

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES DE LA MEDICINA DE URGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA

BAÑÓN DE JUAN E¹, RODES F², BAÑÓN R², MARTÍ LLORET JB¹. GÓMEZ MS³.

RESUMEN

La atención sanitaria que se presta en los Servicios de Urgencias, constituye un reto cotidiano para el personal sanitario; en ellos, se pretende dar una respuesta adecuada e inmediata a variados procesos médicos y traumáticos. La asistencia a la población infantil en los Servicios de Urgencias Pediátricas, presenta unas características propias que implican una particular problemática médico-legal. Con frecuencia se plantean interrogantes sobre la actuación correcta del médico ante situaciones concretas. En el presente trabajo, se abordan los aspectos médico-legales de mayor interés para el profesional sanitario: emisión del parte de lesiones, cumplimentación de la historia clínica, obtención del consentimiento informado y delimitación de la responsabilidad profesional. Así mismo, se revisa la legislación vigente al respecto.

Palabras clave: Medicina de Urgencia, Medicina Legal, Lesiones.

Los Servicios de Urgencia pediátrica hospitalaria, generan una importante actividad asistencial, que supone un constante desafío para los distintos profesionales sanitarios que trabajan en los mismos.

Dos peculiaridades presentan estos servicios hospitalarios: la corta edad de los pacientes y las situaciones de urgencia que se presentan y que requieren,

habitualmente, una actuación sanitaria rápida. Ni los apoyos técnicos más avanzados, ni los fármacos más eficaces, ni la mayor competencia del médico, consiguen evitar la premura, el dramatismo y la ansiedad, tanto del niño como de los acompañantes, que genera este tipo de atención sanitaria.

Los rápidos avances de la medicina y el desarrollo de

1 División de Medicina Legal y Forense de la Universidad Miguel Hernández. Alicante.

2 Instituto de Medicina Legal de Alicante.

3 Universidad de Alcalá de Henares.

técnicas terapéuticas y de diagnóstico, han hecho cambiar el concepto de asistencia médica urgente. La medicina de urgencia, ha dejado de ser un deber moral para, convertirse hoy en día, en una mera cuestión de derecho.

Desde una perspectiva médico-legal, la actuación del personal sanitario en los Servicios de Urgencia Pediátrica hospitalaria, presenta unas características especiales, que se relaciona con:

- El aumento progresivo de asistencias a niños lesionados que se producen en los Servicios de Urgencia, la importancia de las lesiones y las secuelas que conllevan.
- La amplitud y diversidad de causas que originan estas lesiones, desde el accidente de tráfico, en el hogar o en el parque de juegos, hasta el maltrato infantil o el abuso sexual
- La actuación del personal sanitario en los casos en que los padres o tutores manifiesten su negativa al ingreso o tratamiento prescrito.
- La intervención del personal sanitario como peritos ante el Juez.
- La exigencia de posibles r e s p o n s a b i l i d a d e s

profesionales.

La gran complejidad de estos servicios hospitalarios, en los que actúan diferentes profesionales sanitarios, plantea una problemática médico-legal específica, que por su importancia y trascendencia, creemos adecuado señalar. Trataremos, respecto a esta cuestión, los aspectos de mayor interés: Parte de lesiones, Historia clínica e informe de alta, Información y consentimiento y responsabilidad profesional.

PARTE DE LESIONES.

Concepto de lesión.

El Código Penal, en su artículo 147, alude al concepto de "lesión", como "todo menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o mental".

Artículo 147 (Código Penal).

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.

Desde el punto de vista médico-legal, se entiende por lesión "toda alteración anatómica o funcional, física o psíquica, producida de forma violenta, que finaliza con la curación completa o con el establecimiento de secuelas".

Parte de lesiones.

El parte de lesiones, es un documento médico-legal, por medio del cual se comunica a la Autoridad Judicial cualquier lesión que pueda ser constitutiva de una falta o delito de lesiones₂.

La finalidad de este documento es que dicha Autoridad tenga conocimiento del hecho y de sus consecuencias (lesiones), a efecto de que pueda llevar a cabo la pertinente investigación y en su caso, adoptar las medidas oportunas con respecto al autor₃.

La Ley de Enjuiciamiento Criminal⁴, en sus artículos 262 y 335, hace referencia, a la obligación de informar a la justicia, por parte del médico, en los casos de lesiones.

Artículo 262 (Ley de Enjuiciamiento Criminal)

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 cumplieren esta obligación incurrirán en la multa señalada en el art.259, que se impondrá disciplinariamente.

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

Artículo 355 (Ley de Enjuiciamiento Criminal).

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 cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor.

Podemos deducir, que el médico, además de asistir al lesionado, realizar un diagnóstico

y aplicar un tratamiento adecuado, actúa como garante o protector del bien jurídico en ese momento, es decir, de la salud del lesionado.

Así pues, el acto de dar parte al Juez instructor, se realizará en el caso de tener conocimiento de un hecho que consistiere en lesiones. Ahora bien, no significa que el médico tenga que comunicar a la justicia, todas las lesiones que atienda, sino, únicamente en los casos que puedan ser constitutivas de una conducta delictiva.

No existe uniformidad, en cuanto al modelo de parte judicial, aunque todos deben tener unas características comunes y adecuadas que, permitan identificar al lesionado, las lesiones producidas y, las circunstancias que las originaron.

Este documento constará de tres partes₃:

- El preámbulo, donde consten los datos del médico.
- El cuerpo, que debe contener: Datos de identificación del paciente. Fecha y hora de llegada. Descripción de la lesión que debe ser minuciosa: localización, extensión, morfología, afectación de

órganos vitales y posible mecanismo lesivo, según lo refiera el paciente. Asistencia prestada: juicio diagnóstico, tratamiento prescrito y a donde ha sido remitido.

- Pronóstico *quo ad vitam* (riesgo que para la vida supone la lesión) se consignará el lugar y la fecha y será firmado por el médico.

La información suministrada por el parte de lesiones, resulta importante por dos motivos. Uno, el estrictamente asistencial (exploración, diagnóstico, tratamiento) y, otro, el cumplimiento de un deber profesional, que tendrá una posterior trascendencia en el ámbito judicial₅.

En la mayoría de las ocasiones, el reconocimiento médico-forense tiene lugar transcurrido un tiempo más o menos prolongado, tras el cual puede ya no quedar ninguna lesión física y/o psíquica objetivable₆, y, en consecuencia, el Médico Forense solo podrá basarse para su valoración en el parte de lesiones y, en su caso, en la Hoja de Urgencias, redactados en el momento de la asistencia médica en el Servicio de Urgencias.

HISTORIA CLÍNICA E INFORME DE ALTA.

La historia clínica, no sólo constituye un elemento básico e indispensable en el proceso de asistencia sanitaria, sino también, un documento fundamental que permite valorar, en su caso, por la autoridad judicial, la responsabilidad profesional del médico₆.

Es un documento médico-legal importante, ya que, ha pasado de ser una documentación asistencial, que permitía valorar los criterios médicos aplicados al paciente, a un documento con criterios médico-legales. La Ley General de Sanidad₇, se refiere a la historia clínica, en los artículos 10.11 y 61.

Artículo 10 (Ley General de Sanidad).

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 (Ley General de Sanidad).

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.

La Ley General de Sanidad, está presidida por el deseo de garantizar una prestación sanitaria respetuosa, con la dignidad de la persona y con la libertad individual, interesándose por los derechos de los pacientes, como pilar fundamental de la labor asistencial.

En esta línea, el Consejo de Europa, suscribió el 4 de Abril de 1997, el Convenio sobre los derechos del hombre y la biomedicina, el cual entró en vigor en España el 1 de Enero de 2000.

Dicho Convenio, es el primer instrumento internacional con carácter jurídico vinculante para los países que lo suscriben, estableciendo un marco común, para la protección de los derechos humanos y la dignidad de la persona, persiguiendo alcanzar una armonización de las distintas legislaciones existentes.

Se refiere explícitamente, a la necesidad de reconocer los derechos de los pacientes, entre los que destacan el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

Por todo ello, y al amparo de La Ley General de Sanidad, algunas Comunidades Autónomas, con capacidad legislativa en materia de sanidad interior, han promulgado leyes^{8,9,10,} que regulan los derechos de los pacientes en las instituciones sanitarias, en beneficio de la salud y la calidad de vida de los ciudadanos.

Las circunstancias anteriores, aconsejaron una adaptación de la Ley General de Sanidad, con la finalidad de clarificar la situación jurídica y ofrecer, en el ámbito de la información y documentación clínicas, las mismas garantías a todos los ciudadanos del Estado. Así, el 14 de Noviembre de 2002, se aprobó la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹¹.

Esta Ley (B.O.E. nº 274, de 15 de Noviembre de 2002) que entró en vigor el pasado mes de mayo, en su disposición derogatoria única, indica la derogación, entre otros, del apartado 11 del artículo 10 y el artículo 61 de la Ley 14/1986, General de Sanidad.

La citada Ley 41/2002 establece, en su artículo 3, entre otras, las siguientes definiciones legales:

Documentación clínica: el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Historia clínica: 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.

Información clínica: todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla.

La Ley 41/2002, se refiere a la historia clínica en los artículos 14,15 y 17.

Artículo 14 (Ley básica reguladora).

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.

Artículo 15 (Ley básica reguladora).

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.

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.

Artículo 17 (Ley básica reguladora).

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.

El Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial¹² hace referencia a la historia clínica en el artículo 13.

Artículo 13 (Código Ética y Deontología).

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 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.

Por todo lo expuesto, es evidente, la obligación de cumplimentar la historia clínica en la asistencia médica, en sus diferentes modalidades y especialidades, incluyendo la

Medicina de Urgencia.

En la asistencia médica de urgencia pediátrica, es difícil, en ocasiones, realizar una historia clínica detallada, dado el volumen de asistencias en momentos concretos, la amplitud y complejidad de las patologías, así como el amplio abanico de profesionales que intervienen. A pesar de ello, siempre es necesario que se haga constar la máxima información posible, ya que, no sólo supondrá una mayor calidad asistencial, sino que además, va a ser el documento médico-legal básico de defensa del médico ante los jueces, como consecuencia de una posible demanda de responsabilidad profesional.

La mayoría de los niños asistidos en los Servicios de Urgencia Pediátrica, son diagnosticados y tratados en el propio servicio, por ello, toda la información de la asistencia, queda reflejada en la Hoja de Urgencias.

La historia clínica, entre otros documentos, debe contener, la hoja de urgencias y el informe de alta.

En la hoja de urgencias, debe constar lo siguiente:

- Datos de identificación del paciente: Nombre y apellidos, número de historia clínica y/o número de registro de urgencias, edad y fecha de nacimiento, sexo, domicilio actual y teléfono.
- Datos del responsable y/o acompañante.
- Datos relativos a la asistencia: Unidad que realiza la asistencia, fecha y hora de entrada al servicio, motivo de la consulta, anamnesis, exploración física inicial, exámenes complementarios realizados, impresión diagnóstica, tratamiento administrado "in situ", tratamiento recomendado, destino, fecha y hora en que el paciente abandona el área de urgencias, firma del responsable y/o acompañante.
- Datos de identificación profesional: Nombre y apellidos, nº de colegiado y firma del médico que realiza la asistencia en urgencias, firma del personal de enfermería en tratamientos administrados.

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 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica¹¹, establece en su artículo 3, las definiciones legales:

Informe de alta médica: 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 (Ley básica reguladora).

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 reglamentariamente por las Administraciones

sanitarias autonómicas.

La propia Ley 41/2002, indica en su Disposición transitoria única que *"El informe de alta se regirá por lo dispuesto en la Orden del Ministerio de Sanidad, de 6 de septiembre de 1984, mientras no se desarrolle legalmente lo dispuesto en el artículo 20 de esta ley"*.

A este respecto, la citada Orden de 6 de septiembre de 1984, establece la obligatoriedad de elaborar un informe de alta, para pacientes atendidos en los establecimientos sanitarios, en aquellos casos que se haya producido al menos una estancia (la Orden establece como estancia, el conjunto de pernocta y el tiempo que correspondería a una comida principal).

En la práctica, la hoja de urgencias, constituye, asimismo, el informe de alta, si no ha habido hospitalización.

I N F O R M A C I Ó N Y C O N S E N T I M I E N T O .

La Ley General de Sanidad⁷, y el Código de Ética y Deontología de la Organización Médica Colegial¹², establecen el deber de

informar al paciente, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

Asimismo, es un derecho del paciente, la libre elección entre las opciones terapéuticas que se le plantean.

Ambos textos, recomiendan la obtención del consentimiento preferentemente por escrito.

Artículo 10. (Ley General de Sanidad).

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

5. A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento por escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

b) Cuando no esté capacitado para tomar decisiones; en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

Artículo 10 (Código Ética y Deontología).

1. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre su enfermedad y el médico debe esforzarse en dársela con delicadeza y de manera que pueda comprenderla. Respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que haya designado para tal fin.

2. Un elemento esencial de la información debida al paciente es darle a conocer la identidad del médico que en cada momento le está atendiendo.

3. El trabajo en equipo no impedirá que el paciente conozca cual es el médico responsable de la atención que se le presta y que será su interlocutor principal ante el equipo asistencial.

4. Cuando las medidas propuestas supongan para el paciente un riesgo significativo el médico la proporcionará información suficiente y

ponderada a fin de obtener, preferentemente por escrito, el consentimiento específico imprescindible para practicarlas.

5. Si el enfermo no estuviera en condiciones de dar su consentimiento por ser menor de edad, estar incapacitado o por la urgencia de la situación, y resultase imposible obtenerlo de su familia o representante legal, el médico deberá prestar los cuidados que le dicte su conciencia profesional.

6. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.

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 clínica¹¹, en relación con el derecho del paciente a la información sanitaria establece:

Artículo 4 (Ley básica reguladora).

1. Los pacientes tienen derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que

se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Y, sobre el titular del derecho a la información,

Artículo 5 (Ley básica reguladora).

1. El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o de hecho, en la medida que el paciente lo permita de manera expresa o tácita.

2. Cuando el paciente, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a él por razones familiares o de hecho.

El concepto de consentimiento informado, queda definido en el artículo 3 de la Ley 41/2002:

Consentimiento informado: la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El capítulo VI, de la Ley 41/2002, sobre la autonomía y respeto del paciente, establece, en su articulado, las condiciones del consentimiento informado:

Artículo 8 (Ley básica reguladora).

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.

Artículo 9 (Ley básica reguladora).

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.

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

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 tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente.

En ocasiones, en los Servicios de Urgencias Pediátricas, los padres de los menores se niegan a que se administren a sus hijos determinados tratamientos médicos, fundamentalmente, por creencias religiosas.

Recientemente, el Pleno del Tribunal Constitucional, emitió una sentencia (TCS 154/2002), anulando la decisión del Tribunal Supremo (dictada en dos sentencias de 27 de Junio de 1997, ambas con el núm. 950/1997) en la que se condenó a los padres de un menor, de 13 años, muerto a causa de la tardía realización de una transfusión de sangre, a la que se habían opuesto por motivos religiosos tanto los padres como el menor, como autores de un delito de homicidio por omisión.

Al comentar esta sentencia, Santos¹³, resalta la importancia de

que los menores, tengan la posibilidad de ejercer, por sí mismos, sus derechos fundamentales, otorgando el consentimiento al tratamiento propuesto por los facultativos, si poseen para ello el suficiente grado de entendimiento y madurez.

La Ley 41/2002, considera que corresponde al médico, que atiende al menor, valorar la capacidad del paciente.

En la práctica, no es frecuente que una negativa al tratamiento, por parte de los padres, pueda poner en peligro la vida o la salud de los menores que no tienen la suficiente capacidad para dar el consentimiento, ya que lo habitual en estas situaciones, es que los médicos soliciten la autorización necesaria a la autoridad judicial.

En estos casos, deberá prevalecer la protección clínica del menor. Por lo tanto, si la situación es de urgencia y riesgo vital, el médico le aplicará el tratamiento adecuado¹⁴.

El siguiente cuadro, recoge, los aspectos médico-legales de interés, de la legislación comentada, referentes a la información y al consentimiento en el ámbito del menor.

INFORMACIÓN AL MENOR	
Ley General de Sanidad	No hace referencia al menor
Código Ética Deontología	No hace referencia al menor
Ley 41/2002, básica reguladora	No hace referencia al menor Si carece de capacidad de entender la información → persona vinculada o familia

CONSENTIMIENTO DEL MENOR	
Ley General Sanidad	No hace referencia al menor Si no está capacitado para tomar decisiones familiares o allegados
Código Ética Deontología	Sí hace referencia al menor Lo otorga la familia. Se tiene en cuenta la opinión del menor
Ley 41/2002, básica reguladora	Sí hace referencia al menor Lo otorga el representante legal Si > 12 años, representante legal tras escuchar su opinión Si > 16 años, el menor

En relación con aquellos pacientes que se niegan a aceptar el tratamiento propuesto por el médico, la Ley 41/2002, dice:

Artículo 21 (Ley básica reguladora).

1. En caso de no aceptar el tratamiento prescrito, se propondrá al paciente o usuario la firma del alta voluntaria. Si no la firmara, la dirección del centro sanitario, a propuesta del médico responsable, podrá disponer el alta forzosa en las condiciones reguladas por la Ley. El hecho de no aceptar el tratamiento prescrito

no dará lugar al alta forzosa cuando existan tratamientos alternativos, aunque tengan carácter paliativo, siempre que los preste el centro sanitario y el paciente acepte recibirlos. Estas circunstancias quedarán debidamente documentadas.

2. En el caso de que el paciente no acepte el alta, la dirección del centro, previa comprobación del informe clínico correspondiente, oirá al paciente y, si persiste en su negativa, lo pondrá en conocimiento del juez para que confirme o revoque la decisión.

R E S P O N S A B I L I D A D P R O F E S I O N A L .

Las asistencias médicas que se realizan en los Servicios de Urgencia, presentan características que las diferencian de las que se realizan en el régimen normal hospitalario o los Centros de Salud. La finalidad de la asistencia, es la inmediata atención al paciente, su tratamiento y, si procede, su ingreso en el centro hospitalario.

La necesaria rapidez en la asistencia, la celeridad en la toma de decisiones, sobre todo en niños con lesiones graves, puede provocar errores en estos actos médicos; a pesar de ello, no son frecuentes las demandas por malpraxis en los Servicios de Urgencias Pediátricas.

Así, en un estudio realizado en Cataluña, durante el período 1986-95, por Comas *et al.*¹⁵ sobre un total de treinta millones de asistencias pediátricas de urgencia, se indica una incidencia de demandas de 1/600.000; se contabilizaron 49 denuncias, sólo en 9 de ellas (18%), hubo sentencia condenatoria para el médico.

Las características especiales de los Servicios de Urgencia,

hacen recomendable el seguimiento, por parte de los facultativos, de pautas y protocolos validados por la comunidad médica, lo que permitirá un importante respaldo profesional al médico ante la Justicia.

Aunque, como en el resto de actos médicos, la actuación profesional debe regirse por la *lex artis ad hoc*, que es la que se toma en consideración respecto del caso concreto en que se produce la actuación médica y las circunstancias en que la misma se desarrolla y tiene lugar, así como respecto de las incidencias inseparables en el normal actuar profesional¹⁶.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1- Rodes F, Vazquez A, Martí Lloret JB. Medicina forense y el daño a las personas. Rev Esp Med Leg 1998; XXII(83): 32-37.
- 2- Criado MT. Normas relacionadas con las lesiones legales. En: Serrat D, editor. Manual de normativa médica y sanitaria. Madrid: Colex, 1998; 381-406.
- 3- Gisbert Calabuig JA, Gisbert Grifo MS. Documentos medico-legales. En: Gisbert Calabuig, ed. Medicina Legal y Toxicología. 5ª ed. Barcelona: Masson, 1998; 136-140.
- 4- Ley de Enjuiciamiento Criminal. Madrid: Civitas, 1997.

- 5- Casado M, Hurtado P, Jiménez A. Intervención médico-legal en los servicios de urgencias. *Emergencias* 1999; 11: 365-368.
- 6- Casas J, Rodríguez MS. Manual de actuación médico-legal en urgencias. Madrid: IM&C; 2000.
- 7- Ley General de Sanidad, de 14/1986, de 25 de Abril (B.O.E. nº 102 de 29 de Abril de 1986).
- 8- Ley 21/2000, de 29 de Diciembre, de la Generalitat de Catalunya, Sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente y la documentación clínica (B.O.E. nº 29 del 2 de Febrero de 2001).
- 9- Ley 3/2001, de 28 de Mayo, de la Xunta de Galicia, Reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes (B.O.E. nº 158, de 3 de Julio de 2001).
- 10- Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana, Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana (B.O.E. nº 48 de 25 de Febrero de 2003).
- 11- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE Nº 274, 15 de noviembre 2002).
- 12- Código de Ética y Deontología. Madrid: Organización Médica Colegial, 1999.
- 13- Santos Morón MJ. La ley, jueves 12 de diciembre (Nº 5675).
- 14- Praxis Clínica y Responsabilidad. Diario Médico. Febrero 2003.
- 15- Comas LI, Perramón X, Sábado C, Ballabriga J, Fernández P. Consenso médico-legal en Urgencias Pediátricas. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 538-541.
- 16- Garcia Blázquez M, Molinos J. Manual práctico de responsabilidad y defensa de la profesión médica (Aspectos jurídicos y médico-forenses). Granada: Comares; 1995.