



# PSIQUIATRÍA LEGAL

NEWSLETTER

Nº 5

## SUMARIO

<b>URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: MARCO JURÍDICO DE LA ACTUACIÓN POLICIAL</b>	<b>1</b>
-ENFERMEDAD MORTAL Y PELIGROSIDAD	1
-INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA SEGURIDAD CIUDADANA	2
-LA SITUACIÓN EN DERECHO COMPARADO	3
-MARCO NORMATIVO ESPAÑOL	6
-DEDICACIÓN PROFESIONAL	7
-PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN	8
Entrada en domicilio	8
La reducción y traslado	9
-CONCLUSIONES	10
BIBLIOGRAFÍA	11
<b>ANTEPROYECTO DE LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS</b>	<b>13</b>
-LAS PROFESIONES SANITARIAS	14
Facultativos Sanitarios	14
Diplomados Sanitarios	15
-ACTIVIDAD PROFESIONAL	15
Dirección y gestión	15
Investigación y docencia	16
-FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS	16
Generalidades	16
Formación pregrado	16
-FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CIENCIAS SOCIALES	16
Estructura de las especialidades y formación	17
Áreas de capacitación específica	18
Acreditación	18
Comisiones nacionales	18
-REGISTROS	19
-FORMACIÓN CONTINUADA	19
Acreditación de centros para Formación Continuada	20
Acreditación de profesionales	20
-DESARROLLO PROFESIONAL Y SU RECONOCIMIENTO	20
-EJERCICIO PRIVADO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS	21
Publicidad del ejercicio profesional privado	21
Seguridad y calidad en el ejercicio profesional privado	21
Cobertura de responsabilidad	21
-PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES -¿UNA DEFINITIVA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS?	22
BIBLIOGRAFÍA	23
<b>NOTICIAS DESTACADAS</b>	<b>24</b>
OPINION	24
CONDUCCIÓN DE AUTOMÓVILES	24
CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO	25
SENTIMIENTO, INFORMACION, COMPETENCIA E INSTRUCCIONES	25
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VICTIMOLOGIA	26
LEGISLACIÓN	26
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	26
SALUD LABORAL	27
SUICIDIO	27
TOXICOMANIA	28
VIOLENCIA	28

## EDITORIAL

Quinta edición y podemos afirmar que el balance es positivo. Encarar la producción de una publicación con las características de nuestra especialidad no resulta fácil. Es necesario recabar el apoyo de psiquiatras, juristas y especialistas que aporten documentos de interés general, y al mismo tiempo seguir muy de cerca las variaciones de las leyes. Al mismo tiempo es necesario lograr mantener una continuidad que permita despertar la curiosidad y mantener la inquietud profesional. Además, contar con el apoyo de un patrocinador que auspicie su edición y se comprometa con el quehacer científico de nuestra Sociedad. Podemos decir

que todo esto lo hemos logrado y que, hoy por hoy, somos el único medio de información de la especialidad y uno de los pocos que existe sobre la psiquiatría en nuestro país.

Esta mancomunidad de objetivos entre autores, asociados, lectores y patrocinador nos obliga a tratar de mejorar cada vez más nuestras entregas. A la edición digital se suma la edición impresa, otra herramienta para la comunicación de la Psiquiatría Legal que esperamos sea de vuestro agrado y os resulte útil. Y seguiremos trabajando en la línea de calidad que nos caracteriza.

La Junta Directiva de SEPL

## URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: MARCO JURÍDICO DE LA ACTUACIÓN POLICIAL

Luis Fernando Barrios Flores

### ENFERMEDAD MENTAL Y PELIGROSIDAD

No es esta la primera, y sospecho que no va a ser la última ocasión en que abordo el tema de la intervención policial en urgencias psiquiátricas. En las anteriores ocasiones fue en sede policial, y ahora lo será en residencia médica, más en ambos casos intuyo que el interés por el tema no era ni es casual. Responde a una comprensible preocupación de distintos colectivos profesionales ante la indefinición de las instituciones, la carencia de normativa de aplicación directa y, sobre todo, la escasa voluntad política de solucionar el problema. No me deja de llamar la atención sobre cómo algunas de las más graves preocupaciones profesionales policiales -las consecuencias derivadas del uso de armas de fuego y

la intervención en crisis psiquiátricas- se encaran con tan escasos medios normativos.

En el específico caso de la enfermedad mental es una obviedad que la misma ha estado rodeada de un nebuloso halo de misterio, pero sobre todo de temor. A lo largo de la historia el cuerpo social ha venido catalogando a priori a los enfermos mentales como sujetos peligrosos, lo que bien pudiera ser "proyección de las violencias y los miedos -inconscientes- de los cuerdos". Este tratamiento social del enfermo mental ha provocado una doble estigmatización: por un lado, la derivada de la locura en cuanto tal; por otro, el proveniente por el temor de que la locura se encuentre asociada a conductas violentas imprevisibles, irracionales e inmotivadas.

El momento cumbre de estos temores, irracionales en sí mismos,

## INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA SEGURIDAD CIUDADANA

bien pudiera constituirlo la consagración de la identidad de locura y criminalidad que lleva a la construcción teórica del "loco criminal" del XIX.

A lo largo del siglo siguiente se irá produciendo la disociación de aquel binomio. Fundamentalmente a partir de los años setenta se afirmará el postulado de que la peligrosidad no es superior en los enfermos mentales que en el resto de la población general. Así se llega a la profunda crítica que hace a la institución del internamiento forzoso y la práctica predictiva de los psiquiatras, entre otros, el norteamericano Thomas Szasz, profesor de psiquiatría de la Universidad de Nueva York, en su conocido libro *El mito de la enfermedad mental*. En España, Castilla del Pino en el prólogo a la decisiva obra de Bercovitz -obra que rompe con un silencio de décadas de los juristas sobre el internamiento psiquiátrico-, afirmará:

"En cualquier caso, la consideración de la peligrosidad del psicótico es un subproducto de una ideología sobre el loco, heredera de la consideración del mismo como totalmente enajenado, y alimentada por la angustia que el (presunto) sano experimenta ante el propio psicótico. Esta consideración del psicótico como totalmente enajenado deriva en el error mayúsculo de considerar que cualquier incumplimiento de una regla social en un psicótico es expresión de un síntoma psicótico. O para decirlo claramente, que dada la catalogación de un paciente como psicótico, la valoración de cualquier agresión por su parte como expresión de su psicosis es, en la práctica, inevitable".

Frente al oscurantismo y al ideologizado error ontológico, el siglo XX ha sido la época de la "previsibilidad". Según el relato que nos hace Millaud, las indagaciones doctrinales acerca de la posibilidad de predecir los comportamientos violentos han seguido la siguiente evolución:

- Hasta mediados de los ochenta existía un pesimismo generalizado sobre la posibilidad de predecir los comportamientos violentos.
- En la segunda mitad de los ochenta comienzan a aparecer investigaciones en las que se atisban posibilidades en el área de la predicción a corto plazo.
- Posteriormente otros trabajos han puesto de manifiesto los defectos metodológicos de las investigaciones precedentes en este campo.

En la actualidad el tema de la predicción de la violencia se ha reconducido a términos de identificación de factores de riesgo. Con ello se conserva un margen no desdeñable de incertidumbre pero, a la postre, parece que este planteamiento es el más apropiado clínicamente hablando, dado que los pacientes psiquiátricos están influenciados por diversos factores que interactúan con su personalidad y con su patología. De este modo su nivel de peligrosidad psiquiátrica variará en función de una serie de factores. En consecuencia, la peligrosidad, el riesgo de violencia de un paciente psíquico, no puede ser establecido de una vez por todas ya que fluctuará a lo largo del tiempo y mostrará diferentes intensidades. De ahí precisamente la necesidad de evaluaciones periódicas.

Así las cosas, nos encontramos con un problema crónico -los residuos de un miedo ancestral- y con un tema de moderna formulación -las insuficiencias de previsión de conductas preligrosas-. Si a este panorama unimos, como luego habrá ocasión de ver, las insuficiencias normativas, no ha de extrañar que de forma recurrente el colectivo policial se encuentre especialmente cauteloso ante una actuación de urgencia psiquiátrica.

Me referiré en lo sucesivo a la "urgencia psiquiátrica" siendo plenamente consciente de que este es un término polémico y relativo (al depender de criterios subjetivos, del propio paciente o de terceros). Pese a lo cual la opción por dicho término viene dada por ser el más adecuado en nuestro idioma para expresar los dos elementos fundamentales que pretenden con él expresarse: el carácter de prontitud y la necesidad de cuidado médico. Obviamente estamos refiriéndonos a la urgencia vinculada a la situación de "peligro", propio o ajeno. Es esta precisamente una situación en la que no es infrecuente la intervención policial, normalmente ligada a la carencia de otros medios de intervención de nuestro dispositivo sanitario -menos contundentes, pero siempre más deseables-. La actuación policial, por tanto, vendrá unida a los calificativos situacionales de: urgencia, peligro y subsidiariedad.

El rechazo de falsos mitos y el reconocimiento de constatables incertidumbres no significa en modo alguno que no existan situaciones de riesgo cierto derivadas de una urgencia psiquiátrica. Pero me ha parecido oportuno dejar constancia de la descrita percepción social de la enfermedad mental para explicar algunos comportamientos y recelos de la sociedad en general y del colectivo policial en particular antes de entrar de lleno en la materia que tenemos entre manos.

Hay casos en los que la peligrosidad derivada de la enfermedad mental efectivamente se materializa y cuando lo hace no es inusual que adopte formas especialmente graves, hasta diríamos que espectaculares. Recientes casos acontecidos en recintos hospitalarios y hasta militares son buen ejemplo de ello.

La urgencia psiquiátrica requiere intervención y en ocasiones el uso de la fuerza. Desde dos posiciones distintas (una médica, la otra jurista) y desde dos países distantes (uno España, el otro Alemania) veamos como se contemplaba la intervención del poder público en el período de entresiglos. Los autores y el período elegido entiendo que son suficientemente representativos de los inicios de la medicina legal en España y del moderno derecho administrativo en Alemania, con influencias de este último en nuestro país incuestionables.

Pedro Mata (1811-1877), político y escritor, pero ante todo maestro de médicos, es considerado el introductor de la medicina legal en España con su *Tratado de medicina legal y toxicología* (1846). Pero también fue fecundo autor de estudios de psicología y psiquiatría. A juicio de Mata, una de las cuestiones que debía abordar la Medicina legal era la especificación de si un sujeto padece una enfermedad que puede "comprometer la tranquilidad pública o la seguridad personal". En caso de que así fuera la reclusión debiera adoptarse preventivamente: "Diré más: que para vigilar, guardar y encerrar, ya a domicilio, ya en un manicomio, a un loco, no debe aguardarse a que cometa algún atentado". Y la reclusión, continuaba diciendo, será mejor en un manicomio que

en un domicilio particular "sería casi siempre, por no decir siempre, más ventajoso y de mejores resultados, bajo todos los aspectos, encerrarlos no a domicilio, sino en una casa de locos bien montada".

Pero ¿a quién ingresar? ¿cómo saber donde radica el peligro?. Pedro Mata nos ofrece un elenco clasificatorio que contesta estas preguntas: "Para declarar si tal o cual loco es peligro para la seguridad personal, la propiedad o el orden público, hay que atenderse a las condiciones y al estado de las facultades de cada forma.

Los idiotas no son peligrosos, porque son una negación de toda actividad; pero hay que cuidarlos, porque ni instinto tienen para vivir, se ensucian, no son capaces de procurarse el alimento, el abrigo, etc.

Los imbéciles suelen ser inofensivos, pero su misma imbecilidad puede dar lugar a casos deplorables. Muchos andan sueltos en la sociedad, sin inconveniente; pero siempre sería mejor vigilarlos.

Los dementes suelen ser también inofensivos; pero hay que guardarlos mas todavía que a los imbéciles, ya por ellos, ya por lo que puedan hacer.

Los maníacos son casi siempre peligrosos. Es necesario tenerlos guardados y vigilados.

Los monomaniacos inofensivos no son peligrosos en general. Ha de ser raro que su monomanía los conduzca a cometer algún daño. En ciertos casos pueden perjudicar su propiedad, o la de otros.

Los monomaniacos agresores, deben ser vigilados y encerrados. Son altamente peligrosos.

Otro tanto puede decirse en general de las locuras sintomáticas y de algunos estados intermedios, como los sonámbulos.

Los maníacos y monomaniacos deben ser encerrados desde el principio de su mal, antes que estalle con violencia; así se evita que cometan atentados y comprometan sus intereses.

El encierro de todo loco idiopático debería efectuarse en una casa de locos bien establecida y bien dirigida, tanto para el mejor cuidado y curación del loco, como para mas garantías de la sociedad".

Las etiquetas han cambiado, los ropajes también. Son categorías que nos resultan extrañas, pero que

expresan un hecho que se reproduce históricamente. Bajo estas u otras categorías, bajo otras etiquetas, está el individuo que es socialmente peligroso y frente a quien la sociedad reclama la intervención estatal. Cuanto esté en peligro la "seguridad personal, la propiedad o el orden público" se legitima la intervención policial.

Otto Mayer (1846-1924) egregio representante de la doctrina jurídico-administrativa alemana abordó la descripción de los fundamentos y práctica de la coacción administrativa. En su obra *Deutsches Verwaltungsrecht-Le droit administratif allemand* (1903), diferencia dos tipos de coacción, la ejecución forzosa (*Zwangvollstreckung*) y la coacción directa (*unmittelbarer Zwang*). Dentro de la coacción directa, a su vez, distinguió tres fundamentos habilitantes para la actuación administrativa: la autodefensa administrativa, el uso de la fuerza para evitar hechos punibles y el uso de la fuerza en casos de extrema necesidad. Es en este tercer supuesto en donde se incardinan los casos que a nosotros interesan. Según Mayer, existe un derecho de suprema necesidad en materia de policía que hace factible el uso de la fuerza legítima:

"El loco furioso es apresado y reducido; se mata al animal dañino, se demuele la casa incendiada".

Se trata en tales casos de la "aplicación salvadora de la fuerza" (*retende Gewaltanwendung*), ya que:

"Las desgracias, los accidentes, los arrebatos de desesperación que sobrevienen a los individuos, interesan a la policía porque significan, al mismo tiempo, perturbaciones al buen orden de la comunidad".

La doctrina, de forma generalizada e ininterrumpida, acepta la pertinencia del auxilio policial en situaciones de riesgo, ya que los conceptos de "seguridad pública, orden público, peligro o perturbación" han sido reunidos en la llamada cláusula general de policía o de orden público que ha constituido en la mayoría de los países la base jurídica del actuar policial". Los tratadistas del tema admiten sin reparos que gran parte de las intervenciones policiales se centran en buena medida en el auxilio, ayuda y protección directa de los ciudadanos, y en la actualidad, como veremos a continuación, ningún ordenamiento desconoce la procedencia de la intervención policial en casos como el que nos ocupa (así se expresa,

por ejemplo, el Libro Blanco del Consejo de Europa de 2000).

Y es que desde antiguo viene reconociéndose al Estado la facultad-deber de intervención en aras de la protección social ("de lo que se trata es de defender dos derechos: los del individuo y los de la sociedad", se dirá). Pero sea el peligro para uno mismo, sea para los demás, la intervención policial -y el subsiguiente ingreso hospitalario que generalmente sigue-, se fundamenta éticamente en el "beneficio del paciente". Esta potestad policiaco-paternal es descrita por Kolb y Brodie en los siguientes términos:

"El Estado posee la autoridad, investida en su poder policiaco, para detener, con objeto de que reciban tratamiento y proteger a la sociedad, a aquellos individuos que son considerados peligrosos y para su propia protección. La doctrina de la "patria potestad" permite al Estado intervenir y actuar como sustituto de los padres para aquellas personas que no son capaces de cuidarse por sí mismas o corren el riesgo de dañarse ellos mismos".

El fundamento teórico y la constatación histórica de la legitimación de la intervención pública -policial para más señas- en caso de urgencias psiquiátricas que ponen en riesgo a personas o a bienes a la vista queda. Procede ahora analizar cual es la situación en el momento actual en otros países.

## LA SITUACIÓN EN DERECHO COMPARADO

La elección de los países que a continuación siguen no es fortuita. El primer conjunto de países (Estados Unidos, Canadá y Reino Unido) responde a un modelo anglosajón en el que abundan las referencias a la intervención policial; en el caso de Estados Unidos creo más que suficiente la referencia al Estado de Nueva York, bien conocido por su completa regulación psiquiátrica y algún otro Estado al mero efecto de contraste confirmativo de la regla general de previsión de la intervención policial. También de América, en este caso del Sur, he elegido dos modelos el argentino y el chileno, con los que pretendo poner de manifiesto dos sistemas en los que la intervención policial tiene un notorio papel, hasta el punto de prácticamente protagonizar alguno de los llamados supuestos de

internamiento ("internación" en esos países). En el caso de Europa occidental creo que las referencias a Francia, Suiza, Austria, Suecia, Chequia e Italia son representativas del panorama europeo, bien por razones históricas (casos francés e italiano) bien a fin de dar una idea de la difusión de la técnica de intervención policial a lo largo y ancho de Europa. Algunas otras referencias, a Australia o Estonia, intentan poner de manifiesto un hecho que a estas alturas ya no precisa de mayor demostración, que la intervención policial en urgencias psiquiátricas se extiende a todos los continentes -caso australiano, por influencia anglosajona- y a las legislaciones más recientes, como es el caso estonio.

En Estados Unidos, la legislación de los distintos Estados alude a dicha intervención policial. La legislación sobre salud mental de Nueva York está contenida en la Mental Hygiene Law (en adelante MHL) aprobada el 9 de mayo de 1972, norma que ha sido objeto de numerosas reformas y adiciones a lo largo de su vigencia. La primera modalidad de ingreso involuntario tiene lugar mediante petición de internamiento al Director del establecimiento acompañada de dos certificados médicos emitidos por sendos facultativos que pueden haber llevado a cabo el examen conjuntamente. La petición habrá sido efectuada dentro de los 10 días anteriores al ingreso por un amplio repertorio de personas legitimadas para ello (Sec. 9.27). Para materializar el ingreso se puede instar la intervención policial si ello fuera preciso.

La Sección 9.39 de la MHL contempla la modalidad de ingreso de urgencia ("para inmediata observación, cuidado y tratamiento") legitimando la admisión de pacientes, por un período máximo de 15 días, que presumiéndose que padecen enfermedad mental supongan un riesgo grave para sí o para otros. Se considera a los presentes efectos que existe tal riesgo cuando se han manifestado amenazas o intentos de suicidio o serios daños corporales u otras conductas demostrativas de la concurrencia de tal peligro contra uno mismo o bien han tenido lugar conductas homicidas u otras violentas que han colocado en grave riesgo a terceras personas. Se reconocen facultades a los empleados públicos competentes (peace officer y police officer), tanto para la detención como para el traslado

a un establecimiento adecuado (hospital psiquiátrico de la sec. 9.39 o comprehensive psychiatric emergency program de la sec. 9.40) e, incluso, para la custodia en otro lugar "seguro y confortable" a la espera del ingreso, debiendo dar cuenta de sus actuaciones a la autoridad sanitaria o de servicios sociales (Sec. 9.41).

La MHL de Nueva York establece un dispositivo denominado mobile crisis outreach team (equipo móvil de intervención en crisis) creado dentro del Programa de Intervención en Crisis del Comisionado de Salud Mental. El médico o un profesional cualificado en salud mental (psicólogo autorizado, asistente social certificado o enfermera profesional registrada) de dicho equipo tienen la facultad de trasladar o dirigir el traslado de las personas que deban ser evaluadas, según su criterio, para determinar la concurrencia de enfermedad mental y de conductas susceptibles de originar daños propios o a terceros. Para la materialización del traslado estos equipos podrán requerir la intervención policial y el uso, en su caso, de ambulancia.

Por su parte en el Estado de Florida se admite el uso de medios policiales si bien reservados al supuesto en que ello "sea necesario para la protección del paciente" [394.459 (1) Florida Statutes] o para el caso de pequeños condados rurales "que no disponen de presupuesto para alternativas más eficaces" [394.459 (11) Florida Statutes]. En el Estado de Kentucky se prevé expresamente la intervención policial cuando se hace necesario proceder al reingreso de pacientes (202A.181 KRS Kentucky Mental Health Hospitalization Act). Al margen de las puntuales y extendidas referencias a las fuerzas policiales, debe tenerse en cuenta que en Estados Unidos existe una figura, el "peace officer", que tiene competencias cuasi-policiales y al cual se otorgan facultades para la aprehensión, detención y traslado de enfermos mentales que presente riesgo de daños.

En Canadá se prevé y legitima la intervención policial cuando el comportamiento del sujeto haga probable la puesta en peligro de su propia persona o de terceros y presente una apariencia de trastorno mental (28 MHA British Columbia; y en similares términos la Sec. 12 MHA Alberta). La intervención policial en casos extremos está hoy en día generalmente aceptada y los proyectos de reformas legislativas sobre

salud mental no renuncian a dotar de prerrogativas a los agentes policiales -normalmente de detención para consiguiente examen médico-, es el caso, por ejemplo de la llamada Brian's Law (Mental Health Legislative Reform, 2000 del Estado de Ontario, Canadá).

En el Reino Unido, la Mental Health Act 1983 es la norma vigente, para Inglaterra y Gales, en materia de asistencia psiquiátrica, que sustituyó a la normativa precedente, de 1959, y que en 1995 fue objeto de una importante reforma (Patients in the Community Act). Contempla la posibilidad de trasladar a un lugar seguro (place of safety), por la fuerza si fuera preciso, a una persona con problemas mentales. A estos efectos se considera como Place of safety por lo general un hospital, aunque puede serlo también una comisaría de policía, una residencia para personas con trastornos mentales, un lugar especialmente destinado por la autoridad de servicios sociales o cualquier otro lugar provisionalmente destinado para el ingreso del paciente (Sec. 135.6 MHA).

Esta intervención policial puede adoptar dos modalidades:

- Mediante un mandamiento judicial (warrant) emitido por el juez competente (justice of the peace), previa información suministrada por un trabajador social (Approved Social Worker) y a instancias precisamente de este. La ejecución de este mandamiento se materializa con la personación de un policía (constable) acompañado del trabajador social y de un médico (register medical practitioner). Esta medida puede extenderse hasta un máximo de 72 horas.
- Mediante la intervención directa del agente (constable) cuando este halle en la vía pública a una persona susceptible de estar padeciendo un trastorno mental (to be suffering from mental disorder), en cuyo caso está autorizado a trasladarla a un lugar seguro, por plazo de hasta 72 horas, a fin de ser evaluado por un médico y entrevistada por un trabajador social.

En Argentina la normativa inicial sobre internamientos estaba constituida por el art. 482 del Código Civil (cuyo autor fue Vélez Sarsfield), conforme al cual:

"El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá, tampoco, ser

trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial".

Esta normativa fue criticada por su poco feliz redacción, pese a lo cual la doctrina no encontró inconveniente en que, aunque los arts. 482 y 483 del CC argentino venían referidos al alienado mental declarado en juicio (decretada la interdicción y como consecuencia de ella), fueran sus disposiciones asimismo aplicadas al "demente" de facto. En definitiva, siendo evidente que la internación y el traslado de los enfermos mentales -declarados judicialmente o no como tales- dependía de la autorización del juez competente, no menos cierto era que existía simultáneamente una vía administrativa de "internación", cuando las circunstancias no admitían dilación (posibilidad de daños a sí mismo o de incomodidad a los vecinos), si bien era preceptiva la confirmación judicial. Pese a ello los problemas prácticos provenían de la circunstancia de una costumbre derogante de las normas implicadas, es decir de la práctica de la "internación de hecho", justificada en gran medida por los dispendios que provocaba el juicio de insania. La situación descrita llevó a la doctrina argentina a abogar por la promulgación de una "ley de alienados".

La Ley 17.711, sancionada y promulgada el 22.4.1968 (Boletín Oficial 26.4.1968), de "Reforma del Código Civil y Normas Complementarias", incorporó en virtud de su art. 1.35 dos nuevos párrafos al art. 482 CC:

"Las autoridades policiales podrán disponer la internación, dando cuenta inmediata al Juez, de las personas que por padecer enfermedades mentales, o ser alcoholistas crónicos o toxicómanos, pudieran dañar su salud o la de terceros o afectaran a la tranquilidad pública. Dicha internación sólo podrá ordenarse previo dictamen de médico oficial".

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144, el Juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indis-

pensable y aún evitarla, si pueden prestarse debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos".

En Chile, Por Decreto 570, de 28 de agosto de 1998 fue aprobado el Reglamento para la Internación de las personas con enfermedades mentales y sobre los establecimientos que la proporcionan. Diferencia este Reglamento tres tipos de "internación de carácter no voluntario": la de urgencia no voluntaria, la administrativa y la judicial (art. 11). La de urgencia no voluntaria se puede transformar en administrativa si a las 72 horas no ha sido posible obtener, en el caso de ser preciso, el consentimiento del paciente (art. 13). Es en lo que respecta la "internación administrativa" en donde abundan las menciones a la intervención policial:

"Artículo 14. Se considerará una internación administrativa, aquella que ha sido determinada por la autoridad sanitaria, a partir de la iniciativa de la autoridad policial, de la familia, del médico tratante en el caso del inciso tercero del artículo anterior o de cualquier miembro de la comunidad, con el fin de trasladar o internar en un centro asistencial, a una persona, aparentemente afectada por un trastorno mental, cuya conducta pone en riesgo su integridad y la de los demás, o bien, altera el orden o la tranquilidad en lugares de uso o acceso público.

En el caso de que el paciente no consienta a su traslado, el apremio físico a que deba ser sometido, será el mínimo indispensable para el efecto de ser conducido al establecimiento asistencial. El cuidado de la persona y de su conducta disruptiva si se presenta, será acordada en cada caso, entre la autoridad policial y de salud presentes, aplicando un criterio de colaboración eficaz y de salvaguardia de la integridad física y psíquica del supuesto enfermo y de los terceros que puedan verse severamente afectados.

En todo caso, el auxilio de la fuerza pública deberá ser siempre proporcionado en la oportunidad que lo solicite la autoridad sanitaria, en conformidad con el artículo 8º del Código Sanitario.

Si el traslado es realizado por personal y vehículos dependientes de un centro asistencial o de instituciones encargadas del transporte de enfermos, los procedimientos de contención a utilizar se ajustarán a los criterios señalados por el

Ministerio de Salud, en ejercicio de sus facultades legales.

La internación administrativa deberá ser reevaluada cada treinta días con la opinión de otro médico que cumpla con las características de un médico tratante e informada a la autoridad sanitaria que la ordenó hasta la proposición de su alta".

En Francia, el Code de la Santé Publique en su parte legislativa regula la denominada hospitalización de oficio (hospitalisation d'office), atribuyendo a la autoridad policial superior potestades en supuestos de urgencias psiquiátricas. Dos son las posibilidades de intervención que prevé este Code:

- La hospitalización de oficio, a la vista de un certificado médico circunstanciado, decretada por el Prefecto -en los Departamentos- o por el Prefecto de policía de París, de las personas aquejadas de enfermedad mental que comprometa el orden público o la seguridad de las personas (art. 342 CSP en su redacción dada por la Ley 68-5, de 3 de enero y por la Ley 90-527, de 27 de junio).

- La hospitalización de oficio, con informe facultativo o en su defecto por notoriedad pública, en supuestos de peligro inminente para la seguridad de las personas, por decisión del alcalde o en el caso de París por los comisarios de policía (art. 343 CSP), medida provisional que solo puede durar hasta 48 horas y que precisa de la decisión prefectoral para su continuación.

Como puede comprobarse en Francia el protagonismo en el traslado e ingreso psiquiátrico de la autoridad administrativa posibilita la intervención policial al ser esta instrumento de actuación de aquella.

En Austria, existe otra modalidad de intervención que en cierta medida sirve de contraste. El 9 UbG declara el deber de los órganos encargados de la seguridad pública de proceder al traslado a las instituciones sanitarias adecuadas, pudiendo a dichos efectos recabar la asistencia de los servicios locales de salvamento (Rettungsdienst).

En Suiza, la legislación básica y común se encuentra contenida en el Código Civil de 10.12.1907, el cual dedica al tema del internamiento su extenso art. 397 (redactado por Ley de 6 de octubre de 1978), pero es en la legislación cantonal en donde se encuentra el desarrollo normativo que a

nosotros interesa. Abundan las explícitas a la intervención policial. En el Cantón de Berna se admite que en caso de necesidad se produzca el ingreso con ayuda de la policía, a cuyo efecto el Prefecto ordenará el recurso a la fuerza policial (art. 32 Ley 22.11.1989); parecida previsión se contempla en la legislación del Cantón del Jura (art. 72 Ley 24.10.1985). En el Cantón de Friburgo, se admite igualmente el recurso a la fuerza pública con un llamativo matiz: la autoridad (juez de paz, tutor o médico) que requirió (del Prefecto) la intervención policial, deberá estar presente, salvo circunstancias excepcionales, en el momento de la intervención (13 Ley 26.11.1998). En Ginebra, el auxilio policial se prevé tanto para hacer comparecer al afectado ante el Tribunal Tutelar o a efectos de peritación como para hacer cumplir las decisiones de aquel Tribunal (arts. 416.3 y 421 de la Ley 7.5.1981). Pero, sin duda, el caso más expresivo de auxilio policial se da en el Cantón de Vaud; la Ley de Salud Pública, de 29 de mayo de 1985 establece en su art. 18, que lleva por título "Policía sanitaria": "Bajo requerimiento del médico cantonal o del Jefe del Servicio de Salud Pública y de Planificación Sanitaria, los órganos de la policía cantonal cumplirán las misiones relativas a la aplicación de la presente Ley".

En Italia tras la reforma de la Ley 180/1978, 13 de mayo (y posterior Ley 833/1978, 23 diciembre), al residenciarse en los municipios la decisión del ingreso (por orden del Alcalde) el protagonismo en el traslado de pacientes se derivó a la policía municipal, básicamente. El Ministerio del Interior dictó una Circular el 1.10.1979 aclarando que la materialización de dichos traslados no era competencia de la policía, sino del personal sanitario, aunque a continuación afirmó: "esto no excluye, obviamente, la eventual posibilidad de intervención de la fuerza pública en los casos en los que haya motivo para considerar que puedan producirse situaciones de grave peligro efectivo para la integridad y la seguridad de la colectividad". Pero los problemas en la práctica han sido constantes.

En la República de Chequia la intervención policial en urgencias psiquiátricas aparece reconocida en el Ley 283/1991 de Policía, aunque la regulación del Ministerio de Sanidad LP-270-

22.5.72, de 27 de junio de 1972 contiene la normativa sobre transporte de enfermos mentales agitados y agresivos a establecimientos psiquiátricos. En Estonia, que se ha dotado de Ley de Salud Mental el 12.2.1997, especifica el deber de la policía de ayudar al equipo sanitario en la detención y traslado de pacientes susceptibles de ingreso involuntario, asegurando temporalmente la protección de personas y bienes (art. 12.2). Y en Suecia, la Ley de Cuidado Mental Involuntario (LCP) núm. 1128 de 1991, que entregó en vigor el 1 de enero de 1992 prevé igualmente la intervención de la autoridad policial, poniendo bajo custodia temporal, a las personas que sufran un trastorno mental que ponga en riesgo su vida o la de terceros. También se prevé la asistencia policial a requerimiento del médico.

En Australia, la legislación del Estado de Victoria explicita la competencia policial para la aprehensión de sujetos que recientemente hayan protagonizado un intento suicida o un daño a la integridad física propia o ajena (10.1 MHA 1986). Por su parte el Territorio del Norte atribuye facultades de ingreso, sin mandamiento judicial, a la policía (aunque dentro de las siguientes 24 horas el Jefe de los Servicios Médicos del hospital deberá solicitar la orden o mandamiento judicial para que pueda prolongarse el internamiento) (s. 9.1 y 2 MHA 1996).

En síntesis podría establecerse:

- que en los ordenamientos nacionales abundan las referencias explícitas a la intervención policial en crisis psiquiátrica.
- que tal intervención se justifica por la concurrencia de dos presupuestos: a) Presunción de una enfermedad o trastorno mental y b) Peligro para sí o para terceros.
- que la legitimación se circunscribe a la actuación necesaria para la puesta a disposición del presunto enfermo al aparato socio-sanitario.

### MARCO NORMATIVO ESPAÑOL

Ha sido, y sigue siendo, un tema especialmente polémico el relativo a la intervención de efectivos policiales en la reducción y traslado de enfermos mentales. Se hacen necesarias, por tanto, unas breves reflexiones: en primer lugar, en relación a la relevancia de labores policiales no relacionadas con la prevención, investigación

o persecución de delitos; y en segundo lugar, más estrictamente, en relación con el auxilio de dichos Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en casos de urgencia psiquiátrica.

Respecto a lo primero, indicar que el art. 104 de la Constitución delimita la dependencia y funciones de dichos Cuerpos y Fuerzas:

"Las Fuerzas y Cuerpos de seguridad, bajo la dependencia del Gobierno, tendrán como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana".

En desarrollo del apartado 2º del citado art. 104 CE se aprobó la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado. En este texto existen interesantes referencias al tema que nos ocupa: - Apartado II.a) de la Exposición de Motivos:

"a) Siguiendo las líneas marcadas por el Consejo de Europa, en su "Declaración" sobre la Policía, y por la Asamblea General de la ONU, en el "Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la Ley", se establecen los principios básicos de actuación como un auténtico "Código Deontológico", que vincula a los miembros de todos los colectivos policiales, imponiendo el respeto a la Constitución, el servicio permanente a la comunidad, la adecuación entre fines y medios, como criterio orientativo de su actuación, el secreto profesional, el respeto al honor y dignidad de la persona, la subordinación a la autoridad y la responsabilidad en el ejercicio de la función".

- Art. 5.1.e):

"Son principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad los siguientes:

1. Adecuación al ordenamiento jurídico, especialmente:

e) Colaborar con la Administración de Justicia y auxiliarla en los términos establecidos en la Ley".

- Art. 5.2.a) b) y c) y 4:

"Son principios básicos de actuación de los miembros de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad los siguientes:

2. Relaciones con la comunidad. Singularmente:

a) Impedir, en el ejercicio de su actuación profesional, cualquier práctica abusiva, arbitraria o discriminatoria que entrañe violencia física o moral.

b) Observar en todo momento un trato correcto y esmerado en sus relaciones con los ciudadanos, a quienes

procurarán auxiliar y proteger, siempre que las circunstancias lo aconsejen o fueren requeridos para ello.

c) En el ejercicio de sus funciones deberán actuar con la decisión necesaria, y sin demora cuando de ello dependa evitar un daño grave, inmediato e irreparable; rigiéndose al hacerlo por los principios de congruencia, oportunidad y proporcionalidad en la utilización de los medios a su alcance.

## DEDICACIÓN PROFESIONAL

Deberán llevar a cabo sus funciones con total dedicación, debiendo intervenir siempre, en cualquier tiempo y lugar, se hallaren o no de servicio, en defensa de la Ley y de la seguridad ciudadana".

- Art. 11.1.b), e) y f):

"Las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado tienen como misión proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana mediante el desempeño de las siguientes funciones:

b) Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa".

e) Mantener y restablecer, en su caso, el orden y la seguridad ciudadana.

f) Prevenir la comisión de actos delictivos".

- Art. 38.3.a):

"Las CC.AA. a que se refiere el número 1 del artículo anterior, podrán ejercer, a través de sus Cuerpos de Policía, las siguientes funciones:

3. De prestación simultánea e indiferenciada con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado:

a) La cooperación a la resolución amistosa de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello".

-Art. 53.1.i):

"1. Los Cuerpos de Policía Local deberán ejercer las siguientes funciones:

f) La prestación de auxilio, en los casos de accidente,...

i) Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello".

Con posterioridad la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero sobre Protección de la Seguridad Ciudadana afirmará en su art. 1.1:

"De conformidad con lo dispuesto en los artículos 149.1.29 y 104 de la Constitución corresponde al Gobierno, a través de las autoridades y de las

Fuerzas y Cuerpos de Seguridad a sus órdenes, proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana, crear y mantener las condiciones adecuadas a tal efecto, y remover los obstáculos que lo impidan, sin perjuicio de las facultades y deberes de otros poderes públicos".

En lo que a normativa autonómica con rango legal se refiere basta la cita de la siguiente:

- En Navarra, la Ley Foral 1/1987, de 13 de febrero de Cuerpos de la Policía de Navarra, encomienda a este cuerpo la garantía de la seguridad ciudadana y el pacífico ejercicio de los derechos y libertades públicas y la protección de personas y bienes (art. 9º.1.a) y la protección y auxilio de personas y bienes especialmente en casos de emergencia (art. 9º.1.f).

- En el País Vasco, la Ley 4/1992, de 17 de julio, de Policía del País Vasco, atribuye a la policía local el auxilio en los casos de accidente y la cooperación en la resolución de los conflictos privados (art. 27.1.f e i) y, en general, a los Cuerpos de Policía del País Vasco, la misión de proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana (art. 3) y la protección de personas y bienes (art. 26).

- En Cataluña, Ley 10/1994, de 11 de julio, de la Policía de la Generalitat-Mossos d'Esquadra se encomienda a la policía autonómica la protección de las personas y bienes (art. 12.1.1º.a) y en el mismo sentido el art. 13.2.a) del Estatuto, Ley Orgánica 4/1979, 28 diciembre), prestación de auxilio en accidentes (art. 12.1.1º.f), intervención en la resolución amistosa de conflictos privados (art. 12.1.4º).

De la normativa transcrita se pueden establecer estas conclusiones:

1) Es función básica de la Policía proteger el libre ejercicio de los derechos y libertades y garantizar la seguridad ciudadana. En relación con el tema que nos ocupa piénsese en el derecho a la vida y a la integridad física y moral (art. 15 CE).

2) El auxilio y protección de las personas es una forma de protección de sus derechos y libertades e, incluso, para algunos autores, cabría decir que tales intervenciones garantizan la seguridad del ciudadano y, en definitiva, forman parte de la seguridad ciudadana.

3) En supuestos de urgencia en especialmente exigible esta labor de auxilio y protección: "siempre que las

circunstancias lo aconsejen o fueren requeridos para ello" (5.2.b LOFCS), "sin demora cuando de ello dependa evitar un daño grave, inmediato e irreparable" (5.2.c LOFCS), "en cualquier tiempo y lugar" (5.4 LOFCS), "en situación de peligro por cualquier causa" (11.1.b LOFCS). Bien es cierto que la intervención policial viene referida en estos casos a peligros reales y no meramente hipotéticos.

4) En su intervención observarán la corrección y respeto a la dignidad de la persona (10 CE y 5.2.b LOFCS) rigiéndose por los siguientes principios: a) Congruencia: referido a la adecuación entre la acción policial y los elementos subjetivos -sujetos pasivos y personas involucradas- así como objetivos -tiempo y lugar- que enmarcan el supuesto de hecho que reclama la intervención policial.

b) Oportunidad: resultante de la concurrencia de los principios de oportunidad y proporcionalidad.

c) Proporcionalidad: referido a la utilización de los medios al alcance de las fuerzas policiales.

5) En cualquier caso, y relacionado con lo anterior, la pertinencia y forma de intervención entran dentro del denominado "margen de apreciación policial". Este margen de apreciación se manifiesta especialmente en dos momentos:

a) La identificación del supuesto de hecho que hace o no precisa la intervención. Es decir, a los agentes les corresponde -en principio- ponderar y apreciar si es o no necesaria su intervención, ya que actúan conforme a los principios de congruencia y oportunidad (5.2.c LOFCS), por lo que deberán intervenir "siempre que las circunstancias lo aconsejen" (5.2.b LOFCS). Lógicamente en el caso de una urgencia psiquiátrica la presencia o información facilitada por un profesional sanitario -médico o enfermero- han de orientar la actuación policial.

b) La determinación de los medios a emplear. Siendo de plena aplicación el principio de "proporcionalidad en la utilización de los medios a su alcance" (5.2.c LOFCS).

La admisibilidad de la intervención policial en urgencia psiquiátrica fue admitida, sin reservas, por el Informe del Comité de Estudio (1988) elevado al Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud:

"La intervención se llevará a cabo cuando sea necesario por las Fuerzas de Seguridad, de acuerdo a sus responsabilidades en base a la Ley Orgánica 2/1986, de 13 de marzo; trasladarán al presunto enfermo mental a la institución para su reconocimiento y, en su caso, hospitalización".

A la vista del antedicho informe el Pleno del Consejo Interterritorial aprobó la siguiente recomendación: "Informar a las instancias pertinentes del Ministerio del Interior, acerca de la necesaria actuación de las Fuerzas de Seguridad en los casos señalados".

Digamos, a modo de corolario, que en nuestro ordenamiento existe cobertura legal bastante para justificar la intervención policial en casos de "urgencias psiquiátricas", bien entendido que las referencias no se encuentran explicitadas, sino que han de inferirse de otros conceptos más amplios (impedimento de cualquier violencia física o moral, seguridad ciudadana, orden público, protección de las personas y bienes, cooperar en la resolución de conflictos privados,...).

Si de las normas generales con rango legal pasamos a la normativa de rango inferior, de nuevo nos encontramos con el casi vacío absoluto. Solo en algunos territorios se ha regulado esta materia. Tal es el caso, a título de ejemplo, de la Resolución del Servicio Andaluz de Salud de 18.4.1990 (BOJA, 24 abril) dispuso en su art. 13:

"1. El facultativo de dispositivo sanitario que atienda a un paciente requerirá el Auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Policía Local, Guardia Civil) para que ésta, con su intervención, procedan a reducir al paciente en los casos en que la manifiesta oposición de éste a ser asistido y trasladado provoque una alteración de orden público o ponga en peligro la integridad física de las personas y la conservación de bienes materiales.

2. En estos supuestos, se actuará en estrecha colaboración con dichas Fuerzas de Seguridad, y tan pronto el paciente haya sido reducido, el personal sanitario intervendrá aplicando las medidas terapéuticas oportunas".

En el mismo sentido es de citar la "Guía de actuaciones en ingresos involuntarios urgentes" elaborada por la Subsecretaría de Justicia y la Dirección General de Atención Especializada de la Generalitat Valenciana (1998). Por este camino,

de forma territorialmente generalizada, debiera seguirse.

## LA PRÁCTICA DE LA INTERVENCIÓN

En conclusión, existe una fundamentación tanto teórica como jurídico-positiva claramente favorable a la intervención policial para la reducción y traslado de enfermos mentales. Más téngase presente que no se defiende aquí esta intervención como medio más idóneo; por el contrario, lo razonable y deseable es que los servicios sanitarios estén dotados de medios propios para tal labor. Pero ante la ausencia de tales medios, que nunca podrán ser bastantes para abarcar todo el territorio, no debe dudarse en utilizar medios ajenos al servicio sanitario, los más próximos para actuar en la urgencia, que frecuentemente serán las fuerzas policiales.

Centrándonos en el tema que nos ocupa, la intervención de la policía, en supuestos de urgencia psiquiátrica, no es en absoluto infrecuente, aunque aparece más ligada a determinados grupos de pacientes. Esta intervención puede darse:

- Antes de la presencia del psiquiatra.
- Durante la intervención del psiquiatra, en auxilio de éste.
- Durante el transporte al hospital.

Dos actuaciones merecen nuestra especial consideración: la entrada en el domicilio y el traslado propiamente dicho. La primera tiene unos tintes marcadamente jurídicos. La segunda demanda atención sobre los criterios operativos de actuación.

### La entrada en el domicilio

El primer obstáculo con el que podemos encontrarnos a la hora de trasladar a un presunto enfermo mental que precisa ser traslado a una unidad psiquiátrica es el acceso al domicilio en el mismo se encuentra. Recuérdese que, según el art. 18.2 Constitución:

"El domicilio es inviolable. Ninguna entrada o registro podrá hacerse en él sin consentimiento del titular o resolución judicial, salvo en caso de flagrante delito".

En el anterior Código Penal, según recuerda Gómez Pavón, su art. 491 preveía la posible legitimidad de la

entrada en morada ajena a fin de evitar un mal grave o por motivos de asistencia humanitaria o judicial. Desaparecido este precepto, debería considerarse con el actual Código la aplicabilidad "de un estado de necesidad, o, incluso, en el caso del médico, un ejercicio legítimo de profesión, oficio o cargo". En general, la doctrina reconoce las potestades jurisdiccionales para poder acceder al domicilio donde se encuentre el presunto enfermo, si bien en esta materia es preciso distinguir entre varias posibles situaciones:

- En caso de consentimiento del titular. Este consentimiento es suficiente para permitirse el ingreso en el domicilio privado. Obsérvese que la Constitución habla de titular. Ha de entenderse como tal el que ostenta título de ocupación de la vivienda: así el titular propietario y residente en la vivienda (el título lo será el mismo de la propiedad), pero también el inquilino residente (el título lo constituye el contrato de arrendamiento).

- En caso de flagrante delito: Tanto los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad en especial como cualquier ciudadano en general tienen el derecho de irrumpir en un domicilio para evitar la comisión de un delito. No se precisa ni el consentimiento del titular ni la autorización judicial. En este sentido es de aplicación lo dispuesto en el art. 553 LECrim (según redacción dada por Ley Orgánica 2/1988, 25 de mayo): "Los Agentes de policía podrán, asimismo, proceder de propia autoridad a la inmediata detención de las personas... cuando sean sorprendidas en flagrante delito".

- En caso de grave riesgo para las personas y cosas, las fuerzas policiales podrán actuar sin previa actuación judicial aunque dando inmediata cuenta de su actuación al órgano jurisdiccional. La cobertura normativa para este tipo de intervención policial la encontramos en el art. 21 de la Ley Orgánica 1/1992, de 21 de febrero de Protección de la Seguridad Ciudadana que parte del principio de que: "Los agentes de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad sólo podrán proceder a la entrada y registro en domicilio en los casos permitidos por la Constitución y en los términos que fijen las leyes" (art. 21.1); y que al propio tiempo considera que: "Será causa legítima suficiente para la entrada en domicilio la necesidad de evitar daños inminentes y graves a las personas y a las cosas, en

supuestos de catástrofe, calamidad, ruina inminente u otros semejantes de extrema y urgente necesidad", (art. 21.3), pero debiendo dar cuenta de su actuación: "Cuando por las causas previstas en el presente artículo las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad entrasen en un domicilio, remitirán sin dilación el acta o atestado que redactaren a la autoridad judicial competente" (art. 21.4).

Desde la perspectiva de las modalidades de internamientos, tendríamos que:

- En caso de internamiento involuntario ordinario sin consentimiento del titular: es título legitimador de la entrada en domicilio el propio Auto que autoriza el internamiento. De hecho el art. 762 LEC sirve de cobertura para que el tribunal competente (en supuestos de incapacitación y de forma análoga aquí) adopte de oficio las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz o de su patrimonio.

- En caso de internamiento involuntario urgente sin consentimiento del titular: deberá solicitarse autorización al Juzgado de Guardia, salvo que concurren las circunstancias antedichas que legitiman la intervención policial directa.

En la actualidad, tras la entrada en vigor de la nueva LJCA puede plantearse el problema de determinar la competencia judicial para la autorización de la entrada en domicilio. En general la doctrina es contraria a que pudiera reconocerse la competencia del Juzgado de lo Contencioso, ya que:

- En el caso de actuaciones delictivas no hay novedad respecto a la situación anterior:

- La entrada en domicilio particular requiere, en principio el consentimiento del interesado o, en su defecto, auto motivado del juez de instrucción (art. 550 Lecrim).

- En caso de flagrante delicto la policía puede entrar de motu proprio (art. 553 Lecrim).

- En el caso de actuaciones delictivas existe la siguiente normativa:

- Por un lado, el art. 22.5º LOPJ atribuye al orden civil la competencia "cuando se trate de adoptar medidas provisionales o de aseguramiento respecto de personas y bienes que se hallen en territorio español y deban cumplirse en España". Al mismo tiempo el art. 211.1 CC antes y el 763 LEC ahora atribuyen también al juez civil la competencia

para decretar el internamiento del enfermo psíquico.

- Por otro, el art. 8.5 de la LJCA atribuye al Juez de lo Contencioso la competencia sobre "autorizaciones para la entrada en los domicilios y restantes lugares cuyo acceso requiera el consentimiento de su titular, siempre que ello proceda para la ejecución forzosa de actos de la Administración pública".

A la vista de lo anterior ¿qué juez es competente para autorizar la entrada en domicilio a fin de proceder a la captura -para posterior hospitalización- del enfermo mental -o trastornado psíquico- que se niega -y sin embargo precisa ineludiblemente- el internamiento?. Según Ferrer García, el Juez -civil se entiende- es competente para dictar las órdenes necesarias para ejecutar el traslado al Centro hospitalario correspondiente y "si para ejecutarlo se precisare entrar en un domicilio frente a la negativa de su titular, mediante resolución motivada autorizará la entrada y traslado del enfermo al centro correspondiente, por exigirlo así el artículo 18.2 de la Constitución y la doctrina sentada, en interpretación del mismo, por el Tribunal Constitucional en sentencia 22/84, de 17 de febrero".

Pero las urgencias psiquiátricas en ocasiones tienen lugar en horario en el que no permanece abierto el Juzgado de Primera Instancia. Para tales casos la LEC introdujo un precepto de interés. El art. 70 afirma que: "Los Jueces Decanos y los Presidentes de los Tribunales y Audiencias podrán, a instancia de parte, adoptar las medidas urgentes en los asuntos no repartidos cuando, de no hacerlo, pudiera quebrantarse algún derecho o producirse algún perjuicio grave e irreparable". Ahora bien, ello solventaría la adopción de medidas provisionales (internamiento incluido) en asuntos no repartidos, siempre que estuviera abierto el Juzgado Decano. Pero el problema persistía en horarios vespertinos y nocturnos y en días festivos. La solución ha venido esta vez de la mano de un Reglamento del Poder Judicial. Por Acuerdo de 10 de enero de 2001, del Pleno del Consejo General del Poder Judicial, se aprueba el Reglamento 1/2001, de 10 de enero, de modificación del Reglamento número 5/1995, de 7 de junio, de los aspectos accesorios de las actuaciones judiciales, en lo que se refiere a la adopción de

medidas urgentes y a la presentación de escritos durante el servicio de guardia (BOE, 12 enero). El art. 40.4 del Reglamento 5/1995, citado queda como sigue:

"4. El Juez que en cada circunscripción judicial desempeñe el servicio de guardia conocerá también, en idéntico cometido de sustitución, de aquellas actuaciones urgentes que el art. 70 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil, atribuye a los Jueces Decanos, así como las de igual naturaleza propias de la oficina del Registro Civil, y las que asigna a los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo el segundo párrafo del apartado quinto del art. 8 de la Ley 29/1988, de 13 de julio, siempre y cuando las mismas sean inaplazables y se susciten fuera de las horas de audiencia del órgano a que estuvieren encomendados tales cometidos. Realizada que sea la intervención procedente, se trasladará lo actuado al órgano competente o a la oficina de reparto, en su caso".

De este modo, reconociéndose la competencia del Juzgado Decano para adoptar medidas urgentes en asuntos no repartidos, en un primer momento (art. 70 LEC) y atribuyéndose, después, al Juzgado de Guardia la competencia para decidir sobre las actuaciones urgentes del citado art. 70 LEC fuera de las horas de audiencia del Juzgado Decano, ha quedado solventado el problema competencial de que aquí se trata.

Personalmente considero que los términos del art. 8.5 LJCA remiten a un concreto tipo de actuaciones: los actos de la Administración Sanitaria en situaciones, por ej. enfermedades infecto-contagiosas, que pongan en peligro la salud pública. Por el contrario, en los supuestos de actuación en caso de peligro por razón de trastorno psíquico, habremos de acudir a la normativa especial sobre la materia (hoy Ley de Enjuiciamiento Civil). En conclusión, descarto la intervención de los Juzgados de lo Contencioso-Administrativo para la entrada en domicilio en supuestos de urgencia psiquiátrica.

### La reducción y traslado

En el mismo momento del ingreso, especialmente cuando este se encuentra motivado por razones de

urgencia, se puede producir una situación que, per se, comporta una restricción de derechos del paciente. Nos referimos, obviamente, al uso de la fuerza para materializar el ingreso. Grivois afirma al respecto:

"Hay que admitir en definitiva que la urgencia psiquiátrica se plantea a veces en términos de "relación de fuerza". Frente a un estado confusional tóxico o un furor maniaco, cualquier esfuerzo por dialogar sólo constituye una caricatura de relación, que incluso puede mantener al sujeto fuera de todo sentimiento de realidad. La escalada previa de incompreensión y violencia puede hacer ineficaz o inútil la buena disposición del médico. Sólo la prescripción de límites y barreras sólidas (contención) o incluso la sedación hasta el adormecimiento pueden romper el círculo vicioso. En tal caso no debe demorarse el traslado bajo sujeción".

Y es aquí donde no es infrecuente que se plantee la cuestión de la determinación del tipo de personal encargado de la reducción/traslado, problemática frente a la que no disponemos de una respuesta normativa clara y generalizada, lo que da lugar en no pocos casos a atribuciones mutuas de competencia (organización sanitaria/policial). Al respecto pueden sentarse las siguientes conclusiones:

- Siempre que sea posible el traslado podrá ser llevado a cabo por familiares o personas de confianza del paciente.
- Si lo anterior no fuera posible, en principio corresponderá gestionar el traslado a las autoridades sanitarias, haciendo uso de su dispositivo asistencial. En cuanto a la plausibilidad de presencia de un facultativo en este momento la doctrina no es pacífica, pareciendo más compartido el criterio de que el personal interviniente tenga una calificación profesional (por ej. "auxiliar psiquiátrico").
- No obstante, en casos de grave riesgo, especialmente para las personas, es idónea la intervención policial (me remito a lo dicho en 2.- El fundamento de la intervención).
- En cualquier caso, es defendible distribuir la carga del traslado entre policía y centros hospitalarios, encargándose prioritariamente del traslado personal sanitario especializado salvo en caso de peligro cierto para las personas.

La elección del tipo de personal actuante viene, en gran medida, condicionada por el tipo

de internamiento. Lo que quiere decir que:

- En el caso del ingreso ordinario, por lo común será el Juez -a falta de posibilidad de ingreso directo de los familiares o allegados- quien adopte las medidas pertinentes para proceder al traslado, incluso recabando -de ser necesario- el auxilio de fuerzas de seguridad .
- En caso de ingreso urgente, no existe una inicial decisión judicial, por lo que la dirección del Centro sería la que decidiera qué personal ha de intervenir, e incluso podría recabar el auxilio de las fuerzas de seguridad .

Como soluciones de futuro en materia de traslados forzosos de pacientes a establecimientos sanitarios, Martínez Frigola propone la creación de unidades móviles dotadas de psiquiatra, médico, ATS y los medios materiales pertinentes así como vehículo adecuado. En este sentido, bien pudiera servir de referente -tanto en lo relativo a los medios materiales utilizados como en cuanto a la coordinación de las diferentes administraciones con competencias sobre la materia- el caso de la ciudad de Madrid Allende nuestras fronteras la experiencia del Estado de Nueva York puede ser de interés (me refiero a los mobile crisis outreach teams, 9.58 Mental Hygiene Law).

## CONCLUSIONES

A la vista de lo expuesto podríamos llegar a estas conclusiones:

- a) El modelo ideal pasa, indudablemente, por poner en funcionamiento unidades móviles psiquiátricas para supuestos de urgencia. Obviamente ello solo es posible en grandes áreas metropolitanas. El sustitutivo en el plano sanitario de estas unidades sería el personal sanitario "ordinario" del servicio de urgencias, bien entendido que hacer recaer sobre el mismo este tipo de tareas es descartable si al mismo tiempo no se estructura organizativamente a dicho personal, no se le incentiva económicamente y no se proporciona la capacitación formativa adecuada.
- b) Al margen de lo anterior, y como quiera que es en la práctica imposible disponer de medios sanitarios suficientes para atender todo tipo de urgencia psiquiátrica en todo lugar y en cualquier momento, inevitablemente debe prevalecer la intervención policial en tales casos. Intervención que debería ajustarse a los siguientes principios:

- Subsidiariedad, ya que tal intervención solo cabe en los casos en los que el dispositivo sanitario no pueda afrontar la urgencia.
- Complementariedad, ya que incluso cuando exista respuesta del dispositivo sanitario no es descartable que razones de seguridad impongan el complemento policial en la intervención.
- Actuación conforme a los principios de intervención de congruencia, oportunidad, proporcionalidad e intervención mínima.
- Accesibilidad a la prestación del servicio, ya que el auxilio policial podrá ser requerido tanto por la autoridad judicial, como por el dispositivo sanitario como, incluso en casos de urgencia y gravedad de la situación, por los ciudadanos particulares.
- Profesionalidad, pues los efectivos policiales seguirán las instrucciones técnico-sanitarias (forma de abordaje al paciente) del personal sanitario cualificado -si este estuviera presente- con independencia de que observarán por lo demás sus pautas de actuación técnico-policiales.
- Capacitación técnica, a cuyo objeto debiera de dotarse de la formación específica adecuada a las fuerzas policiales.
- Reparto competencial, pues la determinación de la fuerza policial actuante dependerá, lógicamente, del reparto territorial y despliegue de dichas fuerzas, aunque en principio parece que sería más adecuado el principio- parece más adecuada la siguiente escala de intervenciones: 1) Policía Local, 2) Policía autonómica/C.N.P., 3) Guardia Civil.

Además de lo anterior, es incuestionable la necesidad de regular con precisión la intervención de fuerzas policiales en este tipo de circunstancias, al igual que sucede en países de nuestro entorno cultural. No es de recibo que a estas alturas el funcionario policial y hasta el mando policial tenga que plantearse cada vez que surge una urgencia psiquiátrica el marco legal y reglamentario de actuación. Los protocolos, que me consta existen en algunos lugares de España, no pueden sustituir a las normas legales y reglamentarias preceptivas para regular una actuación que la sociedad demanda.

**Luis Fernando Barrios Flores**

Área de Derecho Administrativo de  
la Universidad de Alicante

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Este tema fue objeto de mi atención en dos artículos publicados en la Revista de "Servicios de la Policía Municipal". En el primer número, con el título "Policía y urgencia psiquiátrica: I. La intervención policial en la urgencia psiquiátrica", Servicios de la Policía Municipal, Segunda época, Año V, núm 46, 2002, pp. 12-17 abordaba la cuestión que es objeto de atención en esta colaboración. En el segundo número, "Policía y urgencia psiquiátrica II: La responsabilidad por suicidio", Servicios de la Policía Municipal, Segunda época, Año V, núm 48, 2002, pp. 9-16 analizaba, como su propio nombre indica, otra faceta de la urgencia, el suicidio en dependencias policiales.
- 2 Sobre el uso de armas de fuego por las fuerzas policiales vengo escribiendo una saga en la misma revista antes citada, que se inicia con el artículo: "Uso de armas de fuego por la Policía Local. I. Fundamento, requisitos y marco normativo" (1ª parte), Servicios de la Policía Municipal, Año VI, núms. 50, 2003, pp. 7-10 y 51, 2003, pp. 27-31, y que aún perdura.
- 3 COBREROS MENDAZONA, Edorta: "Aspectos jurídicos del internamiento de los enfermos mentales", Revista de Administración Pública, núm. 94, Ene.-Abr., 1981, pp. 138-140.
- 4 MILLAUD, Frédéric: "Troubles mentaux et violence", Criminologie, Vol. XXIX, núm. 1, 1996, p. 7.
- 5 Cfr. SENNINGER, J.L.: "Dangerosité. Étude historique", L'information psychiatrique, Vol. 7, 1990, pp. 690-696. Ampliamente sobre el tema ÁLVAREZ-URÍA, Fernando: Miserables y locos, Tusquets Editores, Barcelona, 1983, en especial pp. 181-243.
- 6 Vid. HAFNER, H. y BÖKER, W.: Crimes of violence by mentally abnormal offenders, Cambridge University Press, Cambridge, 1973 y GUZE, S.: Criminality and psychiatric disorders, Oxford University Press, New York, 1976, pp. 35-36.
- 7 Primero el artículo "The Myth of Mental Illness", American Psychologist, núm. 15, feb. 1960, pp. 113-118 y luego la monografía The Myth Of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct, Paul B. Hoyer, New York, 1961.
- 8 CASTILLA DEL PINO, Carlos: La ideología de la locura en la práctica psiquiátrica actual, Prólogo a BERCOVITZ, Rodrigo: La marginación de los locos y el derecho, Taurus, Madrid, 1976, pp. 19-20.
- 9 MILLAUD, Frédéric: op. cit., p. 8.
- 10 MONAHAN, J.: The clinical prediction of violent behaviour, Government Printing Office, Washington, 1981 y STEADMAN, H.: "Predicting dangerousness among the mentally ill: Art magic and science", International Journal of Law and Psychiatry, Vol. 6, 1983, pp. 381-390.
- 11 TARDIFF, K.: A model for the short term prediction of violence potential in current approaches to the prediction of violence, American Psychiatric Press Inc., Washington DC, 1989, pp. 3-12; DURIVAGE, A.: "Assaultive behaviour: before in happens", Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 34, núm. 5, 1989, pp. 393-397; MCNIEL, D.E. y BINDER, R.L.: "Relationship between preadmission threats and later violent behavior by acute psychiatric inpatients", Hospital and Community Psychiatry, Vol. 40, núm. 6, 1989, pp. 605-608.
- 12 APPERSON, L., MULVEY, E. y LIDZ, C.: "Short term clinical prediction of assaultive behavior: artifacts of research methods", American Journal of Psychiatry, Vol. 150, 1993, pp. 1374-1379 y LIDZ, C., MULVEY, E. y GARDNER, W.: "The accuracy of predictions of violence to others", Journal of the American Association, Vol. 269, 1993, pp. 1007-1011.
- 13 AYUSO GUTIÉRREZ, J.L. y CALVÉ PÉREZ, A.: Psiquiatría del Hospital General, en LÓPEZ-IBOR ALIÑO, J.J., RUIZ OGARA, C. y BARCIA SALORIO, D.: Psiquiatría, Toray, Barcelona, 1982, T. II, pp. 1256-1257.
- 14 MATA, Pedro: Tratado de Medicina y Cirugía legal: Teórica y Práctica, 5ª edic., Carlos Bailly-Bailliere, Madrid, 1874, Tomo II, pp. 467-470.
- 15 MAYER, Otto: Derecho Administrativo Alemán, Tomo II, Parte Especial. Poder de Policía y Poder Tributario, Depalma, Buenos Aires, 1982, pp. 152-154.
- 16 GARCÍA ZARANDIETA, Serafín: "Internamientos psiquiátricos", en Privaciones de libertad y derechos humanos, Edit. Hacer, Barcelona, 1987, p. 54; FERRER GARCÍA, Ana: "Internamientos de urgencia", Jueces para la Democracia, núm. 11, 1990, p. 64; GARCÍA-RIPOLL MONTIJANO, Martín: La protección civil del enfermo mental no incapacitado, Bosch, Barcelona, 1992, p. 131.
- 17 CARRO, José Luis: Los problemas de la coacción directa y el concepto de orden público, REDA, núm. 15, Oct.-Dic., 1977, p. 623.
- 18 Cfr. BARCELONA LLOP: Policía y Constitución, Tecnos, Madrid, 1997, en especial pp. 189-190; BOSSARD, André: Las funciones policiales en RICO, José María (Comp.): Policía y sociedad democrática, Alianza Edit., Madrid, 1983, p. 104. Una abundante bibliografía puede verse en ORTEGA GUTIÉRREZ, David: "La función policial de auxilio y protección de las personas: Un análisis estadístico y jurídico", Rev. Poder Judicial, 1998, núm. 52, p. 110, nota 3. MARTÍN FERNÁNDEZ, Manuel: La profesión de policía, Siglo XXI, Madrid, 1990, pp. 219-220 y siguientes, cita entre las "Tareas policiales agrupadas", precisamente, un título denominado: "Suicidio, estrés y alteraciones emocionales en general", en el que se incluyen diferentes actuaciones policiales en relación con el tema que aquí y ahora nos ocupa. Sobre el concepto, justificación y manejo de las "tareas policiales", vid. op. cit., pp. 134 y ss.
- 19 Apartado 9.2: "... the police are the guarantor for the respect of the security of persons and for public order. They should have powers to intervene in situations where the behaviour of a person with mental disorder or reasonably suspected of having mental disorder represents a serious danger for himself/herself or others according to national law".
- 20 Por otro lado, aunque emparentado con el tema objeto de nuestro análisis, existen previsiones normativas para el empleo de diferentes medidas -y entre ellas obviamente se encontraría la intervención policial- ante crisis sanitarias: así arts. 2 y 3 de la Ley Orgánica 3/1986, de 14 de abril, de Medidas Especiales en Materia de Salud Pública y 26 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- 21 YUSTE GRIJALBA, Francisco Javier: "Algunas consideraciones legales sobre el ingreso de los enfermos mentales", Documentación Administrativa, 1967, núm. 110, p. 51.
- 22 La intervención policial podría servir, teóricamente, para la administración de un tratamiento forzoso sin hospitalización, pero ello ni es lo usual en España ni es objeto del presente estudio. Cualquier análisis al respecto debería tener como uno de los puntales básicos de referencia la sección 9.61 de la Mental Hygiene Law de Nueva York, obra por cierto de dos psiquiatras españoles, los Dres. Rojas y Trujillo.
- 23 KAPLAN, Harold I. y SADOCK, Benjamin J.: Sinopsis de Psiquiatría, Editorial Médica Panamericana, Madrid, 1999, p. 1510.
- 24 KOLB, L.C. y BRODIE, H.K.H.: Psiquiatría Clínica. (Cap. 34: La Psiquiatría y la Ley), Nueva Edit. Interamericana, México, 1985, p. 810.
- 25 Las referencias a esta figura son frecuentes. Por ejemplo: 71.05.150 (4) Code of Washington; 5122 Delaware Code; 202A.041 Kentucky Mental Health Hospitalization Act; 573.001-583.002 Texas Statutes; 71.05.150 (4) Code of Washington; 9.41 Mental Hygiene Law de Nueva York.
- 26 Una descripción de la evolución histórica de la normativa argentina sobre internamientos puede verse en MARTÍNEZ FERRETTI, José María: "Aportes para la legislación sobre internación de enfermos mentales", Psiquiatría forense, sexología, praxis, vol. 3, núm. 9, p. 2 y ss. Puede consultarse en [www.aap.org.ar/publicaciones/forense/Vol3/9/nume9\\_03.htm](http://www.aap.org.ar/publicaciones/forense/Vol3/9/nume9_03.htm).
- 27 SPOTA, Alberto G.: Tratado de Derecho Civil, T. I. Parte General. Vol. 3º. El sujeto del derecho. Los incapaces de obrar, DePalma, Buenos Aires, 1949, pp. 498-501.
- 28 COBREROS MENDAZONA, Eduardo: Los tratamientos sanitarios obligatorios y el derecho a la salud, op. cit., p. 127. Sobre el doble cometido de la policía como conservadora de orden pública y en la labor de prevención de los peligros, vid. VIRGA, Pietro: La potestà di polizia, Milán, Giuffrè, 1954, p. 11.
- 29 Como bien se sabe la Exposición de Motivos de un texto legal carece de los caracteres de una norma jurídica, aunque la cita no es impertinente por el valor de auxilio interpretativo del texto legal propiamente dicho (art. 3 CC).
- 30 ORTEGA GUTIÉRREZ, David: op. cit., p. 125: "el auxilio y la protección se incluyen dentro de lo que se denomina 'seguridad ciudadana' es velar y 'garantizar' su seguridad".
- 31 BARCELONA LLOP, Javier: El régimen jurídico de la policía de seguridad, HAEE/IVAP, Oñati, 1988, p. 145.
- 32 BARCELONA LLOP, Javier: El régimen jurídico, op. cit., pp. 244-245.
- 33 Cfr. ORTEGA GUTIÉRREZ, David: op. cit., p. 123. En general sobre la apreciación policial vid. BARCELONA LLOP, Javier: El régimen jurídico, op. cit., pp. 227 y ss.

**34** INFORME del Comité de Estudio al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (aprobado por el Pleno del Consejo de 13.7.1988), Boletín de Información del Ministerio de Justicia, núm. 1503, 1988, pp. 100 y 103, respectivamente.

**35** Cfr. apartado 9.4 Libro Blanco Consejo de Europa 2000.

**36** Según CHAMORRO y CLUSA, en un estudio llevado a cabo en la Provincia de Tarragona respecto a ingresos en el "Institut Pere Mata" de Reus, los pacientes que son trasladados por la policía presentan un grupo diagnóstico distinto del que acude al centro por otros medios: "En efecto, la incidencia de trastornos psicóticos o trastorno antisocial de la personalidad es superior en el grupo de pacientes acompañados por la Policía Local mientras que en el otro grupo existe una mayor incidencia de los siguientes trastornos: retraso mental, dependencia del alcohol u otras sustancias psicoactivas y epilepsia";

**37** CHAMORRO i SALVAT, A. y CLUSA i GIRONELLA, D.: "Intervención policial en los ingresos psiquiátricos: algunas reflexiones", *Psiquis*, núm. 16 (4), 145, 1995, pp. 27-33, en especial p. 32.

**38** GRIVOIS, H.: Urgencias psiquiátricas. Edit. Masson, Barcelona, 1989, p. 24: "Esta contención no se habrá aplicado por pura represión, por miedo o pereza, sino con un propósito de seguridad para permitir el examen en espera de los médicos".

**39** Sobre los aspectos propiamente operativos cfr. MILLÁN, Agustín: "Auxilio y cooperación de las fuerzas y cuerpos de Seguridad del Estado al amparo de la Ley 2/86 en los internamientos involuntarios", en Seminario Los internamientos involuntarios: problemática actual. Criterios médicos y jurídicos para su autorización; alcance social. Su tratamiento procesal en la nueva LEC 1/2000, CGPJ-Conselleria Justicia de la Generalitat Valenciana, Valencia 9 y 10 mayo 2001, en especial pp. 14 y ss.

**40** GÓMEZ PAVÓN, Pilar: Tratamientos médicos: su responsabilidad penal y civil, Bosch, Barcelona, 1997, p. 275, nota 45. Textualmente indicaba el citado art. 491 CP: "La disposición del artículo anterior no es aplicable al que entra en la morada ajena para evitar un mal grave a sí mismo, a los moradores o a un tercero, ni al que lo hace para prestar algún servicio humanitario o a la justicia". FERRER GARCÍA, Ana: op. cit., p. 64: "si bien esta posibilidad, sin previa autorización judicial, ha de ser restrictivamente admitida, y, en consecuencia, exclusivamente reservada a los supuestos de estado de necesidad operante como causa de justificación".

**41** O'CALLAGHAN MUÑOZ y PECES MORATE: "Competencia del Juez de Primera Instancia en el internamiento y tratamiento del presunto incapaz", en Problemática del Internamiento Judicial del enfermo psiquiátrico, Madrid, 1987, pp. 33-34; LACABA SÁNCHEZ, Fernando: "Internamiento de incapaces: problemática del artículo 211 del Código Civil", La Ley 1993-4, p. 1017; GÓMEZ PAVÓN, Pilar: op. cit., p. 275.

**42** COBREROS MENDAZONA, Edorta: Debate en Actas de la Jornada Conjunta sobre internamientos involuntarios, intervenciones corporales y tratamientos obligatorios, celebrada en Madrid el día 24 de junio de

1999, Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2000, p. 269.

**43** Sobre el concepto de flagrancia baste la cita de la STS Sala 2ª, 18.9.2000, Pte: Saavedra Ruíz, Juan: "La tantas veces citada S.T.C. 341/93, de 18/11, que La Jurisprudencia de esta Sala II constata esta línea doctrinal. Entre las más recientes, la de 7/3/00 se refiere a la doble inmediatez temporal y personal, y a la urgente necesidad de intervención inmediata de la policía, bien para poner fin al mal que la infracción conlleva, para detener al delincuente o para aprehender el objeto o los instrumentos del delito. La de 13/3/00 se refiere a delito flagrante como aquél que encierra en sí la prueba de su realización por existir una percepción sensorial directa del hecho delictivo. O la aún más reciente de 9/6/00 que sigue la misma línea. declara la inconstitucionalidad del art. 21.2 L.O.P.C. (Ley Orgánica de Protección Ciudadana), constituye el punto de partida para definir el alcance de la flagrancia como supuesto verdaderamente excepcional previsto en el art. 18.2 C.E. en sede de inviolabilidad del domicilio, acudiendo a "la arraigada imagen de la flagrancia como situación fáctica en la que el delincuente es "sorprendido" -visto directamente o percibido de otro modo- en el momento de delinquir o, en circunstancias inmediatas a la perpetración del ilícito", no asumiendo como definitivas las formulaciones legales presentes en nuestro Ordenamiento hasta la L.O. 7/88, de 28/12, que suprimió la definición legal incorporada al art. 779 LECrim., deduciéndose la presencia de las dos siguientes notas: evidencia del delito y urgencia de la intervención policial, cuidándose de matizar que esta última no es por sí sola flagrancia..."

**43** FERRER GARCÍA, Ana: op. cit., p. 64.

**44** GRIVOIS, H.: op. cit., pp. 22-23.

**45** VALLEJO NÁJERA, Juan Antonio: Introducción a la Psiquiatría, Edit. Científico-Médica, 15ª edic., Madrid, 1981, p. 453. En cuanto a la duración de la contención, compartimos la postura de GRIVOIS al afirmar que "debe mantenerse hasta conseguir el efecto quimioterapéutico deseado, y retirarla después progresivamente tras el traslado a un lugar de seguridad con lo que queda a salvo la protección física y moral"; GRIVOIS, H.: op. cit., p. 24.

**46** ROMEO CASABONA, Carlos María: El tratamiento jurídico del enfermo mental en el Consejo de Europa y sistema de garantías en el Derecho Español, en DELGADO BUENO, Santiago (Dir.): Psiquiatría Legal y Forense, Colex, Madrid, 1994, T. II, p. 815.

**47** DELGADO BUENO, Santiago, RODRÍGUEZ PULIDO, Francisco y GONZÁLEZ DE RIVERA, José Luis: Aspectos médico-legales de los internamientos psiquiátricos, en DELGADO BUENO, Santiago (Dir.): Psiquiatría Legal y Forense, Colex, Madrid, 1994, T. II, p. 646, nota 7.>

**48** BANACLOCHE PALAO, Julio: La libertad personal y sus limitaciones. Detenciones y retenciones en el Derecho español, McGraw-Hill, Madrid, 1996, p. 451.

**49** DEFENSOR DEL PUEBLO: Informe de 1991, p. 568 y ss. También CARRASCO GÓMEZ, Juan José: Responsabilidad médica y Psiquiatría, Colex, Madrid, 1990, p. 177.

**50** A favor MARTÍNEZ FRIGOLA, Farnés: Internamiento y realidad social. Planteamiento, en DELGADO BUENO, Santiago (Dir.): Psiquiatría Legal y Forense, Colex, Madrid, 1994, T. II, p. 623; en contra -aun dejando abierta alguna posibilidad-, alegando la inconveniencia de abandonar sus cometidos profesionales, aun siendo conveniente que asesore a los familiares y actuantes, DELGADO BUENO, Santiago, RODRÍGUEZ PULIDO, Francisco y GONZÁLEZ DE RIVERA, José Luis: Aspectos médico-legales, op. cit., pp. 645-646. Sobre los cometidos profesionales de médico en el caso de que concurra en este operativo vid. GRIVOIS, H.: op. cit., p. 24.

**51** CARRASCO GÓMEZ, Juan José: Responsabilidad médica y Psiquiatría, Colex, Madrid, 1990, p. 130. Insiste: "No hay que olvidar que se trata del traslado de un enfermo, por lo que siempre debe tener la consideración de una acción asistencial y no del raptó o secuestro de una persona". Este autor insiste tanto en la conveniencia de que el vehículo para el traslado sea acondicionado a tal efecto como en lo oportuno de que cuenta en su dotación con un médico o ATS. A favor de la cualificación profesional incluso del conductor de la ambulancia, GRIVOIS, H.: op. cit., pp. 19 y ss.

**52** DELGADO BUENO, Santiago, RODRÍGUEZ PULIDO, Francisco y GONZÁLEZ DE RIVERA, José Luis: Aspectos médico-legales, op. cit., p. 646, nota 7. Proponen en concreto que se establezcan acuerdos que podrían ser del siguiente tenor: en casos de traslados desde lugares próximos al centro hospitalarios se hicieran cargo estos establecimientos, mientras que en los supuestos de mayor lejanía se llevara a cabo por fuerzas policiales previa autorización judicial.

**53** COBREROS MENDAZONA, Eduardo: Los tratamientos sanitarios obligatorios, op. cit., p. 394.

**54** O'CALLAGHAN MUÑOZ y PECES MORATE: "Competencia del Juez de Primera Instancia en el internamiento y tratamiento del presunto incapaz", en Problemática del Internamiento Judicial del enfermo psiquiátrico, Madrid, 1987, pp. 33-34; ROMEO CASABONA, Carlos María: op. cit., p. 815; GÓMEZ PAVÓN, Pilar: op. cit., p. 275. Como señala LACABA SÁNCHEZ, Fernando: "Internamiento de incapaces: problemática del artículo 211 del Código Civil", La Ley 1993-4, p. 1017, el art. 209 CC antes -hoy sería el 762 LEC- obliga al Juez a adoptar en cualquier momento las medidas que estime necesarias para la adecuada protección del presunto incapaz, podrá cursar las órdenes oportunas a los servicios asistenciales, e incluso policiales, si fuere preciso, para efectuar el traslado.

**55** ROMEO CASABONA, Carlos María: op. cit., p. 815.

**56** MARTÍNEZ FRIGOLA, Farnés: op. cit., p. 624.

**56** RENESES PRIETO, Blanca: La relación entre la Psiquiatría y el poder judicial en relación a los internamientos involuntarios, intervenciones corporales y tratamientos sanitarios obligatorios, en Actas de la Jornada Conjunta sobre internamientos involuntarios, intervenciones corporales y tratamientos obligatorios, celebrada en Madrid el día 24 de junio de 1999, Ministerio de Sanidad y Consumo-Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 2000, p. 64.

# ANTEPROYECTO DE LEY DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

JUAN MEDRANO

La actividad legislativa en el marco sanitario, en el último año, puede calificarse casi de frenética. A la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, le ha seguido recientemente la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. El campo normativo de la primera tiene que ver básicamente con los derechos de los pacientes, en tanto que la segunda aspira a dotar de uniformidad a las prestaciones sanitarias al final de un proceso de desmembración autonómica del Servicio Nacional de la Salud. A lo largo de los últimos meses se ha añadido a este esfuerzo normativo la remisión al parlamento por el Gobierno de dos anteproyectos de Ley, el de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y el del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, dos textos que aspiran a rellenar el vacío normativo que reconocen en sus preámbulos en todo lo concerniente al régimen de formación y actuación de las profesiones sanitarias y, en particular, del colectivo del personal estatutario.

Así pues, de confirmarse los plazos previstos, en el último tramo de la presente legislatura se habrán consolidado las bases de la asistencia sanitaria en España, reforzando la imagen de efectividad del actual equipo ministerial, en contraposición a sus desafortunados antecesores, que se hicieron notar más por una dubitativa actitud frente a crisis como la de la encefalopatía espongiforme bovina. Por su especial interés repasaremos el anteproyecto de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, con alguna alusión específica y puntual a las aportaciones al Estatuto Marco.

## LAS PROFESIONES SANITARIAS

Como aclara el propio anteproyecto, el concepto de profesión

es "elusivo", y se ha desarrollado "desde la sociología en función de una serie de atributos como formación superior, autonomía y capacidad auto-organizativa, código deontológico y espíritu de servicio, que se dan en mayor o menor medida en los diferentes grupos ocupacionales que se reconocen como profesiones". Ahora bien, puesto que en "nuestra organización política sólo se reconoce como profesión existente aquella que está normada desde el Estado, los criterios a utilizar para determinar cuales son las profesiones sanitarias, se deben basar en la normativa preexistente", que corresponde al ámbito educativo y al de las corporaciones colegiales. Así pues, la Ley reconocerá como profesiones sanitarias las que se apoyen en el doble basamento educativo (titulaciones que la normativa universitaria reconoce como del ámbito de la salud) y corporativo ("que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida por los poderes públicos").

No descuida tampoco la Ley la necesidad de pactos interprofesionales para resolver los espacios competenciales de cada profesional en una época en se tiende a compartir competencias y funciones. Estos pactos no pretenden ser determinados por la Ley, que se limita a fijar las bases para estos pactos.

La regulación que la Ley realiza de las profesiones sanitarias, en todo caso, atañe a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, a su desarrollo profesional y a su participación en la planificación y ordenación de las profesiones y del Sistema Sanitario. Establece también establece registros de profesionales para hacer efectivo el "derecho de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud". Un aspecto importante, y destacado por el propio Ministerio, es que la Ley no sólo será aplicable en los Servicios Sanitarios Públicos, sino también en la sanidad privada.

Como ya se ha indicado, el anteproyecto define como profesiones sanitarias "aquellas cuya formación pregraduada, o especializada de postgrado, se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos y de las técnicas y prácticas propias de la atención de salud, y que están organizadas en Colegios Profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos". Estas profesiones se estructuran en dos niveles:

a) Facultativo, que engloba a las "profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria. Incluye además los títulos oficiales de Especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el Título II de esta Ley". Presumiblemente, esta última especificación englobará las especialidades sanitarias de licenciaturas como la de Psicología.

b) Diplomado, las "profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en Óptica y Optometría y en Logopedia, y los títulos oficiales de Especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el Título II de esta Ley" (diplomaturas con especialidad sanitaria).

Al margen de las profesiones de rango facultativo o diplomado ya consolidadas, el anteproyecto prevé que pueda declararse formalmente el carácter sanitario de una determinada actividad profesional, mediante norma con rango de Ley.

Junto con facultativos y diplomados colegiados, se definen los llamados "Titulados del área sanitaria de Formación Profesional", que son los Técnicos Superiores en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis

Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis, y los Técnicos en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia, así como "las titulaciones equivalentes a las anteriores".

Según lo establecido por el artículo 35 y el artículo 36 de la Constitución, las profesiones sanitarias pueden ejercerse libremente, por cuenta propia o ajena, con los requisitos previstos en la LOPS y "en las demás normas legales que resulten aplicables". El requisito para ejercerlas es la posesión del título oficial, que facultará al profesional para desarrollar sus funciones en los diferentes espacios asistencial, investigador, docente, de prevención e información y de educación sanitaria. En todos estos marcos, el profesional deberá "participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de la población, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades". Para ello, especifica el texto, su guía de actuación ha de ser "el servicio a la sociedad, el interés y salud del ciudadano a quien se le presta el servicio, el cumplimiento riguroso de las obligaciones deontológicas y de los criterios de normo-praxis o, en su caso, los usos generales propios de su profesión".

Al margen de las funciones, obligaciones y principios rectores, la Ley establece (Artículo 4.6) la formación continuada y la revisión regular de la capacidad profesional: "los profesionales sanitarios realizarán a lo largo de su vida profesional una formación continuada, y acreditarán regularmente su competencia profesional", uno de los aspectos que más ha llamado la atención y que despierta más inquietud entre los profesionales. Por otra parte, el texto especifica que el ejercicio de los profesionales será autónomo tendrá lugar con "plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta Ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico". Asimismo, exige cumplimiento de la historia clínica,

"que deberá ser común para cada Centro y única para cada paciente atendido en el mismo". El texto legal, con un chirriante anglicismo específica que la historia clínica "tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre centros y niveles asistenciales". A este respecto, debe recordarse el clima incierto que rodea en nuestros días a las bases de datos sanitarios informatizadas.

Otro aspecto importante es que deberán unificarse los criterios de actuación, que estarán -nuevamente- soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial, definidos a su vez sobre la base de criterios científicos y de evidencia. La Ley confiere a los protocolos una función en principio meramente orientativa, como "guía de decisión para todos los profesionales de un equipo", y establece que deberán actualizarse periódicamente, contándose para ello con la participación de quienes deben aplicarlos.

Las diferentes Unidades, Servicios, Secciones, y Equipos deberán elaborar normas de funcionamiento interno, así como unos objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo. Debe resaltarse que el texto legal exige que se garantice la continuidad asistencial de los pacientes, "tanto la de aquéllos que sean atendidos por distintos especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles". Por último, se invoca a la "progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria".

Rebasados los principios generales de definición, deberes y organización básica, el texto se detiene en los principios que han de regir la relación entre los profesionales y las personas a quienes atienden, proclamando que son "el deber de prestar una atención sanitaria técnica y profesional adecuada a las necesidades de salud de las personas que atienden, de acuerdo con el estado de desarrollo de los conocimientos científicos de cada momento y con los niveles de calidad y seguridad que se establecen en esta ley y el resto de normas legales y deontológicas aplicables" (principio

de No Maleficencia, en términos bioéticos). Igualmente, es obligación de los profesionales "hacer un uso racional de los recursos diagnósticos y terapéuticos a su cargo, tomando en consideración los costes de sus decisiones, y evitando la sobreutilización, la infrutilización y la inadecuada utilización de los mismos" (Principio de Justicia). Se hace pues una mención explícita a la responsabilidad que los profesionales tienen de racionalizar los procedimientos, técnicas y medios a su acceso.

Asimismo, los profesionales han de "respetar la dignidad e intimidad de las personas a su cuidado y deben respetar la participación de los mismos en las tomas de decisiones que les afecten", al tiempo que "deben ofrecer una información suficiente y adecuada para que aquéllos puedan ejercer su derecho al consentimiento sobre dichas decisiones" (Principio de Autonomía).

Se establece también el derecho a la libre elección del profesional, para lo cual los ciudadanos tienen derecho a conocer el nombre, la titulación y la especialidad de los profesionales sanitarios que le atienden, así como la categoría y función de los mismos, si así estuvieran definidas en su Centro o Institución. El anteproyecto estipula que "cuando el ejercicio profesional se desarrolle en el sistema público o en el ámbito privado por cuenta ajena, este derecho se ejercitará de acuerdo con una normativa explícita que debe ser públicamente conocida y accesible". La posibilidad de elegir tiene su límite, por cuanto el profesional puede ejercer el derecho de renunciar a prestar atenciones siempre que esta renuncia no derive en "desatención". La renuncia se "ejercerá de acuerdo con procedimientos regulares, establecidos y explícitos, y de ella deberá quedar constancia formal".

Finalmente, los pacientes "tienen derecho a recibir información de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, y por lo tanto, ostentan el derecho a que se elabore y se custodie debidamente su historia clínica".

Todos estos derechos deberán estar garantizados mediante registros públicos de profesionales accesibles a la población y que respetando los principios de confidencialidad de los datos personales deberán permitir conocer el nombre, titulación, especialidad, y lugar de ejercicio, así como la categoría y función del profesional si fuesen así determinadas en su organización asistencial o institución, y los otros datos que en esta ley se determinan como públicos.

### Facultativos Sanitarios.

Según el anteproyecto, los facultativos sanitarios asumirán las funciones de "dirección, supervisión y evaluación de cada una de las fases del proceso de atención integral de salud, incluyendo la prestación personal directa que sea necesaria en los diferentes aspectos de tal proceso". En lo que se refiere a los médicos, les corresponde la "indicación y realización de las actividades dirigidas al diagnóstico y a la terapéutica de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención". A su vez, los Farmacéuticos se harán cargo de las "actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos".

Los Odontólogos asumirán las "funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental, y a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las anomalías y enfermedades de las estructuras dentales y de sus anejos, y los Veterinarios, el "control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades".

Como se ha indicado anteriormente, son también profesionales sanitarios de nivel Facultativo las personas que posean un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud aunque no pertenezcan a las profesiones previas (por ejemplo, Psicólogos Clínicos o los Biólogos o Químicos que hasta la fecha han realizado su formación mediante residencia en el Sistema Nacional de

la Salud). Si en el futuro se declara una actividad profesional de carácter sanitario con nivel Facultativo, "deberán especificarse las funciones que correspondan a la misma".

### Diplomados Sanitarios

En general, el anteproyecto atribuye a los profesionales sanitarios Diplomados, "la prestación de los cuidados y servicios propios del área de actuación para la que les faculta su correspondiente título, así como la colaboración con los profesionales sanitarios de nivel Facultativo en las distintas fases del proceso de atención de salud". En concreto, se desglosan las siguientes funciones para cada profesión sanitaria de nivel diplomado:

a) Enfermeros: "prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades e incapacidades".

b) Fisioterapeutas: "prestación de cuidados, a través de tratamientos con medios físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas".

c) Terapeutas Ocupacionales: "aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones".

d) Podólogos: "actividades dirigidas a la detección y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su especialidad, que incluyen la cirugía menor".

e) Ópticos-Optometristas: "actividades dirigidas a la detección de los defectos de la refracción ocular, a través de su medida instrumental, a la utilización de técnicas de reeducación, prevención e higiene visual, y a la adaptación, verificación y control de las ayudas ópticas".

f) Logopedas: "actividades de prevención, evaluación y recuperación de los trastornos de la fonación y del lenguaje, mediante técnicas terapéuticas propias de su especialidad".

Como en el caso de los facultativos, "cuando una actividad profesional sea declarada de carácter sanitario

con nivel de Diplomado, en el correspondiente acuerdo se enunciarán las funciones que correspondan a la misma".

### LA ACTIVIDAD PROFESIONAL

Los profesionales podrán prestar servicios conjuntos en dos o más Centros, cada uno de los cuales conservará un expediente de los profesionales sanitarios de su plantilla, "en el que figurará la titulación y demás diplomas, certificados o credenciales profesionales de los mismos", que habrán de ser revisadas cada tres años como mínimo, para "determinar la continuidad del derecho a seguir prestando servicios de atención al paciente". El anteproyecto aclara que el interesado tendrá derecho de acceso a su propio expediente.

Como ya se ha indicado, el ejercicio profesional debe someterse a la libre elección de médico prevista por el artículo 13 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. Para ello, los Centros Sanitarios deberán contar con un Registro de su personal facultativo, y pondrán en conocimiento de los usuarios el nombre del médico y su especialidad.

A partir de la constatación de que la "atención sanitaria integral supone la cooperación multidisciplinaria, la integración de los procesos y la continuidad asistencial, y evita el fraccionamiento y la simple superposición entre procesos asistenciales atendidos por distintos titulados o especialistas", se define el Equipo de Trabajo como la "unidad básica en la que se estructuran de forma uni o multiprofesional e interdisciplinar los profesionales y demás personal de las organizaciones asistenciales para realizar efectiva y eficientemente los servicios que les son requeridos". El Equipo se deberá articular de forma jerarquizada, "atendiendo a los criterios de conocimientos y competencia, y en su caso al de titulación, de los profesionales que integran el Equipo, en función de la actividad concreta a desarrollar, del conocimiento recíproco de las capacidades de sus miembros, y de los principios

de accesibilidad y continuidad asistencial de las personas atendidas". Cabrá la delegación de funciones según criterios previamente establecidos y siempre que se objetive capacidad suficiente en la persona o personas en quienes éstas se deleguen. Se remarca que los órganos y directivos y gestiones de las Organizaciones o Instituciones Sanitarias reconocerán y apoyarán a los Equipos de Trabajo.

### Dirección y Gestión

El anteproyecto define como funciones de dirección y gestión clínica una amplia gama de actuaciones que podrían denominarse vagamente extraclínicas y que incluyen "las relativas a la jefatura de unidades y equipos sanitarios y asistenciales, las de tutorías de formación especializada, continuada y de investigación y las de participación en Comités internos de los Centros Sanitarios dirigidos a asegurar la calidad, seguridad y ética asistencial, la continuidad y coordinación entre niveles o el acogimiento y bienestar de los pacientes". Para acceder a estas funciones se establecerán mecanismos y procedimientos en los que podrán participar los propios profesionales, y su ejercicio deberá someterse a la "evaluación del desempeño y de los resultados" con carácter periódico. El resultado de esta evaluación podrá determinar "la confirmación o remoción del interesado en dichas funciones".

El ejercicio de estas funciones de dirección y gestión gozará del "oportuno reconocimiento por parte del Centro, del Servicio de Salud y del conjunto del Sistema Sanitario, en la forma en que en cada Comunidad Autónoma se determine", al igual que la confirmación o remoción en ellas tras los procesos de evaluación.

Asimismo, las Administraciones Sanitarias determinarán los puestos con la consideración de directivos y "establecerán los requisitos y los procedimientos para la selección, nombramiento o contratación del personal de dirección de los Centros y Establecimientos sanitarios", así como los mecanismos de evaluación periódica del "desempeño" de estas

funciones y de los resultados obtenidos, y que podrá suponer la confirmación o remoción del interesado en funciones directivas.

### Investigación y Docencia

El texto pone la totalidad de la estructura asistencial sanitaria a "disposición de ser utilizada para la investigación sanitaria y para la docencia de los profesionales". La investigación, de hecho se proclama como "elemento esencial para el progreso del Sistema Sanitario y de sus profesionales".

Los programas de investigación podrán acometerse a través de "convenios y conciertos con el Instituto de Salud Carlos III y otros Centros de Investigación, públicos o privados, para el desarrollo de programas de investigación, para la dotación de plazas vinculadas, o específicas de investigador, en los Establecimientos Sanitarios, para la designación de tutores de la investigación y para el establecimiento de sistemas específicos de formación de investigadores durante el período inmediatamente posterior a la obtención del título de especialista".

Asimismo, se formalizarán convenios con las Universidades "para asegurar la docencia práctica de las enseñanzas sanitarias que así lo requieran".

En los Centros acreditados para la formación especializada deberán existir las siguientes figuras docentes: Jefe de Estudios, Comisión de Docencia y tutores de la formación. Si los centros están acreditados para desarrollar programas de formación continuada deberán contar con un Jefe de Estudios y con el "número de tutores de la formación que resulten adecuados en función de las actividades a desarrollar".

## FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

### Generalidades

Una de las aportaciones esenciales de la norma se refiere a este aspecto, descuidado o declinado en terceras partes hasta la fecha. En términos del anteproyecto, los principios rectores de la actividad formativa y docente en las

profesiones sanitarias serán (Artículo 13):

a) La colaboración permanente entre los Organismos de las Administraciones Públicas competentes en materia de educación y de sanidad.

b) La concertación de las Universidades y los Centros Sanitarios, a fin de garantizar la docencia práctica de las enseñanzas que así lo requieran.

c) La disposición de toda la estructura asistencial del Sistema Sanitario para ser utilizada en la docencia pregraduada, especializada y continuada de los profesionales.

d) La consideración de los Centros y Servicios Sanitarios, también, como centros de investigación científica y de formación de los profesionales, en la medida que reúnan las condiciones adecuada a tales fines.

e) La revisión permanente de las metodologías docentes y las enseñanzas en el campo sanitario para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población.

f) La actualización permanente de conocimientos, mediante la formación continuada, de los profesionales sanitarios.

g) El establecimiento, desarrollo y actualización de metodologías para la evaluación de los conocimientos adquiridos por los profesionales y del funcionamiento del propio sistema de formación.

### Formación Pregrado

En su etapa universitaria la formación habrá de adecuarse a las necesidades asistenciales, previendo el texto que se puede instar al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para que inicie el trámite de establecimiento de nuevos títulos o de revisión de las directrices generales de los planes de estudio. En todo caso, el número de alumnos admitidos a la formación pregraduada será limitado y responderá a las necesidades de profesionales sanitarios y a la capacidad existente para su formación.

Las Universidades podrán concertar con los centros hospitalarios o de Atención Primaria necesarios para garantizar la docencia

práctica. Estos acuerdos otorgarán a los Centros Sanitarios concertados "el adjetivo Universitario".

## FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CIENCIAS DE LA SALUD

Concluida la formación pregrado arranca la formación especializada, definida como de postgrado, reglada y de carácter oficial. Su objetivo será "dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades y actitudes propios de la correspondiente especialidad, de forma simultánea a la progresiva asunción por el interesado de la responsabilidad inherente al ejercicio autónomo de la misma".

Será potestad del Gobierno establecer los títulos de Especialistas en Ciencias de la Salud, así como su supresión o cambio de denominación. Una vez obtenido, el título de Especialista en Ciencias de la Salud tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y será requisito imprescindible para "utilizar de modo expreso la denominación de especialista, para ejercer la profesión con tal carácter y para ocupar puestos de trabajo con tal denominación en Centros y Establecimientos públicos y privados".

Como hasta la fecha, la expedición del título de especialista en Ciencias de la Salud corresponderá al Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Los requisitos para obtenerlo serán la posesión del título de Licenciado o Diplomado Universitario que, en cada caso, se exija, haber accedido y completado el sistema de formación que corresponda, superar las evaluaciones que se preven y por último, "depositar los derechos de expedición".

El texto preve que se establezcan los supuestos y procedimientos para la homologación en España de títulos de Especialista obtenidos en estados no miembros de la Unión Europea y se reconozcan los títulos de especialista obtenidos en Estados miembros de la UE, o en Estados en los que resulte de aplicación la libre circulación de trabajadores y la libertad de establecimiento y libre prestación de servicios de los profesionales.

## Estructura de las especialidades y de la formación

Se estipula que siempre que sea procedente, las especialidades en Ciencias de la Salud se agruparán en función de criterios de troncalidad, de manera que las especialidades del mismo tronco tendrán un período de formación común de una duración mínima de dos años. En el momento en que establezcan los títulos de especialista en Ciencias de la Salud, el Gobierno determinará el título o títulos necesarios para acceder a cada una de las especialidades, así como el tronco en el que se integren.

La formación de especialistas en Ciencias de la Salud englobará tanto una formación teórica y práctica como una participación personal y progresiva del especialista en formación en la actividad y en las responsabilidades propias de la especialidad de que se trate. Tendrá lugar a través de un sistema de Residencia en Centros Sanitarios y, en su caso, Docentes, que deberán estar acreditados.

Los Residentes deberán realizar el programa formativo con dedicación a tiempo completo, de modo que será incompatible con cualquier otra actividad profesional o formativa, con excepción de los estudios de doctorado. Aunque el texto no es explícito, cabe suponer que esta incompatibilidad no afectará incluirá a otros cursos de postgrado o a otras actividades académicas (idiomas, por ejemplo) siempre que no interfieran en las actividades de los residentes.

El programa de cada especialidad fijará la duración de la Residencia, teniendo en cuenta la normativa comunitaria. Los Órganos de Dirección y Comisiones de Docencia de los Centros planificarán la actividad de los residentes "de forma tal que se incardine totalmente en el funcionamiento ordinario, continuado y de urgencias del Centro Sanitario".

Los Residentes deberán desarrollar, de forma programada y tutelada, las actividades previstas en el programa, asumiendo de forma progresiva, a medida que avancen en su formación, "las actividades y responsabilidad propia del ejercicio

autónomo de la especialidad". Sus actividades, que deberán figurar en el Libro de Residente, serán evaluadas, al menos una vez al año y al concluir el período de formación.

Se establecerá una relación laboral especial entre el Centro y el especialista en formación que deberá ser regulada por el Gobierno a través de Real Decreto, teniendo como base las normas al respecto de la Comunidad Europea. La regulación habrá de establecer "las peculiaridades de su jornada de trabajo y régimen de descansos, los supuestos de resolución de los contratos cuando no se superen las evaluaciones establecidas, los procedimientos para la revisión de las evaluaciones otorgadas, la duración máxima de los contratos en función de la duración de cada uno de los correspondientes programas formativos, y los supuestos excepcionales para su posible prórroga cuando se produzcan casos, no imputables al interesado, de suspensión de la relación laboral" (Disposición Adicional Primera). Los residentes también han merecido una referencia a la adaptación de su jornada laboral en el Anteproyecto del Estatuto Marco. En dicho texto, se estipula que su tiempo de trabajo se limitará a 58 horas semanales de promedio en cómputo anual, entre el 1 de agosto de 2004 y el 31 de Julio de 2007; 56 horas semanales de promedio en cómputo semestral, entre el 1 de agosto de 2007 y el 31 de Julio de 2009 y, a partir del 1 de agosto de 2009 se les aplicará la limitación general de 48 horas semanales.

Los programas de formación de las especialidades en Ciencias de la Salud deberán los objetivos cualitativos y cuantitativos y las competencias profesionales "que ha de cumplir el aspirante al título a lo largo de cada uno de los cursos anuales en que se dividirá el programa formativo". Elaborados por la Comisión Nacional de la Especialidad, y una vez ratificados por el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y previo informe de la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, serán aprobados por el Ministerio de Sanidad y Consumo y publicados en el BOE. Se estipula

que deberán ser revisados y actualizados periódicamente por el mismo procedimiento.

En las especialidades de un mismo tronco, existirá una comisión específica compuesta por representantes de las Comisiones Nacionales de las especialidades correspondientes que elaborará el programa del período de formación común, mientras que en las especialidades pluridisciplinarias, los programas de formación podrán prever trayectos de formación específica en función de las titulaciones de procedencia.

El acceso a la formación sanitaria especializada se efectuará a través de una convocatoria anual de carácter nacional que, en términos del anteproyecto, "consistirá en una prueba o conjunto de pruebas que evaluará conocimientos teóricos y prácticos y las habilidades clínicas y comunicativas, así como en una valoración de los méritos académicos y, en su caso, profesionales, de los aspirantes". Obviamente, las pruebas serán específicas para las distintas titulaciones académicas que puedan acceder a las diferentes especialidades, y podrán establecerse pruebas específicas por especialidades troncales. Llama la atención la alusión a la valoración de las habilidades clínicas y comunicativas de los aspirantes, que parece difícil con el clásico patrón de examen de selección utilizado hasta la fecha. Tal vez en previsión de las dificultades que ello entraña, la Disposición Transitoria Primera del texto concede ocho años para la progresiva implantación del nuevo modelo de prueba.

La Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud ofertará las plazas anuales, previo informe del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, y atendiendo a las propuestas realizadas por las Comunidades Autónomas, a las disponibilidades presupuestarias y a las necesidades de especialistas del Sistema Sanitario. Una vez realizada la prueba las plazas se adjudicarán de acuerdo al orden decreciente de la puntuación obtenida por cada aspirante.

Tras al menos cinco años de ejercicio profesional como tales los Especialistas en Ciencias de la

Salud podrán obtener un nuevo título de especialista en especialidad del mismo tronco, por un procedimiento a determinar reglamentariamente, pero que se preve que contendrá una prueba para la evaluación de la competencia del aspirante en el campo de la nueva especialidad. El período de formación en esa nueva especialidad y el programa a desarrollar deberá definirse a la medida del candidato, mediante la adaptación del programa formativo general a su "currículum formativo y profesional". El texto preve que se pueda acceder al tercer y sucesivos títulos de especialista por este procedimiento, pero con una cadencia superior, de al menos, ocho años.

El sistema de Residencia se consagra de forma definitiva como acceso a las especialidades, de tal suerte que la Disposición Transitoria Cuarta del anteproyecto da un plazo de cinco años desde la entrada en vigor de la Ley para que el Gobierno modifique, suprima, o adapte el sistema de formación de las especialidades sanitarias cuya formación no se realiza por el sistema de Residencia.

### Áreas de Capacitación Específica

Se preve la creación de Áreas de Capacitación Específica, con Diplomas de carácter oficial y validez en todo el Estado que, expedidos por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, serán necesarios para utilizar la denominación de especialista con capacitación específica en el área. Asimismo, el diploma podrá ser requisito o mérito para acceder a puestos de trabajo de alta especialización.

El acceso a este Diploma de Área de Capacitación Específica, exigirá que previamente se haya constituido el área en la especialidad correspondiente, y que los candidatos acrediten, al menos, cinco años de ejercicio profesional en la especialidad. La vía de acceso prevista es la formación programada, o el ejercicio profesional específicamente orientado al Área correspondiente, acompañado de actividades docentes o discentes de formación continuada en la misma y, en todo caso, tras la evaluación de la competencia profesional del interesado

(al estilo de las cláusulas de veterano o "abuelo" de otros países, en las que los profesionales que abren un determinado campo se hacen con la titulación, prácticamente de oficio, al establecerse el reconocimiento del área).

### Acreditación

Los centros sanitarios en los que se realice la especialización en Ciencias de la Salud deberán estar acreditados (con especificación del número de plazas) por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Los requisitos de acreditación se publicarán en el BOE. Corresponderá también al Ministerio de Sanidad y Consumo resolver sobre las solicitudes de acreditación de Centros y Unidades docentes, la revocación razonada de la acreditación y la realización de auditorías en los Centros y Unidades acreditados. La acreditación especificará el número de plazas docentes acreditadas.

Cada Centro Sanitario acreditado deberá contar con una Comisión de Docencia para organizar la formación, supervisar su aplicación práctica y controlar el cumplimiento de los objetivos que se especifican en los programas. Además, la Comisión de Docencia deberá también facilitar la integración de las actividades formativas y de los Residentes con la actividad ordinaria del Centro, y planificar su actividad profesional en el Centro juntamente con los Órganos de Dirección. La composición y funciones de las Comisiones de Docencia correrá a cargo de las Comunidades Autónomas, dentro de las pautas y marcos generales establecidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo, pero con carácter general se estipula que deberán contar con representación de los tutores y de los Residentes y estarán presididas por el jefe de Estudios del Centro Sanitario.

### Comisiones Nacionales

En cada Especialidad en Ciencias de la Salud se constituirá una Comisión Nacional que actuará como órgano asesor de los Ministerios de Educación, Cultura y Deporte y de Sanidad y Consumo y

estará integrada por profesionales en posesión del título de especialista, según la siguiente composición:

a) Seis vocales designados por el Ministerio de Sanidad y Consumo de entre los especialistas de reconocido prestigio que proponga la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud. Tres, al menos, de los vocales designados deberán ostentar la condición de profesores universitarios y uno la de tutor de la formación en la correspondiente especialidad (el número de vocales puede ampliarse en especialidades pluridisciplinarias). Su mandato se extenderá por un período de cuatro años.

b) Dos vocales en representación de las Entidades y Sociedades Científicas de ámbito estatal legalmente constituidas en el ámbito de la especialidad. Su mandato se extenderá por un período de cuatro años.

c) Dos vocales en representación de los especialistas en formación, elegidos por éstos en la forma que se determine reglamentariamente. Su mandato se extenderá por un período de dos años.

d) Un vocal en representación de la Organización Colegial correspondiente. Si la especialidad puede ser cursada por distintos titulados, la designación del representante se efectuará de común acuerdo por las Corporaciones correspondientes. Su mandato se extenderá por un período de cuatro años.

Aunque habrán de determinarse en más detalle sus las funciones, el texto legal preve de modo general las siguientes:

a) Elaboración del programa formativo de la especialidad.

b) Establecimiento de los criterios de evaluación de los especialistas en formación.

c) Establecimiento de los criterios para la evaluación en el supuesto de reespecialización

d) Propuesta de creación de áreas de capacitación específica.

e) Establecimiento de criterios para la evaluación de Unidades docentes y formativas.

f) Informe sobre programas y criterios relativos a la formación continuada de los profesionales, especialmente los que se refieran a la acreditación avanzada de profesionales en áreas funcionales especí-

ficas dentro del campo de la propia especialidad.

g) Participación en el diseño de los Planes Integrales dentro del ámbito de la correspondiente especialidad.

En el supuesto de que existan Áreas de Capacitación Específica, la Comisión o Comisiones Nacionales de la Especialidad o Especialidades en las que se cree el Área designarán un Comité del Área compuesto por seis especialistas que establecerán los contenidos del programa de formación y la evaluación de los especialistas que aspiren a obtener el Diploma del Área de Capacitación Específica.

Se preve la creación de un Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud al que la ley confiará la coordinación de la actuación de las Comisiones Nacionales de Especialidades, la promoción de la investigación y de las innovaciones técnicas y metodológicas en la especialización sanitaria, y la superior asistencia y asesoramiento técnico y científico al Ministerio de Sanidad y Consumo en materia de formación sanitaria especializada. Estará compuesto por los Presidentes de las Comisiones Nacionales de cada Especialidad en Ciencias de la Salud, dos especialistas por cada uno de los títulos universitarios que tengan acceso directo a alguna especialidad en Ciencias de la Salud (elegidos por los miembros correspondientes de las respectivas Comisiones Nacionales para un período de dos años), dos representantes del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, y dos representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo.

El Consejo funcionará en Pleno o en las Comisiones y Grupos de Trabajo que decida constituir, estableciéndose como básicas una Comisión Permanente, una Comisión Delegada del Consejo por cada una de las titulaciones o agrupaciones de especialidades que se determinen, y una Comisión Delegada del Consejo para las Especialidades en Ciencias de la Salud de los Diplomados Universitarios. El voto de cada uno de los miembros del Consejo se ponderará en función de su composición, "atendiendo a criterios de proporcionalidad respecto al número de especialistas representados". El Consejo elegirá, de entre sus miembros, cuatro vocales de la Comisión Consultiva Profesional.

## REGISTROS

Otra de las novedades del texto legal es la introducción de diferentes registros profesionales, al estilo de los existentes en otros países. Los señalados en el anteproyecto son:

1. Registro Nacional de Especialistas en Formación en el que se inscribirán los profesionales cuando comiencen su formación especializada y en el que se anotarán los resultados de sus evaluaciones anuales y final.

2. Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, en el que se inscribirán todos los profesionales que obtengan un título de Especialista o vean homologado o reconocido un título obtenido en el extranjero. Tendrá carácter público en lo relativo a la identidad de los interesados, al título que ostentan y a la fecha de obtención, reconocimiento u homologación del correspondiente título.

3. Registro de Centros acreditados para la formación de especialistas en el que se inscribirán todos los Centros acreditados al efecto. Tendrá carácter público.

Todos estos registros serán gestionados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, salvo el Registro Nacional de Especialistas en Ciencias de la Salud, gestionado por el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. Además, se incluirán en el Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud.

## FORMACIÓN CONTINUADA

Uno de los aspectos novedosos y más polémicos del Anteproyecto es el de Formación Continuada, que se define como "el proceso de enseñanza y aprendizaje activo y permanente que se inicia al finalizar los estudios de pregrado o de especialización y que está destinado a actualizar y mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios ante la evolución científica y tecnológica y las demandas y necesidades, tanto sociales como del propio Sistema Sanitario". Sus objetivos son:

a) Garantizar la actualización de los conocimientos de los profesionales y

la permanente mejora de su cualificación, así como incentivarles en su trabajo diario e incrementar su motivación profesional.

b) Potenciar la capacidad de los profesionales para efectuar una valoración equilibrada del uso de los recursos sanitarios en relación con el beneficio individual, social y colectivo que de tal uso puedan derivarse.

c) Generalizar el conocimiento, por parte de los profesionales, de los aspectos científicos, técnicos, éticos, legales, sociales y económicos del Sistema Sanitario.

d) Mejorar en los propios profesionales la percepción de su papel social, como agentes individuales en un sistema general de atención de salud y de las exigencias éticas que ello comporta.

e) Posibilitar el establecimiento de instrumentos de comunicación entre los profesionales sanitarios.

Dada la importancia que la Ley confiere a este aspecto (y de destacar que el Anteproyecto del Estatuto Marco del Personal Estatutario lo plantea como una obligación de los propios trabajadores), se preve la constitución de una Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias, de la que formarán parte todas las Administraciones Públicas presentes en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, así como representación de los Colegios Profesionales, de las Universidades, del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud y de las Sociedades Científicas, en forma a determinar reglamentariamente. Las funciones de la Comisión de Formación Continuada serán (Artículo 35.4):

a) Detección, análisis, estudio y valoración de las necesidades de los profesionales y del Sistema Sanitario en materia de formación continuada, de acuerdo con las propuestas de los Servicios de Salud, de las Sociedades Científicas y de las organizaciones profesionales representadas en la Comisión Consultiva Profesional.

b) Propuesta para la adopción de programas o para el desarrollo de actividades y actuaciones de formación continuada de carácter

prioritario y común para el conjunto del Sistema Sanitario.

c) Propuesta de adopción de las medidas que se estimen precisas para planificar, armonizar y coordinar la actuación de los diversos agentes que actúan en el ámbito de la formación continuada de los profesionales sanitarios.

d) Estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación de Centros y actividades de formación continuada.

e) Estudio, informe y propuesta para el establecimiento de procedimientos, criterios y requisitos para la acreditación y la acreditación avanzada de profesionales, bien con carácter general en una profesión o especialidad, bien en un área funcional específica, como consecuencia del desarrollo de actividades de formación continuada acreditada.

#### Acreditación de Centros para Formación Continuada

Las Administraciones Sanitarias Públicas podrán acreditar actividades y programas de actuación de formación continuada de profesionales sanitarios. Una vez obtenida, la acreditación tendrá efectos en todo el territorio nacional, independientemente de la Administración Pública que la expidió. Se preve que se puedan auditar y evaluar los Centros y actividades de formación continuada acreditados y se estipula que sólo podrán ser subvencionados con cargo a fondos públicos los Centros y las actividades de formación continuada que estén acreditados conforme a lo señalado. Sólo serán tomadas en consideración en la carrera de los profesionales sanitarios las actividades de formación continuada que hubieran sido acreditadas.

#### Acreditación de Profesionales

Una vez realizadas las actividades de formación continuada acreditada desarrolladas, las Administraciones Sanitarias Públicas podrán certificarlas mediante la expedición de Diplomas de Acreditación y de

Diplomas de Acreditación Avanzada, referidos tanto a una profesión o especialidad, como al ejercicio profesional en una determinada área funcional de la misma. Estos diplomas, que serán valorados en la carrera profesional y en los sistemas de provisión de plazas, tendrán efectos en todo el territorio nacional español y podrán inscribirse en Registros que deberán crear las Administraciones Sanitarias Públicas y tendrán carácter público en "lo relativo a la identidad del interesado, al Diploma o Diplomas que ostente y a la fecha de obtención de los mismos".

#### DESARROLLO PROFESIONAL Y SU RECONOCIMIENTO

La Ley constituye la carrera profesional "para el reconocimiento del desarrollo profesional de los Médicos, de los Especialistas en Ciencias de la Salud y de los Diplomados Universitarios en Enfermería, así como del resto de las profesiones sanitarias".

Consiste, según el texto legal, "en el reconocimiento a los profesionales, de forma individualizada, del desarrollo profesional alcanzado en cuanto a conocimientos, experiencia en las tareas asistenciales, investigación y cumplimiento de los objetivos asistenciales e investigadores de la organización en la que prestan sus servicios". Será público y "con atribución expresa del grado de desarrollo alcanzado por cada profesional en el ejercicio del conjunto de funciones que le son propias". El acceso a la carrera profesional será voluntario para todos los profesionales que estén establecidos o presten sus servicios dentro del territorio nacional.

Como principios generales del reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera de los profesionales existirán cuatro grados para los profesionales sanitarios de nivel Facultativo y en tres para los de nivel Diplomado, aunque existirá la posibilidad de que las Administraciones Sanitarias puedan establecer un grado inicial, previo, que habrá de ser homologado. En cada profesión o especialidad será imprescindible para acceder al primer grado hallarse en

posesión del correspondiente título y superar una evaluación que habrá de determinarse. Para obtener el primer grado, y acceder a los superiores, será necesaria una evaluación favorable de los méritos. El texto hace alusión a "los relativos a sus conocimientos, competencias, formación continua acreditada e investigación". Además se tendrán en cuenta los resultados de la actividad asistencial, "la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido, así como su implicación en la gestión clínica" definida en la Ley.

No podrá obtenerse el primer grado de la carrera hasta haber acreditado cinco años de ejercicio profesional. Transcurridos de cinco años desde la evaluación positiva previa podrá solicitarse una nueva evaluación para acceder a grados superiores. Si la evaluación fuera negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurridos dos años desde la misma.

La evaluación correrá a cargo de un Comité específico creado en cada Centro o Institución, que estará integrado, en su mayoría, por profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado. Se garantizará la participación de representantes del Servicio o Unidad de pertenencia del profesional evaluado y de evaluadores externos designados por Agencias de Calidad o Sociedades Científicas de su ámbito de competencia. El texto reconoce el derecho de los profesionales a hacer constar públicamente el grado de desarrollo profesional alcanzado en su carrera y se estipula que los Centros sanitarios privados en los que existan profesionales sanitarios que presten servicios por cuenta ajena, establecerán procedimientos análogos para el reconocimiento del desarrollo profesional y la carrera, con supervisión de la Administración Sanitaria correspondiente.

También los profesionales sanitarios que trabajen exclusivamente por cuenta propia, podrán acceder voluntariamente al reconocimiento del desarrollo profesional

y de carrera, según determinen la correspondiente Administración Sanitaria siempre que superen las evaluaciones que se establezcan para quienes presenten servicios por cuenta ajena en Centros Sanitarios.

Todo el proceso de reconocimiento del desarrollo profesional y de la consiguiente carrera profesional deberá ser homologado mediante principios y criterios generales establecidos por generales establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

La Disposición Adicional Cuarta del anteproyecto liga un reconocimiento retributivo al reconocimiento de grados de la carrera profesional, estipulando que sus efectos se negociarán en cada caso con las Organizaciones Sindicales.

Por último, la Disposición Transitorias Segunda determina los plazos de implantación de la carrera profesional, que serán:

- a) Tres años desde la entrada en vigor de la Ley para la carrera profesional de Médicos y Especialistas en Ciencias de la Salud de nivel Facultativo. El plazo se extenderá hasta los cinco años en Centros Sanitarios de titularidad privada.
- b) Cuatro años desde la entrada en vigor de la Ley para la carrera profesional de los Diplomados en Enfermería y de los Especialistas en Ciencias de la Salud de nivel Diplomado. Se ampliará a seis años en Centros Sanitarios de titularidad privada.
- c) Seis años (ocho años en Centros Sanitarios de titularidad privada) a partir de la entrada en vigor de la Ley para el resto de las profesiones sanitarias.

## **EJERCICIO PRIVADO DE LAS PROFESIONES SANITARIAS**

En la sanidad privada, los profesionales sanitarios podrán ejercer su actividad por cuenta propia o ajena ("mediante cualquiera de las formas contractuales previstas en el ordenamiento jurídico"). Ahora bien, como criterio de calidad básico, los servicios sanitarios de titularidad privada deberán contar con elementos de control de

acuerdo con los siguientes principios (Artículo 41.3):

- a) Derecho a ejercer la actividad profesional adecuada a la titulación y categoría de cada profesional.
- b) Respeto a la autonomía técnica y científica de los profesionales sanitarios.
- c) Marco laboral estable, motivación para una mayor productividad y estímulos para el rendimiento profesional.
- d) Participación en la gestión y organización del centro o unidad a la que pertenezca.
- e) Derecho y deber de formación continuada.
- f) Evaluación de la competencia profesional y la calidad del servicio prestado.
- g) Garantizar la responsabilidad civil bien a través de entidad aseguradora, bien a través de otras entidades financieras autorizadas a conceder avales o garantías.
- h) Libre competencia y transparencia del sistema de contratación.
- i) Libertad de prescripción, atendiendo a las exigencias del conocimiento científico y a la observancia de la ley.

El anteproyecto establece el derecho de los profesionales sanitarios de Centros o Servicios Sanitarios privados a ser informados de sus funciones, tareas y cometidos, así como de los objetivos asignados a su Unidad y Centro Sanitario y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos y proclama su obligación a "ejercer la profesión, o desarrollar el conjunto de las funciones que tengan asignadas, con lealtad, eficacia y con observancia de los principios técnicos, científicos, profesionales, éticos y deontológicos que sean aplicables". Se les encomienda también la obligación de "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 titulación". Para ello se establecerán en los centros privados las evaluaciones regulares de competencias los sistemas de control de calidad y el sistema de acceso a la carrera profesional previstos para el Sistema Sanitario público.

Todos los contratos que se

celebren entre profesionales sanitarios, entre profesionales y Centros Sanitarios o entre profesionales y Entidades de Seguros que operen el ramo de enfermedad, se formalizarán por escrito, a fin de garantizar la titulación oficial de profesionales y especialistas, la calidad y seguridad de los equipamientos e instalaciones, y la sujeción a la disciplina profesional y a los otros requisitos y garantías que se determinan en esta Ley.

El anteproyecto determina que los Centros Sanitarios y las Entidades de Seguros que operen el ramo de enfermedad establecerán, y mantendrán actualizado, un Registro de los profesionales sanitarios con los que mantengan contratos de prestación de servicios por cuenta propia o ajena, cuyos requisitos mínimos serán establecidos por las diversas Comunidades Autónomas.

#### Publicidad del ejercicio profesional privado

La ley se detiene en la publicidad de los profesionales sanitarios, indicando en su texto que "deberá respetar rigurosamente la base científica de las actividades y prescripciones, y será objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados".

Se reconoce también el derecho de los profesionales sanitarios a facilitar a los medios de comunicación que la soliciten, o a expresar directamente en ellos, "informaciones sobre sus actividades profesionales, siempre que la información facilitada sea verídica, discreta, prudente y se manifieste de manera fácilmente comprensible para el colectivo social al que se dirige".

No podrán publicitarse "actividades o productos sanitarios no autorizados, o sobre los que no exista evidencia de sus efectos beneficiosos para el ser humano, quedando prohibida la publicidad de productos y servicios de carácter creencial y de los productos-milagro".

La infracción de cualquiera de estos preceptos dará lugar a la

responsabilidad administrativa y, en su caso, penal.

#### Seguridad y calidad en el ejercicio profesional privado

En su regulación de la actividad privada, la Ley destaca que las consultas profesionales habrán de cumplir los requisitos de autorización y acreditación determinados por los órganos competentes de las Comunidades Autónomas. Estas garantías de seguridad y calidad son exigibles en todas las actividades sanitarias privadas, con independencia de la financiación de sus prestaciones.

Las Administraciones Sanitarias Públicas deberán velar por el cumplimiento de estas garantías, pudiendo recabar para ello la colaboración de agencias de calidad, organismos equivalentes, o Colegios Profesionales en las consultas profesionales.

#### Cobertura de responsabilidad

Otra cautela específicamente abordada por la Ley es que los profesionales sanitarios que ejerzan en la asistencia sanitaria privada, "así como las personas jurídicas o entidades de titularidad privada que presten cualquier clase de servicios sanitarios", estarán obligados a suscribir "el oportuno seguro de responsabilidad, un aval u otra garantía financiera que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios".

#### PARTICIPACIÓN DE LOS PROFESIONALES

La Ley establece la creación de una Comisión Consultiva Profesional, adscrita al Ministerio de Sanidad y Consumo, que será "el máximo órgano de participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias y en la regulación del Sistema Sanitario". En el campo particular del desarrollo profesional, las funciones de esta Comisión abarcarán la forma-

ción, la carrera profesional y la evaluación de competencias.

Estará compuesto por cuatro representantes del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, designados por el propio Consejo, hasta cinco representantes de las profesiones, designados, por los correspondientes colegios, cuatro profesionales sanitarios de reconocido prestigio designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud y "un profesional sanitario de reconocido prestigio designado por las Asociaciones Patronales de las Entidades de Seguros que operen el ramo de enfermedad".

Ostentarán el cargo por un período de cuatro años de duración, que podrá repetirse, aunque cesarán en sus funciones "cuando así lo acuerden los órganos, corporaciones o asociaciones que acordaron su nombramiento".

La Comisión funcionará en Pleno (con un mínimo de dos reuniones al año) y en las Comisiones y Grupos de Trabajo que la propia Comisión decida constituir. Asesorará "en todos los ámbitos del desarrollo y la ordenación profesional y, especialmente, las siguientes" (Artículo 51):

a) Las que correspondan como órgano de apoyo a la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud en los ámbitos del desarrollo profesional a que se refiere el artículo 40 de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud y las disposiciones de esta Ley.

b) Las de elaboración del informe anual sobre el estado de las profesiones sanitarias, que deberá incluir un análisis de la situación de dichas profesiones.

c) Las de elaboración de propuestas organizativas, legislativas y retributivas respecto de las profesiones sanitarias, dirigidas al Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, al Ministerio de Sanidad y Consumo y a las Comunidades Autónomas.

d) Las de mediación y propuesta de solución en los conflictos de competencias entre los distintos profesionales sanitarios.

## ¿UNA DEFINITIVA ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS?

El nuevo texto legal asume la difícil tarea, no afrontada hasta la fecha, de intentar ordenar los aspectos formativos, funcionales y organizativos de las profesiones sanitarias. Establece principios que deberán desarrollarse con sucesivas reglamentaciones que posiblemente sean polémicas.

Un primer inconveniente es el de la definición amplia y vaga de profesiones sanitarias. Aunque la Ley encomienda a las diferentes partes implicadas un esfuerzo de delimitación y lo que podríamos llamar solapamiento cooperante en sus funciones, la experiencia es que en este aspecto no es fácil la concordia.

La reciente experiencia del Decreto Ley sobre Psicología Clínica, algunos roces entre Técnicos Superiores y Diplomados en Enfermería y la próxima constitución de esta profesión en Licenciatura sugieren probables conflictos de competencias. Pese a todo, el anteproyecto nace con voluntad universalizadora, intentando abarcar todas las profesiones y los ámbitos público y privado.

En este último aporta elementos novedosos, tanto en el plano de los derechos como de las obligaciones, que es de esperar que contribuyan a una mayor seguridad profesional, en especial para todos aquellos trabajadores sanitarios por cuenta ajena.

A pesar de la voluntad universalizadora a que hacíamos referencia, no está suficientemente aclarado hasta qué grado la Ley será aplicable en Centros de titularidad pública y función colateralmente sanitaria (el llamado espacio sociosanitario a cargo de los diferentes estamentos de Bienestar Social), que en la actualidad dan

trabajo a múltiples profesionales de la salud y, aún en 2003, a no pocos especialistas en Psiquiatría.

Cabe preguntarse si las consideraciones sobre Formación Continuada, carrera profesional, etc, de la Ley afectarán a estas personas al igual que a quienes desempeñan su actividad en el espacio sanitario tanto público como privado.

Desde el punto de vista de la relación con pacientes y usuarios, el nuevo texto se armoniza con la Ley 41/2002 en aspectos como la información, la historia clínica o la libre elección de profesional (con matices).

Los profesionales sanitarios deberán ser identificables por los pacientes y usuarios. Da la sensación de que se ha redactado con sumo cuidado alguno de los aspectos de asunto médico-legal, como el de los protocolos y guías clínicas, a los que se confiere una función orientativa y no estrictamente vinculante, al tiempo que se establece la necesidad de reevaluarlos y modificarlos.

La Ley aspira a estructurar la formación pre y postgrado. Ordena el sistema de reespecialización, es de imaginar que con intención de racionalizarla, y permite crear las Áreas de Capacitación específica que a grandes rasgos pueden asimilarse a subespecialidades. Este, consideramos, es un avance importante, siempre que se determinen rigurosamente sus contenidos y requisitos. La aportación más novedosa es la de la formación continuada y el reconocimiento de la carrera profesional, en grados identificables por el usuario o paciente.

No obstante, se echa en falta alguna referencia a los procedimientos de formación continuada, en especial a los que al albur de las nuevas tecnologías pueden permitir a

todos los profesionales sanitarios mejorar sus competencias independientemente de su cercanía a centros acreditados.

En las últimas semanas se han sugerido diferentes formas de registro y de exhibición de los grados alcanzados por cada profesional. Ahora bien, la Ley, que preve que el reconocimiento profesional lo sea también en lo retributivo, tal vez debiera haber hecho un esfuerzo por adecuar los plazos de adquisición de grados a la edad y vida profesional que resta a no pocos trabajadores sanitarios que por motivos puramente cronológicos pueden verse desprovistos de este reconocimiento.

Finalmente, una consideración acerca de los mecanismos de participación. Al margen de lo eficientes que resulten ser en un futuro, se han determinado cauces para que las profesiones y los profesionales se hagan oír. Uno de estos cauces, como corresponde a la definición de hecho que de profesión sanitaria hace el anteproyecto, son las diferentes organizaciones colegiales.

Es algo que puede resultar hasta cierto punto chocante en estos tiempos en los que en no pocas provincias y Comunidades Autónomas los colegios de médicos van perdiendo pero e influencia al no estimarse necesaria la colegiación de los profesionales de la sanidad pública. La nueva ley, de alguna manera brinda a la Organización Médica Colegial el reto y la oportunidad de configurarse como la voz de la profesión.

En definitiva, y a pesar de sus indefiniciones (que en más de un caso serán voluntarias) el nuevo texto ha de contribuir a ordenar una práctica profesional que tal como se describe en la exposición de motivos lleva demasiadas décadas sin organizarse.

## NOTAS BIBLIOGRÁFICAS

**1** Artículo 35: 1. Todos los españoles tienen el deber de trabajar y el derecho al trabajo, a la libre elección de profesión u oficio, a la promoción a través del trabajo y a una remuneración suficiente para satisfacer sus necesidades y las de su familia, sin que en ningún caso pueda hacerse discriminación

por razón de sexo.

**2.** La ley regulará un estatuto de los trabajadores.

**2** Artículo 36: La ley regulará las peculiaridades propias del régimen jurídico de los Colegios Profesionales y el ejercicio de las profesiones tituladas. La estructura interna y

el funcionamiento de los Colegios deberán ser democráticos.

**3** 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.

## NOTICIAS DESTACADAS

### OPINIÓN:

#### Peritajes

A primeros del mes de mayo se hizo pública una sentencia de la Audiencia Provincial de Oviedo que recibió una considerable atención durante unas semanas. La cuestión había sido planteada por la asesoría jurídica del Colegio de Médicos de Asturias, a la que varios psiquiatras de instituciones penitenciarias y médicos forense expusieron que los tribunales les requerían para actuar como peritos en procesos penales. Uno de estos profesionales, al que se había requerido como perito en un caso de asesinato, dirigió a la Audiencia Provincial de Oviedo un escrito en el que mostraba su intención de renunciar al encargo, alegando que había atendido como paciente al acusado, por lo que a su entender era aplicable el artículo 41.3 del Código Deontológico, que impide peritar sobre el propio paciente.

La respuesta de la Audiencia fue que la obligación legal de peritar no tiene ninguna excepción y prevalece sobre las disposiciones deontológicas. En sus propias palabras, esta obligación "no puede dejarse sin efecto por una sesgada interpretación de un artículo del Código de Ética y Deontología Médica.

En definitiva, una obligación establecida legalmente no puede resultar dispensada por una norma de naturaleza meramente corporativa". En definitiva, prevalece el deber de colaborar con la justicia recogido en el artículo 118 de la Constitución (Es obligado cumplir las sentencias y demás resoluciones firmes de los Jueces y Tribunales, así como prestar la colaboración requerida por éstos en el curso del proceso y en la ejecución de lo resuelto). La polémica resolución ha dado lugar a una controversia que ha sido especialmente cubierta por Diario Médico, en cuyas páginas hemos leído una crítica de expertos a la sentencia, recordando, entre otros aspectos, que las resoluciones de los tribunales superiores de justicia no crean jurisprudencia.

En las mismas páginas, César Borobia, Profesor de Medicina Legal de la Universidad Complutense, revisa la cuestión haciendo hincapié, entre otros aspectos, en que la respuesta de la Audiencia es técnica, abstracta, y que probablemente si el médico psiquiatra que planteó la pregunta "hubiera explicado al tribunal su labor en el centro y la necesidad clínica de mantener el máximo secreto de lo que el paciente le hubiera contado; posiblemente, el tribunal lo habría entendido", solucionándose así el problema.

Por último, Onésimo González, en Peritos Compulsivos, aborda la importancia de las obligaciones de los médicos (y los derechos de los pacientes) a la hora de esclarecer la espinosa cuestión de si un médico asistencial puede ejercer como perito de su paciente. El artículo concluye una referencia a las opiniones del profesor Muñoz Conde defendiendo el

derecho a no declarar como testigo, "o la sentencia del Tribunal Supremo de Estados Unidos según la cual los psiquiatras, psicólogos y psicoterapeutas están exentos de declarar sobre lo que sus pacientes les han comunicado durante el tratamiento, dado que está en juego garantizar la confidencialidad que permite la terapia".

Al margen de las necesidades de la Justicia y del deber que como ciudadanos tenemos de atender a sus requerimientos, uno tiene la sensación de que no resultaría muy difícil evitar que un médico asistencial pase por el trago de tener que defender su deber de confidencialidad respecto del material. Las pericias psiquiátricas deberían correr a cargo de peritos médicos, preferentemente psiquiatras, con lo que no debería recurrirse a los médicos asistenciales. Y de la misma manera que se invoca la Constitución para obligar al médico a cooperar con la Justicia, no menos puede recordarse que la misma Carta Magna consagra el derecho a la intimidad personal. O que por mucho que el marco del secreto profesional sea diferente para sanitarios y abogados, si la información que recoge por el médico asistencial en un contexto fiduciario es vertida en un Tribunal, se violenta no sólo la relación sanitaria, sino probablemente el derecho del paciente/acusado a no declarar en su contra.

A pesar de que despierta cuestiones de gran trascendencia a nivel asistencial, ético y legal, lo cierto es que con el paso de las semanas la polémica se ha enfriado, dejando la impresión de que estas cosas pasan (o estas respuestas se reciben) por preguntar. Parece que resulta mejor capear el temporal confiando en que cuando nos citan como peritos quieran decir testigos (algo muy frecuente en mi experiencia), o que el Tribunal acceda a aceptar nuestras excusas o incluso nuestra referencia un tanto hipócrita a un Código Deontológico que no siempre tenemos en cuenta.

### CONDUCCIÓN DE AUTOMÓVILES:

#### Conductores viejos

American Medical News ha publicado un artículo sobre el papel de los médicos en el asesoramiento a conductores ancianos:

([www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/amn\\_03/edsa0714.htm](http://www.ama-assn.org/sci-pubs/amnews/amn_03/edsa0714.htm)). En el mismo artículo se citan dos links de interés, a los recursos de la AMA sobre seguridad de conductores ancianos ([www.ama-assn.org/ama/pub/category/8925.htm](http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8925.htm)) y otro a la página de la National Highway Traffic Safety Administration con información a conductores ancianos (<http://www.nhtsa.dot.gov/people/injury/olddrive/>), que contiene consejos para personas con problemas básicamente oculares. Clinical Geriatrics ha publicado otro artículo, sobre valoración médica del conductor anciano que incluye un apartado "neuropsicológico": ([www.mmhc.com/engine.pl?station=mmhc&template=cgfull.html&id=350](http://www.mmhc.com/engine.pl?station=mmhc&template=cgfull.html&id=350)).

## Efecto de la actividad mental sobre la conducción

Un estudio realizado en España, publicado en la relevante revista *Journal of Experimental Psychology, Applied* ([www.apa.org/journals/xap.html](http://www.apa.org/journals/xap.html)), y muy comentado en los medios de comunicación, ha demostrado que la actividad o el esfuerzo mental puede interferir en la eficacia al volante ([www.apa.org/journals/xap/press\\_releases/june\\_2003/xap92119.pdf](http://www.apa.org/journals/xap/press_releases/june_2003/xap92119.pdf)).

## CONFIDENCIALIDAD Y SECRETO:

### Bases de datos centralizadas

En nuestro último número nos hicimos eco de la controversia que ha despertado el sistema Osabide del Servicio Vasco de Salud-Osakidetza con su base de datos clínicos centralizada. Recientemente la Comisión de Libertades Informáticas (CLI), la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (SCMFIC), la Red Española de Atención Primaria, la Plataforma Diez Minutos, la Sociedad Española de Médicos Generalistas (SEMG) y la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (FADSP), bajo el auspicio de la Organización Médica Colegial (OMC) han presentado un 'Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico', en unas jornadas en las que como se recoge en este enlace de *Diario Médico*:

(<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,311277,00.html>) y en *El Médico* se ha alertado sobre los peligros que conllevan las bases de datos centralizadas. Por cierto, que se ha sabido que la Agencia de Protección de Datos ha abierto un procedimiento de infracción a Osakidetza por el proyecto "Osabide". El expediente no cuestiona el sistema, sino que se debe a cuestiones técnicas sobre la gestión de incidencias y soportes externos así como al registro de acceso.

### Una visión británica de la Confidencialidad

La revista *Advances in Psychiatric Treatment* publicó en 2002 un artículo, recientemente accesible también para no suscriptores, sobre confidencialidad y seguridad de la información en la práctica clínica psiquiátrica (<http://apt.rcpsych.org/cgi/content/full/8/4/291>). También puede ser interesante el documento del Royal College of Psychiatrists titulado "Good psychiatric Practice: Confidentiality", accesible de igual forma a texto completo: ([www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/council/cr85.pdf](http://www.rcpsych.ac.uk/publications/cr/council/cr85.pdf)).

### ¿Quién debe ser el árbitro de la intimidad personal de los pacientes?

En la sección de Tribuna de *Diario Médico*, Carmen Sánchez Carazo ha publicado un artículo en el que aborda la espinosa cuestión del acceso a los datos de la historia clínica por instancias judiciales. La

autora aboga porque en los casos en que el paciente no autorice expresamente la entrega de su historia al Juez se debería solicitar que se explicita a qué parte de la historia se desea acceder. A su juicio, la autoridad judicial no es árbitro de la intimidad de los pacientes, sino que ello recae en el propio paciente y en el centro asistencial que elaboró la historia y en que está depositada.

## CONSENTIMIENTO, INFORMACIÓN, COMPETENCIA E INSTRUCCIONES PREVIAS

Los pacientes que solicitan el alta voluntaria asumen los riesgos. Según recoge *Diario Médico*, una sentencia de la Audiencia Provincial de Valencia ha manifestado que el enfermo que pide el alta voluntaria asume las complicaciones derivadas del tratamiento incompleto de su enfermedad (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,368690,00.html>). A la luz de la nueva Ley 41/2002 (<http://www.psiquiatrialegal.org/leyorganicareguladora.htm>), sin embargo, parece difícil el alta voluntaria por negativa al tratamiento, ya que este texto legal establece que "el hecho de no aceptar el tratamiento prescrito no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos". En *Psiquiatría*, en todo caso, ante una demanda habría que poder demostrar que tras una evaluación del paciente se le consideró competente para solicitar el alta voluntaria.

### Más comentarios a la Ley 41/2002

En este caso, un artículo que trata acerca de Derechos y Obligaciones en materia de autonomía privada, información y documentación clínica, (<http://www.indret.com/php/contadordownload.php?idA=490&t=2&id=cas&var=138.pdf>), por Joan C Seuba Torreblanca y Sonia Ramos González, de la Facultad de Derecho de la Universitat Pompeu Fabra, publicado en la revista *InDret*.

### Capacidad de comprensión del menor

Recogemos de *Diario Médico* un comentario del magistrado de la Sala de lo Contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Murcia, Joaquín Moreno Grau, en el sentido de que corresponde al médico valorar la capacidad de comprensión del menor para tomar decisiones autónomas (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,366835,00.html>). En su opinión el nuevo texto modifica notablemente el concepto previo sobre la capacidad de toma de decisiones del menor, ampliándolo notablemente.

### Consentimiento informado y correo electrónico

La Telemedicina aporta interrogantes y riesgos importantes, casi siempre ligados a la confidencialidad.

Diario Médico recoge que según el Servicio de Responsabilidad Profesional del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona para comunicarse con los pacientes a través de correo electrónico es necesario informarles y obtener su consentimiento informado, aclarando su finalidad, riesgos y posibles beneficios (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,298383,00.html>). Así se desprende de un informe, titulado Las nuevas tecnologías en la medicina. El correo electrónico.

### Derechos Humanos y Bioética

Esterilización de asociales: Un artículo de Muñoz Conde en la Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología ([http://criminet.ugr.es/recpc/recpc\\_04-05.html](http://criminet.ugr.es/recpc/recpc_04-05.html)).

### ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y VICTIMOLOGÍA:

#### TEPT en ancianos

A partir del caso de una superviviente de un campo de concentración nazi, Clinical Geriatrics revisa en un breve artículo el trastorno por Estrés Posttraumático en ancianos: ([www.mmhc.com/engine.pl?station=mmhc&template=cgfull.html&id=376](http://www.mmhc.com/engine.pl?station=mmhc&template=cgfull.html&id=376)), con especial hincapié en su abordaje farmacológico. El artículo invita a visitar la web del National Center for Posttraumatic Stress Disorder (<http://www.ncptsd.org/>).

#### Dudas sobre la eficacia del abordaje psicológico inmediato al trauma

Son las que levanta un trabajo británico (<http://uk.news.yahoo.com/030626/12/e39y7.html>) que ha revisado las políticas de *counselling* y *debriefing*. Merecerá la pena tenerlas en consideración en una época en la que desde muchos servicios sanitarios se están diseñando políticas de intervención psicológica ante desastres.

#### Alteraciones cerebrales y Estrés Posttraumático

Un trabajo publicado en 'Proceedings of the National Academy of Sciences' en el que se siguió a 25 supervivientes del atentado con gas sarín ocurridos en el metro de Tokio en 1995, nueve de los cuales afectados habían desarrollado Trastorno por Estrés Posttraumático, ha encontrado en los afectados una reducción del córtex cingulado anterior. El volumen neuronal perdido guardaba relación con la gravedad del cuadro. No se ha podido determinar si el hallazgo es consecuencia del trauma o si se trata de un factor de vulnerabilidad.

### LEGISLACIÓN

Juicios rápidos: En el Diario de Noticias hay publicado un interesante monográfico sobre los Juicios Rápidos ([http://publicaciones.laley.net/noticias/monograficos/Diario\\_de\\_Noticias\\_Especial\\_Juicios\\_Rapidos\\_2002.pdf](http://publicaciones.laley.net/noticias/monograficos/Diario_de_Noticias_Especial_Juicios_Rapidos_2002.pdf)).

cias/monograficos/Diario\_de\_Noticias\_Especial\_Juicios\_Rapidos\_2002.pdf).

### RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:

#### Importancia de las reclamaciones

Según se recoge en Diario Médico, un 17% de los médicos se han visto implicados alguna vez en algún proceso judicial: (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,301401,00.html>), al tiempo que las reclamaciones presentadas por cuestiones médicas, han aumentado nada menos que un 859% en las dos últimas décadas. En este contexto y a pesar de su sesgo social y cultural resulta interesante un artículo del Cleveland Clinic Journal of Medicine que recomienda lo que un médico debe hacer y no debe hacer si es objeto de una demanda: (<http://www.ccjm.org/pdf/Culley1002.pdf>).

El problema no es trivial, sobre todo si se tiene en cuenta que asistimos a una auténtica espantada de las aseguradoras de un mercado, el de la responsabilidad civil de los sanitarios, que amenaza con resultar ruinoso (hay un interesante informe de El Médico al respecto). Paralelamente, la Asociación el Defensor del Paciente (ADEPA), reclama el endurecimiento de las penas previstas para las negligencias médicas ([http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2003/06/02/salud\\_personal/1054566029.html](http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2003/06/02/salud_personal/1054566029.html)) y en su tarea reivindicativa puede aventar un aumento aún mayor de las reclamaciones.

Hay que reseñar, aunque se refiera a una demanda en Ginecología, una sentencia de la Audiencia Provincial de Toledo que establece que la historia clínica y los informes periciales, así como el seguimiento de los protocolos, son las mejores armas que puede usar el médico en su defensa.

Igualmente merece la pena destacar un Informe sobre Responsabilidad legal en Medicina Familiar y Comunitaria: ([www.elmedicointeractivo.com/informes\\_ext.php?idreg=36](http://www.elmedicointeractivo.com/informes_ext.php?idreg=36)) que puede encontrarse en El Médico.

#### La inhabilitación profesional no da derecho a cobrar el paro

Así lo ha determinado en una sentencia recogida por Diario Médico ([www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,312245,00.html](http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,312245,00.html)) el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. La sanción penal, según la sentencia, no extingue la relación del facultativo con su empresa sanitaria (en este caso, el Servicio Andaluz de Salud), sino que la suspende.

#### La Ley 41/2002 y las reclamaciones

El Médico reseña unos comentarios del abogado Javier Sanchez Caro ([http://www.elmedicointeractivo.com/noticias\\_ext.php?idreg=1575](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=1575)), anterior responsable de los servicios jurídicos del Insalud acerca

de las nuevas obligaciones que acarrea al médico la Ley 41/2002 en materia de información al paciente y de documentación clínica. En su opinión estas obligaciones "suponen un nueva dimensión en la actividad asistencial y, entre otras derivaciones, una potencial herramienta en manos de los pacientes a la hora de plantear denuncias y reclamaciones". Como contrapunto, planteó que el nuevo texto legal les confiere "más poder".

## SALUD LABORAL:

### Fatiga crónica e incapacidad laboral

Leemos en Diario Médico (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,315011,00.html>) que un Juzgado de los Social de Barcelona ha concedido una incapacidad absoluta a una mujer cuyas lesiones, según la sentencia, son "Síndrome de fatiga crónica postinfección por virus de Epstein-Barr y citomegalovirus, grado II-IV". La reclamante solicitaba el reconocimiento de incapacidad permanente absoluta derivada de enfermedad profesional que padecía, subsidiariamente de enfermedad común. Según la sentencia emitida, las dolencias de la reclamante le impiden ciertamente realizar su actividad laboral habitual como enfermera, así como cualquier otro tipo de actividad profesional, ya que tiene pérdida de memoria, trastornos visuales e insomnio, debilidad muscular y disminución de la volición.

### Más sobre Mobbing

Como en otras ediciones del Newsletter, asistimos al éxito de la idea de mobbing y a su irrupción en la escena judicial. La lectura de Diario Médico nos aporta, semana tras semana, datos muy interesantes que merece tener en cuenta. Pablo Aramendi, magistrado - juez titular del Juzgado de lo Social número 33 de Madrid, publicó un comentario sobre la delimitación del concepto de mobbing ([www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,311816,00.html](http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,311816,00.html)), invitando a que se diferencie claramente entre lo que es el acoso moral (o mobbing propiamente dicho) y un acoso laboral más propio de un "jefe tirano" que no cumple esos requisitos.

Otra sentencia del Juzgado Número 7 de lo Social de Murcia, disponible en [http://webs.uvigo.es/dtyss/sentencias060503.htm#\\_Toc39991284](http://webs.uvigo.es/dtyss/sentencias060503.htm#_Toc39991284), profundiza también en la diferencia entre acoso moral y lo que denomina "tensiones laborales".

A esta matización podemos unir otro valioso artículo publicado en Diario Médico y ya comentado en nuestro número anterior, acerca de lo que los magistrados consideran como mobbing (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,291049,00.html>). Estas importantes contribuciones pueden ayudar a dar rigor y seriedad a un concepto con un éxito reciente excesivo, como lo prueba el hecho de que se haya afirmado que el mobbing aumentó un 200 por ciento en el segundo semes-

tre del año 2002 (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,292973,00.html>).

### Burnout, Enfermedad laboral y sanitarios

El llamado 'burnout' y el estrés laboral al que están sometidos los profesionales de la atención sanitaria es un problema al que se está concediendo una creciente atención. Destacamos unas noticias recientes al respecto. Diario Médico llama la atención sobre el hecho de que el 'burnout' sanitario puede convertirse en una enfermedad profesional ([www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,306069,00.html](http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,306069,00.html)), por lo que es preceptiva la formación para su prevención. Dos nuevas decisiones judiciales recientes abundan en esta consideración:

Un Juzgado sevillano ha dictado una sentencia que reconoce como accidente de trabajo ([www.elmedicointeractivo.com/noticias\\_ext.php?idreg=1763](http://www.elmedicointeractivo.com/noticias_ext.php?idreg=1763)) el fallecimiento por infarto agudo de miocardio de un médico de Atención Primaria, al que en su momento se le había diagnosticado un caso de 'burnout' como consecuencia de su trabajo en un centro de salud. En la sentencia se destaca el hecho que "el personal de Atención Primaria invierte una gran cantidad de tiempo en una involucración intensa con los pacientes y compañeros de trabajo" y que "frecuentemente, la relación con el paciente conlleva problemas psicológicos y socioeconómicos que complican la solución del problema médico del enfermo". Incluso se afirma que "el estrés es parte intrínseca del sistema de Atención Primaria".

Por su parte, el Juzgado de lo Social Número 1 de Alicante ha sentenciado que un FEA de cuidados intensivos se encuentra en una situación de incapacidad permanente absoluta para todo tipo de trabajo: ([www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,310548,00.html](http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,310548,00.html)). El fallo afirma que "el médico padece una depresión grave derivada de accidente laboral", en este caso 'burnout'.

Por último, una sentencia del Juzgado Social número 7 de Granada, que recoge Diario Médico, estima que una baja motivada por una situación de presión laboral que dio lugar a un cuadro de ansiedad y depresión constituyó un accidente de trabajo.

## SUICIDIO:

### Suicidio en residencias de ancianos

En un estudio llevado a cabo en la Comunidad Autónoma de Canarias (<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.resumen?pid=13049080>), se ha encontrado una tasa relativamente alta de suicidios en residencias de tercera edad, con un alto grado de eficacia, evidenciado por una tasa de suicidios consumados respecto de tentativas en torno a 1:1 (Anía BJ, Chinchilla E, Suárez-Almenara JL, Irurita J. Intentos de suicidio y suicidios consumados por los ancianos de una residencia. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003; 38: 170-4).

## Suicidio y antidepresivos

El American Journal of Psychiatry publicó el pasado mes de abril un artículo sobre el riesgo relativo de suicidio con diferentes familias de antidepresivos (<http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/content/abstract/160/4/790>). Para ello, analizó los datos de la FDA estadounidense referidos a ensayos clínicos con nueve antidepresivos de nueva generación, encontrando tasas de suicidio comparables en pacientes que habían tomado antidepresivos nuevos, clásicos o placebo.

## Riesgo de suicidio al alta hospitalaria

El Journal of Clinical Psychiatry ha publicado recientemente un trabajo realizado en Hong-Kong acerca del riesgo de suicidio tras alta psiquiátrica ([http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list\\_uids=12823086&dopt=Abstract](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12823086&dopt=Abstract)) (en este caso, de unidades en hospitales generales). Aunque probablemente sus hallazgos no pueden generalizarse a nuestro medio, se apreció un elevado riesgo de suicidio durante el primer año de alta, en especial en el primer mes. El riesgo era mayor en mujeres y adultos jóvenes y no estaba ligado a diagnósticos específicos (Ho TP. The suicide risk of discharged psychiatric patients. J Clin Psychiatry 2003; 64: 702-7).

## TOXICOMANÍAS:

### "Placebo alcohólico"

Dos psicólogas neozelandesas han demostrado que pensar que se ha tomado bebidas alcohólicas puede afectar la memoria y el juicio al igual que una intoxicación. El estudio fue resumido en El Mundo Salud (<http://elmundosalud.elmundo.es/elmundosalud/2003/07/04/medicina/1057319415.html>). (Assefi SL, Garry M. Absolut memory distortions: alcohol placebos influence the misinformation effect. Psychol Sci 2003;14: 77-80)

## Pruebas de alcoholemia

Recogemos un artículo de la abogada Aurelia María Romero publicado en la revista El Peritaje Médico Forense sobre Presunción de Inocencia y Pruebas de Alcoholemia: ([www.peritajemedicoforense.com/AURROMERO1.htm](http://www.peritajemedicoforense.com/AURROMERO1.htm)).

## VIOLENCIA:

### Percepción alterada en asesinos psicópatas

Un reciente artículo de la revista Nature ha puesto en evidencia asociaciones cognitivas anormales acerca de la violencia en asesinos psicópatas: ([http://www.nature.com/cgi-taf/DynaPage.taf?file=/nature/journal/v423/n6939/abs/423497a\\_fs.html](http://www.nature.com/cgi-taf/DynaPage.taf?file=/nature/journal/v423/n6939/abs/423497a_fs.html)). Hemos visto que se publicó también un comentario en el

Diario Médico: ([www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,302137,00.html](http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,302137,00.html)).

## VARIOS:

### Peritajes

Una sentencia del Tribunal Supremo recogida en Diario Médico, establece que el informe del Forense es válido para una incapacitación civil (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,302462,00.html>), ya que aunque no tenga la especialidad de psiquiatría dispone de los conocimientos necesarios para detectar las anomalías psíquicas de una persona.

También en Diario Médico encontramos que un Juzgado de Oviedo ha establecido que realizar una prueba pericial exige comprobar el estado del paciente (<http://www.diariomedico.com/edición/noticia/0,2458,302102,00.html>) y que los informes periciales no vinculan a los tribunales.

## Páginas Web

Tribunal Supremo: [www.poderjudicial.es/tribunalsupremo](http://www.poderjudicial.es/tribunalsupremo). La página del Tribunal Supremo Español permite una visita guiada a la exposición, y cuenta con una amplia sección de jurisprudencia. Destaca asimismo su sección de biblioteca y documentación y sus vínculos a páginas de instancias y publicaciones judiciales.

## Congresos

XII Congreso Nacional de Psiquiatría Legal. Criminalidad, Psiquiatría y Ley. Almagro, 12, 13 y 14 de noviembre de 2003.

## Revistas

Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología. Artículos de temática jurídica y ética, de autores de prestigio. Accesible a texto completo, cuneta también con una sección de vínculos a revistas jurídicas y criminológicas en internet: (<http://criminnet.ugr.es/recpc>).

## Libros

Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments, Second Edition, de Thomas Grisso, con Randy Borum, John F. Edens, Jennifer Moye, and Randy K. Otto. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, 2003, 541 páginas.

Segunda y recentísima edición de Evaluating Competencies: Forensic Assessments and Instruments de Thomas Grisso. Como en la primera edición, de 1986, revisa varias áreas: competencia para ser juzgado, valoración de actos criminales, capacidad para parentalidad, tutela, consentimiento informado, introduciendo nuevos instrumentos y mecanismos de valoración. Al margen de la validez de los instrumentos en nuestro medio, el libro es muy útil como guía en la valoración de diferentes capacidades.