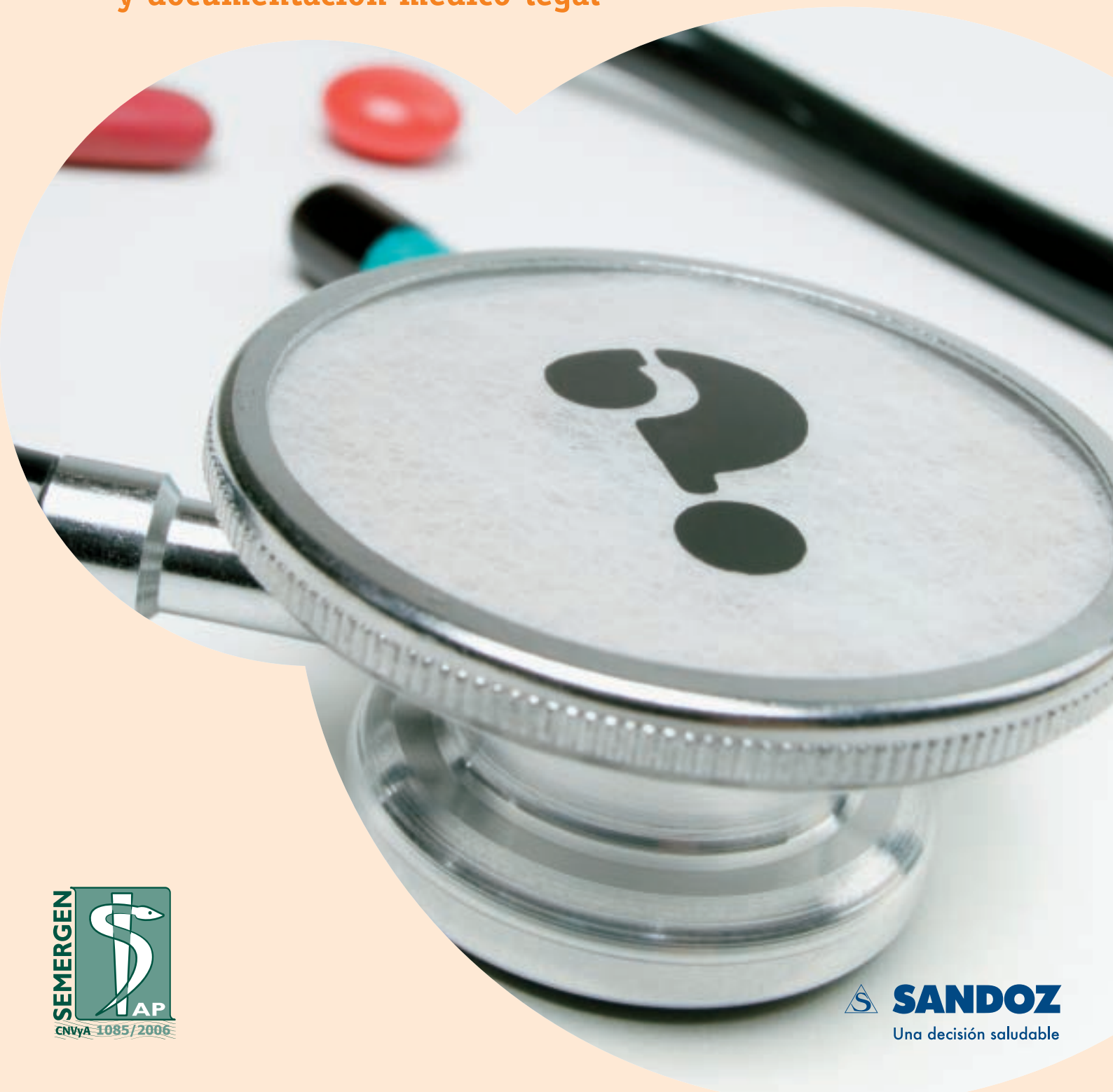


MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Información médica escrita
y documentación médico-legal



03

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA EN ATENCIÓN PRIMARIA

MEDICINA LEGAL Y DEONTOLOGÍA EN LA CONSULTA DE ATENCIÓN PRIMARIA

Información médica escrita y documentación médico-legal

Autores:

ANTONIO HIDALGO CARBALLAL
Médico forense

ANA DE SANTIAGO NOCITO
Médico de Atención Primaria

JULIA GONZÁLEZ PERNÍA
Jurista

 **SANDOZ**
Una decisión saludable

Solicitada acreditación a
la Comisión de Formación
Continuada del Ministerio
de Sanidad y Consumo

SEMergen

**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE MÉDICOS DE
ATENCIÓN PRIMARIA**


© International Marketing & Communication, S.A.
Alberto Alcocer, 13, 1.º D
28036 Madrid
Tel.: 91 353 33 70. Fax: 91 353 33 73
imc@imc-sa.es

ISBN:
Depósito legal:

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin permiso escrito del titular del copyright.

ÍNDICE GENERAL

MÓDULO 1

El facultativo, la deontología y la ley

- Atención Primaria, Código de Ética Médica y Código Penal
- Auxilio médico asistencial a la Administración de Justicia
- Responsabilidad profesional médica

MÓDULO 2

Binomio derecho-deber en la relación médico-paciente

- Ley reguladora de la autonomía del paciente. Introducción
- Derecho a la información
- Derecho a la participación
- Derecho a la confidencialidad
- Deberes del enfermo. Violencia en la consulta

MÓDULO 3

Información clínica escrita y documentación médico-legal

- Documentos médico-legales. Introducción
- Historias clínicas
- Partes médicos. Parte de alta médica. Parte judicial de lesiones
- Certificados médicos

MÓDULO 4

Incidencias médico-legales urgentes

- Agresiones a la mujer
- Atentados contra la integridad sexual
- Aborto clandestino
- Internamiento psiquiátrico involuntario
- Cadáveres judiciales

MÓDULO 5

Problemas deontológicos y forenses del enfermo menor de edad

- Derechos y deberes del menor ante la Medicina española
- Maltrato a la infancia

ÍNDICE

Presentaciones	7, 9
Documentos médico-legales	11
Introducción	11
Historias clínicas.	15
Partes médicos. Parte de alta médica y parte judicial de lesiones	17
Parte de alta médica	17
Parte de lesiones	18
Certificados médicos.	25
Test.	29

PRESENTACIÓN

La Atención Primaria está plagada de situaciones clínicas diversas donde la pericia y el buen hacer del profesional son fundamentales para la correcta consecución de las acciones. Todas las acciones médicas, debido a la trascendencia no sólo sanitaria y personal, sino incluso social y legal que tienen, deben ser resueltas con las garantías legales adecuadas de acorde con el derecho sanitario, los principios deontológicos de la profesión y los valores profesionales de la misma; por todo ello, la formación en áreas de conocimiento importantes, como la Medicina legal, la Deontología y la Bioética, es de vital importancia para el correcto desarrollo de la profesión médica. Sin embargo, sorprende contemplar qué pocas horas lectivas se dedican a estas materias, no sólo en el pregrado, sino durante la residencia y en los programas curriculares de los profesionales en ejercicio.

El curso de Medicina legal viene a cubrir un hueco fundamental donde los profesionales jóvenes, por desconocimiento, y los veteranos, por una práctica en muchos casos viciada, acometen acciones que no son del todo correctas desde la perspectiva del Derecho sanitario. Temas de gran importancia y aplicación clínica práctica, como la responsabilidad médica, la ley de autonomía del paciente, la receta, los documentos oficiales de la consulta, el secreto profesional, la objeción de conciencia y muchos más, son tratados con rigor y a la vez con simplicidad y pragmatismo. Por todo ello, este curso es de gran interés, tanto para los residentes de Medicina de familia como para los médicos ya formados que tenemos que revisar conceptos y actuaciones.

Julio Zarco Rodríguez
Presidente Nacional de SEMERGEN

PRESENTACIÓN

Uno de los aspectos más temidos, por desconocidos, de la práctica clínica asistencial es el relativo al contacto del médico con la Administración de Justicia en las distintas ramas del Derecho.

La adecuada sistemática de trabajo en relación a los aspectos legales de la asistencia sanitaria requiere un conocimiento básico de aquellos elementos instrumentales que le resulten útiles al médico para solucionar las diferentes cuestiones que pudieran plantearse en este campo.

Clásicamente, dentro de los diferentes programas formativos de la Licenciatura en Medicina y Cirugía, la ciencia legal y forense ha quedado dedicada al aspecto más teórico y clásico de la misma (ahorcaduras, intoxicaciones por metales pesados...), derivándose de ello una importante limitación en relación a su aplicación a la actividad sanitaria diaria y la subsiguiente falta de interés por parte del facultativo.

La realidad actual nos muestra una situación totalmente contraria, poniéndose de manifiesto constantemente la estrecha relación existente entre el Derecho y la Medicina, entre los juzgados y los médicos, quienes en no pocas ocasiones se constituyen en verdaderos auxiliares necesarios de la Administración de Justicia en temas tan numerosos y variados como la emisión de partes de lesiones y otros documentos médico-legales, los internamientos psiquiátricos involuntarios, la atención a detenidos en dependencias policiales, la violencia contra la mujer, el niño y el anciano, los fallecimientos en circunstancias particulares, etc.

El médico asistencial, como primer conocedor de sucesos tan variados como los expuestos, adquiere un papel relevante e importantísimo en la adecuada resolución de éstos, convirtiéndose así en el inicial comunicador de los mismos al juzgador, haciéndose imprescindible tener unas nociones básicas, claras y concretas en cuanto a los matices forenses y éticos implicados que le permitan establecer una comunicación fluida con los diferentes profesionales involucrados, actuando con seguridad y decisión, mostrándose competente y prudente, utilizando racionalmente los recursos personales y materiales disponibles, evitando dilaciones innecesarias tanto en Sanidad como en Justicia, incluyendo, en definitiva, la deliberación legal y ética en la clínica.

Esta rama del saber se extiende así más allá de la típica actuación del médico forense en relación a la Tanatología, quedando patente la implicación de la Medicina asistencial en los Tribunales y el necesario entendimiento entre aquél y los médicos de Atención Primaria en cuanto al trabajo en equipo que de manera indefectible habrá de realizarse en ciertos supuestos en los que igualmente intervendrán jueces, fiscales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, Asuntos Sociales y otros.

El presente curso tiene como objetivo primario responder a las cuestiones de índole legal y deontológico que más frecuentemente se plantean en la consulta diaria de Atención Primaria, estableciendo las pautas de actuación indicadas al caso en función del marco normativo aplicable y las estrategias de abordaje que resulten útiles según la situación concreta, afianzando la actuación del profesional, evitándose con ello conductas inadecuadas de las cuales pudiera derivarse algún tipo de responsabilidad, siendo precisamente éste uno de los principales motivos del rechazo inicial que la Medicina legal y forense provoca en el colectivo sanitario.

Antonio Hidalgo Carballal
Director del curso

Documentos médico-legales

Introducción

Una de las cuestiones asistenciales que con mayor frecuencia resulta olvidada o, al menos, descuidada por el facultativo en su quehacer diario es precisamente la constituida por la redacción de los documentos médicos que le son exigidos por las normas legales o reglamentarias aplicables a su actividad profesional, siendo, en verdad, un aspecto accesorio a la asistencia médica propiamente dicha; si bien, no por ello resulta menos trascendente.

El **documento** es todo aquel escrito que deja constancia de un hecho determinado. La calificación de médico-legal le confiere un carácter especial y concreto, derivado de su redacción por parte del profesional de la Medicina, con el objetivo de establecer contacto con las autoridades, los organismos oficiales, los particulares o el público en general.

Nuestro Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre) recoge en sus disposiciones generales que se considerará documento a «*todo soporte material que exprese o incorpore datos, hechos o narraciones, con eficacia probatoria, o cualquier otro tipo de relevancia jurídica*», siendo así, por lo tanto, la materialización de la declaración de voluntad y del pensamiento de una persona, destinada a entrar en el tráfico jurídico.

Los diferentes **tipos** de escritos serán los que analizaremos a lo largo de este módulo: historia clínica, partes, informes y certificados.

La **justificación legal** de la documentación médica ha de ser ubicada en el *derecho del paciente-usuario* de los Servicios Sanitarios, tanto públicos como privados, a la información derivada de la atención recibida y a la consignación de la misma por escrito o en otro soporte, según lo recogido en la *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica*, el cual fundamenta el **deber del médico** en relación con la evacuación de los informes, partes y certificados.

Texto legal que junto con la ya clásica *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*, establecen la regulación de las actuaciones conducentes a la efectividad del derecho (colectivo e individual) a la protección de la salud reconocido en los artículos 43 y concordantes de la *Constitución Española de 1978*.

Efectivamente, el fin último de toda esta documentación-información clínica no es otro que «*adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de la persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla*».

La **importancia** que a efectos judiciales pudiere tener este tipo de documentos clínicos, en asuntos tan variados como los delitos y faltas de lesiones, las agresiones sexuales, o la responsabilidad médica, hace necesario conocer una serie de conceptos fundamentales en relación con los mismos, dado que en mul-

titud de ocasiones serán la pieza clave en la reconstrucción de un hecho pasado, cuya dimensión médica únicamente será valorable en función de su contenido.

Tal y como certeramente se recoge en la «*Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción*», de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la OMC aprobada por el pleno del Consejo General el día 26 de enero de 2007, «*son muchas las circunstancias sociales en las que es necesario disponer de un testimonio cierto, verídico y preciso de la situación de salud y enfermedad de los ciudadanos. La sociedad necesita para ello servirse de los médicos, al considerarlos como expertos únicos en la evaluación y juicio de los estados de salud y enfermedad [...] documentos mediante los cuales dan fe los médicos de sus observaciones, función necesaria para el buen funcionamiento de la sociedad*».

Queda fuera de todo comentario la trascendencia de la prueba documental en los casos de enjuiciamiento de la conducta profesional del facultativo, donde la historia clínica adecuadamente consignada, conservada y custodiada se erige en el pilar fundamental de todo estudio pericial ulterior.

Es precisamente su destino concreto, su especial receptor del ámbito extrasanitario (el jurista en sentido heterogéneo y/o la comunidad en abstracto), el que determina las **características generales** que han de observarse en su evacuación

(estilo y contenido) y las cualidades indispensables del redactor, de las cuales realmente dependerán las primeras.

*El *estilo del documento* debe ser tal que lo haga útil para la persona a quien está dirigido. Esta utilidad requiere necesariamente que el texto sea claro, sencillo, conciso y legible.

La *claridad* exige evitar la utilización de términos que den lugar a dobles interpretaciones (principalmente siglas de ambigua significación), así como terminología probabilística.

Esta cualidad se presenta íntimamente relacionada con la *precisión* en referencia con no incluir datos no consignados en realidad, no comprobados, así como tampoco comentarios personales y subjetivos, valoraciones deontológicas o jurídicas y, mucho menos, apreciaciones críticas de la actuación de otros facultativos.

La *sencillez* en la sintaxis predominará sobre cualquier otro propósito, y conllevará alejarnos de tecnicismos de difícil comprensión para quien no pertenece al ámbito de la Medicina, en conjunción con elementos aclaratorios y un orden coherente en la exposición.

La *brevedad* debe orientarnos hacia el estricto cumplimiento de aquello que nos ha sido solicitado, con la compilación de todos los datos que resulten necesarios e indicados al objetivo del texto en sí mismo.

La *legibilidad* de lo escrito no depende sólo de la habilidad de su autor, sino también de los elementos de escritura utilizados.

Con todo ello, a la precisión y claridad, siempre que sea posible, habrá de sumarse la *riqueza expresiva* y la *amenidad*, si bien, y siguiendo al maestro Marañón, «*el médico no tiene por qué escribir con la retórica de los escritores, sino con el mismo lenguaje que le sirve para contar a los demás lo que ha visto y lo que le parece que ha visto. Pero, bien entendido, ha de escribirse con la palabra escueta y cepillada del que habla a solas y delante de ese gran instrumento de depuración del lenguaje que es la cuartilla...*».

Nos alejaríamos de nuestro carácter eminentemente práctico si no reconociéramos las dificultades de cumplir estas recomendaciones en virtud de la urgente atención asistencial que puede exigir el caso, la masificación de las consultas o simplemente la carencia de medios.

La lógica y el raciocinio nos indican que la actuación propiamente sanitaria predomina sobre la documental.

Las nuevas tecnologías (informática, fotografía digital) facilitarán sobremanera esta especial labor, que aún accesoria, resulta indispensable en la Administración de Justicia.

*En lo tocante al *contenido del documento*, el mismo se articula en tres partes fundamentales: el preámbulo, la parte expositiva (cuerpo) y la fórmula final.

En la primera de sus divisiones, el *preámbulo*, se procederá a localizar cronológicamente el momento de su emisión, se identificará al redactor y se expondrá claramente el motivo concreto de su evacuación.

La *parte expositiva* solventará las cuestiones planteadas, justificativas de su existencia, cumpliéndose así lo requerido por el solicitante.

La *fórmula final*, presentada a pie de página, permitirá conocer la identidad de aquel quien requirió la redacción del documento.

La extensión completa dependerá de su objetivo, respetándose el equilibrio entre la circunspección y la consignación de todo dato de interés al caso.

Las **características del autor del documento** no son sino, de nuevo, las cualidades deseables en todo médico en contacto con la Justicia, los requerimientos morales ya recogidos en el tema dedicado a la figura del perito: la objetividad, la prudencia y el sentido jurídico.

La veracidad y autenticidad del documento dependerán por entero de estas premisas, siendo éstas las cualidades que siempre deberán respetarse en la confección documental, dado que ellas determinarán su utilidad, que no es otra que la de informar a quien corresponda (recordemos los derechos del paciente a este respecto).

El objetivo primordial del texto científico es la transmisión de conocimientos, lo cual exige fidelidad absoluta a la realidad.

La **problemática médico-legal** referente a los documentos clínicos también fue objeto de estudio en el tema primero del Módulo I al tratar las conductas delictivas referentes tanto a la *falsedad* como a la *infidelidad en la custodia*.

Si bien es cierto que en el tema dedicado a la responsabilidad profesional, el grueso de la casuística presentada quedaba representada por actos asistenciales, también lo es que el acto documental puede ser, y de hecho lo es, fuente de problemática legal laboral, no debiendo circunscribirnos única y exclusivamente a la falsificación de informes, certificados y demás manifestaciones escritas de la conducta del facultativo, sino que, además, si se diere el supuesto de su no emisión mediante orden judicial previa, entraríamos en el campo de los *delitos contra la Administración Pública* en lo tocante a la *desobediencia y denegación de auxilio* del capítulo III (artículos 410

a 412) de nuestro Código Penal, castigada con penas de multa, suspensión o inhabilitación especial para empleo o cargo público (tabla 1).

Tabla 1

Delitos contra la Administración Pública. De desobediencia y denegación de auxilio

Artículo 410.1: «*las autoridades o funcionarios públicos que se negaren abiertamente a dar el debido cumplimiento a resoluciones judiciales, decisiones u órdenes de la autoridad superior, dictadas dentro del ámbito de su respectiva competencia y revestidas de las formalidades legales...*».

Artículo 411: «*la autoridad o funcionario público que, habiendo suspendido por cualquier motivo que no sea el expresado en el apartado 2 anterior (mandato que constituya una infracción manifiesta, clara y terminante de un precepto de Ley o de cualquier otra disposición general) la ejecución de las órdenes de sus superiores, las desobedeciere después de que aquéllos hubieren desaprobado la suspensión...*».

Artículo 412.1: «*el funcionario público que, requerido por autoridad competente, no prestare el auxilio debido para la Administración de Justicia u otro servicio público...*».

Historias clínicas

La historia clínica queda definida en la Ley 42/2002, «Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica» (LAP), como «*el conjunto de documentos que contienen datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial*».

Su principal función es aquélla para la que fue hecha: garantizar la atención sanitaria del paciente. Además, es un importante documento médico-legal.

Las funciones de una historia clínica quedan contempladas en la tabla 2.

La **elaboración** y el uso de una historia clínica en todo acto médico y de enfermería es obligatoria, tanto en la atención pública como privada según la normativa vigente: Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad; Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de Prestaciones Sanitarias, y Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.

Tabla 2

Funciones de la historia clínica

- Asistencial.
- Docencia.
- Investigación clínica.
- Epidemiología.
- Mejora continua de calidad.
- Gestión y administración.
- Documento médico-legal.

Su elaboración también es perceptiva según el Código Deontológico de la Organización Médica Colegial del año 1999 (artículo 13), considerándose igualmente un derecho del médico.

Si en un acto médico no se utiliza este documento, se puede incurrir en una mala praxis clínico-asistencial por incumplimiento de la normativa legal y en un defecto de gestión de los servicios clínicos.

De ello, se derivan dos riesgos: el de responsabilidad por perjuicios al paciente, a la institución o a la Administración, y el riesgo médico-legal por carencia de la prueba fundamental en las reclamaciones subsiguientes.

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente.

La **cumplimentación** de la historia clínica es responsabilidad de los profesionales que intervienen en la asistencia directa al paciente. Éstos deben estar correctamente identificados en el documento escrito.

El **contenido mínimo** de la historia clínica queda legislado en la LAP y lo detallamos en la tabla 3.

El **soporte físico** de la historia clínica no es necesariamente el papel escrito. Se contempla el soporte informático y la inclusión de vídeos, fotografías, estudios radiológicos.

La historia clínica debe ser **única** para cada paciente (artículo 61 de la Ley General de Sanidad), tendiéndose así a la integración de toda la información obtenida en el proceso asistencial, la unidad en cada institución como mínimo.

Cada centro **archiva** las historias clínicas de sus pacientes y debe garan-

Tabla 3

Contenido mínimo de la historia clínica (LAP)

- a) Documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b) Autorización de ingreso.
- c) Informe de urgencia.
- d) Anamnesis y la exploración física.
- e) Evolución.
- f) Órdenes médicas.
- g) Hoja de interconsulta.
- h) Informes de exploraciones complementarias.
- i) Consentimiento informado.
- j) Informe de anestesia.
- k) Informe de quirófano o de registro del parto.
- l) Informe de anatomía patológica.
- m) Evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n) Aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ) Gráfico de constantes.
- o) Informe clínico de alta.

Los apartados b), c), i), j), k), l), ñ) y o) sólo son exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga; es decir, no son exigibles en la atención ordinaria en un centro de Atención Primaria.

tizar su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.

Las Comunidades Autónomas son las responsables de aprobar las disposiciones necesarias para que los centros sanitarios puedan adoptar las medidas técnicas y organizativas adecuadas para archivar y proteger las historias clínicas y evitar su destrucción o su pérdida accidental.

Las historias clínicas han de ser **conservadas**, tanto con fines asistenciales como no asistenciales.

A efectos judiciales se han de preservar al menos durante cinco años.

Se conservarán, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

Esto es válido obviamente también tras el fallecimiento del paciente.

La **gestión de la historia clínica** por los centros se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica que se encarga de integrar en un solo archivo las historias clínicas y mantenerlas disponibles.

La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.

En el caso de que se trate de un profesional que desarrolle su actividad de manera individual (por ejemplo, consulta privada), él mismo será el responsable de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que genere.

El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio

de sus funciones queda sujeto al **deber de secreto profesional**.

Esto es válido tanto para el personal sanitario como el no sanitario.

El formato de la historia clínica será tal que permita que el personal administrativo pueda conocer sólo los datos necesarios para el ejercicio de sus funciones.

Como comentamos en el Módulo II del presente curso, la **propiedad de la historia clínica** es de la Administración sanitaria.

El paciente tiene derecho a la documentación de la historia clínica relativa a un proceso concreto siempre y cuando el conocimiento de esta información no vulnere el derecho a la confidencialidad de una tercera persona, ni suponga un perjuicio del derecho a la privacidad de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus *anotaciones subjetivas*.

Se entiende por datos subjetivos todos aquellos que son objeto de una elaboración intelectual y contienen apreciaciones personales o juicios de valor.

Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos, tanto de los pacientes como de los profesionales.

El **acceso a la historia clínica** con fines epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la LRAP-02.

Éstas obligan a preservar los datos de identificación personal del

paciente, de manera que quede asegurado el anonimato (salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos).

En los casos de investigación por parte de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos y clínicos sí se debe aportar la información completa.

El personal que ejerza funciones de evaluación de la calidad asistencial también tiene acceso a las historias clínicas completas. Para ello, ha de estar debidamente acreditado y comparte con el médico la obligación de respecto a la confidencialidad, tanto en relación con los pacientes como con la propia Administración sanitaria.

Todo acceso a la historia clínica con fines no asistenciales debe hacerse constar en un registro diseñado a tal fin.

Los garantes del procedimiento de accesibilidad de las historias oportuno son las Comunidades Autónomas.

Los centros sanitarios y los facultativos de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de los *pacientes fallecidos* a las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.

En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.

No se facilitará información que afecte a la intimidad del fallecido ni a las anotaciones subjetivas de los profesionales, ni que perjudique a terceros.

Partes médicos. Parte de alta médica y parte judicial de lesiones

El parte médico, en general, es un informe breve, una comunicación escrita escueta (pero, recordemos, completa en cuanto al fin perseguido), un compendio resumido y limitado, simplificado, de la totalidad de los datos clínicos obtenidos en nuestra entrevista con el paciente.

La conclusión de los aspectos fundamentales y más relevantes de este contacto profesional, adecuada como decimos a su motivación intrínseca, a su razón de evacuación.

En virtud de esta finalidad informativa, nos referiremos a las dos modalidades más frecuentes en Atención Primaria: el parte de alta médica y el parte judicial de lesiones.

Parte de alta médica

Según acabamos de referir, este tipo especial de parte no es sino, según el artículo 3 de la nombradísima y repetida Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (LRAP-02), el «*documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, que especifica los datos de éste, un resumen de su historial clínico, la actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*».

El análisis de esta definición nos permitirá conocer las características básicas del mismo, en relación con los aspectos que abordamos a continuación.

Queda del todo especificado que el **redactor** del parte no puede ser otro profesional sanitario que el «*que tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial*»; es decir, el médico responsable de la atención integral del enfermo y de la coordinación de todos los documentos que en conjunto constituyen la historia clínica en sí misma.

En este sentido, el Código de Ética y Deontología Médica de la OMC de 1999 (CEDM-99), en su artículo 11, amplía el concepto de médico responsable al de facultativo que ha atendido al paciente.

En la referida norma legal, en su artículo 20 (que ha derogado el 10.11 de la antigua Ley 8/1986, de 25 de abril, General de Sanidad), se contiene también especificación precisa en cuanto al **receptor** a quien irá destinado este informe: «*todo paciente, familiar o persona vinculada a él*», aplicándose así el mismo criterio de selección de los conocedores de la información de la historia de la cual se deriva, lo cual podría hacerse extensible, siguiendo

do esta pauta, a terceras personas autorizadas debidamente por el enfermo y a las autoridades pertinentes (por ejemplo, las judiciales).

La perspectiva deontológica de esta cuestión, recogida en aquel artículo 11 del CEDM-99, versa igualmente en relación con la autorización del paciente respecto de que terceras personas sean las destinatarias de estos documentos.

En cuanto al **contenido**, los mínimos exigibles ya han sido presentados en cuanto a las conclusiones de la «*actividad asistencial prestada, el diagnóstico y las recomendaciones terapéuticas*», determinándose reglamentariamente a nivel autonómico las características, requisitos y condiciones precisas. Si se tratara de un ingreso hospitalario, todas estas premisas quedarían englobadas en el motivo del internamiento y el proceso de la enfermedad durante el mismo, incluyendo el diagnóstico establecido y el tratamiento instaurado con las instrucciones médicas a seguir tras el alta. Resulta especialmente útil, en el medio forense, la consignación de las fechas de inicio y terminación de esta medida.

Ello, a efectos prácticos, respetando los tres apartados fundamentales de todo informe o documento: el preámbulo, la parte expositiva y la fórmula final.

Lógicamente, y con el fin de no incurrir en ninguna de las conductas tipificadas como delito de falsedad documental, su contenido ha de ser veraz y auténtico.

El informe de alta, por tanto, se adecua al derecho a la información de

los pacientes, convirtiéndose también por su naturaleza en un documento que permite evaluar externa o internamente la calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo una información necesaria y utilizable para la continuidad de las prestaciones al paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención o en otros hospitales.

Como conclusión, la LRAP-02 recoge, en su disposición transitoria única, la Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad, por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta, en cuyo artículo 3 se especifican los requisitos mínimos que deben observarse en su confección (tabla 4).

Si por algún motivo faltaren datos para entregar el informe de alta que

contenga un diagnóstico definitivo, se elaborará un informe de alta provisional, que será sustituido, en su día, por el definitivo.

Una práctica muy útil a efectos legales, considerada obligatoria en la referida orden del Ministerio de Sanidad, es la constituida por la consignación en el propio centro asistencial de una copia del parte de alta, el cual se conservará con el resto de la historia clínica al ser realmente el documento que propiamente la finalizará.

El requisito de la firma del paciente en el supuesto del **alta voluntaria** fue objeto de valoración en el Módulo II en lo tocante al tema del consentimiento (derecho de participación) y de los deberes del usuario del Sistema Nacional de Salud.

En este tipo de supuesto, el contenido se modifica sustancialmente, debiendo incluirse de manera específica y concreta la identificación del peticionario del alta, la indicación del tratamiento propuesto y la explicación de su justificación, así como la matización respecto de la exención de responsabilidad por parte del centro (tabla 5).

Parte de lesiones

Tal y como ya recogimos en el tema dedicado al «Auxilio médico asistencial a la Administración de Justicia» del Módulo I, los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal matizaban claramente el deber del médico de denunciar delitos públicos que conociere en el ejercicio de su cargo, utilizando para ello el documento médico-legal por excelencia que ahora pasamos a analizar (tabla 6).

Tabla 4

Orden de 6 de septiembre de 1984 del Ministerio de Sanidad por la que se regula la obligatoriedad del informe de alta

Artículo 3. Los requisitos mínimos que debe cumplir el informe de alta serán:

1. Estar escrito a máquina o con letra claramente inteligible.
2. Referidos a la identificación del hospital y unidad asistencial:
 - a) Nombre del establecimiento, domicilio social del mismo y teléfono.
 - b) Identificación, en caso de estar diferenciada, de la unidad asistencial o servicio clínico que dé el alta.
 - c) Nombre, apellidos y rúbrica del médico responsable.
3. Referidos a la identificación del paciente:
 - a) Número de historia clínica del paciente y número de registro de entrada.
 - b) Nombre y apellidos, fecha de nacimiento y sexo del paciente, diferenciando sexo masculino (m) o femenino (f).
 - c) Domicilio postal del lugar habitual de residencia del paciente.
4. Referidos al proceso asistencial:
 - a) Día, mes y año de admisión.
 - b) Día, mes y año de alta.
 - c) Motivo del alta: por curación o mejoría, alta voluntaria, fallecimiento o traslado a otro centro para diagnóstico y/o tratamiento.
 - d) Motivo inmediato del ingreso.
 - e) Resumen de la historia clínica y exploración física del paciente.
 - f) Resumen de la actividad asistencial prestada al paciente, incluyendo, en su caso, los resultados de las pruebas complementarias más significativas para el seguimiento de la evolución del enfermo. En caso de fallecimiento, si se hubiera realizado necropsia, se expondrán los hallazgos más significativos de está, en un apartado específico.
 - g) Diagnóstico principal.
 - h) Otros diagnósticos, en su caso.
 - i) Procedimientos quirúrgicos y/o obstétricos, en su caso. En caso de parto, se especificará para cada producto de la concepción su peso al nacer, sexo y estado natal del recién nacido.
 - j) Otros procedimientos significativos, en su caso.
 - k) Recomendaciones terapéuticas.

Tabla 5

Modelo de parte de alta voluntaria

En el centro asistencial de....., con fecha....., se da el alta a D....., a petición de (nombre y parentesco)....., en contra de la opinión del médico que suscribe, que estima debe continuar el tratamiento (hospitalización) por..... y habiéndose advertido al peticionario que esta Institución queda exenta de responsabilidad por las consecuencias que se deriven de esta alta, así como se le han hecho presente los perjuicios que pueden irrogarse al enfermo.

Y para que conste, se extiende este documento.

Firma del peticionario.

Firma del médico responsable.

Firma del director del centro.

Tabla 6

Justificación legal del parte judicial de lesiones

Ley de Enjuiciamiento Criminal, de 14 de septiembre de 1882.

Artículo 262. *«Aquellos que, por razón de su cargo, profesión u oficio, tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Tribunal competente, juez de Instrucción, y, en su defecto, al municipal o funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratará de un delito flagrante».*

Artículo 355. *«Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido están obligados a dar parte de su estado y su adelanto en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del juez instructor».*

La **motivación** del mismo ha de entenderse en virtud de que en la sistemática diaria nuestros juzgados y tribunales cuentan con el asesoramiento científico pericial de los médicos forenses adscritos a los mismos; si bien, existen determinados sucesos que menoscaban la integridad física y/o psíquica, de los cuales el inicial conocedor es efectivamente el médico asistencial, con especial relevancia en Atención Primaria.

La repercusión jurídica de estos hechos requerirá la intervención de jueces y fiscales en cuanto a la determinación de la responsabilidad del autor y la imposición de la medida penal o civil que fuere aplicable, y es por ello por lo que el facultativo que atiende al sujeto pasivo de la acción causante del daño ha de cumplir con la obligación legal impuesta a todo ciudadano de contribuir a la persecución de conductas delictivas, con las particulari-

dades recogidas en la LECrim. en relación con nuestro colectivo profesional.

Se convierte así el facultativo en uno de los colaboradores, auxiliares, indispensables del juzgador en relación con la persecución de este tipo de comportamientos criminales, al actuar como comunicador primario del hecho de que se trate, poniendo a su disposición aquella información relativa a las prestaciones sanitarias practicadas, que le permitan adoptar las medidas procesales que se estimen oportunas e indicadas a las características del suceso traumático que ha dado lugar a aquella actuación facultativa (calificación legal de los hechos imputados); es decir, que posibiliten su correcto enjuiciamiento y resolución legal.

Junto con las disposiciones de la referida Ley de Enjuiciamiento Criminal no debe olvidarse el derecho del paciente a la constancia escrita de su proceso asistencial, reconocido tanto desde la perspectiva legal (LRAP-02) como desde la deontológica (CEDM-99).

Resulta del todo necesario que el parte judicial de lesiones sea uno de los elementos de trabajo habituales de la consulta de Atención Primaria, que permita actuar con seguridad y agilidad en la pronta resolución de cuestiones forenses propias de este tipo de acontecimientos relativos a las lesiones como infracción penal; substrato de la necesaria comunicación entre ambas Administraciones, que posibilite evitar dilaciones injustificadas en la remisión de la información clínica necesaria, fomentándose, en definitiva, la tan

deseada y buscada calidad asistencial en el servicio prestado al usuario de ambos servicios públicos.

La **lesión**, según el clásico concepto forense, quedaría definida como todo menoscabo de la integridad psíquica o física del individuo, incluidas las alteraciones anatómicas y funcionales, utilizando para ello cualquier medio o procedimiento, bien sea de naturaleza mecánica (automóviles, armas), física (temperatura), química (xenobióticos) o incluso biológica (infecciones).

Desde la perspectiva legal penológica, esta afección puede ser considerada como delito (artículos 147 a 156 del Código Penal) o bien como falta (artículos 617 y 621), en virtud de parámetros tales como los medios utilizados en su provocación, la edad de la víctima, la naturaleza específica del daño, etc.

Siendo precisamente estos supuestos tipificados penalmente, aquéllos de los que se deberá informar a la Justicia cuando pudiere existir una tercera persona responsable de las consecuencias lesivas; es decir, cuando se trate de un hecho criminal en el sentido de perseguible legalmente; en conclusión, con

repercusión jurídica (conductas criminales).

Así, los **sucesos violentos que deben ser comunicados** mediante este medio documental son los expuestos en la tabla 7.

Debe tenerse en cuenta que la recepción de este parte en el Juzgado conllevará el inicio de un procedimiento judicial encaminado a esclarecer los hechos ocurridos, pudiendo la víctima renunciar a las acciones legales pertinentes si así lo considerara oportuno.

En el supuesto de lesiones de etiología no completamente aclarada (sospechosa de criminalidad en su más amplio y heterogéneo sentido), la investigación policial y judicial del caso pudiere dilucidar y descubrir situaciones de violencia crónica silenciada por el paciente.

La misión encomendada al médico, en verdad, no abarca esta faceta más policial (es por ello por lo que no incluimos en nuestro modelo un epígrafe dedicado a «personas que han presenciado el hecho» ni al «autor de las lesiones»); si bien, su evacuación y traslado a la instancia pertinente resulta esencial a los fines perseguidos.

Una vez más, la denominada «misión social del facultativo» se muestra con claridad meridiana en su actividad diaria.

En cuanto a su **contenido** ha de entenderse, en primera instancia, la incuestionable **importancia judicial y forense** de su adecuada, correcta y completa confección.

Este elemento de redacción es ciertamente la primera constatación material de las referidas lesiones, la inicial declaración de ciencia, la prueba futura de un hecho médico-biológico violento pasado, que únicamente podrá reconstruirse y estudiarse en base a su contenido y al testimonio de las personas participantes en el suceso.

Se constituye así en el único elemento objetivo disponible para retrotraernos al momento de aquella primera asistencia y realizar la valoración pericial del daño corporal sufrido.

Esta especial actuación forense culminará con la emisión de un informe de valoración del daño corporal dirigido al juez (informe de Sanidad), a través del cual se pondrán a su disposición aquellos elementos médicos que resulten fundamentales para conseguir su comprensión del caso; la base científica sobre la

Tabla 7

Tipos de lesiones imputables a tercera persona

Accidentes	Agresiones	Otros
Tráfico (incluidos atropellos)	Todo tipo	Animales domésticos
Deportivo		Intoxicaciones
Laboral		Aborto clandestino
Otros		

cual se fundamentará la calificación penal del hecho enjuiciado en función de la etiología, consecuencias lesivas, tratamiento, tiempo de curación, de impedimento y de hospitalización y secuelas residuales.

No siendo de extrañar que al realizar este estudio ya no existan lesiones evidenciables (ni siquiera estigmas secuelínicos derivados de las mismas), el parte judicial de lesiones es el exclusivo elemento documental del cuadro lesivo sufrido, radicando aquí la esencia de su calificación como documento médico-legal por excelencia.

Con todo ello, una vez conocidos los apartados del informe forense, los datos que siempre resultan de obligada cumplimentación en el parte médico abarcarán la identificación del recurso sanitario actuante, la secuencia cronológica de la asistencia prestada, la filiación del peticionario del servicio, las características de la demanda facultativa y la prestación realizada (tabla 8).

De todos ellos, el más importante, sin duda alguna, es el dedicado a los hallazgos exploratorios.

En la descripción de las lesiones (si es que existen, teniendo presente que la valoración puede concluir con la consignación de la no evidencia de signo traumático alguno, recogiendo únicamente los síntomas manifestados por el reconocido), se incluirán los criterios clásicos de la pericia forense: el cualitativo, el cuantitativo, el morfológico, el cronológico y el topográfico (tabla 9).

En relación con la secuencia cronológica de la demanda, no resulta en nada infrecuente que el lesionado

Tabla 8

Apartados del parte de lesiones

Recurso sanitario

- Centro asistencial.
- Médico responsable (nombre y número de colegiado).

Asistencia (secuencia cronológica)

- Fecha de la demanda de atención clínica (dd/mm/aa).
- Hora de la demanda de atención clínica.

Filiación del paciente

- Nombre y apellidos, edad y sexo.
- DNI.
- Domicilio (calle y localidad).
- Teléfono.

Características de la demanda asistencial

- Motivo de consulta (etiología referida por el paciente).
- Momento (hora) y lugar del suceso.
- Resultado de la exploración realizada (descripción de lesiones evidenciadas).
- Esquema corporal (y/o fotografías).

Prestación realizada

- Asistencia prestada (técnicas diagnósticas y terapéuticas).
- Medidas recomendadas al alta.
- Pronóstico (salvo complicaciones).

Tabla 9

Criterios de la descripción de lesiones

Criterio cualitativo	Naturaleza de la lesión (tipo: eritema, equimosis, petequia, hematoma, herida —incisa, punzante, contusa—, esguince, luxación, fractura, quemadura).
Criterio cuantitativo	Gravedad de la clínica producida, incluyendo la cuantificación propiamente dicha (cantidad, número) y su extensión (medidas).
Criterio morfológico	Forma y disposición estructural de la lesión.
Criterio cronológico	Relaciona el período de latencia entre la concurrencia de la causa y la aparición del daño. A efectos de descripción de lesiones se limita a consignar la antigüedad de las mismas (coloración, costrificación y cicatrización).
Criterio topográfico	Localización anatómica del hecho lesivo, región corporal específica donde asienta la causa y la situación exacta de la lesión; localización anatómica concreta.

acuda al centro médico con cierto tiempo de retraso respecto del momento concreto del suceso.

Esto planteará dificultades de diferente complejidad en cuanto a establecer con certeza la relación de cau-

salidad entre lo denunciado y las evidencias del reconocimiento, radiando aquí la justificación de extremar las precauciones en lo referente a la descripción pormenorizada de lo referido por el paciente y de lo observado por el médico.

El caso particular y específico de la *violencia de género* es objeto de análisis en otro tema de este curso, siendo en ese momento cuando trataremos las particularidades de su parte judicial específico, dependiente de la multitud de protocolos de actuación y respuesta disponibles.

El **redactor** de este documento médico-legal evidentemente no puede ser otro distinto que el facultativo que atiende a la víctima de las lesiones, siendo ésta una obligación que no resulta susceptible de derivación a ningún otro profesional sanitario.

Si las circunstancias así lo aconsejasen (agresividad del paciente, sospecha de simulación), pudiere resultar operativa la firma del parte por dos facultativos o bien por el médico y el ATS que hubieren estado presentes.

La objetividad, ya ensalzada como cualidad deseable, quedará así garantizada frente a ulteriores reclamaciones.

Si bien ya hemos explicado que será el médico forense quien informará al juzgado o tribunal sobre las consecuencias biológicas del evento delictuoso, en función del estudio de este parte facultativo, y de la propia valoración personal de la víctima realizada en dependencias judiciales, en algunos supuestos puede

darse la circunstancia de que el médico asistencial emisor del mismo sea citado para comparecer como testigo en el acto del juicio oral o previamente durante la instrucción, para proceder a la ratificación de su contenido.

Recordemos que, tal y como ya recogimos en el tema dedicado al «Auxilio a la Administración de Justicia» del Módulo I, que tal denominación de testigo se adquiriría no por haber presenciado el episodio violento en cuestión, sino por prestar testimonio ante un juez, por declarar lo que se supiere sobre lo que se sea preguntado; en nuestro caso, sobre la prestación sanitaria realizada a efectos de diagnóstico y tratamiento.

Ésta es la única obligación derivada de su redacción, quedando el resto de las cuestiones encomendadas al propio médico legista.

El **destinatario** del parte judicial, además de ser el juez instructor (el juzgado de guardia en el momento de requerirse la asistencia sanitaria), también lo será el paciente y el mismo centro médico.

Con ello, tres son los impresos que han de realizarse, dado que el reconocido tiene el derecho de obtener copia de los datos obrantes en su historia clínica, resultando que el parte en cuestión es uno de sus elementos integrantes, como el resto de los documentos obtenidos en la asistencia prestada al paciente por cualquier motivo sanitario, lo cual en sí mismo justifica su consignación en el centro de salud.

El documento entregado a la víctima puede sustituirse por un informe de asistencia urgente, siempre

y cuando se respete la coincidencia absoluta de los hallazgos descritos, evitándose así problemas posteriores a nivel del estudio forense y judicial.

El destinado al órgano judicial será remitido utilizando los medios que resulten idóneos en cuanto a salvaguardar la confidencialidad que debe observarse respecto del acceso de terceras personas no autorizadas a su contenido.

En relación con esta copia, y con el fin de agilizar el trámite de recepción, la Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, sobre procedimiento para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas y de modificación del procedimiento abreviado («Ley de Juicios Rápidos»), establece en su artículo 796.1.1.^a que *«la Policía Judicial solicitará del facultativo o personal sanitario que atendiere al ofendido copia del informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial»*, no suponiendo la entrega del parte una inobservancia del deber de sigilo profesional, tratándose de un claro ejemplo de secreto derivado (consecuencia del inevitable conocimiento de profesionales no involucrados en el propio proceso diagnóstico-terapéutico).

La **problemática médico-legal** referente a este tipo concreto de documento incluye, efectivamente, los supuestos del secreto profesional, la conducta punible de omisión del deber de perseguir delitos y la simulación de lesiones.

*Es motivo de discusión y debate en diferentes ámbitos médicos y jurí-

dicos la cuestión relativa a la obligación del facultativo de respetar el *derecho a la intimidad de la víctima* de una lesión constitutiva de delito o falta, en cuanto que su revelación mediante su descripción en un parte dirigido al juzgado pudiere vulnerar la confidencialidad debida a todos aquellos datos relativos a la salud del usuario del Sistema Nacional de Salud y a su interacción con el mismo.

La corriente doctrinal más ampliamente aceptada, por lo acertado de su planteamiento y fundamentación, es la de considerar que la naturaleza delictuosa del suceso en cuestión, exime al médico de su obligación de guardar secreto, quedando amparado por el contenido de los ya referidos artículos 262 y 355 de la LECrim.

La óptica deontológica de la restricción del secreto en casos de esta naturaleza queda recogida en el artículo 16.1 del CEDM-99 (tabla 10).

*Entronca esta afirmación con la segunda de las cuestiones médico-legales referente a la no evacuación del parte, aun a sabiendas de que nos encontramos, sin ningún género de duda, ante una lesión legalmente trascendente.

El artículo 408 del Código Penal tipifica que *«la autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, deje intencionadamente de promover la persecución de los delitos de los que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo público por tiempo de seis meses a dos años; precepto éste que resultaría aplicable al supuesto que exponemos.*

Tabla 10

Fundamento deontológico de la revelación de secreto por conocimiento de delitos y faltas en el ejercicio del cargo

*CEDM-99. Artículo 16.1:

«Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos:

- a) *Por imperativo legal.*
- d) *Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras persona, o a un peligro colectivo».*

Tabla 11

Acusación y denuncias falsas, simulación de delitos y falso testimonio

*Código Penal (1995).

- *Artículo 456.1. *«Los que, con conocimiento de su falsedad o temerario desprecio hacia la verdad, imputaren a alguna persona hechos que, de ser ciertos, constituirían infracción penal, si esta imputación se hiciera ante funcionario judicial o administrativo que tenga el deber de proceder a su averiguación, serán sancionados...».*
- *Artículo 457. *«El que, ante alguno de los funcionarios señalados en el anterior, simulare ser responsable o víctima de una infracción penal o denunciare una inexistente, provocando actuaciones procesales, será castigado...».*
- *Artículo 458.1. *«El testigo que faltare a la verdad en su testimonio en causa judicial será castigado...».*
- *Artículo 459. *«Las penas de los precedentes se impondrán en su mitad superior a los peritos o intérpretes que faltaren a la verdad maliciosamente en su dictamen o traducción, los cuales serán, además, castigados con la pena de inhabilitación especial para profesión u oficio, empleo o cargo público, por tiempo de seis a doce años».*
- *Artículo 460. *«El testigo, perito o intérprete, sin faltar sustancialmente a la verdad, la alterare con reticencias, inexactitudes o silenciando hechos o datos relevantes que le fueran conocidos, será castigado...».*
- *Artículo 461.1. *«El que presentare a sabiendas testigos falsos o peritos o intérpretes mendaces será castigado con las mismas penas que para ellos se establecen en los anteriores».*
- *Artículo 462. *«Quedará exento de pena el que, habiendo prestado un falso testimonio en causa criminal, se retracte en tiempo y forma, manifestando la verdad para que surta efecto antes de que se dicte sentencia en el proceso de que se trate. Si a consecuencia del falso testimonio se hubiese producido la privación de libertad, se impondrán las penas correspondientes inferiores en grado».*

*Por último, no podemos concluir este tema sin matizar de nuevo la necesidad de objetividad en la redacción, con relación al desemmascaramientos de *simuladores* en nuestras consultas.

El tema de la simulación y la disimulación constituye uno de los capítulos básicos y fundamentales en la actividad diaria del médico forense, principalmente en el campo de la valoración del daño corporal en el orden Penal, Civil y Social del Derecho.

Esta actitud del usuario se ve fomentada y potenciada por la aplicación de leyes de protección frente a accidentes de tráfico, de trabajo, pólizas de seguros, etc.,

siendo así un fenómeno creciente, responsable en gran medida del mantenimiento de las denominadas «bolsas de fraude» (gastos médicos y farmacéuticos, hospitalarios y de diagnóstico, de incapacidad temporal, de secuelas permanentes, de descenso de productividad, de sustituciones, cotizaciones dobles...).

Se convierte así el facultativo en un verdadero defensor de la verdad en la lucha contra el parasitismo social que constituyen estos comportamientos insolidarios del individuo frente a la colectividad.

Sin olvidar nuestro carácter eminentemente humanista y científico, inseparable de la profesión, no debe-

mos dejarnos arrastrar por los deseos explotadores de algunos, no pacientes, si no verdaderos consumidores de prestaciones sanitarias.

Son los artículos 456 y 457 de nuestro Código Penal los dedicados al delito de «acusación y denuncias falsas y simulación de delitos», reservándose del 458 al 462 para el de «falso testimonio» (tabla 11).

A pesar de toda esta exposición de realidades, es cierto que no todo paciente que haya sufrido un daño susceptible de indemnización o compensación intentará aprovecharse al máximo de esta situación, con lo cual el facultativo (asistencial o perito) debe asistirle sin prejuicio alguno.

Certificados médicos

La Real Academia Española considera que el acto de certificar consiste en asegurar, afirmar, dar por cierto algo, señalar con certeza la realidad de un acontecimiento, acto o condición.

Radicando aquí la diferencia fundamental respecto de los documentos analizados con anterioridad; en la exposición del informe o parte, frente a la garantía de veracidad del certificado.

El artículo 3 de la LRAP-02 lo **define** como la «*declaración escrita de un médico que da fe del estado de salud de una persona en un determinado momento*», entendiendo que dar fe no se sino el dar confianza respecto de la autenticidad, certeza y realidad de algo.

Se entiende así fácilmente la **trascendencia** legal de la acción de certificar, en cuanto a ratificar la verdad, dar fe, de la realidad de lo consignado por escrito, el suplemento testimonial de garantía y compromiso, y las repercusiones jurídicas que de ello se deriven a nivel penal, civil o colegial.

La certificación médica es un acto profesional extremadamente serio e importante, de cuyas consecuencias deberían ser ilustrados de manera completa tanto su redactor como su peticionario.

Certificar es una de las más importantes funciones que la sociedad le ha asignado al médico, en virtud de su competencia exclusiva para constatar y juzgar determinados hechos. Nadie, sino el médico, disfruta de ese

notable privilegio, que entraña fuertes responsabilidades: de justicia, honradez, veracidad e independencia.

Y es que, en verdad, son muchas las circunstancias sociales en las que es necesario disponer de un testimonio cierto, verídico y preciso de la situación de salud y enfermedad de los ciudadanos.

La obligación de certificar verazmente queda confirmada por la penalización del certificado falso que establecen los Estatutos Generales de la OMC, como falta disciplinaria grave «*la emisión de informes o expedición de certificados con falta a la verdad*» (artículo 64.3.e), castigada con la «*suspensión del ejercicio profesional por tiempo inferior a una año*» (artículo 65.4).

En este mismo sentido, cabe recordar lo explicado en el tema del Módulo I correspondiente al Código de Ética y Código Penal, dedicando este último sus artículos 397 y 398 al delito de falsificación de certificados (sección 3.ª del capítulo II. «De las falsedades documentales»).

La **justificación deontológica y legal** del mismo la encontramos, una vez más, en los textos básicos a estos efectos, el CEDM-99 y la LRAP-02.

En el primero de ellos, su artículo 11.1 recoge que «*es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada. Su contenido será auténtico y veraz y será entregado únicamente al paciente o a la persona por él autorizada*».

Es el título VI de los Estatutos Generales de la OMC de 1980, el dedicado a sus particularidades.

Este aspecto de la práctica clínica ha sido retomado en la última Declaración de la Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la OMC, aprobada por el pleno del Consejo General el día 26 de enero de 2007: «*declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre las diferencias con los partes e informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción*», matizando la «*obligación legal y social de certificar*».

La LRAP-02 reconoce en su artículo 22 el derecho de todo paciente o usuario a que «*se le faciliten certificados acreditativos de su estado de salud*», los cuales serán «*gratuitos cuando así lo establezca una disposición legal o reglamentaria*».

Sin embargo, como todo derecho, no se trata de una facultad absoluta e ilimitada.

Es el *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su utilización*, el que delimita, en su artículo 5.4, la referida evacuación de documentos médico-legales en relación con la consideración de que «*no se incluirán en la cartera de servicios comunes: b) la realización de reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de tercero*».

Con ello, como vemos, el **contenido** permitido, según el criterio más reciente de la referida Declaración de la OMC de 26 de enero de 2007,

se muestra circunscrito al estado de salud o enfermedad y a la asistencia prestada, así como a situaciones civiles (nacimiento, defunción), dado que su finalidad no es otra que precisamente la certificación jurídica o administrativa ante terceros de estos aspectos.

No parece prudente, sin embargo, expedir certificados en los que se hace constar que alguien goza de «buena salud», resultando más indicado que el médico se limite a señalar que no ha observado signos patológicos en cada uno de los sistemas que haya explorado.

En lo relativo a la certificación de enfermedad, se señalará su naturaleza, los datos objetivos en que ha basado el diagnóstico y las circunstancias significativas de evolución, tratamiento o de otro tipo que sean necesarias para que el destinatario del certificado pueda disponer de los necesarios elementos de juicio.

El médico certificará también acerca de los cuidados que ha prestado al paciente, enumerando con rigurosa precisión el número de visitas, la naturaleza de las exploraciones o intervenciones practicadas o los desplazamientos realizados.

El carácter de veracidad y exactitud de los datos incluidos ya ha sido matizado.

El deber del facultativo de certificar no le obliga sólo ante el paciente, sino también ante la sociedad.

El certificado médico es un documento destinado a ejercer, muchas veces, importantes efectos, jurídicos, económicos o laborales, previstos por determinados reglamentos, contratos o leyes.

Es por ello por lo que se está obligado a cerciorarse de la realidad de cada uno de los datos que certifica, y a distinguir con nitidez y sin ambigüedades entre lo que observa o ha observado en su paciente y lo que éste o cualquier otro le puedan referir.

No es materia propia de la certificación el relato de las experiencias subjetivas e improbables del paciente, como tampoco lo son los síntomas o comportamientos patológicos que de un desconocido son relatados al médico.

Con el fin de establecer la diferencia, se especificarán qué datos u observaciones se han hecho por sí mismo y cuáles ha conocido por referencia.

Es deontológicamente condenable todo certificado en el que el facultativo da a entender que un individuo, al que no ha examinado y con el que no ha tenido relación profesional alguna, padece alguna enfermedad, sintomatología o incapacidad que le es referida por un tercero.

Debemos huir siempre de los *certificados médicos de complacencia*, teniendo en cuenta que al certificar, el médico actúa como testigo experto y cualificado de la verdad ante la sociedad y ante su paciente, y, en calidad de tal, goza de la confianza de uno y otra.

Está obligado, por tanto, a juzgar si lo que se le pide que certifique es o no conforme con la verdad y el Derecho, y deberá rechazar toda petición de certificados que manipulan la verdad, son falsos o potencialmente injustos.

Podemos y debemos negarnos a extender un certificado cuando no

tengamos conocimiento directo del asunto sobre el que se nos solicita testimonio, o cuando se nos pida una certificación tendenciosa, porque oculta algún aspecto sustantivo de la realidad o porque trata de defraudar la fe pública.

El facultativo no puede olvidar que su obligación de no hacer daño (no maleficencia) se extiende, más allá de sus pacientes, a otras personas y a las instituciones sociales.

En este mismo sentido, y en concordancia con la libre autodeterminación del paciente, y el principio de beneficencia, si del contenido del dictamen pudiere derivarse algún perjuicio para el paciente, el médico deberá advertírsele (al menos éste es el planteamiento deontológico, no siempre compatible con la realidad legal y social de la comunidad actual).

No se deben incluir en los certificados o informes médicos valoraciones deontológicas o jurídicas de los hechos constatados, ni valoraciones críticas sobre la actuación de los profesionales que han intervenido, resultando del todo reprobables las expresiones que pudieran desacreditar o desprestigiar a otros médicos.

En lo tocante a la sistemática de **redacción**, con el fin de potenciar este carácter de oficialidad plena (condición social y pública) que se le confiere al certificado, el artículo 58 de los Estatutos Generales de la OMC establece que es precisamente su Consejo General el único organismo legitimado para editar y distribuir los impresos en que han de extenderse.

En este modelo se incluirá el sello del Colegio de Médicos de la provincia, como refrendo de su autenticidad.

Sus apartados se adaptan perfectamente a las tres partes del encabezamiento, cuerpo y fórmula final, incluyendo una nota a pie de página (tabla 12).

La Ley puede autorizar otro tipo de impresos diferentes de los de la OMC, tales como los denominados a nivel autonómico «*documentos acreditativos del estado de salud*»; si bien, éstos sólo tendrán validez (en sentido estricto) para su presentación ante instancias de esta naturaleza.

Siendo uno más de los integrantes de la historia clínica, también en este caso, resultará cuanto menos prudente guardar una **copia** del certificado en el propio centro asistencial.

La expedición de certificados es **gratuita**; si bien, en el ámbito de la asistencia privada se percibirán, cuando proceda, los honorarios que se fijen por los actos médicos y restantes operaciones que tengan que realizarse para poder evacuarlo.

En cuanto al **emisor**, los requisitos de certeza técnica exigen la evacuación directa y personal por el médico, quien ha confirmado la situación clínica del paciente.

Con relación al **receptor**, el certificado se extiende siempre a petición de la parte interesada, entendiendo por tal al paciente, a la persona a la que el paciente autoriza por escrito o al representante legal acreditado.

En el caso de enfermos incapacitados, podrá solicitar certificados el familiar

que ostente su representación; si fueran menores de edad, lo harán sus padres o representantes legales. Si el menor ha cumplido 16 años o está emancipado, regirán las reglas que se aplican a los mayores de edad, siguiendo los requisitos del consentimiento informado por representación que estudiamos en el Módulo II.

El médico no puede certificar, a petición de un tercero, que no haya recibido el correspondiente poder por parte del paciente, o que no esté ejerciendo sobre él funciones judiciales o de tutela legítima, pues con ello lesionaría la privacidad de aquél.

Al certificar, se cuidará del secreto profesional, pudiendo así ser entregado únicamente al paciente o a otra persona autorizada. Si el que solicitó el certificado estuviera imposibilitado para recogerlo, el médico, considerando prudentemente las circunstancias, podrá entregarlo a un pariente o allegado que considere suficientemente cualificado.

Al redactar el certificado, teniendo en cuenta que en el mismo no cons-

tará su destino particular y concreto («*Para que así conste donde convenga...*»), deberá valorar que pudieren ser presentados ante instancias o personas diferentes de las indicadas por el solicitante, surtiendo efectos distintos para los que fueron interesados, lo que obliga a extremar la prudencia tanto en la forma como en el contenido de esos documentos.

Ello pone de relieve, una vez más, la necesidad de seguir criterios estrictos de exactitud, precisión terminológica y circunspección, evitando cualquier tipo de deformación complaciente o acomodaticia del hecho médico observado.

Para concluir, analizaremos los **aspectos médico-legales** que consideramos de mayor interés en la consulta de Atención Primaria, en relación con la posibilidad de autocertificación, y la solicitud de certificados especiales, como serían los de virginidad y los deportivos.

* En lo tocante a la primera cuestión, la Comisión Central de Deontología de la OMC, en su declaración

Tabla 12

Redacción del certificado médico

	Modelo OMC
Preámbulo	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación del Colegio. • Identificación del médico. • Identificación del centro de trabajo.
Parte expositiva	<p>«<i>Certifico que...</i>».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identidad del paciente. • Realidad certificada.
Fórmula final	<p>«<i>Para que así conste donde convenga</i>».</p> <p>«<i>A instancia de...</i>».</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lugar y fecha.</i> • <i>Firma.</i>
Nota a pie de página	Validez del soporte material.

de 16 de mayo de 2002, nos indica que al coincidir en una misma persona paciente y médico, se originan tensiones éticas peculiares.

La *autocertificación* ha de ser una práctica excepcional y que sólo puede aplicarse a situaciones de muy breve duración, de manera que si el facultativo se considera enfermo hasta el punto de no poder atender a sus pacientes, deberá asumir plenamente este nuevo rol, y renunciar, mientras dura le enfermedad, a actuar como médico.

El buen orden social rechaza que sea el enfermo quien autocertifique sobre su salud para obtener la baja laboral. Sólo en supuestos excepcionales, como podría ser la imposibilidad de ser inmediatamente atendido por un compañero, o en caso de enfermedades autolimitadas de muy breve duración, podría admitirse la no aplicación de la citada costumbre.

*En referencia a los *certificados de virginidad*, cuestión ésta cada vez más frecuente en la sociedad multicultural en la que desarrollamos nuestra actividad, partiendo del hecho de que es un concepto abstracto donde los haya, que en sí mismo encuentra difícil acomodo en el concepto de salud, mucho menos en el de enfermedad, no pudiendo tampoco ser considerado un estado civil, este tipo de solicitudes no pueden ser valoradas dentro del deber que efectivamente obliga a los médicos de la Sanidad pública de certificar (derecho sólo exigible con relación a los derechos de salud derivados del de acceso a las prestaciones), entrando de lleno en la denominación ya

referida en relación con la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, de «*reconocimientos y exámenes o pruebas biológicas voluntariamente solicitadas o realizadas por interés de tercero*» no incluidas en aquélla.

* En cuanto a la *capacidad para practicar deporte*, retomando lo que acabamos de exponer, el contenido de este tipo de peticiones queda fuera de las obligaciones del facultativo de Atención Primaria.

Si bien pudiéramos plantearnos que esta aptitud para realizar pruebas físicas estaría englobada en la definición de salud, volviendo a aquella Declaración de la OMC de 26 de enero de 2007, recordemos que «*el médico no debe expedir un certifica-*

do si la carencia de la competencia específica o la falta de datos o pruebas no le permiten afirmar los hechos que habrían de ser acreditados».

Como señala el Código de Londres de la Asociación Médica Mundial, «*el médico debe certificar únicamente lo que él haya verificado personalmente*», nunca deberá extender un certificado sin haber comprobado por sí mismo cada uno de los extremos que en él declara; en este supuesto, las condiciones físicas que dan soporte técnico y científico para las actividades deportivas que así lo requieran.

«*El documento médico debe ser reflejo de la honestidad de su autor... las palabras deben ser medidas.*»

Simonin.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 14/1886, de 25 de abril, General de Sanidad.

Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23-XI) (Ley Orgánica 15/2003, de 25-XI).

Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del SNS y el procedimiento para su actualización.

Ley 38/2002, de 24 de octubre, de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, para el enjuiciamiento rápido e inmediato de determinados delitos y faltas, y de modificación del procedimiento abreviado.

Código de Ética y Deontología Médica (Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado de la Organización Médica Colegial) (10-IX-99). (Revisado a 18-II-03).

Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC sobre la certificación médica, de 16 de mayo de 2002.

Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC, sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes e informes médicos. Peculiaridades del certificado de defunción, 26 de enero de 2007.

Declaración de la Comisión Central de Deontología de la OMC, sobre la autocertificación, 16 de mayo de 2002.

Test

1. La evacuación de los documentos médico-legales se deriva de:
 - a) El derecho del paciente a la consignación por escrito de los datos derivados de su proceso asistencial.
 - b) El deber del médico de confección de la historia clínica.
 - c) La posibilidad de que existe un proceso judicial posterior.
 - d) Las respuestas *a* y *b* son correctas.
2. El archivo de historias clínicas de los fallecidos se ha de conservar:
 - a) Hasta los seis años en los que se desestima el derecho de los herederos.
 - b) Mientras que el centro sanitario siga abierto.
 - c) Hasta que el médico en ejercicio privado fallezca.
 - d) Al menos cinco años y de modo indefinido mientras existan fines médicos y epidemiológicos que lo justifiquen.
3. La custodia de las historias clínicas de un centro de salud es responsabilidad de:
 - a) El coordinador médico.
 - b) El médico de familia.
 - c) La unidad administrativa.
 - d) La gerencia.
4. La propiedad de la historia clínica es:
 - a) Del médico y la enfermera que la han elaborado.
 - b) Del paciente si es adulto capaz de consentir, y si no, de su representante legal.
 - c) De la Administración Sanitaria.
 - d) De la Unidad de Admisión y Documentación Clínica.
5. Se considera parte de la historia clínica:
 - a) Todo lo que está en la carpeta correspondiente al paciente.
 - b) Todo lo que está en la carpeta informática correspondiente al paciente.
 - c) Todos los datos a los que puedo acceder desde mi ordenador del puesto de trabajo, incluyendo las pruebas complementarias a las que llego mediante un nexo informático (link).
 - d) Las respuestas *a* y *b* son correctas.
6. Los comentarios subjetivos en una historia clínica:
 - a) No se deben incluir.
 - b) Se pueden y se deben hacer si son útiles, pero cuidando que respeten al paciente y a sus familiares.
 - c) Nunca deben ser entregados a la autoridad judicial.
 - d) Se pueden hacer siempre que en la historia electrónica los protejamos para que no puedan ser vistos por otros.
7. El paciente tiene derecho a:
 - a) Obtener copia de la parte de la historia clínica que el facultativo estime relevante.
 - b) Visualizar in situ su historial médico.
 - c) Obtener copia de todos los datos de la historia sin limitaciones.
 - d) El derecho de acceso, además del acceso en sí mismo, comprende la facultad de recabar copia de la información de la historia, con la excepción de las anotaciones subjetivas del médico y de los datos de terceras personas que se estimen confidenciales.
8. El deber de secreto en relación con todos los documentos médico-legales obliga a:
 - a) Al médico.
 - b) Al médico, al ATS y al auxiliar de clínica.
 - c) A todo el personal que acceda a los mismos en el ejercicio de sus funciones.
 - d) La obligación de secreto no es aplicable a estos datos, porque el deber de custodia de la Administración es garantía suficiente.
9. El parte de alta médica puede solicitarse:
 - a) Sólo por el paciente, de manera directa y personal.
 - b) Por el paciente y por tercera persona debidamente autorizada por él mismo.
 - c) La decisión de entrega es una competencia concreta de la dirección del centro.
 - d) Por la familia.

10. El parte de alta médica es:
- El documento que habilita para el alta forzosa.
 - Un parte de redacción discrecional por el facultativo, según las circunstancias del caso.
 - Un derecho del paciente, que se entrega sólo si lo solicitan expresamente por escrito.
 - El documento emitido por el médico responsable en un centro sanitario, al finalizar cada proceso asistencial de un paciente, especificando los datos de éste en un resumen de su historia clínica.
11. En el supuesto del fallecimiento del paciente, siguiendo los preceptos aplicables al acceso a la historia clínica, en el parte de alta médica:
- No deben contenerse datos referentes a la intimidad del paciente, a las anotaciones subjetivas del profesional ni a las informaciones que afecten a la intimidad de terceras personas.
 - No se entregará a la familia si el paciente hubiere expresado su negativa al respecto.
 - Las respuestas *a* y *b* son correctas.
 - Ninguna de las respuestas anteriores es válida.
12. La expedición de un certificado médico falso:
- Sólo constituye una falta administrativa sancionable por la institución de la que depende el médico.
 - No es punible.
 - Queda tipificado en nuestro Código Penal como un delito, a la par que en los Estatutos Generales de la OMC como una falta grave.
 - Puede ser considerada como delito en virtud de su contenido y de las consecuencias de ello.
13. El tiempo mínimo de conservación de la documentación sanitaria:
- Depende de las normas del centro de salud concreto.
 - No existe un plazo definido con carácter general.
 - Es de cinco años a computar desde la finalización del proceso asistencial.
 - Es de ocho años desde el alta médica.
14. El parte judicial de lesiones será evacuado:
- Ante cualquier suceso violento del cual tengamos conocimiento en el ejercicio de nuestra profesión.
 - Ante cualquier suceso violento del cual tengamos conocimiento en el ejercicio de nuestra profesión, cuando el paciente lo solicite.
 - Ante cualquier suceso violento del cual tengamos conocimiento en el ejercicio de nuestra profesión, y que sea constitutivo de un delito o falta (caso criminal).
 - Cuando el juzgado de guardia lo requiera.
15. Si no se cuenta con todos los datos para evacuar el informe de alta:
- Se redactará uno provisional, identificado claramente como tal, el cual será sustituido por el definitivo tras la obtención de la información necesaria para adquirir tal cualidad.
 - No se entregará parte alguno.
 - Se esperará hasta conseguir la certeza en el diagnóstico.
 - Ninguna de las respuestas anteriores es cierta.
16. En la historia clínica se conservará copia de:
- El parte de alta médica.
 - El parte de alta médica y de los certificados que pudieren extenderse.
 - Todos los informes (documentos en su sentido más general), incluidos los referentes a pruebas complementarias.
 - La respuesta *c* es correcta, debiendo igualmente conservarse las pruebas de imagen realizadas.
17. La obligación de emitir partes judiciales de lesiones queda específicamente recogida en:
- La Ley de Autonomía del Paciente de 2002.
 - El Código de Ética Médica de 1999.
 - Los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.
 - El Código Penal.
18. La importancia legal y forense del parte judicial de lesiones se deriva de:
- Que se constituye, en muchas ocasiones, en el único elemento objetivo a partir del cual

- podrá conocerse un hecho biológico que no resulta reproducible de nuevo.
- b) Que es una obligación, cuyo incumplimiento está penado por la Ley.
 - c) Que el destinatario es el propio juez de guardia.
 - d) Que los datos contenidos se derivan de una agresión contra las personas.
19. En virtud del artículo 796.1.1.^a de la denominada «Ley de Juicios Rápidos»:
- a) La policía puede acceder a la totalidad de la historia clínica del paciente.
 - b) El médico tiene la obligación de aportar a la policía todos los datos clínicos que le fueren solicitados.
- c) La policía judicial solicitará del facultativo, o personal sanitario que atendiere al ofendido, copia del informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial.
 - d) La autoridad judicial, ante la negativa del centro de permitir el acceso a la historia clínica, tiene potestad para realizar una incautación legal de la misma.
20. La certificación médica:
- a) Conlleva la garantía de la veracidad y exactitud de su contenido.
 - b) Se diferencia del informe sólo en su formato.
 - c) Se diferencia del parte por utilizarse el modelo oficial de la OMC.
 - d) No es elemento de la historia clínica.



Una decisión saludable

Sandoz Farmacéutica, S.A.

Centro Empresarial Osa Mayor

Av. Osa Mayor 4, Área D

28023 Aravaca - Madrid

Tel. 902 11 87 61

www.webgenericos.com

a Novartis company