóticos con alucinaciones auditivas
Trastorno depresivo (ideas de culpa, nihilismo)	Trastornos maníacos
Trastorno de personalidad (borderline)	Trastornos de personalidad (borderline, disocial)
Trastorno de adaptación (acontecimientos vitales recientes)	
Trastornos mentales y del comportamiento por consumo de psicotropos	

Como se ha estado manifestando, en no pocas ocasiones el manejo de las urgencias psiquiátricas resulta muy complejo, ya que se suma la presión asistencial, las exigencias de inmediatez diagnóstica y terapéutica de cualquier urgencia, los riesgos propios de un paciente que puede presentar alteraciones de conducta, y la actuación en el ámbito extrahospitalario, donde el desempeño médico se hace en un entorno no

<sup>216</sup> JIMÉNEZ MURILLO, L., *op. cit.*, pág. 382.

controlado. La seguridad tanto para el paciente como para los propios profesionales, ha de ser siempre garantizada.

En estos casos conflictivos, en las actuaciones extrahospitalarias, se solicitará que se personen las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado (FCSE) que prestarán el auxilio demandado<sup>217</sup>, como establece el artículo 11.1.b de la Ley Orgánica 2/1986, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que les atribuye las funciones de:

*Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa<sup>218</sup>.*

En el Área de Salud de Salamanca, se estableció en 2010 un protocolo de atención a personas con enfermedad mental siguiendo las directrices de la Recomendación publicada en el «*Estudio y recomendaciones del Defensor del Pueblo sobre la situación jurídica y asistencial del enfermo mental en España (1991)*» según la cual se recomendaba la necesidad de que:

*Se realicen convenios de colaboración entre la administración sanitaria, jueces, fiscales y Fuerzas de Seguridad para que la competencia de la administración sanitaria en materia de traslados*

---

<sup>217</sup> Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias, *op. cit.*, pág. 223-225.

<sup>218</sup> Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Jefatura del Estado.

*de enfermos psíquicos pueda llevarse a cabo con la fluidez necesaria*<sup>219</sup>.

En la actualidad este protocolo está en proceso de revisión.

### **2.5.2. Medidas terapéuticas**

Las medidas terapéuticas para la atención de pacientes que presenten agitación, están dirigidas a la contención y ésta puede dividirse en tres:

#### **a. Contención Verbal**

Sería el primer paso dentro de todo el proceso. Nos debemos dirigir al paciente de forma educada, en tono bajo, pero con seguridad y firmeza, mostrándole nuestro interés por su problema, escuchándole y ofreciéndole ayuda. En general, la contención verbal suele ser insuficiente para controlar el cuadro de agitación, sobre todo en casos de agitación orgánica<sup>220</sup>.

#### **b. Contención Mecánica (Sujeción)**

Va encaminado a disminuir los riesgos de auto o heteroagresividad, impedir la manipulación de otras medidas terapéuticas como vías o sondas o evitar la fuga de un paciente ingresado involuntariamente. Generalmente se aplica contra la voluntad del enfermo, dándose el consentimiento del paciente en contadas excepciones. La inmovilización

---

<sup>219</sup> Protocolo de atención a personas con enfermedad mental. Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca. Junta de Castilla y León 2010.

<sup>220</sup> JULIÁN JIMÉNEZ, A., *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo*, 2010, págs. 1362-1363.

de un paciente es un último recurso y una medida sanitaria preventiva de daños, dicha medida deberá reflejarse en la historia clínica del enfermo. El paciente que se encuentre en esta situación de sujeción, requerirá mayores atenciones de vigilancia y atención médica, que si no estuviese en esa situación<sup>221</sup>.

En estos casos que sean necesarios la «*reducción física*» se aconseja solicitar la presencia y ayuda de las FCSE<sup>222</sup>. En ningún caso el médico deberá tratar de reducir por la fuerza a un paciente psiquiátrico o que presente un cuadro de agitación, y menos si está armado. No es misión del facultativo la «*captura*» del enfermo agitado, pero sí su sedación y traslado a un centro psiquiátrico<sup>223</sup>.

#### c. Contención Farmacológica (Sedación)

Debe utilizarse en la mayor parte de los casos, tanto los trastornos psiquiátricos como los orgánicos. El arsenal terapéutico utilizado va a consistir en la administración de benzodiazepinas, fármacos de elección cuando no existan síntomas psicóticos, si por el contrario estos síntomas aparecen, se administrará neurolepticos. Empero, la combinación racional de benzodiazepinas y neurolepticos puede ser más eficaz que cada fármaco por separado<sup>224</sup>.

---

<sup>221</sup> GÓMEZ JARA, M. *Trastornos psiquiátricos y derecho*. Barcelona: Atelier, 2008, págs. 56-60.

<sup>222</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 1175.

<sup>223</sup> Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias, *op. cit.*, pág. 228.

<sup>224</sup> JIMÉNEZ MURILLO, L., *op. cit.*, págs. 384-385.

En la mayoría de los casos, estos tratamientos tendrán que ser instaurados de forma forzosa, debido a la falta de conciencia de enfermedad del paciente, que le impide dar consentimiento de forma libre, la LAP permite que esos pacientes puedan otorgar su consentimiento por representación, ateniéndose al apartado a del su artículo 9.3:

*Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones a criterio del médico responsable de su asistencia*<sup>225</sup>.

Finalmente la actuación en estos pacientes, se completará con otras medidas de protección de dichos enfermos, como su traslado a un hospital con atención psiquiátrica, en el que el psiquiatra valorará la necesidad, con finalidad terapéutica, de un internamiento voluntario o involuntario<sup>226</sup>.

Las actuaciones antes mencionadas, pueden conllevar una limitación de la libertad de la paciente. La libertad es un derecho fundamental, con amparo legal en diversas normas de nuestro Ordenamiento Jurídico.

En primer lugar, encuentra asiento en nuestra norma princeps, la CE. Así en el Título I. De los derechos y deberes fundamentales, el artículo 10 reconoce como derechos de la persona:

*1. La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la Ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.*

---

<sup>225</sup> GÓMEZ JARA, M., *op. cit.*, págs. 67-69.

<sup>226</sup> GÓMEZ JARA, M., *op. cit.*, págs. 75-78.

*2. Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los Tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España.*

En el Capítulo segundo. Derechos y libertades, su artículo 15 CE, reza:

*Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a penas o tratos inhumanos o degradantes.*

En el artículo 17.1, se establece CE:

*Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad. Nadie puede ser privado de su libertad, sino con la observancia de lo establecido en este capítulo y en los casos y en la forma prevista en la ley<sup>227</sup>.*

En segundo lugar, dos Convenios, suscritos por España, son de especial interés para las restricciones de libertad realizadas en la esfera sanitaria:

- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (Roma, 4-11-1950). Ratificado el 26 de septiembre de 1979<sup>228</sup>.

---

<sup>227</sup> Constitución Española. BOE «311.1» de 29 diciembre 1978.

<sup>228</sup> BOE núm. 243, 10 octubre 1979, págs. 23564-70.

- Convenio de Derechos Humanos y Biomedicina, conocido como Convenio de Oviedo<sup>229</sup>.

Dicho Convenio de Oviedo, en su artículo 7, que hace referencia a la protección de las personas que sufran trastornos mentales, dispone que:

*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 mencionado Convenio en su artículo 8, referido a situaciones de urgencia, se preceptúa lo siguiente:

*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 en favor de la salud de la persona afectada.*

Por último, es importante también, reseñar el artículo 26 del convenio mencionado que hace referencia a restricciones al ejercicio de los derechos. En él se formula lo siguiente:

*El ejercicio de los derechos y las disposiciones de protección contenidos en el presente Convenio no podrán ser objeto de otras restricciones que las que, previstas por la ley, constituyan medidas necesarias, en una sociedad democrática, para la seguridad*

---

<sup>229</sup> BOE núm. 251, 20 octubre 1999, págs. 36826-28.

*pública, la prevención de las infracciones penales, la protección de la salud pública o la protección de los derechos y libertades de las demás personas.*

En cuanto a la legislación nacional, la Ley General de Sanidad junto con la LAP, son las normas de referencia en relación con la enfermedad mental.

En concreto, el artículo 9.2 de la LAP, en referencia a los límites del consentimiento informado y consentimiento por representación, señala:

*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: [...]*

*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.*

*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 tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. [...]*

*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. Si el paciente es una persona con discapacidad, se le ofrecerán las medidas de apoyo pertinentes, incluida la información en formatos adecuados, siguiendo las reglas marcadas por el principio del diseño para todos de manera que resulten accesibles y comprensibles a las personas con discapacidad, para favorecer que pueda prestar por sí su consentimiento».*

El Constitucional se ha manifestado acerca de la primacía de la voluntad del paciente respecto a la asistencia médica, revelando que la primera primaría sobre la segunda. No obstante, cuando la voluntad se encuentra ausente, prevalece el derecho a la vida y a la integridad física, en esta deriva se encuentran la STC 120/1990 y la STC 11/1991<sup>230,231</sup>.

---

<sup>230</sup> STC 120/1999, de 28 de junio de 1999.

La restricción de la libertad consistente en el internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, está regulada en la Ley de Enjuiciamiento Civil. En su artículo 763 afirma:

*1. El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento. La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieren necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiere producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal. En los casos de internamientos urgentes, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde se haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la presente Ley.*

---

<sup>231</sup> STC 11/1991, de 17 de enero de 1991.

*2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.*

*3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oirá a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la presente Ley. En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.*

*4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre la necesidad de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente. Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior. Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las*

*actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre la continuación o no del internamiento. Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atiendan a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán el alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente<sup>232</sup>.*

No obstante, se hace preciso una vez más destacar que el Tribunal Constitucional en Sentencia nº 132, de 2 de diciembre de 2010, recurso 4542/2001 ha declarado inconstitucional, con el efecto establecido en el FJ tercero de dicha Sentencia, el inciso del artículo 763.1 de la Ley de Enjuiciamiento Civil en el que se refiere que:

*El internamiento, por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometido a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial.*

Igualmente se ha declarado inconstitucional, con idéntico efecto, el inciso del mencionado artículo en que se señala que:

*La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida.*

El efecto previsto en el FJ tercero de la Sentencia que se cita es:

*Instar al legislador para que a la mayor brevedad posible, proceda a regular la medida de internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico mediante ley orgánica.*

---

<sup>232</sup> Ley 1/2000 de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. «BOE» núm. 7, de 8 de enero de 2000.

Es decir, establece lo que se ha denominado inconstitucionalidad diferida, en tanto que no declara la nulidad del precepto, aun habiendo podido llevarlo a cabo, sino que establece una separación entre inconstitucionalidad y nulidad de la norma. La razón de ser de dicho pronunciamiento lo asienta en la necesidad de evitar un vacío no deseable en el ordenamiento jurídico, máxime cuando no se ha cuestionado el contenido material del precepto impugnado, sino solo el rango formal de su regulación, teniendo en cuenta que nos encontramos ante una materia reservada a ley orgánica, ya que el internamiento involuntario constituye una privación de libertad que afecta al derecho fundamental a la libertad y seguridad personal, garantizado en el artículo 17.1 de la CE.

**M**ARCO EMPÍRICO



## 1. Justificación

El ejercicio de la Medicina se puede desempeñar en un amplio y complejo espectro de campos, no solo en cuanto a la existencia de las diversas especialidades, sino en relación a los heterogéneos entornos físicos en los que el ejercicio de la Medicina se puede realizar. No cabe lugar a duda que la atención médica extrahospitalaria de urgencias y emergencias, también se puede desarrollar en ambientes diversos<sup>233</sup>. Así pues, los SEM desempeñan su trabajo en el que puede ser sin duda el contexto más complejo de todos, por ser este siempre cambiante. El simple hecho de no encontrarse en un entorno más o menos controlado, como puede ser un hospital o un centro de salud, hace que los profesionales se enfrenten a situaciones de muy diversa dificultad y complejidad. Es pues, el medio extrahospitalario el terreno más turbulento y a veces más conflictivo en el que ejercer la Medicina.

Son las respuestas a esas situaciones, las que pudieran traer consecuencias legales. Por tanto, el personal médico de estos Servicios, como responsable único de sus actos y decisiones, es el que debiera de tener un completo conocimiento del marco legal en el que se despliegan sus actuaciones.

El objetivo sería conseguir que las diferentes medidas asistenciales que se adoptasen a la hora de hacer frente a esas situaciones, estuvieran

---

<sup>233</sup> SESMA, J. «Urgencias y emergencias: al servicio del ciudadano.» *Anales Sistema Sanitario Navarro* 33, nº 1 (2010), págs. 5-6.

dotadas de fundamento legal suficiente para poder minimizar las posibles consecuencias legales.

Al dimensionar la situación inicial mediante una revisión bibliográfica, nos encontramos con datos preocupantes en cuanto a la investigación realizada en materia de los aspectos legales implicados en la asistencia médica de los SEM, en España en general y en Castilla y León en particular.

Bien es sabido, que la investigación sanitaria es consustancial a la excelencia clínica, hecho inherente también a la Medicina de Emergencias<sup>234</sup>. Es imperiosa la realización de estudios que demuestren el grado de implantación de la normativa legal que regula la asistencia médica de emergencias, para evaluar la situación, y así planificar posibles mecanismos de mejora tales como planes formativos o establecimiento de protocolos de actuación; ello conduciría a una mejora del sistema, que redundaría en el paciente y otorgaría mayor seguridad jurídica a los profesionales, aproximándonos de esta forma a la excelencia clínica.

---

<sup>234</sup> MIRÓ, Ó.«La investigación en medicina de urgencias y emergencias.» *Anales Sistema Sanitario Navarra* 33, nº 1 (2010), págs. 215-225.

## **2. Hipótesis y Objetivos**

*«Es de importancia para quien desee alcanzar una certeza en su investigación, el saber dudar a tiempo»*

Aristóteles

### **2.1. Hipótesis.**

Los médicos del Servicio de Emergencias Sanitarias Castilla tienen un conocimiento de la normativa legal que regula el desempeño profesional mejorable.

### **2.2. Objetivo general.**

Esta tesis pretende abordar, desde la investigación de campo, los distintos aspectos médico-legales que giran en torno al desempeño profesional del personal médico asistencial de Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

### **2.3. Objetivos específicos.**

1. Estudio de la información dada al paciente, desde el punto de vista que define la LAP.
2. Evaluación del consentimiento otorgado por parte del paciente o por los sujetos que le pudieran sustituir.
3. Análisis del respeto a la privacidad y la confidencialidad del paciente.

4. Investigación de la relación con Sacyl desde el punto de vista del profesional médico.
5. Estudio del desempeño profesional desde la perspectiva médico-judicial.
6. Valoración de las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en los pacientes psiquiátricos.

### 3. Material y Método

*«Mide lo que sea medible y haz medible lo que no lo sea»*

Galileo Galilei

#### 3.1. Tipo de estudio

Se trata de un diseño cuantitativo observacional, descriptivo de corte transversal.

#### 3.2. Área de actuación y características

La población estudiada comprende a todos los médicos asistenciales de Emergencias Sanitarias Castilla y León.

La Gerencia de Emergencias Sanitarias de Castilla y León posee 23 UME<sup>235</sup>, en cada una de ellas trabajan 6 médicos, que realizan guardias de 24 horas, salvo en la UME de Valladolid 2 que al efectuar jornadas de 14 horas, cuenta con solo con 4 médicos. En total existen 136 facultativos. Sin embargo, durante el periodo comprendido entre febrero-abril 2015, que es el intervalo temporal en el que se gestiona el envío y recepción de cuestionarios, 8 facultativos están en situación de incapacidad temporal. Las sustituciones de dichas ausencias son realizadas por sus compañeros, para realizar el incremento de la jornada

---

<sup>235</sup> Recursos Emergencias Sanitarias Castilla y León.

<http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/urgencias-emergencias/emergencias-sanitarias-castilla-leon/recursos-emergencias-sanitarias-castilla-leon>. (último acceso: 18 de 10 de 2015).

laboral, impuesta por la actual coyuntura económica<sup>236</sup>. Por lo cual, nos encontramos con una población finita real de 128 médicos asistenciales de emergencias.

Para este estudio no se realiza muestreo, ya que la población total no es muy grande y hay un acceso relativamente fácil a todos ellos, por tanto, se tiene en cuenta a toda la población.

- Criterios de Inclusión: se incluyeron a todos los profesionales médicos asistenciales de emergencias.
- Criterios de exclusión: se excluyeron los facultativos reguladores del CCU y el personal de enfermería.

### **3.3. Fases del estudio**

La realización de este estudio se ha estructurado en cuatro fases:

#### **3.3.1. Planificación-Exploración**

##### **a. Planificación.**

El reto inicial consistía en realizar un estudio que englobara dos proyecciones académicas, la Medicina y el Derecho, y el mejor sitio de llevarla a cabo es el Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Salamanca. Es allí donde se forja esta tesis con la inestimable guía, ayuda y apoyo de mis dos directores de tesis: el Dr. Juan Salvat y el Dr. Secundino Vicente. En aras de centrar el objeto del estudio, y ya que mi ámbito profesional es médico de emergencias

---

<sup>236</sup> Artículo 72.2, «LEY 1/2012, de 28 de febrero, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras»

sanitarias en la UME de Salamanca, se plantea la posibilidad de investigar las implicaciones médico-legales que conlleva el ejercicio del médico de emergencias sanitarias en Castilla y León.

Una vez trazada la línea de investigación, se proyecta un bosquejo de los objetivos de la tesis y las posibles variables del estudio, así como las potenciales escalas de medida de dichas variables. Tras todo este proceso de planificación, comienza un análisis teórico documental, para contactar con lo ya estudiado acerca de esta materia.

Realizar una revisión teórica y bibliográfica sobre el tema objeto de estudio es una actividad necesaria e indispensable en cualquier investigación, pues permitirá conocer, de primera mano, cual es el estado actual del tema en lo que respecta a lo que ya se sabe y a lo que queda por estudiar.

#### b.Revisión de Fuentes de Información

En primer lugar, se realiza una revisión de distintas fuentes de información. Por un lado se efectúa una búsqueda en las fuentes de información terciaria<sup>237</sup> mediante palabras clave y descriptores, sin aplicarse restricciones de idioma, con el fin de explorar las revisiones sistemáticas o trabajos de metaanálisis en la Cochrane Library Plus.

También se consultan las fuentes de información secundaria<sup>238</sup> o bases de datos, utilizando las siguientes bases de datos: MEDLINE, IME,

---

<sup>237</sup> ALEIXANDRE-BENAVENT, R. «Fuentes de información en ciencias de la salud en internet.» *Panace@* 12, nº 33 (2011), pág. 113.

<sup>238</sup> ALEIXANDRE-BENAVENT, R., *op. cit.*, págs. 113-114.

MEDES, LILACS, TESEO, LINCEO+UNED. Posteriormente, se indaga en las fuentes de información primaria<sup>239</sup> buscando en aquellas revistas y libros relacionados con Emergencias Sanitarias y con Medicina Legal.

Para este proceso de búsqueda de información ha resultado muy ventajoso contar con las aplicaciones *online* de la biblioteca virtual de Sacyl, las bibliotecas USAL, tanto la virtual como las físicas y el acceso telemático de la biblioteca UNED.

El procedimiento de búsqueda de información no finaliza en esta fase, se mantiene durante todo el proceso de elaboración de la tesis, con el objetivo de no poner fin a que nueva información enriquezca la memoria.

#### *c. Resultados de la búsqueda*

- En cuanto a la búsqueda en las fuentes documentales antes mencionadas, se ha de remarcar que no se encuentra, ningún estudio sobre «*aspectos médico-legales en emergencias médicas*».
- Únicamente se halla un trabajo en el que se elabora un seguimiento de la LAP en el Servicio de Urgencias Médicas SUMMA 112 de Madrid, durante el año 2005. Para ello, mediante una encuesta de 11 ítems, se evalúa el conocimiento de la

---

<sup>239</sup> ALEIXANDRE-BENAVENT, R., *op. cit.*, pág.114.

mencionada Ley en 26 médicos de dicho Servicio. Este estudio se enmarca en un Máster de Derecho Sanitario<sup>240</sup>.

Fuera del ámbito de las urgencias y emergencias médicas, se descubre algún trabajo que analiza el conocimiento, por parte de los profesionales, de aspectos de la LAP. Así, en 2008, se confecciona una investigación con 330 profesionales de la medicina, tanto de hospitales como de Atención Primaria en las provincias de Alicante, Madrid y Guipúzcoa<sup>241</sup>. Relacionado con el estudio de la LAP y en la esfera quirúrgica, se encuentran otros dos estudios: uno realizado en 2008, en dos hospitales de Sevilla, en el que participan 22 facultativos<sup>242</sup>, el otro, se lleva a cabo en 2010 en el Hospital Virgen Macarena de Sevilla con una muestra de 58 médicos<sup>243</sup>.

- Acerca del conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios, del derecho del paciente a la información clínica, en el ámbito del Hospital Universitario de Granada, se localiza un estudio

---

<sup>240</sup> CARBALLO, J. M. «Seguimiento de la ley 41/2002 de autonomía del paciente en un servicio de urgencias.» En *BIOMEDICINA Y DERECHO SANITARIO*. Madrid: Ademas, 2006, págs. 213-234.

<sup>241</sup> MIRA, J.J. «Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud.» *Gaceta Sanitaria* 24, nº 3 (2010), págs. 247-250.

<sup>242</sup> FERNÁNDEZ-GARRIDO, C. «Conocimiento de la ley de autonomía del paciente por el personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico.» *Enfermería Clínica* 19, nº 6 (2009), págs. 330-334.

<sup>243</sup> LOPERA URIBE, G. E. «Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica.» *Gaceta Sanitaria* 25, nº 6 (2011), págs. 461-467.

que se lleva a cabo en 2011, con una muestra de 200 facultativos<sup>244</sup>.

- En cuanto al consentimiento informado, se descubre un estudio en el contexto de una tesis realizada en el 2011, que aborda el consentimiento informado en el ámbito de la Anestesia en el Complejo Hospitalario de Toledo, involucrando a todos los facultativos de dicha especialidad<sup>245</sup>.
- En relación con la confidencialidad de la historia clínica, se halla un estudio que abarca a los trabajadores de Osakidetza en el ámbito de Atención Primaria, Atención Especializada y Salud Mental, en todas sus categorías (médicos, enfermería, administrativos, celadores, etc.)<sup>246</sup>.
- En cuanto a las Instrucciones Previas o Documento de Voluntades anticipadas (DAV), se localizan un total de cuatro estudios, dos en el área de Atención Primaria y dos en Servicios de Urgencias y UCI. En el área de Atención Primaria de Mataró-Maresme se aplica un cuestionario a todos los profesionales del Equipo de Atención

---

<sup>244</sup> ARENAS LÓPEZ, A. «Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica.» *Revista Española Medicina Legal* 38, nº 1 (2012), págs. 11-16.

<sup>245</sup> LÓPEZ, M. «Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo.» 2011, págs. 203-252.

<sup>246</sup> MUNICIO, J.A. «Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma.» 2009, pág. 66.

Primaria que evalúa la definición conceptual, los aspectos legales y la aplicación del DAV<sup>247</sup>.

En 17 Zonas Básicas de Salud, de 4 provincias de Andalucía, se pasa un cuestionario para evaluar los conocimientos y actitudes sobre las DAV<sup>248</sup>.

Por otro lado, en el ámbito de los Servicios de Urgencias y UCI, se encuentra un estudio sobre el conocimiento de las DAV de los profesionales de las UCI, que se efectúa en nueve hospitales de la Comunidad de Madrid<sup>249</sup>. En 2008 se realiza una encuesta a médicos de Servicios de Urgencias y de las UCI de seis hospitales de la Comunidad Valenciana, respondieron a dicha encuesta 84 médicos<sup>250</sup>.

- Por último, en un estudio realizado en la tesis doctoral «*Ética y Deontología Médica. Ética de los problemas en atención primaria*

---

<sup>247</sup> CHAMPER BLASCO, A. «Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas.» *Atención Primaria* 42, nº 9 (2010), págs. 463-469.

<sup>248</sup> FAJARDO CONTRERAS, M.C. «Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía.» *Semergen* 41, nº 3 (2015), págs. 139-148.

<sup>249</sup> VELASCO-SANZ, T.R. «Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios.» *Medicina intensiva* In Press, Corrected Proof, doi: 10.1016/j.medin.2015.04.011 (2015).

<sup>250</sup> NEBOT, C. «Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas.» *Gaceta Sanitaria* 24, nº 6 (2010), págs. 437-445.

*en la provincia de Toledo»* ejecutada en 2009, se realiza una encuesta a médicos de atención primaria, sobre aspectos éticos<sup>251</sup>.

#### d. Fuentes de Datos Jurisprudenciales

También se realiza consulta en las siguientes fuentes de datos jurisprudenciales, a las que da acceso de manera *online* la Universidad de Salamanca:

- Aranzadi digital.
- LA LEY Digital 360.
- Tirant online.

Y en el buscador de jurisprudencia del Consejo General del Poder Judicial: CENDOJ

En las citadas bases de datos se investiga la jurisprudencia relacionada con los aspectos médico-legales en la atención en emergencias sanitarias.

#### e. Elaboración de Cuestionario

En este momento del estudio, se afianzan los objetivos a estudiar y las variables a medir, para ello se proyecta un instrumento de medida creado *ad hoc*. Esta herramienta, un cuestionario, es elaborado en múltiples reuniones, muy clarificadoras y fecundas, con mis directores de tesis, expertos en la materia.

---

<sup>251</sup> LÓPEZ, S. «Ética y Deontología Médica. Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo.» 2010, págs. 219-349.

El cuestionario es una técnica de recogida de información sobre opiniones, actitudes y habilidades, aplicable a amplias muestras representativas de poblaciones definidas. Su finalidad es recoger información de modo sistemático, de acuerdo con los objetivos de la evaluación, o investigación, sobre las variables que intervienen en la investigación, de una muestra de la población definida<sup>252</sup>.

Las principales fases para la elaboración de los cuestionarios son las siguientes:

1.º Delimitación del rasgo o rasgos a medir, de los contenidos, en coherencia con los objetivos de la investigación, concretado en las variables que se van a estudiar.

2.º Creación de los ítems. Enunciación de proposiciones o elementos iniciales, representativos de las cuestiones que se quiere estudiar. Cada ítem debe centrarse en un sólo aspecto, de un modo claro, preciso, no ambiguo y no excesivamente largo.

Las preguntas que integran un cuestionario necesariamente tendrán que ver con los objetivos de la investigación; es decir, con la naturaleza de la información que se quiera recoger. Se deben incluir preguntas sobre hechos, acciones, de información y preguntas de intención<sup>253</sup>.

---

<sup>252</sup> MARTÍNEZ MEDIANO, C. «Evaluación de programas: modelos y procedimientos.» UNED 2013, pág. 260.

<sup>253</sup> *Ibíd.*, pág. 261.

Se establece, para esta tesis, que el cuestionario contenga variables cualitativas dicotómicas y variables cualitativas ordinales, en formato escala de Likert 5. La técnica de Likert asume un nivel de medida ordinal. Las variables son ordenadas en la escala en función de su posición favorable/desfavorable respecto a la actitud medida<sup>254</sup>.

#### f. Aplicación del Cuestionario

La forma de aplicación del cuestionario es a través del correo electrónico. Una vez que los médicos encuestados reciben los cuestionarios por correo, pueden contestar directamente marcando sus respuestas en el propio cuestionario. El principal problema que plantea esta forma de administración, es que si los sujetos tienen alguna duda no se les puede aclarar en el momento, aunque sí pueden solicitar explicaciones a través del mismo correo electrónico. Sin embargo, ofrece ventajas tales como: recoger información estandarizada y por lo tanto facilitar el tratamiento de datos y la interpretación de resultados; es económico, permite obtener datos de un gran número de personas de difícil acceso (en el caso que nos ocupa, solventa el problema de la dispersión geográfica de nuestra Comunidad Autónoma); facilita la confidencialidad de los datos; se evita la relación investigador/participante con el posible sesgo que esta pueda comportar; permite obtener

---

<sup>254</sup> BARBERO GARCÍA, M. I. «*Psicometría*». Madrid: UNED, 2003, pág. 129.

información que de otras maneras no se conseguiría; por último, es directo, poco ambiguo y versátil.

En aras de solventar otra posible limitación del uso de correo, como la tasa baja de respuesta, y con la intención de resolver cualquier otro problema acaecido y agradecer la participación, se realiza contacto telefónico con todas las bases de las UME. Estas llamadas se efectúan, de forma sistemática durante 6 días, periodo que coincide con la cadencia de realización de la jornada laboral de los profesionales, con excepción de que se produzcan cambios de guardia, existencias de permisos, u otras eventualidades.

#### *g. Contenido del Cuestionario*

En cuanto al contenido, el objetivo del cuestionario es estudiar las implicaciones médico-legales de las actuaciones médicas en el ámbito del Servicio de Emergencias Sanitarias, para ello el cuestionario se divide en siete bloques que se organizan del siguiente modo:

- Los tres primeros bloques tratan de evaluar aspectos de la LAP tales como la información, el consentimiento y la privacidad y confidencialidad en la atención del paciente.
- El cuarto bloque pretende analizar la relación jurídica de los facultativos con Sacyl.
- El quinto bloque estudia los aspectos médico-judiciales, en relación con el trabajo desempeñado como médicos de emergencias sanitarias.

- El bloque sexto pretende investigar los aspectos médico-legales del uso de la fuerza en determinadas actuaciones de emergencias sanitarias.
- Por último, el bloque séptimo recoge una información descriptiva del total de encuestados.

Entrando en profundidad en el contenido de cada uno de los bloques, tenemos que:

**El bloque I.** Se centra en cuestiones relativas a la información, según se regula en la LAP.

Se recogen 14 preguntas en las que se analizan variables cualitativas.

Por una parte hay 10 *variables cualitativas ordinales*, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el derecho del paciente a recibir información?
2. ¿Preguntas al paciente si quiere ser informado?
3. ¿Informas al paciente sobre su enfermedad?
4. ¿Informas al paciente sobre su tratamiento?
5. ¿Informas al paciente sobre las técnicas a realizar?
6. En el caso que informes al paciente sobre alguna de las tres cuestiones anteriores, ¿lo anotas en la historia clínica?
7. Para informar a las personas vinculadas con el paciente, ¿le pides autorización a este?

8. ¿Consideras que puedes informar directamente a los familiares cuando el paciente tenga alterado el nivel de consciencia?
9. ¿Informas al paciente que padezca una incapacidad mental, de acuerdo a sus posibilidades de comprensión?
10. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de información al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

También hay unas *variables cualitativas dicotómicas*, cuyas respuestas pueden ser sí o no.

1. En el caso de que no quiera ser informado, ¿lo haces constar siempre en la historia clínica?
2. En el caso de que el paciente no pueda comprender la información, ¿informas a los familiares?
3. En una situación en la que la información pueda perjudicar de manera grave la salud del paciente, ¿limitarías la información al paciente?
4. En estas situaciones, ¿dejarías constancia de ellas en la historia clínica?

**El bloque II.** Se centra en cuestiones relativas al consentimiento, según se regula en la LAP.

Se incluyen 10 preguntas en las que se analizan variables cualitativas.

Por una parte hay 9 *variables cualitativas ordinales*, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el consentimiento informado durante la atención al paciente?
2. ¿Consideras que nuestro Servicio de Emergencias está obligado a pedir el consentimiento informado?
3. ¿El consentimiento informado verbal, lo anotas en la historia?
4. En pacientes inconscientes o que no pueden manifestar su voluntad, ¿pides el consentimiento a los familiares directos si están presentes?
5. ¿Preguntas por la existencia de instrucciones previas a familiares o allegados, cuando el paciente con patología previa no puede manifestar su voluntad?
6. En el caso que el paciente no quiera atención, ¿lo haces constar en la historia clínica?
7. Si el paciente rechaza la asistencia, ¿intentas recoger la negativa por escrito?
8. En el caso que el paciente rechace tratamiento, ¿lo haces constar en la historia clínica?
9. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia consentimiento informado al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

También hay una *variable cualitativa dicotómica*, cuya respuesta pueden ser sí o no.

1. ¿Consideras que en alguna actuación de emergencias que suponga riesgo o inconveniente para la salud del paciente, debe pedirse un consentimiento por escrito?

**Con el bloque III.** Se finaliza el estudio de la LAP, en cuanto a aspectos relacionados con la privacidad y la confidencialidad.

Contiene 8 preguntas en las que se analizan variables *cualitativas ordinales*, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la responsabilidad que implica la falta de intimidad durante la atención al paciente?
2. ¿Intentas mantener la privacidad durante la atención de los pacientes?
3. ¿Qué conocimientos consideras que tienes de la responsabilidad que implica la vulneración de la ley de protección de datos?
4. En cuanto a la historia clínica, ¿qué conocimientos consideras que tienes en relación con la Ley de Protección de Datos?
5. ¿Mantienes el carácter confidencial de los datos de los pacientes?
6. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica del acto médico practicado a terceras personas que sean familiares del paciente?

7. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica a las FCSE?
8. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de privacidad y confidencialidad, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

**El bloque IV.** Indaga sobre la opinión sobre la relación jurídica que los facultativos mantienen con Sacyl.

Consta de 5 preguntas en las que se analizan variables cualitativas ordinales, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la relación jurídica que mantienes con Sacyl?
2. ¿Te consideras respaldado jurídicamente por Sacyl en caso de conflicto?
3. ¿Has recibido información sobre la protección jurídica que facilita Sacyl?
4. En el caso de haber sido necesaria la utilización de defensa jurídica, ¿cuál es el grado de satisfacción?
5. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en cuanto a tu relación jurídica con Sacyl, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

**El bloque V.** Examina la cuestión de los aspectos médico-judiciales en emergencias.

Consta de 8 preguntas en las que se analizan variables cualitativas ordinales, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre los aspectos médico-judiciales?
2. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando derivas un paciente al hospital?
3. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando derivas un paciente al hospital?
4. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando no derivas un paciente al hospital?
5. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando no derivas un paciente al hospital?
6. Antes de judicializar una muerte, ¿agotas todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de la muerte?
7. En el caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, ¿dejas informe de *exitus*?
8. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en los aspectos médico-judiciales, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

También hay una variable cualitativa dicotómica, cuya respuesta puede ser sí o no.

1. ¿Consideras que sería necesario realizar una autopsia clínica en las muertes en personas sin patología previa, producidas posiblemente por causas naturales pero desconocidas?

**El bloque VI.** Explora las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes en emergencias.

Consta de 5 preguntas en las que se analizan variables cualitativas ordinales, con respuesta tipo linkert 5 en orden creciente al grado de acuerdo:

2. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes?
3. En el caso de la atención de un paciente psiquiátrico para el que consideres necesario el traslado involuntario, ¿lo haces constar en la historia clínica?
4. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica el tipo de contención que ha requerido?
5. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica si han colaborado las fuerzas y cuerpos de seguridad en la contención física?
6. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en los aspectos médico-judiciales, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

### 3.3.2. Recogida de datos

En primer lugar, se realiza la aplicación de un estudio piloto. La confección de la prueba piloto implica tomar decisiones acerca de las instrucciones que se van a incluir, cuál va a ser la forma de administrarla prueba y de qué manera se van a registrar las respuestas de los sujetos<sup>255</sup>.

Se realiza una aplicación del cuestionario a 11 personas, para valorar posibles dificultades, estas fundamentalmente fueron de carácter técnico y se intentaron solventar. El cuestionario se remite a través del correo electrónico Sacyl en formato autorrellenable, con las opciones de respuesta a continuación del enunciado, inicialmente en PDF; dicho formato se cambió a *Word* al detectarse problemas en el reconocimiento, descarga o manejo, del cuestionario en los equipos informáticos existentes en las bases de la GES. Al cuestionario le acompañan unas instrucciones.

Tras la recepción de los cuestionarios participantes en el estudio piloto, se realiza un análisis de la fiabilidad del test. La fiabilidad, en este tipo de instrumentos, tiene que ver con la consistencia con que los elementos del cuestionario son contestados por el grupo, y a lo largo del tiempo. Para conocer la consistencia interna de la escala respecto a la actitud que se quiere medir se utiliza el coeficiente de Cronbach<sup>256</sup>.

---

<sup>255</sup> BARBERO GARCÍA, M. I., *op. cit.*, págs. 58-59.

<sup>256</sup> MARTÍNEZ MEDIANO, C., *op. cit.*, pág. 261.

En el análisis de la fiabilidad del cuestionario, se excluyen las variables meramente descriptivas del bloque VII y las variables dicotómicas, ya que para el estudio de estas habría que aplicar la ecuación de Kuder-Richardson<sup>257</sup>.

Para el análisis de la consistencia interna, según los autores más conservadores, se sugiere que este tipo de validación se realice con muestras no menores de 400 participantes. Por otro lado, también existe otra postura en la que se indica que siempre que se pueda, se cuente con una muestra de por lo menos 100 participantes en este tipo de estudio<sup>258</sup>. En nuestro trabajo se cuenta con una población finita real de 128 médicos asistenciales de emergencias

El valor mínimo aceptable para el coeficiente alfa de Cronbach es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Es decir, varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse<sup>259</sup>.

A modo de resumen, se puede decir que la consistencia interna es una medida de la correlación existente entre los ítems que componen cualquier instrumento de medición tipo escala que, por general, se puede

---

<sup>257</sup> BARBERO GARCÍA, M. I., *op. cit.*, págs. 209-210.

<sup>258</sup> CAMPO-ARIAS, A., OVIEDO, H.C. «Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna.» *Revista de Salud Pública* 10, nº 5 (2008), págs. 835-836.

<sup>259</sup> OVIEDO, H.C, CAMPO-ARIAS, A. «Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach.» *Revista Colombiana de Psiquiatría* 34, nº 4 (2005), pág. 477.

realizar con una muestra de 100 participantes. Los valores son aceptables cuando son iguales o superiores a 0,70 y menores o iguales a 0,90. Este coeficiente debe calcularse siempre que se aplique el instrumento en una población, aunque se haya observado en usos precedentes valores en el rango deseado. La consistencia interna varía según las características de los participantes<sup>260</sup>.

El resultado obtenido, en la prueba piloto, es un alfa de Cronbach de 0,780.

**Resumen del procesamiento de los casos**

		N	%
Casos	Válidos	11	100,0
	Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
	Total	11	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,780	,743	45

<sup>260</sup> CAMPO-ARIAS, A., *op. cit.*, pág. 837.

Se opta por no eliminar ningún elemento que pudiera mejorar el índice de fiabilidad, ya que el índice obtenido es aceptable, y el leve incremento que pudiera conllevar, no compensaría la pérdida de información que pudiera acarrear la eliminación del elemento.

El cuestionario definitivo se envió en febrero de 2015 por correo electrónico corporativo Sacyl al personal médico de las diferentes UME, de manera nominal y acompañado de una nota explicativa del propósito general del estudio, solicitando y agradeciendo de antemano la participación del sujeto, así como garantizando la confidencialidad de los datos y opiniones en él recogidos. Dicho cuestionario había que cumplimentarlo y guardarlo temporalmente para posteriormente, adjuntarlo en el reenvío del correo.

Transcurrido un tiempo y conociendo que el uso del correo corporativo en ocasiones es limitado por diversos factores, se realizan, así mismo, llamadas telefónicas a todas las bases de las UME de emergencias. Estas llamadas se efectúan durante 6 días, que coincide con la cadencia de realización de la jornada laboral de los profesionales, con excepción de que se produzcan cambios de guardia, existencias de permisos u otras eventualidades. El ánimo perseguido con estas llamadas es conseguir contactar con la mayor parte de los profesionales y favorecer la retroalimentación en el proceso de participación, aunque, informando que la cumplimentación del cuestionario es completamente voluntaria. También, de esta manera, se detectan la existencia de problemas de recepción de los cuestionarios que se proceden a solventar.

Por último, se realiza un último envío del cuestionario por correo electrónico corporativo para lograr llegar a los profesionales con los que no se ha podido comunicar con los métodos antes mencionados, explicando el motivo del nuevo envío y agradeciendo nuevamente la colaboración. La recogida de cuestionarios remitidos por correo electrónico corporativo finaliza el 30 de abril.

Del total de cuestionarios enviados, se reciben un total de 105 cuestionarios cumplimentados, obteniendo una tasa de respuesta de un 82,03%.

Con el total de los cuestionarios recibidos, se crea una base de datos anonimizada para el posterior tratamiento de las respuestas emitidas. En la totalidad de los cuestionarios, se vuelve a realizar otro análisis de la fiabilidad, resultando un alfa de Cronbach de 0,728.

**Resumen del procesamiento de los casos**

	N	%
Casos Válidos	105	100,0
Excluidos <sup>a</sup>	0	,0
Total	105	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,728	,757	45

En cuanto a los aspectos legales tenidos en cuenta en esta investigación, se ha de mencionar que todo el uso de la información necesaria para la realización de este trabajo de investigación se encuentra sujeto al contenido de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, que enmarca las condiciones y características de uso de información de carácter personal para uso científico por parte de los investigadores e instituciones. Se ha realizado la presente investigación con el respeto debido a la privacidad, intimidad y confidencialidad de la totalidad de los datos obtenido en los cuestionarios. Los resultados expuestos no permiten, ni en su totalidad ni parcialmente la identificación de ningún facultativo implicado de forma individual.

No ha existido en la presente investigación ningún tipo de financiación del estudio ni conflicto de intereses.

**3.3.3. Análisis- Interpretación**

Para llevar a cabo el análisis se utiliza el paquete estadístico SPSS. (IBM® SPSS® Statistics Versión 18).

El análisis estadístico realizado ha querido ser exclusivamente descriptivo de las variables registradas en el cuestionario, calculándose medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas.

#### **3.3.4. Síntesis- Resultados**

Esta última fase se realiza la compilación de todos los resultados del proceso de metodología y el reflejo de estos en la memoria de la tesis. Las citas bibliográficas se exponen de acuerdo a las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (Normas Vancouver) en su última revisión del 2005<sup>261</sup>

---

<sup>261</sup> Universidad Autónoma de Barcelona. *Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica*. 2006. <http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf>. (último acceso: 10 de 2 de 2015).

## 4. Resultados

### 4.1. Descripción Demográfica

#### 1. Distribución de edades de los facultativos de Emergencias Sanitarias de Castilla y León

Tabla 17. Media y desviación típica de edades de los facultativos en Emergencias Sanitarias de Castilla y

León

Media	45,97
Desv. típ.	6,565

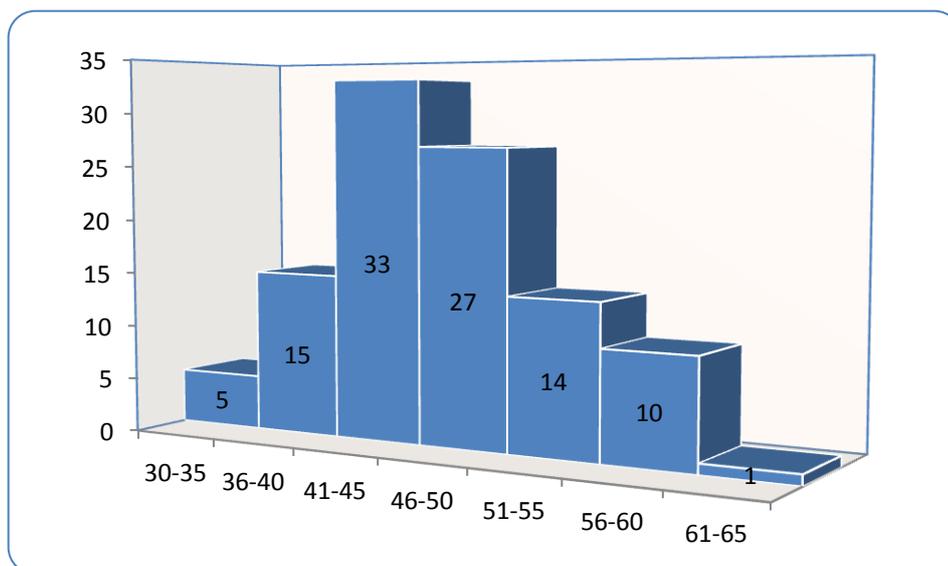


Gráfico 6. Distribución de frecuencias de edades de los facultativos en Emergencias Sanitarias de Castilla y León.

El rango de edad de los médicos de Emergencias Sanitarias de Castilla y León está comprendido entre los 30 y los 65 años, el nivel etario donde confluyen la mayoría de los profesionales está entre los 41 y 45 años, seguido por el intervalo de los 46 y 50 años (tabla 17 y gráfico 6).

## 2. Distribución por sexos

Tabla 18. Frecuencias de distribución por sexos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Hombres</b>	53	50,5 %	50,5 %
<b>Mujeres</b>	52	49,5 %	100 %

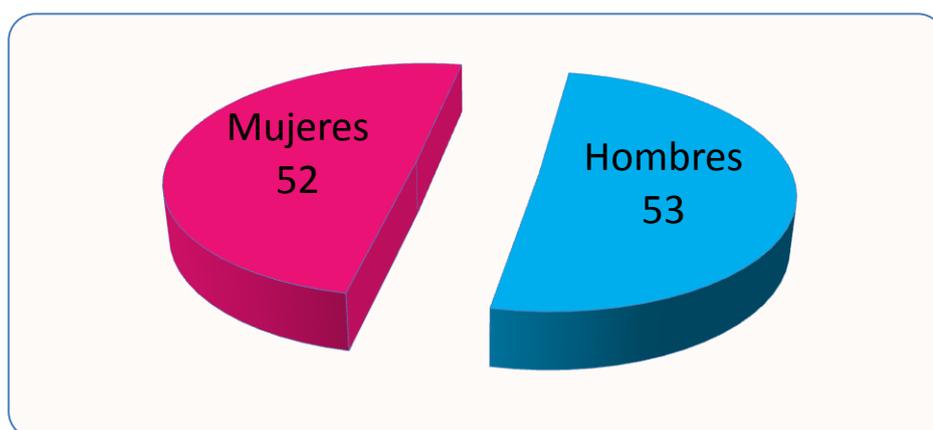


Gráfico 7. Distribución de porcentajes por sexos.

La distribución por sexos es prácticamente igualitaria, nos encontramos con 53 hombres y 52 mujeres (tabla 18 y gráfico 7).

3. Distribución de frecuencias por puesto de trabajo.

Tabla 19. Distribución de frecuencias y porcentajes por puesto de trabajo

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Aranda de Duero</b>	3	2,9
<b>Arenas de San Pedro</b>	6	5,7
<b>Ávila</b>	4	3,8
<b>Béjar</b>	5	4,8
<b>Benavente</b>	5	4,8
<b>Burgos</b>	4	3,8
<b>Cervera de Pisuerga</b>	5	4,8
<b>Ciudad Rodrigo</b>	6	5,7
<b>La Bañeza</b>	5	4,8
<b>León</b>	4	3,8
<b>Medina de Pomar</b>	4	3,8

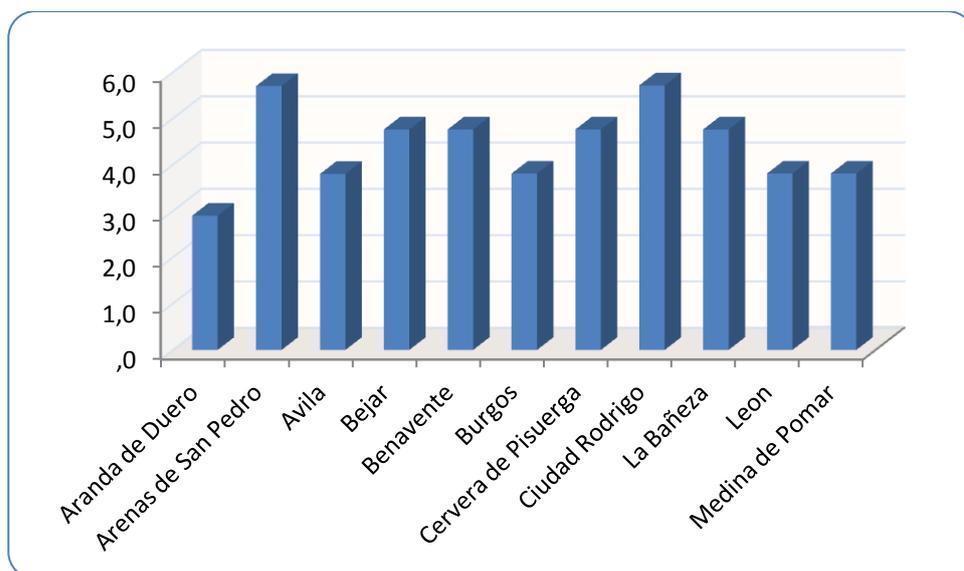


Gráfico 8. Distribución de frecuencias por puesto de trabajo

Tabla 20. Distribución de frecuencias y porcentajes por puesto de trabajo (continuación)

	Frecuencia	Porcentaje
<b>Medina del Campo</b>	6	5,7
<b>Miranda de Ebro</b>	3	2,9
<b>Palencia</b>	4	3,8
<b>Ponferrada</b>	5	4,8
<b>Puebla de Sanabria</b>	4	3,8
<b>Salamanca</b>	5	4,8
<b>Segovia</b>	5	4,8
<b>Soria</b>	4	3,8
<b>Valladolid I</b>	6	5,7
<b>Valladolid II</b>	3	2,9
<b>Valladolid III</b>	4	3,8
<b>Zamora</b>	5	4,8

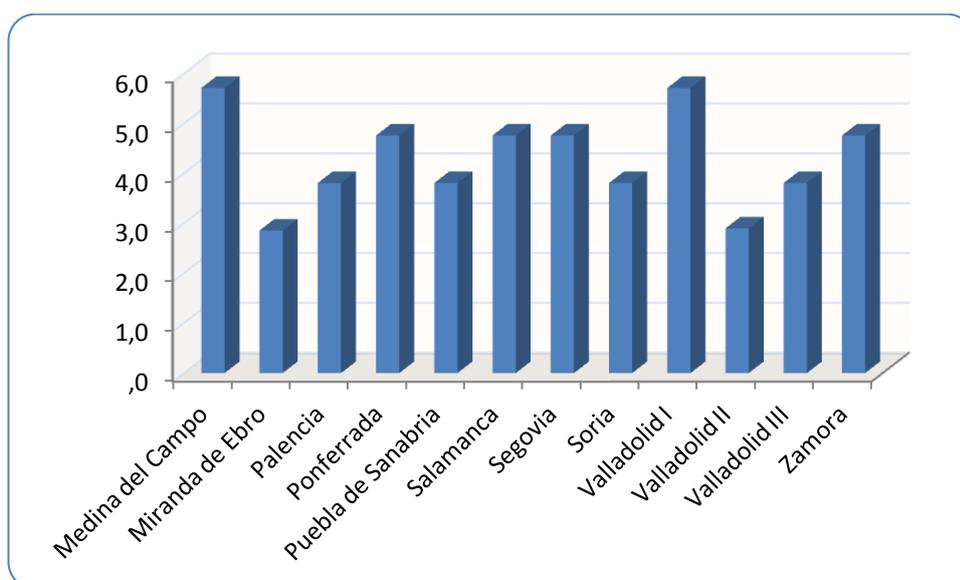


Gráfico 9. Distribución de frecuencias por puesto de trabajo (continuación)

4. Distribución de años de ejercicio en emergencias.

Tabla 21. Media y desviación típica de los años trabajados en emergencias

Media	11,90
Desv. típ.	4,747

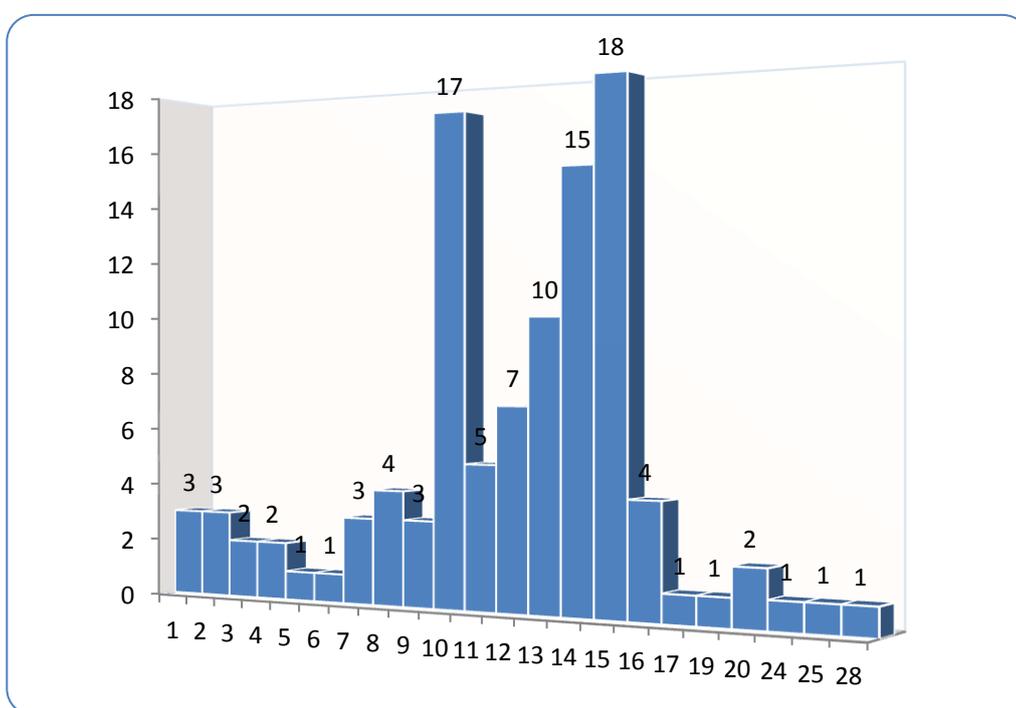


Gráfico 10. Distribución por frecuencia de los años trabajados en emergencias

Los profesionales que trabajan en Emergencias Sanitarias de Castilla y León tienen una experiencia profesional entre 1 y 28 años. Existen dos picos de frecuencias en la experiencia profesional que coinciden con 10 y 15 años (tabla 21 y gráfico 10).

## 4.2. Bloque I

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el derecho del paciente a recibir información?

Tabla 22. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	1	1 %	1 %
<b>Poco</b>	27	25,7 %	26,7 %
<b>Adecuado</b>	64	61 %	87,6 %
<b>Mucho</b>	13	12,4 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

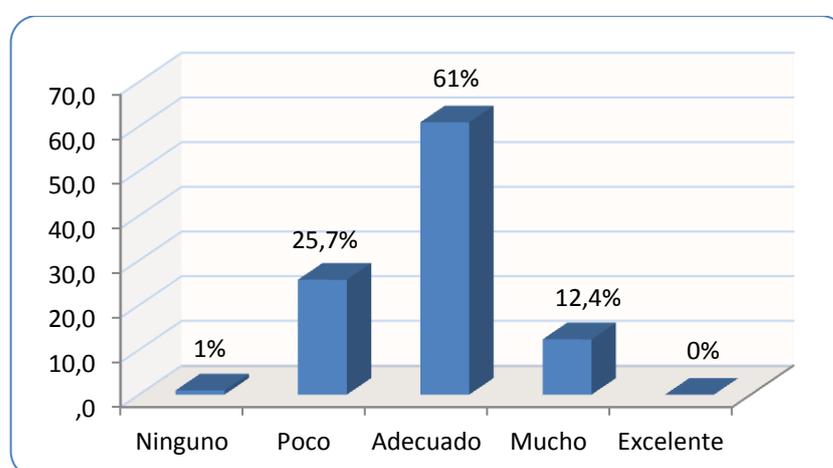


Gráfico 11. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B I

La mayoría de los profesionales, un 61%, considera que tienen un adecuado conocimiento sobre el derecho del paciente a recibir información (tabla 22 y gráfico 11).

2. ¿Preguntas al paciente si quiere ser informado?

Tabla 23. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	11	10,5 %	10,5 %
<b>Pocas veces</b>	28	26,7 %	37,1 %
<b>Algunas veces</b>	31	29,5 %	66,7 %
<b>Casi siempre</b>	30	28,6 %	95,2 %
<b>Siempre</b>	5	4,8 %	100 %

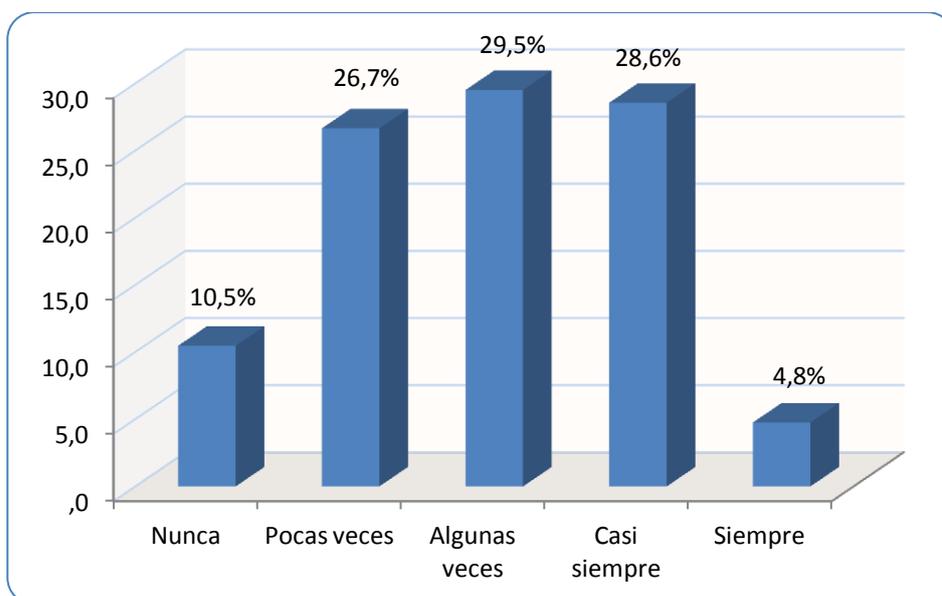


Gráfico 12. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B I

La mayoría de los profesionales pregunta algunas veces si el paciente quiere ser informado y solo un 4,8% lo pregunta siempre (tabla 23 y gráfico 12).

3. En el caso de que no quiera ser informado, ¿lo haces constar siempre en la historia clínica?

Tabla 24. Distribución de frecuencias y porcentajes referidas a la pregunta 3 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sí</b>	57	54,3 %	54,3 %
<b>No</b>	48	45,7 %	100 %

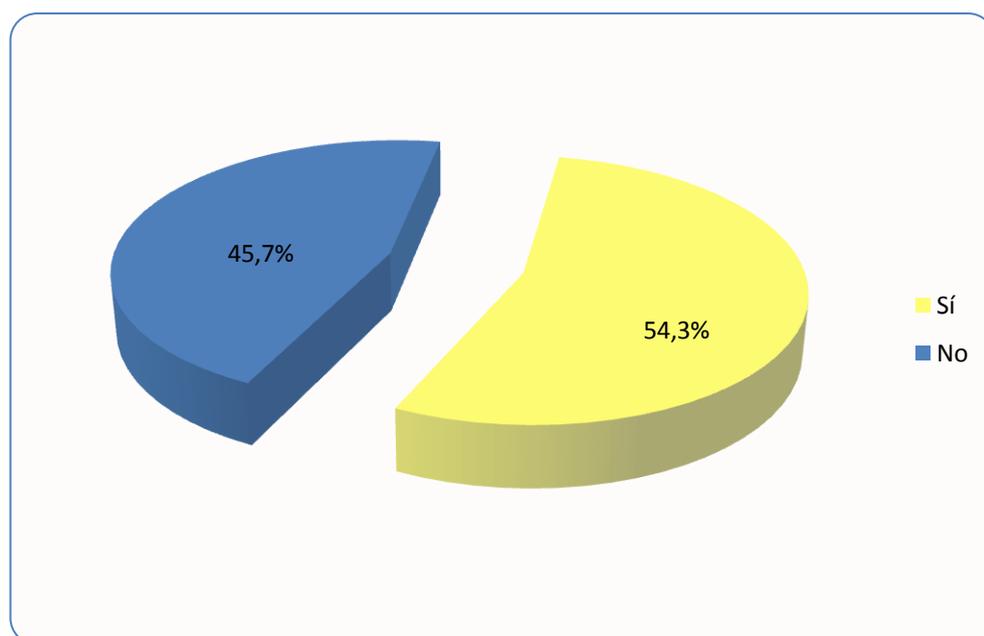


Gráfico 13. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B I

El 54,3% de los facultativos refleja en la historia clínica que el paciente no quiere ser informado, mientras que el 45,7% no lo hacen (tabla 24 y gráfico 13).

4. ¿Informas al paciente sobre su enfermedad?

Tabla 25. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	1	1 %	1 %
<b>Algunas veces</b>	6	5,7 %	6,7 %
<b>Casi siempre</b>	53	50,5 %	57,1 %
<b>Siempre</b>	45	42,9 %	100 %

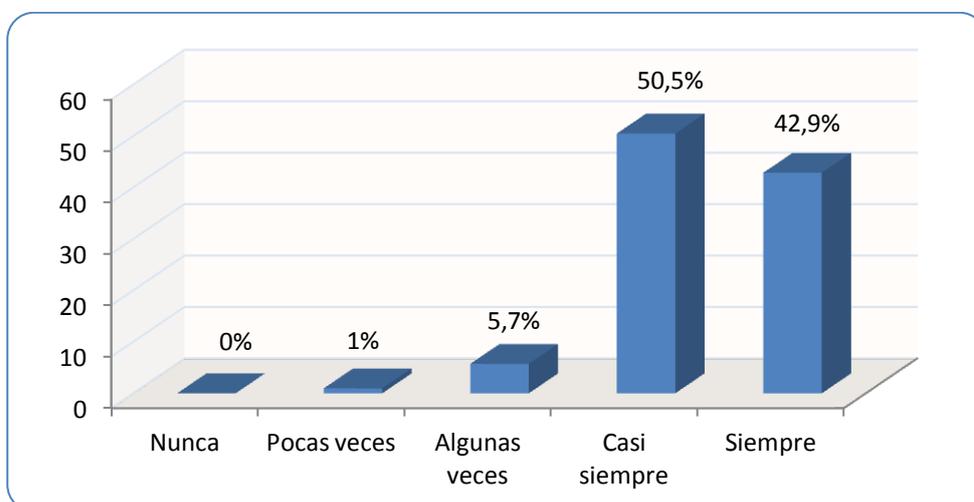


Gráfico 14. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B I

El 50,5% de los médicos informa al paciente de su enfermedad casi siempre y el 42,9% lo hace siempre (tabla 25 y gráfico 14).

## 5. ¿Informas al paciente sobre su tratamiento?

Tabla 26. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 5 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	1	1 %	1 %
<b>Pocas veces</b>	1	1 %	1,9 %
<b>Algunas veces</b>	7	6,7 %	8,6 %
<b>Casi siempre</b>	54	51,4 %	60 %
<b>Siempre</b>	42	40 %	100 %

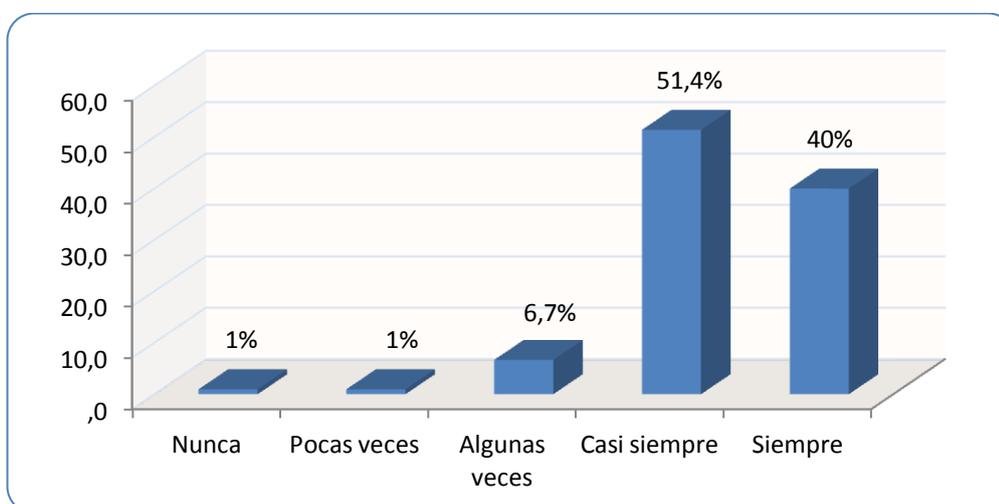


Gráfico 15. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B I

El 51,4% de los facultativos informa al paciente sobre su tratamiento casi siempre y el 40% lo hace siempre (tabla 26 y gráfico 15).

6. ¿Informas al paciente sobre las técnicas a realizar?

Tabla 27. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 6 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	1	1 %	1 %
<b>Algunas veces</b>	11	10,5 %	11,4 %
<b>Casi siempre</b>	52	49,5 %	61 %
<b>Siempre</b>	41	39 %	100 %

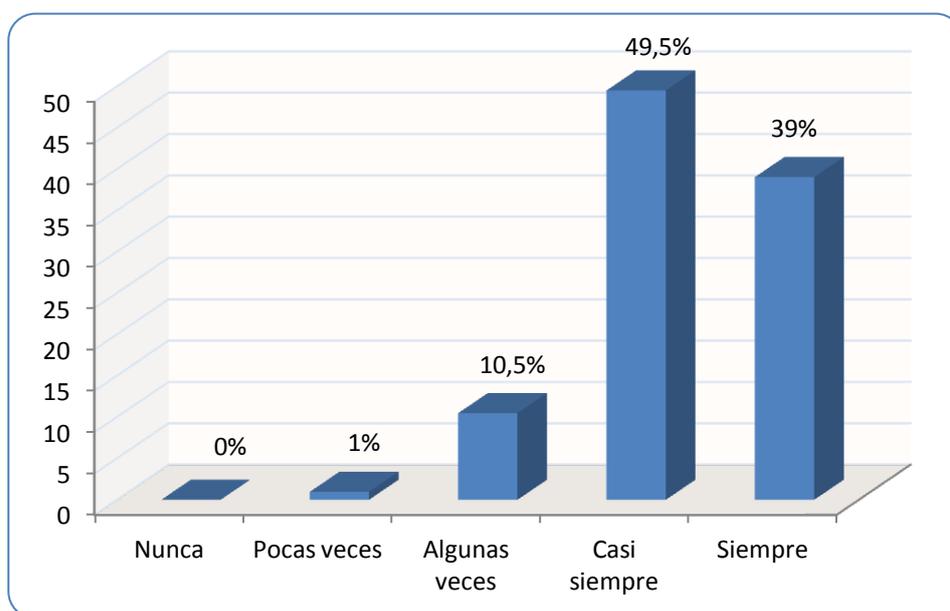


Gráfico 16. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 6 del B I

El 49,5% de los facultativos informa al paciente sobre las técnicas a realizar casi siempre y el 39% lo hace siempre (tabla 27 y gráfico 16).

7. En el caso que informes al paciente sobre alguna de las tres cuestiones anteriores, ¿lo anotas en la historia clínica?

Tabla 28. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 7 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	14	13,3 %	13,3 %
<b>Pocas veces</b>	42	40 %	53,3 %
<b>Algunas veces</b>	19	18,1 %	71,4 %
<b>Casi siempre</b>	15	14,3 %	85,7 %
<b>Siempre</b>	15	14,3 %	100 %

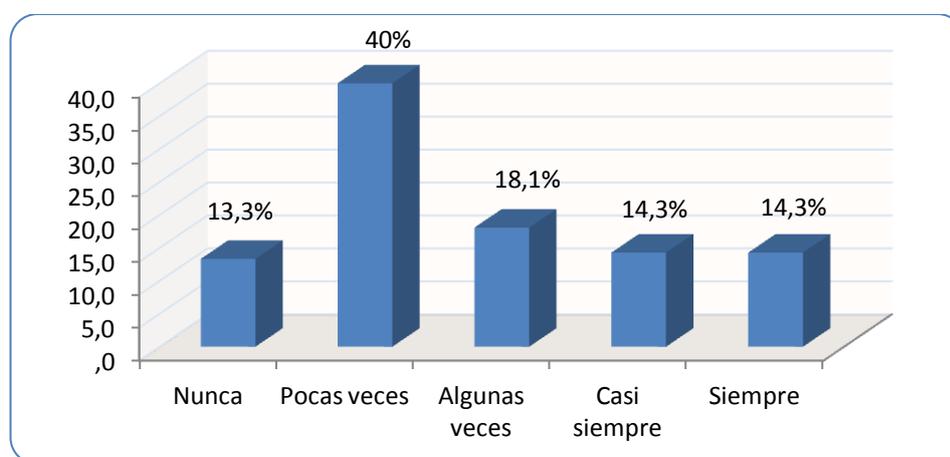


Gráfico 17. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B I

El mayor porcentaje, un 40% de los profesionales, anota pocas veces en la historia la información de las tres cuestiones anteriores. Es escasa la proporción, un 14,3%, que lo hace casi siempre o siempre (tabla 28 y gráfico 17).

8. Para informar a las personas vinculadas con el paciente, ¿le pides autorización a este?

Tabla 29. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 8 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	9	8,6 %	8,6 %
<b>Pocas veces</b>	33	31,4 %	40 %
<b>Algunas veces</b>	25	23,8 %	63,8 %
<b>Casi siempre</b>	28	26,7 %	90,5 %
<b>Siempre</b>	10	9,5 %	100 %

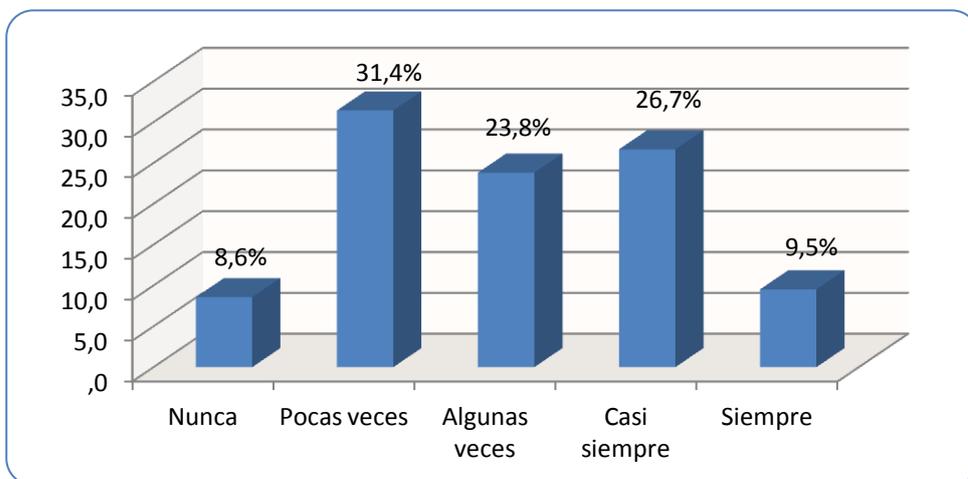


Gráfico 18. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 8 del B I

Un 31,4%, los profesionales pide pocas veces autorización al paciente para informar a las personas vinculadas a él. Solo un 9,5% de los médicos pide siempre dicha autorización (tabla 29 y gráfico 18).

9. ¿Consideras que puedes informar directamente a los familiares cuando el paciente tenga alterado el nivel de consciencia?

Tabla 30. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 9 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	1	1 %	1 %
<b>Algunas veces</b>	10	9,5 %	10,5 %
<b>Casi siempre</b>	54	51,4 %	61,9 %
<b>Siempre</b>	40	38,1 %	100 %

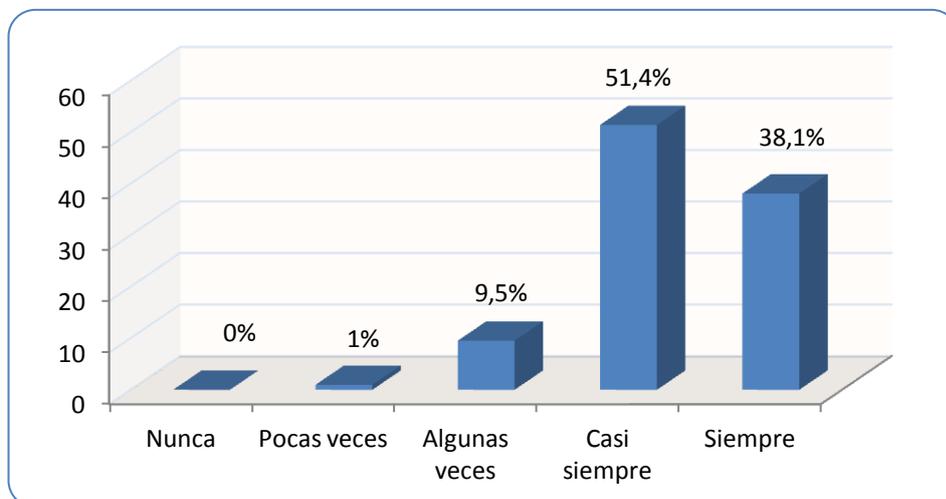


Gráfico 19. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 9 del B I

Es elevada la proporción que siempre o casi siempre, un 89,5%, considera que puede informar directamente a los familiares cuando el paciente tenga alterado el nivel de consciencia (tabla 30 y gráfico 19).

10. ¿Informas al paciente que padezca una incapacidad mental, de acuerdo a sus posibilidades de comprensión?

Tabla 31. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 10 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Pocas veces	6	5,7 %	5,7 %
Algunas veces	16	15,2 %	21 %
Casi siempre	53	50,5 %	71,4 %
Siempre	30	28,6 %	100 %

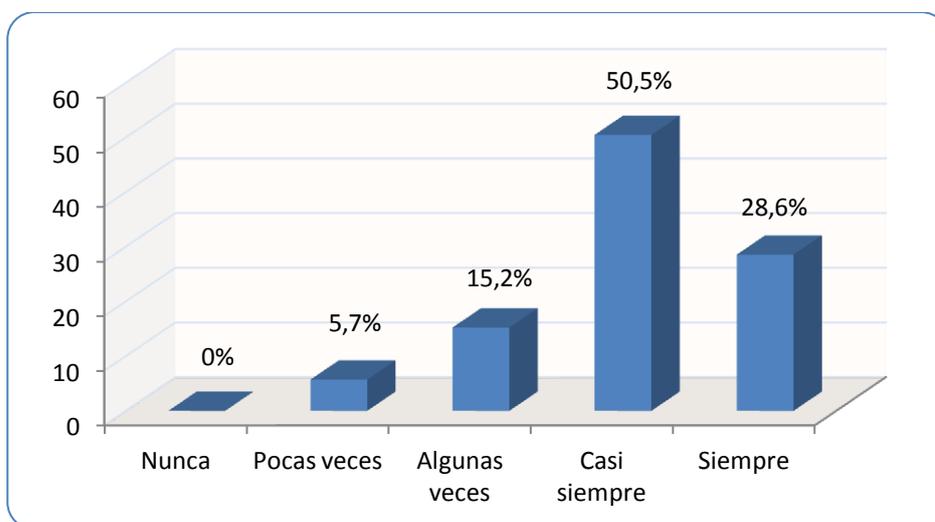


Gráfico20. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 10 del B I

La mayoría de los médicos, un 79,1%, informa al paciente que padece una incapacidad mental, de acuerdo a sus posibilidades de comprensión, siempre o casi siempre (tabla 31 y gráfico 20).

11. En el caso de que el paciente no pueda comprender la información, ¿informas a los familiares?

Tabla 32. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 11 del B I

Clase	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	104	99 %	99 %
No	1	1 %	100 %

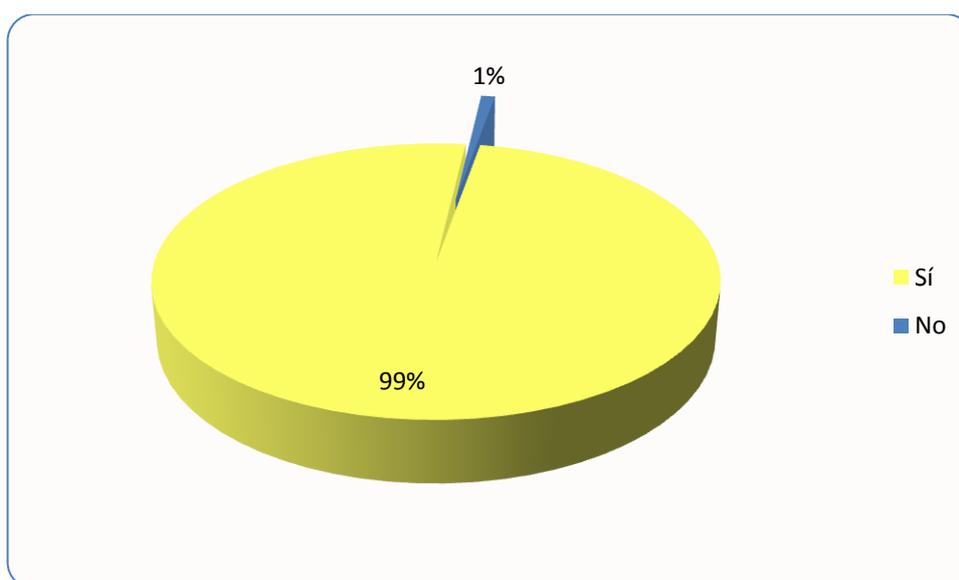


Gráfico21. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 11 del B I

Casi la totalidad de los facultativos, un 99%, informa a los familiares en el caso de que el paciente no pueda comprender la información (tabla 32 y gráfico 21)

12. En una situación en la que la información pueda perjudicar de manera grave la salud del paciente, ¿limitarías la información al paciente?

Tabla 33. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 12 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sí</b>	95	90,5 %	90,5 %
<b>No</b>	10	9,5 %	100 %

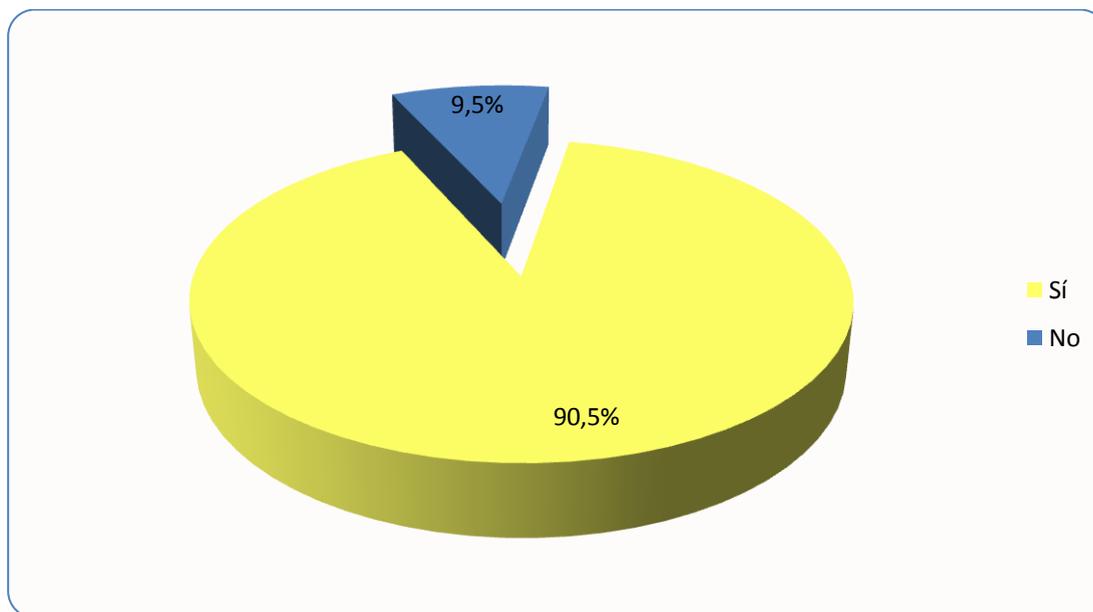


Gráfico 22. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 12 del B I

Un 90,5% de los profesionales está de acuerdo con la utilización del estado de necesidad terapéutico (tabla 33 y gráfico 22).

13. En estas situaciones, ¿dejarías constancia de ellas en la historia clínica?

Tabla 34. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 13 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sí</b>	83	79 %	79 %
<b>No</b>	22	21 %	100 %

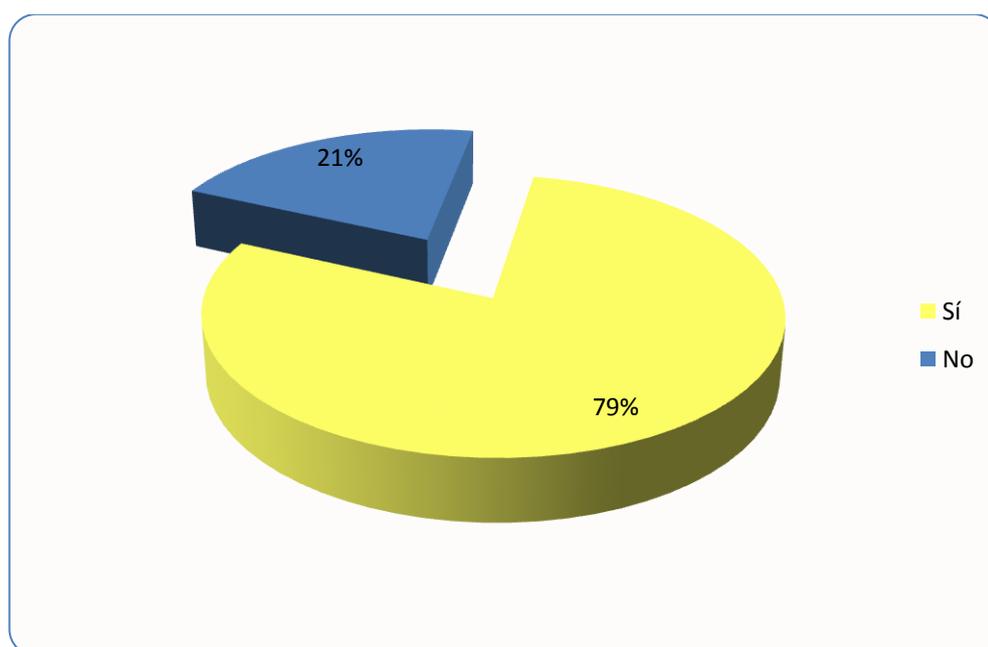


Gráfico 23. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 13 del B I

Una proporción algo inferior, un 79%, deja constancia en la historia clínica del estado de necesidad terapéutico (tabla 34 y gráfico 23).

14. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de información al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

Tabla 35. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 14 del B I

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	2	1,9 %	1,9 %
<b>2</b>	8	7,6 %	9,5 %
<b>3</b>	38	36,2 %	45,7 %
<b>4</b>	39	37,1 %	82,9 %
<b>5</b>	18	17,1 %	100 %

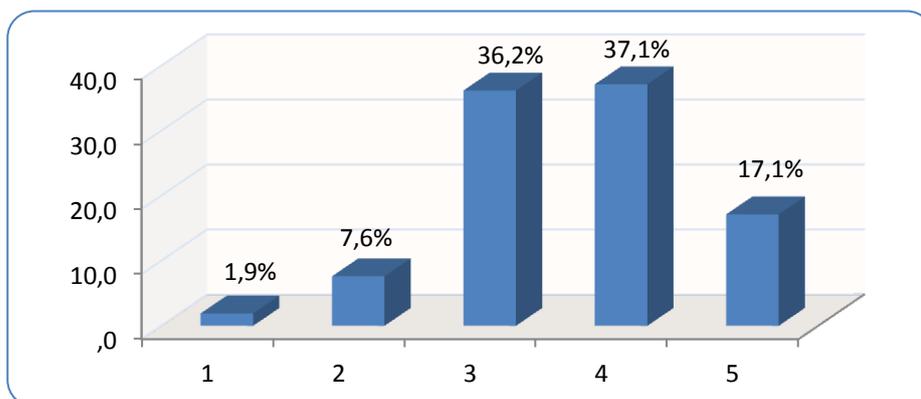


Gráfico24. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 14 del B I

El grado de formación más requerido se encuentra en los niveles 3 y 4, en materia de información al paciente. (tabla 35 y gráfico 24).

### 4.3. Bloque II

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el consentimiento informado durante la atención al paciente?

Tabla 36. Distribución frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	0	0 %	0 %
<b>Poco</b>	36	34,3 %	34,3 %
<b>Adecuado</b>	54	51,4 %	85,7 %
<b>Mucho</b>	14	13,3 %	99 %
<b>Excelente</b>	1	1 %	100 %

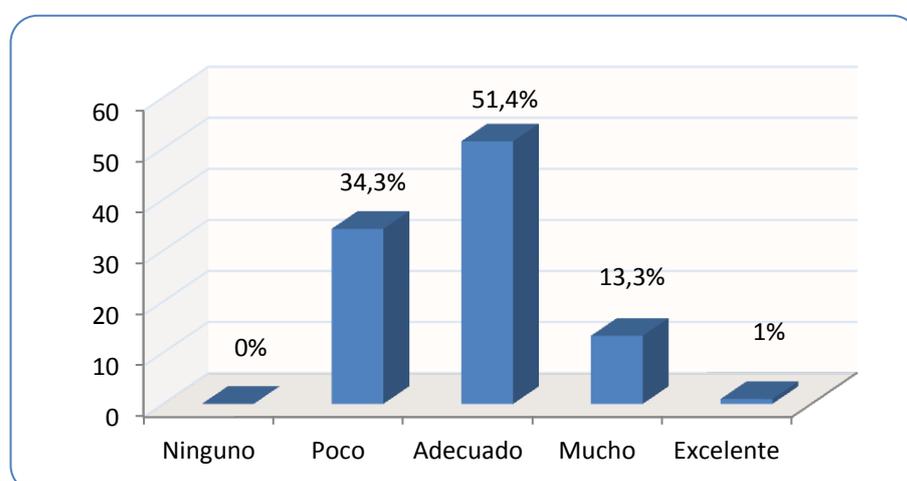


Gráfico 25. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B 2

Algo más de la mitad de los profesionales, un 51,4%, considera que posee unos conocimientos adecuados sobre el consentimiento informado durante la atención al paciente (tabla 36 y gráfico 25).

2. ¿Consideras que nuestro Servicio de Emergencias está obligado a pedir el consentimiento informado?

Tabla 37. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	18	17,1 %	17,1 %
<b>Algunas veces</b>	49	46,7 %	63,8 %
<b>Casi siempre</b>	26	24,8 %	88,6 %
<b>Siempre</b>	12	11,4 %	100 %

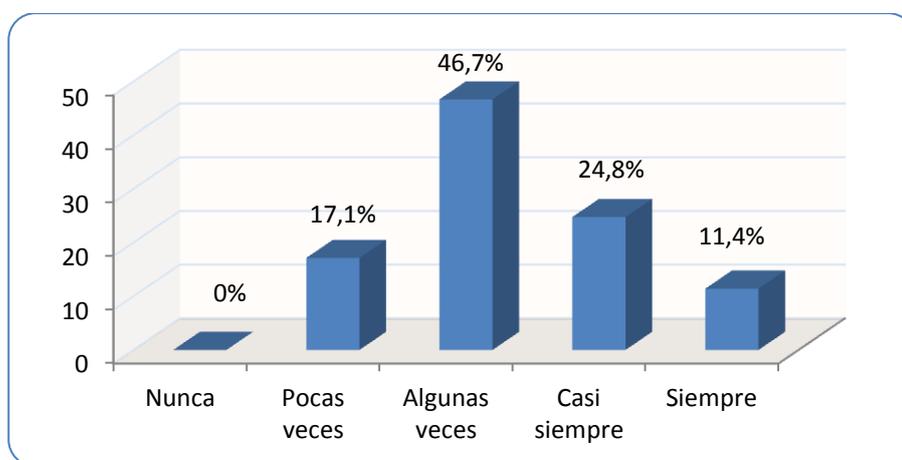


Gráfico 26. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B 2

Algo menos de la mitad de los médicos, un 46,7%, considera que nuestro Servicio de Emergencias está obligado a pedir el consentimiento informado algunas veces, y un porcentaje menor, un 36%, cree que hay que pedirlo siempre o casi siempre (tabla 37 y gráfico 26).

## 3. El consentimiento informado verbal, ¿lo anotas en la historia?

Tabla 38. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	11	10,5 %	10,5 %
<b>Pocas veces</b>	26	24,8 %	35,2 %
<b>Algunas veces</b>	33	31,4 %	66,7 %
<b>Casi siempre</b>	19	18,1 %	84,8 %
<b>Siempre</b>	16	15,2 %	100 %

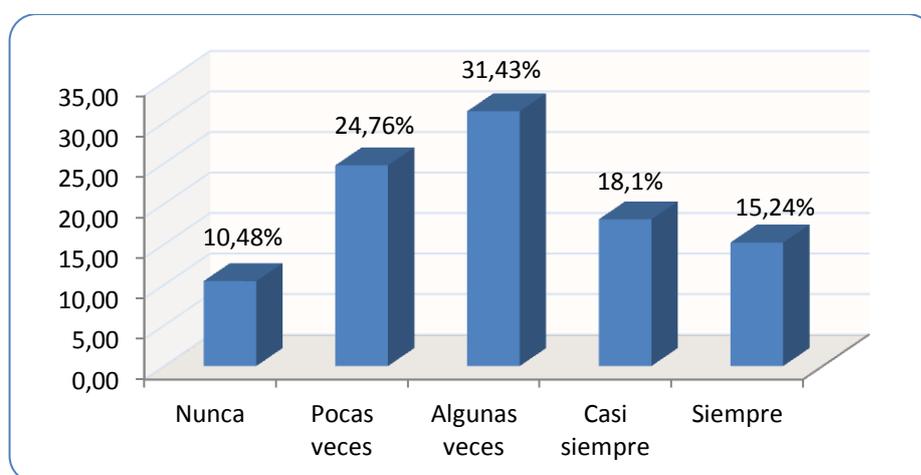


Gráfico 27. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B 2

Un 35,2% de los profesionales no anota nunca o lo hace pocas veces el consentimiento en la historia, frente a un 33,3% que lo hace siempre o casi siempre (tabla 38 y gráfico 27).

4. ¿Consideras que en alguna actuación de emergencias que suponga riesgo o inconveniente para la salud del paciente, debe pedirse un consentimiento por escrito?

Tabla 39. Distribución de frecuencias y porcentajes referido a la pregunta 4 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sí</b>	65	61,9 %	61,9 %
<b>No</b>	40	38,1 %	100 %

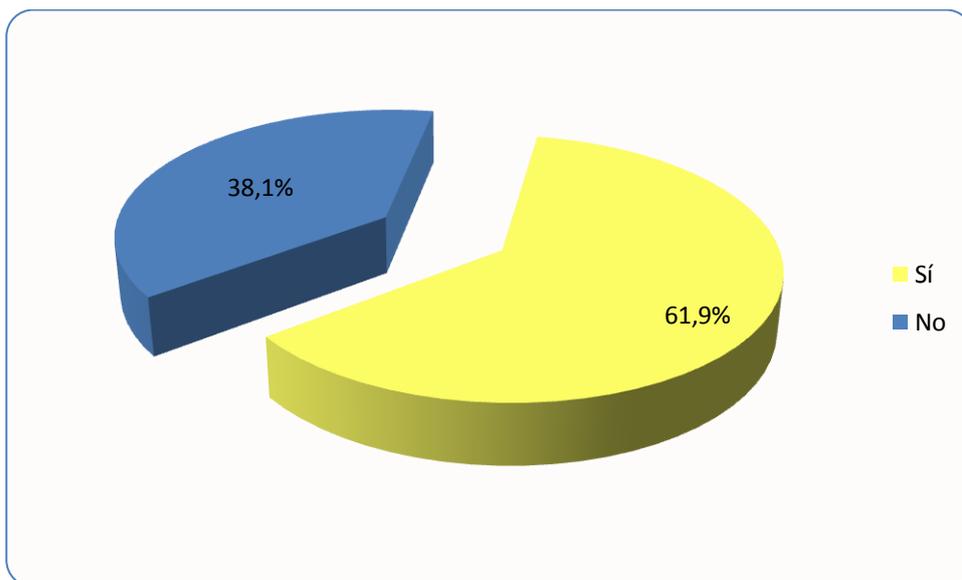


Gráfico 28. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B 2

Una mayoría de los facultativos, un 61,9%, considera que debería solicitarse un consentimiento escrito, en alguna actuación de emergencias que suponga riesgo o inconveniente para la salud del paciente (tabla 39 y gráfico 28).

5. En pacientes inconscientes o que no pueden manifestar su voluntad, ¿pides el consentimiento a los familiares directos si están presentes?

Tabla 40. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 5 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	5	4,8 %	4,8 %
<b>Pocas veces</b>	22	21 %	25,7 %
<b>Algunas veces</b>	25	23,8 %	49,5 %
<b>Casi siempre</b>	36	34,3 %	83,8 %
<b>Siempre</b>	17	16,2 %	100 %

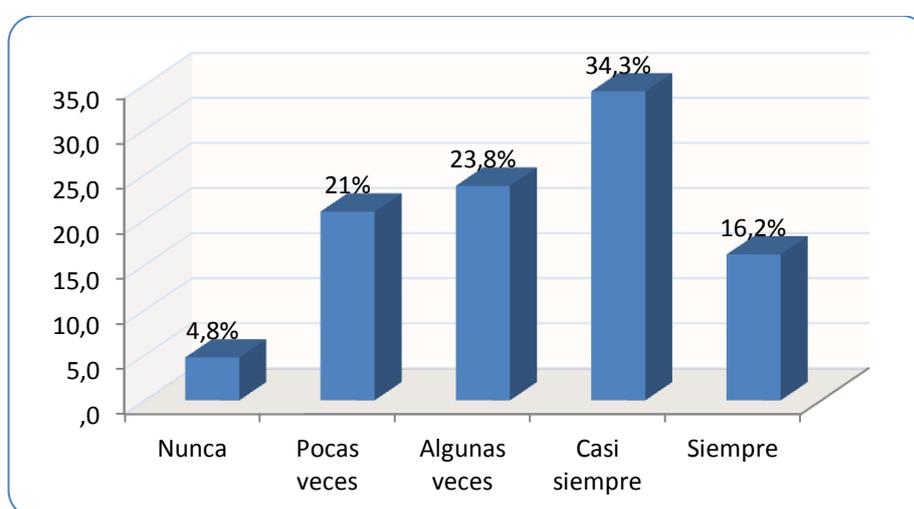


Gráfico 29. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B 2

Aproximadamente la mitad de los profesionales, un 50,5%, pide consentimiento a los familiares directos, siempre o casi siempre, cuando el paciente está inconsciente (tabla 40 y gráfico 29).

6. ¿Preguntas por la existencia de instrucciones previas a familiares o allegados, cuando el paciente con patología previa no puede manifestar su voluntad?

Tabla 41. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 6 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	9	8,6 %	8,6 %
<b>Pocas veces</b>	25	23,8 %	32,4 %
<b>Algunas veces</b>	27	25,7 %	58,1 %
<b>Casi siempre</b>	28	26,7 %	84,8 %
<b>Siempre</b>	16	15,2 %	100 %

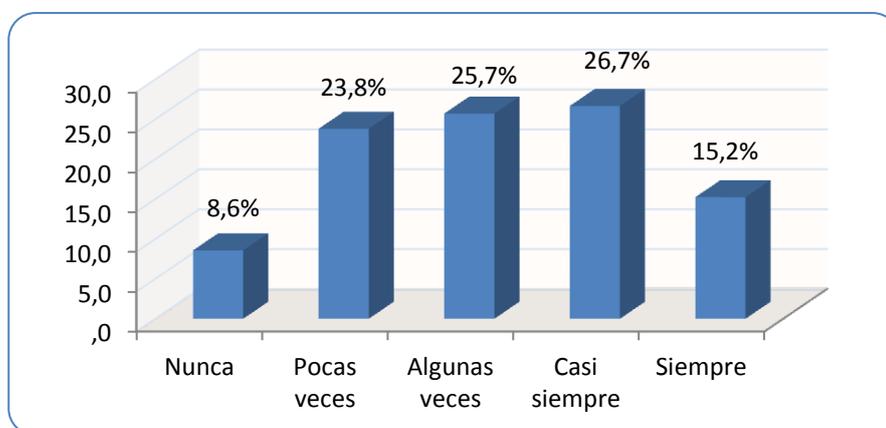


Gráfico 30. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 6 del B 2

Los porcentajes se encuentran igualados entre las opciones intermedias, y es menor en las posiciones extremas. El menor porcentaje encontrado, un 8,6%, no pregunta por la existencia de Instrucciones Previas nunca, (tabla 41 y gráfico 30).

7. En el caso que el paciente no quiera atención, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Tabla 42. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 7 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	2	1,9 %	1,9 %
<b>Pocas veces</b>	0	0 %	1,9 %
<b>Algunas veces</b>	0	0 %	1,9 %
<b>Casi siempre</b>	2	1,9 %	3,8 %
<b>Siempre</b>	101	96,2 %	100 %

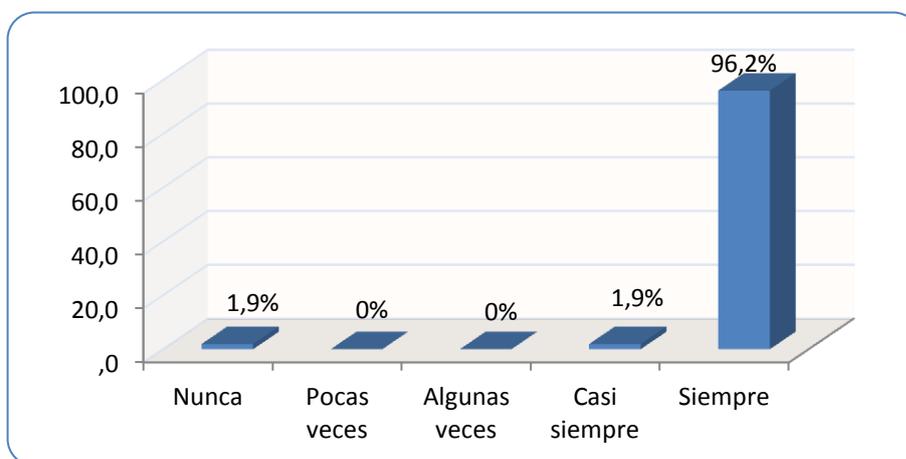


Gráfico 31. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B 2

Casi todos los médicos, un 96,2%, hacen constar en la historia el hecho de que el paciente no ha querido atención (tabla 42 y gráfico 31).

8. Si el paciente rechaza la asistencia, ¿intentas recoger la negativa por escrito?

Tabla 43. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 8 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	3	2,9 %	2,9 %
<b>Pocas veces</b>	4	3,8 %	6,7 %
<b>Algunas veces</b>	2	1,9 %	8,6 %
<b>Casi siempre</b>	29	27,6 %	36,2 %
<b>Siempre</b>	67	63,8 %	100 %

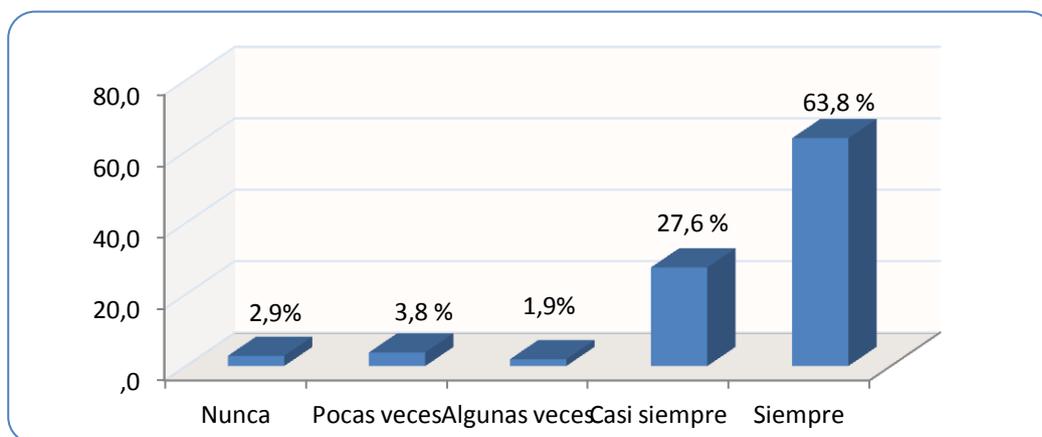


Gráfico 32. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 8 del B 2

En el caso de que el paciente rechace la asistencia un 91,4% intenta recoger la negativa por escrito, siempre o casi siempre (tabla 43 y gráfico 32).

9. En el caso que el paciente rechace tratamiento, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Tabla 44. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 9 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	0	0 %	0 %
<b>Algunas veces</b>	1	1 %	1 %
<b>Casi siempre</b>	6	5,7 %	6,7 %
<b>Siempre</b>	98	93,3 %	100 %

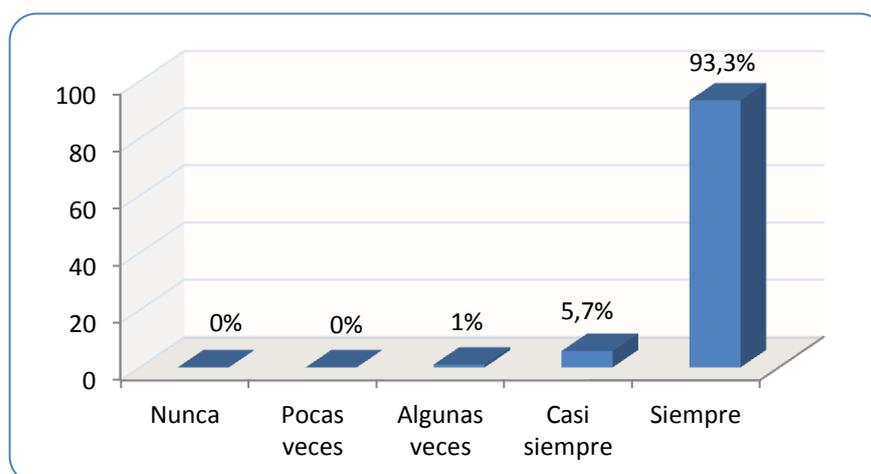


Gráfico 33. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 9 del B 2

Casi la totalidad de los profesionales, un 93%, hace constar en la historia siempre que el paciente rechaza el tratamiento (tabla 44 y gráfico 33).

10. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia consentimiento informado al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

Tabla 45. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 10 del B 2

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	1	1 %	1 %
<b>2</b>	13	12,4 %	13,3 %
<b>3</b>	38	36,2 %	49,5 %
<b>4</b>	38	36,2 %	85,7 %
<b>5</b>	15	14,3 %	100 %

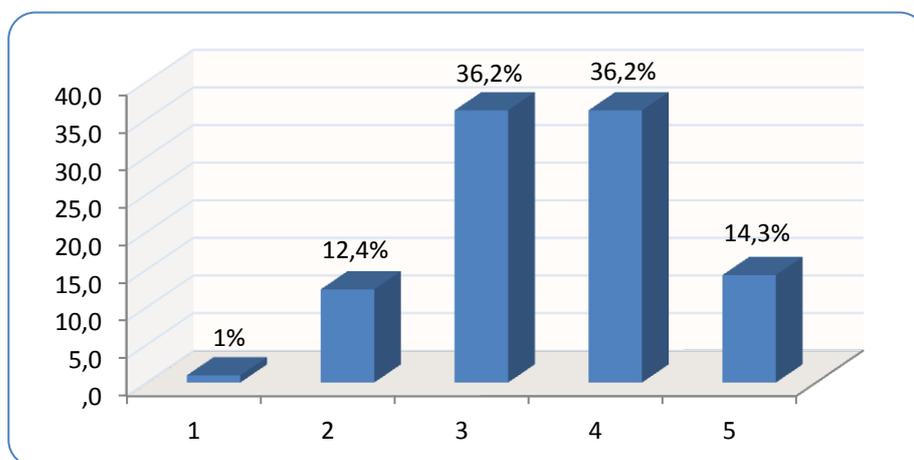


Gráfico 34. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 10 del B 2

El nivel de demanda formativa más requerido se encuentra en los niveles 3 y 4, en materia de consentimiento informado al paciente (tabla 45 y gráfico 34).

## 4.4. Bloque III

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la responsabilidad que implica la falta de intimidad durante la atención al paciente?

Tabla 46. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	2	1,9 %	1,9 %
<b>Poco</b>	36	34,3 %	36,2 %
<b>Adecuado</b>	49	46,7 %	82,9 %
<b>Mucho</b>	18	17,1 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

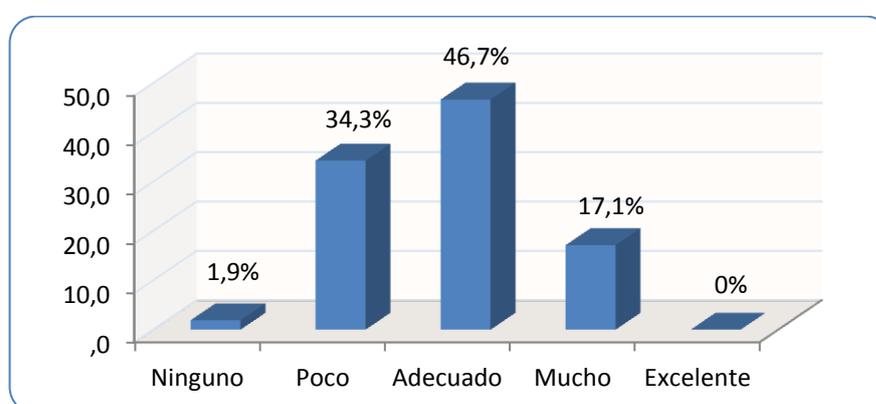


Gráfico 35. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B 3

Algo menos de la mitad de los profesionales, un 46,7%, considera que tienen un adecuado conocimiento sobre la responsabilidad que implica la falta de intimidad durante la atención al paciente (tabla 46 y gráfico 35).

2. ¿Intentas mantener la privacidad durante la atención de los pacientes?

Tabla 47. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	3	2,9 %	2,9 %
<b>Algunas veces</b>	10	9,5 %	12,4 %
<b>Casi siempre</b>	53	50,5 %	62,9 %
<b>Siempre</b>	39	37,1 %	100 %

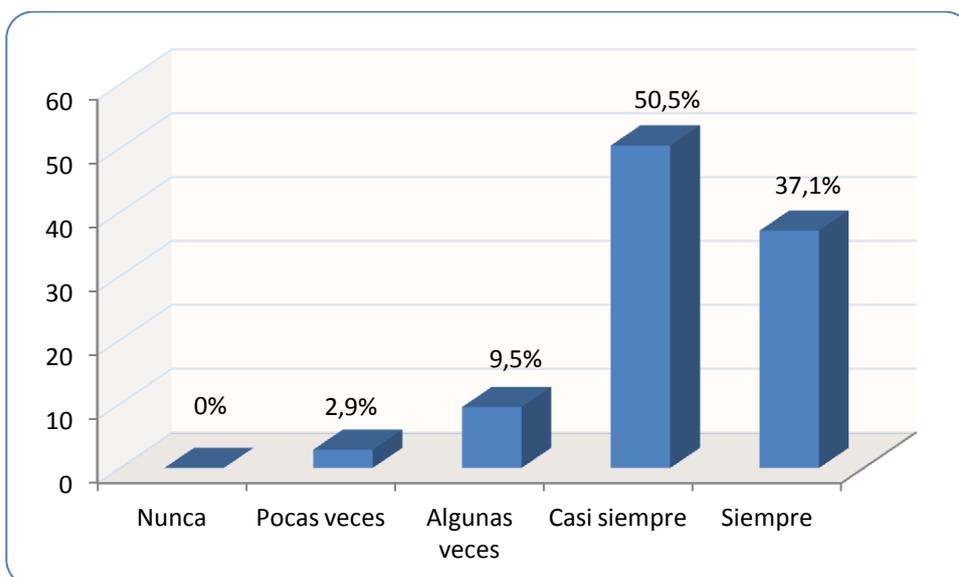


Gráfico 36. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B 3

Un 87,6% de los encuestados intenta mantener la privacidad durante la atención de los pacientes siempre o casi siempre (tabla 47 y gráfico 36).

3. ¿Qué conocimientos consideras que tienes de la responsabilidad que implica la vulneración de la Ley de Protección de Datos?

Tabla 48. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 3 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	4	3,8 %	3,8 %
<b>Poco</b>	40	38,1 %	41,9 %
<b>Adecuado</b>	46	43,8 %	85,7 %
<b>Mucho</b>	14	13,3 %	99 %
<b>Excelente</b>	1	1 %	100 %

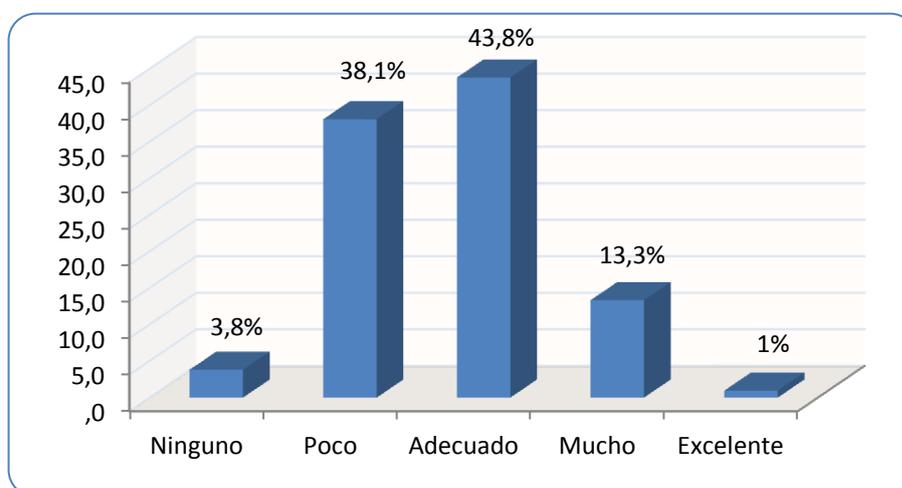


Gráfico 37. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B 3

El 43,8% de los profesionales considera que tienen un adecuado conocimiento sobre responsabilidad que implica la vulneración de la Ley de Protección de Datos, y el 38,1% cree que tiene pocos conocimientos sobre dicha Ley (tabla 48 y gráfico 37).

4. En cuanto a la historia clínica, ¿qué conocimientos consideras que tienes en relación con la Ley de Protección de Datos?

Tabla 49. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	2	1,9 %	1,9 %
<b>Poco</b>	35	33,3 %	35,2 %
<b>Adecuado</b>	53	50,5 %	85,7 %
<b>Mucho</b>	13	12,4 %	98,1 %
<b>Excelente</b>	2	1,9 %	100 %

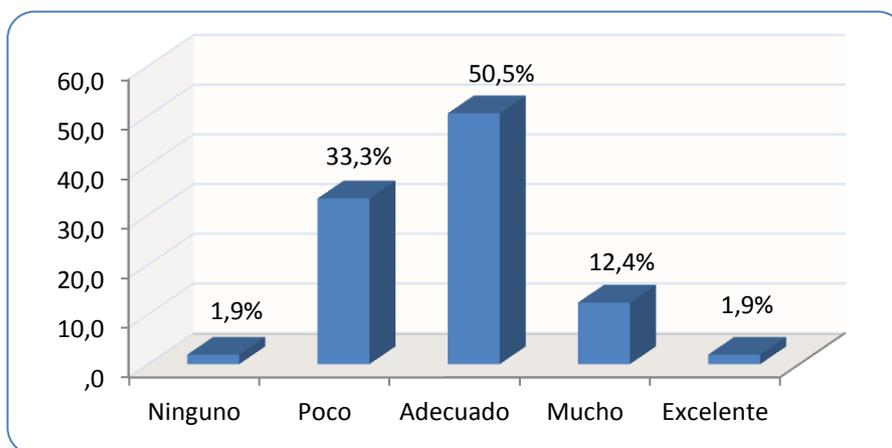


Gráfico 38. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B 3

Aproximadamente la mitad de los profesionales, un 50,5% considera que tienen un adecuado conocimiento en relación con la Ley de Protección de Datos en cuanto a la historia clínica (tabla 49 y gráfico 38).

## 5. ¿Mantienes el carácter confidencial de los datos de los pacientes?

Tabla 50. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 5 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	0	0 %	0 %
<b>Algunas veces</b>	1	1 %	1 %
<b>Casi siempre</b>	44	41,9 %	42,9 %
<b>Siempre</b>	60	57,1 %	100 %

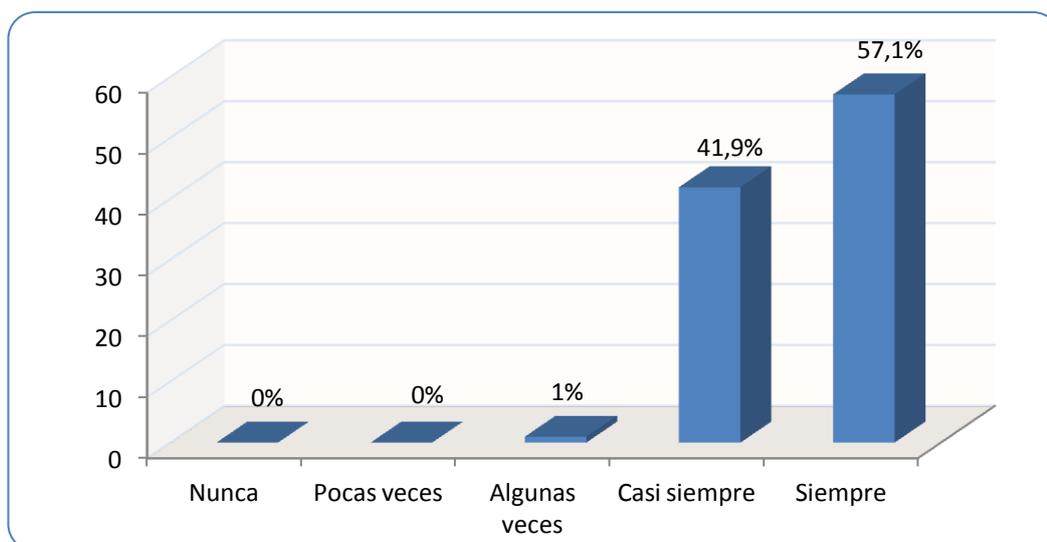


Gráfico39. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B 3

Casi la totalidad de los profesionales, un 99%, mantiene el carácter confidencial de los pacientes siempre o casi siempre (tabla 50 y gráfico 39).

6. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica del acto médico practicado a terceras personas que sean familiares del paciente?

Tabla 51. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 6 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	39	37,1	37,1
<b>Pocas veces</b>	34	32,4	69,5
<b>Algunas veces</b>	24	22,9	92,4
<b>Casi siempre</b>	8	7,6	100,0
<b>Siempre</b>	0	,0	100,0

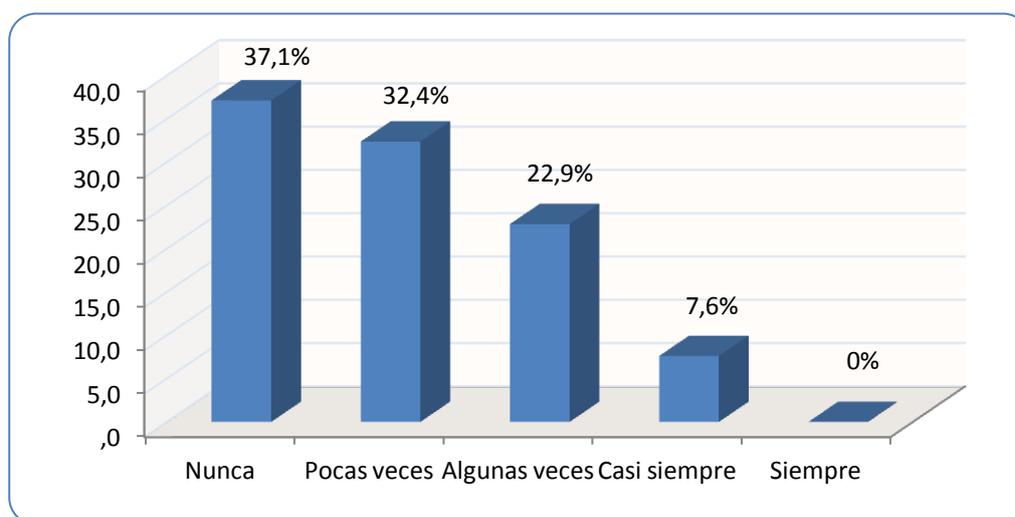


Gráfico 40. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 6 del B 3

Un 37.1% de los médicos no facilita el acceso a la historia clínica nunca (tabla 51 y gráfico 40).

## 7. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica a las FCSE?

Tabla 52. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	44	41,9 %	41,9 %
<b>Pocas veces</b>	28	26,7 %	68,6 %
<b>Algunas veces</b>	22	21 %	89,5 %
<b>Casi siempre</b>	7	6,7 %	96,2 %
<b>Siempre</b>	4	3,8 %	100 %

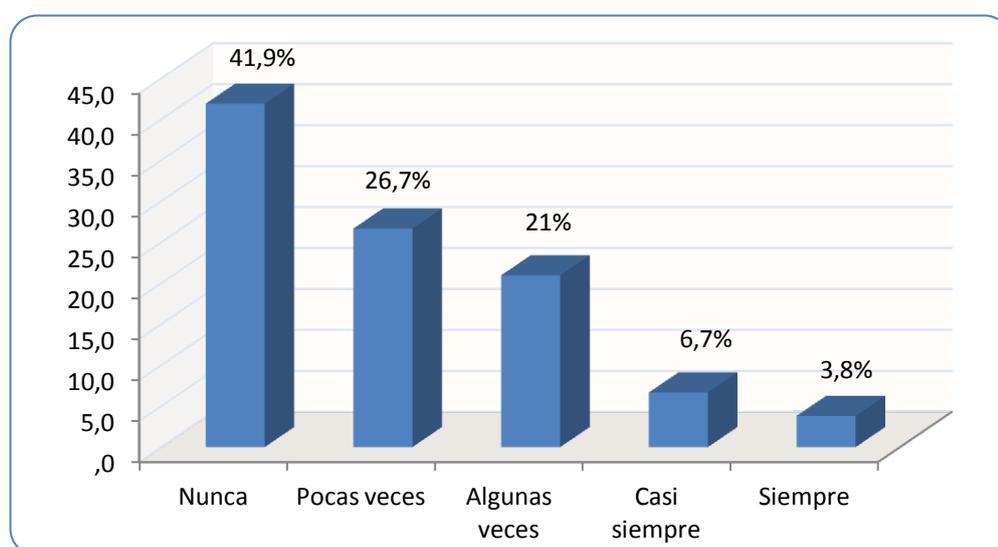


Gráfico 41. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B 3

Un 41,9% de los profesionales no facilita el acceso a la historia clínica a las FCSE nunca (tabla 52 y gráfico 41).

8. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de privacidad y confidencialidad, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

Tabla 53. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 8 del B 3

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	1	1 %	1 %
<b>2</b>	20	19 %	20 %
<b>3</b>	32	30,5 %	50,5 %
<b>4</b>	34	32,4 %	82,9 %
<b>5</b>	18	17,1 %	100 %

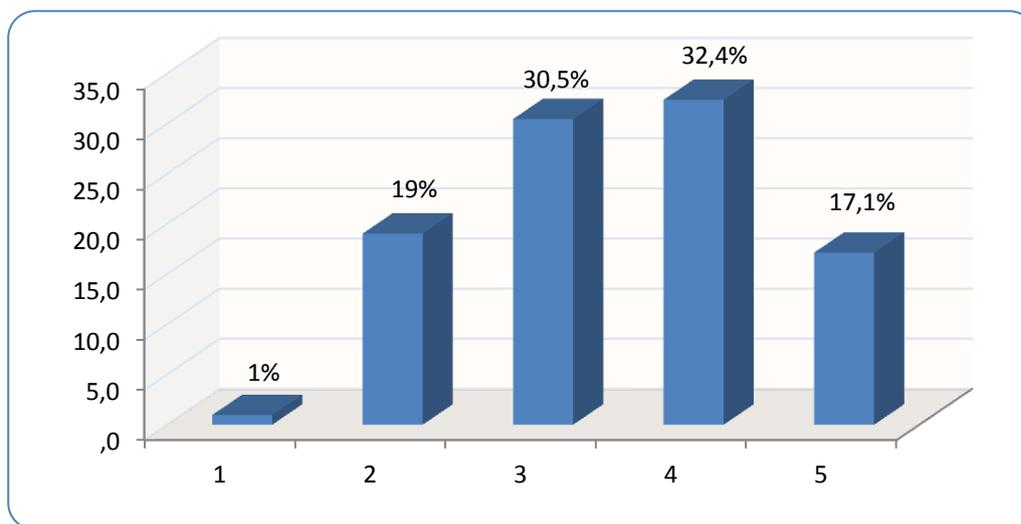


Gráfico 42. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 8 del B 3

El grado de formación más requerido se encuentra en los niveles 3 y 4, en materia de privacidad y confidencialidad (tabla 53 y gráfico 42).

#### 4.5. Bloque IV

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la relación jurídica que mantienes con Sacyl?

Tabla 54. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B IV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	13	12,4 %	12,4 %
<b>Poco</b>	64	61 %	73,3 %
<b>Adecuado</b>	27	25,7 %	99 %
<b>Mucho</b>	1	1 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

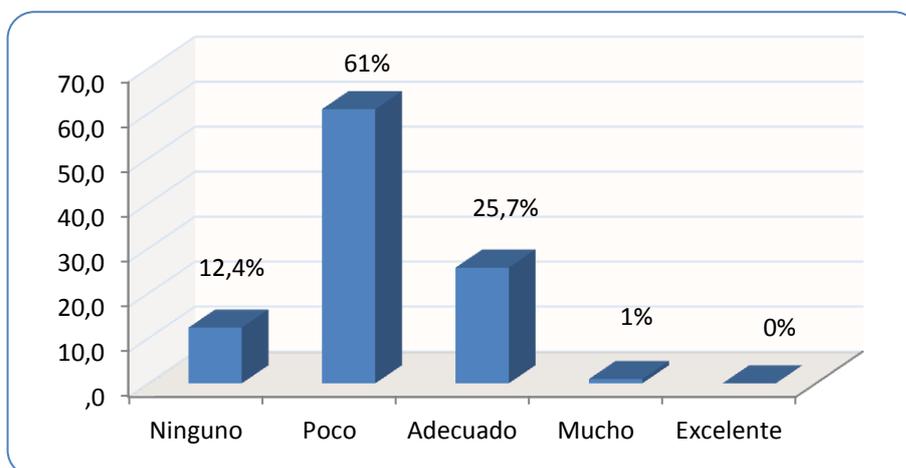


Gráfico 43. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B IV

El 61% de los profesionales considera que tiene pocos conocimientos sobre la relación que mantienen con Sacyl (tabla 54 y gráfico 43).

2. ¿Te consideras respaldado jurídicamente por Sacyl en caso de conflicto?

Tabla 55. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B IV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nada</b>	20	19 %	19 %
<b>Poco</b>	54	51,4 %	70,5 %
<b>Adecuado</b>	29	27,6 %	98,1 %
<b>Mucho</b>	2	1,9 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

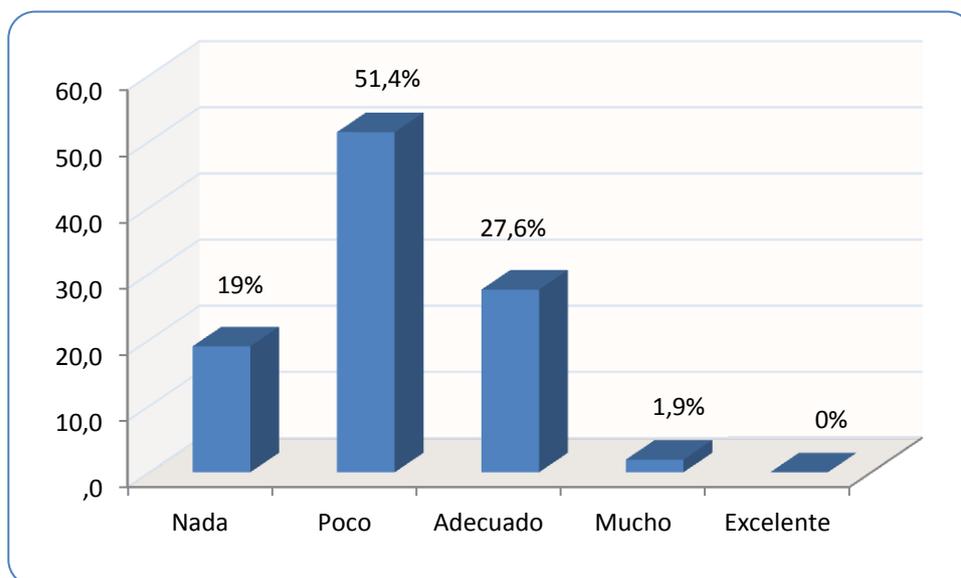


Gráfico 44. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B IV

El 51,4% de los profesionales se considera poco respaldado jurídicamente por Sacyl (tabla 55 y gráfico 44).

3. ¿Has recibido información sobre la protección jurídica que facilita Sacyl?

Tabla 56. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 3 del B IV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguna</b>	30	28,6 %	28,6
<b>Poca</b>	56	53,3 %	81,9
<b>Adecuada</b>	18	17,1 %	99,0
<b>Mucha</b>	1	1 %	100,0
<b>Excelente</b>	0	0 %	100,0

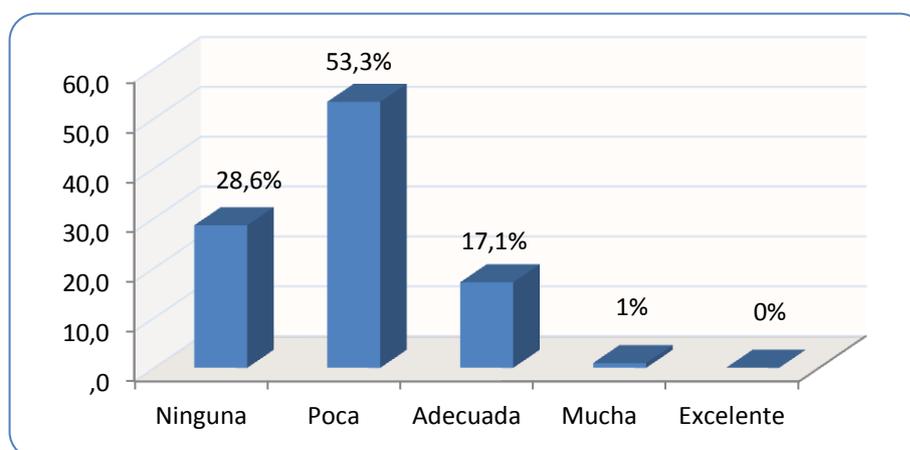


Gráfico 45. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B IV

El 81,9% de los médicos ha recibido poca o ninguna información sobre la protección jurídica que facilita Sacyl (tabla 56 y gráfico 45).

4. En el caso de haber sido necesaria la utilización de defensa jurídica. ¿Cuál es el grado de satisfacción?

Tabla 57. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B IV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	86	81,9 %	81,9
<b>Poco</b>	12	11,4 %	93,3
<b>Adecuado</b>	6	5,7 %	99,0
<b>Mucho</b>	1	1 %	100,0
<b>Excelente</b>	0	0 %	100,0

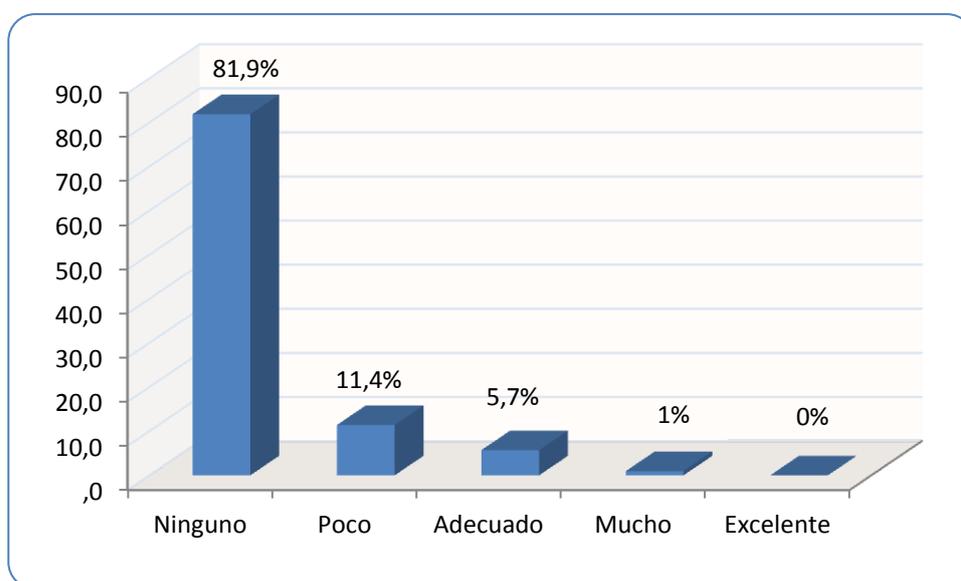


Gráfico 46. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B IV

El grado de satisfacción que poseen los facultativos que han requerido la utilización de la defensa jurídica es ninguno, en el 81,9% de los casos (tabla 57 y gráfico 46).

5. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en cuanto a tu relación jurídica con Sacyl, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

Tabla 58. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 5 del B IV

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	5	4,8 %	4,8
<b>2</b>	7	6,7 %	11,4
<b>3</b>	16	15,2 %	26,7
<b>4</b>	37	35,2 %	61,9
<b>5</b>	40	38,1 %	100,0

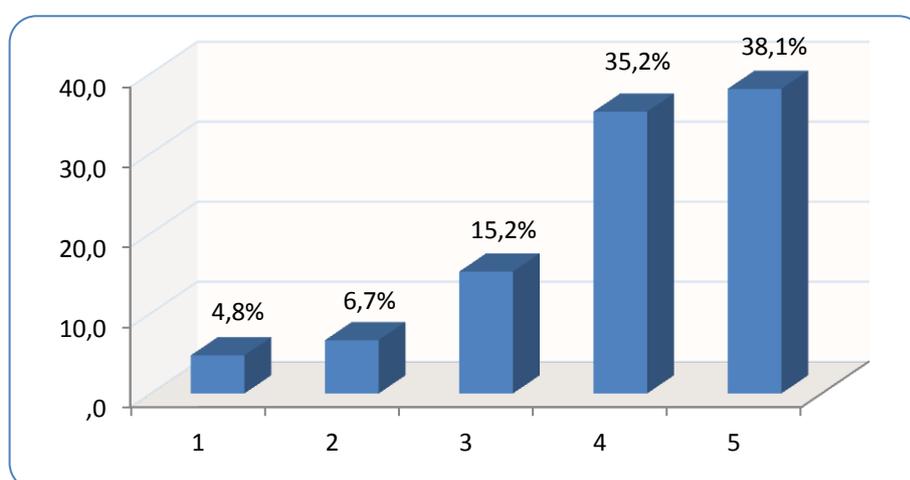


Gráfico 47. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B IV

El grado de formación más requerido se encuentra en los niveles 4 y 5, en cuanto a su relación jurídica con Sacyl (tabla 58 y gráfico 47).

#### 4.6. Bloque V

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre los aspectos médico-judiciales?

Tabla 59. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	3	2,9 %	2,9 %
<b>Poco</b>	45	42,9 %	45,7 %
<b>Adecuado</b>	47	44,8 %	90,5 %
<b>Mucho</b>	10	9,5 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

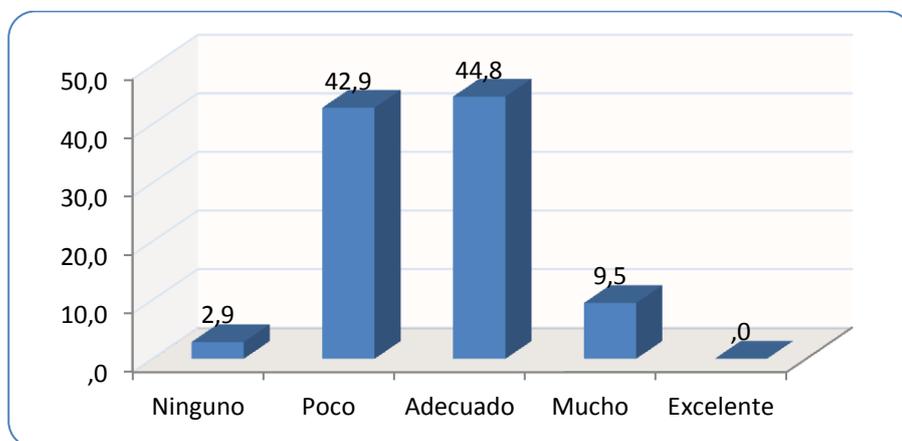


Gráfico 48. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B V

Respecto a los conocimientos sobre los aspectos médico-judiciales, un 42,9% de los profesionales considera que tienen poco y un 44,8%, adecuado (tabla 59 y gráfico 48).

2. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando derivas un paciente al hospital?

Tabla 60. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	67	63,8 %	63,8 %
<b>Casi siempre</b>	22	21 %	84,8 %
<b>Algunas veces</b>	7	6,7 %	91,4 %
<b>Pocas veces</b>	4	3,8 %	95,2 %
<b>Nunca</b>	5	4,8 %	100 %

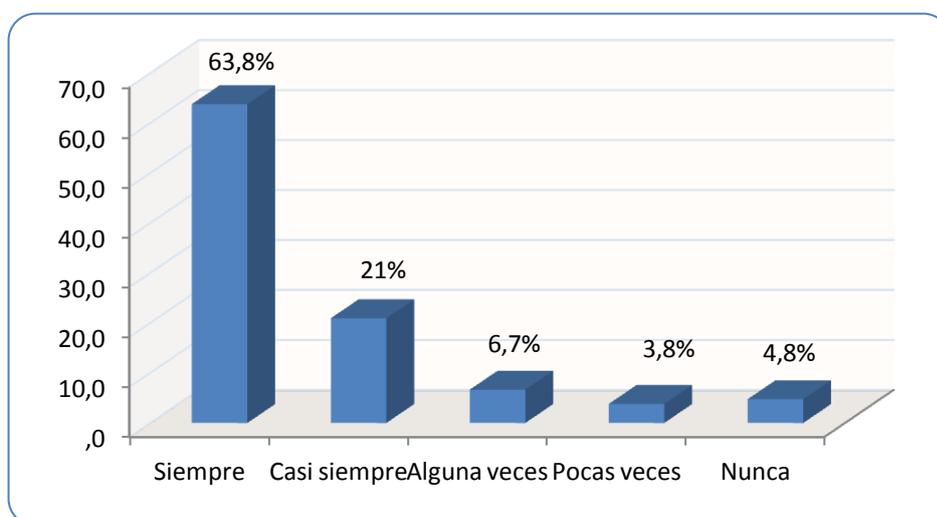


Gráfico 49. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B V

Una mayoría, el 63,8%, realiza siempre un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando derivan un paciente al hospital (tabla 60 y gráfico 49).

3. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando derivas un paciente al hospital?

Tabla 61. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 3 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	49	46,7 %	46,7 %
<b>Casi siempre</b>	24	22,9 %	69,5 %
<b>Algunas veces</b>	16	15,2 %	84,8 %
<b>Pocas veces</b>	10	9,5 %	94,3 %
<b>Nunca</b>	6	5,7 %	100 %

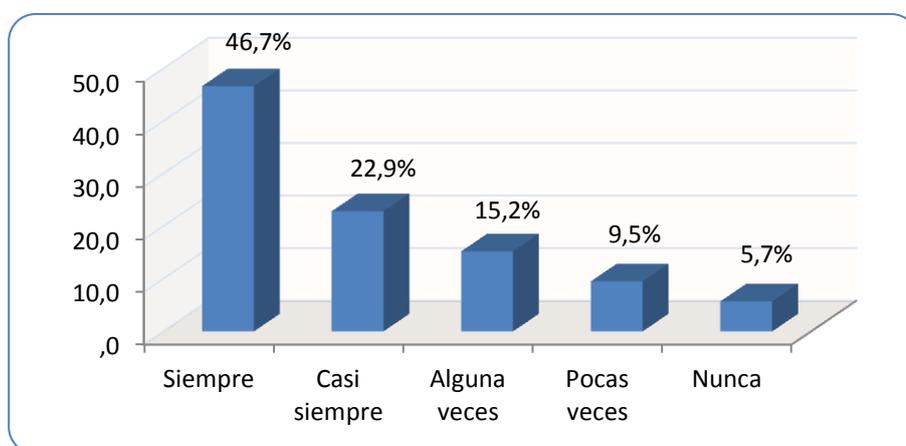


Gráfico 50. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B V

Casi la mitad de los médicos, el 46,7%, cumplimenta un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando derivan un paciente al hospital (tabla 61 y gráfico 50).

4. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando no derivas un paciente al hospital?

Tabla 62. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	75	71,4 %	71,4 %
<b>Casi siempre</b>	21	20 %	91,4 %
<b>Algunas veces</b>	1	1 %	92,4 %
<b>Pocas veces</b>	5	4,8 %	97,1 %
<b>Nunca</b>	3	2,9 %	100 %

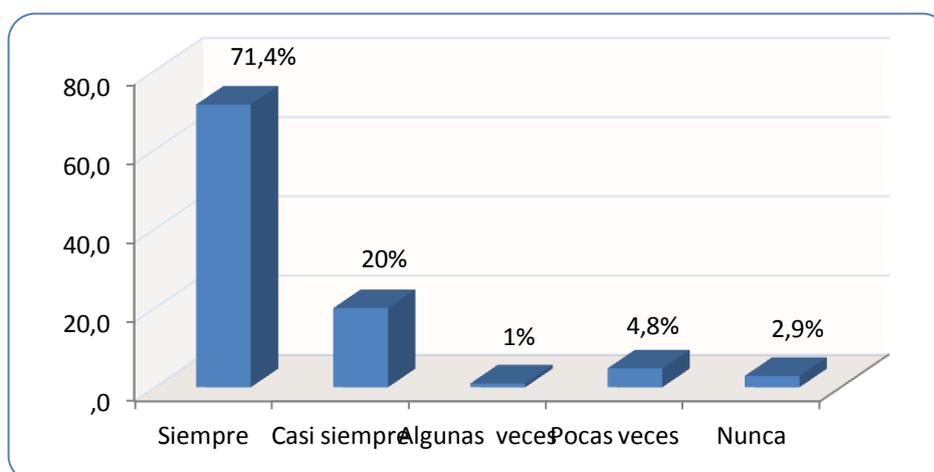


Gráfico 51. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B V

Una extensa mayoría, el 71,4%, de los facultativos efectúa un parte judicial siempre en el caso de asistencia de lesiones, cuando no deriva un paciente al hospital (tabla 62 y gráfico 51).

5. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando no derivas un paciente al hospital?

Tabla 63. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 5 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	57	54,3%	54,3%
<b>Casi siempre</b>	21	20,0%	74,3%
<b>Algunas veces</b>	9	8,6%	82,9%
<b>Pocas veces</b>	14	13,3%	96,2%
<b>Nunca</b>	4	3,8%	100,0%

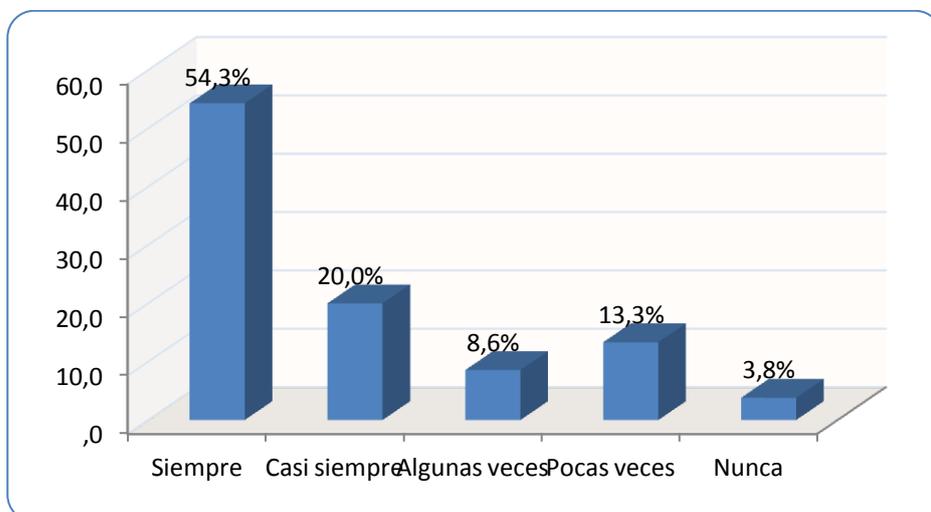


Gráfico 52. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B V

Algo más de la mitad de los médicos, el 54,3%, cumplimenta un parte judicial siempre en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando deriva un paciente al hospital (tabla 63 y gráfico 52).

6. Antes de judicializar una muerte, ¿agotas todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de la muerte?

Tabla 64. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 6 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	29	27,6 %	27,6 %
<b>Casi siempre</b>	49	46,7 %	74,3 %
<b>Alguna veces</b>	12	11,4 %	85,7 %
<b>Pocas veces</b>	9	8,6 %	94,3 %
<b>Nunca</b>	6	5,7 %	100 %

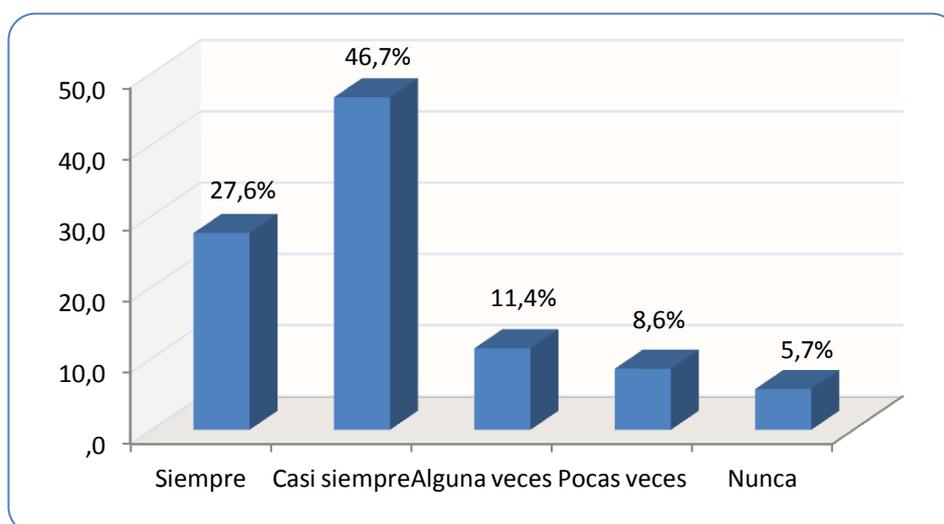


Gráfico 53. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 6 del B V

En el 27,6%, los profesionales agotan todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de la muerte siempre, antes de judicializarla (tabla 64 y gráfico 53).

7. ¿Consideras que sería necesario realizar una autopsia clínica en las muertes en personas sin patología previa, producidas posiblemente por causas naturales pero desconocidas?

Tabla 65. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 7 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Sí</b>	78	74,3 %	74,3 %
<b>No</b>	27	25,7 %	100 %

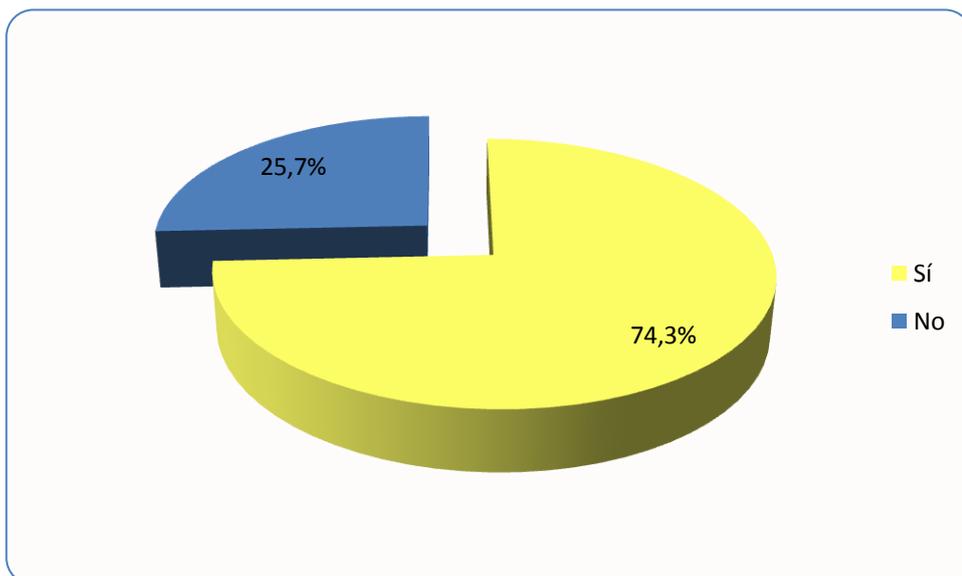


Gráfico 54. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B V

Un 74,3% de los médicos cree que en las muertes en personas sin patología previa, producidas posiblemente por causas naturales pero desconocidas, sería necesario realizar una autopsia clínica (tabla 65 y gráfico 54).

8. ¿En el caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, dejas informe de *exitus*?

Tabla 66. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 8 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Siempre</b>	96	91,4%	91,4%
<b>Casi siempre</b>	3	2,9%	94,3%
<b>Alguna veces</b>	0	,0%	94,3%
<b>Pocas veces</b>	1	1,0%	95,2%
<b>Nunca</b>	5	4,8%	100,0%

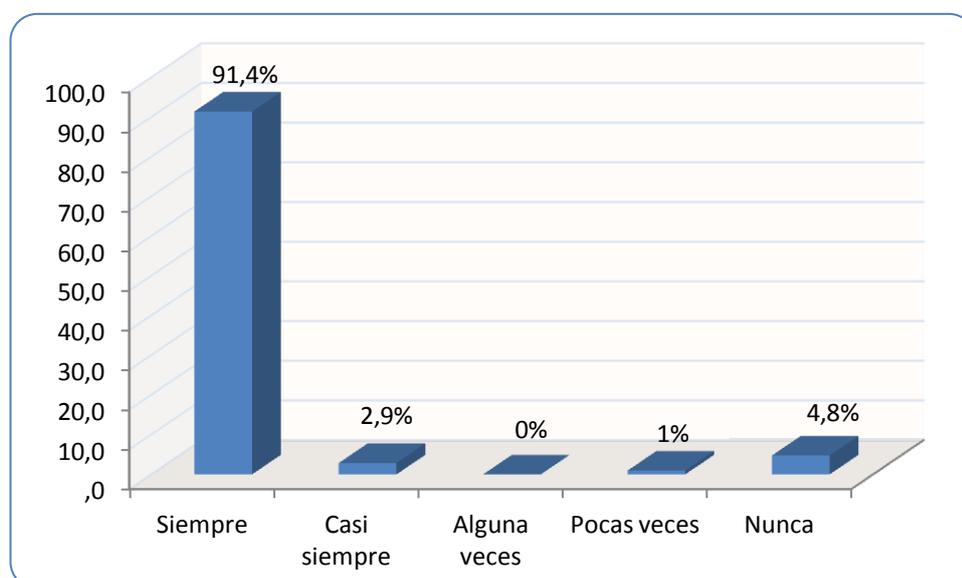


Gráfico 55. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 7 del B V

Casi todo el conjunto de facultativos, el 91,4%, deja informe de *exitus* siempre, en el caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad (tabla 66 y gráfico 55).

9. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en los aspectos médico-judiciales, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo.

Tabla 67. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 9 del B V

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	1	1 %	1 %
<b>2</b>	10	9,5 %	10,5 %
<b>3</b>	37	35,2 %	45,7 %
<b>4</b>	36	34,3 %	80 %
<b>5</b>	21	20 %	100 %

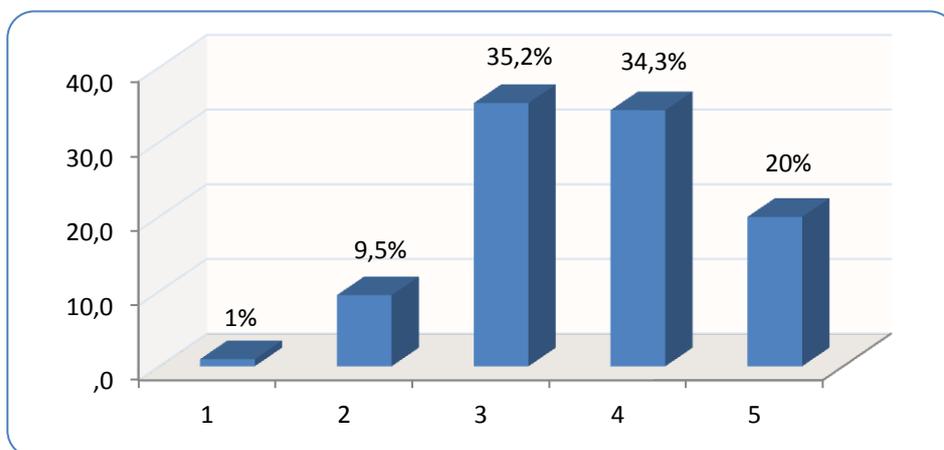


Gráfico 56. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 9 del B V

El grado de formación más requerido se encuentra en los niveles 3 y 4, en cuanto a los aspectos médico-judiciales (tabla 67 y gráfico 56).

#### 4.7. Bloque VI

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes?

Tabla 68. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 1 del B VI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Ninguno</b>	4	3,8 %	3,8 %
<b>Poco</b>	42	40 %	43,8 %
<b>Adecuado</b>	52	49,5 %	93,3 %
<b>Mucho</b>	7	6,7 %	100 %
<b>Excelente</b>	0	0 %	100 %

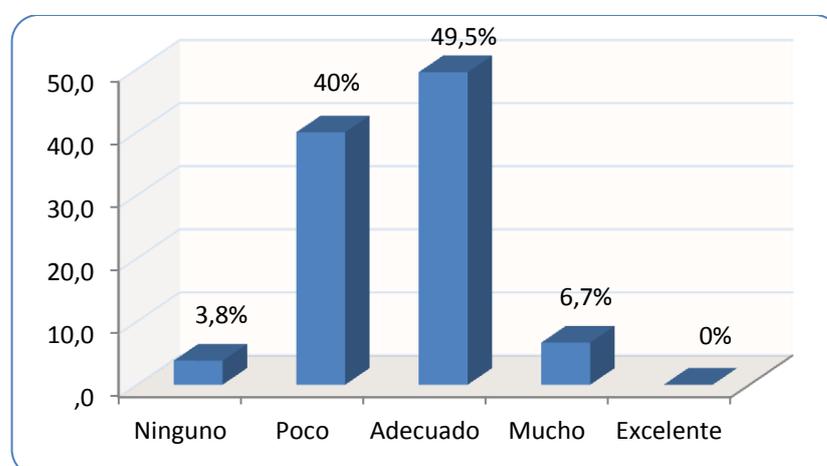


Gráfico 57. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 1 del B VI

El 49,5% de los profesionales considera que tiene un adecuado conocimiento sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes, seguido de un 40% que cree que tienen poco (tabla 68 y gráfico 57).

2. En el caso de la atención de un paciente psiquiátrico para el que consideres necesario el traslado involuntario, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Tabla 69. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 2 del B VI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	0	0 %	0 %
<b>Pocas veces</b>	0	0 %	0 %
<b>Algunas veces</b>	4	3,8 %	3,8 %
<b>Casi siempre</b>	17	16,2 %	20 %
<b>Siempre</b>	84	80 %	100 %

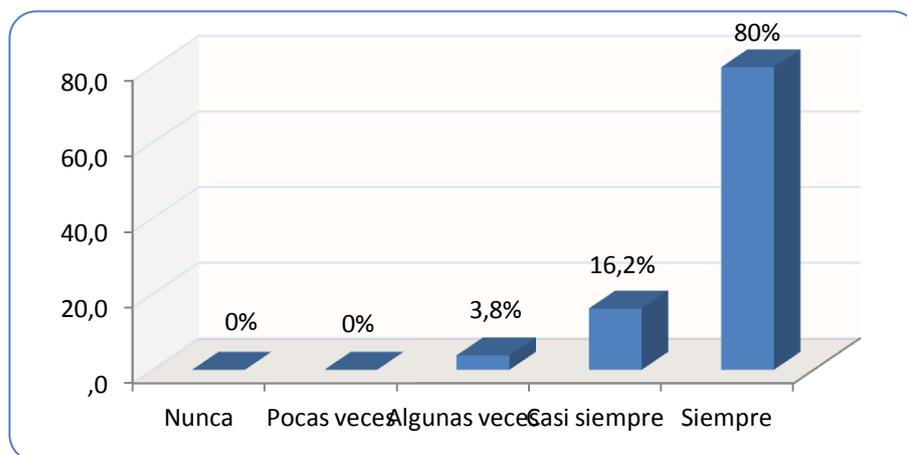


Gráfico 58. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 2 del B VI

Una amplia suma de profesionales, un 80%, hace constar siempre en la historia clínica que se ha requerido un traslado involuntario, en el caso de que este haya sido necesario (tabla 69 y gráfico 58).

3. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica el tipo de contención que ha requerido?

Tabla 70. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 3 del B VI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	1	1 %	1 %
<b>Pocas veces</b>	7	6,7 %	7,6 %
<b>Algunas veces</b>	10	9,5 %	17,1 %
<b>Casi siempre</b>	34	32,4 %	49,5 %
<b>Siempre</b>	53	50,5 %	100 %

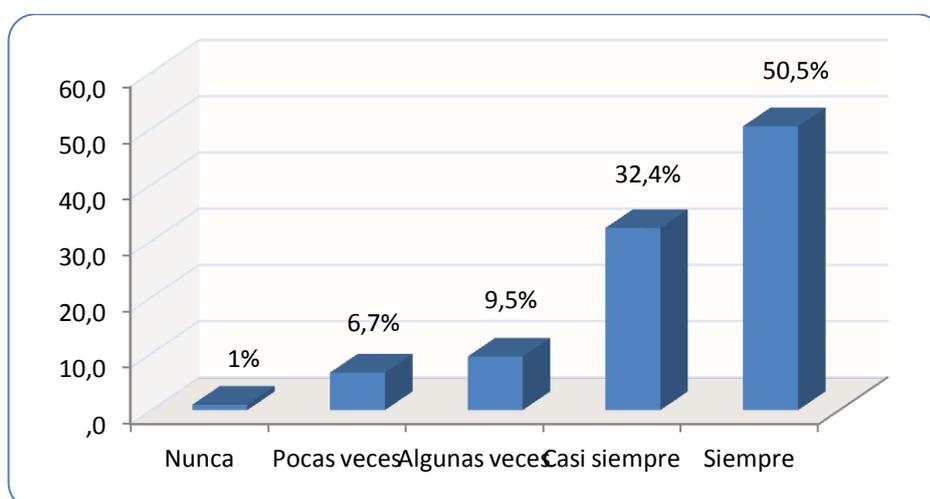


Gráfico 59. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 3 del B VI

La mitad de los profesionales hace constar siempre en la historia clínica el tipo de contención que ha requerido en la atención a un paciente psiquiátrico (tabla 70 y gráfico 59).

4. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica si han colaborado las FCSE en la contención física?

Tabla 71. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B VI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>Nunca</b>	1	1,0%	1,0%
<b>Pocas veces</b>	7	6,7%	7,6%
<b>Algunas veces</b>	16	15,2%	22,9%
<b>Casi siempre</b>	36	34,3%	57,1%
<b>Siempre</b>	45	42,9%	100,0%

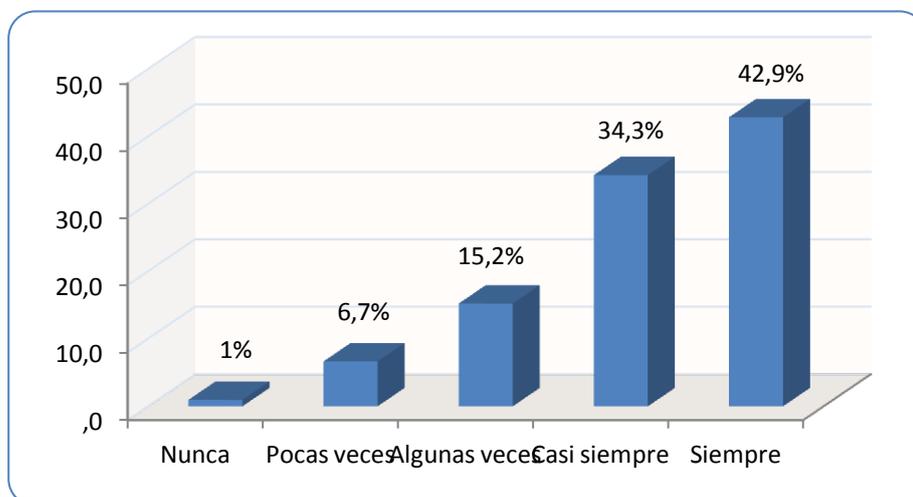


Gráfico 60. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 4 del B VI

El 77,2% de los profesionales hace constar siempre o casi siempre en la historia clínica si han colaborado las FCSE en la contención física (tabla 71 y gráfico 60).

5. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

Tabla 72. Distribución de frecuencias y porcentajes referidos a la pregunta 4 del B VI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
<b>1</b>	2	1,9 %	1,9 %
<b>2</b>	12	11,4 %	13,3 %
<b>3</b>	38	36,2 %	49,5 %
<b>4</b>	40	38,1 %	87,6 %
<b>5</b>	13	12,4 %	100 %

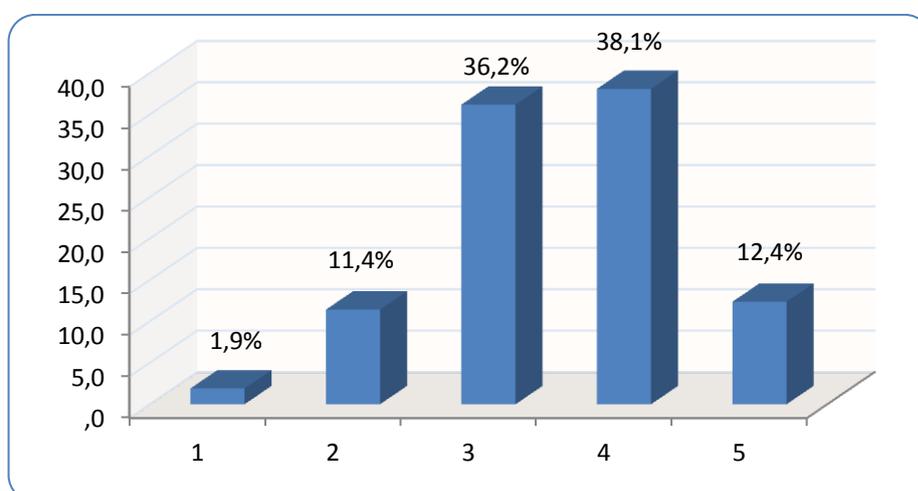


Gráfico 61. Distribución de porcentajes referidos a la pregunta 5 del B VI

El grado de formación más requerido se encuentra en los niveles 3 y 4, sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes. (tabla 72 y gráfico 61).

## 5. Discusión

### 5.1. Descripción demográfica

El Servicio de Emergencias Sanitarias Castilla y León está integrado por médicos cuyo rango de edad más frecuente está comprendido entre los 41 y 50 años. La distribución por sexos es prácticamente igualitaria. El 72% de los facultativos cuenta con una experiencia en emergencias que se encuentra entre los 10 y 15 años.

### 5.2. Bloque I: Información

Los profesionales de nuestro estudio manifiestan poseer un conocimiento adecuado sobre el derecho del paciente a recibir información, en un 61%. Sin embargo, a pesar de ello, la demanda de formación requerida en materia de información al paciente, se encuentra en niveles altos.

Al estudiar la variable, si se pregunta al paciente si quiere ser informado, encontramos que 37,2% de los médicos de emergencias no preguntan al paciente nunca o casi nunca al paciente si quiere ser informado, en contraposición a un 33,4% que pregunta al paciente si quiere ser informado siempre o casi siempre y a un 29,5% que lo hace algunas veces.

Nuestros resultados son algo peores que los encontrados en el estudio de MIRA, en el que un 70% de los profesionales aplicaría

correctamente el derecho a no ser informado<sup>262</sup>; en el trabajo de LOPERA, los comportamientos de información sobre cirugía tienen niveles altos en un 53,4%<sup>263</sup>; y en la tesis de LÓPEZ el 88,7% de los anestesiistas encuestados defiende el respeto al derecho de no recibir información del paciente y solo el 11,3% discrepa de esta opinión<sup>264</sup>.

Sin embargo, encontramos peores resultados en el trabajo de CARBALLO del 2006, en el que solo un 35,4% de los médicos del Servicio de Emergencias SUMMA 112 consultados, pregunta al paciente si quiere recibir información, frente a un 62,5% que no lo hacen<sup>265</sup>.

En el análisis de la información otorgada al paciente, sobre su enfermedad, tratamiento y las técnicas a realizar, una gran mayoría de los facultativos de emergencias informan casi siempre o siempre, sobre la enfermedad, del tratamiento pautado y de las técnicas a realizar al paciente. Así, un 93,3% informan casi siempre o siempre sobre la enfermedad del paciente, un 91,4% del tratamiento y un 88,6% de las técnicas a realizar. No obstante, a la hora de reflejar estos hechos en la historia clínica, no lo anotan nunca o lo hacen pocas veces, algo más de la mitad de los profesionales, un 53,3%. Esta tendencia es seguida en la tesis de LÓPEZ, en el que el 69,8% de los anestesiistas confirma que

---

<sup>262</sup> MIRA, J.J., *op. cit.*, pág. 248.

<sup>263</sup> LOPERA, G.E., *op. cit.*, pág. 463.

<sup>264</sup> LÓPEZ, M., *op. cit.*, pág. 213.

<sup>265</sup> CARBALLO, J.M., *op. cit.*, pág. 220-221.

informa siempre de la técnica, el 30,2% lo hace a veces y ninguno deja de informar de ello al paciente<sup>266</sup>.

En cuanto a la necesidad de solicitar autorización al paciente para informar a personas vinculadas con él, solamente el 9,5% de los médicos de nuestro estudio lo hacen siempre, frente al 8,6% que no piden nunca autorización o el 31,4% que la piden pocas veces. Posiblemente, esto esté influenciado por el contexto en el que se realiza la atención extrahospitalaria, ya que habitualmente coinciden en una misma ubicación el paciente y las personas vinculadas a él; por lo que siempre que el paciente no manifieste oposición, al acompañar un tercero al paciente, implicaría un consentimiento tácito para la autorización de información. Por tanto, pudiera resultar superflua la autorización expresa por parte del paciente<sup>267</sup>.

Estos resultados contrastan con los hallados por MUNICIO, en el que las respuestas sobre si los familiares solicitan información sobre un paciente ¿se les debe informar, aunque no se cuente con el consentimiento del propio paciente?: el 6,3% de los facultativos afirma que sí y el 86,1% dice que no y el 7,5% no sabe/no contesta.(NS/NC) Cuando la pregunta es si se debe informar sobre un paciente a los familiares, el 78,76% contesta que no se debe informar a los familiares.

---

<sup>266</sup> CARBALLO, J.M., *op. cit.*, pág. 226.

<sup>267</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, págs. 828-829.

Respecto al representante legal, los porcentajes son similares: 36,17% no, 35,56% sí y 28,28 NS/NC<sup>268</sup>.

De igual modo, en el trabajo de FERNÁNDEZ-GARRIDO, el 81,81% de los 22 médicos que participan, conocen que la titularidad del derecho a la información es del paciente<sup>269</sup>.

Cuando el paciente tiene alterado el nivel de consciencia, el 51,4% de los facultativos de emergencias cree que puede informar directamente a los familiares casi siempre, si a este porcentaje se suma los que creen que siempre pueden informar a los familiares en la situación antes mencionada, alcanza un 89,5%.

Los médicos de emergencias informan en un 50% de los casos, casi siempre al paciente que padezca una incapacidad mental de acuerdo a sus posibilidades de comprensión. Si el paciente no puede comprender la información informan en un 99% a sus familiares.

En cuanto a la limitación de información al paciente por existencia de estado de necesidad terapéutica, en un 90,5% de los médicos de nuestro estudio limitarían la información cuando esta pueda perjudicar de manera grave al paciente. Además un 79% de ellos, lo reflejaría en la historia. Encontramos porcentajes algo menores, en el estudio de LÓPEZ, en este, el 56,6% de los anestelistas sólo limitan la información al paciente por existencia de estado de necesidad terapéutica en situaciones

---

<sup>268</sup> MUNICIO, J. A., *op. cit.*, págs. 85-88.

<sup>269</sup> FERNÁNDEZ-GARRIDO, L., *op. cit.*, pág. 333.

de excepcionalidad, mientras que el 43,4% refieren no haberlo usado nunca<sup>270</sup>.

### 5.3. Bloque II: Consentimiento

Respecto a los conocimientos que los profesionales de nuestro estudio manifiestan sobre el consentimiento informado durante la atención al paciente, el 51,4% consideran que es adecuado y un 34,3% revelan que tienen pocos conocimientos. Sin embargo, la demanda de formación requerida en materia de información al paciente es elevada, el 72,4% se encuentra en niveles entre el 3 y el 4, en una escala del 1 al 5.

En el estudio de FERNÁNDEZ-GARRIDO, se analiza la importancia que se otorga al conocimiento de la LAP para el desempeño del trabajo, en una escala del 1 al 10, en el personal médico se encuentra una media de 7,32. En cuanto a la iniciativa personal para conocer la LAP, el 81,8% de los médicos reconoce no haber tenido ninguna<sup>271</sup>.

Un 17,1% de los facultativos consideran que nuestro Servicio de Emergencias está obligado a pedir el consentimiento informando nunca o pocas veces. En este punto es importante reseñar que aunque las intervenciones de emergencias, en ocasiones, implican la existencia de un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo, la STC 37/2011 clarifica que:

---

<sup>270</sup> LÓPEZ, M., *op. cit.*, pág. 240.

<sup>271</sup> FERNÁNDEZ-GARRIDO, C., «Conocimiento de la ley de autonomía del paciente por el personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico.», *Enfermería Clínica*, vol. 19(6) (2009), págs. 330-334.

*[...] no basta con que exista una situación de riesgo para omitir el consentimiento informado, sino que aquél ha de encontrarse cualificado por las notas de inmediatez y de gravedad<sup>272</sup>.*

La mayoría de los médicos de nuestro estudio, un 46,7%, opina que el consentimiento debe requerirse algunas veces. En el trabajo de FERNÁNDEZ-GARRIDO, se encuentra que solo el 50,79%, conoce como debe otorgar el paciente el consentimiento informado en el área quirúrgica. El 59,09% de los participantes responde correctamente con relación a que la cirugía requiere autorización previa del paciente<sup>273</sup>.

En cuanto a la constancia de dicho consentimiento verbal en la historia clínica de emergencias, un escaso 33,3% de los profesionales de emergencias, anotan en la historia clínica el consentimiento verbal siempre o casi siempre. El porcentaje que expresa LÓPEZ en su tesis es que el 41,5% de los anestesiólogos anotan el consentimiento informado en la historia a veces<sup>274</sup>. Hay que referir que el Servicio de Anestesia del Complejo Hospitalario de Toledo cuenta con un formulario de consentimiento informado escrito<sup>275</sup>, a diferencia de nuestro Servicio que no cuenta con ninguno de estos documentos de consentimiento escritos.

Un 61,9% de los médicos de emergencias considera que en alguna actuación de emergencia que suponga un grave riesgo para la salud del paciente, debería pedirse un consentimiento por escrito. Respecto a la

---

<sup>272</sup> STC 37/2011, «BOE» Núm. 101, de 28 de abril de 2011, pág. 57.

<sup>273</sup> FERNÁNDEZ-GARRIDO, C., *op. cit.*, págs. 330-334.

<sup>274</sup> *Ibíd.*, pág. 220.

<sup>275</sup> *Ibíd.*, págs. 215-216.

forma escrita del consentimiento informado, la STS de 22 de septiembre de 2010, esgrime:

*También es doctrina reiterada de esta Sala que la exigencia de la constancia escrita de la información tiene, para casos como el que se enjuicia, mero valor "ad probationem" (SSTS 2 octubre 1997; 26 enero y 10 noviembre 1998; 2 noviembre 2000; 2 de julio 2002; 29 de julio de 2008), garantizar la constancia del consentimiento y de las condiciones en que se ha prestado, pero no puede sustituir a la información verbal, que es la más relevante para el paciente, especialmente en aquellos tratamientos continuados en los que se va produciendo poco a poco dentro de la normal relación existente con el médico, a través de la cual se le pone en antecedentes sobre las características de la intervención a la que va a ser sometido así como de los riesgos que la misma conlleva; habiendo afirmado la sentencia de 29 de mayo de 2003, que debe al menos "quedar constancia de la misma en la historia clínica del paciente y documentación hospitalaria que le afecte", como exige en la actualidad la Ley de 24 de noviembre de 2002; doctrina, por tanto, que no anula la validez del consentimiento en la información no realizada por escrito, y que exige como corolario lógico invertir la carga de la prueba para que sea el médico quien pruebe que proporcionó al paciente todas aquellas circunstancias relacionadas con la intervención mientras este se halle bajo su*

*cuidado, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas, con sus riesgos y beneficios*<sup>276</sup>.

Un 50,5% de los facultativos encuestados solicitan siempre o casi siempre el consentimiento a los familiares cuando el paciente está inconsciente y no puede manifestar su voluntad. En determinados ámbitos, como en la UCI del Royal Liverpool University Hospital se ha realizado un estudio sobre la utilización del consentimiento informado retrospectivo<sup>277</sup>.

En cuanto a las DAV, instrucciones previas o testamento vital, el 32,4% de los médicos de emergencias preguntan pocas veces o nunca acerca de la existencia de instrucciones previas a los allegados de paciente, cuando este no puede manifestar su voluntad. Solamente un 15,2% de los profesionales lo pregunta siempre.

Esta cuestión ha suscitado diversas publicaciones. Así, en el estudio de VELASCO-SANZ, en la UCI, realizado en nueve hospitales de la Comunidad de Madrid, el 85,3% de los médicos respetaría el DVA de un paciente en caso de urgencia vital. Solo el 19,1% de los médicos conoce si los pacientes que llevan a su cargo poseen un DVA<sup>278</sup>. En el ámbito de la Atención Primaria, la publicación de CHAMPER aprecia que en el cuestionario realizado a todo el personal de los 13 Equipos de Atención Primaria consultados, el porcentaje de aciertos en la definición conceptual

---

<sup>276</sup> STS 5506/2010 de 22 de septiembre de 2010.

<sup>277</sup> CARINS et al., «Retrospective consent in critical care: how achievable is it?.» *Intensive Care Medicine Experimenta* 3, nº 1 (2015), pág. 138.

<sup>278</sup> VELASCO-SANZ, T.R., *op. cit.*, doi: 10.1016/j.medin.2015.04.011.

de DAV es de un 83,8%, a diferencia de los aspectos legales, el 4,1% y el 38,6% la aplicación del DAV<sup>279</sup>. En el trabajo de NEBOT, la forma más frecuente que tuvieron los encuestados de saber si el paciente había otorgado DAV fue preguntando a la familia en un 62,8%. Una amplia mayoría era consciente del derecho del paciente a que se respeten sus voluntades anticipadas, si bien solo la mitad se había planteado, ante un paciente en situación terminal grave, la posibilidad de que hubiera otorgado DAV<sup>280</sup>.

En el ámbito de emergencias, obtenemos fundamentalmente la información de la existencia de Instrucciones Previas a través de los allegados, debido a la dificultad de consulta telemática, en el momento de atención al paciente, del Registro de Instrucciones Previas de castilla y León.

En el trabajo de FAJARDO, llevado a cabo en 17 Zonas Básicas de Salud de 4 provincias de Andalucía en 2012, con 340 sujetos médicos, enfermeros y trabajadores sociales, el 33,9% del personal médico había leído el texto del DVA vigente en la Comunidad Autónoma<sup>281</sup>.

El 96,2% de los facultativos encuestados reflejan en la historia clínica el hecho de que el paciente no quiere atención. Según MEDIURIS,

---

<sup>279</sup> CHAMPER BLASCO, A., *op. cit.*, pág. 466.

<sup>280</sup> NEBOT, C., *op. cit.*, pág. 439.

<sup>281</sup> FAJARDO CONTRERAS, M.C., *op. cit.*, págs. 141-143.

cuando el paciente manifiesta previamente que no quiere asistencia, no se iniciaría el proceso asistencial directo sobre dicho paciente<sup>282</sup>.

Sólo un 61,9% de los médicos de emergencias intenta recoger esta negativa por escrito si un paciente rechaza la asistencia. En esta situación el anterior autor recomendaría la existencia de un documento de «*alta voluntaria extrahospitalaria*» donde se constatará la filiación del paciente (nombre, apellidos, DNI, etc.), su firma y, aconsejable, la firma de un testigo. Previamente se ha de haber informado adecuadamente al paciente de los riesgos que conlleva su decisión de no ser asistido<sup>283</sup>. En nuestro Servicio no contamos con dicho documento, por lo que esta situación y la firma del paciente que rechaza la asistencia, siempre que este lo permita, habitualmente se refleja en la historia clínica.

En el caso de que el paciente rechace tratamiento, un 93,3% de los facultativos encuestados hacen constar en la historia clínica dicha negativa.

#### 5.4. Bloque III: privacidad y confidencialidad

Respecto a los conocimientos que los profesionales encuestados manifiestan sobre la responsabilidad que implica la falta de intimidad durante la atención al paciente, el 46,7% consideran que es adecuado y un 34,3% revelan que tienen pocos conocimientos. En un estudio realizado a los trabajadores de Osakidetza en el ámbito de Atención

---

<sup>282</sup> MEDIURIS, *op. cit.*, pág. 514.

<sup>283</sup> *Ibíd.*, págs. 514-515.

Primaria, Atención Especializada y Salud Mental, el 43,3% de los encuestados afirman que sí tiene los conocimientos suficientes sobre la intimidad, el 50,4% no y el 6,3% NS/NC<sup>284</sup>.

Esto guarda cierta relación con lo hallado en nuestro estudio, en el que en cuanto a los conocimientos manifestados sobre la vulneración de la Ley de Protección de Datos, el 43,8% creen que es adecuado y un 41,9% considera que sus conocimientos son ninguno o poco. En el trabajo de MUNICIO, el 25,5% de los médicos afirma tener suficientes conocimientos sobre la protección de datos, el 66,3% opina lo contrario y el 8,3% NS/NC. En cuanto a los conocimientos sobre el secreto profesional el 53,6% afirma que sí tiene los conocimientos suficientes, el 44,4% no y el 6,5% NS/NC. Cuando se pregunta si se conoce la existencia de legislación que regule el secreto profesional en su profesión, el 87,7% de los facultativos afirma que sí conoce que existe legislación que regule el secreto profesional en su profesión y el 1,1% dice que no. Destaca el hecho de que el 11,1% conteste NS/NC. Al indagar acerca de la clasificación de los datos sanitarios que realiza la Ley de Protección de Datos sin discriminar el grupo profesional: El 72,7% señala que la ley los clasifica como datos especialmente protegidos, pero hay un 25,2% que marca la casilla NS/NC<sup>285</sup>.

Así mismo, en nuestro estudio, el nivel de conocimientos de la Ley de Protección de Datos en relación con la historia clínica, refleja que algo más de la mitad, un 50,5% de los médicos, piensa que sus conocimientos

---

<sup>284</sup> MUNICIO, J.A., *op. cit.*, pág. 66.

<sup>285</sup> *Ibid.*, págs. 66-72.

sobre este tema son adecuados, en contra del 35,2% que opina que no tiene ninguno o poco.

La demanda de formación requerida en materia del derecho del paciente a la privacidad y confidencialidad, en una escala del 1 al 5, tras la contestación a las preguntas sobre el derecho del paciente a recibir información, se encuentra que la mayoría de los profesionales, el 62,9%, requiere formación en unos niveles elevados, entre el 3 y el 4.

Una gran mayoría, el 87,6% de los médicos de nuestro estudio intenta mantener la privacidad durante la atención de los pacientes. En este sentido, en el trabajo de MUNICIO, cuando se pregunta a los profesionales si informan a los pacientes en presencia de terceras personas: el 47,2% de los facultativos afirma que sí y el 48,4% dice que no y el 4,4% contesta NS/NC. Cuando se cuestiona sobre si informan a los allegados en presencia de terceras personas, el 34,5% de los facultativos afirma que sí y el 54,8% dice que no y el 10,7% contesta NS/NC. Por último, las respuestas sobre si resulta fácil asistir a los pacientes con la suficiente confidencialidad, en las condiciones en que habitualmente desarrollan su trabajo: el 63,9% de los facultativos afirma que sí y el 29,0% dice que no, el 2,4 % contesta NS/NC y el 4,8% no atiende a pacientes<sup>286</sup>.

Casi la totalidad de los encuestados en nuestro estudio, un 99%, mantiene el carácter confidencial de los datos de los pacientes. Es esencial ser escrupulosos en esta cuestión, ya su vulneración es constitutivo de delito según nuestro CP, en su artículo 199, dice:

---

<sup>286</sup> MUNICIO, J.A., *op. cit.*, págs. 96-105.

*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»<sup>287</sup>.*

Sin embargo, en ocasiones esta cuestión no está clara, ya que según el trabajo de MUNICIO, ante la pregunta: ¿Qué consecuencias puede tener la violación del secreto profesional?, el 39% de los encuestados opina que conlleva inhabilitación profesional, el 23% que es causa de sanción económica y sólo el 22% cree que puede acarrear penas de prisión<sup>288</sup>.

Por otro lado, es importante reseñar que la vulneración de la confidencialidad se encuentra dentro de las exclusiones específicas, del seguro de responsabilidad civil/patrimonial contratado por la Gerencia Regional de Salud de Sacyl, vigente en la actualidad, para la cobertura de responsabilidad civil por prejuicios patrimoniales puros<sup>289</sup>.

---

<sup>287</sup> Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

<sup>288</sup> MUNICIO, J.A., *op. cit.*, págs. 72-73.

<sup>289</sup> Contrato de seguro de responsabilidad civil profesional Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (01/04/2014).

Por último, en nuestro estudio respecto al acceso de la historia clínica, menos de la mitad de los facultativos, un 37,1%, no facilita nunca el acceso a la historia a los familiares, y un 41,9%, no la facilita a las FCSE,

#### 5.5. Bloque IV: Relación con el Sacyl

La percepción de los conocimientos referidos a la relación jurídica de los profesionales en nuestra investigación con Sacyl son considerablemente inferiores a los anteriores bloques, ya que aquí el mayor porcentaje, un 61%, se refiere a que tienen poco conocimiento de esa relación jurídica. Esto se ve reflejado en la demanda de formación en cuanto a esta relación jurídica, en una escala del 1 al 5, y tras la contestación a las preguntas sobre la relación jurídica con Sacyl, el 73,3% se encuentra en niveles entre el 4 y el 5.

En el estudio de su tesis, LÓPEZ, trata el conocimiento de varias leyes que regulan la profesión médica entre ellas la CE encontrando que un 27% tiene un buen conocimiento, disminuyendo el porcentaje del buen conocimiento de la LAP, en un 11% y aún más en la Ley de Ordenación Sanitaria, solo un 8%<sup>290</sup>.

En el estudio de su tesis LÓPEZ sobre el conocimiento de varias leyes que regulan la profesión médica, un 45,3% (24) de los anestelistas conocen dichas leyes frente al 54,7% (29) que las desconocen<sup>291</sup>.

---

<sup>290</sup> LÓPEZ, M., *op. cit.*, págs. 177-181.

<sup>291</sup> LÓPEZ, S., *op. cit.*, pág. 200.

Algo más de la mitad, el 51,4%, de los facultativos encuestados se sienten poco respaldados jurídicamente por Sacyl en caso de conflicto. Los resultados concuerdan con los obtenidos por LÓPEZ en el estudio de su tesis, en el que el 66,2% de los facultativos de Atención Primaria de la provincia de Toledo muestran mucha preocupación por el respaldo jurídico de la administración en caso de conflicto<sup>292</sup>.

#### 5.6. Bloque V: Aspectos Médico-Judiciales

La percepción de los conocimientos referidos a los aspectos Médico-Judiciales de los profesionales de Sacyl, en un 44,8%, es adecuado y en un 61%, es escaso. Esto se ve reflejado en la demanda de formación en cuanto a esta relación jurídica, en una escala del 1 al 5, y tras la contestación a las preguntas sobre la relación jurídica con Sacyl, el 89,5% se encuentra en niveles entre el 3 y 4.

El porcentaje de los médicos encuestados que realiza un parte judicial en el caso de asistencia a lesiones es mayor cuando no se deriva al hospital, un 71% lo hace siempre, que cuando se deriva al hospital, un 63,8% lo hace siempre. Sigue la misma tendencia en las intoxicaciones, aunque llama la atención que se realizan menos partes judiciales, un 46,7% si se deriva y un 54,3% si no se deriva al hospital.

Un considerable porcentaje de los médicos de emergencias, el 46%, casi siempre agota todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de la muerte. La mayoría de los facultativos, un 74%, consideraría necesaria

---

<sup>292</sup> LÓPEZ, S., *op. cit.*, pág. 209.

realizar una autopsia clínica en las muertes en personas sin patología previa, producidas posiblemente por causas naturales pero desconocidas. Por último casi la totalidad de los profesionales, el 91,4 %, deja el informe de *exitus* en caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad.

### 5.7. Bloque VI: Uso de la fuerza

La percepción de los conocimientos sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes que tienen los facultativos de Sacyl, es que casi la mitad, un 49,5%, considera que tiene unos conocimientos adecuados. Sin embargo, la demanda de formación en cuanto a esta relación jurídica, en una escala del 1 al 5, y tras la contestación a las preguntas sobre la implicación médico-legal del uso de la fuerza en pacientes, es elevada, el 89,5% se encuentra en niveles entre el 3 y el 4.

Una amplia suma de profesionales de emergencias, un 80%, hacen constar en la historia clínica que se ha requerido un traslado involuntario, en el caso de que este haya sido necesario. La mitad de los médicos hace constar en la historia clínica el tipo de contención que se ha requerido en la atención a un paciente psiquiátrico. Una proporción mayor, el 77,2%, de los profesionales hace constar en la historia clínica si han colaborado las FCSE en la contención física. Así, según LARRAZ, sería necesario disponer de un protocolo escrito que recogiera:

- El procedimiento adecuado de todo el proceso de sujeción.
- Controles y monitorización permanente del proceso.

- Registro en historia clínica.
- Información de la medida aplicada al propio paciente y a los familiares o personas de su entorno de convivencia<sup>293</sup>.

---

<sup>293</sup> LARRAZ, J.A. «Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica.» *Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica* 13 (2007), pág. 17.

## 6. Conclusiones

Las conclusiones se establecen de acuerdo a los objetivos del trabajo.

*Objetivo 1. Estudio de la información asistencial dada al paciente, desde el punto de vista que define la LAP.*

1. El 90% de los médicos encuestados facilita información al paciente acerca de la enfermedad, el tratamiento y las técnicas a realizar.
2. También se muestra en el estudio, un adecuado entendimiento de los diferentes aspectos de la titularidad de la información asistencial.
3. Casi la totalidad de los facultativos limitaría la información que pudiera perjudicar al paciente.
4. Solo un 33,4% de los encuestados pregunta siempre o casi siempre, si el paciente quiere ser informado. Cabría pues, una mejora en hacer valer el derecho del paciente a decidir si quiere o no ser informado.
5. Solamente un 28,6% de los profesionales anota en la historia clínica, siempre o casi siempre, la información dada sobre la enfermedad, el tratamiento y las técnicas a realizar en el paciente. Por tanto, también podría ser posible una mejora en el grado en que se deja constancia en la historia clínica de la información asistencial otorgada, en todos sus matices.

*Objetivo 2. Evaluación del consentimiento otorgado por el paciente o por los sujetos que le pudieran sustituir.*

6. La mayoría de los profesionales, un 61,9%, considera que habría que pedir un consentimiento informado escrito en las actuaciones de emergencias que supongan riesgo o inconveniente para la salud del paciente.
7. Solo un 33,3% deja siempre o casi siempre constancia en la historia clínica de la cesión de consentimiento verbal del paciente, como consecuencia de la información adecuada otorgada a este, por lo que este aspecto es francamente mejorable.
8. Un 32,4% de los facultativos no pregunta por la existencia de instrucciones previas a los familiares.
9. Cuando el paciente no quiere atención, la mayoría de los médicos lo refleja en la historia clínica.
10. Cuando el paciente rechaza el tratamiento, también la mayoría de los médicos lo refleja en la historia clínica.

*Objetivo 3. Análisis del respeto a la privacidad y la confidencialidad del paciente.*

11. Hay un alto grado en el respeto al derecho de privacidad del paciente. Un 87,6% de los facultativos intenta mantener la privacidad durante la atención del paciente.
12. Un 99% de los médicos mantiene siempre o casi siempre, el carácter confidencial de los datos de los pacientes.

13. Solo el 37,1% no facilita el acceso a la historia clínica a los familiares del paciente, y el 41,9% no la facilita a las FCSE, por lo que estos aspectos se pueden mejorar.

*Objetivo 4. Investigación de la relación con Sacyl desde el punto de vista del profesional médico.*

14. Existe inquietud y preocupación por el respaldo jurídico ofrecido por Sacyl.
15. Una gran mayoría de los profesionales considera que no tienen información o esta es muy escasa, sobre la protección jurídica que facilita Sacyl.

*Objetivo 5. Estudio del desempeño profesional desde la perspectiva médico-judicial.*

16. La cumplimentación de los partes judiciales es adecuada, aunque hay que señalar que es menos frecuente en los casos de las intoxicaciones.
17. Solo el 27,7% de los profesionales agota todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de muerte, antes de judicializarla.
18. Un 74,3% de los facultativos consideraría necesario la realización de autopsias clínicas.
19. Casi la totalidad de los profesionales dejan el informe de *exitus* al judicializar una muerte.

*Objetivo 6. Valoración de las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en los pacientes psiquiátricos.*

## *Conclusiones*

21. La mayoría de los encuestados refleja en la historia clínica la necesidad de realizar un traslado involuntario.
22. El 50,5% de los profesionales hace constar siempre en la historia clínica las contenciones utilizadas. Por tanto, este aspecto debe ser mejorado.
23. Casi la mitad de los encuestados anota en la historia la colaboración realizada por las FCSE, por lo que también cabría mejora.

# **B**IBLIOGRAFÍA



ALEIXANDRE-BENAVENT R. Fuentes de información en ciencias de la salud en internet. *Panace@*. 2011; 12(33) p. 112-120.

ALLEN JP. The art of Medicine in Ancient Egypt. *Art TMMo*, editor; 2006.

ALONSO PÉREZ M. La relación médico-enfermo, presupuesto de responsabilidad civil (En torno a la "lex artis") Perfiles de responsabilidad civil del nuevo milenio Madrid: Dykinson; 2000.

ALVAREZ LOPEZ R. La información y el consentimiento: la nueva dimensión de la medicina actual. *Angiología*. 2006; 58.

AMARO LASHERAS J. Papel de la Cruz Roja en el transporte sanitario. pág 196. *Anales de la Real Academia de Medicina*. 1986; Tomo CIII-Cuaderno 2.

Análisis de los datos contenidos en el registro de agresiones. Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Sección de agresiones al personal de centros sanitarios. 2014.

Anónimo. Frank Pantridge. *BMJ*. 2005; 330.

Anónimo. Servicio Especial de Urgencias de la Seguridad Social. Memoria 1964-1966. Madrid. Servicio Especial de Urgencia 1967.

ARENAS LÓPEZ A. Conocimiento y cumplimiento de los profesionales sanitarios del derecho del paciente a la información clínica. *Revista Española Medicina Legal*. 2012; 38(1).

Balance del Plan Integral frente a las agresiones. Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. Sección de agresiones al personal de centros sanitarios. 2008-2014.

BARBERO GARCÍA MI. *Psicometría* Madrid: UNED; 2003.

BARROETA URQUIZA J. Algunos aspectos generales de la asistencia de urgencias y emergencias. En *Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España*: Mensor; 2011. p. 31.

## *Bibliografía*

BARROETA URQUIZA J. Análisis de la situación de los servicios de urgencias y emergencias médicas extrahospitalarios en España. pág. En Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España: Mensor; 2011. p. 56.

BARROETA URQUIZA J. Evolución histórica de los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarios. En Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España: Mensor; 2011. p. 43.

BARROETA URQUIZA J. Sistema sanitario. Contexto político e institucional. En Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España: Mensor; 2011. p. 31.

Biblia. Antiguo testamento (2 Re 4:1-7).

Biblia. Evangelio según San Lucas. Parábola del buen samaritano, versículo 25-37.

CAMPO-ARIAS A. Propiedades Psicométricas de una Escala: la Consistencia Interna. Revista de Salud Pública. 2008; 10(5).

CANTERO SANTAMARÍA J. I. La asistencia urgente en atención primaria: una aproximación histórica (I). Revisiones MG. 2008. Marzo.

CARAVACA CABALLERO A. Los sistemas de emergencias sanitarios en el mundo. Puesta al día en urgencias y catástrofes. 2009; 9(1).

CARBALLO J.M. "Seguimiento de la ley 41/2002 de autonomía del paciente en un servicio de urgencias". En BIOMEDICINA Y DERECHO SANITARIO. Madrid: Ademas; 2006. p. 213-234.

CARINS. Retrospective consent in critical care: how achievable is it? 2015 3(Suppl 1): A138. Intensive Care Medicine Experimental. 2013; 3(1).

Carta Social Europea. [*Online*].

<https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCRBooklet/Spanish.pdf>. (último acceso: 12 de 4 de 2015).

CASADO BLANCO M. Manual de Documentos Médico-Legales Extremadura, editor; 2008.

CASTELLÓ A. Parte judicial de lesiones: uso y abuso. Medicina Clínica. 2012; 139(2).

CHAMPER BLASCO A. Conocimientos y actitudes de los profesionales de los equipos de atención primaria sobre el documento de voluntades anticipadas. Atención Primaria. 2010; 42(9).

Circular del Director General del INSALUD. De 29 de octubre de 1982, sobre distribución de UVI-móviles e instrucciones para su utilización.

Colegio Americano de Cirujanos. Evaluación y Tratamiento Iniciales. En Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma® para Médicos.ATLS®. Chicago; 2008. p. 2-19.

Colegio Americano de Cirujanos CdT. Visión general del curso. Propósito, Historia y Conceptos del programa ATLS. In Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma® para Médicos.ATLS®. Chicago; 2008. p. 17.

Constitución Española. Artículo 43.Título primero. Sección segunda. Capítulo tercero. BOE núm. 311, de 29 de diciembre de 1978, página 29320.

Convención sobre los derechos del niño. [Online]. [https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN\\_06.pdf](https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/CDN_06.pdf). (último acceso: 15 de 4 de 2015).

Convenio de 28 de enero de 1981. [Online]. [http://www.agpd.es/portalwebAGPD/internacional/textosynormas/textos\\_consejo\\_europa/common/PDFs/B.28-cp--CONVENIO-N-1o--108-DEL-CONSEJO-DE-EUROPA.pdf](http://www.agpd.es/portalwebAGPD/internacional/textosynormas/textos_consejo_europa/common/PDFs/B.28-cp--CONVENIO-N-1o--108-DEL-CONSEJO-DE-EUROPA.pdf). (último acceso: 15 de 4 de 2015).

Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997 (Instrumento de Ratificación publicado en «BOE» núm. 251, de 20 de octubre de 1999).

Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales (Roma, 4-11-1950). Ratificado el 26-9-1979 «BOE» núm. 243, de 10 octubre de 1979.

Convenio suscrito entre la Dirección General de Tráfico y el INSALUD para la utilización parcial de 13 UVI-móviles para el Auxilio Sanitario en Carretera, a las víctimas de graves accidentes de circulación. De 7 de octubre de 1982.

CORBELLA I DUCH J. Manual de Derecho sanitario Barcelona: Atelier; 2012.

CORBETT BELL R. The Ambulance A History.: Mc Farland &Company; 2009.

CRUZ MARTÍNEZ E. La historia de la ambulancia. Revista Asociación Mexicana Medicina Crítica y Terapia Intensiva. 2006; 20(3).

Decisión del Consejo, de 29 de julio de 1991, relativa a la creación de un número de llamada de urgencia único europeo. 91/396/CEE.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. [Online]. <http://www.un.org/es/documents/udhr/>. (último acceso: 12 de 4 de 2015).

Decreto 2065/1974, de 30 de mayo. Por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Artículo 122.

Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones. «BOJA» núm. 18, de 27 de enero de 2011.

Decreto 52/2014, de 16 de octubre, por el que se crea y regula el Observatorio de la Comunidad de Castilla y León. «Bocyl» núm. 201, de 20 de octubre de 2014.

Decreto de 14 de noviembre de 1958 por el que se aprueba el Reglamento de la Ley del Registro Civil. «BOE» núm. 296, de 11 de diciembre de 1958.

Decreto 2766/67 de 16 de Noviembre de 1967. Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social. Prestaciones y ordenación de servicios médicos.

Directiva 95/46/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. [Online] <http://eurlex.europa.eu/legalcontent/ES/TXT/?uri=URISERV%3AI14012>. (último acceso: 15 de 4 de 2015).

Directiva 2002/22/CE. Del Parlamento Europeo y del Consejo, relativa al servicio universal y los derechos de los usuarios en relación con las redes y los servicios de comunicaciones electrónicas.

DOMINGUEZ LUELMO A. Derecho sanitario y responsabilidad médica. Comentarios a la Ley 41/2002 de noviembre, sobre derechos del paciente, información y documentación clínica Valladolid: Lex Nova; 2009.

Emergency Medical Services Systems in the European Union. 2008. World Health Organization (WHO).

Estadística de Castilla y León. [Online] [http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284209638361/1/\\_/\\_/](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284209638361/1/_/_/). (último acceso: 10 de 9 de 2015).

Estadística de Castilla y León. [Online] [http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/\\_/\\_/\\_/](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/_/_/_/). (último acceso: 20 de 4 de 2015).

Estrategia de Reperusión del IAMCEST en Castilla y León. Código Infarto. Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León. [Online]; 2014: <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/programas-guias-clinicas/programas-salud/codigo-infarto-castilla-leo>. (último acceso: 15 de 9 de 2015).

European Society for Emergency Medicine (EuSEM). [Online] <http://www.eusem.org/whatisem/> acceso el 6 de abril 2015. (último acceso: 6 de 4 de 2015).

FAJARDO CONTRERAS MC. Grado de conocimiento y actitudes de los profesionales ante el Documento de Voluntades Anticipadas: diferencias

entre distintos profesionales y provincias de una misma autonomía. *Semergen*. 2015; 41(3).

FERNÁNDEZ-GARRIDO C. “Conocimiento de la ley de autonomía del paciente por el personal médico y de enfermería implicado en el proceso quirúrgico”. *Enfermería Clínica*. 2009; 19(6).

GALÁN CORTÉS JC. *Responsabilidad civil médica*. 2nd ed: Civitas; 2007.

GALÁN SÁNCHEZ C. Urgencias Psiquiátricas. En JULIÁN JIMÉNEZ A. *Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias del Complejo Hospitalario de Toledo*: Saned; 2010. P. 1361-68.

GARCÍA ÁLVAREZ A.C. *Elaboración de documentos médico-legales*. Protocolo. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2012 abril; 19.

GARCÍA GARNICA MC. *Aspectos básicos de la responsabilidad civil médica*.: Aranzadi; 2010.

GIMÉNEZ-CANDELA T. "Lex artis y responsabilidad médico-sanitaria: una perspectiva actualizada". *Revista de Derecho Patrimonial*. 2006;(17).

GÓMEZ JARA M. *Trastornos psiquiátricos y derecho*, págs. 56-60, Barcelona: Atelier; 2008.

GÓMEZ PAVÓN P. *Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil*: Bosch; 2013.

GONZÁLEZ FISHER RF. El Papiro quirúrgico de Edwin Smith. *Anales de Medicina (Mex)*. 2005; 50 (1).

IFEM. [Online] [http://www.ifem.cc/About\\_IFEM.aspx](http://www.ifem.cc/About_IFEM.aspx). (último acceso: 7 de 4 de 2015).

IHCC EHS SOP. [Online]. <http://www.ehs.net/1105/sop99.pdf>. (último acceso: 29 de 12 de 2014).

INE. [www.ine.es](http://www.ine.es). [Online].<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>. (último acceso: 4 de 11 de 2015).

Información y Documentación Clínica. Documento Final del Grupo de Expertos, Madrid, 26 de noviembre de 1997. Subsecretaría de Sanidad y Consumo, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.

Instituto Nacional de Estadística. [Online].

<http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>. (último acceso: 4 de 11 de 2015).

JIMÉNEZ MURILLO L. Agitación psicomotriz. En Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 387.

JULIÁN JIMÉNEZ A. Urgencias Psiquiátricas. En Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias del Compejo Hospitalario de Toledo: Saned; 2010. p. 1362-63.

LARRAZ JA. Medidas restrictivas en la hospitalización psiquiátrica. Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica. 2007; 13.

León EdCy. [www.estadistica.jcyl.es](http://www.estadistica.jcyl.es). [Online]; 2013

[http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/\\_/\\_/\\_](http://www.estadistica.jcyl.es/web/jcyl/Estadistica/es/Plantilla100/1284394527351/_/_/_). (último acceso: 4 de 11 de 2015).

León JdCy. Contrato de seguro de responsabilidad civil profesional Gerencia Regional de Salud de Castilla y León. (01/04/2014).

León. Urgencias Psiquiátricas. En Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2007. p. 223-225.

Ley 1/1993, de 6 de abril, de Ordenación del Sistema Sanitario. «BOE» núm. 124, de 25 mayo de 1993.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. «BOE» núm. 7, de 8 de enero de 2000. Última modificación: 28 de octubre de 2015.

Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil. «BOE» núm. 7, de 8 de enero de 2000 Referencia: BOE-A-2000-323 TEXTO CONSOLIDADO. Última modificación: 28 de octubre de 2015.

## *Bibliografía*

LEY 1/2012, de 28 de febrero, de Medidas Tributarias, Administrativas y Financieras. «BOE» núm. 77, de 30 de marzo de 2012.

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. «BOE» núm. 102, de 29 de abril de 1986. Última modificación: 13 de junio de 2015.

Ley 19/2015, de 13 de julio, de medidas de reforma administrativa en el ámbito de la Administración de Justicia y del Registro Civil. «BOE» núm. 167, de 14 de julio de 2015.

LEY 2/2007, de 7 de marzo, del Estatuto Jurídico del Personal Estatutario del Servicio de Salud de Castilla y León. «Bocyl» de 14 de marzo 2007.

Ley 20/2011, de 21 de julio, del Registro Civil. «BOE» núm. 175, de 22 de julio de 2011.

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. «BOE» núm. 274, de 15 de noviembre de 2002. Última modificación 22 de septiembre de 2015.

Ley 8/2003, de 8 de abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud. «BOE» núm. 103, de 30 de abril 2003.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. «BOE» núm. 281, de 24 de noviembre de 1995. Última modificación: 28 de abril de 2015.

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. «BOE» núm. 298, de 14 de diciembre de 1999. Última modificación: 5 de marzo de 2011.

Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad. Jefatura del Estado. «BOE» núm. 63, de 14 de marzo de 1986 Referencia: BOE-A-1986-6859. Última modificación: 29 de julio de 2015.

LINK MS. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015, Adult Advanced Cardiovascular Life Support 2015. American Heart

Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. 2015 noviembre; 132.

LLAMAS POMBO E. La llamada culpa médica: Doctrina general y especialidades problemáticas. Estudios jurídicos. Ministerio Fiscal. 2002;(2).

LOPERA URIBE GE. Factores explicativos de la aplicación de la Ley de autonomía del paciente por personal médico y de enfermería del área quirúrgica. Gaceta Sanitaria. 2011; 25(6).

LÓPEZ M. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo. 2011. Tesis. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca.

LÓPEZ PICANYOL X. Historia del transporte sanitario. Rescate vial. 2014; 36(4º trimestre).

LÓPEZ S. Ética y Deontología Médica. Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo. 2010. Tesis. Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica, Medicina Legal e Historia de la Medicina. Universidad de Salamanca.

MACÍA MORILLO A. La responsabilidad médica por los diagnósticos preconceptivos y prenatales (las llamadas acciones de wrongful birth y wrongful life) Valencia: Tirant lo Blanch; 2005.

MANCINI ME. Ethical Issues. American Heart Association Guidelines Update from Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Circulation. 2015;(132).

MARTÍN REYES D. Los recursos médicos y de enfermería de los sistemas de emergencias médicas y centros de coordinación de urgencias en España. Emergencias. 2014; 26.

MARTÍNEZ LEÓN M. Análisis médico-legal de las agresiones a los profesionales sanitarios en Castilla y León. Revista Española de Medicina Legal. 2012; 38(1).

MARTÍNEZ MEDIANO C. Evaluación de programas: modelos y procedimientos: UNED; 2013.

MEDIURIS, S. L. Mediuris. Derecho para el personal sanitario Madrid: Marcial Pons; 2011.

MERCHACA ANDUAGA M. A. Sistemas integrales de urgencias y emergencia. Servicios extrahospitalarios: diferentes modelos. Estructura orgánica y funcional del Servicio de Urgencias Médicas de la Comunidad de Madrid. Manual de enfermería. SUMMA 112. En Servicios de urgencias, emergencias y catástrofes extrahospitalarias. Madrid; 2010. p. 30.

MIRA J. J. Derechos de los pacientes. Algo más que una cuestión de actitud. Gaceta Sanitaria. 2010; 24(3).

MIRÓ Ó. "La investigación en medicina de urgencias y emergencias". Anales Sistema Sanitario Navarra. 2010; 33(1).

MOLINA NIETO T. Agitación psicomotriz. En JIMÉNEZ MURILLO L. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. Barcelona: Elsevier; 2014. p. 381-386.

MONGE LOZANO P. Características de los hospitales de EE. UU. Analogías y diferencias con los hospitales españoles. BOLETIN ECONOMICO DE ICE. 2013; 2782.

MONSIEURS KG. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. Resuscitation. 2015; 95.

MORENO MILLAR E. 36 años de Medicina de Urgencias y Emergencias y Medicina Intensiva en España. Puesta al día en Urgencias y Emergencias y Catástrofes. 2004; 5(4).

MORENO-EGEA A. Dominique-Jean y Félix-Hippolyte Larrey: el legado de dos cirujanos (padre e hijo). Revista Hispanoamericana de Hernia. 2014; 2(1).

MOUNT DORA FIRE DEPARTMENT STANDARD OPERATION PROCEDURES EMS DIVISION ROUTINE OPERATIONS. [Online]. <http://ci.mount-dora.fl.us/DocumentCenter/View/115>. (último acceso: 29 de 12 de 2014).

MUNICIO JA. Confidencialidad de la historia clínica. Análisis de la situación actual y áreas de mejora en el uso y manejo de la misma. 2009. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. Informe n.º: Osteba D-09-03.

NADEJDA ALEKSEEVA M. Urgent and Emergent Psychiatric Disorders 30 (2012) 329. *Neurologic Clinic*. 2012; 30.

NEBOT C. Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*. 2010; 24(6).

OLIVARES DÍEZ JM. Manejo terapéutico en urgencias psiquiátricas Págs. En *Manual de Psiquiatría*. Madrid: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2009. p. 661-676.

OVIEDO H. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2005; 34(4).

PACHECO RODRÍGUEZ A. Servicios de emergencia médica extrahospitalaria en España (I). Historia y fundamentos preliminares. Vol. 10, núm. 3, págs.173-185. *Emergencias*. 1998; 10(3).

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. [Online]. <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>. (último acceso:14 de 4 de 2015).

PARRA SEPÚLVEDA D. La responsabilidad civil del médico en la medicina curativa. 2014. Tesis doctoral. Universidad Carlos III de Madrid.

PASTOR BRAVOA M,RLF. Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General (I). *Documentos médico-legales: parte de lesiones, historia clínica*. SEMERGEN. 2005; 31(3).

PELAYO GONZÁLEZ-TORRE A. Derecho a la autonomía del paciente en la relación médica. El tratamiento jurisprudencial del consentimiento informado. Granada: Comares; 2009.

Portal de salud castilla y León. Plan Integral frente a las Agresiones al Personal de la Gerencia Regional de Salud. [Online]. <http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursoshumanos/preveccion-riesgos-laborales-sacyl/plan-integral-frente-agresiones-personal-gerencia-regional>. (último acceso: 2 de 10 de 2015).

Protocolo de atención a personas con enfermedad mental. 2010. Comisión de Coordinación Sociosanitaria del Área de Salud de Salamanca. Junta de Castilla y León.

Pubblica Assistenza. Croce Bianca. 1797, nasce il moderno concetto di ambulanza e di automedica. [Online]. <http://www.brumero.it/pafinale/1797.html>. (último acceso: 15 de 9 de 2014).

RAE. Diccionario de la lengua española. 2014..

RAMOS J. Límites del consentimiento en las personas con trastorno mental grave: el «tratamiento involuntario». Bioètica & debat: tribuna abierta del Institut Borja de Bioètica. 2007 Julio-septiembre; 13(49).

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. «BOE» núm. 222, de 16 de septiembre de 2006.

Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. «BOE» núm. 311, de 28 diciembre 2001.

Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. BOE Núm. 137, de 8 de junio de 2012.

Real decreto de 14 de septiembre de 1882 por el que se aprueba la Ley de Enjuiciamiento Criminal. «BOE» núm. 260, de 17 de septiembre de 1882.

Resumen de los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales.[*Online*].[http://www.redcross.org/images/MEDIA\\_CustomProductCatalog/m17540812\\_Resumen-de-los-Convenios-de-Ginebra-de-1949-y-sus-Protocolos-Adicionales.pdf](http://www.redcross.org/images/MEDIA_CustomProductCatalog/m17540812_Resumen-de-los-Convenios-de-Ginebra-de-1949-y-sus-Protocolos-Adicionales.pdf). (último acceso: 9 de 12 de 2014).

Sacyl GdE. Manual de Calidad. Procedimientos Operativos. Instrucciones Técnicas León JCy, editor.; 2003.

Sacyl GdES. Urgencias cardiovasculares. En León JdCy, editor. Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Valladolid; 2007. p. 43.

Sacyl GdES. Urgencias traumatológicas. Atención al trauma grave. In León JdCy, editor. Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Valladolid; 2007. p. 231-239.

Sacyl. [*Online*]. <http://www.saludcastillayleon.es/ciudadanos/es/urgencias-emergencias/emergencias-sanitarias-castilla-leon/recursos-emergencias-sanitarias-castilla-leon>. (último acceso: 18 de 10 de 2015).

SAFAR MD. A Comparison of the Mouth-to-Mouth and Mouth-to-Airway Methods of Artificial Respiration with the Chest-Pressure Arm-Lift Methods. *Engl J Med*. 1958; 258.

SÁINZ-CANTERO CAPARRÓS JE. Intervención médica y consentimiento informado: algunas consideraciones sobre el deber de información al paciente. *Estudios jurídico sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios*. : Dykinson; 2010.

SANITARIAS GDE. Informe anual 2014. Actividad. Valladolid: SACYL; 2014.

Sanitarias.Sacyl GE. Urgencias Psiquiátricas. En Manual de Actuación Clínica en las Unidades Medicalizadas de Emergencias. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2007. p. 223-225.

## *Bibliografía*

SAP de Islas Baleares de 13 de febrero de 2001.

SEFRIN P. "Scoop and Run" Or "Stay and Play". The Internet Journal of Rescue and Disaster Medicine. 1997; 1(1).

SESMA J. "Urgencias y emergencias: al servicio del ciudadano". Anales Sistema Sanitario Navarro. 2010; 33(1).

SHUBHA DATHATRI P. Informed Consent for Cardiac Procedures: Deficiencies in Patient Comprehension With Current Methods. Annals of Thoracic Surgery. 2014; 97.

Sistema Nacional de Salud. Atención a la Urgencia Extrahospitalaria. Organización en las Comunidades Autónomas. 2009. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP).

SMUR REFERENTIEL ET GUIDE D'EVALUATION Samu-Urgences de France (SUdF) Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU). [Online].;2013.[http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/756/referentiel\\_smur\\_2013\\_vf.pdf](http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/756/referentiel_smur_2013_vf.pdf). (último acceso: 4 de 10 de 2015).

Standard Operating Procedure. South Western Ambulance Service. [Online].<https://www.whatdotheyknow.com/request/258342/response/631374/attach/5/FOI%20968%20Clinical%20Supervision%20SOP.pdf>. (último acceso: 30 de 12 de 2014)

Standard Operating Procedures 103.Emergency Medical Services, pág. 17.[Online].[http://www.memphistn.gov/portals/0/pdf\\_forms/402.01\\_alsbls\\_blendedprotocolsfinal.pdf](http://www.memphistn.gov/portals/0/pdf_forms/402.01_alsbls_blendedprotocolsfinal.pdf).(último acceso: 22 de 5 de 2015).

STC 37/2011 de 28 de marzo de 2011 . «BOE» núm. 101, de 28 de abril de 2011.

STEFFERINO G. Effectiveness of video-based patient information before percutaneous cardiac interventions. Journal Cardiovascular Medicine (Hagerstown). 2007; 8.

STS 3/2001 de 12 de enero de 2001.

STS 1065/2010 de 9 marzo de 2010.

STS 13345/1991 de 11 de Marzo de 1991.

STS 2826/2001 de 4 de abril de 2001.

STS 3443/2010 de 29 de junio de 2010.

STS 4412/2009 de 30 junio de 2009.

STS 465/2007 de 30 de abril de 2007.

STS 4827/2007 de 19 de junio de 2007.

STS 5371/2008 de 23 de octubre de 2008.

STS 5506/2010 de 22 de septiembre de 2010.

STS 6119/2007 de 4 octubre 2007.

STS 6254/2009 de 30 septiembre 2009.

STS 7527/2009 de 24 Noviembre 2009.

STS 7752/2007 de 28 de noviembre de 2007.

STS 7920/2012 de 27 de noviembre de 2012.

STS 819/2004 de 10 de febrero 2004.

STS 8259/2006 de 21 de diciembre 2006.

STS 83/2007 de 16 de enero de 2007.

STS 8835/2011 de 27 de diciembre de 2011.

TAIT A. Patient comprehension of an interactive, computer-based information program for cardiac catheterization: a comparison with standard information. 1907–14. Archives of Internal Medicine. 2009; 169.

The European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2015. [Online]. <http://www.cprguidelines.eu/>. (último acceso: 22 de 9 de 2015).

Universidad Autónoma de Barcelona. Requisitos de uniformidad para manuscritos enviados a revistas biomédicas: Redacción y preparación de la edición de una publicación biomédica. [Online].; 2006 <http://www.metodo.uab.es/enlaces/2006%20Requisitos%20de%20Uniformidad.pdf>.(último acceso: 10 de 2 de 2015).

VÁZQUEZ LÓPEZ JE. La “Lex Artis ad hoc” como criterio valorativo para calibrar la diligencia exigible en todo acto o tratamiento médico. A propósito de un caso basado en la elección de la técnica empleada en el parto (parto vaginal vs. cesárea). Cuadernos Medicina Forense. 2010; 16(3).

VELASCO-SANZ TR. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. Medicina intensiva. 2015; In Press, Corrected Proof, doi: 10.1016/j.medin.2015.04.011.

XIFRO A. Parte judicial de lesiones: de la tradición a la prevención. Medicina Clínica. 2013; 141(1).

XIOL JA. La responsabilidad patrimonial de la administración y el derecho de autodeterminación del paciente. In Autonomía del paciente responsabilidad patrimonial y derechos fundamentales. Madrid: Fundación coloquio jurídico europeo; 2012. p. 59-60.

**A**NEXO



Departamento de Psiquiatría, Psicología Médica,  
Medicina Legal e Historia de la Ciencia



# **TESIS DOCTORAL**

## **ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA ATENCIÓN EN EMERGENCIAS**

**AUTORA: SILVIA HERNÁNDEZ HERRERO**

**DIRECTORES DE LA TESIS: JUAN SALVAT PUIG  
SECUNDINO VICENTE GONZÁLEZ**

# BLOQUE I

Información

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el derecho del paciente a recibir información?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

2. ¿Preguntas al paciente si quiere ser informado?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

3. En el caso de que no quiera ser informado, ¿lo haces constar siempre en la historia clínica?

Sí    No  
   

4. ¿Informas al paciente sobre su enfermedad?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

5. ¿Informas al paciente sobre su tratamiento?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

6. ¿Informas al paciente sobre las técnicas a realizar?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre

7. En el caso que informes al paciente sobre alguna de las tres cuestiones anteriores, ¿lo anotas en la historia clínica?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

8. Para informar a las personas vinculadas con el paciente, ¿le pides autorización a este?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

9. ¿Consideras que puedes informar directamente a los familiares cuando el paciente tenga alterado el nivel de consciencia?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

10. ¿Informas al paciente que padezca una incapacidad mental, de acuerdo a sus posibilidades de comprensión?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

11. En el caso de que el paciente no pueda comprender la información, ¿informas a los familiares?

Sí No

12. En una situación en la que la información pueda perjudicar de manera grave la salud del paciente, ¿limitarías la información al paciente?

Sí No

13. En estas situaciones, ¿dejarías constancia de ellas en la historia clínica?

Sí No

14. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de información al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1

2

3

4

5

## BLOQUE II

Consentimiento

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre el consentimiento informado durante la atención al paciente?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

2. ¿Consideras que nuestro Servicio de Emergencias está obligado a pedir el consentimiento informado?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

3. El consentimiento informado verbal, ¿lo anotas en la historia clínica?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

4. ¿Consideras que en alguna actuación de emergencias que suponga riesgo o inconveniente para la salud del paciente, debe pedirse un consentimiento por escrito?

Sí    No  
   

5. En pacientes inconscientes o que no pueden manifestar su voluntad, ¿pides el consentimiento a los familiares directos si están presentes?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

6. ¿Preguntas por la existencia de Instrucciones Previas a familiares o allegados, cuando el paciente con patología previa no puede manifestar su voluntad?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

Página 5 de 13

7. En el caso que el paciente no quiera atención, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

8. Si el paciente rechaza la asistencia, ¿intentas recoger la negativa por escrito?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

9. En el caso que el paciente rechace tratamiento, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

10. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia consentimiento informado al paciente, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1 2 3 4 5

## BLOQUE III

Privacidad y confidencialidad

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la responsabilidad que implica la falta de intimidad durante la atención al paciente?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

2. ¿Intentas mantener la privacidad durante la atención de los pacientes?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

3. ¿Qué conocimientos consideras que tienes de la responsabilidad que implica la vulneración de la Ley de Protección de Datos?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

4. En cuanto a la historia clínica, ¿qué conocimientos consideras que tienes en relación con la Ley de Protección de Datos?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

5. ¿Mantienes el carácter confidencial de los datos de los pacientes?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

6. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica del acto médico practicado a terceras personas que sean familiares del paciente?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre

7. ¿Facilitas el acceso a la historia clínica a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado?

Nunca Pocas veces Algunas veces Casi siempre Siempre

8. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en materia de privacidad y confidencialidad, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1 2 3 4 5

## BLOQUE IV

Relación con el SACYL

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre la relación jurídica que mantienes con Sacyl?

Ninguno      Poco      Adecuado      Mucho      Excelente  
                       

2. ¿Te consideras respaldado jurídicamente por Sacyl en caso de conflicto?

Nada      Poco      Adecuado      Mucho      Excelente  
                       

3. ¿Has recibido información sobre la protección jurídica que facilita Sacyl?

Ninguna      Poca      Adecuada      Mucha      Excelente  
                       

4. En el caso de haber sido necesaria la utilización de defensa jurídica, ¿cuál es el grado de satisfacción?

Ninguno      Poco      Adecuado      Mucho      Excelente  
                       

5. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en cuanto a tu relación jurídica con Sacyl, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1      2      3      4      5

## BLOQUE V

Aspectos Médico-Judiciales

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre los aspectos médico-judiciales?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

2. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando derivas un paciente al hospital?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca  
               

3. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando derivas un paciente al hospital?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca  
               

4. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de lesiones, cuando no derivas un paciente al hospital?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca  
               

5. ¿Realizas un parte judicial en el caso de asistencia de una intoxicación, cuando no derivas un paciente al hospital?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca  
               

6. Antes de judicializar una muerte, ¿agotas todas las posibilidades de diagnóstico de la causa de la muerte?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca

7. ¿Consideras que sería necesario realizar una autopsia clínica en las muertes en personas sin patología previa, producidas posiblemente por causas naturales pero desconocidas?

Si            No  
           

8. En el caso de muerte violenta o sospechosa de criminalidad, ¿dejas informe de exitus?

Siempre    Casi siempre    Alguna vez    Pocas veces    Nunca  
                                               

9. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en los aspectos médico-judiciales, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1            2            3            4            5

## BLOQUE VI

Uso de la Fuerza

1. ¿Qué conocimientos consideras que tienes sobre las implicaciones médico-legales del uso de la fuerza en pacientes?

Ninguno    Poco    Adecuado    Mucho    Excelente  
               

2. En el caso de la atención de un paciente psiquiátrico para el que consideres necesario el traslado involuntario, ¿lo haces constar en la historia clínica?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

3. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica el tipo de contención que ha requerido?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

4. En el caso de la atención a un paciente psiquiátrico, ¿haces constar en la historia clínica si han colaborado las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la contención física?

Nunca    Pocas veces    Algunas veces    Casi siempre    Siempre  
               

5. Después de haber contestado a las anteriores preguntas, cuantifica tu necesidad de formación en los aspectos médico-judiciales, en una escala del 1 a 5, siendo 1 nada y 5 el máximo

1    2    3    4    5

## BLOQUE VII

Descriptivo

1. Edad  años

2. Sexo

Varón        Mujer

3. Puesto de trabajo en UME de:

4. Años de ejercicio en emergencias