

EL DERECHO DEL PACIENTE AL USO CORRECTO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Carlos José Valerio Monge

Defensoría de los Habitantes, Apdo. 802-2400, San José, Costa Rica.

Juan Gerardo Ugalde Lobo

Universidad de Costa Rica. Apdo. Postal 2331-1002, San José, Costa Rica.

RESUMEN

El expediente médico constituye de hecho un documento público, aunque paradójicamente, la ética profesional obliga a mantenerlo secreto. Esto trae conflictos potenciales entre el interés del médico, el del paciente y el de la sociedad, especialmente cuando se involucran aspectos como la impericia (malpraxis) y la epidemiología. La tecnología actual lleva a convertir la información del expediente en "secreto compartido" al cual tiene derecho también el paciente.

Palabras clave: derechos de los pacientes, secreto profesional, expediente médico.

ABSTRACT

Medical files in fact public documents, although paradoxically they must secret for reasons of professional ethics. This can lead to conflict of interest among physicians, patients and society, mainly if such aspects as malpractice and epidemiology are involved. Current technology has turned the medical file into a "shared secret" in which the patient must be one of the informed parts.

1.- Introducción

El manejo del expediente clínico produce en la práctica conflictos reales de intereses y derechos entre pacientes y trabajadores de la salud o entre éstos y otro tipo de instituciones o personas. Puede presentarse, por ejemplo, el conflicto por una parte, entre el derecho de la protección de la vida privada del paciente como un derecho humano fundamental frente al deber del secreto de las actuaciones médicas.

Puede suceder que el incorrecto manejo del expediente clínico produzca daños a los pacientes cuando éstos requieran ya no tener acceso al documento, sino cuando éste no revela toda la información de los diagnósticos, sea omiso en las indicaciones que los trabajadores de la salud realizan o simplemente no aparecen dentro del expediente documentos o elementos esencia-

les para la protección de los derechos del paciente.

Una persona tiene pleno derecho a solicitar que se realice una epicrisis para el uso de su propio interés, como lo puede ser por ejemplo que lo haga con el fin de obtener una pensión por invalidez, para obtener una incapacidad laboral si fuera necesario o para una indemnización por daños y perjuicios con ocasión de un accidente de tránsito o un riesgo laboral. Puede suceder que en estos casos no se pueda realizar la epicrisis o ésta sea incompleta por cuanto faltan datos o estos nunca se hicieron constar. El daño podría ser más serio frente a casos de mala práctica médica.

La pérdida o destrucción de documentos, el estudio de la historia clínica por otras personas sin autorización ni derecho constituyen

también actuaciones irregulares del uso del expediente clínico.

Otros problemas ocurren, por ejemplo sucede que en ocasiones se microfilman sólo ciertas piezas del expediente, como son las notas médicas y no ocurre lo mismo con las notas de enfermería.

2.-Noción e importancia del expediente clínico

El expediente es el registro que contiene toda la información atinente de la evolución del paciente, de su enfermedad, de su mejoría, o de su recaída o bien de su cura. Contiene información sobre exámenes practicados y las anotaciones médicas de los miembros del equipo de salud. Es además un documento que puede ser utilizado como prueba en un proceso jurisdiccional.

El expediente clínico reporta múltiples beneficios entre los que cabe mencionar los siguientes:

1.-Valor didáctico o docente para las carreras afines al campo de la salud, así como también para ser utilizado para la realización de investigaciones científicas.

2.-Es utilizado para la recopilación de estadísticas de relevancia nacional y para procesos técnicos contables como por ejemplo para la determinación del costo de los servicios de salud ofrecidos tales como el valor de los días de estancia hospitalaria.

Resulta por lo tanto fundamental señalar que el expediente clínico y todos los documentos médicos que se incluyen en éste deben estar completos y estar presentes. Se convierte el expediente clínico en un punto de referencia fundamental para asegurar la atención médica de un paciente y para asegurar sus intereses y derechos.

El expediente clínico es un **documento público** en el que consta la información de los datos personales o personalísimos del paciente, pero también es el documento en el cual el trabajador de la salud deja constancia de sus actuaciones.

El expediente es propiedad de la institución hospitalaria, la cual es responsable de su uso, manejo, conservación y archivo.

3. -Elementos necesarios de un expediente clínico.

Los principales derechos de los pacientes como lo son el **consentimiento** y la **información** deben hacerse constar en el expediente. En actuaciones médicas importantes como en las intervenciones quirúrgicas, trasplante y donación de sangre, tejidos y órganos, aborto terapéutico, intervenciones en genética o bien en casos de experimentación médica como en los protocolos de ensayo de nuevos medicamentos *debe* hacerse constar siempre el consentimiento del paciente. Actuación que debe constar en el expediente con la respectiva firma de la persona llamada a dar esa autorización.

Debe el trabajador de la salud siempre dejar constancia de haber informado con cuidado al paciente, y a sus familiares y allegados si fuera el caso, acerca de los detalles de la intervención en salud que está realizando o la que se realizará, así como de las advertencias y demás aspectos importantes relacionados con las actuaciones de los trabajadores de la salud.

Todo trabajador de la salud que deje constancia de su actuación en un expediente médico debe cumplir al menos con los siguientes requisitos:

1.-Requisitos formales

- Escribir legible y pulcramente
- Redactar sin faltas de ortografía
- Escribir con tinta negra o azul
- Usar las abreviaturas autorizadas
- No dejar ningún espacio en blanco en las hojas de registro
- Subsanar anotaciones.

2.-Requisitos de fondo.

- Registrar los exámenes clínicos realizados
- Anotar la conducta del paciente, la que sea relevante.
- Anotar información acerca de los medicamentos que recibe el paciente
- Transcribir detalladamente las prescripciones
- Nunca utilizar calificaciones peyorativas u ofensivas acerca del paciente o su conducta.
- No utilizar los registros como documentos personales o acusatorios contra otro trabajador de la salud.

-El expediente no debe ser utilizado tampoco como instrumento de

- comunicación a otras personas a quienes no les debe interesar o
- conocer acerca de la vida o de las asuntos privados del paciente.

Es el expediente del paciente el documento llamado sólo a resolver aspectos que tengan relación con la salud del paciente.

Finalmente el expediente clínico no debe guardar secretos de encubrimientos de errores por parte de los miembros del equipo de salud. Los documentos médicos deben indicar la verdad real de los hechos y no debe nunca ocultar actuaciones que riñan con la ley, la moral o las buenas costumbres.

4.-Importancia del secreto profesional como un requisito de la correcta utilización del expediente clínico.

Las modernas tecnologías de la informática y el hecho de que normalmente es un equipo interdisciplinario de salud el que atiende al paciente obliga no sólo a que las anotaciones de todos los funcionarios sean claras sino también a compartir la información de éste. El manejo correcto de expediente clínico obliga a que el personal de salud comparta la información del paciente.

Este deber se extiende a todo lo relativo a los resultados de las exploraciones y pruebas prácticas, así como al diagnóstico, pronóstico y a la enfermedad misma y al tratamiento del paciente, incluso al hecho de la hospitalización.

La confidencialidad acepta excepciones con la condición de que se tutelen valores jurídicamente superiores, se respeten los derechos humanos y que la finalidad tienda a proteger la Salud Pública.

La doctrina generalizada acepta las siguientes excepciones al deber de confidencialidad:¹

1.- Indudablemente el consentimiento expreso del interesado, si es adulto, o de sus representantes legales si es un menor de edad o un incapacitado, releva de tal obligación en los términos en que alcanza dicha obligación.

2. - Por otra parte, tampoco supone ninguna violación del deber de secreto de transmisión de información relativa al paciente a otros facultativos o profesionales sanitarios en el medio hospitalario cuando esa medida sea necesaria para la realización de pruebas o de otros tratamientos acompañantes para garantizar la calidad de la atención médica al paciente. Por razones de Salud Pública es posible divulgar información a otros profesionales de la Medicina - e incluso a otras personas- con el fin de que se establezcan medidas de prevención dirigidas al control de una enfermedad y a evitar su contagio. Se intenta defender un interés colectivo frente a uno individual.

En España, la doctrina reconoce la importancia del **secreto compartido** antes que del **secreto divulgado** en algunas circunstancias especiales. No se trata de revelar un secreto en sentido amplio, sino de transmitir una información médica a otros galenos y/o autoridades que actuarán también en beneficio del paciente y de la colectividad. Estos médicos y autoridades quedarán igualmente obligados en la salvaguarda y protección del secreto.²

La necesidad de proteger la vida privada del paciente y la importancia de proteger la Salud Pública, obligan cada vez más a aceptar lo que la doctrina denomina el **paradigma del secreto profesional**.³

Según **Mark Siegler**, profesor asociado de Medicina de la Universidad de Chicago y Director del Centro de Ética Clínica de esa misma Universidad, el secreto profesional, tal como ha sido tradicionalmente entendido, ya no existe.

No es el secreto mismo, ni el valor ético que encierra lo que caducó, sino el contexto y la forma tradicional en que se entendió.

“Los servicios de salud y, en general, casi toda la atención médica está dejando de ser privada para convertirse en un hecho social, que transcurre en clínicas y hospitales en los que, por oficio, deben actuar e informarse muchas personas del cuerpo médico y paramédico, juntamente con los administradores de dichos servicios. Fuera de esa consideración debe tenerse en cuenta que, como fenómeno común en todos los países, las enfermedades y su tratamiento rutinario repercuten en el orden judicial, político, económico, así como en los medios masivos de comunicación.”⁴

La moderna dinámica entre la vida privada y el secreto profesional han hecho que los derechos se relativicen:

“El manejo del secreto profesional por parte del médico es doble, a saber, los intereses del paciente y el bien de los terceros, fundamento que actúa en cada caso. El médico y demás poseedores del secreto del paciente no pueden caer en el simplismo de verse amarrados a uno a otro, como si uno de los dos presentara carácter absoluto. En cada caso, ambos derechos, los del paciente y los de los terceros, ejercen sus exigencias concretas que deben tener el médico y demás funcionarios que por, oficio, se enteran del caso. Ningún derecho queda anulado sino relativizado: Los derechos del individuo y de la comunidad forman un campo de tensión en el que ambos se relativizan”.⁵

Obsérvese que una consecuencia interesante de este enfoque consiste en que ya no se debe hablar de violaciones del secreto profesional, ni de excepciones al mismo.

Muchos problemas prácticos ocurren en las clínicas y hospitales estatales y particulares en el manejo del expediente del paciente con el fin de proteger el secreto médico y la información de la vida privada del paciente. La información indudablemente debe ser compartida, el buen manejo del expediente clínico depende en gran medida en aceptar que la información ahí contenida califica como un **secreto relativo**, es decir en una información que puede ser compartida con otros trabajadores de la salud.

El argumento anterior es aplicable a aquellos trabajadores de la salud que laboren para centros de salud particulares que aleguen que por no ser funcionarios públicos no se

encuentran en la obligación de revelar cierta información o a no cumplir con las exigencias formales y de fondo que se han señalado aquí como requisitos del manejo del expediente clínico. El derecho a la salud, a una adecuada atención médica y al correcto manejo del expediente no puede responder al criterio de la diferenciación entre trabajador particular y funcionario público. Los derechos de los pacientes no pueden ser violados en atención a dichos criterios.

Resulta interesante revisar la forma como la legislación española ha regulado el tema. De manera clara la Ley General de Sanidad establece en primer término que no existe motivo alguno para negar al paciente información una vez terminado el tratamiento o durante el transcurso de éste o de obtener copia o certificación suplementaria que pueda ser de su beneficio. Los artículos 10 y 11 de la Ley General de Salud de España establecen de manera taxonómica que todos tienen derecho a que quede constancia por escrito de todo proceso en salud. Al finalizar la estancia del usuario en una institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegado recibiera su informe de Alta. Obligación a la que quedan sujetos los centros privados de atención médica según la misma legislación.

5.-Marco legal general del expediente clínico

En Costa Rica, el régimen jurídico del expediente clínico es el siguiente:

La Ley General de Salud establece, por su parte lo siguiente en el artículo 74:

“Los directores y administradores de los establecimientos de atención médica deberán velar por el correcto y acucioso funcionamiento del sistema de ingresos y egresos de pacientes y por el correspondiente archivo de expedientes clínicos, debiendo entregar al Ministerio de Salud, en la oportunidad y dentro del plazo que determinen en el reglamento o la autoridad de salud, las informaciones estadísticas requeridas.”

El Reglamento General de Hospitales establece en el artículo 18, inciso 2) aparte c) que el Director de un hospital es el funciona-

rio con máxima autoridad en el establecimiento, correspondiéndole especialmente velar por la correcta elaboración, manejo y archivo de las historias clínicas y porque no se vulnere su secreto.

Además el Reglamento General de Hospitales establece los siguientes deberes en relación con el manejo del expediente del paciente:

a.-Obligación de los Jefes de Servicio por la corrección de los documentos clínicos de su Servicio y por el acatamiento de las disposiciones reglamentarias internas.

b.-Deber de los jefes de clínica de pasar visita en compañía de los Asistentes de Servicio con el fin de revisar la historia clínica de cada caso en sus aspectos de diagnóstico, evolución y terapéutica, así como revisar y rectificar el resumen médico de pacientes una vez dados de alta o después de haber fallecido.

c.-Corresponde a los médicos asistentes revisar la historia clínica y exploración física del paciente con el objeto de determinar su corrección antes de que se le considere definitiva, discutir con sus subalternos, como práctica de orientación y enseñanza sobre la discrepancias de criterio y la deficiencias de la información de la historia clínica, revisar las anotaciones de evolución clínica y recomendar la terapéutica y los estudios de laboratorio y gabinete que se deban practicar y finalmente hacer el resumen de estancia, evolución clínica, diagnóstico y terapéutica empleados en los pacientes dados de alta o que hayan fallecido.

d.-Por su parte a los médicos residentes corresponderá discutir con sus superiores jerárquicos, especialmente con el médico asistente, como práctica de orientación y enseñanza, sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de información de la historia clínica, revisar y completar las historias clínicas y completar los exámenes de gabinete rutinarios y/o de emergencia que se deben practicar y hacer las anotaciones

de evolución clínica y las prescripciones recomendadas por el medico asistente.

Es importante destacar lo establecido en el artículo 55:

“ La atención de consulta externa deberá iniciarse en el oficina encargada del registro de pacientes en Estadística y Documentos Médicos con el procedimiento administrativo para identificar al enfermo, captar los datos que se requieran e iniciar la historia clínica si consulta por primera vez o buscar la de ocasiones anteriores, si es subsecuente.”

El artículo 56 resulta fundamental:

“Toda la información médica que se obtenga en la atención del paciente deberá quedar registrada en la historia clínica.”

El médico o el equipo de turno deberá dejar constancia escrita de todas sus actuaciones en los registros correspondiente (historias clínicas, protocolos quirúrgicos, registros obstétricos y registros de urgencia)

En las Salas de Operaciones se exige que todo paciente que vaya a ser operado vaya acompañado de la historia clínica completa, que se lleve a cabo la anotación estadística de la labor realizada en la sala, y dar cuenta diariamente al Departamento o Servicio de Estadística y Documentos Médicos de las intervenciones efectuadas en las salas de operaciones.

El artículo 323 señala como base para la supervigilancia técnica que todo establecimiento de atención médica deberá mantener un expediente clínico de cada paciente que contendrá la información mínima siguiente:

a.-Datos sociológicos del paciente.

b.-Datos médicos, tales como causa del internamiento, anamnesis, examen físico, nota de evolución y órdenes del médico y otros informes tales como exámenes de laboratorio, radiología, Interconsultas, operación, anestesia, etc. Además se deberá registrar el diagnóstico de ingreso y egreso, condición de salida y epicrisis.

c.-Los datos de enfermería son de gran importancia por la relación directa y constante que mantiene el personal de enfermería. La enfermera es indudablemente una las trabajadoras de la salud que con más cuidado y precaución deben dejar constancia de sus actuaciones, puede incluso, según señalan algunos autores, después de haberlo discutido con el equipo de salud y con los médicos, constancia escrita de no estar conforme con determinada actuación o intervención que se le practicará al paciente.⁶

No se debe perder de vista, la importancia de lo establecido en el artículo 9 del Código de Moral Médica que señala que todo documento médico debe estar estrictamente apegado a la verdad. Los certificados médicos sólo podrán extenderse con base en exámenes clínicos, de laboratorio o en otros estudios médicos efectuados al paciente por haber sido testigos de la enfermedad.

Por la importancia del valor salud como un bien jurídico de especial protección, quedan obligados además los médicos en el ejercicio privado de la profesión a extender la respectiva epicrisis a solicitud del paciente.

Por último, el mal manejo del expediente del paciente no sólo puede acarrear daños al paciente, sino que hace responsable penalmente a quien cometa el acto u omisión conforme sus obligaciones.

El artículo 357 del Código Penal establece que será reprimido con prisión de uno a seis años al que hiciere en todo o en parte un documento falso, público o auténtico o alterare uno verdadero de modo que puedan resultar perjuicios. Si el hecho fuera cometido por un funcionario público en el ejercicio de sus funciones, la pena será de dos a ocho años.

El numeral 358 de ese mismo cuerpo legal regula el delito de falsedad ideológica y establece las mismas penas que para el anterior artículo a aquel que insertare o hiciera insertar en un documento público o auténtico, declaraciones falsas concernientes a un hecho que el documento deba probar de

modo que pueda resultar perjuicio.

El artículo 360 siguiente establece que será reprimido con penas de seis a meses a dos años al que suprimiere, ocultare o destruyera en todo o en parte un documento o en parte un documento de modo que se produzca un daño.

Por último, el artículo 362 del Código Penal establece el delito de Falsedad Ideológica en certificados médicos y señala que se impondrá prisión de cuarenta a ciento cincuenta días multa al médico que extienda un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia, presenta, pasada de laguna enfermedad o lesión, cuando de ello pueda resultar perjuicio. La pena será de uno a tres años de prisión si el falso certificado tuviere por fin que una persona sana fuera recluida en un Hospital Psiquiátrico o en otro establecimiento de salud.

En relación con el respeto de la información del paciente que se hace constar en un expediente, el artículo 203 del Código Penal señala que será reprimido con prisión de un mes a un año o de treinta a cien días multa al que teniendo noticias por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación puede causar daño y lo revele sin justa causa.

Conclusiones

El expediente clínico es indudablemente un documento público. Como consecuencia de tal aceptación, el régimen jurídico que le es aplicable, el Derecho Administrativo obliga a que como documento de valor y de orden público deba ser administrado y utilizado correctamente. A esto se le debe sumar que se hace constar en éste los datos relativos a valores fundamentales del paciente como su vida íntima y su imagen, lo que con mayor fuerza obliga a los trabajadores de la salud a salvaguardar y administrar la información de manera correcta.

Al reconocer que el paciente tiene derecho de acceso al expediente clínico, se debe aceptar por lo tanto que tiene derecho a obtener la

información más veraz y cercana a la realidad de modo que le pueda ser útil, primero para hacer uso de su derecho a la información y segundo para que dichos datos pueda validarlos para los efectos legales o de su propio interés.

En el manejo del expediente clínico, resulta responsable administrativa, civil y penal, si fuera el caso, el trabajador de la salud que por negligencia o descuido realice actuaciones irregulares o ilegales que lesionen los derechos e intereses del paciente. Daños que pueden ser en la salud como patrimoniales.

Revelar la información que consta en un expediente a quien no tiene derecho o interés legítimo para ello, constituye una falta grave al deber del resguardo del secreto profesional, tanto como omitir una anotación o hacerla incompleta.

Todas las actuaciones deben hacerse, desde las notas de consulta externa, hasta las de emergencias. La pérdida de documentos médicos, tales como radiografías o lo que se conoce como documentos de difícil reposición, resultan ser una de las faltas más graves que se conoce que ocurre con frecuencia

Debe recordarse, una vez más que el médico y el jefe de los servicios hospitalarios son los principales responsables del manejo del expediente clínico. Resulta inaceptable el argumento de algunos de los médicos que señalan que la incorrecta utilización del expediente clínico es sólo responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Es un deber ético y legal además la lectura anterior de todas las anotaciones, esto es el

deber de los médicos de conocer las indicaciones que las enfermeras u otros trabajadores de salud han hecho constar en el expediente.

Deben los hospitales, como depositarios que son legalmente de la correcta utilización de expediente clínico lograr que todo el personal de salud conozca sus deberes en este sentido, no sólo como argumentan algunos, con el fin de protegerse de una denuncia penal, sino por el contrario, para desempeñar el cargo con honestidad, diligencia y respeto por la dignidad, la salud y de los derechos de los pacientes.

Notas

1. Ver: 1) Llano (Alfonso). El Manejo del Secreto Profesional con Pacientes con Sida. En: Fuenzalida- Puelma, (Hernán). Aportes de la Ética y el Derecho al Estudio del Sida. Editado por Hernán Fuenzalida- Puelma, Ana María Linares Parada, Diana Serrano Lavertu, Washington, D. C.: OPS, 1991, Publicación Científica No. 530, Pag. 149.; 2) Romero Casabona (Carlos M.) y Castellano Arroyo (María). La intimidad del paciente desde la perspectiva del secreto médico y del acceso a la historia clínica. En: Asociación de Juristas de la Salud. Derecho y Salud. Publicación Oficial de la Asociación de Juristas de la Salud, Madrid, España, Volumen 1, Número 1, Julio -diciembre de 1993. Pag. 8.
2. Romero Casabona (Carlos M.) y Castellano Arroyo (María). *Ob. Cit.* Pag.8.
3. Llano Alfonso) . El Manejo del Secreto Profesional con Pacientes con Sida. Fuenzalida- Puelma, (Hernán). Aportes de la Ética y el Derecho al Estudio del Sida. Editado por Hernán Fuenzalida- Puelma, Ana María Linares Parada, Diana Serrano Lavertu, Washington, D. C.: OPS, 1991, Publicación Científica No. 530. Pag. 153.
4. Romero Casabona (Carlos M.) y Castellano Arroyo (María). *Ob. Cit.* Pag. 150
5. Romero Casabona (Carlos M.) y Castellano Arroyo (María). *Ob. Cit.* Pag. 153.
6. Tabak (Nili). Informed Consent: The Nurse's dilemma. *Medicine and Law. World Assosiation for Medical Law.* Volumen 15, Número 1, 1996, Pag. 15.