



**ASPECTOS MÉDICO-LEGALES
DE LA
ASISTENCIA PREHOSPITALARIA**

SERVICIO MÉDICO
Aeropuerto de Barcelona
08820 El Prat de Llobregat (Barcelona)
Tel. 93 298 38 00 - 93 298 40 00

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA ASISTENCIA PREHOSPITALARIA

Dr. Juan Sánchez Montaña
Dto. de Justicia
Generalitat de Catalunya

A- FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1 – Relación “paciente-profesional sanitario” desde el punto de vista legal

El tipo de relación que se establece entre el paciente y el profesional sanitario es un contrato. Este contrato obligará al profesional a poner todos los medios que la ciencia médica del momento prevé a disposición del paciente, con la finalidad de obtener su curación. Pero no prevé esta curación como finalidad del contrato, (hay que actuar, hacerlo de acuerdo a la correcta “lex artis” pero el resultado final no podemos garantizarlo, ya que las circunstancias del accidente o enfermedad serán las responsables de las lesiones). Este contrato se establece por el único hecho de prestar la asistencia y de manera tácita, no está escrito en ningún sitio, y es la forma jurídica en la que se entiende esta relación. Su incumplimiento originará responsabilidades. Resumiendo podemos definirlo como un contrato tácito, de medios y no de resultados, que se establece automáticamente y del que nace la responsabilidad del profesional.

2 – Responsabilidad del profesional sanitario

La definiríamos según Gisbert Calabuix (1985) como: *la obligación que tiene el profesional de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores voluntarios dentro de ciertos límites, cometidos en el ejercicio de su profesión.*

Se entiende que el acto médico-sanitario responde a un contrato (definido en punto 1) jurídico de prestación de servicios, del que puede nacer el derecho a la reclamación si no se ha cumplido o no se ha cumplido bien.

La responsabilidad puede entenderse desde dos grandes puntos de vista, entre otros: *Responsabilidad Judicial y Responsabilidad Administrativa.*

Por responsabilidad Judicial entenderíamos la que utiliza la vía judicial, es decir, la denuncia, la instrucción y el veredicto es llevado a termino bajo la tutela de un Juzgado, dirigida por un Juez y bajo unos criterios legales definidos. La responsabilidad Administrativa es extrajudicial; es decir, todos los pasos anteriores hasta llegar a una resolución los realiza la Administración, siendo sus resoluciones tomadas sin intervención Judicial y según reglamentos administrativos concretos. Sus resoluciones, en caso de disconformidad se pueden recurrir por la vía contencioso-administrativa. Nos centraremos en la responsabilidad Judicial.

Desde el punto de vista profesional sanitaria según Royo Vilanova (1952) la podemos encuadrar en dos tipos:

Responsabilidad general: La etimología de la palabra la podemos encontrar en el latín “respondeo”: responder. Y por tanto sería la condición de la persona libre y consciente de sus actos que como autor de ellos ha de responder delante de si misma y delante de la sociedad. El autor también da una definición mas concreta: *es la obligación que se impone a toda persona de responder, compensar, reparar o satisfacer de alguna manera honesta el perjuicio que se haya ocasionado libremente a un tercero, bien por haber cometido un acto ilícito, es decir un acto no permitido ni moral ni legalmente, bien por haberse abstenido de ejecutar lo que la ley moral o civil ordenaba cumplir.*

Responsabilidad médica: De la anterior definición se deduce, haciéndolo mas preciso y aplicado al personal Sanitario: “la obligación moral y legal que tienen los profesionales de compensar, reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, de las omisiones, de ciertos errores y errores voluntarios, incluso involuntarios, dentro de ciertos límites cometidos en el ejercicio de su profesión”

El Tribunal Supremo, en sentencia de 8 de octubre de 1983 declara: “Lo que se incrimina y da origen a la responsabilidad criminal médica, no son los errores de diagnóstico,

ni tan siquiera la falta extraordinaria de pericia en el desarrollo de actividades propias al no ser exigible la infalibilidad, sino que la culpa se encuentra en un comportamiento inadecuado a determinadas exigencias”.

3 – Tipos de responsabilidad

3.1 – Responsabilidad Penal. Nace con toda acción u omisión que, originando un daño se encuentre tipificada como falta o delito en el Código Penal. A parte de la responsabilidad inherente a todo ciudadano en hechos en los que pueda existir intención de producir daño “dolo”, existe una responsabilidad inherente a su condición de profesional de la salud, en delitos que solo el puede cometer, como por ejemplo: falsedades en informes y otros documentos de trascendencia legal, administrar drogas o otros estupefacientes sin necesidad ni autorización, realizar abortos fuera de los supuestos legales, falsos testimonios en actuaciones como perito... Pero a pesar de todo la circunstancia jurídica mas importante en responsabilidad Penal son las imprudencias punibles, tipificadas en el Código Penal de la siguiente forma:

Art. 142. 1.- El que por imprudencia grave causase la muerte de otro, será castigado como reo de homicidio imprudente con la pena de un año a cuatro años de prisión.

3.- Cuando el homicidio fuese cometido por imprudencia profesional se le impondrá además la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión, oficio o cargo por un periodo de tres a seis años.

Art. 152. 1.- El que por imprudencia grave causase lesiones a otro, será castigado con la pena de hasta tres años de prisión en función de la gravedad de las lesiones

3.- Cuando las lesiones fuesen producidas por imprudencia profesional se le impondrá a la vez la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la profesión oficio o cargo por un periodo de uno a cuatro años.

Pero cuando se trata de imprudencia leve las penas se reducen considerablemente (art. 621 Código Penal). En todos estos casos, para que exista responsabilidad Penal habrá de constatarse el daño producido y la relación de causa-efecto en la actuación profesional.

3.2 – Responsabilidad Civil. Es la obligación de reparar un daño producido. El daño a reparar puede haber sido producido por un hecho doloso, culposo, o sencillamente por un simple descuido (aunque no existiera culpa) y este error no fuera punible penalmente. Aunque no recaiga responsabilidad Penal, delante de la producción de un daño siempre habrá responsabilidad Civil.

En caso de daños producidos en el ámbito sanitario, esta reparación casi siempre es imposible, entonces se traduce en una indemnización que el culpable paga a la victima o a los herederos legales. Esto viene definido en el **art. 1902** del Código Civil que dice: “..el que causa un daño por error u omisión, interviniendo culpa o negligencia está obligado a reparar el daño causado”. El **art. 1903** define la extensión de la responsabilidad y dice: “..la obligación que impone el art. 1902 es exigible, no solo por los actos y omisiones propias, sino también por aquellas personas por las que se ha de responder. Y lo son los dueños o directores de un establecimiento o empresa respecto a los perjuicios causados por sus dependientes en el servicio del ramo en el que los tengan empleados o en ocasión de sus funciones...”.

4 – Extensión de la responsabilidad

De acuerdo con los artículos 116, 120 y 121 del Código Penal y el 1903 del Código Civil, la responsabilidad y con ella la obligación de reparar el daño producido, se extienden a las personas de las cuales dependen los autores materiales del de la falta producida.

Esta extensión viene dada bien porque el resultado de la falta fue debido a las ordenes o instrucciones que este recibió, o bien porque han sido designados para el puesto que ocupan por aquellas personas que han debido hacer la selección del puesto de trabajo de acuerdo con las obligaciones que ha de cumplir. Por ello y con independencia de las acciones Penales que puedan corresponder, la responsabilidad civil del autor material de la falta puede entenderse en el ámbito sanitario en:

- Supervisor, jefe, jefe médico de equipo responsable, etc. Siempre la persona inmediatamente superior de la que el autor depende.

- La Institución Clínica o Centro Hospitalario, por los daños debidos a la negligencia del personal, errores técnicos de los aparatos, y demás cometidos aun en el supuesto que sobrepasen la misión que les ha sido asignada, siempre que se trate de Servicios Asistenciales.
- Organismo gestor del Centro Hospitalario. Ya que está a cargo de la función gerencial y de la organización de los servicios asistenciales. En Prehospitalaria es el Estado o la Comunidad Autónoma que habitualmente da este servicio.

El Código Penal clarifica considerablemente el papel de las aseguradoras (art. 117) y el de las administraciones sean Locales, Autonómicas o Estatales, en los casos de la Responsabilidad Civil Subsidiaria (art. 121).

5 – Funciones de los diferentes profesionales sanitarios. Conflicto de competencias

Podría definirse que toda actuación que comporte un diagnóstico encaminado a la aplicación de una terapéutica y que esta sea farmacológica, quirúrgica o simplemente cruenta, es competencia exclusiva del médico. Una terapéutica se considera cruenta cuando comporte manipulaciones o actuaciones sobre el cuerpo humano o parte de este. Y que estas manipulaciones puedan llevar a la muerte o producir lesiones graves y/o con secuelas irreversibles, o que precisen de curas específicas para eliminarlas, producto de esta manipulación, técnica o actuación, bien como consecuencia directa de ella o como un efecto secundario o indeseable.

El Diplomado de Enfermería estaría facultado para desarrollar actuaciones derivadas directamente de una indicación médica (administrar fármacos, ayuda en la cirugía, realización de técnicas cruentas ayudado o supervisado por un facultativo...

También tienen atribuciones independientes; diagnósticos de enfermería, P.A.E. y las estrictamente específicas de su campo competencial. Pero en Prehospitalaria la situación es, dado que en muchos casos no existe la presencia de un médico y las diferentes actuaciones han de realizarlas con total independencia. Según el Real Decreto 2319/60 (B.O.E. de 17/1260) vigente a pesar de su antigüedad, sobre competencias profesionales, el D.U.E. estaría habilitado para realizar asistencia inmediata, en casos de urgencia y hasta la llegada del médico, al que están obligados a avisar sin demora. También según los artículos 195 y 196 del Código Penal estarían obligados a prestar asistencia en casos de urgencia. Los dos artículos recogen la obligatoriedad de prestar asistencia.

En el decreto que establece la formación específica de los Auxiliares Técnicos el Transporte Sanitario (D.O.G.C. nº 2219 de 17/06/96), quedan fijadas las competencias específicas de los Técnicos en Transporte Sanitario, hecho que representa un punto muy importante cuando hay que clarificar las competencias profesionales.

6 – Estado de necesidad

El Artículo 20 del Código Penal recoge los casos que estarían exentos de responsabilidad criminal. En su punto 5 habla del estado de necesidad y dice:

“Estará eximido de responsabilidad criminal quien, en un estado de necesidad, para evitar un daño propio o ajeno, lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que existan los siguientes requisitos:

- 1.- Que el daño causado no sea mayor que el que se trate de evitar.*
- 2.- Que la situación de necesidad no haya sido causada intencionadamente por el sujeto.*
- 3.- Que el necesitado no tenga por oficio o cargo la obligación de sacrificarse.”*

El estado de necesidad, como vemos, eximirá de responsabilidad criminal. Un ejemplo de esto en Prehospitalaria sería: Cuando un D.U.E. realiza actuaciones propias de un médico, que este último no se encuentra presente y con la finalidad de evitar males mayores e incluso la muerte de la víctima. Analizando extensamente este ejemplo podemos deducir:

Primero: El D.U.E. actuaría realizando funciones de médico, sin disponer de titulación, e infringiendo el art. 403 del Código Penal –*delito de intrusismo*-. La infracción es clara, pero

se ve eximida la responsabilidad criminal de esta infracción al actuar en una situación de urgencia vital.

Segundo: El daño causado, en este caso de un delito de intrusismo, es infinitamente menor que el daño que intentamos evitar (la muerte del paciente o graves lesiones).

Tercero: La situación de necesidad está producida por las circunstancias del accidente. Pero no es el D.U.E. el que la ha provocado, por tanto la situación es lícita.

Además de los supuestos de este artículo 20, el D.U.E. actuaría ejerciendo su función siguiendo los protocolos establecidos y sus actuaciones estarían en todo momento de acuerdo con la ciencia médica vigente.

Pero esto no es todo. Como vemos es fácil caer en abusos de este precepto. No podríamos eximir de responsabilidad en un delito de intrusismo, si existiera en el ejemplo anterior otra actuación diferente a la utilizada, también correcta y propia de las atribuciones profesionales del D.U.E. Hemos de tener claras las circunstancias que intervienen en el hecho, antes de tomar una decisión al amparándonos en el estado de necesidad.

B - SUPUESTOS PRÁCTICOS

1 – Consentimiento, consentimiento informado

Para poder llevar a cabo cualquier actuación terapéutica sobre un paciente hay que tener su consentimiento. Este consentimiento ha de ser producto del conocimiento de los posibles riesgos y beneficios de la actuación terapéutica, previamente informado de forma clara y entendedora para él. El paciente tiene derecho a negarse al tratamiento propuesto o de escoger, de entre todas las posibles, la actuación terapéutica que quiera. También el derecho a interrumpir el tratamiento y solicitar el alta voluntaria. El hecho de contar con el consentimiento del paciente es mas importante cuanto mas riesgo comporta la terapéutica a aplicar.

En nuestro campo y dado que la mayoría de las veces la asistencia se produce en situaciones de urgencia extrema, puede prescindirse del consentimiento siempre que se trate de paciente inconsciente, crítico o muy grave. Nunca un familiar, por allegado que sea del paciente, podrá, mediante alta voluntaria o negativa a alguna intervención terapéutica, evitarnos prestar la debida atención al paciente. La doctrina jurisprudencial Española, así como las leyes vigentes en todo el Estado tipifican como un delito grave la omisión de atención a quien la precise, y de un delito de auxilio al suicidio quien acceda a poner en riesgo la vida de una persona que así lo ha solicitado. Si en un medio hospitalario y en una asistencia reglada y no urgente nadie cuestiona la importancia del consentimiento del paciente y de su derecho a la negativa de las opciones terapéuticas propuestas, en situaciones críticas y con verdadero riesgo vital, el mantenimiento de la vida humana queda por encima de cualquier otra consideración; invalidándose cualquier documento suscrito por el paciente o sus familiares en la línea de negarse a la asistencia. Ejemplos de esto tenemos en los Testigos de Jehová y las transfusiones de sangre.

Así varios autores del Tribunal Supremo (14 marzo 1979, 23 diciembre 1983, 25 enero 1984) se pronuncian declarando justificada la conducta médica y del juez autorizando, sobre la base del estado de necesidad así como la primacía del derecho a la vida y a la salud sobre otros bienes, como son la libertad religiosa, y hasta la libertad general.

2 – Asistencia a menores de edad

Nuestras leyes, así como las de la mayoría de los países del mundo, consideran y condicionan la capacidad de decisión de los menores a sus padres, tutores o personas legalmente facultadas para decidir. Por tanto en la asistencia ordinaria a menores, y antes de tomar cualquier decisión terapéutica, habrá que consultarse con los padres o acompañantes facultados legalmente para tomar decisiones sobre la manera de actuar. Hay que contar, entonces, con el consentimiento escrito de estos padres o tutores para hacer intervenciones quirúrgicas, actuaciones diagnósticas o cualquier alternativa diagnóstica o terapéutica que comporte riesgo, por pequeño que este sea.

En casos de urgencia vital o riesgo grave o situaciones de peligro vital se actuará amparándose en el estado de necesidad y podrá prescindirse de este consentimiento. Dentro de este apartado hay que hacer referencia a que no puede aceptarse el alta voluntaria de una persona menor de edad, hay que informar a los padres o tutores y si no fuese posible se dará aviso a la Policía, para que se haga cargo de buscar a los tutores legales para poder tomar esta decisión.

Cualquier signo de maltrato observado en un menor de edad hay que comunicarlo inmediatamente a la autoridad judicial y obviamente retener al menor o informar a la Policía y no darlo de alta hasta que esta se persone y se haga cargo de la situación.

3 – Enfermos Psiquiátricos

La mayoría de problemas producidos por estos enfermos tendrán difícil solución “in situ” y habrá que proceder a su traslado (con sedación o sin) a un centro especializado, para que puedan recibir el tratamiento adecuado. El médico puede, delante de una sospecha de incapacidad por parte del paciente, trasladarlo a un Centro Psiquiátrico y proceder a su ingreso. Muchas veces este ingreso no contará con la colaboración del enfermo y hablaremos de *ingreso involuntario*. Para proceder a ingresar una persona, en la cual sospechamos un trastorno mental importante, de manera involuntaria, nos amparamos en el artículo 211 del Código Civil; que autoriza al médico que sospeche en un paciente, que pueda existir riesgo para el o para terceros producido por un deterioro de sus facultades mentales, a ingresarlo en un Centro Psiquiátrico, incluso de manera involuntaria. Pide también el citado artículo que se notifique al Juzgado de Guardia antes de pasadas 24 horas de su ingreso.

En casos de ingreso involuntario, se procederá por estado de necesidad, y no se dudará en aplicar medidas de sedación o sujeción mecánica (en función del caso) para evitar daños a terceros o a si mismo. En casos de agitaciones muy espectaculares podemos solicitar ayuda a la Policía. Recordemos que cualquier medida que tomemos en contra de la voluntad del enfermo acogiéndonos a en el artículo 211 del Código Civil, ha de comunicarse al Juzgado de Guardia antes de 24 horas.

4 – Cadáveres

Lo primero que hay que hacer es definir que es un cadáver. De todas las definiciones cogeremos la siguiente: *Se trata de un ser que no presenta ningún signo positivo de vida. Presenta todos los negativos de vida y presenta signos positivos de muerte de acuerdo con el tiempo transcurrido a contar desde la fecha y hora de óbito*. Por tanto en un individuo que solo presenta signos negativos de vida y no presenta ninguno positivo de muerte hay que iniciar, sin demora, maniobras de resucitación, ya que existen posibilidades de poderlo remontar.

La siguiente tabla permite aproximar la hora de la muerte en función de los signos observados en el cadáver.

Signos negativos de vida

Son signos debidos al cese de las funciones vitales. Por si solos no son diagnóstico de muerte aunque aparezcan los tres juntos.

- Signos debidos al cese de las funciones nerviosas. Lo que inmediatamente nos llamara la atención será la inconsciencia como primera manifestación del cese de las funciones cerebrales superiores. Su comprobación hospitalaria sería la ausencia de actividad cerebral eléctrica, objetivado por el E.C.G. plano (la ley prevé que para diagnosticar la muerte en caliente dos y espaciados al menos 6 horas. Los dos han de ser planos).
- Signos debidos al cese de las funciones circulatorias. El principal y que primero objetivaremos será la asistolia (ausencia total de latido cardíaco). Puede objetivarse con el E.C.G.
- Signos debidos al cese de la función respiratoria. Se caracteriza por la apnea.

Signos positivos de muerte

- **Grandes mutilaciones**, incompatibles con la vida. (Secciones del tronco, abdomen, cuello...). Carbonizaciones totales, fulminaciones....
- **Fenómenos de putrefacción avanzada.**
- **Algor mortis:** Disminución de la temperatura del cadáver. Una temperatura de menos de 20° C es incompatible con la vida. Cuidado con ahogados, cuerpos expuestos a la intemperie a temperaturas extremas.... Se inicia en las partes más distales del cuerpo y tiene un avance centripeto.

Esquema de la disminución de la temperatura cadavérica:

- Durante las 3 primeras horas la temperatura corporal disminuye 0,5° C por hora.
- Durante las siguientes 6 horas la temperatura corporal disminuye 1° C por hora.
- Durante las 3 horas siguientes, disminuye 0,75° C por hora.
- Entre las 12 y las 15 horas después de la muerte, disminuye 0,5° C por hora hasta equilibrarse con la temperatura ambiente.
- **Rigor mortis.** Rigidez del cadáver. Igual que el algor tiene un inicio distal y un avance centripeto. Comienza sobre las tres horas de la muerte, coge un máximo hacia las 16-24 horas. Desaparece progresivamente a partir de las 30-48 horas a medida que se inicia la putrefacción del cadáver.
- **Perdida del tono ocular.** Disminución de la presión ocular. Si medimos con un tonómetro la tensión ocular, veremos que esta, en una persona viva y sin patologías oculares es de 15-25 G. A la media hora aproximadamente de la muerte es tan solo de 3 G. Y a las 2 horas es de 0 G.
- **Enpañamiento de la cornea.** Opacificación que es visible a partir de 45 minutos (si el cadáver ha estado con los ojos abiertos) y 24 horas si ha estado con los ojos cerrados.
- **Lividezas cadavéricas.** Aparecen en zona declives. Son unas manchas violacio-eritematosas, de gran extensión, que se deben al éxtasis vascular por el fracaso cardiaco. Están presentes, a veces, a partir de la primera hora de la muerte. Son francas a las 4-6 horas.
- **Mancha verde abdominal.** Sobre el hipocondrio derecho. Es patognomónica de muerte. Se aprecia siempre a partir de las 24-36 horas de la muerte. A veces puede verse antes.

5 – Protección jurídica al Enfermero a través del informe

Características del informe de asistencia:

1. Físicas

- Papel autocopiable
- Con número de registro
- Conservado en un archivo en la central
- Escritura legible

2. Recogida de datos

- Ha de contener los máximos datos posibles
 - Filiación: nombre, apellidos, dirección del paciente.
 - Día, hora, lugar de la urgencia.
 - Motivo de la consulta o llamada.
 - Fidedigno, es decir de fe y crédito.
 - Apoyado en una descripción minuciosa del entorno.
 - Preciso
 - Firma del paciente, tutor o persona más próxima.

3. Cuerpo

- Exploración física y psíquica fundamentada en SIGNOS objetivos y parámetros medibles.
- Signos objetivos y síntomas referidos por el paciente versus terminología diagnóstica médica.
- En caso de lesiones por agresión, causas de las mismas siempre referidas por la víctima.
- Apoyado en informes médicos que nos presente la familia.
- Apoyado en declaraciones de la familia o amigos en cuanto a antecedentes médicos, problemas de salud pasados y factores sociales y culturales con influencia sobre el comportamiento de la persona.
- Diagnóstico orientativo (no médico, de enfermería).
- Actuación profesional en relación a la urgencia.

Trampas que pueden provocar un informe mal hecho:

- Juicios de valor: toma de partido, "etiquetaje de los actores", simulaciones.
- Interpretación de situaciones no vividas por el equipo asistencial: agresiones versus autolesiones.
- Toma de conclusiones no procedentes: agitación por ↓ de O₂ víctima o agresor.
- Diagnósticos médicos.

6 – Protocolos. Aplicación en Enfermería Prehospitalaria

Si hablamos de protocolos, la primera cuestión que nos viene a la mente es la siguiente pregunta: ¿Si nos resultan embarazosas las cosas que nos ligan, porque nos empeñamos aferradamente en enmarcar cualquiera de nuestras actuaciones profesionales dentro de un protocolo?

A parte que cualquier profesión se ha de apoyar para actuar de manera científica y no intuitiva, la respuesta es que los protocolos suponen una buena defensa en caso de denuncia. No solo hemos de actuar bien, sino que hemos de poder demostrarlo. Esto no quiere decir que sea la única forma de demostrar una buena praxis, pero si la forma menos complicada de hacerlo.

Tradicionalmente los protocolos médicos nacen como resultado del trabajo de equipo que tiene la vertiente científica de la medicina. Se trabaja en equipo porque la investigación es dinámica y se necesita compartir experiencias para avanzar, y repetir experiencias de manera exacta para llegar al mismo punto. Por eso los médicos se reúnen, hablan, discuten y CONSENSUAN. De tal manera que cuando nace un protocolo expresa los últimos avances en la praxis médica frente a un problema en concreto, y cualquier médico que actúe según un protocolo lo está haciendo con la aprobación de las figuras de reconocido prestigio que lo firman, por tanto no es el solo el que actúa sino una mayoría de compañeros, estudiosos, expertos reconocidos en la materia que lo avalan. Y estos avales se necesitan delante de un juez.

En el campo de la Enfermería Prehospitalaria la situación se complica por razones diversas. Por una parte Enfermería no tiene tradición de trabajar con protocolos propios. Por otra parte la actuación de Enfermería en la calle está enmarcada de manera permanente en el estado de necesidad. Esto hace que tenga que asumir con frecuencia competencias que no son propias de su profesión, siendo aun mas espinosa su defensa en caso de denuncia.

Por tanto necesitaremos unos protocolos que definan cada actuación concreta requerida por cada emergencia. Y esta necesidad no viene dada para conseguir vía libre para asumir, de forma caprichosa, competencias que no son propias de la profesión. La necesidad de la actuación de la Enfermería Prehospitalaria bajo unos protocolos radica en el propio linde de la prehospitalaria: Atender a la persona, de la mejor manera, en función de la situación, ofreciéndole las técnicas mas avanzadas del momento.

Características del protocolo

- **Actualizado.** Ha de contener los últimos avances científicos aplicados a la situación que contempla. El primer objetivo es atender a la urgencia de la forma que proporcione a la víctima la probabilidad mas elevada de sobrevivir con la mejor calidad de vida posible.
- **Consensuado.** Estas últimas tendencias han de estar aceptadas de manera general por el grueso de los profesionales, y especialmente por los mas prestigiosos. Ha de estar elaborado en equipo, por un grupo de profesionales del servicio, con un amplio bagaje profesional en el medio. También se puede nutrir de los intercambios de experiencias entre profesionales del medio de otros servicios de prehospitalaria o bien de personas con experiencia reconocida.
- **Amplio alcance.** Ha de alcanzar todas las diferentes situaciones en las que se puede encontrar el profesional y contemplar todas las evoluciones posibles de una determinada situación.
- **Articulado.** Ha de estar estructurado en pasos, fáciles de identificar y estos pasos han de responder a determinadas situaciones que puedan observarse en la práctica profesional.
- **Explicito.** Ha de contener los elementos necesarios para poder diagnosticar la emergencia médica de manera rápida y exacta. Ha de ser claro y sencillo. Las ambigüedades demoran la aplicación del protocolo y por tanto de la asistencia.
- **Inflexible.** Ha de ser rígido, y no permitir actuar delante de la misma situación de formas diferentes.
- **Dinámico.** Ha de estar sometido a revisiones periódicas para incorporar lo antes posible los últimos avances en el tema.
- **Legal.** El protocolo no puede contempla en ninguno de sus pasos ningún aspecto de la actuación que sea ilegal. Es decir, ha de respetar la ley. Por ejemplo no puede contemplar el alta voluntaria en caso de menores, no puede contemplar el auxilio al suicidio, etc.
- **Presencia de una “salida de emergencia”.** Ha de contemplar una salida a las situaciones atípicas y no recogidas en el protocolo.

Elaboración

1. Definición de la situación a protocolizar. (Ej. Sobredosis. Definición clara de lo que es una sobredosis)
2. Identificación de los signos y orientarlos hacia un diagnóstico. (diagnóstico en función de – o para aplicar – terapéutica) visión médica.
3. Ha de definir cuando se lleva a término la resolución de la situación e identificar la vía a seguir.
4. Definir claramente los pasos a seguir en función de las posibles respuestas esperadas para cada vía.
5. Ha de indicar claramente cuando se consigue llegar al final del problema.
6. Ha de contemplar un mecanismo de “Feed-Back” o reincorporación en un paso concreto si no existe resolución del problema.

BIBLIOGRAFÍA

- Constitución Española de 1978.
- Código Penal Español.
- Código Civil Español.
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, del Código Penal.
- Real Decreto 2082 de 1978.
- Real Decreto 2319/60 de 17 de diciembre de 1960.
- Tribunal Supremo:
 - Sentencia 14 de marzo 1979.
 - Sentencia 25 de enero 1958.
 - Auto del 14 de marzo 1979.
 - Auto 23 de diciembre 1983.
 - Auto 25 de enero 1984.

- Código Deontológico. Colegios médicos y Organización médica colegial.
- Normas Deontológicas del Colegio de A.T.S. y D.U.E.
- Declaración Universal de Derechos Humanos (10/12/1948).
- Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad.
- Fernández Hierro. "Responsabilidad Civil Médico-Sanitaria". Ed. Aranzadi. Pamplona 1984.
- Gisbert Calabuix. "Medicina Legal y Toxicología". Ed. Saber. Valencia 1985.
- Martínez Calcerrada. "Derecho Médico". Vol. III. Ed. Tecnos 1986.
- Corbella Corbella. "La responsabilidad del médico y de las instituciones sanitarias". Real Academia de Medicina de Barcelona. 1986.
- Fornés, Conde. "Responsabilidad civil de los profesionales sanitarios". OMC nº 33. Madrid. 1993
- Colegio Oficial de Médicos de Barcelona. "Cuadernos de buena praxis". Barcelona.1993.
- Bases para la ordenación de las Profesiones Sanitarias. OMC nº 29. 1993.
- Responsabilidad civil de los profesionales médicos. OMC nº 31. 1993
- El consentimiento del paciente al tratamiento. Jano nº 1114. 1995
- El nuevo rostro de la relación sanitaria: el consentimiento informado y sus aplicaciones. Jano nº 1117. 1995.
- González Usano. "El profesional médico ante el nuevo Código Penal". OMC. 1996
- Jorge Barreiro, A. "La imprudencia punible en la actividad médico-quirúrgica". Ed. Tecnos. Madrid.
- López – Muñoz y Laraz, G. "Defensas en las negligencias médicas". 2ª edición. Ed. Dykinson. 1991.
- Jausás, A. "La omisión del deber de socorro". Jano nº 1121. 1995

Traducción: Alberto Río García. Enfermero.