

Importancia de la documentación médica

Dr. Julio Albamonte, abogado especialista en responsabilidad profesional

Historia clínica y documentación clínica

La **historia clínica** es el documento escrito y/o digitalizado, labrado por el profesional médico, compuesto por información del paciente, detalle de síntomas, elaboración de diagnóstico, consignación de un tratamiento, seguimiento y control de un enfermo ordenado cronológicamente.

También se ha dicho que “es un cuerpo de páginas en las que constan de manera cronológica los hechos y antecedentes que hacen a la situación de salud de una persona, de las sucesivas atenciones médicas a las que debió ser sometido y de las medidas que se arbitraron para superar situaciones de enfermedad”¹. Metodológicamente, la ubicamos como una especie dentro del género de la documentación clínica.

La documentación clínica está constituida por todas aquellas constancias sanitarias y hospitalarias en las que se asientan hechos vinculados a la obligación asistencial existente entre el médico, el centro de salud y el enfermo, incluyendo el libro de guardia, de enfermería, de ambulancias, partes de laboratorio, anestésico, quirúrgico, radiológico, ecográfico, de internación, registros informáticos, etc.

La historia clínica es esencial como medio de control del paciente, información básica para los médicos que tienen a cargo su atención. Sirve para realizar importantes estadísticas sobre patologías, tratamientos y costos del sistema de salud. Desde otro punto de vista, es consecuencia del derecho a la información que tienen los pacientes, derivado del contrato de prestaciones médicas que atañe al control de su enfermedad, ya que allí se encontrarán reflejadas las evoluciones del paciente. Se trata de una fuente probatoria que sirve al médico y al paciente para conocer los detalles de la enfermedad, lo que facilita, entre otras cosas, prestar el consentimiento al tratamiento recomendado.

La relación asistencial es esencialmente bilateral -médico/paciente-, pero sólo el profesional médico es el encargado de confeccionar ese documento. Esto no excluye la participación de otros auxiliares de la salud (como enfermeros, por ejemplo: reporte de enfermería) en la elaboración de la historia clínica ni en la constancia del consentimiento otorgado por el paciente al insertar su firma para las prácticas que así lo requieran.

Importancia de la Historia Clínica

La historia clínica tiene un doble carácter: por un lado, lo más importante, permite a los profesionales intervinientes contar con todos los datos del paciente, de su enfermedad, de los estudios realizados, tratamientos instituidos, intervenciones realizadas, etc., a fin de brindar la mejor asistencia médica al paciente.

Sin embargo, existe otro aspecto que no puede ser descuidado por los médicos, y es el carácter de elemento probatorio de primera magnitud en un eventual juicio por responsabilidad profesional.

¹ BARRAZA, Javier Indalecio. “Historia Clínica”, *La Ley* T 2000 A.

“Frente al derecho del paciente a ser informado y a acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento. De otro modo, el damnificado por un error médico carecería de la documentación necesaria para concurrir al proceso en igualdad de posibilidades probatorias. La responsabilidad del médico no puede limitarse al área específica de una especialidad si de la historia clínica resulta que éste atendió la evolución del paciente, y dictaminó el alta médica, lo que implica un pronunciamiento sobre la salud general del mismo”². Este último aspecto implica para el médico el deber jurídico de llevar la historia clínica en forma completa y prolija, firmando cada intervención y anotando todos los elementos relevantes del paciente.

La justicia ha determinado reiteradamente que la ausencia o deficiencias de la historia clínica hace responsable a quien debió confeccionarla o cuidarla (por ejemplo, el médico o el ente asistencial), aun en el supuesto de que no se acredite la mala praxis médica.

Por otro lado, la historia clínica completa constituye la mejor prueba con que cuenta el médico para demostrar la correcta atención brindada al paciente.

“El paciente tiene la obligación de someterse disciplinadamente a observar el tratamiento” (*La Ley* 1985, 558, n. 165), por lo que en caso de ausencia en las consultas, falta de realización de los estudios solicitados o abandono del tratamiento, esto deberá consignarse en la historia clínica a fin de eximirse de responsabilidad ante un hipotético reclamo.

Elementos de la historia clínica

A fin de facilitar el análisis, dividimos los elementos de la historia clínica en tres grandes grupos: datos del paciente, de la patología y del tratamiento.

Los datos del paciente deben incluir nombre y apellido, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, profesión, dirección, teléfono, contacto con la persona responsable (familiar o representante legal), y lugar físico donde se encuentra el paciente dentro del centro asistencial.

Los datos de la patología incluyen motivo de la consulta, diagnóstico presuntivo y definitivo, antecedentes personales, familiares y pronóstico.

Los datos del tratamiento deben incluir medicación indicada, intervenciones programadas, exámenes complementarios, consentimientos informados firmados por el paciente, evolución, protocolos quirúrgicos, anestésicos, informe del alta y todas las ampliaciones y comentarios que el médico estime conveniente.

Resulta importante destacar una vez más que es conveniente que **todas las actuaciones médicas y las anotaciones en la historia clínica sean firmadas por el profesional interviniente, sea aclarada la firma y consignado el número de matrícula.**

Unidad de la historia clínica

La historia clínica está compuesta por múltiples partes o elementos, pero constituye un ente ideal único consistente en todas las constancias de la atención de un único paciente. Para identificar la historia podemos remitirnos al número

² C. Nac. Civ., sala D, 12/05/1992, Sica Juan Carlos v. EN.T.E.L y otros s/daños y perjuicios.

interno de la unidad asistencial, al número de documento y en su defecto, al nombre y apellido del paciente.

Todas las constancias médicas relativas a un paciente deben mantenerse relacionadas de tal forma que permitan armar, en el caso concreto, una carpeta que contenga todos los registros relativos al paciente.

La jurisprudencia ha señalado el carácter único de la historia clínica: “1- El hecho de que una de las hojas de la historia clínica, en la que constan anotaciones correspondientes a distintos horarios, hubiera sido realizada en un solo acto escritural, no puede ser considerado como prueba de la falsificación o sustitución de dicha pieza, si ello corresponde a los hábitos escriturales del profesional que efectuó las anotaciones. 2- La historia clínica no consiste tan sólo en las hojas llamadas de `evolución`, sino que forma un cuerpo único con las planillas de prescripciones médicas, control y balance, controles de enfermería, análisis clínicos y cuanta otra información que haya sido agregada a la historia, todo lo cual reviste carácter único e indivisible. Es por ello que no constituye una `omisión de la historia clínica` el hecho de que la administración de un medicamento u otro dato al respecto conste en planillas adjuntas a ella. 3- Toda vez que las notas de enfermería y demás planillas que conforman la historia clínica no pueden ser jurídica y procesalmente divisibles, no corresponde la invocación por las partes cuando son favorables en sus pretensiones en alguna de sus secciones y negada cuando prueban en su contra”³.

Falta de historia clínica

La ausencia de la historia clínica se puede deber a varios factores: en cualquier caso, es fundamental para el médico que pretenda eximirse de responsabilidad, probar que esta falta no le es imputable a él, ya que “la jurisprudencia ha destacado la relevancia de las constancias existentes en la historia clínica sobre la cual la ley 17.132 y su decreto reglamentario 6.216/67 imponen deberes a los directores de establecimientos asistenciales (arts. 40 y 41, inc. 1° respectivamente), así como que su ausencia y omisiones no pueden sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y de asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica”⁴. El médico puede probar que la falta de la historia clínica no le es imputable en el caso en que se haya confeccionado y no haya estado a su cargo la guarda de la misma (ejemplo: cuando la atención del paciente haya tenido lugar en un hospital, clínica o sanatorio).

El artículo 388 del Código Procesal Civil y Comercial de la Nación establece que “si el documento se encontrare en poder de una de las partes, se le intimará su presentación en el plazo que el juez determine. Cuando por otros elementos de juicio resultare manifiestamente verosímil su existencia y contenido, la negativa a presentarlo constituirá una presunción en su contra”.

³ C. Nac. Civ., sala K, 29/12/1998, PLA, Silvio Roberto v. Clínica Bazterrica S.A. y otros s/ daños y perjuicios. Mayoría: Dres. Moreno Hueyo y Degiorgis. Disidencia: Dra. Estévez Brasa.

⁴ C. Nac. Civ., sala I, 27/08/1991, Cotos, Antonio v. Centro Asistencial Sindicato Perfumistas s/daños y perjuicios.

Es por esto que quien tiene el deber de custodiar la historia clínica sólo se eximirá de la obligación de cuidarla y acompañarla al juicio ante el requerimiento del Juez, probando debidamente que se debe a un caso fortuito (incendio o destrucción inculpable).

La jurisprudencia también ha dicho que “el extravío de la historia clínica por parte del establecimiento asistencial puede ser valorado como una presunción en su contra, habida cuenta de la importancia probatoria que la misma reviste, dado que allí se vuelcan las distintas secuencias médicas del paciente, documentando cada una de las prácticas a las que se le somete. Siendo el establecimiento responsable no sólo de su confección de acuerdo a las normas, sino de su custodia y conservación, así como de la denuncia de su pérdida, al no hacerse cargo de tales extremos, mostró nuevamente su actuar negligente”⁵.

Sin embargo, existen casos donde la ausencia de la historia clínica se debe a que su confección no se acostumbra, por ejemplo “en la especialidad del psicoanálisis no sólo no es obligatorio, sino ni siquiera habitual que el profesional lleve una historia escrita referente a la enfermedad, evolución y tratamiento del paciente y, frente a ello, carece de relevancia la obligación que para otros casos impone el art. 112 del Código de Ética de la Confederación Médica”⁶.

“La demandada ha explicado de manera satisfactoria por qué en el caso de pacientes ambulatorios no se lleva estrictamente una historia clínica sino una ficha de evolución y de las declaraciones testimoniales, surge que es la propia paciente quien debe llevar el informe sobre el resultado de la colposcopia al médico que ordenó ese estudio. De cualquier manera, la falta de historia clínica o su llenado incompleto no bastan para presumir la verdad de cualquier versión emanada de la presunta víctima”⁷.

Deficiencias en la historia clínica

Así como la falta de historia clínica constituye una presunción en contra de quien debe custodiarla, sus deficiencias comprometen la responsabilidad de quienes tienen la obligación de completarla.

Existe una vieja creencia entre los médicos que establece que escribiendo lo mínimo en una historia clínica se evitan futuros reclamos. Esta creencia es falsa, ya que **las omisiones son tan graves como los errores expresos**.

Así se ha señalado: “En el postoperatorio, el cirujano, los ayudantes y el anestesiista deben prestar atención médica al paciente operado durante unos días y consignar sus observaciones en el historial. Las omisiones y deficiencias de la historia clínica señalan que la atención médica no pudo ser perfecta al no estar informados los médicos de la evolución de los problemas afrontados por la paciente. Las omisiones y deficiencias de la historia clínica sólo pueden perjudicar al establecimiento médico ya que sus constancias son aptas para interpretar la labor de los médicos actuantes. Los profesionales de la medicina vuelcan su

⁵ Art. 163 inc. 5, CPCC. Sup. Corte Bs. As., 22/8/1995, Cayarga, José Eduardo v. Clínica Privada Dres. Marcelo S. Tachella y otros s/daños y perjuicios. BA B23433.MAG. Votantes: Hitters, San Martín, Pisano, Laborde, Negri.

⁶ Conf. C. Nac. Civ., sala A, 23/4/75, ED 63-580.

⁷ C. Nac. Civ. y Com. Fed., sala 3ª, 17/12/1998, Quiñónez Baldovina v. Obra Social del Personal de Seguros Com. Ind. E Investig. Priv. s/responsabilidad por daños, Causa 11237/95, Magistrados: Amadeo, Buljgin.

ciencia para aliviar al hombre, de tal manera que los actos que produzca - genéricamente actos médicos y específicamente actos quirúrgicos- deben ser científicamente explicables y empíricamente correctos, por cuanto pueden producirse consecuencias en el cuerpo humano que, aunque mutilantes o incapacitantes, encuentren su justificación en la necesidad de practicarlos. Esta necesidad, científicamente apoyada, sólo puede surgir suficientemente demostrada de una historia clínica correctamente elaborada en todos sus pasos”⁸. Las omisiones que puede generar la responsabilidad del galeno tienen múltiples causas y deben ser valoradas en el caso concreto. Sin lugar a dudas es el mismo médico el que debe establecer qué datos consignar y cuáles no, debido a su conocimiento científico y específico de las particularidades del caso en cuestión. Debe tenerse en cuenta que “el profesional de la medicina tiene el derecho de ampararse en una historia clínica veraz y completa, pero, a la vez, debe soportar las consecuencias contrarias que puedan extraerse de una historia clínica deficientemente elaborada y en la cual las omisiones puedan aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos de diagnóstico o del acto quirúrgico practicado”⁹.

Traslado de la carga probatoria

Ante los supuestos de falta o deficiencias en la historia clínica, se produce el traslado de la carga probatoria, en virtud de lo establecido por la teoría de las cargas probatorias dinámicas.

Así es como al médico se le impone, en estos supuestos, la carga de probar que su actuación fue correcta, contrariando el principio general que establece que la carga probatoria incumbe a quien invoca el perjuicio.

Este apartamiento del principio general se debe a la obligación de los médicos sobre el armado y cuidado de la historia clínica, así como al deber de acompañarla en el juicio, en caso de requerimiento judicial.

Así se ha dicho que “es primordial obligación de los médicos la confección, conservación y aporte de la historia clínica, lo que incluye el parte del anestesista, en su caso. Luego, ante su falta o deficiencias, es carga de los accionados demostrar que el proceder médico fue correcto, que se extremaron todos los recaudos y que el resultado ocurrió como un riesgo ordinario que se corre en la práctica de que se trate. Debe repararse en que se trata de prueba que sólo los facultativos se encuentran en condiciones de brindar, la cual no puede ser suplida por el mero testimonio de parte del equipo médico, más aun cuando existen serias contradicciones entre los relatos de los distintos involucrados”¹⁰.

Conclusiones

La historia clínica es un elemento vital para los profesionales médicos en el tratamiento de las dolencias de sus pacientes. Por otro lado, constituye un elemento de prueba fundamental en los juicios por responsabilidad profesional

⁸ C. Nac. Civ., sala J, 11/06/1992, - Maldonado, Cirilo Ricardo y otro vs. Municipalidad de Buenos Aires s/ordinarios.

⁹ C. Nac. Civ., sala J, 29/09/1994, García, Adriana y otro v. Ronchi, Alejandro y otro s/Sumario.

¹⁰ C. Nac. Civ., sala H, 18/09/1996, Garrido Espinosa de León, Margarita del Carmen v. Obra Social Personal Ind. del Calzado y otro s/daños y perjuicios.

médica. Es confeccionada por el médico y debe ser completa, clara, legible, ordenada cronológicamente; contener los datos del paciente, de su dolencia y del tratamiento.

Todas las actuaciones médicas deben ser firmadas y selladas.

Las prácticas que lo requieran, deben ser autorizadas por el paciente o su representante legal mediante el consentimiento informado debidamente firmado.

La ausencia o deficiencias en la historia clínica comprometen la responsabilidad de los profesionales intervinientes así como la del centro de salud que tuviera a su cargo su guarda.

En caso de falta de historia clínica o que sea deficiente, se produce la inversión de la carga de la prueba, debiendo el médico demostrar que sus actuaciones fueron correctas.

Como contrapartida, y como final de este breve esbozo acerca de la importancia de la documentación médica, no dudamos en asegurar que: una correcta historia clínica constituye la mejor prueba con que cuenta el médico en los procesos judiciales iniciados como consecuencia de su actuación profesional.

© Asociación de Médicos Municipales

DRAFT