



Bases legales de la Medicina DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES



Prof. Dr. Ángel F. García Martín

INTRODUCCIÓN

Los **DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES**:

Son escritos empleados por el médico en sus relaciones con:

- Las autoridades.
- Los organismos oficiales.
- El público en general.

Algunos son de uso exclusivo en el ámbito médico-legal, es decir, en los tribunales, pero muchos de ellos los emplea a diario el médico asistencial, como, por ejemplo, la **receta** o la **historia clínica**.

INTRODUCCIÓN

Los **DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES** deben ser:

- Claros.
- Sencillos.
- Concisos.
- Orientados a su finalidad.

Los **redacta el médico**, pero generalmente van dirigidos a juristas o al público en general que desconoce la terminología médica, por lo que debe evitarse el uso de tecnicismos o, en caso de emplearlos, se debe explicar su significado.

INTRODUCCIÓN

Todos los **DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES**:

- Tienen una **finalidad concreta**, por lo que deben estar orientados a cumplir dicha función, de modo que ha de evitarse que sean innecesariamente extensos en su redacción o que la comprensión de esta se complique con retoricismos.
- Tienen una **estructura característica**, que el médico debe conocer, para poder emitirlos de forma correcta y útil.

INTRODUCCIÓN

Los **DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES** más utilizados son:

- 1.- Parte médico.
- 2.- Receta médica.
- 3.- Oficio.
- 4.- Certificados médicos.
- 5.- Declaración.
- 6.- Informe.
- 7.- Historia clínica.

INTRODUCCIÓN

Otros **DOCUMENTOS MÉDICO-LEGALES** utilizados son:

8.- Consentimiento informado.

9.- Instrucciones previas

PARTE MÉDICO

Es un documento médico-legal caracterizado por su brevedad mediante el que se **comunica un hecho**, generalmente a la autoridad.

Habitualmente se emite en un formato adaptado al **tamaño cuartilla** apaisada en el que se hace constar brevemente:

- En la parte superior: el **nombre** y el **número de colegiado** del facultativo que emite el parte.
- En la mitad del documento: el **hecho** que se comunica, la **fecha** y la **firma**.
- En la parte inferior, la **autoridad** a la que va dirigido el parte, generalmente al “Ilmo. Sr. Juez de Guardia”.

PARTE MÉDICO

Hay diferentes **TIPOS de PARTES:**

- 1.- Parte de lesiones.
- 2.- Partes médico-forenses.
- 3.- Partes laborales.
- 4.- Partes de interés sanitario.
- 5.- Partes de información pública

PARTE DE LESIONES

Es un documento médico que debe **emitirlo cualquier facultativo**, independientemente de que se encuentre en un centro privado o público, cuando atiende a un **paciente** que presenta unas **lesiones** que pueden ser consecuencia de un **acto delictivo** o cuando se sospeche el **origen violento** de las mismas.

Su **finalidad** es comunicar el hecho a la autoridad judicial para que puedan llevarse a cabo las oportunas investigaciones que permitan aclarar los hechos.

La obligación de comunicar a la autoridad un presunto delito es genérica para todo ciudadano en virtud del artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECr), pero esta obligación está cualificada en el caso de los médicos según el artículo 355 de la misma LECr. “(...) los médicos que asistieren al herido estarán obligados a dar parte”.

PARTE DE LESIONES

Cuando el caso sea dudoso, como, por ejemplo, ante una lesionada que nos cuenta un mecanismo de producción de las lesiones poco verosímil y sospechamos un posible maltrato doméstico, debemos dar parte judicial, ya que es preferible comunicar un hecho del que no se deriven responsabilidades que no hacerlo pudiendo haberlas.

Estructuralmente, el documento debe contar con:

- **Preámbulo**, en el que consten el **nombre** y el **número de colegiado del facultativo**.
- **Parte central**, en la que figurarán el **nombre del lesionado**, una **breve descripción de las lesiones** apreciadas, así como su **pronóstico**, la **fecha** y la **firma del médico**.
- **Parte inferior**, donde se indicará la **autoridad a la que va dirigido** el parte, que generalmente será el “Ilmo. Sr. Juez de Guardia” de la localidad en la que estemos.

PARTES MÉDICO-FORENSES

Son **emitidos** por los facultativos **forenses** para **comunicar al juez** cualquier hecho relevante en relación con la **evolución de los lesionados** implicados en algún **procedimiento judicial**.

Pueden ser:

- 1.- **De esencia**, en los que se describen las lesiones y se establece el pronóstico.
2. – **De estado y adelanto**, donde se comunica periódicamente cualquier hecho relevante respecto a la evolución de las lesiones.
- 3.- **De sanidad**, en los que se establece la necesidad o no de tratamiento médico o quirúrgico, los días de curación o los días necesarios para que las lesiones se hayan estabilizado, y se valoran las secuelas que han quedado.

PARTES LABORALES

Son aquellos que emite habitualmente el **médico de atención primaria** (AP) cuando un trabajador se encuentra de baja, es decir, in situación de **incapacidad temporal** (IT), mientras que dura esta, para dejar constancia de que el paciente no se encuentra en condiciones de reincorporarse a su puesto de trabajo.

Se emiten en **impresos oficiales**, con **copia** para el **trabajador**, la **entidad gestora** y el **empresario**.

- Pueden ser:
- De **baja**.
 - De **confirmación**.
 - De **alta**.

El **médico de AP** puede solicitar información a los especialistas de la evolución del proceso, pero debe ser muy consciente de que es él quien **decide** sobre la capacidad o no de su paciente para llevar a cabo su actividad laboral.

PARTES DE INTERÉS SANITARIO

Similares a los emitidos para comunicar a la autoridad sanitaria las enfermedades de declaración obligatoria (EDO) o los de declaración de reacciones adversas a fármacos.

Para cumplimentar este tipo de partes suele haber unos **modelos oficiales**, facilitados por las autoridades sanitarias a las que van dirigidos.

PARTES DE INFORMACIÓN PÚBLICA

Se emplean para informar al público general del **estado de salud de personas de especial relevancia**.

(Por ejemplo: jefes de estado, artistas, toreros, etc.).

El **paciente** o su **representante** deberán **autorizar** la emisión de esa información, pero hay que ser prudentes para evitar vulnerar el **secreto profesional**.

RECETA MÉDICA

Es el documento en el que el médico hace su **prescripción terapéutica** y está destinado a ser presentado al farmacéutico.

La receta debe ser **clara** y **legible**. Para ello hay modelos oficiales.

Deben evitarse las tachaduras y enmiendas, ya que podrían dar lugar a confusiones.

Tiene **validez en toda España**.

Debe especificar el **producto** farmacéutico, la **dosis**, la **vía** de administración y la **duración** del tratamiento, así como los **datos del médico** (nombre y número de colegiado) **y del paciente** (nombre, edad y número de filiación a la Seguridad Social), la **fecha** y la **firma del médico**.

RECETA MÉDICA

Además de lo dispuesto de forma genérica sobre las recetas en la Ley del Medicamento (Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantía y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios), hace pocos años fue modificada la normativa reguladora de las recetas médicas en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre Receta Médica y Órdenes de dispensación, que entró en vigor en enero de 2013.

Con esta normativa, la clásica receta privada en papel tamaño cuartilla en blanco con un sello de caucho y la firma del médico ya no es válida. La ley exige un **formato de receta para el ejercicio de la medicina privada** elaborado con una serie de normas y unas medidas antifraude y de trazabilidad **semejantes** a las aplicadas en las **recetas empleadas en la sanidad pública**.

Además, ya no es posible prescribir varios fármacos en cada receta como se hacía anteriormente, sino que solo se permite recetar **un fármaco en cada documento**.

RECETA MÉDICA

Es **obligatorio** también que cada receta tenga **dos partes separables**:

- una para la **oficina de farmacia**.
- otra para el **paciente**.

Ambas deben **contener toda la información** acerca del paciente, del facultativo y del fármaco prescrito con su posología y sus normas de administración completas.

El incumplimiento de lo establecido en este Real Decreto será considerado una infracción en materia de medicamentos y será aplicable el régimen sancionador previsto en la ley 19/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.

OFICIO o “CARTA OFICIAL”

Es el documento médico-legal que sirve para **comunicarse por escrito con autoridades**, acusar recibo de notificaciones, hacer nombramientos y aceptarlos, etc.

Desde el punto de vista **estructural**, el documento se **inicia** con el tratamiento de la persona a la que va dirigida. A continuación, el cuerpo del documento consta de tres **partes**:

- Un breve **preámbulo**, como, por ejemplo, “Tengo el honor de poner en su conocimiento...” o “En contestación a su oficio de fecha...”.
- El **cuerpo** del oficio, en el que se redacta también sucintamente el contenido del documento, por ejemplo que se acepta el cargo de perito, que se remiten unas muestras para un análisis químico-toxicológico, etc.
- **Termina** con una fórmula final: “Lo que comunico a V.I. A los efectos oportunos”, seguido de la fecha y la firma.

CERTIFICADOS MÉDICOS

Es el documento médico-legal en el que se deja **constancia de un hecho cierto.**

Hay que resaltar la **trascendencia jurídica** que tiene este tipo de documentos, los cuales deben ser precisos en la forma de redactarlos y han de limitarse a exponer la verdad sobre el hecho médico observado.

Los certificados médicos pueden expedirse en el curso de la actividad médica tanto pública como privada y son documentos que se proporcionan a una persona para dar prueba de certeza frente a cualquier instancia pública o privada de un hecho que le interesa o de un daño personal que le concierne.

CERTIFICADOS MÉDICOS

Normalmente se expiden a requerimiento del interesado a fin de que este pueda acreditar el hecho o dato a que el certificado se refiere ante alguna persona o entidad.

Este hecho exime al médico de la responsabilidad de preservar el secreto profesional de aquello que se certifica.

Por otra parte, el médico que expide el certificado no es responsable de la utilización posterior que el interesado dé al certificado que se le haya expedido.

CERTIFICADOS MÉDICOS

El Código Penal castiga la falsificación de certificados cometida por facultativos (artículo 397) y por autoridades o funcionarios (artículo 398).

El delito de falsificación de certificado lo comete el facultativo que, a sabiendas, certifica sobre un hecho o dato mendaz (mentiroso) relativo a la salud o la vida biológica o psíquica de la persona a que se refiere el certificado.

Si el facultativo emite el certificado sobre un hecho del que no se ha asegurado convenientemente o con base en un error, debido a la falta de las comprobaciones exigidas por la *lex artis*, no cometerá este delito, pues el Código Penal no permite castigar la falsificación imprudente.

Por lo tanto, son necesarias la conciencia de la mendacidad del hecho o dato sobre el que se certifica y la voluntad pese a ello de emitir el certificado.

CERTIFICADOS MÉDICOS

Los certificados oficiales deben realizarse en impresos normalizados editados por el Colegio Oficial de Médicos.

Constan de:

- Preámbulo.
- Parte expositiva precedida de la palabra “Certifico”.
- Fórmula final.

CERTIFICADOS MÉDICOS

Los **TIPOS DE CERTIFICADOS** más habitualmente empleados son:

- 1.- Certificado médico ordinario.
- 2.- Certificado médico de defunción.
- 3.- Certificados o actas de exhumación y embalsamamiento.

CERTIFICADO MÉDICO ORDINARIO

Es el más utilizado.

Se emite en un **modelo de impreso** editado por el **Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM)** de España y **se vende en farmacias**.

Se emplea para dejar **constancia de hechos ciertos**, como, por ejemplo, el padecimiento de una enfermedad o la ausencia de la misma, el haber sido vacunado contra determinados trastornos, la asistencia a un parto o el sexo que tiene un recién nacido.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Se emplea para acreditar el **fallecimiento** de una persona y sus **causas**, y es preceptivo para poder realizar su **inscripción en el Registro Civil** y **poder enterrar el cadáver**.

Para emitir este tipo de certificados es suficiente con ser **licenciado en Medicina** y estar **colegiado**, pero solamente se podrán certificar las **muertes naturales**.

No se pueden certificar las **muertes violentas** (homicidas, suicidas o accidentales) ni las **muertes súbitas** o **sospechosas de criminalidad**.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

Desde diciembre de 2008 se elimina la doble tarea de tener que cumplimentar el Certificado Médico de Defunción (CMD) y el Boletín Estadístico de Defunción (BED) mediante la edición de un modelo conjunto que funde los dos documentos.

Dichos datos se emplean para conocer el patrón de mortalidad asociado a los parámetros que se cumplimentan y para el estudio de recursos, la generación de hipótesis epidemiológicas, etc.

Para su cumplimiento deberemos seguir unas normas.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

NORMAS PARA CUMPLIMENTAR EL CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

- 1.- Es preferible escribir con tinta de bolígrafo negra y letras mayúsculas.
- 2.- Se ha de utilizar información real.
- 3.- Se deben evitar abreviaturas, siglas o signos ortográficos, distintos de la coma.
- 4.- Se ha de describir la secuencia lógica de la enfermedad.
- 5.- Se debe certificar una única causa de muerte fundamental.
- 6.- Se han de certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
- 7.- Se debe evitar certificar entidades mal definidas como causa fundamental.
- 8.- Se ha de evitar certificar signos y síntomas.
- 9.- Se debe evitar al máximo certificar mecanismos (diagnósticos) de muerte.
- 10.- El Certificado Médico de Defunción/Boletín Estadístico de Defunción (CMD/BED) debe ser cumplimentado personalmente.

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN

INSTRUCCIONES BÁSICAS PARA LA CERTIFICACIÓN (Figuran en el reverso del CMD)

- En el apartado “**Causa inmediata**” debe figurar la enfermedad que produjo la muerte directamente (por ejemplo, infarto agudo de miocardio).
- En “**Causas antecedentes**”, las enfermedades o estados morbosos, en el caso de que existan, que produjeron la causa inmediata (por ejemplo, hipertensión arterial).
- En el apartado “**Causa fundamental**” se reflejará la enfermedad que inició los hechos que condujeron, finalmente, a la muerte del paciente (por ejemplo, cardiopatía isquémica).
- Además se deben reflejar, en el apartado “**Otros procesos**”, aquellas enfermedades significativas que contribuyeron a la muerte pero que no estén relacionadas con la causa que la produjo (por ejemplo, diabetes).

ACTAS DE EXHUMACIÓN Y EMBALSAMAMIENTO

Estos certificados se emplean para dejar constancia de que se ha procedido a la realización de estas actuaciones.

DECLARACIONES

Es el documento médico-legal más solemne y de mayor trascendencia, ya que consiste en la **exposición verbal**, realizada bajo **juramento**, ante el juez, relativa al resultado de la **prueba pericial** practicada.

Se denomina “documento”, ya que el secretario la recoge por escrito y da fe de todo lo dicho.

Finalmente, el **perito firmará la declaración**, previa lectura, para comprobar que se ajusta a lo dicho y no hay errores.

DECLARACIONES

El documento consta de las siguientes partes:

- **Preámbulo del secretario**, en el que deja constancia del nombre del perito que comparece ante el tribunal y de que declara bajo juramento [“En (...) comparece (...), que previo juramento DIJO:...”].
- **Preámbulo del médico**, en el que el médico perito aclara que ha sido requerido por la autoridad judicial para realizar la prueba pericial, las operaciones y actuaciones prácticas, y el lugar y la hora en los que se realizaron.
- **Exposición de los hechos**, en donde se relata toda la información obtenida por el perito, de forma clara y sucinta, sin necesidad de razonamientos, ya que es bajo juramento.
- **Conclusiones**, que derivan de dicha exposición de los hechos, una a una, tanto las afirmativas como las negativas, numerándolas. Debe quedar claro el juicio del perito.
- **Fórmula final**, “Y leída que le ha sido, se ratifica en su contenido, firmando después de S. Sa. Doy fe”.

INFORME

Es el documento médico-legal en el que se recogen los **aspectos relevantes de la prueba pericial** practicada.

Tiene como finalidad **analizar** y aclarar **hechos científicos** relacionados con el **procedimiento judicial**.

Puede ser emitido a petición de una autoridad (judicial o no) o de particulares (informe de parte).

Se diferencia de la declaración en que **no se hace bajo juramento**, por lo que deberán argumentarse las conclusiones y ratificar su contenido en el juicio oral.

INFORME

Habitualmente consta de las siguientes partes:

- 1.- Preámbulo.
- 2.- Descripción de los objetos.
- 3.- Pruebas practicadas.
- 4.- Consideraciones médico-legales.
- 5.- Conclusiones médico-legales.
- 6.- Fórmula final.

INFORME

Habitualmente consta de las siguientes partes:

- 1.- **Preámbulo** . Es la parte en la que se recoge el nombre del perito o peritos que realizan la prueba pericial, su titulación y especialidad, si la tiene, así como el cargo que desempeña. También figurará la autoridad o la parte que solicita el informe. Deberá recogerse expresamente el motivo de este.
- 2.- **Descripción de los objetos** sobre los que se emite el informe. Debe hacerse una relación de los informes médicos o documentos que han sido examinados. Esto tiene especial importancia en los denominados “informes a la vista”, que son aquellos que se elaboran sin explorar al lesionado y se limitan a valorar la documentación aportada. A continuación, se procede a realizar una descripción de las heridas que presenta un lesionado o del estado de un cadáver, de la disposición de unas manchas biológicas, etc. Esta descripción debe ser minuciosa y se acompañará de fotografías, dibujos o croquis, siempre que sea posible.
- 3.- **Pruebas u operaciones practicadas**. Consiste en la descripción de la prueba pericial realizada y los resultados obtenidos en la exploración clínica, en la valoración de lesiones, en la exploración ginecológica o en la autopsia judicial que se ha practicado.

INFORME

4.- **Consideraciones médico-legales** . Es la parte fundamental del informe. Aquí se analizan, valoran y discuten los resultados de la prueba realizada con argumentos científicos y con apoyo bibliográfico adecuado. Estos razonamientos tienen que convencer a la persona a la que va dirigido el informe, ya que este no se realiza bajo juramento.

5.- **Conclusiones médico-legales**. Deben deducirse lógicamente de las consideraciones anteriores. En ellas se resumen los argumentos principales. Suelen ir numeradas y responden al motivo por el que se ha solicitado el informe.

6.- **Fórmula final** con que termina el informe. Suele ser: “Es cuanto tiene el honor de informar a V.I.”.

Cuando el informe es solicitado por un juez, su contenido debe ser ratificado mediante comparecencia en el juicio oral, para que tenga validez procesal.

HISTORIA CLÍNICA

Tiene la consideración de documento médico-legal y su finalidad es recoger por **escrito** los aspectos más relevantes de la **asistencia clínica al paciente**.

En el capítulo 1º (artículo 3) de la LAP la historia clínica se define:

“El **conjunto de documentos** que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial”.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es un documento médico-legal esencial para poder demostrar que la asistencia prestada al paciente ha sido correcta en todo momento y acorde a la *lex artis ad hoc*.

No se considera **documento** público sino **privado**.

DOCUMENTOS QUE CONSTITUYEN LA HISTORIA CLÍNICA (artículo 15.2 de la Ley 41/2002)

- 1.- Hoja clínico-estadística.
- 2.- Autorización de ingreso.
- 3.- Informe de urgencia.
- 4.- Anamnesis y exploración.
- 5.- Evolución.
- 6.- Órdenes médicas.
- 7.- Hojas de interconsultas.
- 8.- Informes de exploraciones complementarias.
- 9.- Consentimiento informado.
- 10.- Informe de anestesia.
- 11.- Informe de quirófano.
- 12.- Informe de anatomía patológica.
- 13.- Hoja de enfermería.
- 14.- Terapéutica de enfermería.
- 15.- Gráfico de constantes.
- 16.- Informe de alta.

FINALIDADES DE LA HISTORIA CLÍNICA

1.- Finalidad asistencial (artículo 16.1 de la LAP).

La historia clínica es esencial y garantiza una asistencia adecuada al paciente.

Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de este como instrumento fundamental para su adecuada asistencia.

2.- Otras finalidades o usos:

- 1.- Judicial.
- 2.- Epidemiológico.
- 3.- Salud pública.
- 4.- Planificación sanitaria.
- 5.- Control de la calidad asistencial.
- 6.- Docencia e investigación.
- 7.- Otros.

CUESTIONES POLÉMICAS EN RELACIÓN CON LA HISTORIA CLÍNICA

- 1.- ¿Quién es el propietario de la historia clínica?
- 2.- ¿Debemos entregar la historia clínica original cuando el paciente nos lo solicite?
- 3.- ¿Podemos ampararnos en el secreto profesional para no remitir la historia clínica a un juez que nos lo solicita en un procedimiento penal?
- 4.- ¿Tiene derecho el médico a preservar sus comentarios subjetivos?

PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Existe una discusión no resuelta.

Parece razonable pensar que:

- 1.- El dueño de la información contenida en ella es el paciente.
- 2.- La elaboración del contenido de la misma pertenecería al médico, ya que es su autor.
- 3.- El propietario del soporte material (informático o en papel) sería el centro sanitario, ya que, legalmente, es el responsable de custodiarlo.

PROPIEDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

La LAP impone la obligación de **conservar el soporte material de la historia clínica** al centro durante un tiempo **mínimo de 5 años**, que suele ampliarse a 10 o 15 años en función de la normativa de cada comunidad autónoma.

ENTREGA DE LA HISTORIA CLÍNICA A SOLICITUD DEL PACIENTE

Algunas personas han acudido al servicio de atención al paciente, acompañados de su abogado e incluso de un notario.

Es clara la obligación del médico de proporcionar información al paciente de forma verbal y por escrito de manera continuada sobre su proceso, pero la ley no indica que debemos entregarle el soporte material y original de la historia clínica, salvo que nos lo solicitara expresamente un juez en un procedimiento penal.

¿EXISTE AMPARO DEL SECRETO PROFESIONAL ANTE LA PETICIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA POR PARTE DE UN JUEZ DE LO PENAL?

La respuesta es NO.

El requerimiento de la historia clínica original o, mejor aún, de la copia compulsada de la misma, por un juez penal, debe ser respondido, y no debemos guardar secreto profesional.

¿EXISTE DERECHO DEL MÉDICO A PRESERVAR SUS COMENTARIOS SUBJETIVOS?

Los comentarios subjetivos del médico, son aquellos que incluye este recogiendo opiniones personales, sospechas diagnósticas o información a veces no contrastada que puede resultarle muy útil a él o a otros facultativos a lo largo de la evolución del paciente.

El médico tiene derecho a preservar estos comentarios de tipo subjetivo, a los que el paciente no tiene por qué tener acceso. (artículo 18.3 de la LAP).

Por lo tanto, el paciente puede solicitar la información contenida en la historia clínica pero no el soporte material original, y el médico tiene la obligación de proporcionársela, emitiendo un informe médico en el que se recoja su proceso asistencial, en un tiempo razonable.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

Es el **permiso** que el **paciente** otorga a su **médico** para **realizar una actuación**, con una finalidad habitualmente **terapéutica**, que puede ser **quirúrgica o no**, después de haber sido **informado** por este de los **riesgos** y de las **consecuencias** que dicha actuación pudiera conllevar.

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

- Se debe entender el CI como un derecho del paciente y una obligación del médico.
- Se puede considerar como parte de la obligación de cuidado debida a su paciente (*standard of care*).

CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI)

La información que se le da al paciente es esencialmente verbal, pero en aquellas actuaciones diagnósticas o terapéuticas que comporten un cierto riesgo, es preceptivo que se recojan **por escrito**, en el documento de CI, dos datos:

- La **información** que hemos **dado al paciente**.
- La **aceptación de este** de someterse a la **intervención**.

RIESGOS DE LOS QUE SE DEBE INFORMAR AL PACIENTE EN EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

- 1.- Aquellos a los que cualquier persona en similares circunstancias daría importancia.
- 2.- Aquellos a los que da importancia el médico.
- 3.- Aquellos por los que el paciente ha mostrado una particular preocupación.

EXCEPCIONES A LA OBLIGACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA LEY GENERAL DE SANIDAD DE 1986

- 1.- Cuando la no intervención suponga un **riesgo para la salud pública**.
- 2.- Cuando **no esté capacitado para tomar decisiones**, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
- 3.- Cuando la **urgencia no permita demoras** por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

LA INFORMACIÓN AL PACIENTE Y EL CI COMO OBLIGACIÓN DEONTOLÓGICA

La **obligación** de informar al paciente y obtener su CI es no solo legal, sino también **deontológica**:

- Se informará de forma comprensible.
- Se dará información con veracidad, ponderación y prudencia.
- Si el pronóstico es malo, la información se proporcionará con delicadeza.
- Informaremos directamente al paciente o a su representante.
- Se respetará el derecho del paciente a no ser informado.
- Debemos entender la información no como un acto burocrático sino como un acto clínico más.
- La información es fundamental y habitualmente verbal, y se deja constancia de ella en la historia clínica, pero debemos recogerla por escrito en aquellas actuaciones que revistan un cierto riesgo.

PRIVILEGIO TERAPÉUTICO

La **Ley de Autonomía del Paciente** (LAP) contempla el estado de necesidad terapéutico, o privilegio terapéutico, que consiste en el **derecho** que tiene el **médico de ocultar parte de la información al paciente** en aquellas situaciones en las que existan **razones objetivas** para sospechar que dicha información puede tener una repercusión negativa sobre la evolución de su enfermedad.

En estos casos, el médico tiene la **obligación** de **informar detalladamente a los familiares** y de **dejar constancia en la historia clínica** de todas esas circunstancias.

EXCEPCIONES A LA OBLIGACIÓN DE OBTENER EL DOCUMENTO DE CI EN LA LEY 41/2002 (LAP)

1.- **Situaciones de urgencia** en las que retrasar la actuación asistencial pueda suponer un riesgo para el paciente.

2.- Cuando el **paciente** sea **menor o** esté **incapacitado**.

En estos casos, el consentimiento lo prestarán los padres o el tutor legal, quienes se encargarán de firmar el CI.

3.- **Situaciones de riesgo para la salud pública**, en las que prevalece el interés colectivo frente al individual.

REGULACIÓN LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA LEY 41/2002

Artículo 8. *Consentimiento informado.*

1. Toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida la información prevista en el artículo 4, haya valorado las opciones propias del caso.

2. El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

3. El consentimiento escrito del paciente será necesario para cada una de las actuaciones especificadas en el punto anterior de este artículo, dejando a salvo la posibilidad de incorporar anejos y otros datos de carácter general, y tendrá información suficiente sobre el procedimiento de aplicación y sobre sus riesgos.

4. Todo paciente o usuario tiene derecho a ser advertido sobre la posibilidad de utilizar los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen en un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso podrá comportar riesgo adicional para su salud.

5. El paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

REGULACIÓN LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA LEY 41/2002

Artículo 9. *Límites del consentimiento informado y consentimiento por representación.*

1. La renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por las exigencias terapéuticas del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin perjuicio de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.

2. Los facultativos podrán llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, en los siguientes casos:

a) Cuando existe riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por la Ley. En todo caso, una vez adoptadas las medidas pertinentes, de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 24 horas siempre que dispongan el internamiento obligatorio de personas.

b) Cuando existe riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización, consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él.

REGULACIÓN LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA LEY 41/2002

3. Se otorgará el consentimiento por representación en los siguientes supuestos:

a) Cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Si el paciente carece de representante legal, el consentimiento lo prestarán las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

b) Cuando el paciente esté incapacitado legalmente.

c) Cuando el paciente menor de edad no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene doce años cumplidos. Cuando se trate de menores no incapaces ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tenida en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

4. La interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y la práctica de técnicas de reproducción humana asistida se rigen por lo establecido con carácter general sobre la mayoría de edad y por las disposiciones especiales de aplicación.

5. La prestación del consentimiento por representación será adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya que atender, siempre en favor del paciente y con respeto a su dignidad personal. El paciente participará en la medida de lo posible en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

REGULACIÓN LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO: LA LEY 41/2002

Artículo 10. *Condiciones de la información y consentimiento por escrito.*

1. El facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.

b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente.

c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.

d) Las contraindicaciones.

2. El médico responsable deberá ponderar en cada caso que cuanto más dudoso sea el resultado de una intervención más necesario resulta el previo consentimiento por escrito del paciente.

INSTRUCCIONES PREVIAS

(= INSTRUCCIONES ANTICIPADAS o “TESTAMENTO VITAL”)

Son los **deseos** que expresa **anticipadamente** una persona sobre el **cuidado y tratamiento de su salud** o **destino de su cuerpo** finado, para que esa voluntad se cumpla en el momento en que esa persona llegue a **determinadas situaciones clínicas** y/o al **final de su vida** que le impidan expresar su voluntad personalmente.

INSTRUCCIONES PREVIAS

(= INSTRUCCIONES ANTICIPADAS o “TESTAMENTO VITAL”)

Engloban todos aquellos **documentos, procedimientos** (declaraciones, solicitudes, inscripciones, etc.) y **normas de información general** que se han de realizar por parte del ciudadano con la **finalidad de conseguir los deseos** manifestados en determinado **momento crítico de su vida.**

REQUISITOS PARA REALIZAR LAS INSTRUCCIONES PREVIAS

Pueden ejercer este derecho los ciudadanos en el ámbito territorial de la comunidad autónoma si:

- 1.- Son mayores de 18 años.
- 2.- Tienen capacidad de obrar.
- 3.- Manifiestan su voluntad libremente.