

La historia clínica en las demandas

Ivan Manrique, MD*, Mario Andrés López O, MD**

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de que un paciente presente una queja sobre nuestra atención médica es mayor cuando se presenta un daño. Pero así no se presente el daño los pacientes conocen cada vez más sus derechos y la posibilidad de hacer un reclamo. Se debe tener en cuenta que sus razones no son siempre basadas en la buena fe y esto en un país en crisis se puede presentar con alguna frecuencia. Dice el saber popular que es preferible un mal arreglo a un buen pleito y como nadie esta exento es bueno estar preparados. Con este propósito la Sociedad Colombiana de Reanimación y Anestesia creó el FEPASDE hace 9 años. Desde donde estamos trabajando en pro de un trabajo médico idóneo y por lo menos sin el factor de estrés que genera la posibilidad de una demanda. Nuestra experiencia en el manejo de estos inconvenientes nos ha mostrado que uno de los problemas más críticos es la elaboración deficiente de las historias clínicas, lo que nos motiva a escribir ciertas recomendaciones que pueden ayudar a evitar un problema mayor.

DEFINICIÓN DE HISTORIA CLÍNICA

Para unificar criterios adoptamos la definición establecida en la resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, art. 1 *"La historia clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley"*.

Aparte de la importancia que tiene este documento como instrumento de comunicación para conocer los antecedentes de salud del paciente, optimizar su atención presente y futura, permitir la investigación y la docencia, debemos recordar que también es una fundamental herramienta probatoria a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas.

La historia clínica también es un elemento que sirve como criterio de calidad de los cuidados médicos, de la correcta asistencia facultativa y puede ser utilizada como prueba técnica. Es el registro formal y único de la atención brindada por el médico, es inmodificable, y es una prueba veraz, imparcial y válida para la justicia.

A diferencia de los usuarios de servicios de salud, quienes en los últimos años han elevado en forma importante el conocimiento acerca de sus derechos; el profesional y las instituciones de salud no han progresado lo suficiente para estar a la altura de la avalancha de las nuevas reglas de juego legales del sistema de salud, que afectan el ejercicio de las profesiones médicas y paramédicas. Esta situación se expresa en frecuentes deficiencias probatorias en los procesos medico legales, y una de ellas es la historia clínica deficiente.

Por tanto es bueno tener en mente siempre algunas normas básicas sobre a la historia clínica, que se deben cumplir juiciosamente so pena de encontrarse sin el elemento probatorio fundamental a su favor en los procesos de responsabilidad profesional por complicaciones o falla en la atención de salud, que se derivan en procesos éticos, penales, civiles, disciplinarios o administrativos.

PRIMERO: RECORDAR QUE LA HISTORIA CLÍNICA ES PARTE DEL ACTO MÉDICO

El acto médico no se refiere exclusivamente a la acción del servicio profesional dado a un paciente, sino además incluye la obligación de registrarlo o documentarlo, en lo que se denomina la historia clínica (acto médico documental), que por normatividad legal es de carácter obligatorio. (Art. 34 de la Ley 23 de 1981 y art. de la Resolución 1995/99)

SEGUNDO: ES ELEMENTO PROBATORIO DE PRIMER ORDEN

La prueba fundamental de todos los procesos de responsabilidad por servicios de salud es la historia clínica, de donde se obtiene también las ba-

* Gerente Nacional División Científica, SCARE - FEPASDE. Master en administración en salud. Especialista en Bioética.

** SCARE - FEPASDE. Jefe Nacional Departamento Científico. Cirujano de Tórax. MSCNCT

ses para otros elementos probatorios tales como los peritajes medico legales, los comités de calidad AD HOC y los conceptos de expertos.

Su no realización se considera una falta del profesional, que impide sustentar los alegatos de exoneración en su defensa. Como es de suponer la calidad de la historia influye mucho, ya que al realizarla según las normas, obliga al profesional a interrogar y examinar adecuadamente al paciente. Es decir, implica un acto médico juicioso. Generalmente cuando la historia es de baja calidad, refleja así mismo descuido en la atención del paciente y no es de mucha ayuda o se convierte en un arma procesal contra el médico.

Los fallos mayoritarios juzgan en contra del profesional ante la inexistencia de historia clínica o la presentación de irregularidades de la misma. (Vázquez - Argentina)¹⁰.

La carencia de historia clínica priva de un elemento valioso para la prueba de responsabilidad médica y debe perjudicar a quien le era exigible como deber de colaboración en la difícil actividad probatoria y esclarecimiento de estos hechos¹⁰.

TERCERO: PERTENECE AL PACIENTE

Aunque el médico tiene la autoría intelectual de la historia médica esta es propiedad del paciente. Puede utilizarse como material de consulta y apoyo a trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual, Art.30 del decreto 3380/81². El paciente puede autorizar a la persona que desee para tener acceso a su historia clínica en forma expresa y por escrito. La entrega de copias al paciente se realiza única y exclusivamente para fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes.

CUARTO: CARACTERISTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA (Resolución 1995 de 1999)

- Integralidad - Información científica y técnica administrativa relativa a la atención de salud.
- Secuencialidad_- Deben los registros tener la secuencia cronológica de la atención.
- Racionalidad Científica - La historia debe evidenciar en forma lógica, clara y completa el procedimiento realizado para determinar el diagnóstico y plan de manejo.

- Disponibilidad - Posibilidad de utilizar la historia clínica en el momento en que se necesite, con las limitaciones que impone la Ley.
- Oportunidad - El registro debe ser simultaneo o inmediatamente después a la ocurrencia de la prestación del servicio.

QUINTO: COMPONENTES DE LA HISTORIA CLÍNICA (Resolución 1995 de 1999)

- Identificación del Usuario - Datos completos del paciente, dirección y teléfono, responsable legal y asegurador.
- Registros específicos - Aquí se consignan datos e informes de la atención prestada.
- Anexos - Son documentos que sirven como sustento legal, técnico, científico de las acciones realizadas con el usuario, tales como el consentimiento informado, autorización para necropsia u otros que se consideren pertinentes.

SEXTO: CALIDAD DE LA HISTORIA CLÍNICA

Existen características que permiten determinar la calidad de la historia clínica, y por ende la fuerza probatoria de esta.

- 1- Completa
- 2- Coherente
- 3- Sustentada
- 4- Sin espacios en blanco
- 5- Autorizaciones incluidas
- 6- Fechada y firmada
- 7- Legible

Si alguna o varias de estas no se cumplen, puede reflejar un comportamiento médico inadecuado en la atención del paciente.

SEPTIMO: ACCESIBILIDAD A LA HISTORIA

Pueden tener acceso a la historia clínica: (Resolución 1995 art. 14)

- El Usuario
- *El equipo de salud* (Profesionales, técnicos y auxiliares del área de la salud que asistan al usuario, los auditores médicos de aseguradoras y prestadores responsables de la calidad del servicio de salud brindado)

- *Las autoridades judiciales y de salud en los casos previsto por la Ley*
- *Las demás personas determinadas por la Ley*

Las autoridades competentes para conocer la historia clínica son: La Superintendencia Nacional de Salud, Los jueces de la república, El Tribunal de Ética Médica, La Fiscalía General de la nación y la Procuraduría General de la Nación⁹.

Cuando se requiera información sobre la atención de un paciente para efectos diferentes de los estrictamente legales o científicos, se refiere a:

Resumen de atención en los pacientes hospitalizados, documento obligatorio para las IPS establecido en la resolución 3905 del 8 de Junio de 1994 .

Epícrisis como sustentación para facturar según la resolución 3374/2000⁸.

Esta última aunque tiene información sobre las condiciones del paciente, el hecho de que circule para estos efectos fuera de la institución de salud, no viola el derecho a la intimidad de los pacientes puesto que los datos allí registrados tienen protección suficiente sobre su divulgación y son necesarios para las acciones del Ministerio de Salud relacionadas con la información para decisiones en beneficio de la comunidad. (Sentencia del Consejo de Estado 6203 de mayo 4 de 2001).

OCTAVO: CUSTODIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

La institución o prestador del servicio de salud, esta obligada a custodiar la historia clínica en forma organizada y tenerla disponible en el momento en que se necesite. La entrega de copias al paciente cuando lo solicite se realiza única y exclusivamente para fines procedentes de acuerdo con la Ley. En la sentencia T 443/94 de la corte constitucional se expresa: "Las instituciones de salud tienen el deber especial de mantener archivos de información relevante que asegure a la persona conocer plenamente cuál era su situación y cómo se procedió en el caso específico; así como la obligación de suministrarle toda la información personal cuando este la solicite".

La institución de salud o el proveedor del servicio entonces debe cumplir con los procedimientos de archivo o custodia de la historia clínica y puede entregar copias al paciente o a su representante legal cuando lo solicite para efectos legales².

El archivo debe establecerse en tres tipos: **De gestión**, con 5 años desde la última atención. **Central** cuando se ha sobrepasado más de 5 años sin ingresar nueva información , e **histórico** de conservación permanente para casos con valor especial. La historia clínica debe conservarse por un periodo mínimo de 20 años a partir de la última atención³.

NOVENO: COMITÉ DE HISTORIAS CLÍNICAS

Personas que al interior de la institución , se encargan de velar por el cumplimiento de las normas establecidas para el correcto diligenciamiento y adecuado manejo de la historia clínica. Sus reuniones tendrán actas con copia a la dirección de la institución.

Este comité esta reglamentado también en la resolución 1995 art. 19.

BIBLIOGRAFÍA

1. Castaño Patricia- Congreso de Responsabilidad Civil. Medellín. Julio 28 del 2000. "La historia clínica".
2. Ruiz Moreno "La Historia Clínica como acto Médico Legal". Conferencia en Cochabamba Bolivia. Septiembre del 2000.
3. Resolución 1995 de 1999. Ministerio de Salud. Colombia.
4. Resolución 3905 de Junio 8 de 1994
5. De Brigard Pérez Ana María. Valor Jurídico de las Historias Clínicas. Documento. 1997. Bogotá. Colombia.
6. Ministerio de Salud de Colombia . "Registros médicos e Historia Clínica . Bogotá, enero de 1983.
7. Congreso de Colombia. Ley 23 de 1981. Bogotá 1981
8. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución 3374 de 2000. Bogotá Diciembre 27 de 2000.
9. Mejía Braulio. Auditoría Medica para la Garantía de la Calidad en Salud. ECOE ediciones. Tercera edición. Bogotá año 2000. Pag. 70.
10. Vasquez Ferreyra. Los Daños y Perjuicios en el Ejercicio de la Medicina. Biblioteca Jurídica. 1ra edición colombiana. 1993. Pag. 223