

Aspectos médico-legales del ejercicio de la Medicina General (I). Documentos médico-legales: parte de lesiones, historia clínica

M. Pastor Bravo^a y F. Rodes Lloret^{a,b}

^aMédico Forense. Instituto de Medicina Legal. Alicante. ^bProfesor Asociado de Medicina Legal y Forense. Universidad Miguel Hernández. Alicante.

Se abordan en el presente trabajo los aspectos médico-legales de mayor interés que se le pueden plantear al profesional sanitario en el ejercicio de la Medicina General, como es la emisión del parte de lesiones y cumplimentación de la historia clínica.

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.

INTRODUCCIÓN

Cuántas veces el médico en su quehacer asistencial diario se plantea dudas de tipo médico-legal, que en ocasiones no sabe cómo resolver.

La práctica de la Medicina General suscita, de manera habitual, situaciones íntimamente relacionadas con cuestiones legales. Una buena respuesta por parte del médico general ante ellas le evitará problemas legales, pérdida de tiempo y fundamentalmente, una enorme tranquilidad ante posibles demandas o simplemente ante la citación judicial para aclarar cualquier cuestión.

The present study deals with the medical-legal aspects having the greatest interest that the health care profession may have in the practice of General Medicine, such as the injury report emission and filling out the clinical history.

The existing legislation to this regards are also reviewed and discussed. These are: Penal Code, Rules of Civil Law Procedure, General Health Law, Ethics and Medical Deontology Code and Law 41/2002, basic regulator of the patient's independence and rights and obligations in matter of information and clinical documents.

Key words: Legal Medicine, injury report, clinical history.

Una actuación médica urgente, una negativa a recibir un tratamiento, una situación de malos tratos a un menor o una sospecha de intoxicación criminal, son algunas situaciones que pueden dar lugar a una problemática médico-legal ante la que el médico general tiene que dar una respuesta.

El presente trabajo forma parte de uno en el que se pretende abordar las principales cuestiones que, en el ejercicio de la Medicina General y Familiar, pueden dar lugar a una problemática médico-legal específica, como son: el parte de lesiones, la historia clínica, el consentimiento y la información al paciente. En esta primera parte se van a tratar los dos primeros puntos, mientras que los restantes se abordarán en una segunda exposición.

Además, se recoge y se discute 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.

Correspondencia:
M. Pastor Bravo.
Instituto de Medicina Legal de Alicante.
Palacio de Justicia de Benalúa.
03007 Alicante.
Correo electrónico: marpastorbravo@telefonica.net

Recibido el 12-7-04; aceptado para su publicación el 30-11-04.

El parte de lesiones es un documento médico-legal, mediante el cual el médico comunica a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones.

El médico general tiene la obligación de emitir el parte de lesiones siempre que tenga la sospecha de que se ha producido una acción criminal.

PARTE DE LESIONES

Siguiendo el Código Penal¹, “lesión” es: “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 asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico. La simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considerará tratamiento médico.*

Para Criado² el concepto médico-legal de “lesión” comprendería toda alteración anatómica o funcional, física o psíquica, producida de forma violenta, que finaliza con la curación completa o con el establecimiento de secuelas.

El parte de lesiones es un documento médico-legal, mediante el cual el médico comunica a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones³.

Según Gisbert Calabuig⁴ el objetivo que se persigue con este documento es que dicha Autoridad tenga conocimiento del hecho y de sus consecuencias, en este caso lesiones, a efecto de que pueda llevar a cabo la investigación pertinente, y en su caso, adoptar las medidas oportunas con respecto al autor.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal⁵ 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 art. 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 ejercicio 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 in-

mediato para los efectos a que hubiere lugar en el orden administrativo.

Lo dispuesto en este art. 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 este documento médico-legal, se remitirá con la mayor brevedad al Juzgado de Guardia del partido judicial correspondiente.

Es enorme la trascendencia médico-legal de este documento, ya que en muchas ocasiones el reconocimiento médico-forense tiene lugar transcurrido un tiempo desde que se produjeron las lesiones, y puede ocurrir que en ese momento ya no quede ninguna objetivable. En estos casos el médico forense sólo podrá basarse, para su valoración, en el parte de lesiones o en la historia clínica, si se dispone.

Se tratan a continuación algunos puntos de interés en la práctica de la medicina general:

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

El parte de lesiones debe recoger, al menos, los siguientes apartados: filiación del paciente, fecha y hora de llegada, filiación del médico que asiste al paciente, descripción de las lesiones, que incluirá su localización, extensión, morfología y posible afectación de órganos vitales, posible mecanismo lesivo (según lo refiera el paciente), juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y pronóstico *quo ad vitam* (es decir, el de riesgo que para la vida supone la lesión o enfermedad)⁶.

– ¿Cuándo debe el médico emitir el parte de lesiones?

El médico general tiene la obligación de emitir el parte de lesiones siempre que tenga la sospecha de que se ha producido una acción criminal. Esto incluye la existencia de lesiones de cualquier tipo, intoxicaciones, sospecha de abortos no incluidos entre los legalmente autorizados o cualquier otra situación que haga pensar al médico que puede ser derivada de una acción delictiva.

– ¿Cómo se debe redactar el parte de lesiones?

El médico general debe tener presente que el parte de lesiones va dirigido al Juez, pero 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 evitara al médico molestias posteriores una vez que el parte de lesiones llega al juzgado.

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

– Siempre que el facultativo en el ejercicio de su profesión tenga la sospecha de que se ha producido una acción criminal, tiene que emitir un parte de lesiones dirigido al Juzgado de Guardia.

– 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. En el caso de que se apliquen puntos de sutura debe constar el número de puntos que se dan.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica es el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución de un paciente a lo largo del proceso asistencial⁷.

Tiene 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.

Es el instrumento básico de la asistencia sanitaria. También lo es en la vida extraasistencial, de tal manera que se considera el pilar fundamental a la hora de valorar por los tribunales una eventual responsabilidad profesional del médico⁶.

Es un documento médico-legal importante, ya que ha pasado de ser una documentación que servía para valorar los criterios médico-asistenciales a un documento con criterios médico-legales⁸. La aportación de la historia clínica puede tener una gran trascendencia tanto a favor como en contra del médico en un proceso por responsabilidad profesional.

La Ley General de Sanidad⁹ hace referencia a ella en sus artículos 10.11 y 61.

Ley General de Sanidad

Artículo 10

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

El médico general debe tener presente que el parte de lesiones va dirigido al Juez, pero también es una herramienta fundamental para el médico forense.

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

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 información 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.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial¹⁰ hace referencia, en su artículo 13, a la historia clínica.

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 deonto-

Tiene 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.

logía, siempre que se respete rigurosamente la confidencialidad y el derecho a la intimidad de los pacientes.

6. El médico está obligado a la solicitud 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 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 se refiere a la historia clínica 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

La aportación de la historia clínica puede tener una gran trascendencia tanto a favor como en contra del médico en un proceso por responsabilidad profesional.

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 paciente, 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 dispuesto 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 manera 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

1. 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 caso de uso con fines judiciales, la regla general, es que se reclama la historia clínica completa.

en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.

2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

3. 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.

4. 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 custodia 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.

Es evidente, por lo expuesto, la obligatoriedad de la historia clínica en la asistencia médica, en sus diferentes modalidades y especialidades.

En la práctica de la asistencia médica es complicado, a veces, cumplimentar la historia clínica, dado el volumen de pacientes que se tratan, la complejidad de las patologías, la amplitud de los medios diagnósticos y terapéuticos, así como la diversidad de profesionales que puedan intervenir.

Pero a pesar de estos problemas siempre es necesario que el facultativo realice una historia clínica de cada paciente, lo más completa posible, ya que no sólo va a suponer una mayor calidad asistencial, sino que además va a ser el documento médico-legal fundamental de defensa

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

del médico ante los tribunales como consecuencia de una posible demanda de responsabilidad profesional⁶.

Como recoge el artículo 15.2 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁷, la historia clínica en medicina general, cuando no se trate de procesos 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.

Esta Ley regula aspectos tan importantes como el uso de la historia clínica, su conservación, el derecho de acceso por parte del paciente y la propiedad de la historia clínica, entre otros.

Recogemos, a continuación, lo más relevante de estos apartados.

Uso de la historia clínica

1. Uso por parte de los profesionales asistenciales del centro en el que se realiza el diagnóstico o el tratamiento del paciente.

2. Uso por parte del personal de la administración y gestión de los centros sanitarios, que sólo pueden acceder a los datos de la historia clínica exclusivamente relacionados con sus propias funciones.

3. Uso del personal sanitario que ejerza funciones de inspección, evaluación, acreditación y planificación, que accede a las historias clínicas para comprobar la calidad de la asistencia o el respeto a los derechos de los pacientes.

4. Uso de la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia. En estos casos hay que tener en cuenta:

– Que ya que los datos relativos a la salud están especialmente protegidos y sometidos a un régimen singularmente riguroso para su obtención, custodia y eventual cesión, se necesitará siempre una habilitación legal específica para el uso de las historias clínicas con estos fines.

– La habilitación será siempre restrictiva, obligando a preservar los datos de identificación personal del paciente, separados de los de carácter clínico asistencial.

– En caso de uso con fines judiciales, la regla general es que se reclama la historia clínica completa.

Conservación de la historia clínica

El deber recae en el profesional sanitario cuando desarrolla su ejercicio profesional de forma individual y en el centro sanitario cuando se ejerce en este ámbito la asistencia médica.

Cuando el deber de custodia recae sobre el facultativo es un deber de contenido patrimonial, y como tal es transmisible por muerte a sus herederos. 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.

La conservación de la historia clínica tiene una relevancia fundamental en el caso de denuncias por responsabilidad. La no aportación de la misma puede tener efectos adversos sobre el profesional, ya que hay diversas sentencias en las que se ha condenado al médico o a la institución por no aportar la historia clínica alegando que ésta se había extraviado, se había dado al paciente o simplemente no se había hecho¹¹.

Derecho de acceso a la historia clínica

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

En caso de fallecimiento, el derecho de acceso pasa a las personas vinculadas al fallecido por razones familiares o de hecho, salvo que éste lo hubiera prohibido expresamente.

La Ley 41/2002⁷ también prevé el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud, limitándose en este caso a los datos estrictamente relacionados con su salud.

Propiedad de la historia clínica

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

Cuando el médico 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.

Ahora bien, hay situaciones en las que el médico, trabajando en una institución, no tiene una relación de dependencia con respecto a ésta, como ocurre en aquellas clínicas privadas en las que existen determinados 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 médico realiza su labor en un régimen funcionarial 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.

Se recogen las siguientes conclusiones prácticas, que pueden ayudar al médico a evitar problemas legales.

El desorden o la letra ilegible dan una mala imagen cuando la historia clínica, por motivos de demandas por responsabilidad, llega al juzgado. Se debe, por lo tanto, ser cuidadoso en la elaboración de la historia clínica. El facultativo no debe olvidar nunca que aunque es un documento asistencial tiene una importancia médico-legal fundamental.

Se debe recoger en la historia clínica todo lo que se le pregunta, se le 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.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodes F, Vázquez A, Martí Lloret JB. Medicina Forense y el daño a las personas. *Rev Esp Med Leg.* 1998; XXII(83): 32-7.
2. Criado MT. Valoración médico-legal de las lesiones en el derecho penal. En: Criado MT, editor. *Valoración médico-legal del daño a la persona.* Madrid: Colex; 1999. p. 707-96.
3. Criado MT. Normas relacionadas con las lesiones legales. En: Serrat D, editor. *Manual de normativa médica y sanitaria.* Madrid: Colex; 1998. p. 381-406.
4. Gisbert Calabuig JA, Gisbert Grifo MS. Documentos médico-legales. En: Calabuig G, editor. *Medicina Legal y Toxicología.* 5^a ed. Barcelona: Masson; 1998. p. 136-40.
5. Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Civitas; 1997.
6. Casas J, Rodríguez MS. *Manual de actuación médico-legal en urgencias.* Madrid: IM&C; 2000.
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. Jornet J. *Malpraxis. Aspectos legales en la relación médico-enfermo.* Barcelona: Áncora; 1991.
9. Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de abril. (BOE 29/04/1986).
10. Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial; 1999.
11. Viñedo J. *Información al paciente, documentación clínica y voluntades anticipadas.* Alicante: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Alicante, 2003.