

La Comisión de Deontología del Consejo Andaluz de Colegios de Médicos, en el ámbito de las funciones que le son propias, ha estudiado el nuevo parte judicial de lesiones (modelo PO16), establecido por la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, en uso de sus competencias.

Habiendo estudiado detenidamente el contenido del referido documento y conocido el criterio de las distintas Comisiones Provinciales de Deontología respecto a este tema, la Comisión acuerda por unanimidad elevar al Consejo Andaluz de Colegios de Médicos el siguiente

## **INFORME**

### **I. Preámbulo**

Existen determinados sucesos que menoscaban la integridad física y/o psíquica de las personas de los que el médico asistencial tiene conocimiento como consecuencia de su ejercicio profesional. Estos hechos tendrán diferente repercusión jurídica en función de diversas características de las lesiones que son recogidas por el facultativo que atiende al sujeto pasivo de la acción causante del daño. El médico se convierte así en uno de los colaboradores indispensables de la Justicia al actuar como comunicador primario del hecho de que se trate, poniendo a su disposición información relativa a las prestaciones sanitarias practicadas, que van a determinar la adopción de las medidas procesales oportunas en función de las características del suceso traumático (calificación legal de los hechos imputados), es decir que posibiliten su correcto enjuiciamiento y resolución legal.

En la redacción del primer parte judicial de lesiones nos encontramos con la primera constatación material de las mismas, la prueba futura de un hecho médico-biológico violento pasado y el único elemento objetivo disponible para retrotraernos al momento de aquella primera asistencia y realizar la valoración pericial del daño corporal sufrido.

### **II. Legislación que lo fundamenta**

El menoscabo de la integridad corporal de una persona o de su salud física o psíquica puede ser constitutiva de una infracción penal (delito, artículos 147 a 156 del Código Penal; o falta, artículos 617 a 621). Estos menoscabos incluyen agresiones (incluida la violencia doméstica), accidentes (tráfico, laborales, deportivos), atropellos, lesiones causadas por animales domésticos y otros que reunieran similares características.

El art. 365 de la LECr establece: *“si el hecho criminal que motivare la formación de una causa cualquiera, consistiere en lesiones, los médicos que asistieren al herido, están obligados a dar parte de su estado y su adelanto en los periodos que se les señalen, e inmediatamente que ocurra cualquier novedad que merezca ser puesta en conocimiento del Juez instructor”*. El incumpliendo de esta medida por parte del Médico es castigado en virtud de lo tipificado en el artículo 408 del Código Penal: *“la autoridad o funcionario que, faltando a la obligación de su cargo, dejare intencionadamente de promover la persecución de los delitos de los que tenga noticia o de sus responsables, incurrirá en la pena de inhabilitación especial para empleo o cargo publico por tiempo de seis meses a dos años”*.

Por otra parte, el artículo 262 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal señala que: *“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”*. La obligación se entiende cumplida con la remisión del parte de lesiones.

Los facultativos tienen el deber de atender este requerimiento de la Justicia que, además, está íntimamente relacionado con el respeto del derecho del paciente a la información según lo especificado en la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, en cuyo artículo 15 se recoge el *“derecho de todo paciente o usuario, a que quede constancia por escrito o en otro soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos los procesos asistenciales realizados por el servicio de salud, tanto en el ámbito de atención primaria como de especializada”*.

La Ley Orgánica 8/2002, complementaria de la Ley de reforma parcial de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Ley de juicios rápidos) establece en su artículo 796.1.1ª que *“la Policía Judicial solicitará del facultativo o personal sanitario que atendiere al ofendido, copia del informe relativo a la asistencia prestada para su unión al atestado policial”*, no suponiendo la entrega del parte una inobservancia del deber de sigilo profesional, tratándose de un claro ejemplo de secreto derivado (consecuencia del inevitable conocimiento de profesionales no involucrados en el propio proceso diagnóstico terapéutico).

La Orden de 23 de marzo de 2009, de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, por la que se aprueba el Plan Anual de Inspección de Servicios Sanitarios, contempla la verificación del grado de utilización y conocimiento por parte de los profesionales del nuevo modelo de parte judicial P016 en el ámbito de los Centros de Salud y Servicios de Urgencias hospitalarios.

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género establece en su artículo 32, sobre Planes de Colaboración, que: *“Los protocolos, además de referirse a los procedimientos a seguir, harán referencia expresa a las relaciones con la Administración de Justicia, en aquellos casos en que exista constatación o sospecha fundada de daños físicos o psíquicos ocasionados por estas agresiones o abusos”*.

### **III. Aspectos éticos y deontológicos**

En la toma de decisiones ante una situación de violencia familiar, entre las tareas del personal sanitario se encuentra la de ofrecer escucha y apoyo y respetar las decisiones de la mujer. En el proceso de atención sanitaria es importante respetar la autonomía de la paciente y el compromiso de confidencialidad respecto a la información conocida en virtud del ejercicio profesional. También lo es el velar por la vida y el beneficio de la salud de las pacientes (principio de beneficencia) y evitar perjuicios para su salud (principio de no maleficencia). En el caso de confirmar la situación de maltrato, se comunicará al juzgado de violencia de género mediante el parte judicial, informando previamente a la mujer. La información del hecho a las autoridades judiciales permite poner en marcha las medidas legales dirigidas a la protección de la mujer y evitar que el delito quede impune.

El médico asistencial emite el parte judicial en virtud de las obligaciones derivadas de su relación con el paciente, bajo la perspectiva deontológica de su actividad. En este sentido hay que contemplar de manera muy especial los límites del secreto profesional, por la repercusión que de su mantenimiento se derive para terceras personas y el interés de la colectividad. El art. 16.1 del Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España, de 1999, especifica los supuestos en los que se permite la revelación del secreto profesional: *“Con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, en sus justos y restringidos límites y, si lo estimara necesario, solicitando el asesoramiento del Colegio, el médico podrá revelar el secreto en los siguientes casos: a). Por imperativo legal... d). Si con su silencio diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas; o a un peligro colectivo.”*

En relación al derecho del paciente a la información, el Código de Ética y Deontología Médica ya apuntaba<sup>1</sup> en la misma dirección que la Ley 41/2002, de autonomía del paciente, al contemplar que *“es derecho del paciente obtener un certificado médico o informe realizado*

---

<sup>1</sup> El CEDM es anterior a la Ley

*por el médico que le ha atendido, relativo a su estado de salud o enfermedad o sobre la asistencia prestada”.*

No obstante, la emisión del parte de lesiones puede ocasionar a los profesionales sanitarios preocupación sobre los posibles efectos negativos derivados de dicha actuación, especialmente en aquellos casos en que la mujer manifieste no estar de acuerdo. Entre ellos están el rechazo y pérdida de confianza de la mujer por no haber respetado sus deseos, con posibilidad de la ruptura de la relación profesional sanitario-paciente, y riesgo potencial para su vida o salud por represalias del maltratador.

#### **IV. Consideraciones**

El abordaje de la violencia doméstica en los servicios de urgencias presenta como objetivos prioritarios su detección precoz, la valoración *in situ* de la existencia de riesgo vital inmediato (físico, psíquico o social) a que puede estar expuesta la víctima, la actitud urgente a adoptar en caso de confirmarse la existencia de dicho riesgo y la información que hay que conocer y facilitar a las víctimas.

La principal ventaja del parte para los médicos asistenciales es la unificación en un solo modelo de los anteriores partes de lesiones y de violencia de género. Asimismo, responde a las necesidades planteadas en el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género en la detección precoz, prevención e intervención. Además, contribuye a la detección e identificación de la violencia de género en los momentos más cercanos a su comisión y favorece el abordaje integral de este problema coordinándolo con las instituciones judiciales.

En relación a los inconvenientes del parte judicial en su formato actual, un análisis detallado revela que:

1. El nuevo modelo presenta inconvenientes tanto formales como de contenido. En cuanto a los primeros, se trata de un documento incómodo, de un tamaño excesivamente grande, difícil de manejar en salas de urgencias y demasiado exhaustivo. La mayoría de las lesiones que se atienden en urgencias son menores o de carácter leve, por lo que el nuevo modelo parece excesivo. Históricamente se ha tendido siempre hacia una simplificación de los diferentes modelos de parte de lesiones; sin embargo, con el P016 se ha optado por todo lo contrario, lo que genera dudas acerca de su eficacia práctica. El tiempo mínimo para cumplimentarlo en su totalidad es superior a los 15 minutos, lo que implica una disminución del tiempo disponible de atención médica clínica a los pacientes en los

servicios de urgencias y contribuye a incrementar la presión asistencial del médico. En la práctica hay que rellenarlo a mano, debido a las exigencias de los Jueces y Tribunales de Justicia de requerir un soporte en papel, lo cual añade problemas de grafía y, por tanto, de interpretación de lo que allí se ha escrito.

2. El parte implica la recogida de una serie de datos que exceden las competencias del médico y que son más propias de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado o de los Juzgados de Violencia de género. El médico no debe asumir tales funciones y mucho menos en un servicio de urgencias. La recogida de datos del agresor conlleva un problema añadido, pues la víctima no siempre quiere que conste el nombre del mismo (que incluso puede acompañarla a urgencias) y, al contrario, en otras ocasiones, siguiendo indicaciones de su letrado, puede estar interesada en que aparezca el nombre de un supuesto agresor con objeto de utilizar posteriormente esa información (que queda reflejada en su copia personal) contra el mismo. Es decir, la finalidad del parte puede viciarse.
3. El texto incluido en alguno de los apartados (concretamente el de “agresión sexual”) conlleva la calificación y tipificación de los hechos, función más propia de jueces y fiscales que de médicos. Esto puede condicionar a priori (prejuizar) la interpretación de los hechos en los primeros momentos del proceso judicial.
4. Si la fecha de las lesiones es diferente a la de la del parte, debería incluirse explícitamente en el apartado de observaciones (primer recuadro de la página 2/2), indicando que esa fecha es la referida por la víctima. Además, es conveniente que el médico de urgencias describa (en el recuadro “lesiones que presenta”) el estado evolutivo de las lesiones en lugar de pronunciarse sobre la data de las mismas, lo que permitiría que cualquier otro médico pueda interpretar la cronología lesional en un momento posterior. En caso contrario, la apreciación del médico de urgencias que atiende por primera vez a la víctima sobre la data de las lesiones no podría someterse a contradicción ni discutirse en otra fase del proceso, inclusive en el juicio oral.
5. Para el apartado que recoge la graduación de la lesión como leve, grave o muy grave no existen criterios de objetivación y, en el caso de que las lesiones correspondan a un

accidente laboral, puede inducir a confusión con la calificación propia de los accidentes de trabajo como leves, graves o muy graves. Por tanto, parece más conveniente realizar un pronóstico *quo ad vitam*, es decir, si la lesión supone un riesgo para la vida de la víctima, pues de ello va a depender la decisión judicial. En caso de que lo suponga habría que comunicarlo de manera inmediata al Juez o a los organismos competentes.

6. Sólo se deben comunicar las lesiones objetivas. El daño psíquico que manifieste la víctima y que no se pueda objetivar se puede prestar a errores clínicos de importantes consecuencias para la seguridad jurídica de los ciudadanos. Eso significa que el médico solo debe describir los signos objetivos pero no interpretar lo que le refiera la víctima o, en todo caso, indicar claramente “según manifiesta”. Además, cuando proceda, la víctima debe ser evaluada por psiquiatras o equipos de salud mental.
7. Dado que las instrucciones del parte indican que se utilizará en todos los centros sanitarios andaluces, tanto públicos como privados, no es correcto que en la identificación del médico sólo aparezca su CNP (Código Numérico Personal), sino que también debe aparecer en este apartado el nº de colegiado del médico cumplimentador.
8. En caso de que la víctima de la lesión rechace la copia del parte que le corresponde, ésta debería adjuntarse a su historia clínica haciendo referencia expresa a ese rechazo y comunicándole que quedará a su disposición en caso de que lo requiera.
9. La cuarta copia del parte, que debe remitirse a la Delegación Provincial de Salud, solamente debería tener, en su caso, utilidad estadística y epidemiológica, por lo que no debe contener datos de filiación, ni del lesionado, ni del agresor/es, ni del médico cumplimentador. Por tanto, el modelo debe tener estos campos no autocopiativos para la última copia. Sin embargo, al tratarse de un documento médico-legal y no sanitario, cuya finalidad es exclusivamente judicial (así lo obliga la Ley de Enjuiciamiento Criminal) sería conveniente eliminar esta copia. De no ser así, otros funcionarios tendrían acceso a información sensible que no les compete y que podría comprometer la confidencialidad de los pacientes, por lo que se podría vulnerar el secreto profesional. Al médico, además de la Ley Orgánica 15/1999, le obliga también a mantener el secreto el Código de

Deontología, el cual no afecta al resto de funcionarios que pueden tener acceso a la cuarta copia del parte judicial.

## V. Conclusiones.

El nuevo modelo de parte judicial pretende, por un lado, recoger información que facilite la actuación judicial y, por otro, obtener información más precisa acerca de la magnitud de la violencia y las características epidemiológicas de las víctimas que la padecen. Sin embargo, el nuevo modelo debe simplificarse y el médico limitarse tan solo a describir las lesiones que objetivamente observe, incluyendo el estado psíquico y emocional de la víctima.

Con vistas a mejorar su alcance y aplicación se deberían realizar las siguientes modificaciones:

- En el tercer recuadro, sustituir “*agresión sexual*” por “*violencia sexual*”, “*atentado sexual*” o algo similar, pues agresión sexual, tal y como se ha comentado anteriormente, es un tipo penal y el médico no debe invadir el terreno del Juez.
- En el tercer recuadro, sustituir “*lesiones presumiblemente producidas*” por “*lesiones producidas según manifiesta*”.
- En el tercer recuadro, suprimir el recuadro donde únicamente aparece “*otros (especificar)*”. No procede.
- En el cuarto recuadro, en el apartado de “*pruebas complementarias realizadas*” sería conveniente incluir también las pruebas solicitadas y cuyo resultado aún no se ha recibido.
- En el cuarto recuadro, en lugar de clasificar el pronóstico clínico como leve, moderado, grave o muy grave debería decir: “*de la valoración de la situación de la paciente se deriva (sí o no) un riesgo vital inmediato físico (lesiones físicas graves), psíquico (riesgo de autolisis) o social (peligro extremo por amenazas de muerte)*”.
- En el quinto recuadro, suprimir los apartados “*datos relacionados con los hechos que motivan la asistencia, según manifiesta*”, por invadir competencias policiales y judiciales. Dejar sólo lo relativo al lugar, fecha y hora de la agresión. Por idéntica razón se podría suprimir el apartado de “*Antecedentes de interés*” (en la hoja 2/2) o, si se considera necesario dejarlo, indicar que solo debe rellenarse en casos de violencia de género o de malos tratos en el medio familiar. Asimismo, se debería suprimir el último recuadro de “*Observaciones*” por carecer de relevancia médico-legal y, en

todo caso, su cumplimentación no es competencia del ejercicio profesional de los médicos.

- En el primer recuadro de la página 2/2, la leyenda “*Se sospecha que la causa de las lesiones sea diferente a la que refiere la persona*” debería sustituirse por “*¿Son compatibles las lesiones con lo manifestado por la víctima?*”

En resumen, el médico solamente es profesional cualificado para la práctica de las actuaciones de índole únicamente profesional, siendo ajeno a cualesquiera otras consideraciones que excedan de la atención clínica pertinente, Por ello, no parece que, por vía reglamentaria, deba imponerse a los médicos una responsabilidad ajena a la propia de su habilidad clínica.