

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DEL TRANSPORTE SANITARIO DE ENFERMOS CRÍTICOS

C. Buisán Garrido

Presidente de SEMES Castilla y León. Servicio de Urgencias. Hospital General «Río Carrión». Palencia

Resumen

El transporte sanitario de enfermos críticos plantea problemas médico-legales novedosos y de gran trascendencia. Se analizan pormenorizadamente los aspectos del problema tanto desde el punto de vista civil como penal. Se proponen normas de actuación que, huyendo de una medicina puramente defensiva, pretenden salvaguardar tanto la salud de los pacientes como la seguridad jurídica del personal sanitario y no sanitario que interviene en el transporte de enfermos críticos.

Palabras clave: Transporte de enfermos críticos. Medicina legal. Medicina defensiva.

Introducción

La ciencia Médica está evolucionando rápidamente, desarrollando técnicas sofisticadas de diagnóstico y tratamiento, que están haciendo variar los conceptos médico-legales de la asistencia médica urgente.

El Transporte Sanitario de Enfermos Críticos, por su novedad y carácter excepcional en nuestro país, está dando lugar a una serie de nuevos supuestos legales, dadas las peculiaridades de este campo de la medicina, donde el personal sanitario trabaja en situaciones de emergencia, fuera de su lugar habitual de trabajo y con riesgo físico personal.

En pocos años hemos pasado de tener un concepto místico-moral de la Medicina, a una situación actual transformada «en derecho» a la asistencia como marca nuestra constitución, lo que está generando hoy en día un aumento de las demandas contra el personal sanitario.

La Medicina es posiblemente una de las profesiones a la que más responsabilidad se le exige, por dos razones fundamentalmente:

- Por una parte nuestro código deontológico.
- Y por otra parte nuestras responsabilidades civiles y penales.

Razones que, junto a otros factores nos están llevando a realizar una medicina defensiva. Con las consecuencias lógicas que esto conlleva, como aumento del gasto sanitario, listas de espera, etc.

Si entendemos por «urgencia»: la pérdida brusca de la salud o reagudización de un estado crónico, que de no ser tratado puede traducirse en una situación crítica o dejar secuelas.

Y por «emergencia»: la pérdida brusca de la salud, que conlleva a una situación crítica que de no ser tratada puede llevar a la muerte inminente.

Conceptos que a todos los médicos nos obliga a prestar auxilio.

El objetivo del presente trabajo es hacer reflexionar a los médicos de la necesidad de cumplimentar una serie de documentos, que más tarde detallaremos, para poder delimitar responsabilidades.

Además, analizar una serie de supuestos que, en mi experiencia, se están planteando diariamente, lo que me impele a sugerir posibles soluciones.

Enfoque del problema

Debe tenerse en cuenta que la legislación está continuamente cambiando y que ello podría ocasionar un conflicto interpretativo en algunas situaciones determinadas. Por este motivo el presente trabajo pretende, más que una asesoría exhaustiva del problema genérico, una declaración de intenciones de cómo deberían ser las cosas, para una mejor y mayor fiabilidad jurídica, lo que necesariamente implica una correcta protección de los profesionales, los cuales se encuen-

Correspondencia: Carlos Buisán Garrido. C/. Doctor Cajal, 6. 1.ª-A. 34001 Palencia.

tran con una serie de problemas que todavía no están totalmente estudiados, ni legislados, por lo tanto resueltos.

Por esta razón y en orden a seguir una metodología, creo que es más correcto atajar el problema concreto, anticipándonos a que suceda nuevamente, informando de cómo se debe o puede actuar, que perdernos en definiciones jurídicas.

Legislación

Actualmente en Europa, muchos países tienen evolucionada su legislación específica sobre asistencia médica urgente; dentro de la cual se incluye en transporte sanitario. Como ejemplos citaremos:

— Dinamarca tiene legislación sobre servicios de urgencias hospitalarios, transporte sanitario desde 1944, además de legislación de carácter general sanitario.

— Francia tiene legislación específica sobre asistencia urgente, transporte sanitario. Los SAMU desde 1986.

— Alemania, Grecia, Italia, Luxemburgo, Portugal, Países Bajos, Australia, Bélgica, tienen legislación de carácter general sanitario, además de carácter específico sobre asistencia urgente, transporte sanitario. Lo han ido desarrollando en la década de los 70 a los 80.

— En España tenemos:

Legislación de tipo general «Ley General de Sanidad de 1985», que deja un vacío en el tema de las urgencias (la SEMES contribuyó en la elaboración del documento cero, que intentaba desarrollar los aspectos relativos a la atención urgente, incluido el transporte sanitario), dado que delega las competencias en materia de urgencias a las 17 comunidades autónomas, estando desarrolladas en algunas y en otras no. Con lo cual lleva a un desfase dentro del territorio nacional, sin un modelo uniforme para todo el estado español.

Hay un proyecto de ley sobre transporte sanitario de urgencia. El Insalud tiene un plan director sobre organización de los servicios de urgencias, modificado en 1991; actualmente en redacción un nuevo borrador.

Tipos de responsabilidad

De una forma muy amplia, podrían establecerse dos grandes grupos de responsabilidades: las civiles y las penales.

Ambas son de naturaleza bien distinta, así como diferentes sus efectos jurídicos, si bien es cierto que, en

la mayor parte de las ocasiones, se verán posiblemente relacionadas o unidas por un mismo supuesto de hecho.

De una forma coloquial, podríamos decir que la responsabilidad civil atañe directamente a los particulares implicados en un determinado tipo de siniestro o evento y es en definitiva, la que se cifra en pesetas.

Mientras que la responsabilidad penal atañe a toda la sociedad y se cifra en sanciones, bien privativas de libertad o bien en términos de inhabilitación para el ejercicio profesional.

Responsabilidad civil

En este sentido, el art. 1.092 del Código Civil establece: «Las obligaciones civiles que nazcan de los delitos o faltas, se regirán por las disposiciones del código penal».

El art. 1.101 establece:

«Quedarán sujetos a la indemnización de los daños y perjuicios causados los que, en el cumplimiento de sus obligaciones, incurrieren en dolo, negligencia o morosidad y los que, de cualquier modo, contravinieren el tenor de aquellas.»

El artículo 1.902 subraya:

«El que por acción u omisión causa daño a otro, interviniendo culpa o negligencia, está obligado a reparar el daño causado.»

La rigurosidad de lo anteriormente expuesto, ha creado un verdadero mundo alrededor del contrato de seguro de responsabilidad civil, que todo profesional debería tener en mayor o menor grado, cuanto más arriesgada sea su tarea.

Las ventajas que implican son importantes, teniendo en cuenta que, tanto en caso de responsabilidad civil, como penal (aunque sólo sea en principio), el particular puede dirigir la acción directamente contra la compañía de seguros, sin perjuicio del derecho a repetir que la compañía aseguradora pueda tener contra el profesional que incurriera en dolo.

El asegurado, según el art. 76 de la Ley de Contrato de Seguro, está obligado a manifestar, al tercero o sus herederos, la existencia del contrato de seguro y su contenido.

Si la entidad es pública, el responsable civil es el Estado, según el art. 38 de la Ley General de Sanidad.

Por lo que hay dos niveles de responsabilidad civil:

— Personal.

— Institucional, por mala gestión o prevención de la administración.

Responsabilidad penal

Quizá este tipo de responsabilidad es el que más

puede afectar, tanto al profesional sanitario, como a la sociedad en general.

Nuestro Código Penal recoge el deber de asistir a una persona en peligro:

«El que no socorriere a una persona que se hallase desamparada y en peligro manifiesto y grave, cuando pudiese hacerlo sin riesgo propio ni de tercero, será castigado con la pena de arresto mayor o de multa de 30.000 a 60.000 pesetas. En la misma pena incurriría el que, impedido de prestar socorro, no demandase con urgencia auxilio ajeno.»

Por lo que el Código Penal recoge, en su artículo 489 bis que: Todo médico que negase su asistencia a un paciente o lesionado, con indicación urgente y/o vital, incurre en un delito de «omisión de socorro» y es castigado por la Ley.

El Código Penal en su artículo 1.º, define los delitos o faltas, como: las acciones u omisiones dolosas o culpadas penadas por la Ley.

Aunque quizá fuera más correcto definir los delitos como acciones típicamente antijurídicas, culpables y punibles; diferencia tremendamente importante, por la diversificación de ejemplos, que encontraremos más adelante y que, según el método elegido, se ajusta mejor al ámbito de la responsabilidad por actuaciones médicas.

En este sentido, debemos centrarnos principalmente: en los casos de responsabilidad por «negligencia médica».

El art. 565 del Código Penal determina: «El que por imprudencia temeraria ejecutase un hecho que, si mediare malicia, constituiría delito, será castigado con la pena de prisión menor».

Delitos de omisión: cuando no se hace algo que una norma obliga a hacer en un determinado momento.

«Al que por infracción de los reglamentos, cometiere un delito por simple imprudencia o negligencia, se impondrá la pena de arresto mayor.»

«Cuando se produjere muerte o lesiones graves a consecuencia de impericia o negligencia profesional, se impondrán en su grado máximo las penas señaladas. Dichas penas se podrán elevar en uno o dos grados, a juicio del Tribunal, cuando el mal causado fuera de extrema gravedad.»

Delitos dolosos: implican necesariamente delitos más graves, como:

- Denegación de auxilio a una persona o a requerimiento judicial.
- Violación de secretos, salvo en caso de actuación judicial.
- Homicidio. Asesinato o lesiones.

Es quizá a partir de la sentencia del Tribunal Supremo de 13 de junio de 1980, ponente D. Latour Brotons, cuando se resume de forma definitiva implicaciones que atañen a la profesión médica, por aplicación del tipo anteriormente descrito. En la referida sentencia se especifica:

Que el otorgamiento de un título profesional crea, indudablemente, una presunción de competencia, que encuentra su fase negativa en la impericia o incapacidad técnica para el fundamento causal en la ignorancia o en la defectuosa ejecución del acto requerido por *lex artis*, pudiendo así distinguirse entre la culpa profesional, que no es más que la culpa común cometida por el profesional en el ejercicio de su arte u oficio y la culpa propiamente profesional que descansa en la impericia.

Y no parezca a nadie exagerado lo anteriormente expuesto, puesto que si bien desde la famosa sentencia del Tribunal Supremo francés, la naturaleza de la responsabilidad se entendía como incardinada en el ámbito contractual, ahora las modernas teorías jurisprudenciales, derivan hacia una responsabilidad objetiva, en función del riesgo que debe ser previsto o al menos susceptible de control a través del conocimiento médico y sobre todo del resultado.

* Alusión a las faltas de daños. art. 600 del Código Penal: Sin darle mayor importancia a este tema, destaquemos simplemente para comprensión de todos que se tipifican como faltas, las conductas que, sin llegar a revestir el carácter de delito conllevan una responsabilidad de tipo penal.

En consecuencia, la responsabilidad civil nace y se fija en la misma forma que si se tratara de un delito.

Reflexión final

La diáspora legislativa existente en la actualidad y la falta de armonización de los sistemas procesales de nuestro país, determinan que sea infinitamente más sencillo y sobre todo más rápido, ejecutar la vía civil o administrativa, a través de su correspondiente cauce procesal y procedimental.

Probablemente, el particular que se siente lesionado en sus legítimos intereses, será informado por su abogado, que es más rápido y seguro acudir a la jurisdicción penal que a la civil, mucho más lenta.

Quizá la mejor forma que pueda tener el profesional sanitario, ante tal manipulada agresión de su moralidad deontológica, sea prevenir en lo posible situaciones de riesgo emocional, pasional o económico. Mediante fórmulas documentales previas (Historias Clínicas), obteniendo por escrito el consentimiento

del propio paciente o familiares, que de no efectuarse más que en forma verbal bien pudiera negarse por los posibles afectados, con el consiguiente problema probatorio; aún más lejos, no estaría de más consignar en los formularios determinadas advertencias que por las circunstancias de la intervención médica sean aconsejables y deben firmarse siempre.

Obligaciones jurídicas del médico de urgencias

Tiene la obligación de:

1) Denunciar cualquier delito que presencie (art. 259 Ley de Enjuiciamiento Criminal) o del que fuese informado o le llegasen noticias, debido a su función (art. 262) o por otro medio (art. 269).

La Ley dice: «Aquéllos que con ocasión del ejercicio de su profesión tuvieren conocimiento de un hecho que pudiese ser delictivo adquieren la obligación de ponerlo en conocimiento del órgano jurisdiccional (juzgado de guardia y/o comisaría de policía).

Hay que recordar que el deber de denunciar es hegemónico sobre el secreto profesional.

Antes de que exista ningún tipo de intervención judicial o policial, es decir, en la asistencia a un paciente implicado en un posible acto delictivo, la actuación irá encaminada a salvar su vida o preservar su salud, a tomar nota de las lesiones, recogida de muestras, etc., en orden a favorecer, nunca a obstruir las investigaciones posteriores.

2) Comunicar mediante parte de lesiones las alteraciones encontradas en el paciente, así como su pronóstico.

3) Certificado de defunción. Si el paciente fallece mientras es atendido pueden darse dos circunstancias:

A) Que se conozcan las causas, se podrá firmar el certificado.

B) Que no se conozcan las causas o que ingrese cadáver. Se emitirá parte de lesiones, dejando para el forense la certificación.

4) Si existe servicio de seguridad o bien la administración del centro, son los responsables de hacerse cargo de las pertenencias de los pacientes hasta ser remitidos al juez.

5) Actuar como perito si es requerido (art. 426 y ss.).

6) Declarar como testigo si le fuese requerido por la Autoridad (art. 410 y ss.).

7) Puede ser requerido para la asistencia al detenido, aunque el orden establecido es que primero sea el forense, médico de prisiones o médico de la Policía, si existe.

8) Puede ser requerido por el juez para inspección ocular, como ayuda especializada o para la realización o colaboración en una autopsia. Para valoración o ingreso psiquiátrico de carácter judicial.

9) Certificación de aborto o nacimiento en función de lo dispuesto en la ley y reglamento del registro civil.

10) Declarar enfermedades infecto-contagiosas o posibles peligros públicos derivados del suceso.

Responsabilidad jurídica en el transporte sanitario

Antes de analizar supuestos concretos, debe considerarse que dentro del transporte sanitario se realizan tres tipos de actividades bien distintas, e intervienen, en consecuencia, tres tipos de profesionales cuya actividad, aun siendo diversa, está íntimamente relacionada.

— El médico: que deberá realizar todas las labores curativas y de mantenimiento del enfermo, hasta llegar al punto de destino, cubriendo cualquier tipo de emergencia que pudiera surgir *in itinere*.

— Enfermería: obedece, en todo caso, las instrucciones médicas y controla las constantes del paciente, vigilando cualquier cambio en las mismas.

— El conductor: cuya única misión es la de conducir el vehículo con el máximo respeto a las normas de circulación y a las instrucciones que el médico le efectúa a lo largo de la ruta elegida.

Por consiguiente, no sólo debe determinarse el tipo de responsabilidad penal, sino también a quién imputarla. Determinar en quién o quiénes recae dicha responsabilidad, es primordial.

En consecuencia, debemos centrar el problema en cómo determinar esa responsabilidad y no en cómo viene determinada, puesto que las leyes vigentes, si bien es cierto que no lo especifican, si es, al menos, determinable, si se eligen cuidadosamente los documentos que inexcusablemente deben firmarse en todas las ocasiones.

Cómo delimitar la responsabilidad y prevenir las demandas

En este orden de cosas y sin perjuicio del contenido individual o de la redacción de cada documento en cada caso concreto, es imprescindible que se formulen y cumplimenten una serie de documentos, que deben firmarse inexcusablemente en todas las ocasiones.

1) Historia clínica del paciente:

Que deberá incorporarse junto con la ficha de eva-

cuación de aquél, y deberán ir firmadas por el facultativo, como responsable inicial, y por el conductor y el ATS, como testigos de la veracidad de los partes incorporados y de la propia ficha de evacuación.

Independientemente de la redacción del documento, creo que éste debe contener:

- Datos de filiación.
- Fecha y hora de la atención.
- Antecedentes personales de interés.
- Enfermedad actual, datos subjetivos.
- Exploración, pruebas complementarias.
- Especialidades consultadas, incidencias, etc.
- Diagnóstico de presunción.
- Tratamiento recibido o aconsejado.
- Se informó a...
- Quedó o no ingresado, fue trasladado. Si permanece en el centro: Evolución.
- Firma de las personas que intervinieron.

Enfermería: hoja similar de cuidados, firmarla.

2) Parte de incidencias:

Que deberá ser formulado y cumplimentado por el ATS, como responsable de la vigilancia del enfermo. Siempre llevará el visto bueno del médico y también firmará el conductor como testigo.

3) Hoja de ruta:

Que deberá rellenarse por el conductor e igualmente, será firmada por el médico y el ATS, en esta ocasión, estos dos últimos como testigos. Es importante señalar que si el conductor advierte peligro, y aun así le ordenan continuar, lo haga constar, así como cualquier otra incidencia.

4) Consentimiento informado:

Que incluirá: Datos de Filiación. DNI. Fecha y hora.

Se le informará al paciente o a la familia tanto de forma verbal como escrita sobre el diagnóstico, alternativas de tratamiento y pronóstico, los cuales no podrán imponérseles sin el consentimiento voluntario; si se opone podrá pedir el alta voluntaria de la institución correspondiente.

Evidentemente existen excepciones como en el caso de carecer de facultad mental o ante emergencias, inconsciencia, menores no emancipados, etc. En estos casos intentaremos conseguir el consentimiento involuntario, bien por la familia o si las circunstancias son extremas por la Autoridad, sobre todo en casos de niños ante la negativa de los padres y si su vida corre peligro.

Si hay consentimiento, el paciente debe firmar, incluir fecha, hora; hacerlo delante de testigos, que a su vez firmarán.

5) Formación continuada:

Periódica de todo el personal de la Unidad, así como destreza en el manejo del equipo.

Resolución de casos concretos

Todos hemos visto o padecido, en algunos medios de comunicación, información desmesurada sobre denuncias médicas. Actualmente no podemos evitarlo, salvo en el caso que nos hagan fotos sin permiso, pero si dichas fotos son de archivo, tampoco podremos impedirlo.

Podremos querellarnos en los casos que creamos que el medio de comunicación ha cometido un delito de difamación (si se ha hecho oral) o libelo (cuando se realiza la difamación por escrito).

1) Paciente mal estabilizado en hospital de origen. Se precisa su traslado con grave riesgo:

En todo caso, es preciso evacuarlo. Debe vigilarse que la documentación antes descrita esté completa.

Si las condiciones atmosféricas agravaran el traslado, debe reflejarse en la autorización familiar y en la hoja de ruta.

2) Si durante el traslado se encuentra otro accidente y se obliga a parar a la ambulancia:

Regla general: no parar en ningún caso. Ningún agente está facultado para detener una ambulancia, si ésta se encuentra de servicio y lleva todas las indicaciones de caso urgente.

Si hubiera que parar, pedir el nombre y número al agente, para poder delimitar posteriormente responsabilidades.

Tenemos que tener siempre en cuenta que en derecho, la responsabilidad sólo se examina desde el punto de vista del bien jurídico protegido, la vida o la salud, debiendo primar por supuesto la vida.

Por lo que en el supuesto anterior, si el paciente que trasladamos no es crítico y dentro del accidente sí hay uno crítico, tendríamos que proceder a su traslado.

3) Caso de negativa a la recepción en el hospital de destino o disputa por la especialidad de primera intervención:

Una vez recibido el paciente, no concierne al facultativo de la ambulancia o de su personal el seguimiento posterior del enfermo.

Es conveniente que se informe e incluso se aconseje quién debe intervenir primero. En caso de negativa, hay que consignarlo en la ficha de evacuación y en el parte de incidencias. Es aconsejable, además, antes de iniciar el traslado, confirmar servicio, médico y hospital que va a recepcionar al paciente. Aquel firmará

la recepción, si se niega, hay que hacerlo constar en la hoja de evacuación.

4) Paciente que ha intentado suicidarse y no quiere ser atendido:

Es obligatoria la atención en todo caso. La negativa no es excusa y podría tipificarse, la falta de socorro, como un delito de inducción o auxilio al suicidio.

5) Cuando el hospital receptor se encuentra sin camas:

Esto no es óbice para que el hospital no recepcione al enfermo. Si hubiera problemas, trasladar a éste a otro hospital, añadiendo a la documentación previa, una nueva.

6) Objetos de los pacientes:

Las pertenencias de un paciente o accidentado, y tras hacer un inventario de lo que entrega, deben quedar a disposición judicial o de la policía; entre tanto, se depositarán en el servicio de seguridad o en la administración del hospital.

7) Si el paciente muere durante el traslado y el hospital no quiere recepcionar:

Podemos certificar la muerte y trasladarlo al depósito municipal, independientemente de las acciones judiciales posteriores.

8) Si la ambulancia se ve inmersa en un accidente:

Si el accidente es leve y sin heridos: se continuará con el traslado y posteriormente con la policía de atestados, se efectuará el papeleo necesario.

El conductor debe saber que la UVI Móvil tiene prioridad de paso, aunque esto no le autoriza a no ser respetuoso con las señales de tráfico, sobre todo en el caso de que no le concedieran dicha prioridad.

Accidente con heridos:

a) Cualquier accidente de máxima gravedad que implique una salida que haya sido previamente ordenada e informada, debe inexcusablemente atenderse.

b) Accidente con muertos: No existe obligatoriedad ni responsabilidad que pueda generarse de cualquier tipo de actividad médica posterior, más que la de determinar «la hora» exacta del fallecimiento y su causa.

La actividad médica de urgencia sobre un cadáver «no existe».

9) Puede obligarte la dirección a salir con la UVI Móvil:

En mi opinión no se trata de un problema de obligatoriedad, ni mucho menos de imposición.

Es evidente, que en cuanto a la prestación laboral se refiere, nadie está obligado a ir más lejos de lo que la propia relación laboral específica, en cuanto a com-

petencias, funciones, derechos y obligaciones. Dependerá por tanto, de las condiciones específicas de contratación y de la contraposición de intereses y bienes jurídicamente protegidos, en cada caso concreto y que puedan colisionar en un determinado momento.

No es lo mismo negarse a acudir, cuando por razón del servicio, se encuentre un facultativo de guardia en un determinado punto, atendiendo a un paciente, que la negativa a acudir en casos extremadamente graves que precisen el traslado para la inmediata atención; aquí es donde surge la contraposición de intereses y donde puede crearse el conflicto, precisamente porque la responsabilidad por omisión o la omisión del deber de socorro perseguibles de oficio por los tribunales, entrarían en juego de forma inmediata.

Debe quedar muy claro que lo que inicialmente puede ser un simple problema administrativo o de mera relevancia laboral (dependiendo de la clase de contrato), puede derivar en un problema penal, del que por supuesto, se derivarían las correspondientes responsabilidades civiles.

10) Eutanasia:

La ley nos refiere «existe el derecho a vivir, existe el derecho a morir», pero nunca a matar. Teniendo como punto de mira la dignidad del ser humano, las últimas tendencias van encaminadas, si el paciente lo pide, a realizar medidas terapéuticas paliativas, no agresivas.

11) Huelgas de hambre voluntarias:

Todos hemos comprobado los criterios tan dispares que existen sobre este tema, sólo hay unanimidad si el paciente está inconsciente, superponible a otros casos como transfusiones, etc. Pedir en los casos críticos la autorización del juez.

12) Donaciones de órganos.

No voy a extenderme, pues existe una normativa al respecto.

13) Secreto profesional:

Sólo deberá ser revelado al juez. Si el paciente nos pide que no sea revelado su estado de salud, no podremos decírselo ni a su familia.

Por supuesto ni a la prensa, ni tan siquiera a la policía que tantas veces especula con los pronósticos, que deberá ser reservado, y nos remitiremos al parte de lesiones emitido al juzgado, en el que se refleja el pronóstico biológico.

14) Peticiones de alcoholemia:

La ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial (BOE de 14 de agosto de 1990) dedica su artículo 12 a las bebidas alcohólicas, estupefacientes y similares y, en el punto 2, señala: «Todos los

conductores de vehículos quedan obligados a someterse a las pruebas para la detección de las posibles intoxicaciones...».

Dichas pruebas, que se establecerán reglamentariamente y consistirán normalmente en la verificación del aire espirado mediante alcoholímetros autorizados, se practicarán por los agentes encargados de la vigilancia del tráfico. A petición del interesado, o por orden judicial, las pruebas se podrán repetir a efectos de contraste y pueden consistir en análisis de sangre, orina u otros análogos.

El personal sanitario vendrá obligado, en todo caso, a dar cuenta del resultado de las pruebas que realice a la autoridad judicial, a los órganos periféricos de la jefatura de tráfico y, cuando proceda a las autoridades municipales competentes, dice el texto legal.

Asimismo, el capítulo IV del Reglamento General de Circulación (BOE de 31 de enero de 1992) está dedicado a las normas sobre bebidas alcohólicas y su artículo 22 hace mención de las pruebas de detección alcohólica mediante aire espirado. Concretamente, el punto 2 de dicho artículo señala: «Cuando las personas sufrieren lesiones, dolencias o enfermedades cuya gravedad impide la práctica de las pruebas, el personal facultativo del centro médico al que fueren evacuados decidirá las que se hayan de realizar». También el artículo 23 del mismo reglamento, que se refiere a las prácticas de las pruebas, menciona al personal sanitario; el punto 3 dice así: «Igualmente, se informará al interesado del derecho que tiene a formular cuantas alegaciones u observaciones tenga por conveniente..., y a contrastar los resultados obtenidos mediante análisis de sangre, orina u otros análogos, que el personal facultativo estime más adecuados». El punto 4 establece: «En el caso de que el interesado decida la realización de análisis, el agente de la autoridad adoptará las medidas para su traslado al centro sanitario más próximo...». El artículo 26 en su punto 1: «El personal sanitario vendrá obligado, en todo caso, a proceder a la obtención de muestras y remitirlas al laboratorio correspondiente y a dar cuenta del resultado de las pruebas a la autoridad judicial, a los órganos periféricos de la jefatura de tráfico y, cuando proceda, a las autoridades municipales...». Y continúa «Entre los datos que comunique el personal sanitario a las mencionadas autoridades, figurará, en su caso, el sistema empleado en la investigación, la hora exacta de extracción de la muestra, el método utilizado para la conservación y el porcentaje de alcohol en sangre que presenta el individuo examinado».

Para las sustancias estupefacientes es similar. Des-

de el punto de vista médico-deontológico estas normas son cuestionables. En la práctica debe orientarse la actitud profesional hacia un respeto a las normas deontológicas, sin olvidar que existe una figura delictiva tipificada por la denegación de auxilio a la justicia.

Por todo lo dicho se deben tener redactados documentos para estos casos, de dos tipos: A) Una autorización voluntaria del paciente. B) Petición para que firme el agente.

15) Responsabilidad médica y sida:

Hay una gran complejidad jurídica que plantea las actuaciones médicas en relación con esta enfermedad contagiosa.

Nuestra mejor defensa es el conocimiento de nuestras obligaciones y las de los demás, incluidos pacientes, colegas y superiores.

No debemos olvidar las importantes funciones que corresponden a las autoridades sanitarias en especial la toma de decisiones inmediatas sobre aspectos relativos a la prevención de la transmisión del virus VIH o de protección reforzada de determinadas personas (internos penitenciarios) y las graves responsabilidades (penales y civiles), en que podrían incurrir por acción o por omisión, así como las responsabilidades que pueden corresponder a los pacientes u otras personas portadoras de anticuerpos del citado virus, tanto en relación con terceros como con los profesionales médico-sanitarios.

No debemos olvidar que el principio de igualdad, en su vertiente social o económica, ha dado lugar a que la Ley General de Sanidad declare que la asistencia sanitaria pública se extenderá a toda la población española, que el acceso y las prestaciones sanitarias se realizarán en condiciones de igualdad efectiva y que la política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales.

El enfermo de sida puede negarse a someterse a tratamiento si lo estima conveniente, siempre que sea una decisión adoptada con plena libertad, raciocinio y desvinculada de estados depresivos u otras alteraciones psíquicas que anularán su capacidad de decidir.

El derecho a la integridad física y moral resultará afectado cuando se imponga a una persona asistencia médica en contra de su voluntad.

El médico tiene el deber de dar a conocer a las autoridades sanitarias la existencia de un caso de enfermedad infecto-contagiosa, de declaración obligatoria, a la vez de mantener secreto profesional sobre su paciente.

En otro aspecto podemos cometer imprudencia so-

bre todo inconsciente por infinidad de actuaciones como: no haber desinfectado con garantías el instrumental, no eliminar agujas o jeringas usadas, no utilizar precauciones los que se saben portadores en la actividad sexual, no analizar el plasma sanguíneo, etc.

Las autoridades sanitarias tienen la obligación de proporcionar todos los medios necesarios para garantizar a los profesionales sanitarios su trabajo en condiciones de seguridad frente a los posibles riesgos de contagio.

Para finalizar el comentario sobre este complejo problema, que de por sí sólo podría ser un tema monográfico, recordar que la Ley General de Sanidad exige informar a los familiares y allegados, siempre que el paciente no nos lo impida. Así podremos evitar muchas demandas.

Es tal la complejidad jurídica del tema que viendo las últimas sentencias dictadas, el anterior ministro de Sanidad llegó a decir: «esto va a obligar a que los médicos realicen una medicina defensiva».

Conclusiones

1) Necesidad de tener un buen seguro de responsabilidad civil.

2) Es imprescindible rellenar detalladamente una serie de documentos, para delimitar responsabilidades:

A) Hoja de evacuación. Historia clínica. Parte de incidencias. Hoja de ruta.

B) Consentimiento informado.

C) Parte de lesiones. Certificados médicos. Alta voluntaria. Consentimiento alcoholemia, etc.

3) Firmar los documentos; en algunos valorar la necesidad de testigos.

4) Los colegios profesionales deben actuar en ciertas situaciones de indefensión de sus colegiados a través de sus asesorías jurídicas.

5) Necesidad de formación continuada.

Referencias

- Varela L. Aspectos legales de la urgencia. 1.ª Jornadas Galegas de Atención Urgente. 1990.
- Buisán C. Aspectos médico legales del transporte de enfermos críticos. Emergencias 1991.
- Moreno BE, Olavarría L, Fajardo J. Aspectos jurídicos en el transporte sanitario. JANO 1985.
- Herrero V. Aspectos médico legales de la emergencia. L. Emergencias 66 (77-83) 1993.
- Romeo C.M, Luzón DM, Morillas L, Portilla G. Responsabilidad médico sanitaria y sida. JANO 1993.
- Romeo C.M, Vidal J, Alventosa J. Responsabilidad médico sanitaria y sida. JANO 1993.
- Buisán C. Transporte secundario de enfermos críticos. Problemas médico legales. Emergencias 1990.
- Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril). Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría Técnica. Centro de Publicaciones, Documentación y Biblioteca.
- Código de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial. 1990.
- Carrasco JJ. La responsabilidad médica. Editorial Collex. 1990.
- García J, Taboada M, Sontullo R, Fernández JM. Responsabilidad profesional médica. Documentos médico legales de interés. Manual de urgencias médicas (p. 21-34). 1993.
- Verdú F.A. Nuevas obligaciones médicas: la Ley y el Reglamento de Circulación. 1993.