

IMPACTO DE LA ACTIVIDAD MÉDICO-LEGAL EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA 061 EN ANDALUCÍA

AUTORÍA

Guerrero Vega, Cristina *.

*Enfermera, alumna del Máster de Enfermería de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Ayuda Humanitaria de la Universidad de Sevilla

Tutor: Manuel J. González Guzmán

Dirección para correspondencia:

cristina-ankh@hotmail.com

enfermeriadeurgencias@enfermeriadeurgencias.com

RESUMEN

Éste trabajo de investigación está fundamentado en el estudio y análisis de la actividad médico-legal en la Empresa Pública de Emergencia Sanitaria en Andalucía. Tras conocer el funcionamiento de dicha empresa, sus recursos y procesos de atención sanitaria, nos centramos en el impacto que tiene la actividad médico-legal en Andalucía, y objetivar el número de partes de lesiones realizados en Sevilla. Para ello, hemos dividido el trabajo en dos fases, la primera fase es la recopilación, selección y filtrado de los casos susceptibles de actividad médico-legal en Andalucía, organizándolos y clasificándolos para una mejor visión. En la segunda fase hemos realizado una criba y una selección aleatoria de los partes de lesiones.

Los resultados a destacar de la primera fase, es que se produce un 3.7% de casos susceptibles de actividad médico-legal, entre los que se encuentran 4.644 casos de incidencia de amenaza suicida por autolisis, 1.789 casos de lesiones por violencia de personas con trastornos mentales, 6.578 casos de lesiones por agresión, y 466 casos de lesiones por arma blanca y arma de fuego. También tenemos que mencionar que corresponde a un 4.97 ‰ de la tasa de población con respecto a toda Andalucía. La segunda fase, consta de 82 casos elegidos aleatoriamente.

Destacar que un 19.51% poseían parte de lesiones. Tras éste dato, se debería intensificar el registro de los mismos, ya que es obligatorio por la ley de enjuiciamiento criminal la obligatoriedad del parte de lesiones. También mencionar que se rellenaron el 4.76 ‰ de partes de lesiones de amenazas suicidas, y un 26.31% de partes de lesiones por arma blanca y de fuego. Son también elementos a discutir por el número de partes de lesiones registrados. Por último, se envió a la Delegación Provincial con fines estadísticos el 12.5 ‰.

Tras estos datos, podemos concluir la importancia de los profesionales sanitarios de los Equipos de Emergencias, de la realización y optimización de los partes de lesiones, y de la mejora en los registros administrativos y cumplimiento de las bases de datos, para que dicha información quede registrada.

PALABRAS CLAVE

Parte de lesiones (parte judicial), actividad médico-legal, equipos de emergencias

TITLE

IMPACT OF THE FORENSIC ACTIVITIES IN THE EMERGENCY MEDICAL SERVICE 061 IN ANDALUCIA.

ABSTRACT

This investigation is based on the study and analysis of the medical-legal activities on the Andalucía's Public Company Emergency Medical Service. The knowledge of the operation of this company, its resources and procedures of medical care, allows to know its impact in this region and the number of cases of injuries occurred in Seville. For it, the work is in two stages, the first is the gather, selection and separate the susceptible cases of forensic activity in Andalucía, organizing and classifying them for a better view. The second stage, a sieve and a random selection of the cases of injuries.

The results to highlight the first stage is that it produces 3.7 ‰ of cases susceptible forensic activity, among which they find 4.644 cases of incident of suicidal threat for autolisis, 1.789 cases of injuries of people violence with mental disorders, 6.578 cases of injuries for aggression, and 466 cases of injuries for knife and firearm. Also we have to mention that it corresponds to 4.97 ‰ of the rate of population regarding Andalucía. The second stage, includes 82 cases choosen randomly.

To emphasize that 19.51 ‰ did have reports of injuries. After this, it is important to register this data, since it is obligatory for the law of criminal prosecution to hand out this report of injuries. Also to mention that there was 4.76 ‰ of reports

of injuries as suicidal threats, and 26.31 % of reports of injuries for knife and of fire. They are also elements to discussing for the number of reports of injuries registered. Finally, 12.5 % was sent to the Provincial Delegation by statistical purpose.

After this information, we can conclude the importance of the sanitary professionals in Emergency Medical Team, for the accomplishment and optimization of the reports of injuries, and to improve the administrative records and fulfillment of the databases, in order that the above mentioned information remains registered.

KEY WORDS

Part of injuries (juridical report), medical–legal activity, equipments of emergencies.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación está fundamentado en el estudio y análisis de la actividad médico–legal en los servicios de emergencia del 061 en Andalucía. Para ello hemos realizado una breve introducción del funcionamiento de la Empresa Pública de Emergencia Sanitaria (EPES) y posteriormente un estudio casuístico de la actividad médico–legal en el 2009, centrándonos en las lesiones por arma blanca y armas de fuego, en las lesiones por amenazas suicidas y otras lesiones por agresión.

La relevancia de este trabajo es la de saber qué impacto tiene la actividad médico– legal en los servicios de emergencias. La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) es una empresa Andaluza creada en 1994 por la consejería de salud de la junta de Andalucía. La trayectoria a lo largo de sus catorce años de evolución se caracteriza además de por un continuo crecimiento de recursos, por su afán de ofrecer un servicio de calidad en la asistencia sanitaria a las emergencias y urgencias de la comunidad autónoma de Andalucía.

EPES trabaja con los procesos, en función a las patologías con más incidencia.

Consta de 8 Centros Coordinadores de Urgencia y Emergencia (CCUE), situadas en cada una de las ocho provincias andaluzas, 32 bases asistenciales, 30 equipos de emergencias terrestres, 5 equipos de coordinación avanzada, 9 vehículos de apoyo logístico, 5 helicópteros medicalizados, 1 equipo de soporte vital básico, 12 equipos de traslado de pacientes críticos. En total dispone de 66 ambulancias medicalizadas para atender las emergencias sanitarias en Andalucía. Hay que añadir 247 médicos, 196 diplomados universitarios en enfermería y 196 técnicos en emergencia sanitaria, esto hace un total de 639 profesionales.

En el centro de coordinación se reciben diferentes tipos de demanda. Las diferentes líneas telefónicas del centro coordinador permiten atender las demandas asistenciales, demandas de transporte sanitario, demanda de alertas de salud pública y demandas de información sanitaria.

El centro de coordinación de urgencias y emergencias gestiona todos los recursos de urgencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

EPES trabaja con un mapa de procesos, los procesos estratégicos, proceso clave en el que se basa la asistencia sanitaria y proceso de soporte. Los procesos estratégicos constan de planificación estratégica, la voz del ciudadano, la voz del profesional y programas de acreditación ACSA. Dentro del proceso clave están incluidas 4 fases: la primera es garantizar el acceso, la segunda fase es la gestión de la demanda, la tercera fase es la asistencia sanitaria y la última es la resolución. En el último proceso de soporte, está incluido el tema económico–financiero, la logística, gestión y desarrollo de personas, gestión medioambiental, sistema de información, comunicación, investigación, diseño del servicio y salud laboral.

Los recursos de lo que disponen son:

- Los pertenecientes a EPES:
 - Centros coordinadores.
 - Helicóptero sanitario.
 - Equipo de emergencia terrestre.
 - Equipo de coordinación avanzada
 - Unidad de soporte Vital Básico.

- Los pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud que son:
 - médicos de atención primaria.
 - dispositivos de cuidados críticos y urgencias, compuestos por equipos móviles y unidades de cuidados críticos y urgencias.
 - ambulancias de la red de transporte urgente.

Los procesos asistenciales más frecuentes se pueden organizar en 5 grandes grupos: proceso general, proceso trauma, procesos neurológicos, procesos respiratorios y procesos cardiológicos.

El proceso de atención sanitaria es el siguiente:

- Primer paso la recepción de una llamada en un centro coordinador. Es allí donde los teleoperadores atienden las llamadas entrantes, hacen un interrogatorio protocolizado, recogen datos, crean y gestionan asuntos y codifican la demanda de todas las actividades que se realizan en el centro de coordinación, activación y seguimiento de los servicios y recursos, asegurar la continuidad del servicio mediante un cambio de turno. En el centro de coordinación los médicos coordinadores son responsable de la optimización de los recursos sanitarios, gestionan recursos en función de las demandas: escuchan la demanda, la clasifican, y le asignan un recurso. Las llamadas pueden provenir del propio paciente, de un familiar, de otras redes de asistencia sanitaria, de las diferentes Fuerzas de Seguridad del Estado, o también, venir derivada de otras líneas de llamada de urgencias como el 112. La sistemática para la gestión de llamadas de usuarios solicitando asistencia sanitaria persigue los siguientes objetivos:
 - Discriminar la gravedad de la demanda.
 - Asignar el recurso sanitario más efectivo, teniendo en cuenta los criterios de calidad para esta fase.
 - Registrar el CMBD (conjunto mínimo básico de datos).
 - Dar una respuesta a la demanda.

Las llamadas se clasifican una vez escuchadas por el médico coordinador.

La prioridad 1: Emergencias. Son aquellas situaciones en las que los signos o síntomas que presenta el enfermo nos hacen sospechar un riesgo vital inminente (o de secuelas graves y/o irreversibles pérdidas de función de órganos vitales) y por lo tanto, precisa una atención inmediata.

La prioridad 2: Urgencias no demorables. Son aquellas en las que se sospecha una patología aguda o exacerbación de una patología crónica, sin probable amenaza vital o funcional inmediata, que precisan atención médica a la mayor brevedad posible.

La prioridad 3: Urgencias demorables. Corresponde a aquellos pacientes con sospecha de presentar una urgencia relativa y que por tanto no son subsidiarias de atención inmediata, pero que han de ser atendidos por el dispositivo de cuidados críticos y urgencias, una vez que se atiendan las prioridades anteriores.

La prioridad 4: Avisos domiciliarios. Corresponde a aquellos pacientes que no presentan una urgencia, pero precisan de algún acto sanitario domiciliario y que por tanto no son subsidiarias de atención inmediata, pero que han de ser atendidos por el centro de atención primaria.

Existen unas situaciones especiales en las que se actúa de otra manera y son las siguientes:

- Aquellas demandas en las que el paciente se encuentre en la vía pública o en lugares públicos, o que sean demandadas por las fuerzas de seguridad del estado y otras estructuras de emergencia no sanitaria (bomberos...). Por el entorno de presión social en la vía pública y la necesidad de colaboración entre instituciones, estas situaciones deben ser atendidas lo antes posible. Deberán ser gestionadas por los Centros Coordinadores de Urgencias y Emergencias (CCUE) activando el recurso adecuado según el plan operativo del distrito.
- A igual nivel de prioridad, deben ser priorizados los pacientes mayores con patología crónica asociada y los que realicen una rellamada en la que se detecta un empeoramiento sustancial del motivo de la demanda inicial y aquellas situaciones de urgencias en las que el paciente esté solo en el domicilio. El CCUE aplicará el procedimiento de seguimiento de demandas de urgencias no demorables en estos pacientes, y mantendrá informado al dispositivo asistencial correspondiente de la situación del paciente.
- Las llamadas que no sean en castellano no deberán ser transferidas.
- Se prestará una especial atención a las llamadas procedentes del 112, dado que han pasado previamente por dos operadores (112 y CCUE), tratando de atenderlas con la mayor rapidez posible. En estas situaciones no se transferirán por tanto llamadas al dispositivo asistencial.
- Sospecha o confirmación de óbito: La sospecha será considerada como paciente inconsciente y será por tanto priorizada como una emergencia. Las confirmaciones deberán atenderse lo antes posible.
- Violencia de género a petición de policía: se atenderá prioritariamente.

En el resto de los casos el médico que participa en la escucha será responsable de verificar o completar el TD y una vez valorada la llamada indicará con claridad al operador la decisión tomada y el tipo de recurso que debe resolver la demanda.

El centro coordinador alerta a los equipos de la existencia de una demanda de asistencia, indicando todos los datos necesarios, lugar o domicilio donde se precisa la asistencia, motivo de consulta sanitaria, datos de filiación del paciente: edad y sexo, siempre que sea posible, otros datos que considere de interés. El equipo comunicará al centro de coordinación el instante en que se produce la salida del equipo hacia el lugar de la asistencia, se produce la llamada activación.

–Segundo paso es el de aproximación, se realiza teniendo siempre presente la integridad del equipo y teniendo presente las elementales normas de seguridad. Si durante la aproximación surgiera alguna circunstancia que demorara la llegada al lugar de asistencia, se deberá comunicar de inmediato al centro de coordinación.

–Tercer paso es la llegada al lugar de la asistencia que será puntualmente comunicado al centro de coordinación, donde quedará registrado en el sistema informático por el operador.

Después se produce el control del entorno donde se valorará las circunstancias que concurren en el mismo: – Número de pacientes o lesionados.

– Gravedad de los mismos.

– Necesidad de triaje.

– Contexto físico de la asistencia.

– Accesibilidad al lugar.

Una vez realizado esto, el cuarto paso es la asistencia sanitaria. La actuación de los Equipos de Emergencia es el consentimiento informado en donde el paciente o el familiar debe ser informado de la patología de sospecha por la que vamos a tratarlo, las técnicas que aplicamos en la valoración, tratamiento, y posibles complicaciones.

Posteriormente se aplicarán los procedimientos asistenciales específicos basados en guías de prácticas clínicas vigentes. El médico del E.E. cumplimentará una historia clínica por cada paciente asistido.

Ante la sospecha de que nos encontremos ante un paciente con lesiones por malos tratos de género, de anciano o menores, aplicaremos las indicaciones del “protocolo ante sospecha de malos tratos”, desarrollándolo posteriormente con más detalles.

El médico solicitará información al centro coordinador sobre el registro de voluntades anticipadas en las situaciones que se recogen en la “aplicación de la ley de voluntades anticipadas”.

Tanto la activación de cualquier recurso, la derivación o no al hospital y las medidas terapéuticas, quedarán reflejadas en el sistema de despacho (SICOM), así como la hora en la que se tomaron dichas decisiones.

El quinto paso es la trazabilidad, en la que el médico decidirá si el paciente debe ser trasladado a un centro de otro nivel asistencial (hospitalario, unidad de cuidados críticos y urgencias, atención sanitaria) o será dado de alta en domicilio, así como el medio en que se traslada (UVI móvil, ambulancia medicalizada, ambulancia de traslado, etc.)

El sexto paso es la transferencia. Si se decide el traslado del paciente a un centro hospitalario, el EE comunicará la hora de llegada al hospital al centro de coordinación, y acompañará al mismo hasta el área de urgencias del centro, haciendo la entrega del paciente al equipo sanitario receptor:

- Se entregará al médico receptor la historia clínica debidamente cumplimentada y se explicará la situación previa y durante la asistencia, así como la actitud diagnóstico-terapéutica y la evolución del paciente. El médico del hospital firmará ésta, quedándose con una copia de la misma. Así mismo se informará de las técnicas, cuidados de enfermería e incidencias que durante la asistencia se hayan producido, entregando una copia del “registro de enfermería”
- Otra copia de la historia clínica será entregada al paciente/ familia.
- Aquí también se incluye la protección de productos y efectos personales del paciente, todos los objetos personales recogidos durante la asistencia sanitaria serán depositados en las bolsas específicas, identificándolas con el nombre y apellidos del paciente y se entregará en el centro receptor habiendo dejado el médico constancia de ello en la historia clínica.

Y por último el séptimo paso, la reposición. Tras la asistencia del paciente o su transferencia a un centro sanitario, se repondrá el material empleado, se realizará las labores de limpieza del material y se comunicará al centro de coordinación lo más rápidamente posible la situación de disponible, pasando de nuevo a situación de espera.

Las actividades en las que nos vamos a centrar son las lesiones por arma blanca, armas de fuego, autolisis por amenazas suicidas, lesiones por violencia en personas con trastornos psiquiátricos, y mención de las lesiones por accidentes de tráfico.

Toda actividad médico-legal requiere la utilización de un parte judicial que se rellena en el momento en el que aparece el equipo. La primera copia se entrega al juzgado de guardia, a la mayor brevedad posible, y en todo caso en un máximo de 24 horas. La segunda copia, se entrega a la persona interesada siempre que no perjudique su situación, indicándole en tal caso que, si teme llevarlo consigo, se puede facilitar a algún familiar o persona de su confianza, o ser guardada

en el centro asistencial hasta su solicitud. La tercera copia al centro sanitario que haya emitido el parte judicial, y siempre que sea posible, se archivará una copia en la historia clínica y en todo caso se anotará el episodio que dio lugar a la emisión, haciendo constar que el parte se remitió a la autoridad competente. La quinta copia es de continuidad asistencial. La última copia será remitida a la Delegación Provincial de Salud con fines estadísticos, excepto en los casos en que sea cumplimentado en DIRAYA. Los campos sombreados no deberán ser autocopiativos, impidiendo que sean cumplimentados para evitar la recogida de datos identificativos de carácter personal de las personas implicadas.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Cada año, la Empresa Pública de Emergencia Sanitaria pública una memoria, en la cual se recogen los datos de ese año, porcentaje de los motivos de solicitudes de asistencia, recursos económicos, proyectos de investigación, infraestructuras, etc.

Al no especificar en la memoria, los porcentajes exactos de las actividades médico-legal, nos pareció interesante conocer esos datos, para hacernos una idea casuística de dichas actividades.

En el año 2007, un 7% (66.054 solicitudes) requería asistencia debido a lesiones. También hubo 37.403 peticiones de asistencia por accidentes de tráfico, lo que supone un 4% del total. Las no clasificadas son un 25% (23.597 solicitudes), donde no se especifican si son lesiones por agresión o violencia en personas con trastornos psiquiátricos, lesión por arma blanca o de fuego, etc.

En el 2008, hubo 34.647 peticiones de asistencia por accidentes de tráfico, lo que supone un 3.4 % del total. Un 7.2 % (74.486 solicitudes) por lesiones, no específicas, y un 23.7 % de otras solicitudes no clasificadas, lo que supone un número de 241.730 casos.

- **Objetivo general.**

-El análisis del impacto de la actividad médico-legal en un servicio de emergencia: La experiencia en el 061 de Andalucía.

- **Objetivos específicos.**

-Recopilar los datos del 2009 de situaciones susceptibles de actividad médico-legal.

-Objetivar el número de partes de lesiones (partes judiciales) relacionados con la actividad médico-legal en Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo consta de dos fases:

Fase I : Balance e impacto de las situaciones susceptibles de actividad médico-legal en Andalucía.

Partimos de una base de datos de 1.109.585 llamadas que el 061 recibe, de los cuales, los casos susceptibles de actividad médico-legal que hemos seleccionado para el trabajo son los accidentes de tráfico, amenaza suicida, lesiones por violencia provocada por personas con trastornos mentales, lesiones por agresión, lesiones por arma blanca y arma de fuego. La información obtenida en cada registro es: la provincia, Fecha de la demanda, tipo de la Demanda que requiere, la asistencia, el alertante, la hora de entrada, motivo de la demanda, edad, sexo, recurso que se envía, Código de resolución. Posteriormente hemos creado tablas donde aparecen separadas cada demanda para que se vea con mayor claridad y en ella también está incluida la tasa de población calculada por cada mil, con los datos de población del INE del 2009, sacados en Enero del 2010.

Fase II : Número de partes Judiciales ó partes de lesiones realizados en las situaciones susceptibles de actividad médico-legal en Sevilla.

Para ello hemos cogido los casos susceptibles de actividad médico-legal en Sevilla y mediante el cálculo del tamaño muestral para auditorias de historias clínicas y variables dicotómicas calculé el tamaño de la muestra.

Población Conocida					
<table border="1"> <tr> <td>Tamaño muestral</td> <td></td> </tr> <tr> <td>82</td> <td></td> </tr> </table>	Tamaño muestral		82		z 1,96 (a=0,05) 2,58 (a=0,01)
	Tamaño muestral				
	82				
	1,96				
	p (frecuencia esperada del parámetro)				
	0,1				
i (error que se prevee cometer)					
0,05					
Población					
200					

En Sevilla hubo una incidencia de 3.158 casos, pero a ese número le tenemos que quitar los que no son atendidos por los equipos de emergencia del 061, ya que no poseemos sus historiales clínicos, con lo cual me he quedado con 200 casos de actuación susceptible de actividad médico-legal.

A parte de valorar si poseen parte de lesiones, en aquellos que, si aparecen, nos hemos centrado en que estén sellados, en la fecha del sellado, si poseen la dirección de la persona, los datos personales con el DNI, porque al ser en una situación de emergencia es posible que no se puedan rellenar algunos apartados.

RESULTADOS Y DISCUSIONES

En la fase I : En Andalucía se ha producido en el 2009, 41.306 casos susceptibles de actividad médico-legal, lo que equivale al 3,7%, de los cuales, el 2,5% de los casos son producidos por accidentes de tráfico y el resto se divide en lesiones por amenaza suicida, lesiones por violencia de personas con trastornos mentales, lesiones por agresión y lesiones por arma blanca y armas de fuego. También mencionar que la tasa de población en Andalucía en dicha actividad es de un 4.97 ‰ .

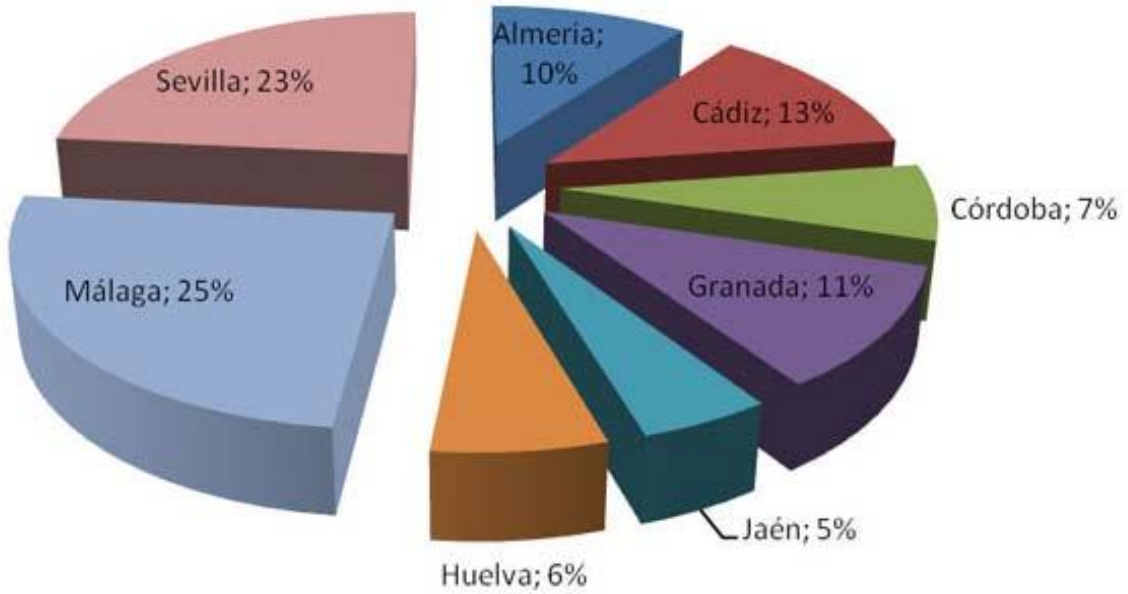
En la provincia de Málaga se registra una incidencia de 25% de casos susceptibles de actividad médico-legal, después se encuentra Sevilla con una incidencia del 23%, en tercer lugar aparece con un 13 % Cádiz, en cuarto lugar está Granada con un 11% de casos, después le sigue Almería con un 10%, Córdoba con un 7%, Huelva con un 6 % y por último Jaén con un 5%..

Una puntualización es que el 58,8% de los casos de incidencia que se han producido son hombres y el 41,2% son mujeres.

Incidencia Casos susceptibles de actividad médico legal por provincia. Tabla 1.

Provincia	Hombres	Mujeres	Total general	% Incidencia	Tasa de Población.
Almeria	926	444	1370	10%	2 ‰
Cádiz	1018	678	1696	13%	1,38 ‰
Córdoba	557	373	930	7%	1,16 ‰
Granada	829	644	1473	11%	1,62 ‰
Jaén	397	250	647	5%	0,97 ‰
Huelva	511	342	853	6%	1,66 ‰
Málaga	1951	1399	3350	25%	2,10 ‰
Sevilla	1731	1427	3158	23%	1,66 ‰
Total general	7920	5557	13477	100%	1,62 ‰

Representación gráfica de los resultados de la Tabla 1.

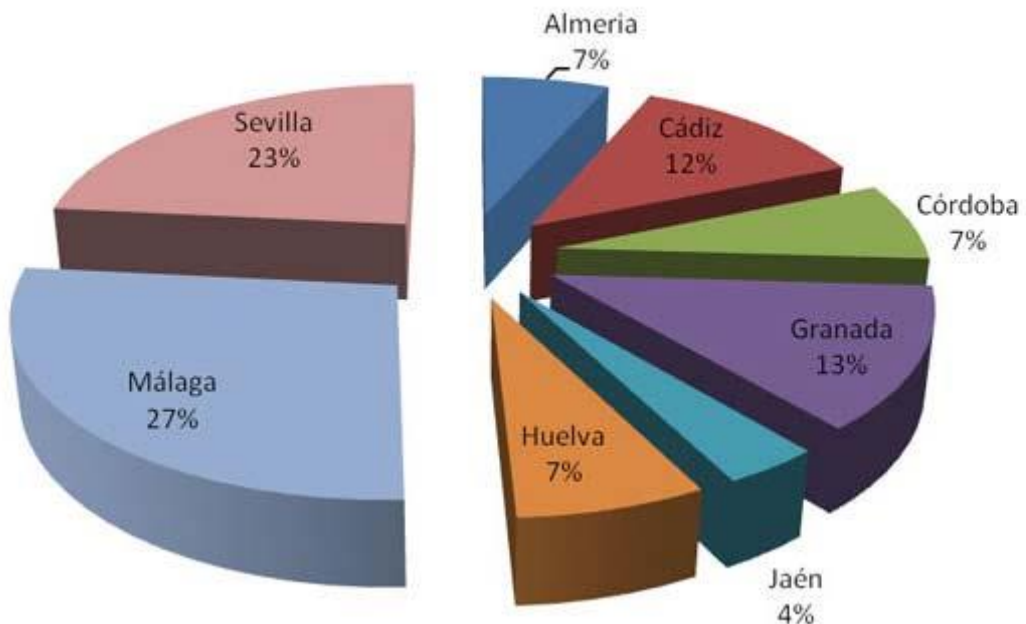


La tabla número 2 recoge la incidencia de amenaza suicida en cada provincia. En este caso, se produce una mayor incidencia en las mujeres con un 53 %, frente a los hombres con un 47 %.

Tabla 2.

Provincia	Hombres	Mujeres	Total general	% Incidencia	Tasa por Población
Almería	155	150	305	7%	0.44 ‰
Cádiz	265	301	566	12%	0.46 ‰
Córdoba	178	157	335	7%	0.42 ‰
Granada	268	331	599	13%	0.66 ‰
Jaén	81	84	165	4%	0.25 ‰
Huelva	167	152	319	7%	0.62 ‰
Málaga	607	661	1268	27%	0.8 ‰
Sevilla	458	629	1087	23%	0.57 ‰
Total general	2179	2465	4644	100%	0.56 ‰

% Incidencia amenaza suicida

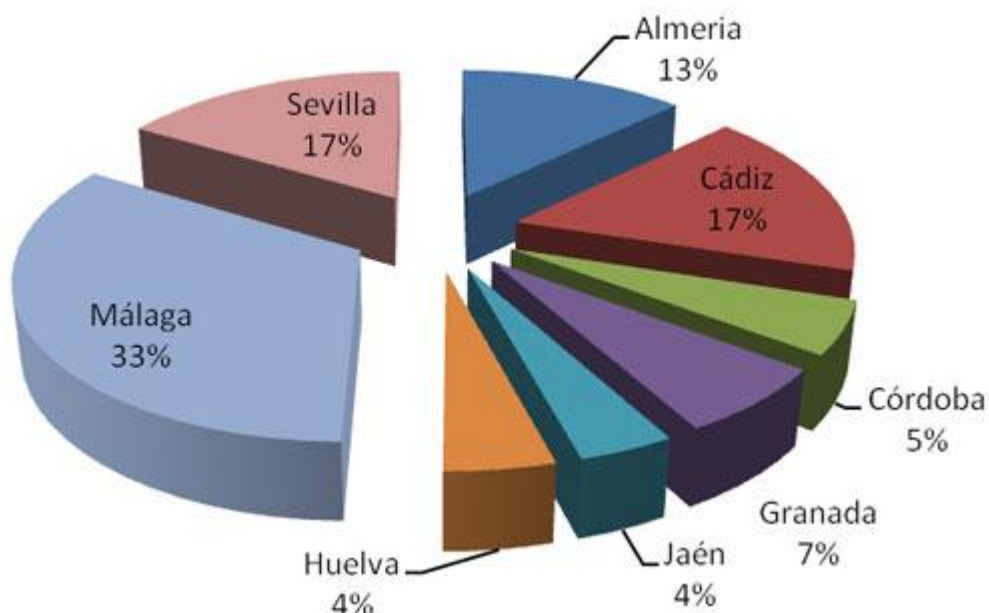


La tercera tabla representa la incidencia de violencia de personas con algún tipo de trastornos mentales, de las cuales un 66,5 % son hombres atendidos por violencia y un 33,48 % son de mujeres.

Tabla 3.

Provincia	Hombres	Mujeres	Total general	% Incidencia	Tasa por Población
Almería	159	71	230	13%	0.34 ‰
Cádiz	215	90	305	17%	0.25 ‰
Córdoba	60	35	95	5%	0.12 ‰
Granada	84	36	120	7%	0.13 ‰
Jaén	44	25	69	4%	0.10 ‰
Huelva	50	29	79	4%	0.15 ‰
Málaga	368	229	597	33%	0.37 ‰
Sevilla	210	84	294	16%	0.15 ‰
Total general	1190	599	1789	100%	0.21 ‰

% Incidencia violencia

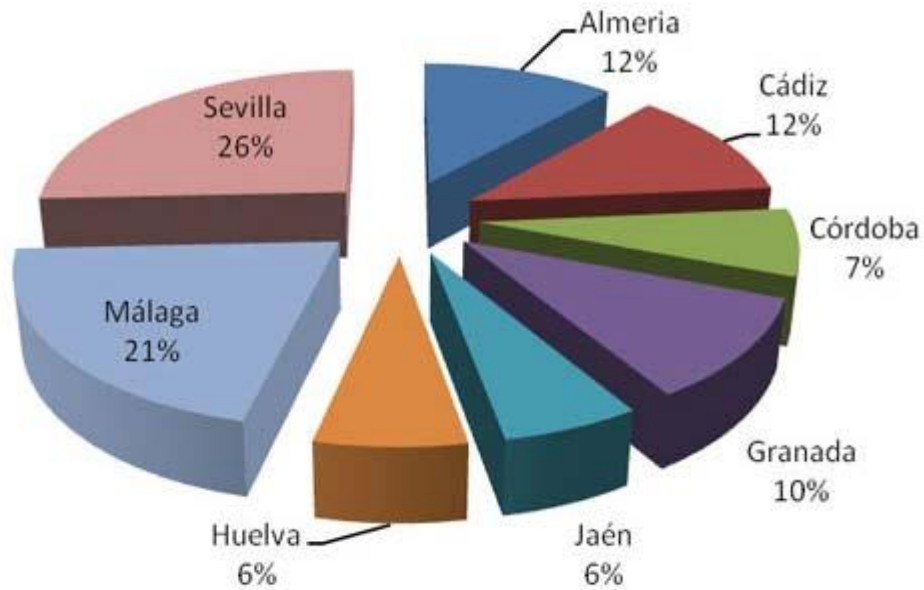


La cuarta tabla hace referencia a los casos por lesiones por agresión de los cuales un 63,1% son hombres y un 36,9% son mujeres.

Tabla 4.

Provincia	Hombres	Mujeres	Total general	% Incidencia	Tasa por Población
Almería	555	214	769	12%	1.12 ‰
Cádiz	501	279	780	12%	0.63 ‰
Córdoba	290	177	467	7%	0.58 ‰
Granada	420	273	693	11%	0.76 ‰
Jaén	253	137	390	6%	0.58 ‰
Huelva	270	157	427	6%	0.83 ‰
Málaga	875	486	1361	21%	0.85 ‰
Sevilla	987	704	1691	26%	0.89 ‰
Total general	4151	2427	6578	100%	0.79 ‰

% Incidencia Agresión.

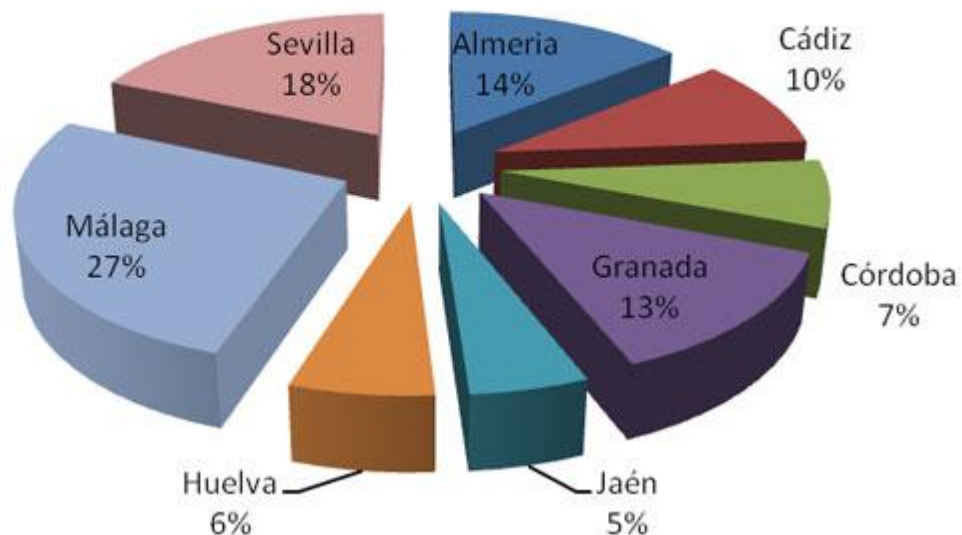


La quinta tabla representa la incidencia que se ha producido por lesiones de arma blanca y arma de fuego. La incidencia en hombres es del 85,84% y en mujeres es un 14,16%.

Tabla 5.

Provincia	Hombres	Mujeres	Total general	% Incidencia	Tasa por Población
Almería	57	9	66	14%	0.096 ‰
Cádiz	37	8	45	10%	0.037 ‰
Córdoba	29	4	33	7%	0.04 ‰
Granada	57	4	61	13%	0.067 ‰
Jaén	19	4	23	5%	0.034 ‰
Huelva	24	4	28	6%	0.054 ‰
Málaga	101	23	124	27%	0.077 ‰
Sevilla	76	10	86	18%	0.045 ‰
Total general	400	66	466	100%	0.056 ‰

% Incidencia arma blanca/fuego



En la fase II: De los 82 casos analizados aleatoriamente, un 19,51% poseían parte de lesiones.

Tipos	Números de casos	% Casos	Parte de Lesiones(P.L) realizados	Partes de lesiones (P.L.) No realizados
Amenaza suicida	42	51.22%	4.76%	95.24%
Agresión	20	24.4%	45%	55%
Arma Blanca/fuego	19	23.17%	26.31%	73.69%
Violencia	1	1.21%	No hay P.L.	100%

De todos los casos analizados, un 87,5% estaban sellado por el juzgado.

De las 4 copias que se realizan en el parte de lesiones, sólo un 12,5% se envió a la delegación provincial para fines estadísticos.

Al observar en los partes de lesiones los datos de filiación, en un 68,75% de los casos aparece la dirección, y en menor medida, con un 37,5% aparece el DNI de la persona que lo solicita. Es importante el dato de la filiación, porque el juzgado tiene que enviar la notificación a su domicilio.

CONCLUSIÓN

Tras el estudio y análisis del impacto de la actividad médico-legal en el servicio de emergencia del 061 en Andalucía, hemos observado una disminución del número de asistencias por lesiones desde el 2007 al 2009, ya que ha pasado de un 7% a un 3'7% de solicitudes.

Con respecto a los partes de lesiones hemos obtenido un 19,51% de partes de lesiones realizados. En la ley de enjuiciamiento criminal es obligatorio la realización de partes de lesiones por el profesional sanitario, esto aparece reflejado en el artículo 262 que dice: "Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al Tribunal competente, al Juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante", y en el artículo 355 que dice: "Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor".

Por otra parte, la imposibilidad de analizar datos de años anteriores nos ha impedido la comparación con otros servicios, ya que no se incorporaban en la base de datos, como por ejemplo, en los centros sanitarios públicos andaluces, se emitieron en 2007, un total de 6.195 partes judiciales, de los que se notificaron 5.910 casos de maltrato o agresión física, y 285 de agresión sexual.

Otro punto que tratar es que los partes de lesiones para fines estadísticos se envían a la delegación provincial y en la muestra realizada se ha enviado un 12.5%. Se debería intensificar el registro y transferencia de estos.

Hemos analizado que el número de partes de lesiones realizados en amenaza suicida es de un 4.76%. Consideramos que conllevaría a la discusión de quién debiera financiarlo (el paciente o el sistema), dependiendo si el paciente tiene diagnosticado o podría diagnosticarse de enfermedad mental, por lo que entonces estaría exento.

También es elemento de discusión el número de partes de lesiones de arma blanca y arma de fuego, ya que se han registrado un 26.31%.

Como última conclusión subrayar la relevancia en los profesionales sanitarios de los Equipos de Emergencia de la optimización en el registro y realización de los partes de lesiones y de la mejora en los registros administrativos y cumplimiento de las bases de datos, para que dicha información quede registrada y pueda ser fruto de análisis y búsqueda de nuevas orientaciones y soluciones a los procesos de contenido médico-legal asistidos por los Equipos de Emergencias.

BIBLIOGRAFÍA

-Informe anual 2007, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sección de servicios.

-Informe anual 2008, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sección de servicios.

-Informe anual 2009, Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, Consejería de Salud, Junta de Andalucía. Sección de servicios.

[-http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=7120](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=7120)

[-http://www.scribd.com/doc/7303637/Documentos-Medico](http://www.scribd.com/doc/7303637/Documentos-Medico)

-Bases de Datos del 061.

-Instituto Nacional de Estadística de Andalucía, Datos de Población: INE, cifras de Población referidas al 2009, con fecha de actualización de demarcaciones: Ene-2010.

Agradecimiento.

Mi agradecimiento a la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias de Andalucía, y especialmente a Hilario Ruiz Rosales, Subdirector de Evaluación, y a Manuel González Guzmán, Subdirector de Proyectos, por haberme permitido el acceso a la información y por su trato exquisito.
