

UNIVERSIDAD BARCELÒ

Carrera de Médico Especialista en Medicina Legal

# Nuevo concepto en Historia Clínica

**“Patobiografía o Historia de Salud”**

Director de la carrera: Prof. Dra. María Teresa Ratto Nielsen

Director del trabajo: Dr. Ramón Galmarini

Autor: Dr. Carlos Fernando Giusio

2014

Av. Las Heras 2.191. Capital

| <b>ÍNDICE</b>                                                           | <b>Página</b> |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>1. INTRODUCCIÓN</b>                                                  | <b>3</b>      |
| <b>2. DESARROLLO</b>                                                    | <b>6</b>      |
| <b>2.1. Reseña histórica</b>                                            | <b>6</b>      |
| <b>2.1.1. Sus orígenes: “Los Griegos”</b>                               | <b>6</b>      |
| <b>2.1.2. La evolución: “Las Prehistorias Clínicas”</b>                 | <b>7</b>      |
| <b>2.1.3. Avance en el proceso: “Historia Clínica Hipocrática”</b>      | <b>8</b>      |
| <b>2.1.4. Cambios profundos: “La Edad Antigua”</b>                      | <b>11</b>     |
| <b>2.1.5. Profundización en la edad media: “Consilea”</b>               | <b>12</b>     |
| <b>2.1.6. Nuevo concepto del renacimiento: “La Observtio”</b>           | <b>13</b>     |
| <b>2.1.7. La modernización: “ La Historia Clínica de Sydenham”</b>      | <b>14</b>     |
| <b>2.1.8. El avance de la ciencia: “El Método Anàtomoclínico”</b>       | <b>15</b>     |
| <b>2.1.9. Nueva mentalidad: “La Fisiopatológica”</b>                    | <b>16</b>     |
| <b>2.1.10. Nuevo panorama: “Documentación y Multidisciplinar”</b>       | <b>17</b>     |
| <b>2.1.11. Época actual: “La Perspectiva Legal”</b>                     | <b>18</b>     |
| <b>2.1.12. Leyes y salud: “Informe de Alta Médica”</b>                  | <b>19</b>     |
| <b>2.1.13. El futuro: Concepto de Patobiografía o Historia de Salud</b> | <b>21</b>     |
| <b>2.1.14. Consideraciones generales</b>                                | <b>21</b>     |

|             |                                                      |           |
|-------------|------------------------------------------------------|-----------|
| <b>2.2.</b> | <b>Base humanitaria</b>                              | <b>23</b> |
| 2.2.1.      | Definición de la ética                               | 23        |
| 2.2.2.      | Definición de la moral                               | 25        |
| 2.2.3.      | Características de la Bioética                       | 26        |
| 2.2.4.      | Diferencias entre la ética y la bioética             | 26        |
| 2.2.5.      | Código deontológico de medicina                      | 26        |
| 2.2.6.      | Consideraciones generales                            | 27        |
| <b>2.3.</b> | <b>Base legal</b>                                    | <b>30</b> |
| 2.3.1.      | Ley 17.132                                           | 30        |
| 2.3.2.      | Ley 26.529                                           | 32        |
| 2.3.3.      | Ley 26.742                                           | 36        |
| 2.3.4.      | Código de Ética de la Asociación Médica<br>Argentina | 39        |
| <b>2.4.</b> | <b>Estructura</b>                                    | <b>43</b> |
| 2.4.1.      | Conceptos generales                                  | 43        |
| 2.4.2.      | Finalidades                                          | 44        |
| 2.4.3.      | Documentación jurídica                               | 45        |
| 2.4.4.      | Formatos                                             | 46        |
| 2.4.5.      | Requisitos                                           | 53        |
| 2.4.6.      | Elementos constitutivos                              | 55        |
| <b>2.5.</b> | <b>Jurisprudencia</b>                                | <b>59</b> |
| 2.5.1.      | Fallo sobre Titularidad de Historia Clínica          | 59        |
| 2.5.2.      | Fallo sobre Historia Clínica Informatizada           | 60        |
| <b>3.</b>   | <b>CONCLUSIÓN</b>                                    | <b>61</b> |
| <b>4.</b>   | <b>BIBLIOGRAFÍA</b> (Incorporada al texto)           | <b>64</b> |

## **1. INTRODUCCIÓN**

La Historia Clínica y en general todos los registros médicos, constituyen documentos de alto valor médico, gerencial, legal y académico; su correcta administración y gestión contribuyen de manera directa a mejorar la calidad de atención de los pacientes, así como también a optimizar la gestión de los establecimientos de salud, proteger los intereses legales del paciente, del personal de salud y del establecimiento, como así también proporcionar información con fines de investigación y docencia.

Por ello, es necesario administrar correctamente todos los mecanismos y procedimientos que siguen las Historias Clínicas desde su apertura, de manera tal, que se pueda responder con criterios de calidad, oportunidad e integridad, para atender las demandas cada vez más exigentes de los pacientes/usuarios y de los prestadores de servicios de salud, personal y establecimientos de salud, más aún, si se tiene en cuenta la Ley N° 26.842 (Ley General de Salud) que revalora a los usuarios de los servicios de salud y los posiciona como eje de las organizaciones y de las prestaciones de salud.

Así mismo, en el Ministerio de Salud se vienen desarrollando gradualmente procesos de modernización que buscan dar mayor autonomía y lograr mayor eficiencia en los establecimientos de salud con una lógica gerencial, que permita lograr mejores resultados. Estos nuevos desarrollos obligan necesariamente a adecuar la normatividad institucional, de la cual el manejo de las Historias Clínicas no es ajeno.

En tal sentido, la presente Norma Técnica busca dar respuesta a estos nuevos desafíos, contribuyendo a resolver las principales situaciones que para todos los pacientes usuarios, personal y establecimientos de salud, plantea la Historia Clínica.

La historia clínica es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica. Las primeras historias clínicas completas están contenidas en los libros Las Epidemias I y III del Corpus Hipocraticum. Su elaboración se recupera en la Edad Media con Los Consilia y se mantiene a lo largo del renacimiento denominándose Observatio. Sydenham perfecciona su contenido completándose a lo largo del s. XVIII con el método anatómoclínico y del XIX con el desarrollo de técnicas fisiopatológicas.

El s. XX representa un rápido crecimiento de pruebas complementarias con aumento de la complejidad de la historia clínica que se convierte en multidisciplinar y de obligado cumplimiento. La informatización de la historia clínica conllevará cambios radicales en el s. XXI.

Por lo anteriormente expuesto es que el concepto básico de Historia Clínica ha ido modificándose y adaptándose a través de las distintas épocas de la humanidad, comenzando como un concepto simplista de evidenciar y plasmar lo que se estaba viendo, hasta un concepto médico, humano y legal amplio que pueda reproducir en una línea de tiempo la salud del paciente.

El saber científico constituye la solución dada por el hombre para resolver un problema. La medicina es, por tanto, el saber que se ocupa de solucionar el problema de la restauración de la salud de un semejante cuando está alterada. Como todo saber científico tiene su propia historia pero antes de referirnos al nacimiento de una ciencia en la cultura occidental debemos situarnos tomando como referencia la Mitología Griega.

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el concepto de que la historia clínica no debe ni puede ser un mero acto burocrático y administrativo, en el cual el médico lo único que quiere es finalizar en la forma más rápida y cubriéndose de cualquier acontecimiento adverso que pudiese presentarse en el ejercicio de su profesión.

El nuevo concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud”, es un concepto más amplio que trata de reflejar toda la historia médica de un paciente siguiendo una línea de tiempo basada en toda la historia médica de su vida.

En este nuevo concepto no podemos obviar que lo plasmado en su confección son los actos médicos, los cuales deben tener su base ética, moral y deontológica, ya que se trata de una profesión humanitaria por sobre todos los fines buscados. Dicha base también le compete a la confección de la historia clínica, ya que el mero hecho de escribir debe reflejar en su totalidad el accionar médico y la relación con el enfermo, tan deteriorada en nuestros tiempos.

## **2. DESARROLLO**

### **2.1. Reseña histórica**

#### **2.1.1. Sus orígenes: “Los Griegos”**

Desde los griegos ya se empezaba a vislumbrar el origen y la necesidad que siempre presento el hombre respecto a la salud, la curación y la forma de poder objetivar lo que se estaba haciendo para lograr los cielos y/o la vida eterna.

Para ello nos remontamos a los mitos griegos, que no eran otra forma de ir contando lo que sucedía o lo que se imaginaba en épocas remotas.

Así surge la leyenda que Asclepio era hijo de Apolo y la mortal Cornide, por lo que su cuidado se confió al centauro Quirón que le instruyó en el poder de la sanación; se mostró siempre muy habilidoso y llegó a dominar incluso el arte de la resurrección. Devolvió la vida a un gran número de personas importantes entre las que se encuentra Hipólito, hijo de Teseo. Practicó la medicina con gran éxito por lo que le levantaron santuarios en diversos puntos de Grecia. Pero el poder de resucitar a los muertos indujo al dios Zeus, quien temía se podría alterar el orden de las cosas, a terminar con su vida mediante un rayo. Asclepio, Esculapio para los romanos, ascendió a los cielos y se convirtió en la constelación de Serpentario y dios de la Medicina. Ya en estos relatos empezamos a vislumbrar los primeros conceptos del accionar médico dentro de un marco teórico legal adaptado a la época.

Tuvo varias hijas entre las que destacan: Yaso (la curación), Higía (la salud) y Panacea (la curación universal gracias a las plantas), y dos hijos Polidario y Macaón, ambos médicos, pretendientes de Helena en la Guerra de Troya.

Polidario se encargó, sobre todo, de curar a Menelao, herido por una flecha; comenzó por examinar al enfermo y después de retirar la flecha, desvistió al herido, succionó la sangre de la herida y le aplicó medicamentos; los cuales no se precisan, excepto que le fueron ofrecidos por el centauro Quirón a Asclepio, quien se los entregó a Macaón. Éste sería uno de los relatos patográficos que encontramos en la *Ilíada*. Como vemos ya estaban los primeros indicios del concepto de “Patobiografía”, es decir, un relato pormenorizado del entorno del enfermo, como una continuidad en su línea de tiempo, y no solo una mera descripción anatómica.

### **2.1.2. La evolución: “Las Prehistorias Clínicas”**

Si entendemos los comienzos de la medicina en los relatos griegos, entendemos que la misma tiene, por tanto, origen mítico-religioso; se ejerce en templos “Asclepiom” donde los dioses inspiran a los sacerdotes-médicos, “asclepiadeas”, mediante el sueño terapéutico o incubación del paciente.

La enseñanza se ejercía a través de procesos de iniciación en los templos. En el templo de Epidauro existen las primeras lápidas votivas donde consta por escrito el nombre del enfermo que hace la ofrenda y el mal que padece. Estos documentos podrían considerarse como las primeras “prehistorias clínicas”, base para los posteriores intentos de formación y almacenamiento de datos de los procesos de curación y sanación de los enfermos (recordemos que en la situación de la época en la que nos referimos la gran mayoría hacía referencia a situaciones de violencia física, como las guerras).

Otras culturas, como la egipcia, añaden un carácter mágico- religioso. No podemos dejar de mencionar aquí los papiros de Edwin Smith y de Ebers, por citar algunos ejemplos de los documentos médicos más antiguos que se conocen. El primero sorprende por la precisión de sus las descripciones y prescripciones, pero su contenido es básicamente quirúrgico; consta la

recopilación de 48 pacientes individuales heridos de guerra y el tratamiento que reciben recurriendo muy rara vez a remedios mágicos.

### **2.1.3. Avance en el proceso: “Historia Clínica Hipocrática”**

Este es el proceso del traspaso de una forma de curación empírica a lo más parecido en nuestra época actual como lo es la medicina basada en la evidencia.

Hipócrates nace en el Asclepiom de Cos en el s. V a.C., pertenece a la 28 generación de descendientes de Asclepio, sus viajes le llevan a conocer la ciencia matemática con Pitágoras y la medicina ejercida en los templos Egipcios. Con estos conocimientos funda una escuela que revolucionó la medicina de La Antigua Grecia, estableciéndola como una disciplina separada de otros campos con los cuales se la había asociado tradicionalmente, la convierte en una auténtica ciencia y su ejercicio en una auténtica profesión.

Esta escuela recopila en el “**Corpus hippocraticum**” una serie de libros que representan el origen del saber científico-médico occidental. Las primeras 42 historias clínicas completas y bien caracterizadas de las que tenemos noticia están recogidas en “Las Epidemias I y III”. Con ellas nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico.

Si nos remontamos a la época podríamos decir sin lugar a equivocarnos que estaríamos en presencia de la base de toda la documentación médico legal que manejamos en nuestros días.

Para entender estas historias clínicas debemos conocer algo acerca del pensamiento hipocrático. Todos los enfermos, piensa Hipócrates, se parecen por el hecho de estar enfermos pero unos se parecen entre sí por la forma de cómo están enfermos. Llama “Eidos” a las formas de enfermar

análogas entre sí que con sólo variantes individuales se repiten en distintos pacientes. Ante un enfermo el asclepiadeas hipocrático analizaba las semejanzas y desemejanzas con el estado de salud llamando “Tropos” al modo de establecer las comparaciones; estos “tropos” podían ser sintomático, patocrónico (agudo, crónico), localizadorio, etiológico, pronóstico, constitucional. Si hacemos una comparación con la narrativa actual de los conceptos modernos de la historia clínica en todas sus formas, podríamos comparar estos procesos con las diferentes etapas en la elaboración de una semiótica de la historia clínica, con sus cuadros, diagnósticos, diagnósticos diferenciales y tratamiento.

Cada una de las desemejanzas se podía ver desde dos puntos de vista: el del médico “semion” (signo) y el del paciente “páthema” (síntoma). El conjunto de “páthema” y “semion” constituye el “nousos” (forma de enfermar propia de cada paciente) y su descripción ordenada forma la historia clínica.

Los Asclepiadeas hipocráticos sienten la necesidad intelectual de consignar por escrito, con precisión y orden su experiencia de médicos ante la enfermedad individual de algunos pacientes, naciendo de esta manera la historia de la historia clínica.

Estas historias las ordenan en grupos o “Katástasis” según lo dominante o esencial que hay en cada una de ellas. Antes de cada grupo consigna los rasgos geográficos, astronómicos y climáticos del lugar y la estación.

La historia clínica hipocrática cuenta con una estructura ordenada y repetida en todas que consta de: numeración ordinal del enfermo dentro del grupo (enfermo primero...); mención nominal (Filisco, una de las mujeres de la casa de Pantimedes...); localización social (el clazomeniense que vivía cerca de los pozos); breve referencia, no constante, a datos anamnésicos (antecedentes), la historia parece siempre comenzar con la llegada a casa del paciente. A continuación se describe día a día el curso de la enfermedad con rigurosa ordenación cronológica de los hechos sin clara separación entre lo subjetivo y objetivo “Examínese desde el comienzo las semejanzas

y desemejanzas con el estado de salud empezando por las más fáciles, las que conocemos todos. Lo que se puede percibir con la vista, el tacto, el oído, con la nariz, con la lengua y con el entendimiento”.

Son muy raras las referencias a actuaciones terapéuticas, ya que no se considera necesario incluir el tratamiento en casos conformes a la norma por lo que sólo constan aquellos que parecen excepcionales. Acaba con la “Katarsis” (purificación) o “Thánatos” (muerte no violenta) del paciente. Son siempre obra de un solo médico, el que asiste al paciente. Algunas terminan con una breve reflexión acerca del caso.

Hipócrates redactó sus historias como textos didácticos, pero con dos intenciones diferentes: la primera para enseñar al lector cómo conducirse ordenada y minuciosamente ante un paciente; y la segunda para el adiestramiento a futuros lectores en la “tékhne iatriké” (arte que consiste en saber hacer sabiendo porqué se está haciendo, saber racional), esto es, enseñar a entender y actuar técnicamente. Al ordenar y catalogar historias clínicas comienza a describir el método que convierte su arte en ciencia.

Pocos decenios después de que Hipócrates escribiera Las Epidemias, escribía Aristóteles, hijo del asclepiadea Nicómaco y aprendiz de médico en su juventud: “Nace el arte “(tékhne iatriké”) cuando de las muchas observaciones de la experiencia (empeiría) brota un juicio general”.

La “tékhne” es por tanto un saber que requiere conceptos universales y la empírea se convierte en tékhne cuando la inteligencia ha sabido inferir de la experiencia un juicio general; de esta manera nace la medicina como saber científico.

Toda la evolución de la historia Hipocrática nos da la pauta de que ya en tiempos remotos la historia de la enfermedad del paciente era considerada como una línea de tiempo, un todo, que incluía no solo la enfermedad actual, sino también la forma en que se llega a dicha situación, con un análisis detallado de lo acontecido. Este concepto refuerza una vez más en

estos relatos el concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud” que en este trabajo nos ocupa.

#### **2.1.4. Cambios profundos: “La Edad Antigua”**

A raíz de entonces el asclepiadea sale de los templos, comienza a desarrollar su arte no como artista, ya que ello requeriría de un “don” especial que sólo unos pocos médicos han poseído, sino como artesano cuyos conocimientos provienen del estudio y el entrenamiento como aprendices al lado de maestros artesanos; viven en las afueras de las ciudades donde forman sus escuelas, cobran una remuneración por su trabajo y siguen un código ético también redactado por los hipocráticos en su famoso juramento.

En esta nueva etapa se incorpora no solo el aprendizaje formativo, sino también el concepto de ética y moral, adaptado a la época, donde se hace lo que sea más adecuado a la situación planteada, en base a los preceptos culturales de la época. No es posible que el acto médico no este regido por las bases morales, éticas y deontológicas de la época en cuestión, ya que dicho accionar deba pugnar por el bien común. La historia clínica debe tener los mismos principios morales y éticos, y no ser solamente un mero acto administrativo a completar.

Después de Aristóteles todo “tekhnites” de la medicina aspirará a describir las enfermedades según especies bien caracterizadas pero es en Galeno donde la clasificación de las enfermedades en géneros (géne) y especies (eíde) alcanza su verdadera plenitud.

Los seis puntos establecidos por Hipócrates para establecer semejanzas patológicas “tropos” son concienzudamente desarrollados por Galeno, pero como hombre de ciencia, con mentalidad fisiopatológica y localizatoria, pretende conocer las enfermedades como son en sí mismas y no como aparecen. Así se entiende que en toda su obra no haya una casuística

propiamente dicha y por lo tanto no sepamos como hubiera podido redactar una historia clínica individual completa. De los muchos enfermos que vio, solo se refiere al plano de su experiencia para poner algún ejemplo de la generalidad a la que se está refiriendo.

Lo mismo podríamos decir de la medicina Bizantina y Árábica. Evidentemente sus médicos supieron observar muy bien la realidad de sus pacientes, pero toda su experiencia se manifiesta de forma genérica, la referencia a “casos” particulares, cuando existe, es alusiva y sirve de ejemplo a una sentencia general.

#### **2.1.5. Profundización en la edad media: “Consilea”**

Es la etapa organizativa de la formación médica en la época en cuestión. Aquí está la base de toda la transmisión de conocimientos médicos a sus discípulos y las reglas que regirán el futuro de las generaciones de galenos y sus instituciones formativas, asociado a la rectificación plasmada por escrito de los acontecimientos médicos efectuados.

En la Edad Media, a mediados del siglo XIII, ya existían las Universidades y se decreta la obligatoriedad del estudio de medicina en sus incipientes facultades. La mayoría de los aspirantes a médicos estaban, por tanto, posiblemente muy preparados desde el punto de vista teórico pero comenzaban el ejercicio sin haber visto paciente alguno.

Este hecho condiciona la reaparición de la historia clínica como documento escrito en forma de “**consilium**”, consejos de médicos más adiestrados en la práctica, que comenzaron a circular por Europa inicialmente manuscritos y a partir del año 1450 impresos.

Bartolomeo Montagna en 1435 publica una de las recopilaciones más importante con 302 ordenadas en “capites” con disposición topográfica descendente.

Cada “consilium” estaba formado por cuatro apartados: Título o “Epígrafe”, nombra el proceso morboso que define; “Primera Sectio” donde se nombra la persona y los síntomas enumerados ordinalmente; “Segunda Sectio” dividida en “Sumae”, “Capitula” y “Sermones” que recoge la discusión de cuestiones etiológicas, fisiológicas, patogénicas y terapéuticas, utiliza toda la erudición científica del autor sin dejar de incluir opiniones religiosas y una fórmula final del tipo “Haec ad lauden amen” en la que se ofrece a la divinidad su acción terapéutica y busca su colaboración.

A diferencia de la historia Hipocrática, en el “consilium” se enumeran los síntomas sin tener en cuenta el “tempus morbi” (momento en que aparecen); comienza a aparecer de forma expresa el diagnóstico diferencial, dada la gran preocupación de la época por el conocimiento “per causas” de la enfermedad, se detalla una amplia discusión terapéutica, pero destaca la ausencia del “exitus” entendida como salida.

#### **2.1.6. Nuevo concepto del renacimiento: “La Observatio”**

Esta etapa no es más ni menos que la especialización de la profesión y la obtención de títulos que acrediten el ejercicio de la profesión médica. Aquí podemos entender que el accionar médico debe tener un respaldo, científico, ético y moral, que está plasmado en las casas científicas de formación, las cuales son las encargadas de emitir dicha laurea.

También comienza a tener vital importancia la confección, redacción y escritura de los acontecimientos médicos, los cuales son utilizados y consultados para continuar o variar un acontecimiento médico, tomando suma importancia el concepto escrito de la historia clínica.

Durante el s. XV las Facultades de Medicina comienzan a exigir para la obtención de la licenciatura que el candidato hubiese hecho, con aplicación, formación práctica mediante visitas a hecho, con aplicación, formación práctica mediante visitas a enfermos bajo dirección técnica, por lo que las

universidades se adaptan a esta nueva realidad comenzando a coordinar con los hospitales las lecciones clínicas para estudiantes, surgiendo así en el s. XVI las “Observatio” que se mantuvieron durante todo el Renacimiento y principios del XVII.

El proceso morboso individual se comienza a llamar “casus”. La preocupación por la descripción de nuevas enfermedades lleva a la publicación de cientos de casos raros.

El cambio de mentalidad del hombre del renacimiento hace que la historia clínica se convierta en un relato preciso, objetivo y exento de interpretación doctrinal, acaba con una reflexión diagnóstica y las indicaciones terapéuticas, se hace mención del exitus en el sentido de salida hacia la curación o hacia la mención de la muerte “Exitus letalis”.

Siguiendo la tendencia de la época, se añade una clara visión estética mejorando el estilo literario y añadiendo coherencia narrativa en la descripción clínica.

#### **2.1.7. La modernización: “La Historia Clínica de Sydenham”**

Esta historia clínica adopta con fuerza el concepto de descripción pormenorizada de los procesos médicos como las enfermedades y signo sintomatología de los pacientes, con un detalle descriptivo que conlleva mayor tiempo de dedicación y atención.

Sydenham (1624-1689), llamado el Hipócrates inglés, veneró y reinterpretó las enseñanzas del Corpus Hipocraticum, lo que le llevó a exponer con claridad los fenómenos de cada enfermedad sin fundarlos en hipótesis ni agruparlos de manera forzada.

Probablemente no lo podamos considerar como artista de la medicina pero sí como el prototipo de excelente artesano. Redactó meticulosamente las historias individuales de sus pacientes y reunió su amplia experiencia clínica

en el “Observationes medicae” en cuyo prólogo expuso un programa para construir una nueva patología basado en la descripción de todas las enfermedades “tan gráfica y natural como sea posible” ordenando los casos de la experiencia clínica en especies, igual que hacían los botánicos de la época.

Su trabajo se caracterizó por ser siempre de estrecho contacto con el paciente, consagrándose más al estudio de los síntomas que al de las teorías médicas.

Describe y nombra con precisión los síntomas y signos, los clasifica en patognomónicos o peculiares (propios de la enfermedad), constantes (aparecen siempre pero no son propios) y accidentales (añadidos por la naturaleza del enfermo, edad, sexo, temperamento, otras enfermedades, etc...). Define los grandes Síndromes. Ordena los síntomas en el tiempo por la velocidad de instauración: agudo y crónico y por el momento en que aparecen.

La minuciosa observación de muchos casos individuales y su comparación hace reunirlos de forma abstracta definiendo lo que es propio de cada enfermedad. Proscribe los casos raros a los que considera aberraciones de la naturaleza debidas a causas circunstanciales. Aspira a tratamientos específicos.

Cada vez más se va afianzando el concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud” sin saberlo, ya que se da vital importancia al relato y escritura cronológica y detallada de todo el proceso de vida, enfermedad y muerte del paciente.

#### **2.1.8. El avance de la ciencia: “El Método Anàtomoclínico”**

Si bien esta etapa tiene sus orígenes remotos en la historia, se afianza y consolida más tardíamente, y consiste en la obtención de evidencia

científica basada en el estudio del cuerpo humano como ente anatómico y su correlación con la clínica, como así también el estudio histológico. La medicina comienza a buscar evidencias de enfermedad comprobable científicamente y reproducible.

La exploración anatómica de cadáveres comienza en Alejandría en el s. III a.C., pero en Europa no se inicia hasta mediados del s. XIII con la descripción anatómica del cuerpo humano.

En los s. XIV y XV comenzaron a aparecer historias con un apéndice patológico si el “exitus” es “letal”. En el s. XVII la práctica de la autopsia se generaliza y el informe anatomopatológico llega a ser frecuente como fin de la historia clínica.

La lesión anatomopatológica puede ser hallazgo confirmatorio o hallazgo rectificador pero siempre es hallazgo explicativo, convirtiéndose así en la clave diagnóstica. Pero su diagnóstico “postmortem”, aunque es de utilidad para la humanidad, no aporta ningún beneficio al enfermo.

A lo largo del s. XVIII se desarrolla el “método anatómico-clínico” en el que aparece la lesión anatómica como fundamento de la enfermedad y surge la necesidad de encontrar el dato explicativo “premortem”.

Con el desarrollo del microscopio se describe la célula comenzando así la histología, con el inicio de la anestesia se descubren técnicas de obtención de tejidos y así diagnosticar “intra vitam” la existencia, el lugar y la especie de la enfermedad

#### **2.1.9. Nueva mentalidad: “La Fisiopatológica”**

Estamos ya en presencia de una medicina más científica, moderna y con el concepto de semiología y reproducción de signos y síntomas como base de la enfermedad actual y su posterior tratamiento.

Es una época en la cual la tecnología, aunque mínima, comienza a hacer su aporte al saber científico.

A lo largo del s. XIX se comenzaron a medir síntomas y signos con precisión gracias a las técnicas de percusión (Corvisant) y auscultación (Laenec); aparecen nuevos inventos como el termómetro, el estetoscopio, el esfigmomanómetro.

Se comienza la inspección de órganos internos mediante técnicas ópticas como el espéculo vaginal, el oftalmoscopio y el otoscopio. Se desarrollan el laboratorio como signo clínico y la microbiología; empiezan a realizarse pruebas funcionales.

Con esta mentalidad fisiopatológica la historia clínica ha ganado riqueza descriptiva, precisión y coherencia interna.

#### **2.1.10. Nuevos conceptos: “Documentación y Multidisciplinar”**

El hombre enfermo comienza a ser considerado como un todo, donde el concepto de psiquis toma una trascendente importancia en la concepción de la enfermedad y del acto médico.

A principios del siglo XX nace la psiquiatría, con lo que comienza a tomar importancia la visión que tiene el paciente del hecho de enfermar, de su propia enfermedad, y la influencia que ello puede tener en el propio curso de la enfermedad. Adquiere entonces extraordinaria importancia la anamnesis y su interpretación así como la interrelación entre el médico y el paciente.

Todo el s. XX se caracteriza por el extraordinario desarrollo tecnológico, comenzando por la radiología que es la primera de las técnicas de diagnóstico por imagen, multiplicándose así de forma exponencial las exploraciones complementarias. Se desarrollan las especialidades médicas

y la inclusión dentro de la historia clínica de informes de pruebas especializadas.

A raíz fundamentalmente de la Segunda Guerra Mundial adquiere gran importancia y relieves la enfermera como profesional dedicada a proporcionar los cuidados necesarios para recuperar y mantener la salud, y en el último cuarto del s. XX se organiza y regulan sus funciones documentando y recogiendo de forma paralela a la historia médica los registros de enfermería.

En 1990 el Parlamento Español aprueba la Ley del Medicamento, que consolida los servicios de Farmacia como unidad básica para el uso racional del medicamento; se generalizan los documentos de prescripción y dispensación de medicamentos.

Todo esto convierte a la historia clínica en un documento multidisciplinar, ya no elaborado por un solo médico sino por múltiples profesionales que asisten al paciente.

También durante la segunda mitad del s. XX y como corriente general en toda Europa, comienza la creación de Servicios nacionales de Salud, que proporcionan cobertura sanitaria pública a los trabajadores y con ello la construcción de grandes hospitales; la historia clínica deja de ser entonces propiedad particular del médico ya que se crean los servicios de documentación y custodia, en ellos se archivan ordenados por episodios los contactos del paciente con el sistema público de salud aumentando considerablemente la información que el relato patobiográfico nos proporciona de cada paciente.

#### **2.1.11. Época actual: “La Perspectiva Legal”**

Estamos en presencia ya de una connotación no solo científica y tecnológica, sino también administrativa legal del uso de la historia clínica.

El relato biopatográfico del paciente tiene una connotación agregada que es el uso de la información obtenida del acto médico para fines que nada tienen que ver con el acto médico en sí, pero no dejan de ser importantes ya que las estadísticas y la facturación comienzan a tener transcendental importancia en la vida sanitaria.

En la última década del s. XX e influidos por la corriente americana basada en la Sanidad privada surge la perspectiva jurídica de la historia clínica convirtiéndose en un documento legal de obligado cumplimiento.

Comienzan entonces a elaborarse leyes que aumentan el protagonismo del paciente en su propio relato patográfico y en la toma de decisiones, surgiendo el documento de consentimiento informado y el registro de testamento vital.

Dado que contiene información privada debe de garantizar la intimidad del paciente, está sujeta a la ley de protección de datos y al secreto profesional; debe ser elaborada con el fin de proteger y preservar la salud del paciente pero puede también ser utilizada para la investigación y docencia, entendiendo de esta manera, también por las leyes, la necesidad de la historia individual del paciente como método científico para el desarrollo y aprendizaje de la medicina.

#### **2.1.12. Leyes y salud: “Informe de la Atención Médica”**

Esta situación no es más ni menos que el desenlace final al que lleva todo acto legal, es decir, la entrega del material en cuestión a su propietario, en este caso el paciente.

Conscientes de la necesidad del paciente de poseer un documento comprensible y actualizado que describa su condición clínica, las pruebas realizadas y el tratamiento recomendado, en 1984 se publica en España una orden ministerial, todavía vigente, que establece la obligatoriedad de

elaborar y facilitar al paciente o a sus representantes un informe de alta para ingresos hospitalarios. La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE nº 274 de 15 de noviembre de 2002) amplía la obligatoriedad de entregar un informe al finalizar cada proceso asistencial de un paciente.

En nuestro país contamos con la primer Ley nacional que regula el ejercicio médico y de instituciones médicas como lo es la Ley 17.132, la cual será reforzada y ampliada años posteriores por las leyes 26.529 y 26.742 que más adelante explicaremos.

Debido a la gran heterogeneidad en la realización de informes médicos por parte de los servicios y especialidades médicas, las diferentes sociedades médicas, han promovido consenso en la elaboración de informes de alta, como sucede en España.

En nuestro país por ley cuando el paciente solicita un informe escrito el profesional y/o la institución médica le deben otorgar un resumen de historia clínica o en su defecto una copia fiel de la historia clínica dentro de un lapso de 48hs hábiles establecidas por ley.

#### Bibliografía

**# Laín P. La ética médica hipocrática. Deontología, derecho, medicina. Madrid. Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1977; 217-225.**

**# Laín P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat. Editores, 1982.**

**# Story of the medical history, Galicia Clinica 2012, 73 (1):21-26, Sociedade Galega de Medicina Interna, Fombella Posada, Cereijo Quinteiro, Hospital Universitario Lucus Augustis**

# **Ballester R. Las maternidades y los hospitales infantiles. El Medico 1993; 494 (Suppl 19):S273-S275.**

# **Blánquez A. Aurelio Cornelio Celso y sus echo labors de medicine. En: Celso AC. Los echo labors de la medicine. Barcelona: Iberia, 1966**

### **2.1.13 El futuro: Concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud”**

Con el siglo XXI nos llegan en este arte del registro patogràfico algunas innovaciones, la más importante es la Historia Clínica Electrónica.

Hasta ahora los artesanos documentalistas e informáticos nos están proporcionando una excelente transcripción del formato pero, desde nuestro punto de vista, está por llegar el artista que revolucione este proceso dándole la gran dimensión que puede adquirir en nuestra “tékhne iatriké”.

Sin embargo, este cambio nos está empezando a mostrar un nuevo concepto: la “**Patobiografía**” completa del paciente, o como se está empezando a llamar: **Historia de Salud (HS)**, que es un concepto mucho más amplio que el de la historia clínica tradicional y se puede definir como el registro longitudinal de todos los acontecimientos relativos a la salud de una persona, hasta su fallecimiento.

### **2.1.14. Consideraciones generales:**

La Patobiografía es un concepto globalizado no solo referido al aspecto médico de la enfermedad sino también a las enfermedades en sí mismas (por ej. se habla de la Patobiografía del cáncer de colon); también se relaciona con personalidades (por ej. se habla de la Patobiografía de Manuel Belgrano)

Muchos están sugiriendo que los adelantos en medicina genética harán que ésta se refiera también a datos anteriores al nacimiento, lo que sería un punto de inflexión en el concepto de la formación y confección de la historia clínica, ya que deberían generarse nuevos campos de redacción en los modelos clásicos médicos y administrativos, con la adaptación cultural que ello conllevara, así también como el costo económico en la adaptación de los nuevos software informáticos.

Como siempre suceden las ideas deben preceder a los cambios técnicos y debemos estar preparados para ellos, empezando por plantearnos la posibilidad de que el futuro no está muy lejano.

Por lo pronto voy a relatar en el presente trabajo de dónde venimos y voy a concluir de hacia dónde vamos.

#### Bibliografía

**# *Story of the medical history, Galicia Clinica 2012, 73 (1):21-26, Sociedade Galega de Medicina Interna, Fombella Posada, Cereijo Quinteiro, Hospital Universitario Lucus Augustis***

## **2.2. BASE HUMANITARIA**

Indagar en los aspectos humanitarios de base en el proceder médico respecto a la atención del paciente y su confección en la historia clínica, tomando como cimiento fundamental el conocimiento de la bioética, la moral y la deontología, son de una universalidad y obligatoriedad general que ningún personal médico puede ignorar.

Las normas éticas que el medico acumula en su ejercicio le han sido dadas por la propia Facultad de Medicina en la que se han graduado, mediante el comportamiento de sus profesores con el cadáver, con las piezas del cuerpo humano, con los pacientes, con la información que se les suministra y el lenguaje que se emplea para darla, con el paciente grave, con el paciente al que se le diagnostica una enfermedad terminal, con el moribundo en su agonía y en su inconsciencia, con el dolor y el sufrimiento, con la autopsia y sus piezas anatómicas u órganos.

Estos temas asociados a la ética, moral, bioética y código deontológico de Medicina, son pilares fundamentales sobre los cuales se debería basar la confección de la historia clínica en cualquiera de sus formas.

Pare ello voy a esclarecer los conceptos de moral, ética, bioética y el código deontológico.

### **2.2.1. Ética**

La ética es una rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. Requiere la reflexión y la argumentación. El estudio de la ética se remonta a los orígenes mismos de la filosofía en la Antigua Grecia, y su desarrollo histórico ha sido amplio y variado.

La ética estudia qué es lo moral, cómo se justifica racionalmente un sistema moral, y cómo se ha de aplicar posteriormente a nivel individual y a nivel social. En la vida cotidiana constituye una reflexión sobre el hecho moral, busca las razones que justifican la utilización de un sistema moral u otro.

Según una corriente «clásica», la ética tiene como objeto los actos que el ser humano realiza de modo consciente y libre (es decir, aquellos actos sobre los que ejerce de algún modo un control racional). No se limita sólo a ver cómo se realizan esos actos, sino que busca emitir un juicio sobre estos, que permite determinar si un acto ha sido éticamente bueno o éticamente malo.

Desde el punto de vista ético el médico se incorpora a la profesión con pautas bien definidas: el juramento hipocrático, los compromisos tomados por sus pares con anterioridad, tales las declaraciones de Helsinki, de Tokio o de Venecia y la propia Constitución Nacional preexistente y en especial luego de la reforma a 1.994, con la incorporación de los Tratados Internacionales y Convenios Internacionales.

Justo es destacar que no existe aún ninguna ley que obligue al médico éticamente y ello es un serio inconveniente en una profesión que tiene cargos por concurso, no siempre cumplidos con un jurado imparcial y eficiente, con muchos resultados de concursos anulados por su mal desarrollo o donde cada uno a veces, es dueño de una verdad que no cede ni fundamenta. Las normas de ética y bioética no hacen al comportamiento entre sí, pero regulan los derechos de las personas enfermas desde la sociedad.

Las normas legales y bioéticas intentan poner la ciencia al servicio del hombre y no esté al servicio de aquella y poder garantizar así la dignidad del ser humano, tanto sano como en enfermedades o bajo lesiones físicas o psíquicas.

Entiendo que el planteo principal es que la ciencia debe redescubrir a la persona para respetar en ella sus derechos.

### **2.2.2. Moral**

La moral o moralidad (del latín *mos, moris*, "costumbre") son las reglas o normas por las que se rige la conducta o el comportamiento de un ser humano en relación a la sociedad, a sí mismo o a todo lo que lo rodea. Otra perspectiva la define como el conocimiento de lo que el ser humano debe de hacer o evitar para conservar estabilidad social.

El término «moral» tiene un sentido opuesto al de «inmoral» (contra la moral) y «amoral» (sin moral). La existencia de acciones y actividades susceptibles de valoración moral se fundamenta en el ser humano como sujeto de actos voluntarios. Por tanto, la moral se relaciona con el estudio de la libertad y abarca la acción del hombre en todas sus manifestaciones, además de que permite la introducción y referencia de los valores.

Los conceptos y creencias sobre moralidad llegan a ser considerados y codificados de acuerdo a una cultura, religión, grupo, u otro esquema de ideas, que tienen como función la regulación del comportamiento de sus miembros. La conformidad con dichas codificaciones también puede ser conocida como moral y se considera que la sociedad depende del uso generalizado de ésta para su existencia.

"Con la moral corregimos los errores de nuestros instintos y con el amor corregimos los errores de nuestra moral." José Ortega Y Gasset

Hay diversas definiciones y concepciones de lo que en realidad significa la moralidad, y esto ha sido tema de discusión y debate a través del tiempo. Múltiples opiniones concuerdan en que el término representa aquello que permite distinguir entre el bien y el mal de los actos, mientras que otros

dicen que son sólo las costumbres las que se valúan virtuosas o perniciosas.

### **2.2.3. Características de la Bioética**

Es humana: concierne directamente a la vida y la salud del hombre, e indirectamente al entorno en el que vive.

Es racional: regula las intervenciones según valores morales.

Es universal: válida para todos los hombres, sin distinción ni cultura o religión ya que está fundada únicamente en la racionalidad de la persona.

Es interdisciplinaria: se sirve de la colaboración de todas las disciplinas implicadas, biología, medicina, derecho, filosofía, etc.

### **2.2.4. Diferencia entre la Ética y la Bioética**

La ética: trata de los problemas planteados por la práctica de la medicina.

La bioética: aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas en general.

### **2.2.5. Código deontológico de medicina**

El término código deontológico de medicina hace referencia al conjunto de principios y reglas éticas que regulan y guían una actividad profesional.

Estas normas determinan los deberes mínimamente exigibles a los profesionales en el desempeño de su actividad. A su vez hace referencia a la rama de la ética cuyo objeto de estudio son aquellos fundamentos del deber y las normas morales, dando así a un conjunto ordenado de deberes

y obligaciones morales que tienen los profesionales de una determinada materia.

La deontología médica trata de un espacio de la libertad del hombre sólo sujeto a la responsabilidad que le impone su conciencia. Asimismo, Bentham considera que la base de la deontología se debe sustentar en los principios filosóficos de la libertad y el utilitarismo, lo cual significa que los actos buenos o malos de los hombres sólo se explican en función de la felicidad o bienestar que puedan proporcionar asuntos estos muy humanistas. Para Bentham la deontología se entiende a partir de sus fines (el mayor bienestar posible para la mayoría, y de la mejor forma posible). Los argumentos humanistas de libertad y utilitarismo fueron apropiados en la deontología, con las exigencias ético-racionales.

Los primeros códigos deontológicos de la medicina se aplicaron después de la segunda guerra mundial luego de ver las atrocidades que los profesionales de la salud (médicos principalmente) aplicaban con las personas justificándose en el ejercicio de la investigación, pero que tampoco tenían ningún tipo de regulación ni control, es así como durante la guerra fría se comienza a estudiar y aplicar la deontología en Europa.

#### Bibliografía

**# *Revista Digital Universitaria*. 10/03/2005; Vol. 6, N° 3-ISSN; 1.067-6079**

**# *Consideraciones para la relación médico-paciente, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 187, 843-854***

#### **2.2.6. Consideraciones generales**

Siguiendo el pensamiento de las definiciones previas la confección de la historia clínica o de la “Historia de Salud” del paciente, tiene la obligación

moral, ética y deontológica de reflejar fehacientemente el accionar médico y la relación con el enfermo, como así también de todos los medios que el galeno puso a su alcance para plasmar el pensamiento científico que lo llevo a dirigir sus acciones en pos de la salud del paciente.

No debería existir una historia clínica que no persiguiera estos objetivos y que no reflejasen estos principios, ya que más allá de la estructura técnica administrativa que conlleve, el espíritu de la misma debe ser la transparencia y el reflejo del acto médico ético y moral.

Hoy día se tiene a la historia clínica como un trámite administrativo tedioso que llevar a cabo, donde el medico no dispone del tiempo para hacerlo, y en el cual muchas veces solo se busca una cobertura legal ante posibles reclamos. Estamos olvidando el motivo principal de su origen el cual es volcar la información necesaria para el cuidado del enfermo, basado en un correcto proceder humano.

Se cree que con la tecnología que aportan las nuevas historias clínicas informatizadas se suple la falta de dedicación y tiempo en la atención médica, y lo único que se logra es un deterioro en la calidad de la relación médico paciente.

El nuevo concepto de "Patobiografía" o "Historia de Salud" conlleva un conocimiento de toda la vida del paciente reflejado en un acto de escritura plasmado en papel o en formato electrónico, pero de ninguna manera se puede obviar el trato humanitario que conlleva la profesión médica.

El error sigue estando en repetir lo que se dijo siempre, por ejemplo en la relación médico paciente que ya no correlaciona bioeticamente pues debe decirse persona médico-persona paciente.

En la medida que los derechos del paciente no sean nada más que normas legales contravencionales (de rango administrativo) es muy poco lo que se avanza, aunque se logre señalar que en el efecto indeseado de un diagnostico o un tratamiento participo una violación de una norma de

conducta reglamentada. Es necesario incorporar que todos estos principios bioéticos solo pueden mantenerse si es que hay principios de buena fe, de veracidad, de confidencialidad, de deber de información, de autonomía del consentimiento, todos ellos plasmados en la atención del enfermo para luego ser volcados a la confección de la historia clínica.

#### Bibliografía

**# *Consideraciones para la relación médico-paciente, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 152, 397-411***

**# *Da Costa Carballo CM. Otros documentos: la historia clínica. Documentación de las Ciencias de la Información. 1997; (20): 41-63***

**# *De Ángel Yagüez, R. Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario. Los Derechos del enfermo. Murcia: Conserjería de Sanidad y Consumo, 1987:45-73***

### **2.3. BASE LEGAL**

En nuestro país tanto la historia clínica “tradicional o en papel”, como la historia clínica “electrónica o informatizada” tienen su base legal en las siguientes leyes: **Ley 17.132** (Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas (sancionada y promulgada el 24/01/1967), **Ley 26.529** (Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Sancionada el 21/10/2009 y Promulgada el 19/11/2009) y su modificación la **Ley 26.742** (Ley de Muerte Digna, Sancionada el 09/05/ 2012 y Promulgada de Hecho el 24/05/2012), y la Ley

También considero de vital importancia hacer mención al Código de Ética de la Asociación Médica Argentina (AMA) el cual es muy claro en la concepción de la historia clínica

El nuevo concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud” no está reconocido por ley aún, pero siguiendo la línea interpretativa que estamos analizando en el presente trabajo, estaría regida por ambas leyes, ya que no es un concepto legal sino un concepto de interpretación filosófico.

Breve análisis de las leyes y de sus artículos relacionados:

#### **2.3.1. Ley 17.132**

Artículo 1° — El ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas en la Capital Federal y Territorio Nacional de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud, queda sujeto a las normas de la presente ley y las reglamentaciones que en su consecuencia se dicten.

El control del ejercicio de dichas profesiones y actividades y el gobierno de las matrículas respectivas se realizará por la Secretaría de Estado de Salud Pública en las condiciones que se establezcan en la correspondiente reglamentación.

Artículo 19. Los profesionales que ejerzan la medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos. En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz.

Art. 40. Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones...”

Decreto Reglamentario 6.216/67, incs. l y m se fijan:

“Inc. l: 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”

“Inc. m: Adoptar las medidas necesarias para una adecuada conservación y archivo de las Historias Clínicas y de que no se vulnere el secreto profesional”.

(Si bien con respecto al tiempo de conservación, la Ley 17132, no lo establece, es aconsejable la guarda durante 10 años, ya que ése, es el plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual de

los profesionales. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se reglamentó la conservación por el lapso de 15 años).

### **2.3.2. Ley 26.529**

Esta ley hace referencia a los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado en su relación con profesionales e instituciones de salud, como así también a las directivas de implementación y validez legal de la historia clínica informatizada.

Dentro de sus capítulos relacionados más importantes se destaca el Capítulo V que hace referencia a la Historia Clínica con sus artículos relacionados que son los siguientes:

**ARTICULO 12. Definición y alcance.** A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

**ARTICULO 13. Historia clínica informatizada.** El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. **Titularidad.** El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. **Asientos.** Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, 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.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. **Integridad.** Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose

acompañar en cada caso, breve resumen del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

**ARTICULO 17. 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 ser comunicada al mismo.

**ARTICULO 18. Inviolabilidad.** Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

**ARTICULO 19. Legitimación.** Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;

c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

**ARTICULO 20. Negativa.** Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

**ARTICULO 21. Sanciones.** Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

### **2.3.3. Ley 26.742**

Esta ley es una modificación de la Ley 26.529 dando una concepción en la toma de decisiones de los pacientes sobre su integridad física y posibles tratamientos o cuidados paliativos a adoptar, donde sus artículos afectados y sus nuevas resoluciones son las siguientes:

ARTICULO 1. Modificase el inciso e) del artículo 2 de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

ARTICULO 2. Modificase el artículo 5 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 5. Definición. Entiéndase por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;

- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible e incurable;
- h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento.

ARTICULO 3. Modifícase el artículo 6° de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 6. Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 4. Incorpórese en el artículo 7 de la Ley 26.529 el siguiente inciso:

f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5 deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto.

ARTICULO 5. Modifíquese el artículo 10 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 10: Revocabilidad. La decisión del paciente, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimiento de los riesgos previsibles que la decisión implica.

Las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193 podrán revocar su anterior decisión con los requisitos y en el orden de prelación allí establecido.

Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente, en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario.

ARTICULO 6. Modifíquese el artículo 11 de la Ley 26.529 —Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud— el que quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 11: Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

La declaración de voluntad deberá formalizarse por escrito ante escribano público o juzgados de primera instancia, para lo cual se requerirá de la presencia de dos (2) testigos. Dicha declaración podrá ser revocada en todo momento por quien la manifestó.

#### **2.3.4. Código de Ética de la Asociación Médica Argentina**

El Código de Ética de la Asociación Médica Argentina le asigna a la Historia Clínica un lugar de trascendencia Médico -Legal y de suma importancia, por tener, como prueba documental, el carácter probatorio ante la Ley, siendo uno de los elementos más relevantes en la relación del equipo de Salud-Paciente.

A continuación se detallan los artículos referidos a la historia clínica en el presente código:

Art. 168. Debe ser un instrumento objetivo y comprensible por terceros, y no sólo por quienes escriben en ella.

Art. 169. Es uno de los elementos más relevantes en la relación equipo de Salud - Paciente; es de suma importancia, por tener carácter probatorio ante la Ley y por razones económico-administrativas.

Art. 170. Deberá ser redactada y firmada, por el mismo profesional que registró la presentación. Deberá consignarse cuando un colega reemplace a otro en alguna s funciones.

Art. 171. Debe ser legible, sin tachaduras, no debe escribirse sobre lo ya escrito, sin borraduras, sin espacios en blanco y ante una equivocación debe escribirse error y aclarar lo que sea necesario. No se debe añadir nada entrerrenglones.

Art. 172. Las hojas deben ser foliadas y cada una de ellas debe tener el nombre del paciente, del miembro del equipo de salud y la fecha. Deberán destacarse los horarios de las prestaciones que se realicen y

fundamentalmente un preciso detalle de las condiciones en que ingresa el paciente.

Art. 173. Deberá contener una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se vayan practicando y en el supuesto que se arribare a un método invasivo, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarlo; debe ser contemporánea a las diferentes prestaciones que se vayan realizando.

Art.174. Cuando se realicen interconsultas con otros profesionales se deberán registrar la opinión de los mismos y dejar constancia del día y hora en que fueron realizadas.

Art. 175. Se deberá detallar la información suministrada al paciente y/o familiares; como así también la respuesta que vaya teniendo el paciente frente al tratamiento, ya sea médico o quirúrgico.

Art. 176. No deberán omitirse datos prescindibles para el mejor tratamiento, aunque los mismos puedan ser objeto de falsos pudores o socialmente criticables.

Art. 177. Debe constar en la Historia Clínica el libre consentimiento informado por el paciente, algún familiar o su representante legal.

Art. 178. La Historia Clínica completa y escrita en forma comprensible es una de las mayores responsabilidades del equipo de salud y su redacción defectuosa es un elemento agravante en los juicios de responsabilidad legal.

Art. 179. La Historia Clínica contiene datos personales, y sobre éstos, existe un derecho personalísimo cuyo único titular es el paciente. La negativa a entregársela a su titular puede dar lugar al resarcimiento del daño causado.

Art. 180. Lo que cabe para la Historia Clínica propiamente dicha es asimismo aplicable a su material complementario, tales como análisis clínicos, placas radiográficas, tomografías, etc., todos estos documentos son inherentes a la salud, al cuerpo y a la intimidad del paciente y en consecuencia le son inalienables y solo él puede dirigirlos y revelar su contenido.

Art. 181. El médico y/o el sanatorio son los custodios de la Historia Clínica, la desaparición de ésta o su falta de conservación entorpecerá la acción de la justicia, al tiempo que le quita la posibilidad al médico tratante y al mismo sanatorio de una oportunidad invaluable de defensa en juicio. El custodio de la misma deberá responder por esta situación.

Art. 182. Debe garantizarse por lo antes dicho la preservación del secreto médico; la Historia Clínica no debe ser expuesta a quienes tengan otros intereses que no sean los puramente profesionales.

Art. 183. Es ético respetar el mandato judicial que ordene su presentación para fines de investigación en ataque o defensa jurídicos de la responsabilidad legal.

Art. 184. No podrá utilizarse para fines espurios de discriminación de cualquier índole o para exclusión de beneficios obligados por ley.

Art. 185. En caso de computarización de la Historia Clínica, deberán implementarse sistemas de seguridad suficientes para asegurar la inalterabilidad de los datos y evitar el accionar de violadores de información reservada.

## Bibliografía

**# Medicina Legal, Fraraccio, J., Ed. Universidad, 1.997**

**# Fundamentos de Medicina Legal, Basile, A., Ed. El Ateneo, 2.001**

**# Medicina Legal, Patitó, J., Ed. Centro Norte, 2.000**

**# Ley 26529, Cap. IV, De la Historia Clínica, Arts. 12 al 21; Sancionada 21/10/2009; Promulgada 19/11/2009**

**# Ley 26742, Arts. 1 al 6, Sancionada 09/05/12; Promulgada 24/05/2012**

**# Código de Ética de la Asociación Médica Argentina; Libro II: Del ejercicio Profesional; Capítulo 11: De La Historia Clínica; Expte N° 129102/ 2001**

**# Mobilio J. Documentación médica: Historia Clínica, Kvitko L.A.,  
Medicina Legal y Deontología médica, Bs. As., Edit. Dosyuna, 1º  
edición, 2010, 33-39**

## **2.4. ESTRUCTURA**

### **2.4.1. Conceptos generales**

Las leyes modernas exigen el cumplimiento de los deberes del médico y de los derechos del paciente, también a través de la exigencia de la documentación médica.

Muchas son las resoluciones ministeriales sobre modelos y archivos de historias clínicas. En general, esas resoluciones toman poco estado público, son por ejemplo dictámenes de comisiones creadas para un fin determinado, tal como era ese tema y su cumplimiento ante la falta de controles, está supeditado a la voluntad de vivir cumpliendo las normas. Sin embargo son numerosas las normas legales que la imponen, así por ejemplo el Sistema Nacional Integrado de Salud, imponía una historia clínica tipo, otras normas solo llegan hasta la imposición de la historia clínica. Tales como en los dadores de sangre, medicina nuclear, leyes penitenciarias (legajo de salud), medicina del trabajo (legajo del trabajador), etc.

Puede señalarse que la historia clínica es el conjunto de documentos de valor médico legal que posibilita el derecho de las personas a la disponibilidad de la información contenida en los registros clínicos en ocasión de dictámenes médicos en salud o en enfermedad y su adecuada utilización en su atención médica y en el control de la misma.

### **2.4.2. Finalidades**

La historia clínica también resulta necesaria para el profesional que la confecciona por las siguientes razones:

- **Asistenciales:**

La Historia Clínica tiene como finalidad primordial, la de recoger todos los datos del estado de salud del paciente con el objeto de facilitar la asistencia sanitaria; permite una correcta evolución y análisis de la patología.

- **Científicas:**

Permite analizar a la luz de interrogantes que se le planteen, un problema científico determinado.

- **Evaluación de la calidad asistencial:**

Dado que la Historia Clínica debe ser el fiel reflejo de la relación médico-paciente así como el reflejo de la actuación médico-sanitaria dada al paciente, su estudio y valoración permite establecer el nivel de calidad asistencial prestada.

- **Docencia e Investigación:**

A partir de las Historias Clínicas es posible realizar estudios científicos e investigaciones de determinadas patologías, para publicaciones científicas y de docencia en el ámbito universitario.

- **Médico-Legal:**

Es en los casos de responsabilidad profesional donde cobra un alto valor jurídico de prueba, ya que permite la evaluación de la calidad asistencial y la conducta profesional.

- **Administrativa y de Auditoría:**

Es el elemento de capital importancia para el control y gestión de los servicios de salud y de las instituciones sanitarias.

### **2.4.3. Documento Jurídico**

El objeto y las características de la historia clínica, hace que se convierta en el documento médico-legal que recoge toda la relación profesional-paciente y todos los actos médicos y sanitarios.

Ésta, es la razón por la que, la historia clínica sea la prueba material en los casos de responsabilidad profesional, donde se transforma en la mejor protección o en la más eficaz pieza condenatoria, o en el mejor aliado o en el peor enemigo del profesional procesado, puesto que es el documento en el que se pone de manifiesto si el profesional actuó con la diligencia debida respecto a todas sus obligaciones en relación al paciente, o si, por el contrario, actuó de forma negligente, no poniendo a disposición del paciente los conocimientos médicos y los medios necesarios, según la ciencia del momento, y según circunstancias en las que practicó el acto médico, o no respetó los derechos del paciente.

La importancia de la historia clínica, como elemento de prueba en los casos de responsabilidad, se incrementa cuando se aplica para la resolución del caso, el principio jurídico de la inversión de la carga de la prueba (el deber del paciente de probar la culpabilidad del profesional que se presume inocente, salvo prueba de contrario, pasa a convertirse en la obligación del profesional de acreditar su diligencia, su inocencia), ya que es el único medio que posee para demostrar su inocencia o diligencia.

La historia clínica es también un conjunto de documentos de validez jurídico-médico que posibilita la información del desarrollo de la atención médica, el porqué de su éxito, el porqué de su fracaso o de haber logrado

solo resultados indeseados, o no satisfactorios, o consecuencias colaterales que debieron preverse o, por el contrario no pudieron preverse, pese a conocer el riesgo y tomado medidas para ese riesgo.

El derecho a la salud, emergente del derecho a la vida, a la dignidad, a la confidencialidad, a la integridad de su persona, a la intimidad, son derechos personalísimos a cuyo mantenimiento todos debemos contribuir, según los fundamentos básicos de solidaridad y universalidad.

Como surge de los derechos personalísimos, la historia clínica y su valor documental, necesita garantías de disponibilidad y uso, de donde surgen conceptos de propiedad, de custodia y de acceso oportuno. Esto guarda relación con las exigencias que se hacen del valor probatorio de un documento.

**Los valores probatorios son:**

- Autenticidad de los registros.
- Coetaneidad con la evolución. La simultaneidad es uno de sus máximos valores, tanto en lo medico como en lo jurídico.
- Integridad.
- Precisión.
- Claridad.
- Seguridad.
- Conservación.
- Posibilidad de consulta.
- Entendible.

**2.4.4. Formatos**

La ley 26.529 y su modificación la ley 26.742 dejan establecido que tanto la historia clínica en papel como la informatizada están contempladas siempre y en cuanto cumplan con los requisitos que establecen en su artículo 13 el cual se pasa a detallar:

“ARTICULO 13. **Historia clínica informatizada.** El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma”.

En los últimos años se ha producido en muchas instituciones de salud la sustitución de la historia clínica (HC) tradicional en soporte de papel por la historia clínica informatizada (HCI).

Según la ley 26.529/09, que hace referencia a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud, la HC es el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud (art. 12). En la misma se deberá asentar (art. 15): a) La fecha de inicio de su confección; b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar; c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad; d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes; e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere; f ) Todo acto médico realizado o indicado, 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.

Forman parte de la historia clínica (art. 16) los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, y se debe acompañar en cada caso un breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante. En definitiva, la HC constituye un documento que a su vez se presenta como un conjunto de datos. Considerar la HC como documento y como conjunto de datos, en el fondo no es más que representar el continente y el contenido. Un documento es un instrumento escrito en un medio durable o permanente con que se prueba, confirma o corrobora un hecho. La documentación médica es aquel medio en el que se demuestra la actuación médica. En definitiva, se caracteriza por tres elementos: es una cosa material, tiene una finalidad representativa (quiere decir algo) y se usa como prueba.

Un papel escrito es un documento porque es una cosa material que representa algo, y ese algo, a la vez, puede tener un cierto valor probatorio, dependiendo del tipo de documento de que se trate; no es lo mismo una escritura pública que un documento privado, para poner dos ejemplos extremos. La ley entiende por documento digital o electrónico a la representación digital de actos o hechos, con independencia del soporte utilizado para su fijación, almacenamiento o archivo. Y agrega que un documento digital también satisface el requerimiento de escritura (art. 6º, ley 25.506 y anexo I, decr. 2628/02).

Cuando se comenzó a utilizar la HCI, en la medida en que no estaba prohibida porque no estaba regulada, se podía entender que se aceptaba al igual que otros elementos probatorios emanados de tecnologías, tales como el fax o el télex, que tradicionalmente la Justicia recibió.

En la actualidad, los fundamentos legales para la HCI son los siguientes: según el art. 13 de la ley 26.529, el contenido de la historia clínica puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los

medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma.

A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma. La validez legal de los datos está sustentada por la ley 25.506/01, que hace referencia a la firma electrónica y la firma digital. La firma electrónica se refiere al conjunto de datos electrónicos integrados, ligados o asociados de manera lógica a otros datos electrónicos, utilizado por el signatario, como su medio de identificación, que carezca de alguno de los requisitos legales para ser considerada firma digital. Es decir que es una firma hecha con un certificado que no haya sido emitido por una autoridad certificante licenciada utiliza un password o un número de pin como autenticación, de manera que el que la emite es quien debe probar su autenticidad.

Por otra parte, la firma digital surge como consecuencia de aplicar a un documento digital un procedimiento matemático que requiere información de exclusivo conocimiento del firmante, y se encuentra bajo su absoluto control, de manera que es emitida por una autoridad certificante licenciada (empresa u organismo público), consta de un certificado digital que tiene una clave pública y una clave privada y dicho documento es encriptado. En este caso, se invierte el peso de la prueba, de manera tal que quien la niega debe probar que es falsa.

En términos sencillos, un médico o una institución de salud debe solicitar a un organismo autorizante una clave de identificación (ID) para firmar digitalmente un documento; una vez realizado esto, ese documento queda inmodificable y es legalmente aceptado. En la práctica ocurre que en

hospitales que tienen HCI, cuando la misma es solicitada por un juzgado, se la imprime, se firma y es sellada por un responsable de la institución (director médico).

Otra ley importante vinculada con la HCI es la **Ley 25.326/00,10 de “Protección de datos personales”**, que remarca la confidencialidad de los datos. Entendida la HC como un conjunto de datos que obviamente se refieren a la salud o a la enfermedad de una determinada persona, motivó que un aspecto fundamental de preocupación en su regulación legislativa fuera la protección de los datos personales. Esto ocurrió porque la circulación de esos datos es un verdadero problema que la ley de protección de datos busca proteger. Dicha ley tiene por objeto la protección integral de los datos personales asentados en archivos, registros, bancos de datos u otros medios técnicos de tratamiento de datos, sean éstos públicos o privados, destinados a dar informes, para garantizar el derecho al honor y a la intimidad de las personas, así como también el acceso a la información que sobre las mismas se registre, de conformidad a lo establecido en el artículo 43, párrafo tercero de la Constitución Nacional. Se reitera que actualmente y en virtud de la legislación mencionada, la HCI sería admisible como prueba en nuestro ordenamiento jurídico.

Pero además de ser admisible este documento, lo que hay que determinar es qué valor probatorio puede asignarle el juez, porque una cosa es que un medio de prueba sea admisible y otra es cuál es su valor probatorio. Ya quedó dicho que no es lo mismo una escritura pública que un documento firmado por dos personas que ni siquiera aclararon sus firmas; los dos son documentos, los dos son admisibles como medio de prueba, pero evidentemente no traducen un idéntico valor desde el punto de vista probatorio.

Nuestro régimen procesal tiene un sistema mixto en materia probatoria: hay algunos medios probatorios que tienen una eficacia probatoria específicamente determinada, como es el caso de la escritura pública o la

confesión de parte, que hacen plena prueba. En cambio, hay otros elementos de prueba que son de apreciación judicial, aplicando “el criterio de la sana crítica”; el juez va a determinar qué fuerza o qué valor probatorio tiene ese elemento en el contexto de toda la prueba que se ha presentado.

De la normativa reseñada resultan varios elementos a destacar respecto de la HCI: su valor probatorio, su confidencialidad, su autenticidad y seguridad. En primer lugar, la historia clínica constituye un documento, y en tal sentido puede ser admitida como medio de prueba. En segundo lugar, la confidencialidad implica que la información contenida ha sido cifrada y la voluntad del emisor sólo permite que el receptor que él determine pueda descifrarla. En tercer lugar, el tema de la autenticidad se vincula íntimamente con la cuestión de la seguridad. Éste es uno de los temas que ha planteado mayores desafíos para el Derecho. De allí la importancia de la firma digital o de la electrónica para otorgar validez legal a esos datos. La autenticación implica que la información del documento y su firma se corresponden indubitavelmente con la persona que ha firmado. La seguridad o integridad de la HCI asegura que la información contenida en el texto electrónico no ha sido modificada luego de su firma.

Si el código secreto es dejado en manos de una secretaria o de un asistente, o de la enfermera, o no se adoptan los recaudos apropiados cuando se deja el trabajo, si ese lugar va a ser usado por otro, entonces existe un riesgo de que esa contraseña pueda ser utilizada por otro y que pueda ocurrir algo mucho más sofisticado que la falsificación de la firma, porque en realidad aquí no se va a estar falsificando nada, la contraseña va a ser correcta y va a ser necesario probar que alguien se valió de ese elemento para autenticar algo que no le pertenece o para alterar, por la posibilidad de acceso a esa clave, un determinado contenido.

En definitiva, la **HCI** genera **ventajas** tales como:

- Ayuda al profesional en su práctica clínica diaria (legible, accesible en tiempo y espacio, ayudas a la prescripción farmacéutica y a la codificación, etc.)
- Facilita la ordenación y disminuye progresivamente el espacio necesario para su almacenamiento.
- Sirve de instrumento de ayuda para la investigación y la docencia mediante el fácil acceso a datos estadísticos y fuentes bibliográficas.
- Facilita el acercamiento entre la tarea asistencial y la de gestión.
- Es más segura y facilita la confidencialidad de los datos para el paciente.

También presenta **“desventajas”** tales como:

- Posible resistencia a utilizar una metodología distinta que obliga a estudiar cosas nuevas.
- Es lento y engorroso cargar los datos.
- Hay que ingresar muchos datos para cada paciente.
- Hay que invertir dinero en equipamiento informático.
- Si no existe una metodología adecuada al cargar los datos, las búsquedas son inexactas.

A modo de conclusión, se puede afirmar que cabe categorizar a la HCI como un documento electrónico, y también que es admisible judicialmente, que tiene valor probatorio, que existen medios para su autenticación y que su validez y eficacia van a estar asociadas a la confiabilidad de los medios que se empleen.

### **2.4.5. Requisitos**

#### **1. Completa**

Debe reunir los datos obtenidos de la anamnesis, exploración personal, pruebas diagnósticas complementarias, juicio diagnóstico y tratamiento, así como los detalles de la evolución clínica del paciente, los especialistas a los que ha sido remitido, los documentos de consentimiento informado y los rechazos al tratamiento de los pacientes.

#### **2. Ordenada**

Todas las anotaciones deben aparecer en orden sucesivo y debidamente fechado; los datos deben ser exactos y puestos al día.

#### **3. Legible o comprensible**

Se deberán utilizar letra legible, sin tachaduras ni enmiendas, con el uso mínimo de abreviaturas y si están son indispensables deben ser las establecidas por la Organización Mundial de la Salud de reconocimiento universal.

#### **4. Respetuosa**

Con el enfermo, los compañeros y con la institución y sus directores.

#### **5. Rectificada cuando necesaria**

No para ocultar una mala actuación, sino con el objetivo de completar y aclarar la historia del paciente.

#### **6. Veraz**

El requisito fundamental es la veracidad, además de la autenticidad y fidelidad en cuanto a forma y contenido sentando en ella la confianza colectiva de la sociedad de poder considerar un bien protegido a la documentación pública.

La falta de veracidad, puede hacer incurrir al profesional de la salud en el delito de falsificación de documento público, según lo normado por el artículo 295 del Código Penal.

## **7. Obligatoriedad y conservación**

La obligatoriedad de la confección y conservación de la Historia Clínica en establecimientos asistenciales públicos y/o privados, surge de lo dispuesto en el Art. 40 de la Ley Nacional 17.132:

Art. 40. Los establecimientos asistenciales deberán tener a su frente un director, médico u odontólogo, según sea el caso, el que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación del establecimiento bajo su dirección y sus obligaciones...

Aquí es donde resulta difícil compatibilizar los tiempos legales con los reales, en cuanto al almacenamiento de los documentos. En general, es conveniente conservarla durante 10 años, si se tiene en cuenta que el marco en que se encuadra la relación médico-paciente es el contractual y éste legalmente tiene ese lapso, si bien con respecto al tiempo de conservación, tanto la Ley 17.132 y la Ley 26.529 no lo establecen en forma escrita.

## **8. Redacción y confección**

- Deberá ser escrita en forma prolija y con letra legible.
- No es aconsejable la utilización de abreviaturas. La Historia Clínica no puede estar plagada de siglas y sólo se deben utilizar aquellas de uso común y la primera vez que se utilizan deben ser aclaradas entre paréntesis.
- No se debe tachar ni borrar. Si el profesional se equivoca al escribir en la Historia Clínica, debe ser salvada aclarando la nueva escritura y firmando lo salvado.

- Firmas. Todas las intervenciones y entradas en la Historia Clínica deben ser firmadas y aclaradas por el profesional actuante con el número de matrícula profesional y debe constar la fecha y la hora de dicha intervención.
- Foliación. Con el fin de evitar cambios o sustracciones o intercalaciones se debe foliar cada hoja del documento.
- Debe ser completa. La Historia Clínica debe reflejar los acontecimientos médicos del paciente y la actividad del profesional que el médico efectúa sobre dicha persona y su padecimiento.

El juez al sentenciar necesita plena certeza, definiendo para ello que la verdad es la concordancia entre un hecho real y la idea que de él se forma el entendimiento. Podemos afirmar que una historia clínica confeccionada en forma legible, veraz y regularmente actualizada, que contenga información suficiente sobre las circunstancias que razonablemente fundamenten el diagnóstico, el tratamiento instituido y el resultado obtenido, constituye un instrumento médico-legal clave, con el que cuenta el médico para ayudarlo a demostrar cuando se lo cuestiona en el legítimo ejercicio de su profesión.

#### **2.4.6. Elementos constitutivos**

La Historia Clínica debe contener toda la información en forma secuencial del acontecer en el paciente; ser el fiel reflejo de los pasos cronológicos seguidos y de todos los actos de los profesionales y auxiliares, con sus firmas y aclaraciones, así como, los tratamientos que se hubieran aplicado y el profesional que los hubiera indicado, debiendo contener como mínimo y con carácter enunciativo y no limitativo los siguientes ítems:

- Datos personales del paciente
- Fecha de ingreso y egreso

- Antecedentes heredo-familiares
- Estado del paciente a su ingreso
- Motivo de consulta o ingreso
- Antecedentes de la enfermedad actual
- Estado de su enfermedad actual
- Examen físico, general y específico
- Exámenes complementarios solicitados y sus respectivos resultados
- Diagnósticos presuntivo/s y diferencial/es
- Plan terapéutico
- Evolución diaria u horaria según la gravedad del cuadro
- Alta o Egreso y recomendaciones
- Epicrisis

Existen distintos documentos en los cuales se recoge toda esta información del paciente y que forman parte de la confección de la Historia Clínica, a saber:

- Informe de Alta
- Hojas de curso clínico en las cuales se recogen todos los datos de la evolución del paciente
- Hojas de datos de enfermería
- Hojas de seguimiento de enfermería donde deben constar las actividades desarrolladas sobre el paciente
- Hojas de quirófano como la hoja pre anestésica, hoja operatoria o protocolo quirúrgico y hoja de anestesia
- Hojas de prescripciones médicas
- Hojas de resultados de estudios y análisis solicitados y/o informes de otros servicios (interconsultas)
- Hoja de servicio social completada por el asistente social si el paciente presenta algún problema de esta índole

- Hoja de consentimiento informado
- Hoja de alta voluntaria
- Hoja administrativa con los datos de identificación, económicos y localización de los familiares
- Hoja de epicrisis

### Bibliografía

**# VAZQUEZ FERREYRA Roberto, “La importancia de la Historia Clínica en los juicios por mala praxis médica”, La Ley, año XI n° 60, 1996.**

**# La Historia Clínica en la prevención del delito de falta de responsabilidad, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 177, 757-772**

**# El acceso a la historia clínica, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 179, 779-780**

**# Guzmán F, González N, López C. La Historia Clínica. Guzmán F y cols. De La Responsabilidad Civil Médica. Medellín: Ediciones Rosaristas, 1995, 182-191.**

**# Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, 26.529, sancionada el 21/10/09, promulgada el 19/11/09.**

**# Ley de Firma Digital, 25.506, sancionada el 14/11/01, promulgada el 11/12/01.**

**# Ley de Protección de Datos Personales, 25.326, sancionada el 4/10/00, promulgada el 30/10/00.**

**# Patito J.A. Documentación médica: Historia Clínica, Patito J.A.,**

***Medicina Legal, Bs. As., Edit. Centro Norte, 1º edición, 2000, 112-114.***

***# Basile A. Derechos de los Médicos: Historia Clínica, Basile A.,  
Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética, Bs. As.,  
Edit. El Ateneo, 3º edición, 2001, 36-39.***

## **2.5. Jurisprudencia**

### **2.5.1. “Fallo sobre titularidad de historia clínica”**

Se presenta un caso de jurisprudencia donde se falla a favor del familiar del paciente respecto a la titularidad de la historia clínica del año 2001. “Un fallo del Superior Tribunal de Entre Ríos reconoció el derecho al hijo de un paciente fallecido sin necesidad de orden judicial”. Accionante: Sr. Medina. Demandado: Hospital Centenario de Gualeguaychú.

**Hechos:** “El padre de José Medina falleció el 5 de marzo en el Centenario de Gualeguaychú. Medina solicitó una copia al Hospital y el director del mismo alegó que, la documentación no se entregaba a los particulares sin orden judicial, sugiriéndole que pida al médico que asistió a su padre un resumen de la historia clínica. El interesado recurrió a los tribunales y el juez de primera instancia hizo lugar a la acción de hábeas data exhibitoria. La decisión del magistrado fue apelada y puesta a consideración del Superior Tribunal. El Superior Tribunal de Entre Ríos estableció que los médicos y centros hospitalarios están obligados a proporcionar copia de las historias clínicas de los pacientes que las soliciten, sin que para ello sea necesaria una orden judicial. Reconociendo ese derecho al hijo de un paciente fallecido en el Hospital Centenario de Gualeguaychú. De esta manera sentó jurisprudencia en cuanto a la aplicación del recurso de hábeas data en materia de salud”.

#### **Bibliografía**

***#<http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2001/04/25/politica/POLI-08>***

### **2.5.2. “Fallo de Historia Clínica Electrónica”**

CNCiv Sala G 11-04-06 “el Dial AA 3476

KLJ s/lesiones culposas

La Suprema Corte de la Provincia de Buenos Aires determinó que la Historia Clínica es un instrumento privado.

Determina que si la Clínica oculta la HC es responsable ya que priva al paciente de una medida de prueba fundamental.

Bibliografía

**#“Firma digital, su importancia en la historia clínica electrónica”**

**Oficina Nacional de Tecnologías de Información. Dra. Leonor Guini.**

### **3. CONCLUSIÓN**

Al comenzar este trabajo hemos podido comprobar que con el nacimiento de la historia clínica nace el documento elemental de la experiencia médica que representa también el documento fundamental del saber médico; más de veinticinco siglos después hemos pasado del papiro en los comienzos de la historia al formato electrónico, alcanzando una gran complejidad en documentos y pruebas complementarias, pero el registro de nuestra observación del paciente continua siendo el método que convierte nuestro arte en ciencia y es el mismo el que debe quedar fehacientemente plasmado para su posterior utilización cuando la ocasión lo requiera.

Naturalmente una buena historia Clínica es necesariamente extensa, pero no por extenso es necesariamente buena, debe cumplir con todos los requisitos que exigen la ley y las buenas costumbres. Su elaboración requiere no sólo tiempo sino también una gran pericia que sólo se puede adquirir al lado de maestros experimentados en este arte. Afortunadamente el sistema de formación médica actual proporciona al aspirante tiempo, y los diversos sistemas de salud maestros, medios y, sobre todo, pacientes para que puedan adquirir esta pericia; sólo es necesaria, pues, su plena dedicación.

Es evidente que a lo largo de la historia de la humanidad, el hombre en la búsqueda incansable de la curación de los enfermos, ha pasado por diferentes planos: míticos, teológicos, filosóficos y científicos, pero siempre de una u otra manera ha ido dejando asentado su pensamiento crítico de la situación analizada a través de la escritura en cualquiera de sus formas.

Este es el concepto más antiguo de lo que podemos presuponer una historia clínica.

No se presta lugar a dudas que la historia clínica a través del tiempo ha cumplido un rol fundamental en la documentación de los diferentes procesos de enfermedad de las personas, de lo que se desprende el rol didáctico para las generaciones de galenos, ya que la información contenida

ha sido utilizada para comparar, discernir, investigar, intercambiar, analizar y compartir, entre otras, información médica.

De no haber existido tal documentación sobre las patologías que han ido sufriendo las generaciones a lo largo de la historia, no hubiese existido la evolución ascendente en la descripción de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de las mismas. No olvidemos que hoy conocemos mucho más que antes por el ensayo y error, tan bien documentado por los primeros hombres que se preguntaron cómo hacer para mejorar y prolongar la vida de sus semejantes.

En las épocas más actuales la confección de la historia clínica ha tomado una nueva dimensión, no menos importante, como lo es la esfera administrativa-legal. Se ha tornado un instrumento público de suma importancia en la nueva concepción de la medicina moderna, donde ya no es solamente el volcar los datos descriptivos de la enfermedad como antaño, sino también el aporte de datos técnicos requeridos y solicitados tanto por el paciente como por los entes administrativos que lo requieran.

A lo anterior expuesto y siguiendo su análisis lineal aparece en esta línea de tiempo el concepto de **“Patobiografía”** o **“Historia de Salud”**, concepto éste globalizador de toda la historia del paciente, desde su nacimiento hasta su muerte, y no un mero describir técnico de las situaciones de enfermedad, sin dejar de entender que la estructura, formato y basamento legal será el mismo de la época en que se presente. Lo que cambiara es el paradigma de pensamiento respecto a lo que engloba y a sus finalidades.

En este nuevo concepto algunos osan pensar en incluir en un futuro no muy lejano la historia del paciente previo a su nacimiento, campo este que está pensado para la genética.

Imaginemos una historia clínica donde no solamente tengamos el modelo estructural que conocemos en cualquiera de sus formatos, sino también el

estado previo al nacimiento del paciente como serían las enfermedades genéticas, su detección precoz y hasta su tratamiento previo.

En mi parecer la base ética, moral y deontológica debe estar presente en el relato de enfermedad del paciente, y el nuevo concepto de “Patobiografía” o “Historia de Salud” nos permite desarrollar y llevar a cabo esta concepción. No puede existir una historia clínica que no refleje el acto médico como tal, con su proceder humanitario.

La historia clínica no solo puede ser la “tradicional o en papel”, la “moderna o informatizada”, sino también la “humanitaria”.

Ya lo decía Albert Einstein: ***“La imaginación es más importante que el conocimiento”***. Imaginemos, para que cuando el futuro sea el presente, estemos preparados y de esta forma vayamos preparando el camino.

#### **4. BIBLIOGRAFÍA (Incorporada al texto)**

1. Laín P. La ética médica hipocrática. Deontología, derecho, medicina. Madrid. Colegio Oficial de Médicos de Madrid, 1977; 217-225.
2. Laín P. Historia de la medicina. Barcelona: Salvat. Editores, 1982; 112-215.
3. Story of the medical history, Galicia Clínica 2012, 73 (1):21-26, Sociedade Galega de Medicina Interna, Fombella Posada, Cereijo Quinteiro, Hospital Universitario Lucus Augustis.
4. Ballester R. Las maternidades y los hospitales infantiles. El Médico 1993; 494 (Supl 19): S273-S275.
5. Blánquez A. Aurelio Cornelio Celso y sus ocho libros de medicina. En: Celso AC. Los ocho libros de la medicina. Barcelona: Iberia, 1966; 14-88.
6. Revista Digital Universitaria. 10/03/2005; Vol. 6, Nº 3-ISSN; 1.067-6079.
7. Consideraciones para la relación médico-paciente, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 187, 843-854.
8. Consideraciones para la relación médico-paciente, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 152, 397-411.
9. Da Costa Carballo CM. Otros documentos: la historia clínica. Documentación de las Ciencias de la Información. 1997; (20): 41-63.
10. De Ángel Yagüez, R. Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario. Los Derechos del enfermo. Murcia: Conserjería de Sanidad y Consumo, 1987:45-73.
11. Medicina Legal, Fraraccio, J., Ed. Universidad, 1.997; 54-78.
12. Fundamentos de Medicina Legal, Basile, A., Ed. El Ateneo, 2.001; 22-98.
13. Medicina Legal, Patitó, J., Ed. Centro Norte, 2.000, 45-88.
14. Ley 26529, Cap. IV, De la Historia Clínica, Arts. 12 al 21; Sancionada 21/10/2009; Promulgada 19/11/2009.
15. Ley 26742, Arts. 1 al 6, Sancionada 09/05/12; Promulgada 24/05/2012.
16. Código de Ética de la Asociación Médica Argentina; Libro II: Del ejercicio Profesional; Capítulo 11: De La Historia Clínica; Expte Nº 129102/ 2001.
17. Mobilio J. Documentación médica: Historia Clínica, Kvitko L.A., Medicina Legal y Deontología médica, Bs. As., Edit. Dosyuna, 1º edición, 2010, 33-39.
18. Vázquez Ferreyra Roberto, “La importancia de la Historia Clínica en los juicios por mala praxis médica”, La Ley, año XI nº 60, 1996.
19. La Historia Clínica en la prevención del delito de falta de responsabilidad, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 177, 757-772.

20. El acceso a la historia clínica, Alfredo Achával, Medicina Legal, Tomo II, editorial La Ley, Capítulo 179, 779-780.
21. Guzmán F, González N, López C. La Historia Clínica. Guzmán F y cols. De La Responsabilidad Civil Médica. Medellín: Ediciones Rosaristas, 1995, 182-191.
22. Ley de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, 26.529, sancionada el 21/10/09, promulgada el 19/11/09.
23. Ley de Firma Digital, 25.506, sancionada el 14/11/01, promulgada el 11/12/01.
24. Ley de Protección de Datos Personales, 25.326, sancionada el 4/10/00, promulgada el 30/10/00.
25. Patito J.A. Documentación médica: Historia Clínica, Patito J.A., Medicina Legal, Edit. Centro Norte, 1º edición, 2000, 112- 114.
26. Basile A. Derechos de los Médicos: Historia Clínica, Basile A., Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética, Bs. As., Edit. El Ateneo, 3º edición, 2001, 36-39.
27. <http://www.ellitoral.com/index.php/diarios/2001/04/25/politica/POLI-08>.
28. "Firma digital, su importancia en la historia clínica electrónica" Oficina Nacional de Tecnologías de Información. Dra. Leonor Guini.