

## **INTRODUCCIÓN**

La atención prehospitalaria de urgencias\* en España ha tenido un gran desarrollo en los últimos 10 años, a distintos niveles (formativos, tecnológicos, desarrollo de mejores recursos humanos,...) mejorando de esta manera la eficacia de estos servicios. Se han dado también pasos importantes a nivel de coordinación con otros tipos de servicios (policía, bomberos, equipos de voluntarios,...). Pero aun quedan pasos importantes que dar en cuanto a los aspectos legales se refiere.

Desgraciadamente, muchas de las leyes\* que se establecen, responden a un tiempo indeterminado de demanda de resolución de un vacío legal identificado en la practica; es decir, es el resultado de una practica asistencial caótica anterior o una asistencia aceptada, pero sin una base legal que la respalde.

Esto provoca una inseguridad en el personal sanitario importante, sobretodo cuando es necesario actuar en situaciones de déficit estructurales, situaciones que requieren una actuación rápida, situaciones de riesgo vital\* para los pacientes o situaciones ante patologías en las que se prevé una disminución final de la calidad de vida de la persona o de la supervivencia de esta; como en la asistencia prehospitalaria.

Es necesario tener en cuenta que el personal sanitario de urgencias Extrahospitalarias (todos los posibles niveles asistenciales de los distintos servicios sanitarios que actúan en el área prehospitalarios) por circunstancias varias son "Blanco fácil", "carne de reclamación" ante los usuarios de estos servicios sanitarios.

Es por ello que , mediante este trabajo, hemos intentado realizar una revisión bibliográfica sobre todas las leyes, derechos y penas a los que nos encontramos sometidos los sanitarios (más concretamente la enfermería) en nuestra actividad asistencial. De la misma manera, una vez que conocimos este marco en el que nos encontramos, nos dimos cuenta de la necesidad de analizar y poner de manifiesto, de forma clara, algunos de los vacíos legales pendientes de aclarar; dilemas que se han resuelto pero no conocemos adecuadamente, cuestiones que no se encuentran reflejadas en las leyes y otros pasos legales que quedan por dar para proporcionar un marco legal de trabajo estable y seguro para los profesionales.

Hemos querido también resaltar que si ya es difícil encontrar bibliografía adaptada sobre este tipo de temas en España, cuando se intenta investigar sobre los temas legales de las urgencias prehospitalarias en enfermería la cosa se complica bastante más. Esto también nos ha permitido descubrir que de todos los profesionales que trabajan en este tipo de servicios, el sector menos valorado por la ley es la enfermería.

## **RESUMEN**

En este trabajo queremos presentar una guía\* rápida y sencilla del marco legal en el que la enfermería lleva a cabo su labor asistencial, así como aquellos deberes y derechos que nunca debe olvidar para con el paciente.

Fruto de este conocimiento legal, presentamos también una serie de soluciones, rescatadas de una revisión bibliográfica intensa, sobre distintos dilemas problemas legales que se nos pueden presentar; y en caso de haberlas las soluciones que plantean para algunos grupos de expertos en la materia. Para alguna de ellas no hemos encontrado conclusión ni discusión; simplemente no se han planteado. Es el caso de la no existencia de una normativa, ley, protocolo\* o instrumento legal que defina de una manera lógica y basada en la realidad asistencial las funciones de enfermería.

En este caso demandamos enérgicamente una aplicación legal de este concepto que nos de autonomía en el ejercicio de nuestra profesión; es decir, que la realización o adjudicación de ciertas competencias muchas veces termina siendo limitado por el talante personal del licenciado que te acompaña en cada momento.

**PALABRAS CLAVE :** Conceptos, problemas y dilemas Legales Enfermería Atención Prehospitalaria de Urgencias.

## **MARCO TEÓRICO**

El marco teórico en el que se encuadra esta revisión bibliográfica coincide con el marco legal de las urgencias sanitarias extrahospitalarias en España. Esta marco se viene delimitado por las siguientes leyes o instrumentos legales.

### **Leyes generales**

- Código Penal (Partiendo desde el I ultimo texto reformado): Nos aclara todas aquellas acciones u omisiones que se encuentran penadas por la ley, así como los castigos ante estas acciones, bien sea con consecuencia penal (Si la acciones encierran responsabilidad penal) así como los castigos ante acciones que suponen una consecuencia civil (Si las acciones responsabilidad civil).
- Ley General de Sanidad. Nos describe la estructura básica del Sistema de Sanidad Español y las relaciones que tienen con otros sistemas del Estado. Su importancia radica en que es la Ley central en la que se apoyan la mayoría de las leyes, Decretos, Resoluciones,... en el momento actual.
- Código civil: Encierra todos aquellos derechos y deberes de los ciudadanos a tener en cuenta.
- Código Deontológico de Enfermería: Nos describe las acciones y actitudes que deben caracterizar al profesional de enfermería para con el paciente y el equipo con que trabaja, para cualquier sector en el que trabaje.
- Ley 41/2002 de 14 de Noviembre, ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en documentación clínica.
- Ley 27-10-1979, num.30/1979, sobre extracción y transplante de órganos.
- Ley Organica1/1982, de 5 de Mayo, de protección civil de derecho al Honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.
- Ley 55/2003, de 16 de diciembre, por la que se aprueba el Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud.
- Ley 44/2003, 21 de noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS).

## Leyes del Estado

- Real Decreto 1231/2001, Estatutos de Organización Colegial de Enfermeras de España.
- Resolución de 27 marzo 2002, Aprueba carta de servicios de Organización nacional de Transplantes. BOE 265, de 5-11-2001.

## Leyes de Comunidades Autónomas

- Comunidad de Madrid: Ley 12/2001 de 21 diciembre, Ordenación de la Sanidad. BOCM 306, de 26-12-2001 y Decreto 5/2002 de 17-1, Composición y funcionamiento de la Agencia de formación, investigación y estudios sanitarios. BOCM 17, DE 21-1-2002.
- También se han tenido en cuenta opiniones de leyes de otras comunidades autónomas, pero no se han estudiado en profundidad, solo se han tenido en cuenta apreciaciones en forma de opinión de expertos.
- Ley 4,2000 de 8 de Mayo, SOBRE Funciones del personal de transporte sanitario de la CAM.

## ANÁLISIS DE LOS DATOS RECOPIADOS (ASPECTOS LEGALES QUE ATañEN A LAS URGENCIAS PREHOSPITALARIAS)

Todas la leyes comentadas con anterioridad en el Marco teórico son derivadas de la Ley Orgánica, que mana directamente de la Constitución Española y se encuentran reflejadas en el Código penal y Código Deontológico de las distintas profesiones.

De esta manera nos vamos a profundizar en los puntos de estas dos herramientas en las cuales encontramos los actos y omisiones castigados por la ley así como sus repercusiones y la actitud preferible de la enfermería en cuanto a las acciones mas habituales en la practica enfermera; a través de la segunda.

Es necesario aun así saber y tener clara que existen distintos tipos de responsabilidad ante la ley, dependiendo de la esfera en la que se valore dicho acto. Encontramos:

- Responsabilidad civil. (Descrita a través de código civil, sobre derechos y deberes de los ciudadanos).
- Responsabilidad administrativa (Se deriva del carácter que se puede tener como funcionario o al servicio de un ente público). No es relevante para los hechos que vamos a tratar.
- Responsabilidad penal (Descrita a través del código penal).
- Responsabilidad laboral (Se dirige a los trabajadores por cuenta ajena y se encuentra descrito en el Estatuto de los Trabajadores). No es relevante para los hechos que vamos a tratar en este trabajo.
- Responsabilidad corporativa o colegial (Descritas por los códigos de los distintos profesionales).

## Código civil

Está en relación directa con el daño generado y es susceptible de aseguramiento, a diferencia de la responsabilidad penal.

### Modalidades:

- Responsabilidad contractual: relación preexistente entre la enfermera y el paciente a través de un contrato. Se cobran unos honorarios exigiéndose a cambio un servicio, unos cuidados, que se prestará con diligencia, pericia y medios adecuados.
- Responsabilidad extracontractual: se genera sin la existencia previa de ningún compromiso y se produce mediando la culpa o negligencia sin intención de causar daño.

Para que pueda apreciarse responsabilidad extracontractual, es preciso que, como nos volveremos a referir en las imprudencias, exista acción u omisión voluntaria y negligente que suponga infracción del deber, que haya una producción de un daño material, corporal y /o moral y que haya relación de causalidad entre la actuación negligente y el daño causado, que debe ser demostrada con certeza o fuerte presunción.

## Código penal

Como en el caso de la disposición posterior, nos vamos a referir solo a aquellos artículos que tengan mayor interés en las urgencias y emergencias extrahospitalarias y que tengan interés para los dilemas o problemáticas que, en otros apartados vamos a presentar.

Todos aquellos conceptos señalados con un \* se encuentran descritos en el apartado de glosario según la definición del propio código penal.

En cuanto al título preliminar del código, es necesario tener presente según el Art. 4 describe, este código tiene una característica importante; se encuentra en continua complementación y renovación, ya que si un juez, valora una acción que no se encuentra delimitada por el código y cree que merece un castigo, puede informar al Gobierno sobre ella y esta si lo cree oportuno introducirla en alguna reforma posterior. Con lo cual es importante que todos los profesionales estemos informados sobre las distintas sentencias que se anuncian con carácter especial y todas aquellas reformas que se aplican sobre el código penal.

Es importante saber que el código anuncia en el Art. 5 que no hay pena sin dolo o imprudencia y como ya hemos dicho con anterioridad, La Ley penal solo es aplicable cuando el sujeto realiza una acción penada u omite el acto que esta obligado a realizar (Art7).

El código diferencia dos tipos de actos:

- Delitos.
- Faltas.
- Omisión.

Según este orden también se penarán con mayores o menores penas.

Solo considerará los delitos o faltas las acciones que produzcan dolor, pérdida o sean acciones imprudentes.

No obstante se equiparan las penas de delitos o faltas a la de omisión a la acción cuando:

1. Exista obligación legal o contractual de actuar.
2. Cuando el omitente haya realizado con anterioridad otras omisiones.

Se considera infracción penal:

Art. 14 Todas aquellas daños producidos por un "error invencible" (por ejemplo; la rotura de una costilla durante el mantenimiento de las maniobras de RCP en un lugar que no reúne las condiciones adecuadas) no será penado, mientras que en el caso contrario se aplicarían penas de falta).

Art. 15 Solo se castiga aquellos delitos realizados completamente, menos todos aquellos intentos que vayan contra las personas. Es importante tenerlo en cuenta en la urgencia extrahospitalaria ya todas las acciones o intentos se van a dirigir sobre una o varias personas.

Art. 16 Se considera tentativa siempre que se realice el acto o parte de este, pero queda exenta de pena todo el que intenta o consigue evitar la tentativa, así como si se desiste a tiempo de la acción que se pretendía realizar. Para un equipo multidisciplinar es muy relevante este hecho, de manera que invita a la enfermería a realizar sus tareas y a tomar conciencia y valorar las tareas de sus compañeros, en el caso de que sean erróneas. Además también podremos extrapolar una cuestión importante que es la necesidad de la enfermería de conocer el por qué y el manejo de las distintas actuaciones, sean realizadas o no por ella, en el ámbito prehospitalario.

En cuanto a las causas que eximen de la responsabilidad civil, aclara algún concepto comentado con anterioridad, como es el caso de una persona que intenta evitar un daño a otra persona: fundamentalmente, quedan exentos de esta responsabilidad las personas que no hayan actuado por:

1. Encontrarse en riesgo de agresión ilegítima (protección personal).
2. Para evitar el mal a otra persona o a la propia persona porque el mal que se puede causar es mayor que el que se pueda evitar.
3. En caso de obrar cumpliendo un deber legítimo según tu profesión.

Son las únicas razones de exculpación que existen ante un delito de omisión en el caso de un profesional de la salud debidamente cualificado.

Art. 21 No exculpan de responsabilidad criminal, pero atenúan su pena (penas menores) aquellas personas que no conozcan el procedimiento judicial o que una vez causado el daño intenten repararlo.

Art. 22 Todo lo contrario del capítulo 21. Añadiendo el aumento deliberado de sufrimiento de la víctima o padecimientos innecesarios. Este hecho como veremos en capítulos posteriores parece no tener fundamento para nuestra profesión ya que, supuestamente no va a existir nadie que quiera hacer daño deliberadamente a un paciente, pero si incurrimos en él cuando caemos en el tópico del imperativo tecnológico; por ejemplo cuando buscamos a costa de cualquier precio y a pesar de tener certezas que nos indican lo contrario, seguimos manteniendo maniobras de RCP o realizando otro tipo de técnicas.

Art. 27 y 28 Son responsables criminales de delitos y faltas los autores y cómplices; considerando como autores los que realizan el acto, ayudan o inducen a su realización.

Art. 33 Entre otras acepciones describe se describe como pena grave la que comprende:

- Prisión superior a tres años.
- Inhabilitación profesional absoluta.
- La suspensión de empleo y cargo público por un tiempo superior a tres años.

Penas menores:

- Prisión de 6 meses a 3 años.
- Inhabilitaciones profesional hasta por 3 años.
- La suspensión de empleo y cargo público hasta 3 años.

Penas leves:

- La multa de 5 días a 2 meses.
- El arresto de 1 a 6 fines de semana.
- Los trabajos en beneficio de la comunidad.

Art. 40, 42 y 45 Las penas de inhabilitación absoluta son penas privativas de derechos y se pueden ejecutar siempre y cuando el delito tenga relación con tu actividad profesional. Solo tienen vigencia durante el tiempo de la condena a no ser que sea de carácter absoluto.

En el capítulo de penas accesorias, encontramos el Art. 57 en el que habla sobre la posibilidad siempre que el Juez lo estime oportuno, de que, junto otros delitos o falta se integre el delito de falta contra la intimidad de la persona; atendiendo a la gravedad de los hechos pueden aumentar la pena hasta 5 años. Este no tiene ningún valor por sí misma para el ámbito en el que nos encontramos pero puede hacernos pensar en la importancia que tiene, también ante la urgencia extrahospitalaria, valorar e intentar en todo momento proporcionar intimidad al paciente al que socorremos.

Art. 109 Junto con la pena judicial, existe también la posibilidad (en cuanto los profesionales de la salud prácticamente siempre va a existir esta posibilidad ya que trabajamos con personas) de denunciar los hechos ante la Jurisdicción civil para exigir responsabilidad civil.

Art. 110 La pena en este caso puede ser; bien en forma de indemnización por pérdidas materiales, reparación del daño o restitución de lo perdido.

Este artículo tiene su importancia unido al Art. 116 en el que se nos dice que toda persona criminalmente responsable de un delito o falta es también responsable civilmente de todos los daños derivados del mismo. Con lo cual siempre que nos pongan una pena judicial tendremos también un deber civil. La mayoría de los seguros colegiales nos cubren estas indemnizaciones que suelen ser económicas, pero no cubren las responsabilidades penales; y aun así para las primeras tienen un límite definido a pagar mientras que las indemnizaciones por las penas no suelen tener límites y son proporcionales al daño causado.

Como indica el Art. 121 La Comunidad Autónoma o provincia, en algunos casos, y siendo la persona que realiza el delito civil funcionario y siempre que la lesión sea consecuencia directa del funcionamiento o datación de los servicios públicos realizará la indemnización por el trabajador. Por ejemplo: Al meter una camilla estropeada en la ambulancia, la mano de la persona queda atrapada.

En caso de homicidio, Art. 142 En caso de homicidio profesional se unirán varias penas: penas civil con indemnización, inhabilitación para su cargo y prisión de 1 a 4 años.

Art. 143 También será castigado con una pena menor el que induzca al homicidio o coopere en el.

En caso de aborto Art. 146 a causada de una imprudencia profesional grave se incluirán las penas de responsabilidad civil, inhabilitación para el ejercicio de la profesión y un arresto domiciliario que puede oscilar entre 12 y 24 fines de semana.

Art. 152 y 156 Serán castigados también todas aquellas personas que causen lesiones graves, con penas menores descritas en artículos anteriores además de la inhabilitación profesional y el pago de la responsabilidad civil; siempre y cuando no exista un consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido por el paciente, y que no haya sido obtenido viciadamente. Recordemos de todas formas por artículos anteriores que; en el caso de lesiones producidas por intervenciones en la atención extrahospitalaria, con ausencia de familiares y persona incapaz de decidir por sí misma, nos encontramos cubiertos siempre que haya sido un error inevitable y derivado de una priorización de la vida sobre la lesión. También abala este acto nuestro Código deontológico, como posteriormente veremos.

Art. 158 De la misma manera que en las disposiciones anteriores se encuentran penadas las lesiones a un feto, derivadas de una imprudencia profesional evitable, y tendrán como penas la inhabilitación profesional, pago de responsabilidad civil y de 2 a 8 años de prisión.

La omisión de socorro. Será pues castigada con la inhabilitación, responsabilidad civil y prisión de 6 meses a 3 años siempre que de la negativa de la actuación o el abandono del puesto sanitario se derive un riesgo grave para la salud de una persona. Recordar en este caso también las exclusiones de las penas criminales que hemos comentado al principio de este apartado.

Art. 403 Trata este artículo sobre el intrusismo laboral, al que solo se le aplican penas leves. Define intruso profesional a toda persona que realiza actos propios de una profesión sin tener el título o el grado pertinente para ello. Este artículo es curioso aplicado a la enfermería extrahospitalaria; ya que con hablaremos más adelante, no todas las profesiones tienen definidos "los actos propios de su profesión", no obstante es importante tener en cuenta el artículo anterior sobre la omisión de socorro, al cual si que se le imputan penas mayores.

Por último hablar sobre el artículo 390 que trata sobre la falsificación documental, en el que es necesario resaltar no solo la alteración de algún documento (En el que se encuentran definidos registros de un aviso, electros,...) sino la falta de la verdad en la narración de los hechos. Se encuentra por supuesto la inhabilitación, el pago de la responsabilidad civil y penas de prisión de 2 a 6 años. Esto nos describe la importancia del cuidado a la hora de registrar todas las acciones, cuidados y sucesos que surgen en la actividad profesional.

## **Código Deontológico de Enfermería**

En el capítulo 2 del Código denominado "Deberes de la s enfermeras /os" en el que se hace una descripción sobre los pasos que debería dar la enfermera para conseguir el consentimiento informado , (Art. 7,8,10,11,12) ya sea verbal o escrito del enfermo, de familiares o allegados, ante cualquier intervención de enfermería. También se indica que en el caso de que esa información exceda su compañera deberá remitir a la persona al profesional adecuado. Indica la enfermera es la encargada de valorar que el paciente se encuentra capacitado para entender y comprender la información que se le va a transmitir y en caso de que no lo este, es la encargada de buscar un familiar o allegado que se encuentre capacitado.

Este detalle pierde importancia cuando se trata de una sola intervención de enfermería, pero cuando esta intervención se encuentra dentro de un equipo y una intervención compleja, como por ejemplo una transplante de órganos, la enfermera (que no ha de ser la de actuación en el ámbito extrahospitalario) tiene una función importante.

En el capítulo 3 "Derechos de los enfermos y profesionales de enfermería" encontramos el Art. 16 en el que se nos dice que la enfermera debe tomar la vida como un derecho fundamental y deberá evitar realizar acciones que conduzcan a su menoscabo o que conduzcan a su destrucción. Este artículo es relevante por ejemplo en el caso de la no aplicación de la RCP o el abandono de las maniobras que mas tarde comentaremos. Es un caso clarísimo en que el lenguaje abstracto e ideal del código le hace quedar relegado y supeditado a leyes estatales.

El capítulo 9 "El personal de enfermería ante el derecho que toda persona tiene a la libertad, seguridad y a ser reconocidos tratados y respetados como seres humanos" Art. 50, se nos comenta que en caso de una emergencia la enfermera esta obligada a prestar su auxilios profesional al herido o al enfermo. En situaciones de catástrofe puntualiza que deberá ponerse voluntariamente a disposición de quienes coordinan los programas de ayuda sanitaria. Esto coincide con el código penal, que, como hemos visto anteriormente castiga la omisión de ayuda, sobretodo por parte del profesional cualificado.

Por ultimo, es importante la importancia que se da en el código, sobre un tema que ha quedado reflejado en el código penal y que posteriormente también podremos ver en la practica. Lo comenta en el capítulo 10 "Normas comunes en el ejercicio de la profesión" Art. 57, 58 y 60. Aquí se pone de manifiesto que la enfermera no debe aceptar una responsabilidad que no sea de su competencia, y la hace responsable de todas aquellas actuaciones que pueda ocasionar " pérdida de la salud" si deriva de una falta de conocimientos que debería tener asumidos para el puesto que desempeña o el resultado de la falta de motivación para el reciclaje de conocimientos. No deja de ser una apreciación un tanto subjetiva, ya que sería necesaria definir las responsabilidades de la enfermería en cada ámbito de actuación de manera explicita y además, definir el concepto de salud de manera clara y con aceptación universal; pero es importante resaltar la coincidencia con el código penal de la no aceptación de esta falta de conocimientos.

Por último, hace una afirmación rotunda al final del código en el que deja constancia de la posibilidad de castigo al profesional por incurra a esta responsabilidad disciplinaria siempre que exista comisión, omisión o negligencia en el cumplimiento de sus funciones; es decir se obre de forma contraria a las disposiciones de este Código. De manera que independientemente de la responsabilidad civil y responsabilidad penal el profesional de enfermería podría perder su título si se demostrara el incumplimiento de cualquiera de estos artículos, no estando abalados por otras leyes de carácter mayor.

## DISCUSIÓN (ALGUNOS DILEMAS Y PROBLEMAS LEGALES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL)

Existe un claro vacío referido a la práctica diaria. Los problemas que se pueden plantear en el trabajo diario crean un gran interés, pero existen pocos trabajos que aborden de manera amplia estos temas con respecto a los servicios de emergencia extrahospitalarias; la mayoría son referidos al ámbito hospitalario.

Aquí vamos a realizar un análisis sobre la legislación en cuanto a la donación, trasplante de órganos, consentimiento informado, competencias de la enfermería,... e intentaremos poner de manifiesto las soluciones más efectivas profesional, legal y éticamente hablando. Alguno de estos dilemas son conocidos por la mayoría de los profesionales, con lo cual los expondremos y realizaremos una revisión de la solución o soluciones que la bibliografía nos propone.

### 1º- INICIACIÓN Y /O SUSPENSIÓN DE MANIOBRA DE RCP. IMPERATIVO TECNOLÓGICO.

Con gran facilidad podemos caer en lo que se conoce como "imperativo tecnológico", es decir, hacer todo lo que se puede hacer; que no significa que sea lo que se debe hacer. También en estas situaciones es posible que actuemos por miedo a una negligencia legal o una reclamación posterior, ya que en la mayoría de las veces realizamos nuestro trabajo en lugares públicos abiertos.

Como en toda actuación se debe mirar por los beneficios y riesgos así como por los resultados, por ello no siempre se debe realizar RCP a un paciente en parada cardiorrespiratoria; sobretodo, cuando el único objetivo es prolongar la vida a cualquier precio.

En el ámbito hospitalario existe el deber de informar al paciente y/o familiares sobre su diagnóstico, tratamiento, expectativas .... es decir, la obtención del consentimiento informado. Pero en el ámbito de la emergencia extrahospitalaria donde el profesional se enfrenta al hecho de decidir sin tener en cuenta la voluntad del paciente, solo podemos actuar basándonos en el presunto beneficio. Se aplica lo que se llama principio de beneficencia (es el que busca el mayor beneficio para el enfermo y no el de otros), en contra del principio de autonomía (es el principio del respeto a las opiniones de las personas).

En este caso existe la opción de que el paciente haya dejado instrucciones en lo que se conoce como testamento vital, como son las llamadas órdenes de no reanimación (ONIR).

Si aplicamos el principio de justicia (en el cual nos basamos para repartir equitativamente y de forma eficaz los recursos sanitarios), quiere decir que todo aquel que se pueda beneficiar de una RCP debe tener acceso a ella. En cambio el consejo internacional establece que sólo deben iniciarse tales maniobras ante aquellos pacientes que sufran, inesperadamente la obstrucción de la vía aérea y ausencia de pulso, entendiéndose que la PCR debe ser abrupta y potencialmente reversible y no por consecuencia de una enfermedad terminal.

De todo esto se concluye que no se debe iniciar RCP (en el ámbito extrahospitalario):

- Si la práctica de la RCP supone un riesgo para los reanimadores o retrasa la atención a otras víctimas de catástrofe con mayor posibilidad de supervivencia (supuesto de fuerza mayor o de estado de necesidad).
- Si se tiene la seguridad de que la víctima lleva más de 10 minutos en parada, no siendo resultado de una hipotermia, intoxicación por barbitúricos o electrocución.
- Si se presenta a los reanimadores una ONIR válida.

Deben ser suspendidas:

- La asistolia se prolonga más de 30 min a pesar de la aplicación adecuada y continua de soporte vital avanzado.
- Se identifica alguna condición de entre las señaladas en no RCP.

### 2º- POTENCIALES DONANTES DE ÓRGANOS

El proceso de donación de órganos es muy complejo. Comienza con la detección del posible donante, siguiéndose una serie de pasos como la evaluación del paciente, la confirmación de la muerte cerebral, autorización familiar, judicial, mantenimiento del donante hasta la extracción de los órganos.

Antes del 2000 solo se realizaban donaciones de órganos a corazón parado, donaciones que solo permitían la extracción útil de algunos órganos concretos y que la mayoría de las veces terminaban en fracaso.

Desde enero del año 2000 está aprobada una ley que contempla la posibilidad de inclusión como potencial donante a los paciente de PCR. Se podrá hacer la extracción de órganos a un paciente con el único criterio de estar ante una PCR mantenida habiendo realizado RCP durante unos minutos, los cuales serán a criterio del jefe del equipo, el cual, normalmente es el médico.

A partir de este momento, se debe mantener la RCP hasta la posibilidad de conectar al paciente, en un ambiente seguro, a un ventilador mecánico y una bomba cardiaca externa que mantenga estas funciones.

Para la donación de órganos es necesario la activación de un servicio complejo, multidisciplinar en el que aseguren los requisitos para un trasplante óptimo. En materia legal se sigue necesitando el consentimiento informado de la familia del paciente fallecido, como único requisito, pero se a través de la experiencia se observado que la única manera de conseguir una intervención rápida, eficaz y por supuesto legal es la implantación de un instrumento legal consensuado y coordinado entre todos los servicios.

En distintos puntos de España se han puesto en marcha estos instrumentos: son los protocolos de donación de órganos (Código 9).

### 3. COMPETENCIAS DEL ENFERMERO /A EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Para empezar a tratar y dar un mínimo enfoque a este asunto hay que hacer referencia, como el propio problema sugiere, a la escasa y dispersa regulación legal existente, cuando menos, en lo que se refiere a la profesión de enfermería.

Esta profesión lleva tiempo con un problema que consiste en el hecho de que hasta finales del año 2003, el Estatuto Jurídico (aprobado por Orden Ministerial de 26 de abril de 1973) que regulaba y todavía regula la profesión estaba y está totalmente desfasado, teniendo en cuenta además que la práctica asistencial siempre ha ido y va cada vez más rápido que las diferentes reformas legales necesarias para adecuarse a la realidad profesional.

En otoño de 2003, se han publicado dos Leyes. Una es la Ley 44/2003, 21 de noviembre, sobre la ordenación de las profesiones sanitarias (LOPS) y la otra, la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, por la que se aprueba el Estatuto marco del personal estatutario de los servicios de salud. Dichas leyes han paliado en parte el desfase normativo existente en las profesiones sanitarias en general y en la enfermería en particular, aunque todavía queda mucho por hacer en el campo legislativo.

Respecto a la primera de ellas, la LOPS dispone en su artículo 7 que "corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades".

En base a esta Ley hay que tener en cuenta:

Todo lo relativo a "Indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud y diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes": funciones correspondientes a los médicos.

Todo lo relativo a "evaluación y prestación de los Cuidados de Enfermería": funciones de enfermería.

Con esto podemos deducir que en la asistencia sanitaria el papel preponderante corresponde a la profesión médica aunque con un aporte esencial de la enfermería.

En las relaciones laborales dentro de las instituciones sanitarias, tiene mucho protagonismo la llamada relación médico-enfermera, cobrando especial importancia en este estatus la delegación de funciones que el primero realiza sobre la segunda.

La Delegación de funciones en el equipo asistencial tiene su importancia por la responsabilidad civil o penal de los profesionales sanitarios que la misma genera.

Por lo que podrá existir responsabilidad profesional del ATS/DUE cuando, en el ejercicio de sus funciones propias, incurra en negligencia, descuido o falta de atención e incluso cuando acometa indebidamente funciones propias del médico. Pero responderá éste en el caso de que el daño a tercero se haya debido a su despreocupación en las funciones de control y vigilancia o cuando encomiende o permita que el personal de enfermería traspase los límites de su competencia profesional.

La competencia profesional vendrá determinada en el Estatuto del Personal Sanitario No Facultativo, la LOPS y demás normativa al respecto. Aunque las competencias siempre se encuentran descritas en términos generales y abstractos (como en los siguientes párrafos describiremos), y no aportan claridad ninguna en cuanto a aquellas "actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud y diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes" en las que se encontraban todas aquellos cuidados interdependientes.

Por tanto es necesario distinguir entre dos supuestos bien diferentes; una cosa es que el personal de enfermería esté capacitado de hecho; bien sea por formación especializada o por su dilatada y contrastada experiencia, para realizar una serie de funciones; pero otra muy diferente es que ello le faculte y ampare legalmente para realizarlas.

En este sentido y por lo que respecta a urgencias, sobretodo extrahospitalarias, hay que destacar que no existe homogeneidad en el tipo profesional que efectúa el primer contacto con el paciente, ni se utilizan protocolos de clasificación en el triaje, y en todo caso no existe un sistema de triaje estructurado y universalizado para los servicios de urgencias y emergencias en el ámbito del Estado.

Por lo que en materia de "delegación de funciones" rige el principio estricto de competencia profesional, y sólo en caso de urgencia vital cabría tal delegación aunque habría que analizar caso por caso su existencia y su procedencia.

En la actualidad se intenta trabajar sobre este aspecto. El Comité Consultivo para la Formación de Enfermeros en una reunión celebrada el 13 de Enero de 1998, en consecuencia del consejo Europeo de Turín, aprobó el informe y las recomendaciones sobre las competencias requeridas para el ejercicio de la actividad de enfermero responsable de cuidados generales en la Unión Europea, bajo el epígrafe XV/E/8481/4/97-ES. En el cual aparece:

"El enfermero generalista, con independencia de su especialización, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, de sus órganos, de sus funciones biopsicosociales en estado de bienestar y de enfermedad, del método científico aplicable, sus formas de medirlo, valorarlo y evaluar los hechos científicamente probados, así como el análisis de los resultados obtenidos ..." Art. 53.2.

Por otro lado la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, en las correspondientes responsabilidades profesionales que pretende asumir y desarrollar; interpreta que las competencias para el ejercicio asistencial son el resultado de la formación, y que en consecuencia se establece una retroalimentación constante entre dicha formación de grado y especialidad, con la atención y cuidados en urgencias y emergencias, junto con el progreso de los conocimientos por la práctica y la aplicación de esas competencias en dicha praxis.

La competencia profesional la configura con tres elementos imprescindibles: conocimiento, actitudes y habilidades.

Esto lo plasma en el siguiente documento:

**Competencias del Enfermero en Urgencias y Emergencias**

Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.

1. Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
2. Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la Enfermería.
3. Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de urgencias y emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.
4. Realizar los pertinentes planes de atención de enfermería estandarizados para su posterior aplicación mediante planes de atención de enfermería individualizada basados en los diagnósticos enfermeros formulados, y evaluar de forma eficaz y rápida las respuestas humanas que se generan ante los problemas de salud reales y/o potenciales que amenazan la vida o no permiten vivirla con dignidad.
5. Evaluar, y modificar si hay pertinencia, los planes de cuidados basándose en las respuestas del paciente, de la consecución de los objetivos y de los resultados medidos.
6. Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
7. Someter a triage los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencias y catástrofes, y aplicar la RAC - Recepción, Acogida y Clasificación- a los que se prestan cuidados urgentes en el ámbito hospitalario y de atención primaria de salud, y en el ámbito de la atención urgente extrahospitalaria cuando no proceda, o esté superado, el triage, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes.
8. Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnósticos que se caracterizan por su tecnología compleja.
9. Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
10. Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
11. Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería en Urgencias y Emergencias.
12. Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
13. Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
14. Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y adquieran hábitos de vida saludables.
15. Asesorar al equipo de salud en todos los aspectos relacionados con Urgencias y Emergencias.
16. Asumir responsabilidades y compromisos en materia de formación de los futuros enfermeros.

Las competencias propias del enfermero de urgencias y emergencias, definidas en este documento, no agotan el compromiso de su desarrollo profesional y por lo tanto estas se han de ir adaptando, en el transcurrir del tiempo, a los avances en salud, tecnología y cuidados que marcan continuamente el progreso profesional. Dejan sin aclarar todavía la realización de ciertas técnicas; fundamentalmente la interdisciplinares.

No obstante, es importante resaltar que este documento es una ayuda y un primer paso, pero que seguirá siendo necesario la aceptación y la legislación de estas competencias y otras sobre la enfermería, sobretodo si hablamos en el marco legislativo español.

#### **4. DIFERENCIAS LEGISLATIVAS DE RECONOCIMIENTO DE LA ENFERMERÍA FRENTE A OTROS SANITARIOS**

Algunos grupos, de entre la bibliografía consultada ponen de manifiesto la existencia de diferencias legales encontradas entre la enfermería y el Técnico sanitario.

Se considera través de Decretos y Resoluciones, muy probablemente por motivos económicos, a los técnicos sanitarios, como responsables sanitarios en la asistencia de urgencias extrahospitalarias Básicas, mientras que en otras normativas aparece el Diplomado de Enfermería incluso como total dependiente del medico en las unidades de SVA.

Al Técnico Sanitario se le dota pues, de autonomía plena para la valoración, juicio clínico y toma de decisiones, mientras que a la enfermería se le relega la posibilidad de valorar, tomar decisiones y actuación directas sobre el paciente en caso de déficits humanos y riesgo vital. (Hay que tener en cuenta que estamos hablando de coberturas legales y no de la aplicación practica).

Muchos de estos técnicos descansan sobre una importancia experiencia laboral que les abala y que les permite mantener o disminuir lo menos posible la calidad en el cuidado de estos pacientes, pero la ley no hace diferencias entre los Técnicos con o sin experiencia, con lo cual ¿Qué ocurrirá en el momento que un Técnico Sanitario sin experiencia y sin conocimientos adecuados tenga que valorar o tomar decisiones sobre un paciente?

Para esta situación no existe de momento una solución clara como ocurría en el caso anterior pero, existen algunos grupos que denuncian estas injusticias ofreciendo las siguientes bases:

- Considerando esencial la dotación y laboral de los técnicos en transporte sanitario, creen que es necesario el establecimiento de criterios formativos mínimos que garantizan la formación sanitaria de estos profesionales, o en caso contrario que sus funciones se limitaran a la colaboración de la asistencia y a las actuaciones de aseguramiento durante el traslado (Funciones no decisorias).
  - Concretar un instrumento legal (es decir; reconocido por la ley) y claro sobre las funciones y actuaciones de la enfermería.
- Que desaparezcan los criterios economicista que ponen en peligro la calidad del servicio prestado a los pacientes en urgencias extrahospitalarias.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ortega Deballón. I. M, "Aspectos éticos-legales en las emergencias Extrahospitalarias". Artículo de la revista Metas de Enfermería 2002, Numero 48, paginas 26-30.
- Ortega Deballón, I. M, "Ética y responsabilidad legal del personal sanitario en las urgencias, emergencias y catástrofes". En formación continuada de Urgencias y emergencias sanitarias. Ed Formación Alcalá. Jaén.2002.
- Rovira Gil, E; López González, A; García Fernández, C. "Ética y reanimación cardiopulmonar: visión actualizada. Artículo de la revista Revista de enfermería 1999; Número 9:Pagina 39-42.
  - Código deontológico de enfermería. (Facilitado por el Colegio de Enfermería de Madrid)
- Código deontológico del CIE (Colegio Internacional de Enfermeras) para la Profesión de Enfermería, adoptado como código Internacional de Ética para enfermeras (1953), reafirmado y última revisión en el año 2000.
- Sociedad Española de Enfermería en Urgencias y Emergencias (SEEUE), Comité consultivo, Estándares para la practica de Enfermería de Urgencias y Emergencias • Fernández Ayuso. D, Aparicio Santos. J, Pérez Olmo. J. L, Serrano Moraza.
  - A."Manual de Enfermería en Emergencia prehospitalaria y rescate". Ed: Aran. 2002.
- E. Claudio Romo, A. Crespo Moreno, M. C. Duque del Río, M. T. Muñoz Delgado, P. San José Lobo. "Identificación de necesidades de enfermería en el transporte sanitario urgente. Garantía de continuidad en los cuidados" .www.enfermeriadeurgencias.com
  - [www.msc.es/Diseno/normativa/normativa\\_.htm](http://www.msc.es/Diseno/normativa/normativa_.htm)
  - [www.laincentralgo.com](http://www.laincentralgo.com)
  - [www.ajs.es/RevistaDS/Vol1002-9.pdf](http://www.ajs.es/RevistaDS/Vol1002-9.pdf)
- Todas las leyes nombradas o comentadas en este trabajo han sido leídas y consultadas desde: [www.iqsap.map.es/](http://www.iqsap.map.es/)
  - J. M. L. A., "El testamento vital es regulable por una ley básica, no orgánica". [www.diariomedico.com/edición/noticias/html](http://www.diariomedico.com/edición/noticias/html), 11 de junio de 2002
  - Alvar, M.(Real academia). Diccionario de la Lengua Española. Ed: VOX. 2002.
  - Diccionario de derecho jurídico. Legal. [www.elalmanaque.com/lexico-derecho-politica.htm](http://www.elalmanaque.com/lexico-derecho-politica.htm)

## GLOSARIO

Todas las palabras definidas en este glosario se encuentra a lo largo del trabajo. La primera vez que aparecen son marcadas con este símbolo \*. En caso de tener dicha palabras varias acepciones, se encuentra definida, únicamente, aquella aplicable al texto).

- **Acreditación:** Procedimiento por el cual un organismo reconoce formalmente que una persona u organización es competente para prestar un servicio o llevar a cabo una tarea al cumplir con ciertos estándares. Esta se manifiesta en un certificado acreditación.
- **Atención Prehospitalaria de Urgencias:** Es la atención que se otorga desde que se comunica el evento que amenaza la salud, hasta que el o los pacientes son admitidos en el Servicio de Urgencias cuya capacidad resolutive sea la adecuada.
  - **Calidad de atención en Salud:** Características del servicio que otorga atención de salud, que reúne requisitos establecidos y, dado los conocimientos y recursos de que se dispone, satisface las aspiraciones de obtener el máximo de beneficios con e mínimo de riesgo para la salud y bienestar de los pacientes. Por consiguiente, una atención sanitaria de buena calidad se caracteriza por un alto grado de competencia profesional, la eficacia en la utilización de los recursos, el riesgo mínimo para los pacientes, la satisfacción de ellos y un efecto favorable para la salud (Racoveanu y Johansen).
    - **CIE:** Consejo Internacional de Enfermería.
- **Código (jurídico):** Cuerpo de leyes dispuestas de una manera sistemática; en especial el que regula el derecho de un país en su diferentes ramas; Ej. código civil, código penal, código militar, etc.
- **Competencia profesional:** calificación específica, necesaria para el ejercicio profesional, que descansa sobre los conceptos de sabiduría, practica, experiencia y habilidad, todo ello contrario a impericia.
- **Consentimiento Informado:** Proceso por el cual un sujeto confirma o rechaza voluntariamente su disposición a someterse a un procedimiento medico o ensayo particular, después de haber sido informado de todos los aspectos relevantes parra la decisión del sujeto. Este consentimiento se documenta por medio de un formulario escrito, firmado y fechado por las partes.
  - **Decreto:** (= Real Decreto).
- **Delitos:** Pueden ser delitos graves si son las infracciones que la Ley castiga con penas graves, o delitos menos graves si la Ley las castiga con penas menos graves.
  - **Emergencia:** Asunto que requiere una atención especial por ser grave o imprevista.
    - **Falta:** Son las infracciones que la Ley castiga con penas leves.
  - **Guía:** Documento con indicaciones para seguir determinados procesos o procedimientos.
    - **Jurídico:** Relativo al Derecho o que se ajusta a él.
  - **Ley básica:** o de bases, en la que el Gobierno central establece un marco previo para un desarrollo autonómico posterior.
- **Ley Orgánica:** Ley prevista para regular temas referidos a los derechos fundamentales del título preliminar de la Constitución, en que las autonomías no pueden entrar.



- Procedimientos: Acciones secuenciales, sistemáticas, organizadas y con base científica, orientadas a satisfacer las necesidades de salud del paciente o de la población.
- Protocolo: Documento en el que se registran formas, procedimientos consensuados y aceptados que rigen acciones de forma ordenada.
- Real Decreto: Decisión escrita y pública del jefe del Estado, el gobierno y otra autoridad competente sobre materias de su propia incumbencia, es decir, aunque es una decisión consensuada suele ser el ministro del sector del Estado al que incumbe esa decisión la que la hacen legal.
- Reanimador: Profesional de la salud, acreditado y capacitado en atención prehospitalaria, que entrega atención de Soporte Vital Avanzado en situaciones de emergencia, según instrucciones del centro regulador.
  - Resolución: Sentencia jurídica.
  - Riesgo: Acción de exponerse a la contingencia de recibir un cierto daño en algún área o aspecto de interés.
- Riesgo Vital: Situación en la que hay serio compromiso general del paciente, que pone en riesgo la vida. Estas acciones se caracterizan por la necesidad de una actuación sanitaria cualificada inmediata.
  - Urgencia: Atención de pacientes con posible riesgo vital, cuya asistencia no es necesariamente inmediata.