

Valor probatorio de la Historia Clínica.

Errores de registración más frecuentes.

Desde hace tiempo es doctrina ampliamente aceptada aquella que sostiene que, salvo ciertas prácticas o intervenciones médicas respecto de las cuales se considera que la obligación asumida por el médico es de resultado¹, y que por tanto estamos frente a una responsabilidad *objetiva* cuyo análisis prescinde de la existencia o no de culpa en el obrar galénico, toda vez que lo que interesa es el compromiso asumido de una conducta *eficaz* en torno al objeto de la prestación, o la *traslación del riesgo* que el acto médico involucra, en la generalidad de los casos el profesional solo compromete un obrar diligente en procura de recuperar, conservar o preservar la salud del enfermo (obligación de actividad), pero sin asegurar el resultado pretendido por aquél, siendo el paciente quien asume las consecuencias de un resultado disvalioso, por supuesto en la medida en que haya sido debidamente informado acerca del diagnóstico, alternativas terapéuticas, tratamiento instituido, riesgos y eventuales complicaciones del mismo. Así entonces, solo la culpa del profesional a partir de una acción contraria a las reglas consagradas por la práctica médica, de acuerdo al estado de los conocimientos al tiempo de cumplida la prestación, y su directa relación de causalidad con el daño sufrido por el paciente, puede fundar una condena de responsabilidad civil.

En ese orden, también es mayoritariamente aceptado que es el paciente quien -en general- tiene la carga de probar tales presupuestos de la responsabilidad (violación de la *lex artis*, culpa *in concreto*, daño *resarcible* y relación de causalidad adecuada). Sin embargo, nuestras leyes adjetivas han consagrado en sus textos (y cuando no éstas lo ha hecho la jurisprudencia imperante) un principio fundamental: *el reparto de la carga probatoria*. Cada parte debe introducir al proceso la prueba que se encuentre en mejor condición de producir. Actor y demandado deben colaborar con el fin del proceso (una sentencia justa basada en la verdad real), acreditando aquellos extremos que le resulten más fáciles de probar.

Efectivamente el médico no solo se desobliga invocando y acreditando el caso fortuito, o el hecho de la víctima -culpable o no- como causante del daño, sino que se libera también probando su obrar diligente. Dicho de otro modo, si no es posible acreditar de manera inequívoca relación adecuada de causalidad entre el daño y la atención médica reprochada², pues resulta jurídicamente casi irrelevante indagar sobre la pericia, diligencia o prudencia del obrar médico; pero si el resultado es fácticamente atribuible a la conducta médica, pues en ese contexto el médico debe defender su obrar y aportar toda la prueba a su alcance para acreditar que lo hizo sin culpa, y que por tanto el evento dañoso se produjo a pesar de haber cumplido él con su deber³. Precisamente he aquí donde, para uno y otro campo de análisis de la cuestión (*imputatio facti* o *imputatio iuris*), cobra extremo valor la historia clínica, como instrumento donde el o los

¹ Ante determinados presupuestos de hecho y con distinto alcance, en distintos precedentes jurisprudenciales las siguientes prácticas médicas han sido concebidas bajo esa naturaleza jurídica: cirugía embellecedora, estudios de laboratorio o anatomopatológicos, transfusiones de sangre, daños por el hecho de las cosas, infecciones intrahospitalarias, practicas invasivas calificadas como "muy sencillas" -supuestos esto dos últimos por cierto altamente discutibles-, etc.-

² Tal como lo impuso nuestra CSJN, por ejemplo, en su sentencia de los casos "*Schauman de Scaiola, Martha c. Pcia de Santa Cruz*" del 06/07/1999, y "*Liporace Roque c. Vazquez Ferro, Guillermo y otros*" del 28/12/1998.-

³ Jorge Mosset Iturraspe, Responsabilidad Civil del Médico, página 210. Editorial Astrea, 1979.-



La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

profesionales registran toda la labor diagnóstica, terapéutica y de control o seguimiento llevada a cabo para con el paciente, resultando por tanto, en la inmensa mayoría de los casos, la prueba por excelencia del proceso, atento la prueba pericial se apoya en las evidencias allí contenidas⁴.

En consecuencia, la confección de una clara y completa historia clínica no es solo una exigencia del sistema de la seguridad social, o una cuestión de valor a los efectos estadísticos o académicos, sino fundamentalmente un elemento de vital importancia para poder acreditar el diagnóstico, la aplicación de un tratamiento aceptado por la ciencia médica, la adopción de decisiones médicas correctas, el control y seguimiento del paciente, y, por que no, eventuales circunstancias que operan como eximentes de responsabilidad, tales como: el rechazo terapéutico, el abandono de tratamiento, el incumplimiento del paciente al tratamiento instituido y/o a los controles clínicos o posquirúrgicos indicados, etc.

Cierto es que reconocida jurisprudencia, a la que adhiero, establece como regla general que ciertas omisiones o incluso irregularidades en la confección de la historia clínica no resultan suficientes *per se* para demostrar que el médico ha incurrido en mala práctica⁵, pero no menos exacto es que en diversos e insoslayables pronunciamientos judiciales se ha juzgado que **la presentación de documentación médica deficiente, sin registros cronológicos, claros, completos, veraces, creíbles y oportunos genera una presunción en contra del demandado**, que de no poder ser desvirtuada por otros medios probatorios da lugar a una condena contra el profesional e institución médica accionados.⁶

⁴ -CNCiv Sala H, 2004/10/08 "Borgatti, Silvano c. Instituto Dupuytren y otros", RCyS, 2004-XI, 47: La historia clínica es la prueba por antonomasia en los juicios en los que se persigue descubrir la mala praxis de un profesional de la medicina. El valor probatorio de la historia clínica se vincula con la posibilidad de calificar los actos médicos realizados, conforme a estándares –como adecuados y exhaustivos, inadecuados e insuficientes- y coopera para establecer la relación de causalidad entre ellos y los eventuales daños sufridos por el paciente.

-CCiv y Com Rosario Sala II, 1997/12/16. D., C. A. c. S. B. S. A., LA LEY, 1998-F, 852 (40.994-S): "En los casos en que se controvierte la existencia o no de responsabilidad médica, la historia clínica constituye la "probatoria probatissima".-

⁵ CSJ de Mendoza en sent. del 16/03/05 en autos "Cereda Olga c. Pcia de Mendoza"; CNCiv Sala D, sentencia en autos "L. de G. c/ S.G.F.C.".-

⁶ - "La constancia documental que emana de la historia clínica es una prueba sustancial en casos de mala praxis médica, que la convierte en un instrumento de decisiva relevancia para la solución del litigio, pues permite observar la evolución médica del paciente y coopera para establecer la relación de causalidad entre el hecho de la persona o de la cosa y el daño (del dictamen del procurador fiscal que la Corte hace suyo; CSJN, Sent. del 4-9-2001, en causa "P., S. R. y otros c. Clínica Bazterrica S.A. y otros"; LL 2002-A, 731)."

- CNCiv Sala F 2008/02/29 "B., J. V. y otros c/ Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires s/ daños y perjuicios", "Por otro lado, no está aquí en tela de juicio la importancia y trascendencia de volcar las distintas secuencias médicas en la historia clínica, así como también que la ausencia y omisiones que aquella pueda presentar no pueden sino perjudicar a quienes tienen el deber de confeccionarla y de asentar en ella todos los pormenores necesarios según la ciencia médica ... Las omisiones y el desorden que se traslucen de lo dicho, no puede sino jugar en contra de los facultativos".-

- CNCiv Sala E 1998/02/26, Cruz, Mónica L. c. Hospital Durand. LA LEY, 2000-B, 888, J. Agrup., caso 14.931: "En un juicio por mala praxis, la falta de datos en la historia clínica o la sospecha que ella ha sido confeccionada ex post facto y en miras al eventual juicio posterior, constituye una violación al deber de colaboración procesal y representa una presunción en contra del profesional".

- CNCiv Sala H, 1997/12/07, González, Miguel A. c. M. C. B. A., JA, 2000-IV-540: "La omisión de la historia clínica o su imperfecta redacción privan al paciente de un crucial elemento de juicio para



La mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional

Es que, así como el profesional puede ampararse en la historia clínica para sostener la defensa en torno a su falta de responsabilidad, correlativamente cargará con las consecuencias de no poder aportar al proceso una prueba cuya producción le está legalmente impuesta. De allí que desde la óptica médico legal nos permitamos sostener que la buena praxis del médico empieza por una buena relación médico paciente y por la confección de una correcta historia clínica. Historia clínica que se integra con los estudios de laboratorio, imágenes, interconsultas, y demás registros y practicas médicas relacionadas al diagnóstico y atención del paciente.

Con lo hasta aquí dicho este trabajo adolecería de importancia práctica, sobretodo para el profesional de la medicina, si no dedicara su parte final a al menos enunciar cuáles son los mas comunes y frecuentes errores en los que se incurre en materia de registración del accionar médico. No desde la óptica de un médico legista, que no lo soy, sino a partir de la vivencia que uno tiene por la cotidiana labor dedicada como abogado a asesorar y ejercer defensas de profesionales e instituciones de salud, lo que supone la no sencilla tarea de reunir y analizar toda la prueba documental sobre la que sustentamos el planteo de rechazo de la demanda. Desde esa posición me atrevo a puntualizar una treintena de errores o falencias en las que suele incurrirse en la confección de la historia clínica (naturalmente no todas juntas), lo cual en reiteradas ocasiones hace de la misma un instrumento que carece de valor legal para sostener la pericia o diligencia desplegada en la atención, y con ello la imposibilidad de arrimar al juicio aquel elemento probatorio que los tribunales le demandan al demandado.

Veamos:

1. Ilegibilidad.
2. No se describe examen físico.
3. No se especifica el horario de la evolución, o no se aclara el nombre del profesional que la efectuó.
4. Se saltean días de evolución y se enmienda mal.
5. No se transcriben laboratorios y/o resultados de estudios en la evolución.
6. No se preservan o incorporan a la historia clínica radiografías y estudios de diagnóstico o control relevantes.
7. No concuerdan los datos del medico con la hoja de enfermería.
8. No se instrumenta el otorgamiento del consentimiento informado.
9. Se confunde consentimiento informado con el llamado consentimiento general de internación.-
10. No se registran advertencias o indicaciones dadas al paciente.-
11. No se registran comunicaciones con el paciente.-
12. No se documentan evidencias de incumplimientos del paciente.-
13. No se registran respuestas a indicaciones precisas.
14. No se registran ni instrumentan rechazos terapéuticos, abandono de tratamiento, externación o fuga del paciente si alta sanatorial.-
15. No se especifica el cuadro clínico y condiciones de ingreso o egreso del paciente en una derivación o alta sanatorial.
16. No se consignan demoras o complicaciones en el traslado del paciente.

determinar la culpa imputable al medico quebrantándose el deber de colaboración que debe existir por parte del accionado para facilitar la prueba, consecuentemente la ausencia o deficiencia de dicho documento invierte la carga de prueba”.



La mutual Argentina Salud **y Responsabilidad Profesional**

17. Se confeccionan protocolos quirúrgicos que describen lo que NO se hizo.
18. No se describen hallazgos o complicaciones intraoperatorias.
19. Se solicita interconsulta con especialidad, y nunca se realiza.
20. No se registran respuesta o resultado de la interconsulta.
21. Se solicitan estudios y nunca se realizan.
22. No se registran eventos adversos, complicaciones, accidentes y contratiempos.-
23. No se documentan complicaciones (escaras, quemaduras, etc).-
24. No se documentan hallazgos clínicos *esenciales* para el diagnóstico o cuidado del paciente.-
25. No se deja constancia del pensamiento médico y algoritmos de diagnóstico.
26. No se cumplen protocolos o procedimientos especialmente instituidos para determinadas prácticas.
27. El médico "acusa" al colega.
28. No se confecciona epicrisis.
29. Falta de procedimientos comunes para la "administración" y custodia de las llamadas historia clínica de *internación* e historia clínica o ficha de atención *ambulatoria*. Se agrega que repetidas veces existen discordancias entre unos y otros registros.
30. En atenciones por guardia nada se dice de los estudios realizados y tratamiento indicado, evolución, pautas de alarma, destino del paciente, eventual derivación o indicación de control por consultorios. Muchas instituciones no han reemplazado aun el inadmisibles y riesgoso mecanismo de registración en un par de renglones del Libro de Guardias.

Como podrá apreciarse **se trata de falencias, errores, omisiones o irregularidades que no siempre acompañan o son el reflejo de una deficiente o negligente atención médica, sino que más bien están asociadas a cierta desaprensión o hasta desidia respecto de un instrumento de inmenso valor legal.**

Empezando por la propia ilegibilidad que revelan numerosas historias clínicas. Ilegibilidad que no solo "pone en jaque" el valor probatorio de la historia clínica, sino que también genera múltiples inconvenientes y riesgos en el ejercicio de la actividad médico asistencial, toda vez que una evolución o una indicación ilegible puede producir errores en el resto del equipo médico y paramédico que interviene en el cuidado y atención de la salud del enfermo, y de allí que en materia de prevención de riesgos médico legales este sea un punto a trabajar.

En definitiva, el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a las circunstancias de tiempo, persona, lugar y modo que condicionan el acto médico pudo haber sido el correcto, pero si ello no es posible corroborarlo en la historia clínica difícilmente resulte ser esa la convicción a la que arribe el juez. Así como nuestra realidad es la que obra en el expediente judicial, la del médico y la institución pasa en gran medida por la que surja del *expediente clínico*.

Rafael Acevedo.

Abogado - Gerente Mutual Argentina Salud y Responsabilidad Profesional.

mail: acevedor@lamutual.org.ar

Este artículo fue publicado en el ejemplar n° 10 de Argentina Praxis Médica, el Periódico especializado de LA MUTUAL – www.lamutual.org.ar