

Historia clínica

Caramelo, Gustavo

Abogado, UBA. Especialista en Administración de Justicia (UBA). Profesor Adjunto Regular de Contratos Civiles y Comerciales, UBA.

La historia clínica (HC) es un documento obligatorio y necesario en el desarrollo de las prácticas de atención sanitarias de personas humanas y tiene diversas funciones que la constituyen en una herramienta fundamental de un buen desarrollo de la práctica médica.

Modernamente, se procura que ella no sea un mero registro burocrático, sino que constituya una suerte de “patobiografía” del paciente, que permita el seguimiento de la evolución de su salud a lo largo del tiempo.

Definición y regulación legal. La doctrina médica forense ha definido a la historia clínica como 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 (Patitó, 114).

En razón de las facultades constitucionales concurrentes que en el sistema federal argentino existen en materia de salud entre la nación y las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la regulación básica de la historia clínica se encuentra comprendida en los artículos 12 a 21 de la Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud ([ley 26.529](#) , modificada por la ley 26.742), que en el primero de esos artículos define a la historia clínica como el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la Salud.

Antecedentes normativos argentinos. Hasta la sanción de la [ley 26.529](#) no existió en nuestro país una regulación integral y con alcance nacional de la historia clínica, aun cuando pueden señalarse como antecedentes normativos las disposiciones contenidas en el [decreto-ley 6216/67](#), reglamentario de la [ley 17.132](#), de Ejercicio de la Medicina en el ámbito nacional, y la [Resolución 454/2008](#) del Ministerio de Salud de la Nación. Dada la ya aludida existencia de facultades constitucionales concurrentes, las provincias pueden también sancionar normas en la materia, en tanto no restrinjan las previsiones de la ley federal.

Titularidad. El titular de la información contenida en una historia clínica es el paciente y por ello tiene derecho a que se le suministre copia autenticada por la autoridad competente o un informe de epicrisis, sin perjuicio de la posterior entrega de copia. El registro soporte y la administración de su organización son de titularidad del centro asistencial.

Legitimación para el acceso. Se encuentran legitimados para acceder al contenido de la historia clínica: 1) el paciente y su representante legal; 2) el cónyuge o conviviente o los herederos forzosos, con autorización del paciente, salvo que éste se encuentra imposibilitado de darla, y 3) los médicos y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal (art. 19, [ley 26.529](#)).

Derecho de acceso a la información contenida en la historia clínica. Los sujetos legitimados gozan del derecho a que se les proporcione información sobre el contenido de la historia clínica y, en caso de negativa, demora o silencio del centro de Salud responsable, gozan de legitimación activa para requerir la provisión de dicha información por vía de acción de “habeas data”.

Forma de registro. La historia clínica puede ser confeccionada en soporte papel o en soporte magnético. La historia clínica elaborada en soporte papel debe seguir un estricto orden cronológico, sin espacios entre los registros ni enmendaduras no salvadas con la firma del profesional

interviniente. La definición legal de historia clínica, con su referencia a la foliatura, alude al aún difundido registro en papel, pero cada día se emplea más la historia clínica digital, que presenta múltiples ventajas para el logro de la finalidad básica de este documento, que es la de posibilitar el acceso rápido a información confiable y clara sobre la evolución de la salud del paciente, aspecto frente al que el soporte digital permite la transmisión a cualquier lugar del mundo, sin los problemas de lectura e interpretación que suele generar la intrincada grafía de los profesionales de la Salud. Al respecto, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, recientemente se sancionó la ley 5669 Ley de historia clínica electrónica (B.O. 02/12/2016),

Principios a los que debe sujetarse el registro. La confección de la historia clínica debe sujetarse a los principios de integridad, unicidad, inviolabilidad y confidencialidad.

Principio de integridad. La historia clínica es un documento de elaboración progresiva y de carácter complejo, integrado por los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las plantillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas o abandonadas, registradas mediante asientos efectuados con un breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

Principio de unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado y debe identificar al paciente por medio de una “clave uniforme”, la que deberá serle comunicada.

Principio de inviolabilidad. La historia clínica es inviolable, los establecimientos asistenciales y los profesionales de la Salud, titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de ella.

Principio de confidencialidad. Estrechamente vinculado con el principio de inviolabilidad, el principio de confidencialidad impone a los centros y profesionales de la Salud adoptar las medidas que pudieran resultar necesarias para evitar que personas no autorizadas accedan al contenido de la historia clínica, al tiempo que impone al personal autorizado el deber de no divulgarlo. Si bien la normativa vigente exige que se obtenga el consentimiento del paciente para que un profesional distinto del que lo trata pueda acceder a la información de su historia clínica, es práctica habitual en los establecimientos sanitarios argentinos que el documento sea consultado por otros médicos del mismo establecimiento que se ocupen del seguimiento o del tratamiento del paciente alcanzados por el deber de confidencialidad (Flah, 431).

Rol del establecimiento sanitario. El rol del establecimiento sanitario con relación a la historia clínica es el de custodio y titular del soporte material y, eventualmente, del sistema de base de datos en el que se confecciona. Debe adoptar las medidas necesarias para asegurar su confidencialidad, unicidad, integridad y disponibilidad, así como el acceso a la información en ella contenida por los legitimados a requerirla.

Dado que la historia clínica reúne información relevante sobre el paciente y su custodia, hace a la responsabilidad del centro de Salud en el que fue elaborada, es de buena práctica judicial que, en caso de ser necesario incorporarla como prueba en un proceso iniciado o a iniciarse, el juez ordene que la medida se cumpla por medio de la extracción de una copia –en soporte papel o digital, según la forma de confección– y no del secuestro de los originales.

Contenido. De acuerdo a lo establecido por la legislación y por la práctica médica, la historia clínica debe contener: 1) la fecha correspondiente a cada uno de los asientos en ella efectuados, en orden cronológico y la identificación de cada uno de los profesionales que los realizan, con indicación de su especialidad; 2) los datos identificatorios del paciente y de integrantes de su grupo familiar, representantes legales, apoyos (art. 43, CCyCN) en información social relevante; 3) los antecedentes médicos y sanitarios relevantes del paciente –genéticos, fisiológicos y patológicos–; 4) el registro claro y preciso de cada acto realizado por los profesionales y auxiliares intervinientes, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y

toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas, realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS); 5) los instrumentos que den cuenta del [consentimiento informado](#) del paciente para prácticas que lo requieren (art. 59,CCyCN) o su revocación o de la negativa a recibir determinado tratamiento o a ser informado sobre su estado de salud o su revocación; en el caso de pacientes adolescentes, debe agregarse la información relativa a su información y opinión respecto de las prácticas médicas realizadas (art. 26,CCyCN); 6) el registro del consentimiento del paciente o de sus representantes legales, así como del profesional interviniente, para la futura divulgación de datos vinculados con la atención del paciente con fines académicos, así como de su eventual revocación; 7) el asiento de las directivas anticipadas del paciente o del otorgamiento de mandato respecto de su salud y en previsión de su propia incapacidad (art. 60,CCyCN), que el paciente hubiera dispuesto y que hubieran sido comunicadas al centro asistencial.

Cada asiento por los profesionales intervinientes importa la certificación del hecho del que da cuenta.

Secciones de la historia clínica. Dado que la historia clínica debe contener un registro unificado de la atención médica del paciente por las distintas áreas de un centro asistencial, lo habitual es que la historia clínica presente las siguientes secciones: 1) información de identificación y datos personales del paciente, incluyendo los vínculos conocidos; 2) hoja médico legal en la que se asientan los datos de apertura del registro, la información médica obtenida al tiempo de la interacción inicial médico-paciente en el centro asistencial, signos vitales, sintomatología, lesiones, motivo de consulta, etcétera, y provisión de información a los pacientes adolescentes (conf. art. 26,CCyCN y pautas de la Organización Panamericana de la Salud –OPS–); 3) hoja de guardia, en la que se detalla la información anterior pero en forma específica para los supuestos de ingreso por esa vía; 4) antecedentes médicos, en la que se registran datos relevantes sobre enfermedades o intervenciones quirúrgicas existentes en la biografía del paciente, antecedentes familiares, etcétera; 5) registros de evolución y tratamiento; 6) interconsultas; 7) hoja de enfermería, que debe guardar lógica correspondencia con las indicaciones terapéuticas establecidas en los asientos de evolución por el médico tratante; 8) parte quirúrgico, con el detalle de la evolución del paciente durante la intervención, hasta su estabilización y agregación del consentimiento informado; 9) hoja de epicrisis, confeccionada por el médico tratante cuando ello es necesario; 10) ficha epidemiológica, y 11) otras informaciones relevantes en la atención del paciente, como por ejemplo el resultado de la consulta a un Comité de Ética Hospitalaria.

Funciones de la información asentada en la historia clínica. 1) función médica: pues posibilita la reunión de datos y registros necesarios para la evaluación de los tratamientos y criterios a desarrollar frente al paciente por los distintos profesionales que pueden intervenir en su atención; 2) función jurídica: pues se trata de un registro de los distintos actos y prácticas desarrolladas por los profesionales médicos y auxiliares de la Medicina en la atención del paciente, que permite satisfacer su derecho constitucional a la información y resulta de especial relevancia en caso de evaluarse la posible existencia de mala praxis en la atención, tanto en el ámbito penal como en el civil. Desde tal punto de vista, la historia clínica puede ser considerada tanto un elemento central para la defensa de los profesionales que han actuado conforme los requerimientos de su profesión, como de cargo o prueba, para que la víctima directa o los damnificados indirectos puedan acreditar la inobservancia de las reglas de una buena práctica; 3) función estadística: pues el seguimiento de los datos surgidos de las historias clínicas puede aportar información valiosa para la elaboración de políticas sanitarias, y 4) función académica y científica: pues previo consentimiento del paciente (art. 59,CCyCN), la información en ella contenida puede constituir una valiosa fuente para el estudio y la investigación de determinadas patologías y de la eficacia de determinados tratamientos.

Valor probatorio de la historia clínica. Aun cuando sea confeccionada en establecimientos públicos, la historia clínica es en esencia un documento particular reglado por disposiciones de orden público sanitario. Por ello, de acuerdo a lo establecido en el artículo 319 del CCyCN, su valor probatorio debe ser apreciado por el juez teniendo en cuenta, entre otras pautas, la congruencia entre lo sucedido y narrado, la precisión y claridad técnica del texto, los usos y prácticas del tráfico, las relaciones precedentes y la confiabilidad de los soportes utilizados y de los procedimientos técnicos que se apliquen.

Enmiendas. Las raspaduras, enmiendas o entrelíneas que afecten partes esenciales del acto instrumentado deberán ser salvadas con la firma de su autor y, de no hacerse de tal modo, el juez puede determinar en qué medida el defecto excluye o reduce la fuerza probatoria del instrumento (art. 316,CCyCN).

Consecuencias en materia de responsabilidad civil o penal por anomalías en su confección. La ausencia de la historia clínica o la violación de su integridad pueden ser consideradas como un indicio grave en la elaboración de presunciones judiciales con relación a la determinación de la existencia de supuestos de mala praxis en perjuicio del paciente.

La violación del deber de confidencialidad por el personal sanitario puede generar responsabilidad penal para el autor directo (art. 156, Código Penal -CP-) y civil para él y para el centro de Salud y sistema prestacional en el que presta servicios.

La falsificación o adulteración de una historia clínica pueden dar lugar a los delitos previstos en los artículos 292 y 294 del Código Penal (CP), los que pueden entrar en concurso con el de encubrimiento previsto en el artículo 277, inciso 2º,CP, cuando aquéllos actos se realizan con tal finalidad. De ello puede derivarse también responsabilidad civil para el autor material, para el centro asistencial o para el sistema prestacional en el que desarrollen su actividad los autores del hecho.

Bibliografía

FLAH, Lily (2002). *Confidencialidad, uso y abuso de la historia clínica*. En VV.AA., Sorokin, Patricia (Coordinadora). *Bioética: entre utopías y desarraigos*. Buenos Aires: Ad-Hoc.

PATITÓ, José A.(2000). *Medicina Legal*. Buenos Aires, Centro Norte.

VV.AA., *Historia Clínica del Adolescente y Formularios Complementarios*. Organización Panamericana de la Salud y Centro Latinoamericano de Perinatología - Salud de la Mujer y Reproductiva, Publicación CLAP/SMR N°1579.

Recibido: 26/05/2016; Publicado: 03/2017