

La REVISTA DIGITAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE EVALUADORES DE SALUD S.A.E.S - [ISSN 2313-9560](https://doi.org/10.2313/9560), desea por su medio rendir un Postumo Homenaje a quien fuera, en vida, uno de su apreciados y destacados Socios Honorarios y que participara de muchos eventos, Cursos y Jornadas de nuestra Sociedad

el Academico Prof y Socio Honorario SAES Dr Alfredo ACHAVAL

Revista Argentina de Urología
Volumen 58, nro. 2 Año 1993
Fascículo de Medicina Legal

Historia Clínica - Su valor médico legal y forense
Dr. ACHAVAL, Alfredo

En mi concepto la historia clínica debe hacerla el que más sabe, debe acreditar los medios, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, incluyendo en él las pautas de régimen ambiental y acumulando, en ambos casos, los elementos necesarios para el pronóstico. El pronóstico puede surgir del diagnóstico o del tratamiento.

La historia clínica es el mejor y, a veces único elemento, para demostrar todo lo buena que ha sido la atención médica. De eso se trata, ya que la buena fe del médico se sobre entiende, en la acreditación de medios señalada, debe quedar demostrada la pericia, la prudencia, los cuidados, la vigilancia, la seguridad, el cumplimiento de los reglamentos y de los deberes del profesional que asiste o que realiza actos médicos, de cualquier tipo y en cualquier circunstancia. Dejaran de ser escuetas reseñas de evolución o de síntomas y signos de órganos y aparatos, para ser evolución de persona enferma. La historia clínica relacionará medios con resultados, para acreditar que aquéllos, los medios, estaban destinados a obtener un resultado: mejoría o curación, aunque este resultado no sea o haya sido ninguno de los dos.

Si bien señalo su valor instrumental, como documento de la contratada o no, atención médica, no dejamos de recordar el valor en los trabajos de investigación en aquellos que, con fines sanitarios y de evaluación e investigación clínica requieren de la estadística los datos de historias similares o no. La utilidad de la historia clínica en la docencia se fundamenta: en la enseñanza con la historia clínica y en el aprendizaje también con la historia clínica, ya que ella demuestra la evolución de los síntomas y signos de una enfermedad y una etiología, eso si, en una persona con sus particulares formas de reaccionar, tanto ante esa etiología como ante un tratamiento y un tiempo, su tiempo individual de defenderse o evolucionar. Si bien con la historia clínica, y mediante ella se planifica la atención médica del paciente, se debe tener presente que también es un medio de comunicación de un médico, con otros grupos de médicos. Por ello debe insistirse en la historia clínica única y en la identificación con los números del documento único de identidad, asegurando así una biografía de patología médica o quirúrgica, con la rica experiencia que aportan los datos evolutivos de sucesivas o simultáneas patologías.

La unidad del acto médico no debe entender al individuo como partes de él mismo, órganos y aparatos que le integran, ya que la Medicina también debe integrarse en su unidad con la totalidad de especialidades. La historia clínica no sólo debe registrar el episodio de internación; también en ella deben agregarse los intervalos entre controles, las atenciones que se han realizado en otras instituciones médicas y, sin duda alguna, las atenciones médicas en consultorios externos o ambulatorios. Sólo podrá calificarse de completa aquella historia que suministra la información suficiente para justificar las etapas del acto

médico: el examen, el diagnóstico, el tratamiento, el resultado y las necesidades de controles subsiguientes.

El trabajo del médico es con el sano y con el enfermo. Con el sano para mantenerlo en salud, autorizando régimen de vida, en lo deportivo, en lo laboral, en el desarrollo de aptitudes, en lo familiar y en lo social. Con el enfermo: el trabajo del médico es, en resumen obtener, mediante exámenes, el diagnóstico, el pronóstico y realizar el tratamiento que no sólo es de medicaciones como erróneamente se cree y aún se enseña, sino que es también de evolución, de vigilancia o de seguridad, de seguimiento y de cuidados. Es un ciclo continuo que, como la enfermedad, termina en el alta, la cronicidad o en la muerte. La historia clínica es el medio de información por excelencia, del estado de salud o enfermedad de una persona, de allí la necesidad de que pueda leerse y atribuirse nominalmente al médico que registró un estado constatado por él, en un seguimiento cronológico.

La búsqueda del síntoma o del signo de valor clínico, positivo o negativo ya que ambos son trascendentes obliga en forma inmediata al registro de ese dato. A medida que ello sucede, la evaluación va criticando su significado, acopiando en un sentido diagnóstico o, por el contrario, diferenciando en sentido opuesto y aún diverso, terminando en una interpretación diagnóstica en el paciente, allí éste tiene "su enfermedad", la que le pertenece como posesión personal, la que le diferencia o semeja a otros con distinto o el mismo diagnóstico. Los servicios médicos, de todos los niveles, deben organizarse y dirigirse en base a la continua corriente de información, es decir una red de vías de comunicación y, por ello, un examen complementario, una interconsulta no sólo deben agregarse integrando la historia, sino que también deben recibir el comentario de cuál ha sido su aporte a la comprensión de la evolución del paciente, en su enfermedad. O, mejor dicho, su estado de enfermedad. En la medicina de persona, la información interpretativa que aporta la estadística es complementaria y nunca principal. como también erróneamente se lea pretendido, quizás por valorara un síntoma o un signo y no el conjunto o totalidad de ellos.

La mayor preocupación del médico debe ser la del hombre al cual da su servicio, deberá estudiarlo y comprenderlo, demostrar interés por su vida, la calidad de su vida y el respeto por sus derechos, comprender su mundo y su posición en la vida. Esto no modifica las finalidades de la Medicina. Antes y ahora, su objeto inmediato es el hombre que está enfermo, su propósito en medios es la salud, salud como fin, como resultado de aquellos medios y como parte de un complejo proceso social que da el sentido y la misión a la vida del médico.

Estoy consciente de que hay un desequilibrio, entre necesidades y recursos y el médico debe explicar en la historia, cuales son y en qué interfieren la evolución deseada o el diagnóstico del paciente, su información sea por sí o por responsable legal y su avenirse mediante el consentimiento, incorporado también a la historia clínica. Por ello digo que, si la enfermedad y su evolución integran la biografía de una persona, la historia clínica es el capítulo de esa enfermedad. En la enfermedad y en la biografía se obtienen datos principales y datos secundarios, en la historia clínica deben también señalarse los unos y los otros, pero siempre debe estar el conocimiento que hace el análisis crítico del valor que, para el sentido integrador del diagnóstico, tiene cada síntoma y cada signo.

Las poblaciones crecieron y las previsiones de la Política sanitaria no fueron lo rápidas que necesitaba el momento, la circunstancia y la información de la gente en esa crisis que, para cada uno significa la enfermedad y su tratamiento. La prolongación de la expectativa de vida, el deseo de lo que logran los que son noticias, aunque sean pocos, el bienestar que se espera de la salud ya que la economía no lo posibilita, exige al médico en el límite de sus posibilidades como ser humano con una profesión. De allí es que las gentes pretendan juzgar resultados de tratamientos. Volviendo a las viejas enseñanzas de Hipócrates en "Epidemias" (400 años antes de J.C.) en cuanto al tratamiento: beneficiar o al menos no dañar. Junto a tal afirmación figura uno de sus aforismos: "Decir lo pasado, conocer lo presente, predecir lo futuro".

Es Rufo de Efeso, hacia fines del primer siglo después de J.C., quien refiere la anamnesis

desarrollada como método, era un aporte de la escuela médica de Alejandría. Sus "Preguntas médicas" afirman, por ejemplo:

Se deben dirigir preguntas al enfermo. Con ayuda de estas preguntas se reconocerá más exactamente lo que se relaciona con la enfermedad y también se podrá tratar mejor ésta". Así como afirma la importancia de la predisposición advierte que el médico no debe guiarse por leyes generales, sino que tiene que tener lo propio del individuo, su "naturaleza y costumbres".

Ya llevamos muchos años desde septiembre de 1948, año en que se hiciera la Declaración de Ginebra, con intervención de la Asociación Mundial de Médicos y, de esa Declaración recordamos dos párrafos que forman parte del Juramento o compromiso médico:

"Ejerceré mi profesión con conciencia y dignidad".

"La salud de mi paciente será mi primera preocupación".

Y, siguiendo con ese orden que me trazo, señalo que el Consejo de Europa aprueba la Carta Magna del Enfermo Hospitalario donde figuran principios que, por mi parte, en trabajos publicados anteriores, ya alguno de ellos los describía como integrantes del Derecho a la Salud, derecho del paciente para el cual el médico da su servicio profesional, contribuyendo a ese Derecho.

El Consejo de Europa enuncia:

"Derecho a la libertad religiosa y filosófica"

"Facultad de reclamar y ser informado sobre el estado de salud"

"Derecho a aceptar o no una intervención médica"

"Posibilidad de solicitar información anticipada sobre eventuales riesgos"

"Respeto a la vida privada"

"Respeto a la dignidad del individuo"

Desde el punto de vista asistencial la finalidad de la historia clínica es, obviamente, la atención médica del paciente y su evolución.

Desde el punto de vista médico legal, la historia clínica es un documento que retiene la información sobre lo hallado, lo pensado y lo hecho. Resulta así el mejor documento integrante de la prueba o mala atención médica, así se la usa en la acusación o en la defensa, en la demanda o en la negación de responsabilidad, así se la secuestra para evitar su alteración, así también se ordena su entrega y, también, la he visto contradicha por distintos testimonios de médicos que intervinieron en su confección.

Si para Laín Entralgo la historia clínica es una sucesión de tentativas del hombre, para mi lo es de acontecimientos y circunstancias que tienen por finalidad:

1) registrar las particularidades individuales del caso, sea diagnósticas, sea pronósticas o terapéuticas: y,

2) registrar para avances del conocimiento médico, caminos ciertos y caminos equivocados. Por ello debe tener comentarios y reflexiones interpretativas y no sólo descripción, se debe volver al qué, al cómo, al cuándo, al dónde y al porqué.

Deberá contener datos referidos al lugar de la atención médica, tales como hospital o institución asistencial, servicio, sala, cama, jefe de servicio, indicación rescatada del médico de cabecera, el epígrafe o diagnóstico. La individualización del paciente con su apellido y nombre, sexo, edad, fecha de nacimiento, residencia habitual, domicilio, procedencia, estado civil (de registro y real), profesión y ocupación o tarea, religión y sus limitaciones, su actividad en ella, tipo y número de documento. Deberán registrarse los allegados o responsables, con apellidos y nombres. documento electoral ya que posibilita domicilio. y número, domicilios anteriores y actuales, teléfono propio o cercano. Si son menores, los datos de sus padres y la decisión de ellos de consentir separadamente o delegando uno en otro. De igual manera se procederá si son ancianos con respecto a los hijos en su totalidad y, si es casado deberán registrarse los datos del otro cónyuge.

Bien claro debe quedar el motivo de la internación, su causa, la finalidad aunque ella sea a la distancia a que vive del centro asistencial. La iniciativa (espontánea, inducida, urgencia, policial o judicial). La anamnesis merece el comentario de que debe ser lo más completa posible, aunque ello lleve un tiempo mayor. El estado actual deberá ser completo.

sistemático y detallado, lo más cercano posible al momento de ingreso. La evolución corresponde con actualización diaria a cargo del médico de cabecera, tantas veces como deba o requiera según su estado e insisto en ello, que igual corresponde el registro aunque el estado sea similar al anterior, ya que ello es una prueba de los cuidados y deber de vigilancia. También deben incorporarse las interconsultas. la razón de ellas y el comentario de lo aportado por ellas, los protocolos de atenciones diferenciadas, las curvas gráficas. El "alta" debe estar fundamentada como acto médico de ejecución inmediata, la epicrisis, que no es resumen sino interpretación; deberá dar razones del diagnóstico, sus dificultades, los problemas pendientes y posibles soluciones, el resultado terapéutico, el pronóstico con relación a función, salud, vida y trabajo.

Debe ponerse especial cuidado en la letra. considerando que se escribe para que lea otra persona: el estilo, evitando signos o abreviaturas no aclaradas. así como también un cuidado especial por las reglas de gramática, evitar barbarismos e inexactitudes en el lenguaje médico. así como las redacciones penosas o el uso de calificaciones que contrarían la objetividad.

Los problemas médico legales de la historia clínica, se relacionan con la responsabilidad profesional, con el abandono de persona, con la persona en peligro de vida, con el consentimiento informado, con la negativa a un determinado tipo de totalidad de tratamiento, a transfusiones. a operaciones, electroshock, somnolencia por medicaciones, descontrol, etc.: con el retiro del paciente; con la interrupción del embarazo, con las adicciones, las de drogas legales o ilegales previas a la internación y las posibles legales. aunque futuras de la medicación usada, con la buena fe, con el transplante de órganos; con la interrupción de la asistencia respiratoria o cardíaca, con el uso de medios comunes u ordinarios o de medios excepcionales o extraordinarios, con el diagnóstico de muerte natural, o con el de muerte cerebral irreversible, del régimen legal para trasplantes, con la negación (le eutanasia: con la evolución de infecciones hospitalarias, con el secreto profesional o la comunicación autorizada, individualizada o general, con la demostración del caso fortuito (concepto legal distinto al del accidente que usan los médicos): con la privación de libertad, y, con el archivo de la historia clínica por quince años (Resolución 648 del 11 de septiembre de 1986, incorporada como reglamentación de la Ley 17.132).

Especial cuidado deberá tenerse con las externaciones temporarias breves, con las altas "a prueba". Deberán fundarse, ser coherentes con el estado del paciente, con el diagnóstico y con los motivos de la internación, deberá consentir el riesgo y su responsabilidad quien pide el régimen y retira al paciente, por ejemplo con sonda o con puntos de sutura sin retirar, sin dejar de asumir por ello, que se está produciendo "una agravación" de la propia responsabilidad profesional.

También deberá tenerse en cuenta que cada intervención médica tiene que estar fechada y aún con hora registrada, firmada y aclarada la firma.

La historia clínica debe contener las razones de circunstancias tales como que se duda la sintomatología indica enfermedad, mientras el médico no pueda descartar con sus exámenes clínicos o complementarios que aporten signos en favor o en contra del supuesto. En todos los casos, los exámenes deben ser progresivos para no provocar trastornos o sensaciones de castigo, frente al síntoma alegado. También, las negativas de consentimiento deberán contener las razones ofrecidas por el paciente, la posibilidad de tratamientos subsidiarios, la licitud de la negación del consentimiento, en sus razones o aportes personales a los factores asistenciales, a los afectivos, a los legales. etc.

La practicidad de los datos debe requerir una caratulización adecuada en el Expediente Médico, ya que muchas veces y en todas las con intervención judicial, inicial o posterior a eso termina convirtiéndose la historia médica institucional en un documento procesal. En la carátula, además de los datos personales ya señalados, de los propios de la institución también deben figurar los del juzgado, secretaría, defensor, etc. Considero que el diagnóstico no debe figurar en esa carátula, ya que deben evitarse los "rótulos" y "términos guillotinas".

Un criterio especialmente cuidadoso, debe seguirse cuando se suman o suceden o

reemplazan múltiples diagnósticos o intervienen equipos que deberán demostrar un trabajo coherente, con un responsable evidente, diagnóstico orientador de la tal coherencia y tratamiento en los tiempos e intensidad convenientes.

De más está señalar que la justicia tiene formas, para desvirtuar como de valor probatorio las alteraciones de la historia clínica, tanto en los casos de agregados posteriores, como en los de faltas de firmas de los médicos intervinientes o en los de desaparición o reemplazo de hojas, independientemente que ello constituya una falta del Comportamiento social, cuando no un ocultamiento sancionable por su participación dolosa.

No es admisible que una historia clínica no contenga, al menos, un diagnóstico presuntivo, el plan para llegar al definitivo y durante el mismo y, de acuerdo a la evolución y aportes de datos, un plan terapéutico con constancias diarias de los Signos y síntomas de la enfermedad y la evolución de lo mismo. Queda entonces en claro que carece de valor médico de seguimiento, aquellos registros que tan sólo expresan, por ejemplo "visto por cirugía, continúa con el mismo plan", etc. o aquellos otros que enuncian varios diagnósticos posibles sin llegar a los medios de descartarlos.

Es importante también tener en cuenta que la totalidad de los estudios que se han realizado en un paciente y se han facturado, sea a costo del mismo paciente o de una obra social o de un sistema prepago, deben encontrarse en la historia clínica o archivados para disponibilidad de su examen ulterior. Es decir, que si el diagnóstico está avalado en la historia clínica, es porque ésta contiene un adecuado examen médico y los elementos de diagnóstico que lo ratifican. Con referencia a éstos últimos debe tenerse presente la necesidad de que esté debidamente especificada la atribución en pertenencia al paciente, tanto en radiografías con letras radio opacas, como los electrocardiogramas y análisis clínicos. En sistemas modernos. el registro lleva impreso, por el propio aparato la pertenencia mencionada.

La historia clínica no debe hacer dudar sobre quien es el médico responsable del paciente y tal responsabilidad no debe ser alterna, si bien puede ser compartida, sea en la atención por un equipo quirúrgico, traumatológico o de otra especialidad o, también en los casos de enfermedades de múltiples patologías. En este último caso, el paciente debe tener un coordinador de esa atención mancomunada, en ese caso, como en el del médico de cabecera, corresponde a él la epicrisis de la historia clínica o los resúmenes periódicos en las atenciones que se prolongan.

En el análisis pericial de una historia clínica, el juez puede apartarse de la opinión pericial, en especial cuando él o los peritos se subordinan a la rutina de aceptar historias con fallas o irregularidades y que, por consiguiente, pierden confiabilidad documental. En J. A., 1991, 25 septiembre, Nº 5743, p. 13, Cámara Civil y Com. San Isidro, sala 2, 4-5-90, Acuña, Yolanda y otra v. Sanatorio San Lucas S.A., se afirma en el voto contra la demandada: "Los jueces pueden apartarse de las conclusiones de los peritos, siempre que suministren los fundamentos de su convicción en otro sentido, porque lo contrario implicaría, como dice Devis Echandía, una sujeción servil que haría del juez un autómatas, privándolo de su función de fallador y convirtiendo a los peritos en jueces (artículos 384 y 474 Código Procesal .; causas 36.387 del 31-7-84, 45.065 del 22-10-87, 46.695 del 19-5-88). Ello así porque sin desmedro de su incumbencia y capacidad científica, el perito es falible como el testigo, el valor de su dictamen de la técnica empleada, del modo en que él se determina, de la certeza que produce al juzgar al juez sobre sus condiciones. Jamás sustituye al juez ni éste puede hacerle abandono de su tarea (Gorphe, "De la apreciación de las pruebas", EJE 1955, PS. 42,75,260; causa 41.639 del 16-9-86).

La cita bibliográfica puede agregarse o citarse en aquellos casos de opción entre un acto médico u otro pero, en todo caso debe tenerse presente que el mismo pueda ser cuestionado, sea en su oportunidad, sea en su realización. No corresponde nunca que los peritos se pronuncien sobre el uso de una medicación o medicamento, sobre los cuales hay escuelas médicas disidentes, ya que no hay que olvidar que la medicina es una ciencia de opiniones controvertidas y temporales. Para tal último caso, bastará entonces citar la bibliografía que muestre no solo la existencia de una opinión, sino también la de carácter

opuesto pero, eso sí se pretende que el paciente tenga un consentimiento informado sobre ambas posibilidades y opte; con conocimiento de los riesgos de ambas corrientes de opiniones y, ese consentimiento debe estar en la historia clínica. En conclusión, la bibliografía invocada no está destinada a apoyo de la opinión médica si no a dar razones de la opción médica, ya que también luego de su informe seguirá siendo controvertida, lo está también para afirmar su uso y demostrar la aceptación del paciente, conjuntamente con la demostración médica o no, de haber tenido bajo control las contraindicaciones que constituyen su riesgo.

El conocimiento mayor del tema impone a los médicos tratantes, determinar, sea su impotencia diagnóstica o terapéutica, sea la carencia de infraestructura, tanto en recursos humanos como materiales. En ese sentido, también considero, que no es suficiente el argumento de carecer de cama frente a un problema de urgencia y ni siquiera levantar una historia, que muestre la posibilidad de traslado de un paciente. Debe partirse de la base de que la urgencia necesita un comienzo de solución para dejar de serlo. como lo ha demostrado la medicina misma, en tiempos de guerra o de otros desastres no bélicos. Un paciente llega a una institución, se interne o no. con la esperanza de sanarse, o al menos ser asistido para mejorarle temporariamente su estado crítico y aún de moribundo y no para no ser asistido.

La historia clínica debe ser demostrativa de la obligación médica de agotar los medios para obtener un diagnóstico, en el menor tiempo posible, o para adecuar el tratamiento a las necesidades de obligación previsible, las evoluciones previsible mal llamadas complicaciones evolutivas y terapéuticas. Es que la historia clínica constituye la demostración que para el equipo médico "no existen enfermedades, sino enfermos" y que éste constituye integralmente una persona, con sus expectativas y derechos, ratificando así no sólo la obligación de medios y no de resultado. es decir la relación contractual en vigencia. sino también recoge prueba de la inexistencia de culpa y. en el caso fortuito la prueba de buena fe. Aquí debe recordarse que la responsabilidad médica no es una responsabilidad especial, de una gravedad distinta a la que tienen quienes ejercen otras tareas profesionales ocurre simplemente cuando se omiten los deberes propios de la actividad, es decir que es una responsabilidad civil común, cuyo incumplimiento lo coloca. en materia civil, como un deudor culpable.

"La historia clínica en primer lugar, emana de la entidad asistencial y del médico, de allí la importancia que reviste, cuando adolece de omisiones, irregularidades, etc.. pues existe una obligación tácita, podría asimilarse a las cargas del asegurador de efectuarla con precisión, corrección y con el mayor detalle posible; es una historia de secuelas de acontecimientos corroborantes de los efectos del actuar (u omisión) sobre el paciente (sin que esto sea de una igualdad matemática; es como la presunción de la contabilidad para el comerciante, si la lleva en orden no juega en su contra, es como una buena nota en suspenso que deberá cotejarse con otras circunstancias; pero si es deficiente, incompleta, etc.. juega inmediatamente en su contra)..." (Carlos A. Gherzi, "Responsabilidad de la entidad sanatorial". J. A.. Nº 5.743. sept. 25 de 1991.p. 21.)

La certificación de la muerte, es documentar aquello que previamente debe estar asentado en la historia clínica, la evolución del paciente hacia el estado de cadáver. Considero que la expresión "paro cardio respiratorio no traumático" que se lee como causa de muerte, no sólo es inexacta, por obvia, sino que carece deliberadamente, muchas veces, de aquellas exactitudes que permiten considerar adecuadamente los factores que han determinado el fallecimiento. Las consecuencias de una tentativa de suicidio, de resultado finalmente logrado, las falencias de un tratamiento de resultado inadecuado a la evolución, los factores de estrés o aquellos otros que derivan de las consecuencias de un accidente de vigilancia, son sólo algunos de los temas que podrían reveer el diagnóstico y complicar al autor de la afirmación.

Y últimas palabras debieran ser que no hay que imponer un formulario, simplemente hay que elegir uno.