

Especialización en Medicina Legal

Trabajo Final de Especialización

Autor: Alejandro Covetta

DEBATES EN TORNO A LA HISTORIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA

2011

Citar como: Covetta, A. (2011). Debates en torno a la historia clínica psiquiátrica. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Índice

1. Introducción.....	1
2. Concepto de Historia Clínica.....	2
3. Obligatoriedad en la Confección de la historia clínica.....	4
4. Contenido de la Historia clínica.....	4
5. Apertura, Confección y redacción de la Historia Clínica.....	6
6. Firma de la Historia Clínica.....	7
7. Conservación o archivo de la Historia clínica.....	7
8. Valor documental de la Historia Clínica.....	9
9. Alta del paciente.....	11
10. Acceso a la historia clínica.....	12
11. Propiedad de la historia clínica.....	13
12. Evaluación y apreciación de la Historia clínica.....	14
13. Jurisprudencia.....	16
13.a Eficacia probatoria de la historia clínica.....	16
13.b Contenido de la Historia Clínica	16
13.c Omisiones y deficiencias en la confección de la historia clínica.....	17
13.d Extravío de la historia clínica.....	20
13.e Responsabilidad del médico de guardia e historia clínica.....	21
13.f Acceso a la historia clínica.....	22
13.g Valor de la historia clínica.....	23
14. Análisis de encuesta.....	24
15. Conclusión.....	25
16. Anexo	26
17. Bibliografía	28

1. Introducción

La realización de este trabajo fue motivada por las dificultades que se presentan en la práctica diaria de la clínica psiquiátrica al tener que plasmar la entrevista con el paciente en la historia clínica, siendo de relevancia en esta disciplina, los eventos mas íntimos y reservados de las personas.

Este documento resulta esencial ante el poder judicial y ante otros profesionales, como forma de comunicación, a fin de favorecer el trabajo interdisciplinario, y como forma de conocimiento, por parte del paciente y/o sus representantes legales, sobre el accionar de los profesionales haciendo uso del derecho de acceso a su historia clínica. Dicho esto, surgen diversas problemáticas en la intersección de estas acciones que repercuten en la labor de la salud mental y el beneficio del paciente.

Por tal motivo, el objetivo de este trabajo es, en principio, tomar conocimiento sobre los elementos indispensables que componen la historia clínica y su valor documental, comprender la obligatoriedad del médico en la confección de la misma, conocer la jurisprudencia relativa a la historia clínica y su relevancia en el ejercicio profesional, y por último, relevar las relaciones entre la legislación actual y la historia clínica psiquiátrica en cuanto a su utilidad, contenido y acceso en la práctica médica.

2. Concepto de la Historia Clínica

La historia clínica es un documento primario y cumple con 4 funciones: Médico-asistencial, de auditoría, científica o de investigación y legal.

Médico- asistencial: El más importante ya que es el motivo de su existencia. Base para la planificación, seguimiento y efectividad del tratamiento efectuado al paciente. Puede ser usado en caso de necesidad por otro profesional de la salud como fuente de información.

De auditoría: El estudio de este documento permite establecer la calidad de la atención médica brindada.

Científica o de investigación: Proporciona datos utilizables en docencia e investigación.

Legal: Permite la reconstrucción de los hechos en caso de litigio y la protección de los intereses del enfermo y el personal sanitario. Cuando hay un reclamo judicial por el daño producido consecuencia de un acto médico, cada parte deberá probar lo que alegue, rigiendo el principio procesal de la amplitud probatoria.

Dentro de dicha amplitud probatoria, los medios de prueba tendientes a la acreditación de la praxis médica y la conducta observada por las partes en el desarrollo del acto médico y sus consecuencias son: la prueba documental y la prueba pericial.

Dentro de la prueba documental, el instrumento esencial es la historia clínica.

Todo médico puede ser llevado ante la justicia penal (procesado) o Civil (demandado) o a ambas. Lo importante es que no sea condenado; en el primer caso, con pérdida de su libertad o inhabilitación, en el segundo caso con resarcimiento monetario.

Casi todos los médicos menosprecian la historia clínica, pues muchos consideran que en la práctica asistencial hace perder tiempo al redactarla, o distrae del ejercicio profesional. Pero en estos tiempos donde los profesionales de la salud son frecuentemente ajusticiados, deben superar este prejuicio si desean encontrarse fuera de los códigos que los condenan.

Existen numerosas definiciones de historia clínica que intentan conceptualizar la misma; desde un punto de vista etimológico "**historia**" es la narración verdadera de sucesos pasados o acaecidos y "**clínica**" significa al lado o junto a la cama o al lecho. La conjunción **Historia Clínica** sería, "la narración verdadera escrita de los sucesos acaecidos junto a la cama del paciente", en la que consta la actividad profesional. El diccionario terminológico de ciencias médicas, la define como "la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores como actuales,

personales y familiares relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual.”

La historia clínica es el documento o instrumento escrito en el que consta en forma metódica, ordenada y detallada la narración de todos los sucesos acaecidos y comprobaciones realizadas por el médico o el equipo médico durante la asistencia de un paciente en un establecimiento público o privado desde su ingreso hasta el momento de su egreso por alta o por muerte y en el que elabora el diagnóstico, estudios y análisis aconsejados que lo confirman, fundamenta el pronóstico y consigna el tratamiento y la evolución del paciente. Es decir que es la prueba escrita de la actividad médica desarrollada en el paciente conteniendo toda la información sobre lo oído, visto, hallado, actuado y las comprobaciones realizadas durante la atención del mismo, considerando algunos autores que debe constar también lo pensado, meditado, estudiado y consultado sobre la patología del enfermo ya que también es un elemento de colaboración, orientación y comunicación con los colegas. Las anotaciones que los médicos hacen en la historia no son **solo tareas administrativas** sino también tareas de índole profesional que deben ser efectuadas con rigor, precisión y minucia porque de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente y es la prueba de la atención prestada.

Forma parte de la documentación que integra la relación contractual entre el médico y su paciente y exterioriza la actividad médica destinada a la recuperación de la salud.

Desde la óptica medico legal, es uno de los elementos que, junto con otras pruebas acreditan la responsabilidad civil, penal o administrativa, por lo que es el único elemento con fuerza probatoria demostrativo del quehacer profesional.

La historia clínica es el elemento que, ante una demanda por mala praxis, demostrará pericia, diligencia y prudencia en el accionar profesional. Es también un elemento idóneo para impartir instrucciones y controlar al personal auxiliar, con lo que el médico cumplimentará la observancia de los deberes a su cargo.

Una historia clínica completa y detallada es la muestra de la calidad en la atención médica, y por ende, de la correcta asistencia. Se trata de un instrumento de carácter privado aunque, en principio, un documento de este parecer se transforma en instrumento público al incorporarse al proceso por las partes en litigio, si no se formula observaciones que se opongan a ello. Es un elemento insustituible para la investigación clínica aplicada, ya que es eficaz para evaluar las medidas terapéuticas y los procedimientos técnicos implementados; denota las necesidades de la asistencia sanitaria de la población, y en última instancia es la prueba que acredita el accionar profesional.

Una historia clínica imperfecta por su redacción, omisiones, poco legible o incompleta, puede dificultar notoriamente la tarea pericial cuando se trata de delimitar responsabilidades.

3. Obligatoriedad en la confección de la Historia Clínica

Surge de las prescripciones contenidas en la ley de ejercicio de la medicina, ya que todo establecimiento asistencial debe tener a su frente un director médico. Éste será responsable ante las autoridades, del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección (art. 40 de la ley 17.132 del Ejercicio de la medicina).

El decreto Nº 6216/67, al reglamentar dicha ley, estableció entre los deberes del director médico el “adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen historias clínicas de los pacientes y que se utilicen en las mismas las nomenclaturas de morbilidad y mortalidad establecidas por las autoridades sanitarias” (art. 40 inciso “I”).

En el inciso “M” del mismo artículo, impone al director médico otro deber: el “adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las historias clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional”.

La ley compele u obliga al director médico de todo establecimiento sanitario público o privado a velar no sólo para que se confeccionen las historias clínicas de los pacientes, sino para su adecuada conservación y archivo reservando el “secreto profesional”.

Se trata de obligaciones impuestas al director médico, que éste lógicamente podrá delegar –bajo firma- en los médicos jefes de servicio, pero a quienes él deberá supervisar, y controlar.

La ley obliga al director médico y éste debe obligar y supervisar a quienes delegue aquella obligación.

4. Contenido de la Historia Clínica

Una historia clínica será correcta cuando incluya la información registrada, en forma secuencial, desde el ingreso hasta el egreso del paciente. No existe ninguna norma nacional de modelo de historia clínica, por lo que su confección y contenido

quedan bajo el criterio del director del establecimiento asistencial o de los jefes de servicio de cada especialidad.

Lo que se escribe no se olvida y esto es de valor para el paciente; para otros médicos tratantes; para posteriores internaciones; para estudios clínicos y aún para auditoria médica.

En este sentido, la práctica establece que, persiguiendo este objetivo, la historia clínica debe contener como mínimo los siguientes elementos.

Datos personales del paciente

Datos filiarios y familiares

Persona a quien comunicar o consultar temas de urgencia

Fecha de ingreso o reingreso

Estado clínico en que es recibido el paciente;

Diagnósticos presuntivos y diferenciales

Antecedentes hereditarios y familiares

Antecedentes personales

Estado actual

Exámen físico

Exámenes complementarios

Evolución y seguimiento

Tratamiento y evolución diaria, y horarios. Inclusive sábados, domingos y feriados si el enfermo está grave.

Hojas para consultas con especialistas

Partes quirúrgicos y de anestesia. Protocolo quirúrgico –en el que conste el nombre del cirujano y el de todos los miembros de su equipo-, datos del paciente intervenido, patología presentada, tipo de anestesia y técnica quirúrgica utilizada, resultado de la cirugía y la ficha de anestesia, en la que debe encontrarse identificado el médico interviniente, drogas utilizadas y evolución de los parámetros vitales durante el acto anestésico y la recuperación del paciente.

Espacios u hojas destinados al consentimiento informado

Debe constar asimismo la ubicación del paciente dentro del establecimiento, eventuales traslados o externaciones temporarias, controles de paramédicos y epicrisis completa de la que surja el diagnóstico, el tratamiento realizado y las condiciones y fundamentación del alta médica, con las indicaciones a cumplir con posterioridad –las que resulta conveniente sean suscriptas por el paciente o familiar responsable- asimismo, indicar por qué medios es trasladado el paciente dado de alta. Si el paciente fallece, deberá anotarse con la mayor precisión, día y hora de la muerte y las causas que llevaron a ese desenlace.

La enumeración señalada es enunciativa y no limitativa.

Lo dicho con relación a la historia clínica debiera ser extensible al contenido de la “ficha de consulta externa”, la que podría complementar, en caso necesario, la historia clínica, más si se tiene en cuenta la tendencia a una mayor atención ambulatoria de los pacientes.

5. Apertura, Confección y redacción de la Historia Clínica

La apertura de la Historia clínica debe ser simultánea con la admisión del paciente en el centro asistencial, esta contemporaneidad debe ser permanente en toda la atención del paciente, consignando todo lo sucedido, evitándose los errores mas frecuentes en su confección como ser, letra ilegible, abreviaturas y siglas (salvo si se aclaran la primera vez que se utilizan), seguimientos que no constan, espacios en blanco, tachaduras y enmiendas no salvadas, falta de fecha y horario de las actualizaciones.

Debe ser redactada por el médico que atiende al enfermo, en forma personal, ordenada y legible, evitando en lo posible, el uso de abreviaturas ya que ella habrá de ser leída e interpretada por otras personas no médicas que no entienden el lenguaje médico, o el léxico, correcto o no, usado por quien la ha redactado, a esto se le suma la trascendencia jurídica que la historia clínica reviste para el médico como prueba defensiva, teniendo en cuenta que su secuestro es una de las primeras medidas que dispone un juez penal ante una denuncia, sea justificada o no.

Es de suma importancia que conste toda clase de detalles, en especial, inconvenientes surgidos durante la evolución o intervención; elementos patológicos observados o encontrados; etc., ya que todo ello llevará a conformar un verdadero cuadro de situación y la estrategia empleada o a emplear; teniendo siempre presente, que lo que se lee y no se entiende, no puede ser interpretado, y que en una dificultosa lectura no se tiene en cuenta lo escrito, con los perjuicios consiguientes que esto importa, como privación de una posible prueba a veces fundamental.

El alta de internación –tanto temporaria como definitiva- debe ser fundamentada y si el alta es condicionada, deberá contener la notificación con la firma del paciente o del responsable, asumiendo el compromiso de los tratamientos posteriores.

6. Firma de la Historia Clínica

La historia Clínica debe ser firmada y fechada en cada intervención para correlacionar los hechos, debido a que se trata de un documento, además de firmarse y fecharse lo actuado, debe aclararse el nombre anotando el número y tipo de matrícula, en forma manuscrita y legible o mejor con un sello aclaratorio, aunque este último no resulta obligatorio, para que eventualmente pueda ser corroborado o negado su contenido o individualizado o citado su autor.

Además de la firma y la fecha, la historia clínica deberá ser foliada, o sea numerada correlativamente en todas sus hojas para evitar sustracciones o intercalaciones de elementos, e identificada con el nombre del paciente y el número de la historia clínica respectiva.

La firma es condición esencial para la existencia jurídica de todo “documento” público o privado. Asimismo, para poder atribuir el documento a determinada persona, y ésta podrá ser citada a reconocerla ante las autoridades intervinientes.

Debe tenerse en cuenta que todo aquél contra quien se presente en juicio un documento privado, firmado por él, está obligado a declarar si la firma es o no suya, debiendo recordar que en el supuesto de negarse la firma, se procederá a cotejar o comparar la letra por peritos especializados, para verificar su real autenticidad o falsedad.

7. Conservación o archivo de la historia clínica

Ni la ley 17.132 de ejercicio de la medicina, ni su decreto reglamentario 6216/67, contienen norma sobre el tiempo que debe conservarse la historia clínica.

Teniendo en cuenta que el plazo de prescripción mas extenso –acciones de responsabilidad contractual- que establece la norma es de 10 años, éste sería el plazo mínimo de guarda de las historias clínicas.

Un decreto de la Ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires del año 1976 (N.º 2780), establecía que el plazo de conservación no podría ser inferior al de la prescripción legal de los posibles derechos involucrados o ejercidos en cada caso, computándose dicho plazo a partir del momento del alta o fallecimiento del paciente. De acuerdo con ello, las historias deberían conservarse por 10 años, ya que ese es el plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual.

El art. 4.023 del Código Civil: hace referencia a conservar documentación durante diez años si la relación fue contractual; El art. 4.037 del Código Civil, hace referencia a igual conservación durante dos años; si la relación fue extracontractual

No obstante ello, ante requerimiento judicial, el ministerio de salud de la nación estableció, mediante resolución nº 648/86 (B. O. 28/10/86) un plazo de 15 años para la conservación de las historias clínicas en los distintos establecimientos asistenciales privados autorizados por la autoridad sanitaria nacional, autorizándose el archivo por computación o microfilm, siempre que dichos sistemas garanticen la inalterabilidad de sus datos.

Esta resolución no resulta de aplicación obligatoria a los establecimientos autorizados por provincias o municipios, pero, puede indudablemente ser utilizada por analogía.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, el Decreto Nº 4182 del 30/5/85, establece idéntico término en los establecimientos asistenciales de su jurisdicción. En el mismo ámbito, en los establecimientos asistenciales del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la Resolución Nº 2559/01 fija el plazo de archivo y guarda en los servicios de anatomía patológica –“de Protocolos de Anatomía patológica, estudios de Anatomía Patológica (tacos) y preparados Histopatológicos”- en 15 años a partir de la fecha de su realización.

En el año 1990, el Ministerio de Salud y Asistencia Social, a través de la Resolución N.º 149, autorizó a los establecimientos asistenciales privados a la utilización de un sistema de microfilmación e impresión. Este debe garantizar la reproducción inalterable del contenido de la Historia Clínica, al fijar como requisitos, que ella debe contener, en forma completa y legible, y siguiendo una foliatura correlativa, la totalidad de los actos médicos practicados, con clara identificación del autor, con su firma y sello. Posteriormente, el mismo Ministerio, a través de la Resolución N.º 670/93, estableció que la microfilmación de la Historia Clínica tiene valor jurídico ante terceros, cuando incluye el foliado de cada documento y una síntesis final certificada certificada por el director del establecimiento, donde conste el número total de documentos que la integran.

Existen referencias precisas a la historia Clínica en el decreto reglamentario de la Ley nº 17.132, al referirse a las obligaciones de los directores de los establecimientos asistenciales señalándose que los citados deben “adoptar los recaudos necesarios para que se confeccionen historias clínicas de los pacientes y que se utilicen en las mismas los nomencladores de morbilidad y mortalidad establecidos por las autoridades sanitarias “; también, “adoptar las medidas necesarias para una adecuada

conservación y archivo de las historias clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional” (incs. /y m respectivamente del art. 40 del Decreto N.º 6216/67).

Esta ley, su decreto reglamentario y resoluciones concordantes, hacen extensiva estas obligaciones –según la resolución N.º 2385/80 de la ex Secretaría de Salud Pública- a los centros médicos, prepagas, institutos, clínicas, maternidades, hospitales privados, obras sociales, sanatorios, etc., los que deben llevar, en forma actualizada, un fichero de los pacientes de consultorio externo y archivo centralizado de las Historias Clínicas de los internados.

Cabe respecto a su guarda la aplicación de los principios del depósito. En el ámbito oficial, por aplicación de los artículos 2187 y 2 del código civil, el depósito es necesario, en el ámbito privado, por aplicación del artículo 2182, el depósito es voluntario.

En el supuesto de pérdida o destrucción de la historia clínica de un establecimiento público, cabe la responsabilidad de la administración pública, y en el orden privado, dicha pérdida es generadora de responsabilidad.

Dado el extenso plazo de prescripción de la responsabilidad contractual (10 años) y el aún más extenso de su guarda conforme la disposición ministerial, Lorenzetti se interroga respecto de quien soporta el riesgo de su pérdida en caso de incendio de la clínica, concluyendo en que la solución a ello sería la de que el paciente retire una copia, accediendo de inmediato a la misma, manifestando, además, que “debería quedar en claro que la pérdida de la historia clínica por causas inimputables a la empresa sanatorial, le hace soportar el riesgo que de ello se deriva en materia probatoria. Pero si fuera por causas inimputables, el riesgo es compartido si el actor no usó derecho a solicitar copias. Es decir, que el derecho funciona también como una carga cuyo incumplimiento produce una traslación de riesgos”.

8. Valor documental de la Historia Clínica

Al conceptuar la historia clínica como documento o instrumento ya estamos incursos en el art. 292 al 298 bis del Código Penal, en el capítulo de Falsificación de Documentos que puede llevarnos a una pena de reclusión o prisión de hasta ocho años, por el hecho de falsearla, adulterarla, insertar declaraciones no ciertas, destruirla en todo o en parte, arrancando o perdiendo conscientemente alguna hoja, etc.

Según el derecho, por documento o instrumento se señala todo escrito donde se hace constar un hecho, un acto, o una cosa.

Alegar su pérdida o destrucción accidental no anula la querella –juicio penal- o demanda –juicio civil- siendo responsables de tales hechos, según ley 17.132, art. 40, el jefe de servicio, el jefe de departamento o el director del hospital o sanatorio. Por otra parte, el negarlo nos perjudica en toda la defensa.

La historia clínica puede ser un instrumento público o privado, dependiendo ello de la situación en que se encuentre el médico en el momento de la emisión.

Ambito público: en relación con los centros hospitalarios del estado, en cualquiera de sus estamentos –federal, provincial o municipal- al integrar el sector público, se producen las siguientes consecuencias jurídicas:

1- Por la naturaleza, la actividad que en ellos se desarrollan constituyen actos administrativos jurisdiccionales.

2- Las personas (directores, jefes de servicio, médicos (aunque sean honorarios) que en ellos se desenvuelven asumen la calidad de funcionarios o agentes públicos.

3- Los lugares son organismos públicos y se aplican en ellos las leyes administrativas.

4- La administración pública debe llevar un registro de sus actos y todos los documentos que se llevan en ellos son instrumentos públicos (art. 979 inc. 2º Código Civil).

5- La historia clínica entre ellos es un acto unilateral del organismo público, una sumatoria de registraciones de actos administrativos jurisdiccionales.

6- Teniendo en cuenta que la administración pública está basada en el control jerárquico, la historia clínica debe tenerlo, lo que permite dotar a la decisión tomada por el médico tratante de una seguridad jurídica y una transferencia de la carga legal.

Todo ello produce como efectos que:

1- En la medida en que las registraciones –actos administrativos- volcados en la historia clínica no presenten alteraciones, generan una presunción a favor de las decisiones científicas expresadas en la misma, es decir, hacen a su verosimilitud;

2- Al constituir un instrumento público producen prueba “per se” y en su caso, hay que redargüirlo de falsedad;

3- Todo ello supeditado a que el funcionario que confecciona la historia clínica sea competente y a que esté confeccionada sin enmiendas ni

tachaduras, ya que ellas presuponen falsedades y en este caso, el instrumento cae completamente.

Al respecto hay que tener en cuenta que la administración pública tiene la obligación de hacer stock de todo lo que esté en su poder, de foliar todas sus hojas y salvar las enmiendas, de denunciar la falta de elementos (responsabilidad patrimonial) de consignar los movimientos de la historia clínica, sus salidas, tanto internas como externas, de realizar la denuncia policial por los legajos no restituidos o restituidos parcialmente.

Ambito privado: en relación con la historia clínica labrada en los establecimientos asistenciales privados, los mismos expiden instrumentos de carácter privado.

Una clínica o un sanatorio es una empresa. A partir de este concepto surge que:

- 1- debe existir un registro de la actividad empresaria;
- 2- las historias clínicas podrían ser, por aplicación analógica del derecho comercial, equiparables con los registros contables;
- 3- existe la obligación de llevar historia clínica de los pacientes atendidos;
- 4- el poder de control del establecimiento es de contenidos y no de forma;

todo ello produce los siguientes efectos:

- 1- constituyen la ratificación de la metodología utilizada por el médico si el director de la clínica la interviene a los fines de la auditoría;
- 2- confeccionadas de manera correcta constituyen una presunción a favor de quienes en ella intervinieron;
- 3- en caso de adulteraciones, surge una presunción de ocultamiento o falseamiento que hace a la presunción de culpabilidad de sus autores;
- 4- el establecimiento se convierte en depositario de la misma.

9. Alta del paciente

El alta del paciente puede efectuarse: por curación del mismo, por mejoría del mismo, por pedido de familiares o por pedido del enfermo.

No debe dejarse constancia genérica del alta (alta por curación o mejoría) sino se debe especificar los motivos y el estado que presenta el paciente, justificando la

resolución de su alta. Si el alta se da en determinadas condiciones o indicando determinado tratamiento o prescripciones, también debe especificarse en la historia clínica, notificando al paciente o familiares directos de las indicaciones que recibe para su futuro, haciéndolo firmar. Así si el enfermo no sale curado, sino mejorado, debe hacerse constar en la historia clínica, que deberá concurrir a consultorios externos de la clínica u hospital, luego de transcurrir un número de días determinados, pues caso contrario, es abandono del enfermo.

Si el alta fuere a pedido del enfermo o familiares, el médico dejará constancia en la historia clínica de la gravedad del estado en que se encuentra el paciente, de los peligros que pueden derivarse de la falta de la debida asistencia y tratamiento, del nombre, DNI y domicilio de la persona o familiar que pide el alta, quienes deberán firmar en prueba de la solicitud que formula, de las indicaciones que recibe y de la responsabilidad que asume además de la negativa del médico tratante a tal egreso.

Si los familiares no quieren firmar, se hace constar la negativa de éstos a tal pedido, debiendo, a continuación, colocar el médico su firma, junto a la de los dos testigos, que pueden ser la o los enfermeros, quienes, además de aclarar su nombre, colocarán su número de DNI, su domicilio y teléfono. No nos olvidemos que la responsabilidad médica es una responsabilidad casi siempre “contractual” y como tal, el juicio ante los tribunales puede iniciarse hasta diez años después, y, si no se identifican convenientemente los testigos, éstos pueden haberse jubilado o mudado, sin haberse tomado los recaudos legales.

Si es el enfermo quien solicita el alta, la misma no puede negarse, ya que de lo contrario sería privación de libertad; por ello, antes de otorgársele el alta, se requiere la firma del solicitante de dicha alta, acerca de que reconoce su gravedad. Se debe – en tales casos- hacer siempre un examen psiquiátrico, pues, caso contrario, en la demanda o acusación se podrá alegar, que por su enfermedad psíquica, el paciente que pidió su egreso, no se hallaba en su sano juicio.

La historia clínica pertenece al enfermo y no puede negarse si éste la requiere. Se debe entregar fotocopia de la misma, haciéndose constar que a él se le entrega a su pedido, bajo firma, que queda en la historia clínica original.

10. Acceso a la historia clínica

Los pacientes tienen derecho a ver su historia clínica o a obtener una copia de ella por tratarse de información inherente a aspectos de la vida del paciente y por el derecho que toda persona tiene a su propio patrimonio histórico.

La reforma constitucional ha consagrado el Hábeas Data, que es el derecho que tiene toda persona a acceder a cualquier fuente de información o registro, en el cual se hallen presentes datos o aspectos de su vida.

La historia clínica se halla bajo secreto profesional por lo que los familiares, aún siendo directos, no tienen acceso a la misma, salvo que actúen por mandato expreso de su titular, con autorización mediante o como su representante legal, como ser incapacitados, menores de edad, etc.

Así, Vázquez Ferreyra considera que, dado que el "hábeas data" ha sido expresamente reconocido por la constitución nacional en su artículo 43, "esta nueva figura constitucional tiene plena eficacia para lograr el acceso a una historia clínica", Peyrano también considera viable la utilización de este medio para tomar conocimiento de los datos de una historia clínica.

Al respecto en el tercer congreso internacional del derecho de daños, comisión nº2, se consideró conveniente adicionar a los derechos de los pacientes que se enumeran, el de revisar su historia clínica y obtener copia de ella a su costa.

También tienen derecho a acceder a la historia clínica, los profesionales que intervinieron en la atención del paciente, aún en el supuesto de que ya se hubieran desvinculado de esa atención, en profunda vinculación con el derecho de defensa de ellos mismos.

En el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires, la Ordenanza N.º 5149, sancionada el 3 de Abril de 1997, por el ex Consejo Deliberante, que en su parte dispositiva expresa: "Dispónese que las Historias Clínicas pertenecientes a los pacientes de los establecimientos asistenciales dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, serán de exhibición obligatoria frente a expresa y acreditada petición del interesado, su representante legal y/o apoderado o sus herederos, en caso de fallecimiento del mismo".

Al sancionarse la Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N.º 153, se reafirmó este principio, al establecerse como un derecho de las personas, el "acceso a su historia clínica y a recibir información completa y comprensible sobre su proceso de salud y a la recepción de la información por escrito al ser dado de alta o a su egreso" (art. 4.º inc. D).

11. Propiedad de la Historia Clínica

Habría que diferenciarse en este aspecto el contenido y el continente de la historia clínica. El contenido es la información, y el continente es el aspecto físico o material

como expediente o documento escrito. El contenido de la historia clínica le pertenece al paciente, ya que se trata de un relato histórico acerca de aspectos de su vida. También pertenece al médico tratante, pues fue éste quien la confeccionó y también pertenece a la institución dado que el contenido no se puede separar del aspecto documental. El continente pertenece sólo al establecimiento o al médico tratante, sea atención institucional o consultorio particular respectivamente.

Al respecto, el código de ética de la confederación médica de la república argentina, establece que “los recursos del diagnóstico pertenecen al médico y éste tiene derecho a retenerlos como elementos de su archivo científico y comprobantes de su actuación profesional” (art. 111), agregando que “cuando el médico actúa como funcionario del estado o en un servicio público o privado, que ha costeado la documentación, ésta es propiedad de quien la ha costeado, pudiendo no obstante el médico sacar copia de toda ella” (art.113).

Vázquez Ferreyra manifiesta que en el derecho comparado “por lo general no se reconoce a los pacientes el derecho de propiedad sobre su historia clínica, lo que corresponde al médico o establecimiento asistencial”.

Pero así como se reconoce a los establecimientos asistenciales el derecho a no desprenderse de las historias clínicas correspondientes a atenciones médicas realizadas en los mismos, ello genera para dichos establecimientos la obligación de su guarda, la que los constituye en custodios en los términos del artículo 2227 y 2183 del código civil, en el caso de los establecimientos públicos en depositarios necesarios y en los privados en función del artículo 2182 del mismo código, determinando su pérdida o deterioro una responsabilidad objetiva para el establecimiento.

Durante ese período, la historia clínica deberá ser conservada en buen estado, no debiendo ser entregada, salvo secuestro ordenado por autoridad judicial competente, en cuyo caso deberá archivar-se copia completa de la historia clínica conjuntamente con el acta de secuestro.

Lo expuesto no importa la imposibilidad de acceso a la historia clínica, tanto por el paciente o sus causahabientes, como por los profesionales que intervinieron en la atención del paciente. Ambos tienen derecho a la obtención de una copia, que en el caso de los establecimientos públicos será un ejemplar certificado por la autoridad del mismo.

12. Evaluación y apreciación de la Historia Clínica

La historia clínica debe ser no solo un elemento de estudio y análisis del paciente, de su estado, evolución y respuesta frente al diagnóstico y tratamiento, sino además

un elemento de colaboración, orientación y comunicación con los colegas que puedan coparticipar o suceder en la atención del enfermo.

Por ello, la historia clínica debe confeccionarse por el médico teniendo en mente siempre que con ella debe demostrar pericia, diligencia, prudencia y observancia de los deberes a su cargo que le impone la ley (art. 521, 902 C.C. y 84 C.P.)

Pericia médica: Es decir los conocimientos científicos adecuados al cuadro clínico o quirúrgico tratado y a los propios antecedentes profesionales.

Diligencia: Dedicación médica al enfermo, cumpliendo con los deberes u obligaciones del médico, que le señala la ley 17.132, teniendo a reunir los elementos necesarios para confirmar u orientar el diagnóstico y el tratamiento tales como el control diario o con la periodicidad que exijan las circunstancias; exámenes de laboratorio; radiográficos u otros complementarios que aconsejen el estado clínico del paciente y que hagan el equilibrado deber de cuidado.

Prudencia: Evitando someter al enfermo a tratamientos temerarios, peligrosos o poco probados, por acción u omisión, o innecesarios o sin utilidad, o que no estén indicados para el diagnóstico del mal.

Observancia de los reglamentos o deberes a su cargo: Que impone la ley 17.132, en cuanto a la debida asistencia y dedicación al enfermo, evitando incurrir en el abandono de persona. Respeto de la voluntad del asistido en cuanto sea negativa a tratarse, recabando siempre su consentimiento. Información previa y adecuada a su estado físico y nivel intelectual, sobre las alternativas de la medicación y tratamiento propuestos. Debida concreción del "consentimiento informado".

Art. 19, inc. 9 de la ley 17.132, o ley del Ejercicio de la Medicina:

Los profesionales están obligados a:

...inc. 9 "fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparte a su personal auxiliar, y asimismo, de que estos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si, por su insuficiencia o deficiente control de los actos por éstos ejecutados, resultare daño para terceras personas". Si bien la responsabilidad penal es delegable, el médico, si es declarado culpable, deberá responder con un resarcimiento económico. Esto en derecho se llama responsabilidad "in vigiando".

Ademas se puede incluir el código de ética, el conocimiento y complemento del art. 512 y del art. 902 del mismo código.

Art. 512: La culpa del deudor (el código llama deudor a aquél hacia el cual e dirige la demanda, en este caso el médico) consiste en la omisión de diligencias que exigiere la naturaleza de la obligación (asistencia médica) y que corresponde a las circunstancias de las personas (enfermos) del tiempo y del lugar (se refiere a la fecha

o año, a adelantos médicos y al lugar donde se debe actuar). No es lo mismo una ciudad, un pueblo o un caserío, una casa o un sanatorio u hospital.

Art. 902: Cuanto mayor sea el deber de actuar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas (aclaramos, antigüedad como médico, especialista, jerarquía) mayor será la obligación resultante de las consecuencias posibles de los hechos; o sea, a mayor gravedad del enfermo, mayor dedicación, control u asistencia médica. A mayor antigüedad como médico, o si se es especialista, mayor responsabilidad.

El médico debe tener presente siempre que la ley de ejercicio profesional le impone además obligaciones indeclinables, tales como: requerir la conformidad “por escrito” en caso de operaciones mutilantes; que la asistencia al enfermo sea “proseguida” hasta que sea posible delegarla en otro profesional; que no puede realizar intervenciones quirúrgicas que modifiquen el sexo del enfermo sin autorización judicial; que debe promover la internación de personas que por su estado psíquico signifiquen peligro para sí mismas o para terceros; que al prescribir alcaloides debe ajustarse a lo establecido por las disposiciones legales dictadas al respecto, etc.(art. 19 ley17.132).

Para constancia fehaciente de todos estos elementos debe usarse la H.C.

13. Jurisprudencia respecto a la Historia Clínica

13.a Eficacia probatoria de la historia clínica

“Agregadas fotocopias simples de la historia clínica, con fundamento en que los originales habían desaparecido por haber dejado de funcionar el sanatorio en el que se conservaban; no hay motivos para dudar de su fidelidad, si por su formato y contenido, tienen toda la apariencia de ser una reproducción exacta y la actora no impugnó concretamente esa fidelidad ni indicó cuáles serían las inexactitudes que la perjudicaban. El hecho de que ciertos datos no figuren en la historia clínica no es suficiente para demostrar que el médico ha incurrido en mala práctica”. CNCiv. Y Com. Fed., Sala 3.^a, 24/11/95, “Cantero de caracho, Erenia, c/ Obra Social del Personal de la Ind. Textil y otro”).

13.b Contenido de la Historia Clínica

La cámara nacional de apelaciones, sala J, resolvió que “la historia clínica debe imperiosamente contener una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando y, en el supuesto de que se arribara a una operación quirúrgica,

una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaran practicarla”, G. de J., A. y otro c/ R.A. y otro, 29/9/94.

La cámara nacional en lo civil ha considerado en cuanto al contenido que “la historia clínica se supone que constituye el acopio de toda la información de un paciente con el fin de que los distintos profesionales que lo asisten puedan conocer las particularidades de cada caso para hacer mas eficiente el tratamiento y aprovechar la experiencia que reflejan allí os anteriores médicos que intervinieron. En cambio, la mera indicación de temores que se formula parece convertir la historia clínica en un libro de quejas o en un diario de sentimientos íntimos, y no llena la eficiencia y la previsión que es exigible a un profesional que enfrenta una posibilidad de tan graves consecuencias...” F.; C. M. c/ C.L.A y otro, 27/12/85, sala G.

La cámara nacional de apelaciones en lo criminal y correccional, sala 3, ha resuelto en cuanto a la integración de la historia clínica que “se presume la negligencia médica ante la desaparición de las hojas de indicaciones médicas y de las hojas de enfermería, que son agregadas a la historia clínica, y en las cuales se registran, día a día, las novedades...” C., F. M., 20/3/89, E. D. 134-504.

La cámara nacional de apelaciones en lo civil, sala D, resolvió en relación con la responsabilidad por el alta médica que “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”, Sica c/ ENTEL, sala D, 12/5/92.

La cámara en lo civil y comercial de san nicolas resolvió que “ la historia clínica no es el simple relato, la decisión de una enfermedad aislada; comprende además el comentario, las consideraciones del médico al terminar de analizar el enfermo y valorar los datos recogidos según su criterio; debe sr clara, precisa, completa y metódicamente realizada...”, Romang Ciuza c/ Graziosi, 24/3/94.

13.c Omisiones y deficiencias en la confección de la historia clínica

“Las anotaciones que los profesionales médicos hacen en la historia clínica no son, en absoluto, tareas administrativas; son tareas de índole profesional de fundamental importancia, que deben ser efectuadas con rigor, precisión y minucia, porque de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente y es lo que permite evitar

que se cometa iatrogenia, dado que el paciente es visitado por diversos profesionales que adecuan su tarea a la evolución que da cuenta dicha historia, y determinan la administración de medicamentos o tratamientos según sus registros. Un error o una omisión puede resultar de consecuencias graves y hasta fatales.

La no registración en la historia clínica de la sección del nervio radial derecho en su rama motora, no puede ser considerada sino como ocultamiento del percance quirúrgico, como negligencia o impericia, al extremo, de no darse cuenta de lo ocurrido.

La culpa por omisión en la redacción de la historia clínica resulta indicativa de la existencia de un ineficiente desempeño médico ya sea por ocultamiento del percance quirúrgico, lo que resulta indicativo de que el profesional no guardó todos los cuidados que una adecuada praxis quirúrgica le exige, o por no haberse dado cuenta de que se había producido el daño". (CNCiv., Sala I, 19/2/97, "H.O. c/Munic. De la ciudad de Bs. As.").

La cámara nacional federal civil y comercial de la capital federal resolvió: "si bien el llenado defectuoso de una historia clínica no constituye en forma autónoma un supuesto de responsabilidad, los defectos u omisiones en su confección- ante la falta de toda prueba por parte del médico- autoriza a extraer presunciones en su contra", F. H. R. y otros con c/ Instituto médico de obstetricia S. R. L. y otros, 14/2/95. "la falta de ciertos datos en la historia clínica no demuestra que el médico incurrió en mala práctica", Cantero Caracho c/ OSPIT, 24/11/95.

La cámara nacional en lo civil de la capital federal, reiteradamente se ha expedido sobre el tema y así resolvió que "la carencia de parte anestésico, que impide apreciar la índole y cantidad de drogas empleadas y la falta de parte quirúrgico que imposibilita verificar el tiempo de la operación, las exploraciones complementarias, la hora del accidente respiratorio, etc, advierten sobre las falencias y anomalías en la prestación del servicio que conduce, inexorablemente, a la atribución de responsabilidad. Abalo c/ SMATA, 25/6/81.

"El descuido, la prolijidad, la ilegibilidad y lo incompleto de los registros en una historia clínica, crean forzosamente, en presencia de un daño cierto, una presunción de culpa". CNCiv. Sala G, Abalo Omar c/SMATA y otros, 25/6/1981.

"las omisiones en las anotaciones asentadas en una historia clínica deben ser valoradas en juicio como antecedentes contrarios a la posición del médico actuante en

el acto quirúrgico, ello considerando que la exacta y veraz aportación de los datos demostraría acabadamente la existencia del cuadro que obligara a la realización de la intervención. Los profesionales de la medicina poseen el derecho de ampararse en una historia clínica veraz y completa. Asimismo deben soportar las consecuencias adversas que pueden extraerse en caso de resultar la misma deficiente, por cuanto las omisiones detectadas pueden aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos del diagnóstico o del acto quirúrgico practicado”, G. de J. c/ R. A., 29/9/94.

“en autos se probó fehacientemente que la historia clínica estaba plagada de deficiencias y omisiones. Este hecho es imputable a todos los médicos que intervinieron directamente en la atención... estas razones que suponen graves irregularidades, son suficientes para generar una presunción judicial de culpa... poner la carga de la prueba de la inculpabilidad sobre la parte que está en mejores condiciones de hacerlo, máxime que la historia clínica harto deficiente y los demandados integran un grupo médico”, 24/5/90, L. L., 1991- D- 469.

“la ausencia y omisiones de la historia clínica no pueden sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y de asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica”, Dimuro c/ MCBA, 28/12/95.

La suprema corte de la provincia de BS. As. Ha decidido que “se sustrae al imperativo legal de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas (art. 902 del cod. Civil) el profesional médico que no satisface las exigencias que debe contener una historia clínica limitándose solo a reflejar en ella la atención del paciente”, Ac. 48759, Gomez c/ Spina 3/11/92.

La cámara civil y comercial de Lomas de Zamora resolvió ante una historia clínica bien confeccionada, que da cuenta de las secuencias médicas acaecidas y que no ha sido impugnada por los accionantes que “no cabe sino atenerse a lo allí expresado y rechazar así la responsabilidad médica que imputan los actores en base a la mala praxis en la práctica del parto”, 3/9/91, E. D., 152-214.

La cámara civil y comercial de san isidro resolvió que “la historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones de conducta omisiva y

deficiente del servicio de salud brindado por la entidad sanatorial demandada”, 4-5-90, J. A., 25/9/91.

La cámara civil y comercial de morón resolvió que “si la historia clínica ostenta importantes omisiones, es una situación que en modo alguno puede perjudicar a la reclamante, pues reconocida la especial relevancia de los asientos médicos, el obrar omisivo de la demandada dificulta o entorpece a la actora para determinar la culpa del galeno” (voto del Dr. Conde) y “Las omisiones y defectos que contiene (la historia clínica) deben incidir sobre las acciones del recurrente y no sobre la actora” (voto del Dr. Venini), 10/4/90, Juris- 87- 168.

La cámara civil y comercial de junin resolvió que “constituye una presunción en contra del profesional la inexistencia de historia clínica o la existencia de irregularidades en la misma (en el caso no consignaba el diagnóstico). González c/ Centro médico Chacabuco, 15/12/94.

La cámara civil y comercial de San Nicolás resolvió que “la Historia clínica... comprobadas las irregularidades –omisiones e inveracidades- no puede ser utilizada para dar por cierta la restante información que contiene”, Romang Ciuza c/ Graziosi, 24/3/94.

La cámara de apelaciones civil, comercial y laboral de Venado tuerto falló que “la carencia de la historia clínica priva de un elemento valioso para la prueba de la responsabilidad médica y debe perjudicar a quien le era exigible como deber de colaboración en la difícil actividad probatoria y esclarecimiento de los hechos”, 14/4/92, Bianchini c/ Muntane; revista juris-101.

13.d Extravío de la historia clínica

La cámara nacional de apelaciones en lo civil y comercial federal: “podría afirmarse, acaso, que el hospital solo debería responder por la pérdida de la prueba (una especie de chance) y no por la pérdida de la vida. Dicha solución debe ser desechada porque, en supuestos semejantes, bastaría a los sanatorios con ocultar la historia clínica, o parte de ella para así disminuir el grado de responsabilidad. En todos los casos, a la postre, los establecimientos asistenciales responderían por “la chance” de la prueba frustrada y no por la mala praxis –que sería una prueba diabólica sin la historia clínica-, con lo cual se generaría una solución axiológicamente inaceptable. Ésta sala se ha

pronunciado a favor de la víctima cuando median, por parte del establecimiento, falencias de organización o administrativas con aptitud para ocasionar un daño, y, desde otro ángulo, que con diversidad de matices la responsabilidad de los hospitales, clínicas y obras sociales cuenta con aceptación generalizada”, sala 2da. Ponce de León c/ estado nacional, 30/8/91.

La suprema corte de la provincia de buenos aires resolvió que “siendo el establecimiento responsable no sólo de su confección (de la historia clínica) 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 (art. 163, inc. 5 del C.P.C.C)”. Cayarga c/ clínica privada Dres. Marcelo Tachilla, 22/8/95 (inédito).

“La historia clínica se encuadra en el ámbito de la prueba documental y por analogía, le resultan aplicables los principios de técnica documental dispuestos en el Código de Comercio sobre el modo de llevar los libros, por lo que caben las prohibiciones de su art. 54. el ente asistencial, no solo ha de llevar historias clínicas debidamente formuladas, sino que le corresponde custodiarlas en sus archivos, de lo que deduce un deber que deviene en responsabilidad objetiva ante su pérdida, deterioro o falsificación. Los médicos e institutos asistenciales deben prestar una amplia colaboración en la dilucidación de los hechos, aportando todos los elementos a su alcance, para demostrar su no culpa. La omisión de acompañar la historia clínica es suficiente para generar presunción judicial de culpa del ente asistencial”. (CNCom., Sala B, 11/11/98, “Ramos, Sonia y otro c/ Sanatorio Mitre y otro”).

13.e Responsabilidad del médico de guardia e historia clínica

“La historia clínica o la hoja de guardia son elementos útiles para juzgar la conducta de los profesionales de la medicina, en la medida que su confección esté encomendada a los mismos autores de los actos luego juzgados y sus contenidos posean, en principio, mayor inmediatez que otros medios de prueba.

Cuando se juzga la conducta de profesionales de la medicina, el valor probatorio de la historia clínica se vincula con la posibilidad de calificar, conforme a los estándares, los actos médicos realizados y coopera para establecer la relación de causalidad entre ellos y los eventuales daños sufridos por el paciente”.

“Las omisiones, ambigüedades, discontinuidades, claros y enmiendas que presente la historia clínica dan lugar a presunciones hominis, desfavorables al galeno —en el caso

no constan los remedios prescritos al paciente-, a quien incumbe aportar las pruebas tendientes a desvirtuarlas.

La prueba que el médico aporte para desvirtuar la presunción desfavorable que implican las omisiones, ambigüedades, claros o enmiendas que presente la historia clínica, deben apreciarse con criterio riguroso, toda vez que tales defectos o carencias privan al paciente de un crucial elemento de juicio para determinar la culpa imputable al profesional". (CNApel. Civ., Sala H, "M.S., c/GCBA", Bs Aires, 1/7/2001).

13.f Acceso a la historia clínica

La cámara nacional de apelaciones en lo civil diciendo "...frente al derecho del paciente a ser informado y acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento. Ello así, pues de otro modo el damnificado por un error médico, carecería de la documentación necesaria para concurrir en un proceso en igualdad de posibilidades probatorias", Sica c/ENTEL., sala D, 12/5/92.

En el mismo sentido se expidió la cámara en lo civil y comercial de San Isidro en los autos Ludueña c/La Gamba del 20/4/95 (síntesis jurisprudencial).

La sala F de la cámara nacional en lo civil resolvió el 6/7/95 que "no es procedente la acción de "habeas data" para tomar conocimiento de los datos insertos en una historia clínica mediante la obtención de una fotocopia de la misma ante la negativa del sanatorio que la conserva en su poder" resolviendo, por la aplicación del principio "iura novit curia" aplicar analógicamente el inc. 3 del art. 323 del código procesal para ordenar el secuestro de dicho documento y la obtención de copia certificada de la misma, llegándose en consecuencia, por otra vía, a la obtención del resultado para el que se requiera el auxilio de la justicia.

La cámara nacional de apelaciones en lo civil diciendo "...frente al derecho del paciente a ser informado y acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento. Ello así, pues de otro modo el damnificado por un error médico, carecería de la documentación necesaria para concurrir en un proceso en igualdad de posibilidades probatorias", Sica c/ENTEL., sala D, 12/5/92

13.g Valor de la historia clínica

“La historia clínica, ese documento médico, es la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención médica brindada al paciente, siendo un derecho de este que se deje constancia en el mismo de todo lo que se realiza, para entre otros supuestos, ser en su momento evaluado, determinando según su resultado, el comportamiento médico desde diferentes ángulos, técnico, legal y administrativo”. (CCiv. Y Com., morón, 28/2/91).

14. Análisis de las encuestas realizadas

A fin de relevar las relaciones entre la legislación actual y la historia clínica psiquiátrica, se realizaron 10 encuestas a médicos especializados en psiquiatría pertenecientes a un Hospital Psiquiátrico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Las mismas presentan 4 puntos los cuales hacen referencia al contenido, utilidad y acceso a la historia clínica psiquiátrica.

De los datos obtenidos en las encuestas realizadas, el 90% de los encuestados considera que en la historia clínica debe constar lo pensado, meditado, estudiado y consultado sobre la patología del enfermo, ya que también es un elemento de colaboración, orientación y comunicación con los colegas (grafico 1). Asimismo un 90% cree que el acceso a la historia clínica debería estar restringido a pacientes que presentan su juicio desviado, falta de conciencia de enfermedad, cuadros antisociales, facticios y delirantes, y respecto a los representantes legales, se debería evitar su acceso a dicha historia clínica, cuando se presenten situaciones comprometidas que, según criterio médico no deban ser reveladas dado que ocasionarían problemas sociales y/o vinculares (grafico 2). Asimismo un grupo de los encuestados, manifestó que debería quedar a criterio médico el acceso de la historia clínica tanto por parte del paciente como de su representante legal.

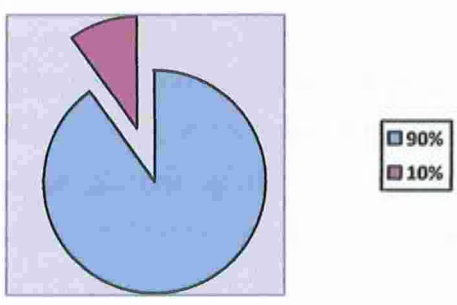


Grafico 1

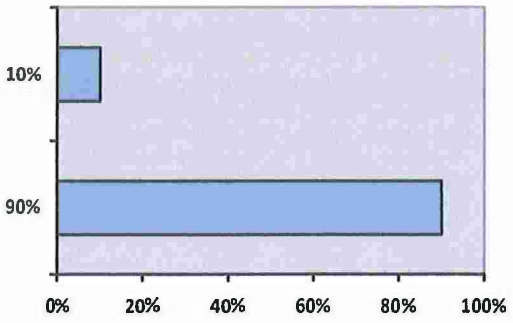


Grafico 2

ANEXO

Modelo de encuesta

1- Teniendo en cuenta que la Historia Clínica es la prueba escrita de la actividad médica desarrollada en el paciente conteniendo toda la información sobre lo oído, visto, hallado, actuado y las comprobaciones realizadas durante la atención del mismo, ¿acuerda usted con algunos autores que debe constar también lo pensado, meditado, estudiado y consultado sobre la patología del enfermo ya que también es un elemento de colaboración, orientación y comunicación con los colegas?

SI

NO

2- Considera usted conveniente el acceso sin restricciones de los pacientes o representantes legales a la historia clínica psiquiátrica?

SI

NO

Si su respuesta fue positiva pase directamente al punto 4. en caso contrario conteste el punto 3.

3- Según su opinión, en que cuadros psicopatológicos el acceso a la historia clínica sería perjudicial para el paciente?

4- Lea las siguientes situaciones problemáticas

Paciente con trastorno psicótico grave presentó situaciones de promiscuidad sexual y su representante legal (su esposo) le solicita la fotocopia de historia clínica.

Paciente con diagnóstico de trastorno facticio y por el cual está en tratamiento con usted, le solicita fotocopia de historia clínica.

Paciente con diagnóstico de paranoia, actitud querellante y agresiva, en tratamiento con usted medicado por su cuadro psicopatológico, le solicita fotocopia de historia clínica.

Teniendo en cuenta a las situaciones previas, fundamente la pregunta 2.

Bibliografía

- ALLEGRO, LUIS. (1999), "La Etica y los Derechos Humanos en Psiquiatría", *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica*. Vol. VI, Nº43: 26-28. Argentina.
- DR ACHÁVAL, ALFREDO. (1996), "Derecho y Psiquiatría", *Revista Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis*. Vol. 3 Nº1: 6-10. Argentina.
- DR. CÁMERA, JULIO (1998), "Aspectos Médico-Legales Vinculados con la Historia Clínica", *Revista Argentina de Residentes de Cirugía Vol 3, Nº1: 17-20*. Argentina.
- DR. DO PICO, JUAN CARLOS. (1997), "Reflexiones sobre la Historia Clínica", *Revista de la Asociación Médica Argentina* Vol. 110, Nº2: 40-44. Argentina.
- DR. DO PICO, JUAN CARLOS; DR. DO PICO MAI, CARLOS LUIS; DRA. HUTIN, ROMINA ANDREA. (1999), "La Historia Clínica Informatizada", *Revista de la Asociación Médica Argentina*, Vol. 112, Nº 2: 55-59. Argentina.
- DR. DO PICO, AVELINO; CORTECCI, LYDIA. (2001), "Valor de la historia Clínica ante la justicia", *Prensa Médica Argentina*, Vol.88, Nº 1: 43-46. Argentina.
- DR. GHERSI, CARLOS A. (1998), *Derecho de los Pacientes al Servicio de la Salud*, Argentina: Ed. Jurídicas Cuyo.
- DR. MARIONA, FERNANDO; DR. CHOUELA, EDGARDO; DRA REBORA, NORA; DR LUQUE, ESTEBAN SANDOVAL; SR. TASSO, JUAN J.; SRTA. GONZALEZ, SANDRA M.; DR. SALINAS, RODOLFO; DR. ARZAMENDIA, SERGIO. (1998), "Derecho Médico: Historia Clínica Manuscrita e Historia Clínica Informatizada. Medios de Prueba Válidos en Sede Judicial". *Revista de la asociación Médica Argentina*. Vol. 111, Nº2:30-36. Argentina.
- PATITÓ, JOSÉ A. (2001), *Medicina Legal*, Argentina: Ed. Centro Norte.

- PATITÓ, JOSÉ A. (2003), *Tratado de Medicina Legal y Elementos de la Patología Forense*. Argentina: Ed.Quorum.