

## DOCUMENTO RECOMENDACIONES EN LA ELABORACIÓN DE INFORMES COMISIÓN LEGAL ASEPP

El presente documento no pretende ser una guía exhaustiva para la realización de informes en psiquiatría, existen múltiples publicaciones de distintas Instituciones y Organizaciones que pueden resultar de utilidad para ello.

Presentamos un resumen de lo que consideramos elementos fundamentales a considerar ante la realización de un informe: solicitud, ámbito de realización, contenidos básicos y remisión, todo ello dirigido a estimular una actitud prudente en la emisión de información relativa a datos personales de alta sensibilidad, protegida fundamentalmente por la LEY ORGÁNICA DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES (LOPD) 15/1999 y la LEY ORGANICA REULADORA DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE Y DE DERCHOS Y OBLIGACIONES EN MATERIA DE INFORMACIÓN Y DOCUMENTACIÓN CLÍNICA 41/2002.

### **1.- Solicitud de Informes**

La emisión de informes (y el manejo global de información referida a las personas) requiere el **consentimiento previo** de la persona interesada, siempre que no se encuentre incapacitada, en cuyo caso el tutor, debidamente acreditado, puede hacer la solicitud. Se aconseja reflejar en la historia clínica la solicitud y su finalidad.

Resulta altamente aconsejable comentar con la persona interesada el destino del informe para ponderar conjuntamente la pertinencia del mismo y los posibles riesgos de la revelación de la información.

Como excepción a lo anterior, el profesional puede verse requerido por la **autoridad judicial** para informar sobre el estado del paciente, presente o pasado. En estos casos resulta altamente aconsejable asegurarse de la pertinencia de la solicitud (la finalidad debe ser determinada, explícita y legítima) y consultar con el Colegio Profesional de su zona si, tras haber contactado con la autoridad judicial, persisten dudas.

Las solicitudes de otros **terceros** (compañías de seguros, mutuas, inspección, otros profesionales, etc.) están sometidas al consentimiento del interesado, que debe asumir las consecuencias de una negativa en función de la relación contractual o asistencial que le una a esos terceros. La negativa del paciente en estos casos también debería hacerse constar en la historia clínica.

Un caso específico es la realización de **informes con fines no asistenciales**, esto es, valoraciones o informes periciales. En este caso lo primero que es necesario recordar es que el Código Deontológico prohíbe expresamente la actuación conjunta como perito y profesional asistencial en el mismo sujeto (Capítulo XVII, art. 62.5), dado que ambas actividades tienen objetivos, principios éticos rectores, metodologías y contexto relacional extremadamente diferentes, así como distintas consideraciones en cuanto a confidencialidad y modo de evaluación y elaboración del informe, que debe establecer la relación entre estado clínico-hecho jurídico.

Resulta absolutamente necesario que la actividad pericial sea realizada por personas con preparación específica y que exista una autorización, sea judicial o del interesado, para acceder a la información relativa a los distintos implicados en la cuestión legal. En el siguiente punto, se detallarán algunos elementos relativos a las diferencias.

## **2.- Ámbito de realización**

Debe consignarse explícitamente si su formato no lo clarifica.

### **2.1 Asistencial**

Los informes clínicos están destinados a lograr la mejor asistencia clínica de los pacientes o a dar cuenta de la misma. Los emiten o bien el médico responsable de un paciente, o el que lo ha atendido en un determinado episodio asistencial.

Dan a conocer aspectos relacionados con los trastornos que sufre el paciente, los métodos diagnósticos y terapéuticos empleados y las posibles limitaciones funcionales derivadas.

Dejan constancia de un estado de salud incluso anterior a la fecha de la emisión del Informe, siendo aconsejable en este caso que se hagan constar las fuentes de la información reflejada.

El más habitual es el Informe de alta médica, emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial de un paciente en un centro sanitario.

### **2.2 Pericial/Valoraciones no asistenciales**

Se trata de documentos emitidos por un médico en el que su autor, no sólo informa de hechos de naturaleza médica, sino que hace valoraciones de los mismos a fin de facilitar que un organismo judicial o administrativo pueda resolver sobre una cuestión de derechos o deberes. Generalmente el Informe trata de responder a una cuestión médico-legal para la que son necesarios conocimientos médicos específicos.

Difieren de los Informes asistenciales en diversas cuestiones, como por ejemplo que, al carecer de finalidad terapéutica, al no estar destinados a la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades, los Informes de Valoración del daño, los Informes Periciales están sujetos y no exentos del Impuesto sobre el Valor Añadido (ver Bibliografía, 6).

## **3.- Contenidos**

El contenido de los informes guarda relación con el objetivo para el que se elaboran, y se entiende que cada profesional puede estructurarlos y darles los contenidos que estime oportunos, no obstante, se detallan a continuación algunas recomendaciones que pueden resultar de utilidad en cuanto a garantizar la corrección de los mismos:

- Aplicar los principios de **Proporcionalidad y Calidad** (LOPD): Criterio de mínima información necesaria para conseguir el objetivo legítimo. Evitar datos excesivos, innecesarios o poco fiables
- Identificar siempre el **motivo** al principio del informe. A quien se va a remitir y la autorización expresa del paciente
- Utilizar fundamentalmente **datos objetivos**, obtenidos directamente por quien informa; si existen otros datos que se consideran fundamentales, es importante citar la fuente de dichos datos y estimar su fiabilidad.

- **Evitar juicios provisionales** salvo que el informe se haya exigido con anterioridad a una evaluación completa o se considere que estudios posteriores van a aclarar este extremo. Si existen dudas es preferible reflejar el diagnóstico diferencial o establecer la imposibilidad de emitir un juicio diagnóstico.
- Evitar sistemáticamente incluir **información referida a terceros**, salvo que hayan autorizado su inclusión.
- Los datos referidos deben estar fechados y soportados en la historia clínica o en informes identificados.
- Negarse sistemáticamente a afirmar o certificar información no contrastada o informes “de complacencia”
- Extremar el cuidado en personas no capaces (incapaces, menores, personas con algún tipo de discapacidad). Actuar siempre en beneficio del paciente y evitando siempre que sea posible que el informe pueda perjudicar sus intereses, aunque sin faltar a la exigible veracidad.
- Si existen limitaciones importantes en la fiabilidad de la información que se transcribe en el informe, plantearse la abstención o bien incluir la valoración de las limitaciones de la información reflejada.
- Si existen dudas acerca de la formación del receptor respecto a la confidencialidad debida, cabe añadir al final una coetilla del tipo “el presente informe contiene información altamente sensible, su uso fuera de los objetivos y finalidad establecidas es contrario a los criterios éticos y legales y puede devenir en responsabilidades para quien lo utilice sin consentimiento del interesado”, o similar.

En el caso de los informes periciales, resulta aconsejable establecer una estructuración específica. A modo de orientación, podría ser la que se expone continuación:

- a) Preámbulo, con datos del perito y descripción de la cuestión planteada;
- b) Parte expositiva: descriptiva, objetiva, clara, con los hechos considerados y los datos de referencia con la aclaración de sus fuentes;
- c) Parte deliberativa: “el perito analiza los hechos, los somete a la crítica, los interpreta exponiendo las razones científicas de su opinión” –Nerio Rojas, 1984-; siendo conveniente que considere todas las hipótesis e indique las razones que le permiten eliminar alguna de ellas;
- d) Conclusiones: afirmaciones o negaciones, generalmente numeradas y en párrafos independientes. Responden, como mínimo, a las cuestiones planteadas al perito. Las conclusiones deben ser lógicas, prudentes, sin dejar ambigüedad en su interpretación; fruto de un razonamiento sistemático, honestamente desarrollado, bien documentado y bien expuesto;
- e) Fórmula final. Hay que fechar y firmar el Informe, recordando quien lo solicita e indicando el destino del Informe. Con la modificación de la Ley de Enjuiciamiento Civil se pide al perito que declare haber actuado objetivamente y conocer las consecuencias de no hacerlo: “*Al emitir el dictamen, todo perito deberá manifestar, bajo juramento o promesa de decir verdad, que ha*

*actuado y, en su caso, actuará con la mayor objetividad posible, tomando en consideración tanto lo que pueda favorecer como lo que sea susceptible de causar perjuicio a cualquiera de las partes, y que conoce las sanciones penales en las que podría incurrir si incumpliere su deber como perito” (artículo 335.2 de la Ley 1/2000, de 7 de enero, de Enjuiciamiento Civil).*

#### **4.- Remisión/Entrega**

En el caso de los informes asistenciales, la entrega del informe debe realizarse al paciente, a su representante legal o a una persona debidamente autorizada, de forma que se evite sistemáticamente el riesgo de que puede acceder al mismo nadie que carezca de la oportuna autorización del paciente o su representante legal. Cuando se trata de informes solicitados por mutuas o terceros pagadores, siempre que sea posible, resulta preferible que sea el propio paciente (o su representante) quien lo entregue, y en cualquier caso es aconsejable que éste obtenga copia del mismo.

Cuando el paciente (o su representante debidamente autorizado) solicita que el informe sea remitido por un medio sin garantías de confidencialidad (fax, e-mail o cualquier otro medio) debe advertirse al paciente de los riesgos de la utilización de dicho medio. Si pese a ello persiste en su petición, se aconseja hacer constar este hecho en la historia clínica.

En el caso de los informes periciales, el destino dependerá de si la pericia ha sido solicitada de parte (el receptor será el letrado, bien directamente bien a través del sujeto peritado) o directamente por el juzgado (remisión al juzgado).

#### **5.- Otras Consideraciones**

El Consejo General de la Organización Médica Colegial hizo, en su Pleno del 26 de enero de 2.007, las recomendaciones éticas en la emisión de Informes y Certificados, que de forma resumida recogemos a continuación:

1. Sólo emitir informes solicitados por el paciente y, en su interés, por la persona que éste haya autorizado a tal fin;
2. Nunca certificar sobre lo no observado o no comprobado personalmente. Se debe mencionar expresamente la inclusión de declaraciones del paciente o inferencias del médico a partir de los datos clínicos;
3. Describir con exactitud y rigor lo constatado, usando expresiones precisas y prudentes, libres de comentarios personales;
4. Evitar al máximo los tecnicismos y, si son inevitables, aclarando su significado;
5. No incluir valoraciones deontológicas o jurídicas de los hechos constatados, ni valoraciones críticas sobre la actuación de los profesionales que han intervenido;
6. Es obligado hacer constar la fecha en que se expide el certificado, seguida de la firma del médico que certifica;

7. Es conveniente dejar constancia en la Historia Clínica de la relación de documentos que se han entregado al paciente, indicando el motivo de haberlos emitido. También es recomendable guardar copia de ellos;
8. No se deben emitir documentos de complacencia, teniendo siempre presente que un documento puede ser presentado en cualquier parte, surtiendo efectos distintos para los que inicialmente fue solicitado.

En los casos de Informes periciales, el médico debe evitar lo que se suele denominar “perito judicial ad hoc”, olvidándose que no se trata de actuar como defensor parcial del periciando sino que su labor es la de actuar como auxiliar imparcial del Juez.

El médico autor de un Informe debiera asegurarse de que éste se realiza con rigurosidad y objetividad, que su contenido es preciso y proporcionado, que la redacción deja poco margen a interpretaciones y que se advierte o limita la posibilidad de un uso no legítimo del mismo

## **6.- Bibliografía**

- 1- 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. Artículo 3.
- 2- Código de Deontología Médica. Guía de ética médica. Consejo general de Colegios Oficiales de Médicos 2011.
- 3- Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
- 4- Declaración sobre las cualidades del certificado médico y sobre sus diferencias con los partes y los informes médicos. Peculiaridades del certificado médico de defunción. OMC (*Declaración aprobada por el Pleno del Consejo General el 26 de enero de 2007*)
- 5- Guía práctica para uso de documentos medico legales. Vega Vega, C.; Villalain Blanco, JD.; MartíLloret, JB. Universidad Miguel Hernández. Elche (2.004)
- 6- Consulta Vinculante a la Dirección General de Tributos de 18 de junio de 2.013

Nota: Los informes referidos a menores tienen particularidades propias que no han sido contempladas en este documento de recomendaciones. Para este colectivo está prevista la realización de un Documento de Recomendaciones específico.