

Medicina legal de la asistencia pediátrica en Atención Primaria (I). Documentos médico-legales: historia clínica y parte de lesiones

MM. Pastor Bravo¹, F. Rodes Lloret^{1,2}

¹Médico Forense. Instituto de Medicina Legal de Alicante

²Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández. Alicante

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7:489-503

Mª del Mar Pastor Bravo, pastor_del@gva.es

Resumen

Se abordan en el presente trabajo los aspectos médico-legales de mayor interés, que se le pueden plantear al pediatra, en el ejercicio de su profesión en Atención Primaria, como es la cumplimentación de la historia clínica y la emisión del parte de lesiones.

Se revisa y se discute, asimismo, la legislación vigente a este respecto: Código Penal, Ley de Enjuiciamiento Criminal, Ley General de Sanidad, Código de Ética y Deontología Médica y Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Palabras clave: Medicina Legal, Parte de lesiones, Historia clínica, Atención Primaria, Pediatría.

Abstract

In the present study, the most interesting aspects of legal medicine that may arise for medical staff in the practice of basic pediatric attention are studied, for example the filling in of the medical history and the issuing of the injury report.

The legislation in force regarding these questions is examined and discussed: the Penal Code, the Law of Penal Procedure, the General Health Law, the Ethical and Deontological Medical Code and the basic law that regulates the autonomy of the patient and his/her rights and obligations in relation to information and clinical documents.

Key words: Legal medicine, Injury report, Medical history, Primary Care, Pediatrics.

Introducción

La asistencia pediátrica en Atención Primaria, conlleva, como en el resto de

las modalidades del ejercicio de la medicina, una problemática médico-legal importante.

Por un lado, el pediatra en Atención Primaria se enfrenta a la elaboración de diferentes documentos médico-legales, como la historia clínica y el parte de lesiones, documentos que, dada su trascendencia, consideramos de interés recoger aquí, además de la legislación al respecto, así como la problemática que puede plantear su cumplimentación.

En una segunda parte del presente trabajo, se abordarán otros aspectos médico-legales de interés en el campo de la pediatría, como el secreto médico, la información al menor y su consentimiento.

Historia clínica

Se puede definir la historia clínica como "el documento médico-legal en donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico-sanitarios realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia"¹.

Castellano² establece como finalidad de la historia clínica, la de recoger todos los datos sobre el estado de salud o de enfermedad de la persona que consulta o recibe atención sanitaria, servir como fuente de información a todos los profesionales que componen el equipo asistencial de un paciente, o de otros profesionales cuando el paciente cambie de

médico, servir para elaborar informes o certificados, servir como medio de prueba para los jueces y tribunales y otras aplicaciones de tipo científico, de planificación sanitaria o similares.

Desde una perspectiva médico-legal, la historia clínica posee gran valor, ya que ha pasado de ser una documentación asistencial, que permitía valorar los criterios médicos aplicados al paciente, a ser un documento con criterios médico-legales³. Se considera que es el pilar fundamental a la hora de valorar por los tribunales una posible responsabilidad profesional del médico⁴.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial⁵ hace referencia en el artículo 13, entre otras cosas, al deber y derecho del médico de redactar la historia clínica y a la obligación de conservarla.

Código de Ética y Deontología médica

Artículo 13

1. *Los actos médicos quedarán registrados en la correspondiente historia clínica. El médico tiene el deber y el derecho de redactarla.*
2. *El médico y, en su caso, la institución para la que trabaja, están obligados a conservar las historias*

clínicas y los elementos materiales de diagnóstico. En caso de no continuar con su conservación por el transcurso del tiempo, podrá destruir el material citado que no se considere relevante, sin perjuicio de lo que disponga la legislación especial. En caso de duda, deberá consultar a la Comisión de Deontología del Colegio.

3. *Cuando un médico cesa en su trabajo privado, su archivo podrá ser transferido al colega que le suceda, salvo que los pacientes manifiesten su voluntad en contra. Cuando no tenga lugar dicha sucesión, el archivo podrá ser destruido de acuerdo con lo dispuesto en el apartado anterior.*
4. *Las historias clínicas se redactan y conservan para la asistencia del paciente u otra finalidad que cumpla las reglas del secreto médico y cuente con la autorización del médico y del paciente.*
5. *El análisis científico y estadístico de los datos contenidos en las historias y la presentación con fines docentes de algunos casos concretos pueden proporcionar informaciones muy valiosas, por lo que su publicación y uso son conformes a la deontología, siempre que se*

respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. *El médico está obligado a la solidaridad y, en beneficio del paciente, a proporcionar a otro colega los datos necesarios para completar el diagnóstico, así como a facilitarle el examen de las pruebas realizadas.*

La Ley General de Sanidad⁶, establece en los artículos 10.11 y 61, el derecho de todo paciente a que quede constancia por escrito de su proceso sanitario, así como a recibir un informe de alta.

Ley General de Sanidad

Artículo 10

Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

11. *A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su informe de alta.*

Artículo 61

En cada área de salud debe procurarse la máxima integración de la infor-

mación relativa a cada paciente, por lo que el principio de historia clínico sanitaria única por cada uno deberá mantenerse, al menos, dentro de los límites de cada institución asistencial.

Estará a disposición de los enfermos y de los facultativos que directamente estén implicados en el diagnóstico y el tratamiento del enfermo, así como a efectos de inspección médica o para fines científicos, debiendo quedar plenamente garantizados el derecho del enfermo a su intimidad personal y familiar y el deber de guardar el secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.

Los poderes públicos adoptarán las medidas precisas para garantizar dichos derechos y deberes.

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 clínica⁷ define la historia clínica como “el conjunto de documentos que contienen los datos, variaciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial” y se refiere a ella, en los artículos 14 a 19.

Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica

Artículo 14. Definición y archivo de la historia clínica

1. La historia clínica comprende el conjunto de los documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y de los demás profesionales que han intervenido en ellos, con objeto de obtener la máxima integración posible de la documentación clínica de cada paciente, al menos, en el ámbito de cada centro...
2. Cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, cualquiera que sea el soporte (papel, audiovisual, informático o de otro tipo) en el que consten, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información.
3. Las administraciones sanitarias establecerán los mecanismos que garanticen la autenticidad del contenido de la historia clínica y de los cambios operados en ella,

así como la posibilidad de su reproducción futura.

4. Las comunidades autónomas aprobarán 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.

Artículo 15. Contenido de la historia clínica de cada paciente

1. La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia por escrito o en el soporte técnico más adecuado de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud tanto en el ámbito de atención primaria como de atención especializada.
2. La historia clínica tendrá como fin principal facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento veraz y actualizado del estado de

salud. El contenido mínimo de la historia clínica será el siguiente:

- a. La documentación relativa a la hoja clínico-estadística.
- b. La autorización de ingreso.
- c. El informe de urgencia.
- d. La anamnesis y la exploración física.
- e. La evolución.
- f. Las órdenes médicas.
- g. La hoja de interconsulta.
- h. Los informes de exploraciones complementarias.
- i. El consentimiento informado.
- j. El informe de anestesia.
- k. El informe de quirófano o de registro del parto.
- l. El informe de anatomía patológica.
- m. La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
- n. La aplicación terapéutica de enfermería.
- ñ. El gráfico de constantes.
- o. El informe clínico de alta.

Los párrafos b, c, i, j, k, l, ñ y o sólo serán exigibles en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga.

3. La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al pa-

ciente, será responsabilidad de los profesionales que intervengan en ella.

4. La historia clínica se llevará con criterios de unidad y de integración, en cada institución asistencial como mínimo, para facilitar el mejor y más oportuno conocimiento por los facultativos de los datos de un determinado paciente en cada proceso asistencial.

Artículo 16. Usos de la historia clínica

1. La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.
2. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten.
3. El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se rige por lo dispues-
- to en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y demás normas de aplicación en cada caso. El acceso a la historia clínica con estos fines obliga a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico-asistencial, de manera que, como regla general, quede asegurado el anonimato, salvo que el propio paciente haya dado su consentimiento para no separarlos. Se exceptúan los supuestos de investigación de la autoridad judicial en los que se considere imprescindible la unificación de los datos identificativos con los clínico-asistenciales, en los cuales se estará a lo que dispongan los jueces y tribunales en el proceso correspondiente. El acceso a los datos y documentos de la historia clínica queda limitado estrictamente a los fines específicos de cada caso.
4. El personal de administración y gestión de los centros sanitarios sólo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones.
5. El personal sanitario debidamente acreditado que ejerza funciones

- de inspección, evaluación, acreditación y planificación, tiene acceso a las historias clínicas en el cumplimiento de sus funciones de comprobación de la calidad de la asistencia, el respeto de los derechos del paciente o cualquier otra obligación del centro en relación con los pacientes y usuarios o la propia administración sanitaria.*
6. *El personal que accede a los datos de la historia clínica en el ejercicio de sus funciones queda sujeto al deber de secreto.*
7. *Las comunidades autónomas regularán el procedimiento para que quede constancia del acceso a la historia clínica y de su uso.*
- Artículo 17. La conservación de la documentación clínica**
1. *Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en condiciones que garanticen su correcto mantenimiento y seguridad, aunque no necesariamente en el soporte original, para la debida asistencia al paciente durante el tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.*
2. *La documentación clínica también se conservará a efectos judiciales de conformidad con la legislación vigente. Se conservará, asimismo, cuando existan razones epidemiológicas, de investigación o de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Su tratamiento se hará de forma que se evite en lo posible la identificación de las personas afectadas.*
3. *Los profesionales sanitarios tienen el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de los pacientes.*
4. *La gestión de la historia clínica por los centros con pacientes hospitalizados, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de la unidad de admisión y documentación clínica, encargada de integrar en un solo archivo las historias clínicas. La custodia de dichas historias clínicas estará bajo la responsabilidad de la dirección del centro sanitario.*
5. *Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de mane-*

- ra individual son responsables de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que generen.*
6. *Son de aplicación a la documentación clínica las medidas técnicas de seguridad establecidas por la legislación reguladora de la conservación de los ficheros que contienen datos de carácter personal y, en general, por la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.*
- Artículo 18. Derechos de acceso a la historia clínica**
- El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.*
 - El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.*
 - El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.*
 - 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.*

Artículo 19. Derechos relacionados con la custodia de la historia clínica

El paciente tiene derecho a que los centros sanitarios establezcan un mecanismo de custodia activa y diligente de las historias clínicas. Dicha cus-

todia permitirá la recogida, la integración, la recuperación y la comunicación de la información sometida al principio de confidencialidad con arreglo a lo establecido por el artículo 16 de la presente Ley.

El informe de alta, es un documento que pertenece a la propia historia clínica, y debe contener un resumen de la asistencia realizada. En el momento del alta, dicho informe se entregará en mano al paciente o representante legal.

La Ley 41/2002⁷, define en su artículo 3 el Informe de alta médica como “*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*”.

Artículo 20

Todo paciente, familiar o persona vinculada a él, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3. Las características, requisitos y condiciones de los informes de alta se determinarán regla-

mentariamente por las Administraciones sanitarias autonómicas.

Se recogen y discuten, a continuación, algunos aspectos de interés:

Contenido de la historia clínica pediátrica en Atención Primaria

La historia clínica debe recoger toda aquella información que el pediatra considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del menor. Al no tratarse de un proceso de hospitalización, debe contener, como mínimo: la documentación relativa a la hoja clínico estadística, la anamnesis y la exploración física, la evolución, las órdenes médicas, la hoja de interconsulta, los informes de exploraciones complementarias, la evolución y planificación de cuidados de enfermería y la aplicación terapéutica de enfermería.

¿Es obligatorio dar el informe de alta médica al menor o a su representante legal?

Todos los pacientes, incluidos los menores, tienen derecho a recibir un informe de alta una vez que ha terminado su asistencia médica que deberá contener: los datos del menor, un resumen del historial clínico, la asistencia prestada, el diagnóstico al que se haya llegado y el tratamiento prescrito.

¿Quién es el responsable de conservar la historia clínica pediátrica y cuánto tiempo hay que conservarla?

Cuando el pediatra ejerce su actividad profesional de manera individual, él es el responsable de la gestión y de la custodia de la historia clínica. La responsabilidad, sin embargo, corresponde al centro sanitario cuando el pediatra ejerce en el mismo.

La ley 41/2002⁷ prevé un tiempo mínimo de conservación de 5 años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial. En cuanto al máximo, será variable en función del tipo de asistencia que se haya prestado, previsión de complicaciones, persistencia de la necesidad de ciertos tratamientos, etc.

¿Por qué es importante conservar la historia clínica?

Dado el notable incremento registrado en los últimos años, de las denuncias judiciales por presunta mala praxis en todas las modalidades de ejercicio de la medicina, incluida la pediatría, la correcta cumplimentación y adecuada conservación de la historia clínica es fundamental, ya que va a ser un documento imprescindible, que, en caso de denuncia, siempre el juez va a solicitar para la valoración médico-legal de la asistencia prestada al menor.

¿Puede el menor acceder a la historia clínica?

El principal titular del derecho al acceso es el paciente, que puede ejercerlo personalmente o por representación debidamente acreditada.

Cuando, a criterio del pediatra, el menor tenga suficiente madurez, éste será el titular del acceso a la historia clínica.

Es conveniente recordar que las anotaciones subjetivas que el pediatra haya reflejado en la historia quedan a salvo del derecho de acceso del paciente a la misma.

Propiedad de la historia clínica pediátrica

En el caso del ejercicio profesional en un consultorio privado y de forma individual, no cabe ninguna duda: la historia clínica pertenece al pediatra que la elabora.

Ahora bien, cuando éste desarrolla su actividad profesional en régimen de dependencia con una institución privada, las historias clínicas son propiedad de la institución o de la entidad para la que el médico trabaja.

Hay situaciones en las que el pediatra, trabajando en una institución, no tiene una relación de dependencia con respecto a ésta, como ocurre en aquellas clínicas privadas en las que existen de-

terminados regímenes de arrendamiento de consultas. En estos casos, hay que tener en cuenta que los pacientes lo son del facultativo y no de la entidad. Por este motivo, la fórmula es similar a la del médico por cuenta propia y por lo tanto él es el propietario de la historia clínica.

Cuando el pediatra realiza su labor en un régimen funcional o estatutario, es decir, en el ámbito de la sanidad pública, la titularidad de la historia clínica corresponde a la institución y no al personal que interviene en su realización.

Parte de lesiones

El concepto de "lesión", viene reconocido en el Código Penal⁸, como "todo menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental".

Código Penal

Artículo 147

1. El que, por cualquier medio o procedimiento, causare a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, será castigado como reo del delito de lesiones con la pena de prisión de seis meses a tres años, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asis-

tencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal⁹, recoge en los artículos 262 y 355 la obligación de realizar el parte de lesiones. Esto no significa que el médico tenga que informar a la justicia de toda lesión que asista, sino sólo de aquellas que puedan ser constitutivas de una conducta delictiva.

Ley de Enjuiciamiento Criminal

Artículo 262

Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio fiscal, al tribunal competente, al juez de instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.

Los que no cumpliesen esta obligación incurrirán en la multa señalada en el artículo 259, que se impondrá disciplinariamente.

Si la omisión en dar parte fuere de un Profesor en Medicina, Cirugía o Farmacia y tuviesen relación con el ejer-

cicio de sus actividades profesionales, la multa no podrá ser inferior a 0,75 euros, ni superior a 1,50.

Si el que hubiese incurrido en la omisión fuere empleado público, se pondrán además en conocimiento de su superior inmediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.

Lo dispuesto en este artículo se entiende cuando la omisión no produjere responsabilidad con arreglo a las leyes.

Artículo 355

Si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los Médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte de su estado y adelantos en los períodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquiera novedad que merezca ser puesta en conocimiento del juez instructor.

Una vez cumplimentado el parte de lesiones, se remitirá con la mayor brevedad al juzgado de guardia del partido judicial correspondiente.

Su importancia médico-legal es enorme, ya que en muchas ocasiones es el único documento que llega al juzgado en el que constan las lesiones que presenta el menor.

Es frecuente que cuando el médico forense realiza el reconocimiento físico del menor, por haber transcurrido un tiempo desde que sucedieron los hechos que ocasionaron las lesiones, éstas hayan curado, no pudiendo objetivarse. En este caso, el parte de lesiones (o en su caso, la historia clínica) es el único instrumento válido que tiene el médico forense para poder emitir su informe.

La Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor¹⁰, establece la obligatoriedad de denuncia de una situación de riesgo en un menor:

Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor

Artículo 13. Obligaciones de los ciudadanos y deber de reserva.

2. Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.

El código de ética y deontología médica⁵, de la Organización Médica Colegial, establece el deber ético de denun-

ciar la sospecha de malos tratos en un menor:

Código de Ética y Deontología Médica

Artículo 30

- El médico que conozca que cualquier persona, y más aún si es menor o incapacitado, para cuya atención ha sido requerido, es objeto de malos tratos, deberá poner los medios necesarios para protegerlo, poniéndolo en conocimiento de la autoridad competente.*

Se tratan a continuación algunos puntos de interés en el ejercicio habitual de la pediatría.

¿Qué datos deben constar siempre en el parte de lesiones?

Aunque no hay un modelo único para cumplimentar el parte de lesiones, en líneas generales, éste debe constar al menos de lo siguiente: identificación del pediatra, identificación del menor, fecha y hora de la asistencia, descripción minuciosa de las lesiones, debiendo señalar su localización, extensión, morfología, afectación de órganos vitales y posible mecanismo lesivo (según lo refiera el menor), asistencia prestada, juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y

adónde ha sido remitido, pronóstico *quo ad vitam* (riesgo que para la vida supone la lesión). Por último, se refleja el lugar y la fecha y será firmado por el médico.

¿Cuándo debe el pediatra emitir el parte de lesiones?

El pediatra tiene la obligación de emitir el parte de lesiones siempre que tenga la sospecha de que, las lesiones que está viendo en el menor, pueden ser consecuencia de una conducta delictiva. Esto incluye la existencia de lesiones de diversa índole: físicas (se incluye el maltrato infantil y el abuso sexual), psíquicas, intoxicaciones, sospecha de abortos, etc.

Hay que tener en cuenta que, según el Código Penal, toda relación sexual llevada a cabo sobre un menor de doce años, debe considerarse violación, y por lo tanto, siempre que el pediatra tenga indicios fundados de que un menor de esta edad ha podido tener relaciones sexuales, debe ser puesto en conocimiento de la autoridad judicial, puesto que está ante un hecho tipificado como delito.

¿Cómo se debe redactar el parte de lesiones?

El pediatra debe tener presente que el parte de lesiones va dirigido al Juez, pe-

ro también es una herramienta fundamental para el Médico Forense.

Por ello, el lenguaje utilizado, aunque evidentemente tiene que ser técnico, debe ser asequible a una persona que no posea conocimientos médicos, como es el juez. El estilo debe ser claro, sencillo y conciso, de manera que lo haga útil y comprensible para quien lo recibe y que sea adecuado para la finalidad a la que está destinado. Una letra legible evitará al médico molestias posteriores, una vez que el parte de lesiones llega al juzgado.

Conclusiones

A modo de resumen se pueden establecer las siguientes conclusiones prácticas, para evitar en la medida de lo posible, problemas legales en el ejercicio de la pediatría en Atención Primaria:

1. Hay que ser muy cuidadoso en la elaboración de la historia clínica. El pediatra debe tener presente en su ejercicio profesional que una historia clínica adecuada será siempre un conducto de salvaguarda para él, ante demandas por negligencia profesional. Si además tiene una forma correcta, con letra clara y orden, dará una buena imagen ante el

juzgado. Por el contrario, el desorden o la letra ilegible, darán una mala imagen cuando la historia clínica, por motivos de demandas por responsabilidad llegue al juzgado. Se debe, por lo tanto, ser cuidadoso en la elaboración de la historia clínica. El pediatra no debe olvidar nunca que, aunque es un documento asistencial, tiene una importancia médica legal fundamental.

2. Se debe recoger en la historia clínica todo lo que se pregunta, se realiza, o se prescribe al paciente. En principio y como norma general, todo aquello que no está reflejado en la historia clínica, no está hecho.

3. Siempre que el pediatra, en el ejercicio de su profesión, tenga la sospecha de que se ha producido delito público, tiene que emitir un parte de lesiones dirigido al Juzgado de Guardia.

4. El parte de lesiones debe ser legible y en él debe constar necesariamente el nombre y apellidos del paciente, el del médico (no sólo la firma) con el número de colegiado, la descripción de las lesiones, su localización, diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Criado MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. Madrid: Colex; 1999.
2. Castellano M. Problemática de la historia clínica. En: Información y documentación clínica. Madrid: Consejo General del Poder Judicial y Ministerio de Sanidad y Consumo; 1997. p. 45-90.
3. Jornet J. Malpraxis. Aspectos legales en la relación médico-enfermo. Barcelona: Áncora; 1991.
4. Casas J, Rodríguez MS. Manual de actuación médica-legal en urgencias. Madrid: IM&C; 2000.
5. Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial; 1999.
6. Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de abril (BOE 29/04/1986).
7. Ley 41/02, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE 15/12/2002).
8. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (BOE 24/11/1995).
9. Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Civitas; 1997.
10. Ley Orgánica 1/1986, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

