

## **ATENCIÓN DE URGENCIAS, TRASLADOS E INGRESOS DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS**

Desde la publicación de la Resolución 19/1990, de 18 de Abril, sobre atención de urgencias, traslados e ingresos de pacientes psiquiátricos, del Servicio Andaluz de Salud (SAS) y del Instituto Andaluz de Salud Mental (IASAM), se han producido cambios organizativos que dan lugar a una realidad diferente a la de su origen, cambios que coinciden con la desaparición del IASAM en 1991 y su integración plena en el SAS.

La entrada en vigor el 8 de enero de 2001 de la ley de enjuiciamiento civil, Ley 1/2000, supone un cambio fundamental ya que deroga, entre otros, el artículo 211 del Código Civil, que regulaba el internamiento involuntario de personas incapaces.

Otro aspecto relevante es la incorporación de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU) a la recepción y atención de urgencias psiquiátricas, que no se contemplaba en la Resolución de 1.990.

Por todo lo anterior, en uso de las facultades conferidas por el artículo 69 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía así como el artículo 11 del Decreto 245/2000, de 31 de mayo, por el que se establece la Estructura Orgánica de la Consejería de Salud y del Servicio Andaluz de Salud,

### **RESUELVO:**

#### **Primero**

Todo ingreso psiquiátrico requerirá una previa valoración clínica que lo indique como medida terapéutica adecuada, excepto aquellos que se produzcan por orden judicial dictada en causa penal.

#### **Segundo**

El ingreso, desde el punto de vista sanitario, podrá ser:

- a) PROGRAMADO. Si su indicación procede de los dispositivos comunitarios de salud mental.
- b) NO PROGRAMADO. Si su indicación es resultado de una situación de urgencia.

#### **Tercero**

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que indique el ingreso psiquiátrico, a los efectos legales oportunos, se distinguirán las siguientes modalidades:

- a) Ingreso VOLUNTARIO ORDINARIO (programado).
- b) Ingreso VOLUNTARIO URGENTE (no programado).
- c) Ingreso INVOLUNTARIO ORDINARIO (programado).
- d) Ingreso INVOLUNTARIO URGENTE (no programado).

#### **Cuarto**

En los supuestos de ingreso voluntario, sea ordinario o urgente, todos los dispositivos sanitarios establecerán las cautelas oportunas que tiendan a garantizar que la voluntariedad del enfermo mental se respeta, tanto desde la primera asistencia como durante su tratamiento hasta el alta hospitalaria.

Asimismo, en los casos de ingreso involuntario (ordinario o urgente), se actuará, conforme a lo establecido en esta Resolución, con la mayor diligencia posible en los trámites sanitarios y legales recogidos en el apartado octavo y siguientes.

#### **Quinto**

El ingreso psiquiátrico se realizará en la Unidad de Salud Mental del Hospital General del Área de referencia.

Las Comisiones de Admisión de Enfermos en Centros Hospitalarios, creadas por Resolución de la Presidencia del extinguido Instituto Andaluz de Salud Mental, de 5 de febrero de 1986 (B.O.J.A. núm. 14, de 18-2-86), modificada por Resolución 32/1991, de 1 de abril, del Director Gerente del SAS, sobre modificación de la composición de las comisiones de admisión de enfermos en las unidades de hospitalización de salud mental, evaluarán, en cada caso, la necesidad y conveniencia del ingreso del enfermo conforme a las normas que regulan su funcionamiento aprobadas en la Circular 1/86, de 26 de febrero, dictada por la Dirección-Gerencia del IASAM, y determinarán con precisión la modalidad de cada uno de los ingresos.

#### **Sexto**

El alta hospitalaria del enfermo mental dará lugar a las siguientes medidas:

- 1ª Entregar su informe de Alta al paciente, familiar o persona a él allegada.
- 2ª Contactar con el Equipo de Salud Mental correspondiente para que este dispositivo pueda prestar atención preferente al paciente y asuma su seguimiento.
- 3ª Cuando el ingreso fuere involuntario (ordinario o urgente), si los facultativos que atienden a la persona internada consideran que no es necesario mantener la medida de internamiento, darán el alta al enfermo y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

### **EL INGRESO PROGRAMADO**

#### **Séptimo**

El Equipo de Salud Mental que programe el ingreso de un paciente en la Unidad de Hospitalización del hospital correspondiente, procederá sucesivamente, conforme a los siguientes criterios:

1. Establecerá contacto con la Unidad Hospitalaria para determinar la conveniencia del ingreso.
2. Evaluará si el paciente está en condiciones de emitir su consentimiento libre y conscientemente y quiere hacerlo. De ser así, y sin más trámites, ya que esta

modalidad de ingreso no requiere autorización judicial, se procederá al traslado del paciente a la Unidad Hospitalaria.

3. Si el paciente no requiere o no puede emitir consentimiento válido, se informará a la familia de la conveniencia de su hospitalización y se prestará el asesoramiento necesario para que ésta solicite ante el Juzgado de 1ª Instancia competente (el del lugar del domicilio o residencia del paciente) la autorización judicial preceptiva para realizar el ingreso involuntario ordinario.
4. A tal fin, un facultativo del Equipo de Salud Mental, emitirá informe, en el se hará constar:
  - Datos de identificación del paciente
  - Facultativo que indica el ingreso
  - A demanda de quién se ha producido la intervención sanitaria
  - Breve descripción de las circunstancias que motivan el ingreso y el diagnóstico inicial.
5. El anterior informe, atendiendo a la circunstancia de cada caso, se entregará a la familia del paciente para que promueva la autorización judicial, o bien, en ausencia de parientes, será remitido a la Fiscalía de la Audiencia Provincial, para su tramitación ante el Juzgado competente.
6. Una vez obtenida la autorización judicial, a efectos de hacer operativo el ingreso en el Hospital General, se procederá al traslado del paciente conforme se establece en el apartado Decimosegundo.
7. Cuando la oposición del paciente a ser asistido y trasladado para su ingreso hospitalario así lo requiera, se solicitará el auxilio de las Fuerzas de Seguridad, atendiendo a lo dispuesto en el apartado Decimotercero.

## **EL INGRESO NO PROGRAMADO**

### **Octavo**

Se considerará ingreso no programado aquel que se produzca como consecuencia de una urgencia sanitaria y en el que deba realizarse la asistencia hospitalaria del paciente con carácter inmediato.

### **Noveno**

Cualquiera que sea el dispositivo sanitario que atienda la urgencia e indique el ingreso deberá tener en cuenta que la Ley de Enjuiciamiento Civil, 1/2000, de 7 de enero, regula con carácter especial el ingreso involuntario que se produce por razones de urgencia sanitaria, al disponer en su artículo 763, Internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, lo siguiente:

1. El internamiento por razón de trastorno psíquico, de una persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí, aunque esté sometida a la patria potestad o a tutela, requerirá autorización judicial, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada por el internamiento.

La autorización será previa a dicho internamiento, salvo que razones de urgencia hicieran necesaria la inmediata adopción de la medida. En este caso, el responsable del centro en que se hubiera producido el internamiento deberá dar cuenta de éste al tribunal competente lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de veinticuatro horas, a los efectos de que se proceda a la preceptiva

ratificación de dicha medida, que deberá efectuarse en el plazo máximo de setenta y dos horas desde que el internamiento llegue a conocimiento del tribunal.

En los casos de internamiento urgente, la competencia para la ratificación de la medida corresponderá al tribunal del lugar en que radique el centro donde haya producido el internamiento. Dicho tribunal deberá actuar, en su caso, conforme a lo dispuesto en el apartado 3 del artículo 757 de la LECiv.

2. El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de salud mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor.
3. Antes de conceder la autorización o de ratificar el internamiento que ya se ha efectuado, el tribunal oír a la persona afectada por la decisión, al Ministerio Fiscal y a cualquier otra persona cuya comparecencia estime conveniente o le sea solicitada por el afectado por la medida. Además, y sin perjuicio de que pueda practicar cualquier otra prueba que estime relevante para el caso, el tribunal deberá examinar por sí mismo a la persona de cuyo internamiento se trate y oír el dictamen de un facultativo por él designado. En todas las actuaciones, la persona afectada por la medida de internamiento podrá disponer de representación y defensa en los términos señalados en el artículo 758 de la LECiv.

En todo caso, la decisión que el tribunal adopte en relación con el internamiento será susceptible de recurso de apelación.

4. En la misma resolución que acuerde el internamiento se expresará la obligación de los facultativos que atiendan a la persona internada de informar periódicamente al tribunal sobre las necesidades de mantener la medida, sin perjuicio de los demás informes que el tribunal pueda requerir cuando lo crea pertinente.

Los informes periódicos serán emitidos cada seis meses, a no ser que el tribunal, atendida la naturaleza del trastorno que motivó el internamiento, señale un plazo inferior.

Recibidos los referidos informes, el tribunal, previa la práctica, en su caso, de las actuaciones que estime imprescindibles, acordará lo procedente sobre continuación o no del internamiento.

Sin perjuicio de lo dispuesto en los párrafos anteriores, cuando los facultativos que atienden a la persona internada consideren que no es necesario mantener el internamiento, darán de alta al enfermo, y lo comunicarán inmediatamente al tribunal competente.

## **Décimo**

1. La urgencia de salud mental detectada y demandada, ya sea por el propio paciente, familia, servicio social, Fuerzas de Seguridad u otras instituciones, será atendida por los canales propios de cada urgencia sanitaria
2. A tal fin, el primer nivel de atención a esta urgencia corresponderá a los dispositivos de atención primaria, bien a través de los Equipos Básicos de Salud donde estén constituidos, o en su defecto por los Médicos Generales de Zona.

3. En horarios no cubiertos por esos recursos, la atenderán los servicios normales o especiales de urgencias o los establecidos a tal fin en la Zona Básica correspondiente.
4. Cuando la urgencia sea atendida por parte de los facultativos de los Centros de Coordinación de Urgencias y Emergencias Sanitarias (CCU), tras la recepción de la llamada, y ante la certeza de lesiones vitales por autoagresión, se activarán en áreas con cobertura 061 a los Equipos de Emergencias Sanitarias que, tras la estabilización hemodinámica o respiratoria, monitorizarán y aplicarán medidas de soporte vital durante el traslado.
5. En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Equipos de Salud Mental.

### **Decimoprimerο**

Cuando la capacidad de respuesta de este primer nivel se vea desbordada por la propia urgencia, el facultativo que la atienda podrá solicitar (telefónicamente) el apoyo de:

1. El Equipo de Salud Mental del Distrito correspondiente. Con su asesoría, y tras la valoración del caso, el facultativo podrá tomar alguna de las siguientes medidas:
  - a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Equipo de Salud Mental y, en su caso, derivar posteriormente al paciente al dispositivo adecuado.
  - b) Trasladar al paciente a la sede del Equipo de Salud Mental.
  - c) Trasladar al paciente al Hospital General del Área de referencia (previo contacto telefónico con la Unidad Hospitalaria por parte del Equipo de Salud Mental).
  - d) Eventualmente, y para colaborar en la atención a la urgencia, el Equipo de Salud Mental podrá desplazar a algunos de sus miembros al lugar donde se encuentre el paciente.
2. Fuera del horario del Equipo de Salud Mental, podrá solicitar el apoyo del Servicio de Urgencia especializado ubicado en el Hospital General del Área de referencia. Con su asesoría y tras la valoración de urgencia, el facultativo tomará alguna de las siguientes medidas:
  - a) Resolver la situación de urgencia con las indicaciones del Servicio de Urgencia especializado y, en su caso, derivar posteriormente el paciente al dispositivo adecuado.
  - b) Trasladar el paciente al Hospital General del Área de referencia.
  - c) En aquellos casos en que se considere oportuno se podrá solicitar por parte de los facultativos de los CCU asesoramiento telefónico a los Servicios de Urgencia Especializados.

## TRASLADO DEL PACIENTE

### Decimosegundo

1. En general, el traslado del paciente se realizará, siempre que ello sea posible, con los medios propios de que disponga su familia o personas a él allegadas que gocen de buena ascendencia sobre el paciente, por ser las más idóneas para solventar las circunstancias que concurren en el traslado de un paciente debidamente tratado.
2. Cuando no sea posible la utilización de medios propios y/o las circunstancias clínicas así lo aconsejen, el traslado del paciente se llevará a cabo en la ambulancia que el Distrito Sanitario o Área de referencia utilicen como medio de transporte habitual, para lo cual, todos los dispositivos contarán con una relación detallada de los puntos de localización de dichos transportes.
3. Cualquiera que sea el dispositivo que solicite un medio de transporte para trasladar al paciente, señalará expresamente si la ambulancia que deba realizar dicho servicio ha de ser normalizada o asistida con personal sanitario, debiendo limitarse esta última posibilidad a los casos de especial dificultad.

### EL REQUERIMIENTO DE AUXILIO A LOS CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

### Decimotercero

1. El facultativo del dispositivo sanitario que atienda a un paciente requerirá el Auxilio de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (Policía Nacional, Policía Local, Guardia Civil) cuando sea necesario y de conformidad con lo previsto en su normativa específica, para que éstas, 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.

En este sentido, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad prestarán el auxilio demandado, como establece el artículo 11.1.b de la Ley Orgánica 2/1986, de Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que les atribuye las funciones de *“Auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa”*. Funciones que para las Policías Locales establece específicamente el artículo 53.1: *“Cooperar en la resolución de los conflictos privados cuando sean requeridos para ello”*.

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.

EL DIRECTOR GERENTE

Juan Carlos Castro Álvarez