

Responsabilidad médica en la emergencia psiquiátrica

Alfredo Achával

El tema -desde el punto de vista médico legal- puede estudiarse en distintos aspectos en relación a la Responsabilidad Médica. Lo vamos a considerar así: 1) En primer lugar “La emergencia”; 2) Luego la “Emergencia psiquiátrica: el diagnóstico y el tratamiento” y, finalmente 3) “Los riesgos y la responsabilidad en la actuación médica en la emergencia psiquiátrica”.

La emergencia

Emergencia: Es toda situación donde existe riesgo de vida o presunción cierta de ella (riesgo de vida real o potencial), que requiere asistencia médica en forma inmediata, con el pronto arribo de profesionales idóneos, al lugar donde se encuentra junto a la mejor tecnología (rápida y eficaz). No hay que olvidar que un paciente psiquiátrico en sí carece de motivación de asistencia de emergencia y, si lo es cuando ha pretendido un suicidio, si ha sido agredido y si tiene una hemorragia interna o externa, como cualquier otra persona o una intoxicación de obligado tratamiento inmediato.

Urgencia: es una situación de riesgo de vida potencial que requiere atención médica a la brevedad.

Tales son las situaciones. Veamos ahora con que contamos para la asistencia médica especializada:

Ambulancia: vehículo (vehículo terrestre, aéreo o acuático) especialmente diseñado para el traslado de pacientes y provisión de atención médica extra-hospitalaria con grado adecuado de complejidad de acuerdo a la especialidad, funciones a asignar (asistencia pacientes en emergencia psiquiátrica, pacientes en tentativa de suicidio o en curso de tal hecho o pacientes intoxicados de cualquier tipo de acto humano) y territorio de acción. La complejidad en todo caso de no poder hacer selección, debe ser alta. Amplitud, iluminación, privacidad, climatización y aislamiento sonoro, debe contar asimismo con sistema sanitario y acceso mediante puerta posterior y lateral derecha. Es conveniente que cuenten con sistema computarizado con software adecuado al tipo de misión y sus necesidades: registro, información toxicológica y psiquiátrica; sistema de comunicaciones con acceso fácil y rápido, capacidad de comunicación con central y de ésta con el lugar al que se concurre y luego con el lugar donde se deriva el paciente, es conveniente contar con sistemas de autograbación central; servicio de comunicaciones de emergencia con el fin de coordinación de servicios a prestar con las fuerzas de seguridad, seguimiento y apoyo. Todos estos sistemas deben ser abastecidos mediante un sistema de soporte de energía eléctrica. El habitat del vehículo debe tener dos compartimentos comunicados entre sí en forma permanente, el confort adecuado para la asisten-

cia y el traslado del paciente sin riesgo, así como también el de los profesionales y auxiliares que asisten (por lo menos dos trabajando con el paciente). La temperatura debe ser controlada así como la ventilación y la iluminación. La camilla en su cabecera debe dejar al menos 0,60 m. libres para permitir, en caso de necesidad, maniobras en la vía aérea con el equipamiento correspondiente, también ubicado a la cabecera de la camilla. El equipo de resucitación cardíaca (cardiodesfibrilador), monitoreo de tensión arterial y de ritmo cardíaco (electrocardiógrafo a batería y corriente eléctrica) debe estar frente al asiento lateral donde se ubican durante el traslado los profesionales. Debe haber equipamiento para control de hemorragias externas. Los elementos de contención deben ser lo menos traumáticos posibles. Además de camilla debe haber una silla de ruedas plegable. En lo posible el interior no debe tener salientes y debe tener esquinas y laterales cóncavos o planos. No debe tener ventanas ni en sus lados, ni en las puertas traseras o laterales (evitar curiosos, fotografías, etcétera), la luz puede ser cenital. Todo el material asistencial debe estar guardado y no existir objetos sueltos. El techo debe tener un barral para el supuesto del uso de soluciones parenterales. El piso debe ser antideslizante, de fácil limpieza y desinfección, así como el zócalo sanitario. Debe considerarse que el vehículo sea de apariencia exterior similar a la de cualquier otro tipo de paciente.

Camilla de ruedas: con patas extensibles y rebatibles. Ubicada dentro de la ambulancia debe quedar por lo menos a 15 cm del suelo. La elevación de la cabecera debe poder fijarse en 60° y en 0°. El largo no debe ser inferior a 180 cm de longitud y 50 cm ancho, con manijas para cuatro asistentes. Debe tener mecanismos de seguridad que la fijen contra

el piso y cinturones ajustables para asegurar el paciente en caso de choques o vuelcos. La camilla debe poseer protecciones laterales para los traslados a la ambulancia o desde la ambulancia. Sobre ella deben poder fijarse camilla rígida larga, para el caso de extracción del paciente politraumatizado o una camilla bolsa. Para ella deben disponerse sábanas, frazadas y toallas descartables.

Lugar de recepción y asistencia del paciente: tiene que ser adecuado a su tratamiento integral. Además de tratamiento debe recibir seguridad como medio (respeto a su dignidad) y no como resultado (contención química, mecánica y aislamiento).

Emergencia psiquiátrica: Diagnóstico y Tratamiento

Emergencia psiquiátrica: El riesgo de vida se acumula en los pacientes en relación a su propia persona o a otra u otras personas, así como igualmente el riesgo de daños de bienes propios o ajenos. El diagnóstico de la patología no sólo da lugar a poder realizar el tratamiento, sino también el pronóstico así como organizar la recepción asistencial. Con la certeza del diagnóstico y de la situación de emergencia psiquiátrica, debe considerarse la necesidad de evaluar el consentimiento válido para el accionar médico, incluyendo la posibilidad de orden judicial y requerimiento de la fuerza pública. Estos elementos juegan desfavorablemente frente a los errores de procedimiento, exigencias familiares, vecinos, medios de comunicación alertados del espectáculo, sociales, derechos del paciente. La emergencia asistencial con diagnóstico de riesgo de vida propia o ajena está indicando la participación de las fuerzas de seguridad inicialmente y la acción judicial, conocimiento y resolución.

Traslado del paciente: Se puede clasificar en traslado de alto riesgo y traslado de bajo riesgo. El traslado en ambos casos debe ser realizado en condiciones de máxima seguridad y con los recursos necesarios para no agravar el cuadro psiquiátrico y sin violentar los derechos del paciente. Puede darse la circunstancia de haber logrado la continencia del paciente y que el traslado inicialmente de alto riesgo se transforme en de bajo riesgo, en caso de no haber logrado la continencia puede producirse efectos contrarios, con situación crítica. En todos los casos, el accionar del traslado debe tener dos elementos a favor: la celeridad y la privacidad. En el primer caso el paciente debe salir de su vivienda ya condicionado y acondicionado para el traslado. En el segundo caso puede recurrirse a accesos de garajes o estacionamiento y limitar el número de personas expectantes, así como mediante la fuerza pública para impedir el acceso de cámaras TV. Antes que el acontecimiento está el paciente.

Equipamiento médico: Como vimos la ambulancia tiene equipamiento médico fijo. A disposición del médico debe haber estetoscopio, tensiómetro portable, linterna, termómetro, glucotest y alcoholtest, posibilidades de hidratación, caja de curaciones. Los vehículos de apoyo, de rescate o de camino, bomberos o policiales deben tener "chalecos de fuerza" y un cabo de 30 m, así como un arnés de seguridad para trabajos en altura.

Dos tubos de oxígeno fijos en el vehículo de 2.700 L, flujo de 2 a 15 L. minuto y un tubo portable de 450 L con sus correspondientes soportes, manómetros de regulación de flujo y presión, aspirador portátil (con efecto Venturi) tubuladuras, tubos orofaríngeos, endotraqueales y nasotraqueales de distintos calibres, sondas de aspiración de distinto tamaño, pinzas de Magill para cuerpos extraños en vías

aéreas, bolsa resucitadora adulto y pediátrica con reservorio, válvulas a presión positiva y máscaras. Laringoscopia con ramas rectas y curvas (adulto y pediátrico). Respirador portátil preferentemente volumétrico y de ciclo electrónico para pacientes adultos y pediátricos. Equipo para punción o incisión cricotiroidea y catéter cricotroideo. Máscara de oxígeno de alta concentración y máscara con flujo regulable.

Férulas de inmovilización neumática y/o rígidas. Collares cervicales rígidos en tres tamaños distintos. Inmovilizador lateral de la cabeza. Sets de sábanas estériles para quemados. Tijera adecuada para corte de ropa.

Elementos de stock: gasas, vendas, apósitos, soluciones antisépticas, jeringas, etcétera.

Antiparras, guantes estériles, manoplas descartables, barbijos, gorras.

Envases rígidos para descarte. Bolsa roja para residuos biopatológicos.

Jarabe de ipeca, sonda para lavado gástrico, carbón activado, recipiente para recolección de muestras, baja lengua. Antídotos para el tóxico de moda en suicidio.

Drogas para Unidades de Alta Complejidad: paro cardio-respiratorio, shock, hemorragias, afecciones cardiovasculares, toxicológicas, psiquiátricas, etcétera.

Médico: además de lo señalado debe haber aptitud física por parte del médico, buen estado de salud, tres años de ejercicio profesional y dos años de emergentología y adiestramiento en urgencias psiquiátricas, resucitación cardiopulmonar avanzada (el enfermero y el conductor deben estar habilitados para resucitación cardiopulmonar básica). La aptitud psicofísica debe requerir aptitudes para levantar camillas, pacientes, posiciones forzadas en los espacios donde pueda encontrarse el paciente, escaleras o en la propia ambu-

lancia. Es importante que los profesionales de asistencia hayan tenido actividad en servicios de emergentología, en terapia intensiva, unidad coronaria, cirugía, clínica y guardia psiquiátrica. Necesitarán estar adiestrados en derechos del paciente y en normas legales civiles y procesales para la internación. Deben tener capacidad para convencer y disuadir en situaciones de riesgos extremos. No deben suplantar el accionar de las fuerzas de seguridad. Notificación judicial del traslado, causas, desde y adonde, responsables del mismo.

Enfermero: adiestrado en emergentología, pasantías en Guardia de Psiquiatría de Hospital monovalente y terapia intensiva de Hospital general.

Riesgos y responsabilidad en la actuación médica

Los sistemas de atención al paciente en tales circunstancias pueden generar responsabilidad por:

1) Agravación del estado anterior del paciente y de complicaciones clínicas de similar emergencia, tales como esfuerzos de agotamiento cardíaco, de neumotórax, de fracturas patológicas, de heridas, etcétera.

2) Por los recursos humanos, su organización y capacitación. El médico a cargo debe ser emergentólogo y debe estar informado en lo asistencial psiquiátrico y toxicológico de emergencia y urgencia, así como en los derechos del paciente psiquiátrico y las posibilidades legales y procesales. Además del conductor, deben asistir al médico dos enfermeros todos con especial adiestramiento en la función. Los riesgos previsibles están en las fracturas de miembros por contención inoportuna, las fracturas de maxilar inferior al pretender abrir la boca de quien ha ingerido tóxi-

cos, las heridas producidas en medio de forcejeos, las fracturas de cráneo o hemorragias intracraneanas por caídas desde camillas sin baranda ni contención, las mordeduras de lengua en los que se producen crisis epilépticas, los desgarros musculares, etcétera. Los mayores riesgos previsibles en el transporte son los pacientes con tentativas suicidas, los que están bajo efectos convulsivos o de excitación de alcohol o intoxicación por drogas y, los que se han “fugado” de establecimientos psiquiátricos de internación.

3) Por defectos técnicos o conductivos del vehículo. Nunca el traslado debe superar las velocidades reglamentarias ni los derechos de los otros vehículos o personas. Deben los vehículos tener un mantenimiento responsable en lo mecánico y en lo técnico. Tanto el paciente como el personal de asistencia y traslado deben usar los elementos de seguridad propios del vehículo, aptos para choques y/o vuelcos. Si ha habido participación de las fuerzas de seguridad es conveniente la custodia del vehículo así como la liberación del camino.

4) Por los recursos físicos y su equipamiento.

5) Por las directivas dadas previamente al acto médico asistencial, cuando fue ordenado.

6) Por defectos de las comunicaciones con confusiones de destino, ocupación de la plaza asignada, etcétera.

7) Por la recepción de los pedidos que no reciben toda la información necesaria, no consignar el estado del paciente.

8) Por el grado de prioridad asignado (emergencia, urgencia, riesgo), en especial cuando hay necesidad de evacuación ante algún desastre.

9) Por la coordinación logística con el lugar de destino que no corresponde a la infra-

estructura necesaria para el estado del paciente.

10) Por la participación oportuna de las fuerzas de seguridad en la contención inicial del paciente y la necesidad de su asistencia, cuando las características del servicio a prestar, así lo requiera. La coordinación e intercambio de información entre ambos sectores del servicio, es indispensables ya que ambos pueden ser considerados como prestadores.

11) Por caídas de camillas tanto en tierra como en el vehículo. Indefectiblemente el paciente debe estar inmovilizado en la camilla, por su propia seguridad. Nunca el paciente debe viajar sólo, en su compartimento o habitáculo, ni tampoco la camilla debe ser desplazada o rodada, por dos personas.

Debe adiestrarse al personal profesional al manejo del secreto profesional, así como a circunscribirse a la asistencia de emergencia psiquiátrica requerida, evitar conceptos no médicos, discusiones médicas, discusiones de ambiente y evacuar lo más rápidamente al paciente, asegurando el lugar de destino.

El médico debe ser adiestrado para su trabajo en equipo, no colaborar en la reducción del paciente, salvo los riesgos de personal del equipo. Trato de colaboración con las fuerzas de seguridad.

El paciente psiquiátrico en emergencia necesita del médico psiquiatra o del médico legista, un conocimiento profundo de su situación social y legal. Es necesario el conocimiento de las normas legales de internación, de subordinación de su consentimiento al de otra persona delegada judicialmente para tomar las decisiones adecuadas. Actuación en delitos de agresión por parte del paciente a una persona (in fraganti) y actuación frente al paciente referido o diagnosticado autoagresivo.

La legislación civil se ha quedado atrás en cuanto al reconocimiento de los Derechos Personalísimos del paciente, es decir aquellos que no pueden cederse, no se le pueden quitar, son inherentes a su vida. Nuestro país comparte con Latinoamérica reglas perversas en el trato personal, tales como el absolutismo, el fanatismo religioso individual e institucional, el estatismo, el incumplimiento de la ley. Las normas necesarias del Poder Legislativo surgen tardíamente, luego de consultadas ingerencias personales o institucionales, llegan los cambios o cuando están en juego causas políticas o de intereses personales.

El otro problema son los límites que existen con las proximidades del delito, privación de libertad, abandono de persona, uso de violencia incluyendo medicación así calificada, difícil manejo de dosis de psicofármacos ante pacientes no estudiados clínicamente.

El médico no tiene incumbencia para el uso de la fuerza, son las fuerzas de seguridad las que ostentan esa incumbencia y ellos deben ser los únicos partícipes de ese uso de la fuerza. La reducción in fraganti tiene casi nula situaciones de procedimiento en razón de los riesgos de la privación indebida de la libertad. Es necesario establecer el diagnóstico de enfermedad mental o el riesgo cierto de que el enfermo se dañe a sí mismo o a terceras personas o bienes ajenos, en totalidad o en parte, o con el método de agresión haga correr riesgos colectivos en personas o cosas.

El consentimiento válido de terceras personas es relativo puesto que, muy pocas veces se conocen o se constatan, los parentescos o vínculos familiares o de subordinación. Frente a la incertidumbre es necesario poner en juego la idea del bien común, del riesgo, del beneficio para el paciente, evitar la arbitrariedad, la imprudencia, el examen superficial, siempre escuchar al supuesto paciente,

dictar o confeccionar la historia clínica. Tal la utilidad de la conexión permanente con una central inteligente y capacitada.

Al paciente al que se le subtrae bruscamente de la sociedad, de su autonomía, se le daña en sus derechos inmediatos o reales y aún en aquellos que conocemos como daño por pérdida de chances inmediatas como trabajo, oportunidades deportivas, laborales, sociales o afectivas. Es necesario tener presente los riesgos de la intimidad y de la imagen y, aún tener en cuenta si se plantea la necesidad de imponerse a los derechos que se invocan de medios masivos de comunicación ante los derechos inalienables del paciente a su privacidad, intimidad e imagen.

El paciente en emergencia psiquiátrica puede sufrir daños inmediatos y mediatos. No corresponde la discusión de la decisión médica del traslado cuando ésta ha sido establecida por médicos especialistas, dependen de las circunstancias del diagnóstico, el estado del paciente y las circunstancias de tiempo y lugar.

Entre los daños posibles debe tenerse en cuenta por ser muy pocas veces evaluado el “daño al proyecto de vida” y el de pérdida de chance que ya se mencionó.

El daño al proyecto de vida es la expresión del más puro derecho a la libertad individual, derecho que abarca la posibilidad de estudiar, trabajar y disfrutar socialmente de un sinnúmero de oportunidades.

Se reconocen varias “chances”, la de contraer matrimonio, la de progresar en su empleo o profesión o carrera artística, etcétera. La pérdida de la chance es un daño actual resarcible cuando implica una probabilidad suficiente y no es daño actual cuando la “chance” es posibilidad muy general y vaga. La valoración de la chance se hace por sí misma, nunca puede identificarse con el eventual be-

neficio frustrado ya que lo frustrado es la chance. Es un daño a valorarse mediante análisis cuidadoso de las circunstancias del caso y, las pruebas tienen que demostrar que la probabilidad perdida dejó de ser hipotética para transformarse en cierta. Considero equivocado pretender que la chance se puede inculpar mediante el uso de estadísticas, considero aún válido el acierto de desechar el uso de las estadísticas en Medicina Legal. Primero debe tenerse en cuenta las circunstancias que hacen que algo sea un riesgo, es un juicio de valor que se impone desde la prevención y el razonamiento en el caso, tal como lo exige el arte de la profesión. No todo se ve en Medicina muchas se prevén, en cambio la estadística es luego de ocurrido, no entra en Medicina legal, entra en medicina Preventiva, donde por otra parte es absolutamente necesaria para evaluar un riesgo y evaluar las formas de evitarlo. Debemos recordar que aquello que es razonamiento médico, discusión médica, no puede ser objeto de cuestionamientos. Por ello, es que aún no es chance el acontecimiento epidemiológico (estadístico) de la muerte dentro del año siguiente de aquel cónyuge que es superviviente al fallecido bruscamente. Si lo fuera ya habría demandas en ese sentido de la indemnización.

Una emergencia psiquiátrica puede generar pérdidas de chance cuando se producen alternativas que lesionan la imagen, cuando innecesariamente se vulnera el secreto profesional, cuando el diagnóstico médico es equivocado y no era emergencia, ni tampoco era psiquiátrica, cuando el traslado involucra un riesgo innecesario o cuando el paciente trasladado es sometido a lesiones agregadas que ponen en tela de juicio su actuación futura, exigen rehabilitación de difícil cumplimiento, etcétera.

La jurisprudencia ha expresado sobre la "chance":

1- "La indemnización por pérdida de chance no se identifica con la utilidad dejada de percibir, sino que lo resarcible es la chance misma, la que debe ser apreciada judicialmente según el mayor o menor grado de probabilidad de convertirse en cierta, sin que pueda nunca identificarse con el eventual beneficio perdido". C. Nac. Civ., sala F, 21/11/2002.- Rotella Marcelo J. v. López, Gerardo y otro) 2003-IV síntesis.

2- "Toda chance es un interés legítimo, es decir, protegido por la ley, porque es una expectativa patrimonial del titular de un patrimonio que, como tal, tiene certeza, y si aquella expectativa se realiza y se obtiene la ganancia esperada. En cambio, si la posibilidad se frustra existe una lesión actual del interés legítimo que ella representa y que constituía un derecho subjetivo potencial, el cual se convierte en una facultad de actuar para reclamar en justicia el valor económico de aquella esperanza." (id.)

Las Condiciones Legales actuales en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

I.- Por orden cronológico debemos hacer mención del Código Civil en su artículo 482 aclarando que esta norma del Código en su sanción original está destinada, en razón de los artículos 140 y 141, a la internación de aquellas personas que ya han sido incorporadas al régimen de protección de curatela como dementes. En efecto, el segundo y el tercer párrafo fueron agregados por la misma ley 17.711 que incorpora el artículo 152 bis.

Art. 140.- "Ninguna persona será habida por demente, para los efectos que en este Código se

determinan, sin que la demencia sea previamente verificada y declarada por juez competente".

Art. 141.- "Se declaran incapaces por demencia las personas que por causa de enfermedades mentales no tengan aptitud para dirigir su persona o administrar sus bienes".

Art. 144.- "Los que pueden pedir la declaración de demencia son:

1° (Texto Ley 23.515).- El esposo o esposa no separados personalmente o divorciados vincularmente.

2°.- Los parientes del demente.

3°.- El Ministerio de Menores.

4°.- El respectivo cónsul, si el demente fuese extranjero.

5°.- Cualquier persona del pueblo, cuando el demente sea furtivo, o incomode a sus vecinos".

Art. 152 bis (introducido por la Ley 17.711).- "Podrá inhabilitarse judicialmente:

1° A quienes por embriaguez habitual o uso de estupefacientes estén expuestos a otorgar actos jurídicos perjudiciales a su persona o patrimonio.

2° A los disminuidos en sus facultades cuando sin llegar al supuesto previsto en el artículo 141 de este Código, el juez estime que del ejercicio de su plena capacidad pueda resultar presumiblemente daño a su persona o patrimonio.

3° A quienes por la prodigalidad en los actos de administración y disposición de sus bienes expusiesen a su familia a la pérdida del patrimonio. Sólo procederá en este caso la inhabilitación si la persona imputada tuviere cónyuge, ascendientes o descendientes y hubiere dilapidado una parte importante de su patrimonio. La acción para obtener esta inhabilitación sólo corresponderá al cónyuge, ascendientes o descendientes.

Se nombrará un curador al inhabilitado y se aplicarán en lo pertinente las normas relativas a la declaración de incapacidad por demencia y rehabilitación.

Sin la conformidad del curador los inhabilitados no podrán disponer de sus bienes por actos entre vivos.

Los inhabilitados podrán otorgar por sí solo actos de administración, salvo los que limite la

sentencia de inhabilitación teniendo en cuenta las circunstancias del caso”.

Art. 482.- “El demente no será privado de su libertad personal sino en los casos en que sea de temer que, usando de ella, se dañe a sí mismo o dañe a otros. No podrá tampoco ser trasladado a una casa de dementes sin autorización judicial.

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

A pedido de las personas enumeradas en el artículo 144 el juez podrá, previa información sumaria, disponer la internación de quienes se encuentren afectados de enfermedades mentales aunque no justifiquen la declaración de demencia, alcoholistas crónicos y toxicómanos, que requieran asistencia en establecimientos adecuados, debiendo designar un defensor especial para asegurar que la internación no se prolongue más de lo indispensable y aún evitarla, si pueden prestarle debida asistencia las personas obligadas a la prestación de alimentos”.

Como se observa claramente en el texto no es el representante legal el que ordena la internación por sí sino el juez que es el garante del derecho a la libertad. El representante legal o curador deberá informar al juez sobre la necesidad de internación para un mejor tratamiento y cuidado y este dará la autorización necesaria.

La disposición de las fuerzas de seguridad sólo corresponde cuando confluyen los siguientes factores: 1) Enfermedad mental o alcoholismo crónico o toxicomanía en la persona; 2) la posibilidad de dañar su salud o la de terceros, es decir diagnóstico del riesgo; y, 3) el hecho de alterar la tranquilidad pública. Necesita del dictamen del médico oficial que constatará en su examen lo señalado en 1) y

considerará como posible las circunstancias de riesgo a que hace referencia el punto 2). El factor 3) corresponde a actuaciones que se libren en la sede policial, casi siempre denuncias, testigos o funcionarios policiales de patrullas.

El tercer párrafo del artículo 482 se cumple casi siempre en forma deficiente. El pedido proviene de las personas enumeradas en el artículo 144 CC y ello dará origen a una información sumaria en la que se constatará: 1) enfermedad mental aunque no justifique medidas del artículo 141 o alcoholismo crónico o toxicomanía; 2) necesidad de asistencia médica en establecimiento adecuado; 3) designación de un “defensor especial” que controlará la evolución de la internación para que no se prolongue innecesariamente o evitar las internaciones por causas de continencia familiar o abandono de las personas con deberes alimentarios.

II.- La ley del gobierno de facto que terminó en 1983, promulgó una ley N° 22.914 (15 de septiembre de 1983), que es reglamentaria del artículo 482 y corresponde a la situación anterior a la modificación de la Constitución Nacional de 1994, por consiguiente es anterior a la autonomía de la ciudad de Buenos Aires.

Su texto en lo que hace a internación de enfermos mentales es el siguiente:

Art. 1°.- La internación de personas en establecimientos públicos o privados de salud mental o de tratamiento para afectado de enfermedades mentales, alcohólicos crónicos o toxicómanos, sólo se admitirá:

- a) por orden judicial;
- b) a pedido del propio interesado o su representante legal;
- c) por disposición de la autoridad policial en los supuestos y con los recaudo establecidos en

el segundo párrafo de artículo 482 del Código Civil;

d) en caso de urgencia, a pedido de las personas enumeradas en los incisos 1° al 4° del artículo 144 del Código Civil.

Instancia propia o del representante legal

Art.2°.- La internación a pedido del propio interesado o de su representante legal deberá ajustarse a las siguientes disposiciones:

a) El peticionante suscribirá una solicitud de internación ante el Director del establecimiento o quien le reemplace, presentando con ella un dictamen médico que identifique al posible internado, efectúe su diagnóstico y de opinión fundada sobre la necesidad de internación;

b) Admitida la internación el Director del establecimiento deberá:

1) Efectuar dentro de las cuarenta y ocho (48) horas su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento;

2) Comunicar dentro de las setenta y dos (72) horas al Ministerio de Menores e Incapaces la internación efectuada cuando se trate de alguna de las circunstancias contempladas en los artículos 141, 152 bis, incisos 1° y 2°, o 482, párrafos segundo y tercero del Código Civil o en el caso de constar que la misma persona ya había sido internada con anterioridad, con tal comunicación acompañará copia de los dictámenes médicos producidos;

3) En cualquier otro caso si la internación superara los veinte (20) días deberá formularse igual comunicación;

c) Si el interno estuviera sujeto a tutela o curatela, su representante deberá comunicar al juez de la causa la internación efectuada dentro de las veinticuatro (24) horas de producida.

Disposición de la autoridad policial

Art.3°.- Cuando la internación hubiese procedido por disposición de autoridad policial el Director del establecimiento deberá efectuar su propio dictamen médico o convalidar el de otro facultativo del mismo establecimiento e informar dentro de las veinticuatro (24) horas del comienzo de la internación al Ministerio de menores e Incapaces, acompañando copia del dictamen y el del

médico oficial dispuesto previamente por la autoridad policial.

En el sexto día de la internación, de no mediar notificación judicial ordenando mantenerla, el Director del establecimiento comunicará tal situación al Ministerio de menores e Incapaces interviniente, y si dentro del tercer día siguiente no recibiere la orden judicial referida, por su sola autoridad dispondrá el cese de la internación, notificando de ello al internado o a su representante legal.

Casos de urgencia

Art. 4°.- En los casos de urgencia a que se refiere el inciso d) del artículo 1° se observarán las siguientes disposiciones:

a) Las personas facultadas deberán pedir la internación por escrito firmado ante el Director del establecimiento o quien le reemplace, quien accederá o rechazará fundadamente;

b) Producida la internación, el solicitante deberá comunicarla al Ministerio de menores e Incapaces dentro de las veinticuatro (24) horas;

c) El Director del establecimiento procederá en estos casos de igual modo al establecido en el artículo 3°. De no mediar orden judicial en contrario y aunque no lo hubieren vencido los plazos establecidos en el artículo citado, dispondrá por su propia autoridad que la internación cese tan pronto desaparezcan las causas que la justificaron notificando de ello al interesado o a su representante legal y al Ministerio de Menores e Incapaces.

Dependencia Judicial

Comunicación

Art. 6°.- Toda internación será comunicada inmediatamente por el Director del establecimiento a los parientes del internado u otras personas que este indique.

Impulso judicial de oficio

Art. 9°.- Los jueces impulsarán de oficio y con la mayor celeridad las actuaciones judiciales relativas a las personas comprendidas en la presente ley.

Responsabilidad de los Directores de establecimientos asistenciales

Art. 13.- El incumplimiento total o parcial de los deberes que la presente ley impone a los Di-

rectores de los establecimientos asistenciales, será puesto en conocimiento de la autoridad a la que compete el ejercicio del poder de policía sanitaria y, en su caso, de la autoridad judicial correspondiente en lo criminal y correccional.

Los Jueces y el Ministerio de menores e incapaces deberán denunciar de inmediato a aquellas autoridades, las inobservancias que lleguen a su conocimiento.

Ámbito de aplicación

Art. 15.- La presente ley se aplicará en la Capital federal y en el Territorio Nacional de la Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

El Poder Ejecutivo Nacional informará a los gobiernos de las provincias del texto y los fundamentos de la presente, a fin de que se contemple la posibilidad de implementar una legislación similar.

III.- La existencia de una ley que regula el funcionamiento de la asistencia en Salud Mental en la Ciudad autónoma de Buenos Aires, no debe hacer creer que la responsabilidad profesional de médico tiene tratamiento en ella. La ley 448 regula la atención del paciente, su tratamiento de mejor aprovechamiento de medios disponibles. El acto médico se sigue rigiendo en materia penal por el Código Penal y en materia civil por el Código Civil, quedando para la ley 448 el carácter de ley contravencional, así una mala Historia Clínica -por ejemplo- que confunde y perjudica el seguimiento en la evolución del paciente, podrá ser sólo pasible de una medida administrativa pero si ocasiona daño, perjuicio en el paciente o le provoca culposamente una lesión o la muerte, tendrá ello el valor de una prueba del hecho y consecuencias imputadas o atribuidas. Por ello es que es confusa la pretensión estatal de la ciudad, de un trámite administrativo inicial y lo entendemos como dilatorio; lo previsto en materia civil debe seguir su trámite ordinario y aquello que constituye un delito no puede apartarse del procedi-

miento penal. No parece igualitario que la Gobernación de la ciudad de Buenos Aires dificulte -por el sólo hecho de tener muchos establecimientos asistenciales- trabe la prueba en vez de facilitarla en los casos de la comúnmente denominada mala práctica o so meta en los casos nimios y sin daño a trámites a los profesionales que de por sí, están recargados de tareas y dificultados en su capacitación y trato.

A continuación tratamos las normas de la Ley 448 de Salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y seguidamente la norma reglamentaria publicada el 26 de abril de 2004 (Decreto 635).

El artículo 13 de la Ley 448 establece dos tipos de internación:

“e) Internación de corto plazo en hospitales generales y monovalentes de salud mental;

Decr. 635: e) sin reglamentar.

f) Internación de tiempo prolongado en hospitales monovalentes de salud mental, en los hospitales generales pediátricos y hospitales de infecciosas y otros establecimientos específicos de salud mental.”

Decr.635. “f) *sin reglamentar.*”

El artículo 14 establece los efectores de la “Red”, y entre ellos cita:

Decr. 635. “A partir de la aprobación de la presente reglamentación, la autoridad de aplicación contará con un lapso de trescientos sesenta (360) días para la elaboración del diseño, definición de objetivos, requerimientos de planta física, de equipamiento y de personal y modo de organización e interrelación de los efectores mencionados en este artículo a los efectos de actualización de la Red”.

“g) Un sistema de intervención en crisis y de urgencias con equipos móviles debidamente equipados para sus fines específicos;

Decr. 635.- g) Sin reglamentar”.

h) Un sistema de atención de emergencias domiciliarias en salud mental infanto-juvenil, el cual atenderá en la modalidad de guardia pasiva;

Decr. 635 –“ h) Sin reglamentar”.

q) Equipos de salud mental en guardias en hospitales generales de agudos, hospitales de infecciosas y hospitales generales de pediatría”;

Decr. 635 – “q) Sin reglamentar.”

El Título II se refiere al “régimen de Internaciones” y dentro del Capítulo I de “Principios generales” establece conceptos sobre internaciones que resulta de conocimiento obligado en el tema:

“Art. 19.- La internación es una instancia del tratamiento que evalúa y decide el equipo interdisciplinario cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. Cuando ésta deba llevarse a cabo es prioritaria la pronta recuperación y resocialización de la persona. Se procura la creación y funcionamiento de dispositivos para el tratamiento anterior y posterior a la internación que favorezcan en el mantenimiento de los vínculos, contactos y comunicación de la persona internada, con sus familiares y allegados, con el entorno laboral y social, garantizando su atención integral”.

Decr. 635.- “Art. 19.- En todos los casos en los cuales se prevé la intervención del equipo interdisciplinario, la constancia que se registre en la Historia Clínica, deberá contar con la firma de todos sus integrantes.

Ante la falta de acuerdo unánime entre los integrantes del equipo interdisciplinario que decide la pertinencia de una internación, el Director del Establecimiento o quien lo reemplace, atendiendo a los contenidos expuestos y dejando constancia escrita de los mismos, toma fundamentalmente decisión definitiva.

La autoridad de aplicación brinda información actualizada sobre el conjunto de las modalidades de atención con que cuentan los efectores del subsector estatal al equipo interdisciplinario que evalúa y decide la pertinencia de una internación.

Los efectores del subsector estatal que funcionan integrando la red de atención del Sistema de Salud Mental, en la medida que cuenten con servicios de internación deberán comunicar a la autoridad de aplicación, en el plazo de veinticuatro (24) horas, las modificaciones que se produz-

can en el número de camas disponibles. La comunicación podrá efectuarse por vía telefónica, fax o correo electrónico.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 38 de la Ley de Salud mental, el Servicio de Observación y Evaluación en el subsector estatal, salvo por razones de urgencia no resultase posible, deberá comunicarse con la autoridad de aplicación a fin de tomar conocimiento de las distintas posibilidades actuales de la red de atención del Sistema de salud mental en cuanto a la derivación correspondiente para su tratamiento”.

“Art. 20.- La internación de personas con padecimientos mentales, en establecimientos destinados a tal efecto, se debe ajustar a principios éticos, sociales, científicos y legales, así como a criterios contemplados en la presente Ley y en la Ley N° 153. Para ello se debe establecer la coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas. Sólo puede recurrirse a la internación de un paciente, cuando el tratamiento no pueda efectuarse en forma ambulatoria o domiciliaria, y previo dictamen de los profesionales del equipo de salud mental u orden de autoridad judicial para los casos previstos”.

Decr. 635.- “Art. 20.- La coordinación entre las autoridades sanitarias, judiciales y administrativas es ejercida por la autoridad de aplicación.

El equipo de salud Mental al que se refiere el artículo que se reglamenta es el que se encuentra prescripto en la reglamentación del artículo 10 inciso h) de la Ley de Salud Mental”.

“Art. 21.- Las internaciones a las que aluden los artículos precedentes se clasifican en:

a) Voluntaria, si la persona consiente a la indicación profesional o la solicita a instancia propia o por su representante legal;

Decr. 635.- “Art. 21.- a) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación voluntaria en el plazo de setenta y dos (72) horas al Ministerio Público sólo si se configurase alguno de los siguientes casos:

1- Que la persona se encontrase en alguno de los supuestos contemplados por los artículos 141, 152 bis, inciso 1) y 2), o 482, párrafo 2° y 3° del Código Civil;

2- Que la persona ya hubiese sido internada con anterioridad;

3- Que la internación se hubiese prolongado más de veinte (20) días continuos.

b) Involuntaria, conforme al artículo 30 de la presente Ley;

“Dec. 635.- b) El Director del establecimiento deberá comunicar la internación involuntaria de inmediato, o en su defecto, en un plazo no mayor a las setenta y dos (72) horas al Ministerio Público.

c) Por orden judicial.

Decr. 635.- c) En los casos de las internaciones previstas en el art. 21 inciso c), a fin de efectuar la correspondiente derivación se dará intervención, previa a la orden judicial de internación, al Servicio de Observación y Evaluación pertinente del subsector estatal, el cual estará constituido por el equipo interdisciplinario en función de admisión y por un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense, o al equipo interdisciplinario en función de emisión que se constituya al efecto en el subsector privado, al que se agrega un médico psiquiatra del Cuerpo Médico Forense.

La autoridad de aplicación establecerá el sistema de turnos u otro método de distribución de tareas entre los Servicios de Observación y Evaluación existentes y a crearse de acuerdo a lo establecido en el artículo 14, incisos i) y k) de los efectos del subsistema estatal”.

El Capítulo II se refiere a “Procedimientos comunes a todas las internaciones”. No se ha previsto un examen previo e inmediato, domiciliario o no para que el equipo interdisciplinario pueda evaluar la necesidad de la internación y evitarla si ello es posible. Tampoco nos conforma que con sólo el diagnóstico presuntivo no sólo se acepte la internación sino que también se inicia el tratamiento. Considero que el diagnóstico presuntivo no da la seguridad del asistido, además de no estar de acuerdo con la calidad del equipo interdisciplinario. Tampoco es aceptable que estando

en juego el derecho a la libertad y siendo éste algo muy cuidado por la Ley, la evaluación se haga “dentro de los quince días de ingresado” y luego una vez por mes “como mínimo”, no puede considerarse ello un seguimiento del paciente, ni tampoco pueden considerarse coherentes las disposiciones de los artículos 23 y 24.

“Art. 22.- “Dentro de las 24 horas siguientes a la admisión del internado, el equipo interdisciplinario del establecimiento iniciará la evaluación para establecer el diagnóstico presuntivo, de situación y el plan de tratamiento. Será emitido un informe firmado por el equipo de salud precisando si están dadas las condiciones para continuar con la internación”.

Decr. 635.- “Art. 22.- El informe firmado por el equipo interdisciplinario de Salud Mental, incluido en la Historia Clínica respectiva, deberá fundamentar la necesidad o no de la internación y/o del plan terapéutico dispuesto. Dicho informe será comunicado inmediatamente al Director del establecimiento o quien lo reemplace.

“Art. 23.- Dentro de los quince días de ingresado y luego, como mínimo una vez por mes, la persona internada, será evaluada por el equipo interviniente del establecimiento que certifica las observaciones correspondientes al último examen realizado; confirmando o invalidando las mismas, precisando la evolución e informando en la historia clínica sobre la desaparición de las causas justificante de la internación”.

Decr. 635.- “Art. 23.- El equipo al que hace referencia el artículo que se reglamenta es el equipo interdisciplinario responsable del tratamiento.”

“Art. 24.- Las internaciones de personas con padecimiento mental podrán ser mantenidas por períodos máximos renovables de un(1) mes”.

Decr. 635.- “Art. 24.- Sin reglamentar.”

“Art. 25.- Para el caso de instituciones de carácter privado y de la seguridad social, deben elevarse los informes a que alude el artículo 23 a la autoridad de aplicación, a fin de que tome conocimiento de las causas y condiciones que sustentan la necesidad del procedimiento y su mante-

nimiento, en los términos de lo establecido en el artículo 24”.

Decr. 635.- “Art. 25.- La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa (90) días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el texto del protocolo a cumplimentar para efectivizar la comunicación referida, el cual deberá ser remitido dentro de las cuarenta y ocho (48) horas hábiles de producido cada informe.

“Art. 26.- Toda disposición de internación, sea voluntaria, involuntaria o judicial, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación y diagnóstico de las condiciones del asistido;

Decr. 635.- “Art. 26.- a) Sin reglamentar”.

b) Datos acerca de su identidad y su entorno socio-familiar;

“Art. 26.- b) Sin reglamentar”.

c) Datos de su cobertura médico asistencial;

“Art. 26.- c) Sin reglamentar”.

d) Motivos que justifican la internación;

“Art. 26.- d) Sin reglamentar”.

e) Orden del Juez, para los casos de internaciones judiciales.

“Art. 26.- e) Sin reglamentar”.

f) Autorización del representante legal cuando corresponda.

“Art. 26.- f) Sin reglamentar”.

“Art. 27.- Una vez efectuada la internación del paciente, el establecimiento debe remitir a la autoridad de aplicación la información pertinente, garantizando la confidencialidad de los datos. Dichos informes deberán remitirse en forma mensual en el caso de continuar con la internación”.

Decr.- 635.- “Art. 27.- La autoridad de aplicación dispondrá, dentro de los noventa (90) días desde la entrada en vigencia de la presente reglamentación, el protocolo del informe mensual que los establecimientos pertenecientes al Sistema de salud mental del ciudad deberá remitirle, dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de producido el cumplimiento del mes, en caso de continuar con la internación del paciente”.

“Art. 28.- Toda internación debe ser comunicada por el director del establecimiento a los familiares de la persona, a su curador o representante

legal si los tuviere y al juez de la causa si correspondiere, así como a otra persona que el paciente indique”.

Decr. 635.- “Art. 28.- El Director del establecimiento comunica la internación de una persona a los familiares, curador, representante legal o juez de la causa, según corresponda, utilizando el protocolo que la autoridad de aplicación dispondrá dentro de los noventa (90) días de la entrada en vigencia de la presente reglamentación. Este protocolo deberá incluir la mención explícita a los derechos y obligaciones emanadas de la legislación en vigencia, en especial aquellos indicados en el artículo 31 de la Ley de Salud Mental.

El Director del Establecimiento podrá delegar en otras personas y bajo se exclusiva responsabilidad las comunicaciones a las que alude el presente artículo”.

El Capítulo III se refiere a la “Internación involuntaria”. Y es de señalar que se la clasifica así al riesgo de daño para sí o para terceros: “riesgo cierto e inminente para él o para terceros”. Esta limitación reduce en mucho los riesgos a tener en cuenta, con los cual un buen número de fugas, de vagancias, de delitos menores y mayores, de suicidios con elaboración o preparación no quedarían amparados. El deber de cuidado que se significa en algunos casos de responsabilidad médica no puede quedar amparado. Es muy probable que la prudencia del médico psiquiatra no tome en cuenta esta indicación sobre la prescripción médica. Es frecuente en nuestro país, con tantas raíces autoritarias en su historia, que se olvide el criterio de profesión liberal y que se avance en querer ordenar al profesional aquello que es propio de su arte. El artículo 31 intenta prevenir delito médico de certificado falso y abusa así de desconfianza del proceder de los médicos, limita el ejercicio de su profesión, así como también deja de lado urgencias precisamente frecuentes en la internaciones

involuntarias. Si hay internaciones involuntarias fraguadas, certificaciones falsas son las instituciones ante las cuales se presentan o toman conocimiento de esos delitos las que deben promover las denuncias correspondientes. Es evidente que el artículo 33 creado para excepciones de esta forma de internación es el recurso para salvar algunos inconvenientes del afán reglamentarista. Las exigencias del artículo 34 resultan en redundantes informes, dictámenes y certificados, en especial si se tiene en cuenta que el establecimiento tiene la prerrogativa de rechazar la propuesta.

“Art. 29.- La internación involuntaria de una persona procede cuando a criterio del equipo profesional mediare situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros”.

Decr. 635.- “Art. 29.- Por el equipo profesional a que hace referencia el artículo que se reglamenta, debe entenderse el equipo interdisciplinario definido en la reglamentación del artículo 10, inciso h) de la ley de salud mental”.

“Art. 30.- A los fines del artículo precedente deberá mediar formal solicitud interpuesta por un familiar de la persona cuya internación se pretende, o demás personas con legitimidad para actuar conforme al Código Civil u organismo estatal con competencia”.

Decr. 635.- “Art. 30.- La solicitud de internación involuntaria es dirigida al Director del establecimiento o quien le reemplace al momento de su presentación”.

“Art. 31.- La internación involuntaria debe ser certificada por dos profesionales, los que no pueden pertenecer a la misma institución privada o de la seguridad social. No debe existir entre los profesionales y el asistido relación conyugal, parentesco, de amistad o enemistad íntima ni tener intereses o vínculos económicos entre sí. En el subsector estatal, ambos certificados podrán provenir de dos profesionales del mismo efector”.

Decr. 635.- “Art.31.- Al menos uno de los certificados a que hace referencia el artículo que se reglamenta, deberá ser extendido por un profesio-

nal del equipo interdisciplinario habilitado a tal efecto según normativa vigente”.

“Art. 32.- La internación de niños, niñas y adolescentes, en los términos de la Ley N° 114, y la de incapaces, deberá ser comunicada, dentro de las 72 horas de producida, al Asesor de menores e Incapaces”.

Decr. 635.- “Art. 32.- Sin perjuicio de la comunicación a que hace referencia el artículo que se reglamenta, la autoridad de aplicación procede a informar la internación de niños., niñas y adolescentes, dentro de los mismos plazos previstos, al Consejo de los Derechos del Niño, Niñas y Adolescentes”.

“Art. 33.- Si el paciente fuera recibido en consulta de urgencia y la internación se considerase indispensable a los fines de evitar una demora indeseable y potencialmente riesgosa para el bienestar del paciente y/o de terceros, el profesional podrá disponer la internación por un máximo de 72 horas. Durante ese lapso un segundo profesional deberá evaluar al paciente. Si ambos profesionales concordasen en la indicación de continuar la internación, entonces deberán indicar el tratamiento a seguir en forma debidamente fundamentada, de acuerdo con lo establecido en el presente Capítulo. Los profesionales que deben avalar la internación estarán sujetos a las limitaciones previstas en el artículo 31”.

Decr. 635.- “Art. 33.- En los casos de consulta de urgencia, la internación sólo se hace posible cumplimentando lo dispuesto en el artículo 30 de la ley de salud mental.

El profesional que dispone la internación prevista en este artículo debe pertenecer al equipo interdisciplinario”.

“Art. 34.- “Para que proceda la internación involuntaria además de los requisitos comunes a todas las internaciones, debe hacerse constar:

a) Dictamen profesional urgente e imprescindible;

Decr. 635.- “Art 34.- a) El mencionado dictamen puede ser utilizado como uno de los certificados profesionales a los fines de cumplimentar lo establecido en el artículo 31 de la Ley de Salud Mental”.

b) Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;

Decr. 635 - "Art. 34 - b) Sin reglamentar".

c) Informe acerca de las instancias previas implementadas, constanding detalles acerca de la duración y alcance de las mismas;

Decr. 635 - "Art. 34 - c) Sin reglamentar".

d) Dos (2) certificados profesionales que confirmen la necesidad de internación, conforme al artículo 31 de la presente".

Decr. 635 - "Art. 34 - d) Sin reglamentar".

La internación judicial está normatizada en el Capítulo IV:

"Art. 35.- El Juez competente en materia penal tiene incumbencia para hospitalizar a los procesados en el caso que padezcan trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente Ley, y lo prescripto en el Código Penal o medida de seguridad aplicada según lo establecido por la legislación vigente".

Decr. 635 - "Art. 35 - Sin reglamentar".

"Art. 36.- El juez competente en materia civil y de familia tiene incumbencia sobre la internación de personas con trastornos mentales, cuyo tratamiento demande esta medida extrema, de acuerdo con lo establecido en la presente ley y lo prescripto por el Código Civil".

Decr. 635 - "Art. 36 - Sin reglamentar".

"Art. 37.- A los efectos de un adecuado seguimiento sobre el estado de la persona, el director del establecimiento debe elevar al juez interviniente, en forma mensual, las novedades producidas en la historia clínica."

Decr. 635 - "Art. 37 - Sin reglamentar".

"Art. 38.- Los jueces que dispongan internaciones, deben requerir a la autoridad de aplicación información acerca de la disponibilidad de los establecimientos asistenciales, a efectos de garantizar el debido cuidado y seguridad del asistido".

Decr. 635 - Art.38.- "La internación judicial será efectivizada en el ámbito de la ciudad en los establecimientos de salud mental, en la medida que los centros asistenciales sean acordes al grado de enfermedad o padecimiento de la persona".

"Art. 39.- La autoridad de aplicación informará trimestralmente al Consejo de la magistratura los casos en que las internaciones dispuestas judicialmente no fueran necesarias, a juicio del equipo de salud mental interviniente".

Decr. 635 - Art. 39 - La autoridad de aplicación elevará trimestralmente a la superioridad, a los fines de su diligenciamiento al Consejo de la Magistratura, la información referida a la demora judicial en la externación de pacientes ingresados por esa vía, como así también las relacionadas con los no necesarias a juicio del equipo de salud mental, acompañando en todos los casos, bajo sobre, informes debidamente fundados, de la circunstancia que corresponda en cada caso".