

DETERMINAR EL RIESGO MEDICO - LEGAL DE LA HISTORIA CLINICA MEDIANTE LA APLICACIÓN DE UN ESCORE.

Alexandre Lacassagne señalaba: “Tres características perfilan al médico legista: la técnica, la sabiduría y el arte. La técnica se alcanza con la práctica; la sabiduría con el estudio sin reposo, pero el arte requiere condiciones personales congénitas. Por eso, los que lo poseen y dominan éste último son escasos” (1).

“Investigar es ver lo que todo el mundo ha visto, y pensar lo que nadie más ha pensado.” Albert Szent Gyorgi.

El ejercicio de la Medicina como también el de otras profesiones sanitarias, se hallan reguladas en nuestro país por la ley Nacional 17.132, independientemente que sus prácticas se desarrollen en medios públicos o en medios privados, basándose la misma en la relación médico-paciente de la cual surgen derechos y obligaciones mutuas; por lo que la historia clínica adquiere una importancia en lo jurídico, dado que es el documento donde se inscriben no solo las actuaciones profesionales respectivas, sino que además el cumplimiento de las tareas y deberes (de asistencia, de información, etc.) del personal sanitario en relación al paciente, convirtiéndose entonces en la prueba documental que permite no solamente evaluar la calidad asistencial ante posibles reclamos en la responsabilidad profesional, sino también el rol en la responsabilidad en las diferentes instituciones sanitarias públicas o privadas.

La historia clínica es el documento escrito o instrumento médico-legal, manualmente redactados o informatizado -historia clínica electrónica-, en el cual se inscriben y constan metódica, ordenada y detalladamente la narración de la totalidad de los sucesos que

sufriere el actor como además, de las comprobaciones efectuadas por el/los profesionales tratantes del mismo por las asistencias que el actor recibiere tanto en un establecimiento sanitario público (hospital, centro sanitario, salas o unidades de atención, dispensarios, postas, etc.), como así también en establecimientos privados (hospital, clínica, sanatorio, consultorios particulares, etc.), desde el propio ingreso hasta el egreso, independientemente de su condición⁽²⁾. En un fallo de la SCBA dice que “la historia clínica posee un indudable rol instrumental respecto de la prestación de asistencia médica, en cual queda plasmado tanto en la Ley 26.529 sobre Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado (B.O.20-XI-2009) como en la reciente ley Provincial 14.494 que establece el “Sistema de Historia Clínica Electrónica Única” (B.O. del 19-III-2013). De ambas se manifiesta la indudable necesidad de garantizar la exactitud de su contenido; mas allá de su mera función registral, que constituye un verdadero tablero de comandos en la dinámica del desarrollo de la prestación de la salud, pues exhibe al profesional los diferentes y complejos aspectos del paciente informándole sobre los diferentes antecedentes en función de los cuales habrá de adoptar las acciones del caso”⁽⁴⁾; “ la historia clínica debe contener el relato preciso, puntual, cronológico y fiel de cada una de las circunstancias acaecidas por el paciente, ilustrando su estado al momento del hecho, debe ser una verdadera hoja de ruta o libro de bitácora, en donde el profesional interviniente tiene que asentar paso a paso las alternativas y las prácticas que ha materializado sobre el paciente”⁽⁵⁾.

Como instrumento médico-legal, es el único documento con peso propio que permite valorar y/o evaluar a la responsabilidad profesional en los fueros civil, penal o administrativo, etc., como prueba elemental, básica y determinante del accionar

profesional (3). Instrumento sobre el cual se realizará, durante la etapa probatoria el dictamen pericial médico, y que resulta ser un elemento clave en la elaboración del/ de los informes médico-legal/es practicados por el/los expertos (peritos) y que será apreciado judicialmente por el juez con el objeto de determinar una relación de causalidad o no en la responsabilidad médica profesional.

El objeto de estudio de todo informe pericial sobre responsabilidad médica profesional es la historia clínica, a través de la cual se valoran los documentos que la integran, con reconstrucción y análisis de los actos médicos realizados en el paciente.

La historia clínica además, es un elemento de orientación, colaboración y comunicación física y determinada entre los profesionales del arte de curar, donde pueden participar de manera unitaria o comunitariamente, en la toma de decisiones para un sujeto enfermo entorno a la recuperación de la salud de éste. Es decir que, es un testimonio escrito “documental” de veracidad de declaraciones sobre actos médico-clínicos y de la conducta del profesional; por lo que una historia clínica imperfecta en su redacción, con omisiones, poco legible podría limitar notoriamente la demostración de un acto médico; así podemos leer de un fallo de la SCBA: “la historia clínica, en cuanto relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual, constituye –antes que una mera formalidad administrativa o aún de un medio de pre constitución de prueba frente a una eventual y futura controversia-, una herramienta indispensable para el adecuado y eficaz desarrollo de la prestación sanitaria. De allí su inocultable relevancia para el diagnóstico, tratamiento, pronóstico y epidemiología,

circunstancias que exigen que su confección refleje una información clara y precisa, completa y metódicamente realizada” (6).

La eficacia probatoria de la historia clínica, “la historia Clínica es una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar las responsabilidades de los profesionales intervinientes, pues constituye la relación de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores como actuales, relativos al paciente, y que nos ilustran sobre su estado al momento de los hechos” (7).

En el mismo fallo (7), en el voto del Dr. Roncoroni, dice: “La historia clínica es un medio de prueba de capital importancia cuando se trata de dilucidar la existencia de mala praxis médica, porque su confección se va desarrollando a medida que ocurren los acontecimientos que involucran al paciente, registrándose en ella una totalidad sucesiva de acontecimientos que facilitarán luego, a quien la analice con ojo crítico, discernir con claridad tanto el fundamento científico de la asistencia brindada con el cabal cumplimiento de los deberes inherentes a la profesión ejercida. Se ha definido a la historia clínica como el instrumento mediante el cual el médico elabora el diagnóstico, fundamenta el pronóstico y consigna el tratamiento y la evolución de paciente”.

Continúa en su voto diciendo el Dr. Roncoroni: “la confección incompleta de una historia clínica constituye una presunción en contra del planteo exculpatario de profesional actuante, porque el damnificado carecería de la documentación necesaria para recurrir al proceso en igualdad de condiciones probatorias”.

Es decir que, una historia clínica irregular puede conllevar a un riesgo elevado sobre el profesional actuante, “una Historia clínica irregular es un fuerte indicio para tener

acreditada la culpa del profesional a través del mecanismo de las presunciones, lo cual constituye un primer paso para lograr una presunción causal, pero para que ese único elemento tenga poder convincente debe estar conectado a otros indicios, por ello el criterio de probabilidad que debe tener en cuenta el juez no se observa, entonces, por el solo hecho de encontrarse frente a una historia clínica redactada con algunos defectos insignificantes para deducir de él un elemento vital: el de causalidad o, en su caso, el de culpabilidad (art.165, inc.5, 2do.párr., CPCC) (8).

En relación a lo arriba detallado, puede también observarse en: “ la “completitud” y “exactitud “de los datos consignados en la historia clínica constituyen presupuestos indispensables de su funcionalidad, desde que – salvo situaciones excepcionales que así lo sugieran- en principio ha de estarse a lo que surge de la misma, pues perdería su verdadera razón de ser si cada una de las constancias registradas requieran de su renovada y continua comprobación por parte de los sucesivos intervinientes, lo que en la práctica importaría ello como la conveniencia de prescindir de esos registros” (2).

En relación al contenido propio de la misma, deberá entonces ajustarse a guardar una información secuencial y cronológicamente bien ordenada; como además incluir: Datos identificatorios del titular; fechas de ingreso y egreso, estado en el que ingresa el paciente, antecedentes personales y hereditarios, estado actual, diagnóstico presuntivo y/o diferenciales, estudios complementarios de diagnóstico/s, tratamiento/s y finalmente, la epicrisis, “incumple con el imperativo de obrar “con prudencia y pleno conocimiento de las cosas” (en el art. 902 de la ley de fondo), el profesional médico que confecciona una historia clínica incompleta, excesivamente breve, etc., porque ella debe ser clara, precisa...” (9).

En relación a la confección y la redacción, la historia clínica deberá ser siempre redactada por el propio médico actuante, con letra legible, ser detallada, sin el uso de abreviaturas; sin enmiendas ni tachaduras; que en el caso del que estas existieran, deberán ser obligatoriamente raspadas y salvadas; “la infracción de los principios que rigen la confección de la historia clínica no se produce únicamente ante la “tergiversación” o “predisposición” de la información allí contenida, sino que basta con la ausencia de claridad y precisión de dicho elemento de juicio, como para determinar un indicio contrario a la defensa exculpatoria del galeno (art.163.inc.5, 2º parte. C.P.C.C)” (10).

Es necesario recordar aquí que estamos redactando un documento sobre el cual podríamos luego de un tiempo, basar la propia defensa personal como así también la profesional ante posibles denuncias en la responsabilidad profesional. Es útil además recordar que cada actuación profesional sea datada, acompañándola con la firma y el sello profesional correspondiente o, sino también mediante la firma y su aclaración respectiva.

A los fines de evitar sustracciones o alteraciones en su cronología, es útil en proceder con la foliatura de la misma; tal como puede observarse en la jurisprudencia: “Debatida la responsabilidad médica, lo que se pone en mano del profesional no es tener que demostrar su actuar diligente, sino el que ante lo incompleto de la Historia Clínica debe aportar al proceso los datos faltantes de la misma y que habiendo sido él quien estuvo en manos el tratamiento de la paciente, al no ser arrimados al proceso, crean en su contra una presunción de verdad sobre su conducta antiprofesional, son la sustracción del deber de obrar “con prudencia y pleno conocimiento de las cosas”(art. 902 del Cód. Civil) que a él le corresponde desvirtuar (8). Estas condiciones, pueden en otra jurisprudencia

leerse: “Mas allá de si correspondía o no llevar una historia clínica, la insuficiente información de la planilla de guardia asistencia médica junto con el deber de cooperación que pesa sobre el establecimiento asistencial para aportar los datos necesarios que permitan ponderar el accionar de galeno en la observancia de las reglas del arte de la medicina, llevan a considera absurda la sentencia de Cámara que invierte la carga de la prueba olvidando que tal incumplimiento genera una presunción en su contra”⁽¹¹⁾. Las falencias en la confección de la Historia Clínica, como ocurre cuando la información es imprecisa o incompleta metódicamente, de modo poco claro, preciso y minucioso, implican una presunción contraria para el galeno responsable ⁽¹²⁾; ⁽¹⁰⁾; ⁽¹³⁾.

En el Servicio de Medicina Legal del Hospital Nacional Alejandro Posadas, hemos realizado un estudio de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, a partir de 3,768 historias clínicas que fueran foliadas ante y por el requerimiento desde los diferentes fueros del Poder Judicial por medio del oficio correspondiente cursados, en el lapso comprendido entre los años 2007- 2016.

Solamente por ese recurso jurídico-administrativo y sin poder contabilizar aquellas que fueran obtenidas por el mecanismo denominado secuestro, en promedio fueron remitidas a los Tribunales respectivos, 376 historias clínicas por año. Actualmente en nuestro Hospital Nacional, conviven a partir de una resolución de la Dirección Médica oportuna, la historia clínica en papel junto a la Historia Clínica electrónica o informatizada.

A partir entonces de la muestra analizada, se pudo observar y describir aquellas variables que más frecuentemente observadas en las mismas (indicios) y que representan un riesgo potencial en el incremento de reclamos judiciales por y en la responsabilidad profesional.

- a) *Remarcación en y de las escrituras médicas, sin su posterior enmienda o salvado.*
- b) *Presencia de tachaduras o raspaduras en las historias clínicas, sin ser salvadas.*
- c) *Uso de líquido corrector sobre los las escrituras previas, sin enmendar ni salvar.*
- d) *Uso de resaltadores por encima o de tintas por debajo (subrayados) de los escritos que previamente fueran realizados.*
- e) *Uso de adhesivos de tipo vinílico líquido o sólidos en y sobre los escritos efectuados.*
- f) *Lecto-escritura dificultosa no solo por el propio trazado de la escritura, sino que además, por lo ilegible de la propia letra manuscrita empleada, y con distintos tipos en el trazo de los bolígrafos utilizados, como además una diversidad en los colores de las propias tintas que éstos poseen.*
- g) *Escrituras que realizan los propios profesionales que no permiten su identificación, por carencia de firma aclaratoria y/o del propio sello del profesional actuante.*
- h) *Ausencia o formularios en blanco y/o con errónea redacción en el particular formulario del Consentimiento Informado.*

El objetivo de esta nueva contribución es la identificación y valoración de aquellos variables previamente definidas e identificadas -indicios que podrían ser elevados al rango de prueba- en las propias historias clínicas ya confeccionadas, y determinar un score de riesgo médico-legal de las mismas; por lo que un profesional o una institución podrá ponderar “in situ” el propio documento médico.

Este score es para un uso rápido, de aplicación e interpretación muy sencilla para entonces evaluar - a manera preventiva-, la calidad y la consistencia de los relatos o datos que en ella hemos fueran consignados en un paciente determinado.

Cálculo, Determinación y Aplicación del score de riesgo médico-legal de la Historia Clínica.

Una vez revisada la historia clínica caso, en una hoja pre confeccionada, serán analizadas aquellas variables que, serán necesariamente bien identificadas y celosamente evaluadas, a saber:

VARIABLES A SER CONSIDERADAS PARA EL SCORE

VARIABLE	SI	NO
1. La HC está completa y ordenada		
2. La HC tiene secuencia y cronología adecuada		
3. La HC presenta enmiendas, tachaduras, raspaduras, presencia de líquido corrector, abreviaturas sin aclarar, remarcados, subrayados, etc.		
4. Legibilidad de la letra		
5. Presencia expresa del Consentimiento Informado y características acorde a la ley 26.529		
6. Presencia de la firma expresa del paciente, Padre, Madre, Curador o Tutor habiendo comprendido o entendido o expresando satisfacción por el tratamiento propuesto o aplicado.		
7. Ausencia de las firma/s y /o Sello/s del/los profesional/les actuante/s.		
8. Evaluación del documento redactado : Aspecto y conservación.		
9. El documento está foliado.		
10. Hojas en blanco o protocolos de estudios en idioma distinto al español		
Total		

Se construirá entonces una matriz de doble entrada, donde sobre ordenadas, se identificarán aquellos factores “Variables” de riesgo descripto y enumerado en las columnas de la izquierda. En las abscisas, colocaremos solamente de la asignación para la valoración de cada celda. El puntaje a adjudicar a cada variable será que, cuando la misma se la halle presente, se le asignará el valor de uno (1) y la ausencia con el valor de cero (0) que serán consignando en la celdas respectivas. Luego del análisis, identificación fehaciente de solo aquellos criterios previamente definidos para ser evaluados. Finalmente, así se podrá obtener un valor absoluto o cuantificado en el score de riesgo o método del Dr. Valenti.

Una vez obtenido el valor en el score bajo la metodología detallada más arriba, se nos permitirá identificar el riesgo en 3 grupos bien definidos, a saber:

- 1. **ALTO RIESGO:** se definen como tales aquellas historias clínicas que presentan un resultado final o score con valores de 6 hasta menor o igual a 10 puntos.*
- 2. **MODERADO RIESGO:** aquellas historias clínicas que presenten valores en el score mayor a 4 y menores de 5 puntos.*
- 3. **BAJO RIESGO:** para aquellas historias clínicas cuyo score definitivo sea 0 o igual o menor a 3 puntos.*

La aplicación de esta tabla entonces, mediante los criterios de aplicación y evaluación de los parámetros previamente que fueran oportunamente definidos, no solo nos permitirán documentar una práctica médica segura y responsable, usando una escritura legible

sencilla y clara; así como también el ordenado, detallado, prolijo y pormenorizado de la descripción de lo todo lo desarrollado como figura expuesto; si no que además nos permitirá, no solamente el poder remitirnos a ella para así recordar de las actuaciones previamente oportunamente efectuada que por la propia solicitud o de terceros, y que puedan requerir de la ella para interpretar a partir de la documental testimonial así producida y/o de los relatos escritos no solo de las vivencias observadas, sino que también por las terapéuticas que fueran indicadas, aceptadas y aplicadas en la y por la recuperación de la salud del paciente.

En relación a la guarda, cuidado, conservación y archivo de la historia clínica no ha habido modificación alguna al marco legal vigente, por lo que por la Resol. N° 648 del 11 de Septiembre de 1986 emitida por la Ex Secretaria de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación se expresó que en el orden nacional las historias clínicas deben conservarse por el lapso de 15 años. En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, según el Decreto 4.182/85 de la ex Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, se estableció de los mismos plazos para los establecimientos asistenciales allí radicados.

Este análisis pormenorizado permitió hallar, describir, y registrar aquellas variables más significativas que podrían impactar en la responsabilidad profesional y formular e implementar el Score de Riesgo Médico-Legal de las Historias Clínicas.

Por todo lo más arriba expuesto, me permite concluir que:

- Una Historia Clínica llevada en forma o modo deficiente o incompleta demuestra la culpa profesional a través de la negligencia y/o imprudencia, cuando se encuentra corroborada por otros elementos probatorios producidos*

en la causa, entre ellos: Prueba confesional, Testimonial , de informes, Pericial médica, e Inspección ocular y que pueden llevar a la convicción judicial o a través de las presunciones “Pro Homini” que el médico ha incurrido en culpa, siempre y cuando se pruebe la relación de causalidad.

- *La deficiencia en el modo y forma de llevar la historia clínica y el daño a la salud, podrá ser asumida a una relación de “causa a efecto” (Art. 901 y 906 del Cód. Civil).*
- *El extravío o la pérdida de la historia clínica por parte del establecimiento médico podría ser valorado como una presunción pro-homini en su contra, habida cuenta de la relevancia probatoria que la misma reviste como prueba instrumental, dado que allí se registran los distintos actos médicos practicados en el paciente, documentando cada una de las prácticas a las que se le somete, por ende el establecimiento no solo es responsable de su confección sino también de su custodia toda vez que es el guardador o depositario de la misma, y así como de la denuncia de la pérdida, en su consecuencia somos de la opinión que al no hacerse cargo de tales extremos demuestra un actuar negligente.*
- *Una correcta historia clínica que avale la buena práctica de la medicina, es de vital importancia para eximir de responsabilidad al médico.*
- *La historia clínica es un instrumento privado Médico-Legal-Administrativo (Art. 1102 del Cód. Civil), emanado unilateralmente del médico tratante y que asiste al enfermo. El plazo de conservación y custodia de la Historia Clínica en*

jurisdicción de la CABA es de 15 años y para la provincia de Buenos Aires es de 10 años.

- *La aplicación de este método permitirá al médico práctico de una manera rápida, sencilla y efectiva poder valorar el testimonio escrito producido por y en la atención profesional realizada.*

BIBLIOGRAFIA

1. *Précis de Medicine Légal, Ed. Masson y Cie; pág. 21, Paris, France.*
2. *Patitó, José A.; pag. 114, Edición Centro Norte, Abril 2001.*
3. *Guía de Procedimientos en Cirugía-Vol. I, pág.114, Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires Distrito III, Fondo de Resguardo Profesional, Agosto 2006.*
4. *<http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx>; SCBA LP C 111009S 12/03/2014 Juez Hitters (SD) Carátula: B., M. N. c/ Municipalidad de Malvinas Argentinas y otros s/ Daños y Perjuicios.*
5. *CC 0100SN 6494 RSD-25-11 S 22/03/2011 Juez Telechea (SD) Carátula: Correa de Pintos, Irma O (su sucesión) c/ Clínica Privada Moderna S.A. s/ Daños y Perjuicios. Observ. Trib.Orig. JC04.*
6. *<Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx>; SCBA LP C 111009 S 12/03/2014 Juez Hitters (SD), Carátula: B.M.M. c/ Municipalidad de Malvinas Argentinas y otros/ Daños y Perjuicios.*
7. *<Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx>; SCBA Ac. 82488 del 03.08.2005, V., J. W. c/ Clínica de Niño y La Familia S.R.L. s/ Daños y Perjuicios; el Dr. de Lazzari, mayoría.*
8. *<Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx>; SCBA LP C 97750 S 16/072014 Juez Kogan (MI) Carátula: B.R.W y otra contra Sanatorio Privado Mater Dei S.C.A Daños y Perjuicios.*
9. *<Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx>; SCBA LP C 92067 S 14/09/2011 Juez Genoud (MI) Carátula: M., H.A. c/ F., A. s/ Daños y Perjuicios.*

10. [Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx](http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx); SCBA LP C 97796 S 31/08/2011 Juez Hitters -. Carátula: Boragin, Osvaldo c/ Hospital Municipal Eva Perón y otros s/ Daños y perjuicios.
11. [Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx](http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx); SCBA LP C 112820 S 17/12/2014, Juez Genoud (MI) Carátula: Langoni, Adriana marcela contra Hospital Italiano. Daños y Perjuicios.
12. [Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx](http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx); SCBA LP C 107510 S 11/09/2013, Juez de Lazzari (MA) carátula: Zamora, Analía y otros c/UDEM, Municipalidad de Dolores y otros/ Daños y Perjuicios.
13. [Http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx](http://juba.scba.gov.ar/Busquedas.aspx); SCBA LP C 92810 S 27/04/2011, Juez Hitters (MA) Carátula: C.d.M, R.A y o c/ CSPS y o. s/ Daños y Perjuicios”.
14. Valenti, Daniel y colaboradores: “Aplicación de la matriz FODA a la Historia Clínica”, trabajo presentado ante las Jornadas de Investigación Hospital Nacional Alejandro Posadas, Diciembre 2016. (inédito).