

# **Historia clínica: enfoque medicolegal desde la normativa vigente en Uruguay<sup>1</sup>**

**Dr. Hugo Rodríguez Almada<sup>2</sup>**  
**Dr. Mario de Pena<sup>3</sup>**

---

<sup>1</sup> Presentado en el I Simposio Iberoamericano de Derecho Médico. Montevideo, setiembre de 2000.

<sup>2</sup> Médico legista. Profesor Adjunto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Comisión de Legislación Sanitaria y Derecho Médico. Sindicato Médico del Uruguay.

<sup>3</sup> Médico legista. Ex Profesor Adjunto de Medicina Legal. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Comisión de Legislación Sanitaria y Derecho Médico. Sindicato Médico del Uruguay.

## 1 INTRODUCCIÓN

Este trabajo se propone un resumido análisis medicolegal de la historia clínica desde una doble óptica: los conceptos teóricos actuales y la normativa jurídica y ética vigentes en nuestro país.

En Uruguay, las normas jurídicas que refieren específicamente a la historia clínica constituye un conjunto de disposiciones bastante dispersas y heterogéneas en cuanto a su jerarquía y su ámbito de aplicación.

Según un orden cronológico, ellas son:

- Ordenanza N° 363/54 del Ministerio de Salud Pública (Historia clínica de pacientes ingresados en servicios de Salud Pública).
- Decreto 355/82 (Destrucción de documentos).
- Ordenanza N° 33/84 del Ministerio de Salud Pública (Registros Clínicos en las Instituciones de Asistencia Médica Colectivizada).
- Orden General de Servicio N° 8/88 del Ministerio de Salud Pública (Expedición de historias clínicas).
- Orden Especial de Servicio N° 84/90 del Ministerio de Salud Pública (Unidad de asesoramiento y Control de la calidad de la Atención Médica y Odontológica).
- Ordenanza N° 1/90 del Ministerio de Salud Pública (Obligatoriedad de la historia perinatal base).
- Decreto 258/92 (Reglas de Conducta Médica).

En cuanto a su ámbito de aplicación, del examen de estas normas surge que:

- a) El Decreto 355/82 es de aplicación para *"las distintas instituciones de asistencia médica -sean éstas públicas o privadas-..."* (art. 2). Lo mismo ocurre con la Ordenanza N° 1/90 (art. 1) y la Orden Especial de Servicio N°84/90 (art. 1, lit. a y b).
- b) Las *"normas contenidas"* en el Decreto 258/92 *"son de aplicación directa en el ámbito de todas las dependencias del Ministerio de Salud Pública, cualquiera sea la forma de vinculación funcional de los profesionales que se desempeñan en las mismas"* (art. 45). Sin perjuicio de ello *"serán aplicadas por la Comisión de Salud Pública en aquellos casos en que sea llamada a juzgar comportamiento médicos acaecidos fuera del Ministerio de Salud Pública"* (art. 46). El mismo artículo establece que *"de igual modo se procederá la*

*Dirección general de la Salud, a través de sus reparticiones con competencia de fiscalización, en la apreciación de conductas que incidan en la calidad de la atención por parte de las instituciones sometidas a su control".<sup>1</sup>*

- c) La Ordenanza N°363/54 establece normas obligatorias para casos de *"enfermos internados en los establecimientos de Salud Pública"*.
- d) La Ordenanza N°33/84 es de aplicación en las instituciones de asistencia médica colectivizada (IAMC), definidas por la Ley 15.181.

El Código de Ética Médica del Sindicato Médico del Uruguay (en adelante: SMU), vigente desde 1995, constituye una referencia ineludible y contiene disposiciones obligatorias para todos los socios de la entidad (art. 1).

Se analizarán los conceptos más generales del tema que nos ocupa y, seguidamente, algunos aspectos medicolegales específicos y su solución en la normativa nacional.

## **2 CARACTERIZACIÓN Y DEFINICIONES**

La historia clínica es un documento de singular importancia en la práctica médica, ya que *"es el reflejo de todas las actuaciones médico-sanitarias con el paciente, de toda la relación profesional sanitario-paciente y de todos los conocimientos, medios y actuaciones médicas que se ponen a su disposición"*. (1)

De este modo, no sólo documenta el acto médico propiamente dicho, sino el cumplimiento de ineludibles deberes del médico (prestar asistencia, informar, requerir el consentimiento). (2)

Pero antes que importancia medicolegal la historia clínica resulta imprescindible como medio de comunicación. Y en este rol ha acompañado las modificaciones organizativo-administrativas (complejización y

---

<sup>1</sup> Nota: Con posterioridad a la publicación de este trabajo, el 23/5/2001 se aprobó el Decreto 204/001 por el que se establece:

*"Art. 1º.- Extiéndase con carácter obligatorio a todas las Instituciones de Asistencia Médica Públicas, Colectivas y Privadas de cualquier naturaleza, la aplicación del Decreto No. 258/992 de 9 de junio de 1992. Art. 2º.- La violación de lo dispuesto en el presente Decreto será considerada falta grave pasible de sanción". H.R.*

socialización del acto médico) y culturales (cambio del paradigma hegemónico en la relación médico-paciente) hacia las que evolucionó la asistencia médica en las últimas décadas. (1,3,4)

Así, en el contexto de un modelo caracterizado por una relación médico-paciente directa y biunívoca, de contenido paternalista, la historia clínica oficiaba como medio de comunicación en un sentido longitudinal, a modo de ayuda-memoria para el médico. En la situación actual, la historia clínica mantiene esa característica, a la vez que incorpora un trascendente valor como medio de comunicación en un sentido transversal, permitiendo la comunicación entre las muchas personas que pueden llegar a intervenir en la asistencia de un paciente en un momento determinado. (1)

La multiplicidad de personal (médico, paramédico y administrativo) ha llevado a repensar el significado del secreto médico, incorporando los conceptos de *secreto compartido* y *secreto derivado*. (5)

En consecuencia, el registro adecuado pasa a formar parte inseparable del acto médico y, por ello, deviene en componente de la *lex artis*, pudiendo entonces valorarse la historia clínica según la cantidad y calidad de la información que contiene. (2,3)

Por lo anterior hemos incluido la historia clínica entre los aspectos críticos de la responsabilidad médica, es decir, entre aquellos atributos del acto médico cuya falla favorece la presentación de reclamos justificados o no. (3,6)

La historia clínica fue definida por LAÍN ENTRALGO como "*el documento fundamental y elemental del saber médico, en donde se recoge la información confiada por el enfermo al médico para obtener el diagnóstico, el tratamiento y la posible curación de la enfermedad*". (7)

Para VÁZQUEZ FERREYRA el desarrollo de la vida del contrato asistencial "*se refleja en un documento que se irá completando a lo largo del proceso de atención médica, y como tal servirá para identificar en un futuro la calidad de dichos servicios, y muy particularmente se convertirá en una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas*". (8)

Y más recientemente GALÁN CORTÉS la ha caracterizado como la "*biografía patológica de la persona, esto es, la transcripción de la relación*

*médico-paciente, por lo que ostenta un valor fundamental a la hora de juzgar la actuación del profesional sanitario". (2)*

Concluimos que la historia clínica es un documento medicolegal complejo que refleja los cambios acaecidos en las formas de la prestación asistencial y la relación médico-paciente y, a través de su rol de medio de comunicación, constituye una condición *sine quanon* para la asistencia médica, un criterio de *lex artis* y un aspecto crítico de la responsabilidad médica. (3)

Del análisis de la definición se destacan las siguientes características:

- *Documento medicolegal complejo*: porque puede ser único o múltiple, manuscrito, electrónico o imagenológico.
- *Reflejo de los cambios en el modelo asistencial y la relación médico-paciente*: porque expresa la complejidad de la relación clínica actual y la socialización de la prestación de los servicios de salud.
- *Medio de comunicación imprescindible*: tanto en el sentido longitudinal como transversal.
- *Criterio de lex artis*: porque el registro es inherente al acto médico y la cantidad y el contenido de lo registrado informan sobre la calidad de aquel.
- *Aspecto crítico de la responsabilidad médica*: por ser un atributo del acto médico de múltiples connotaciones medicolegales, cuya falla genera reclamaciones.

### **3 UTILIDAD DE LA HISTORIA CLINICA**

La utilidad de la historia clínica es muy diversa.

No es necesario insistir acerca de su rol en la *salud individual*. Sobre la historia clínica, se ha señalado con acierto que, "*en lo inmediato, su importancia viene dada porque asegura una adecuada prestación de servicios, sirviendo como guía a los profesionales intervinientes*".(8)

Pero además de esta importancia referida directamente al proceso asistencial, debe enfatizarse también su aporte al conocimiento y mejoramiento

de la *salud colectiva*, ya que es una importante fuente de datos e información para el conocimiento epidemiológico.

Asimismo, la *auditoría médica* de las historias clínicas constituye un valioso método de investigación y *control de calidad* asistencial de los servicios sanitarios.

Dentro del marco de las normas éticas y legales, la historia clínica es un importante auxiliar en la actividad docente y de investigación médica. (9)

La importancia medicolegal de la historia clínica es obvia. Por una parte, en todos aquellos casos de intervención judicial (en sede penal o civil) en que sea necesaria una peritación médica, la historia clínica completa será un valioso documento. Basado en él, el perito actuante podrá valorar adecuadamente la entidad de las lesiones, emitirá un pronóstico fundado, conocerá el estado anterior del lesionado, descartará simulaciones o concausas u obtendrá información fundamental para las conclusiones de un estudio necrópsico. Por otra parte, en los casos en que se reclame por presunta responsabilidad profesional del médico, la historia clínica será un medio de prueba privilegiado. (1-6, 10-12)

Entre las cualidades señaladas por CRIADO DEL RÍO para que la historia clínica pueda cumplir cabalmente sus finalidades, cabe resaltar los requisitos de ser *completa, ordenada, veraz e inteligible* (1):

- *completa*: de modo de reflejar todos los actos médicos.
- *ordenada*: mostrando la evolución en el tiempo, estando debidamente actualizada.
- *veraz*: obviamente lo establecido en la historia debe ser veraz, a riesgo de incurrir en uno de los delitos penales y faltas éticas.
- *inteligible*: lo que alude a la caligrafía como a la frecuente utilización de abreviaturas no siempre comprensibles ni siquiera por otros técnicos.

#### **4 ASPECTOS JURÍDICOS Y MEDICOLEGALES DE INTERÉS**

En este apartado se discutirán sucintamente algunos ciertos aspectos de la historia clínica de interés teórico y práctico, desde el punto de vista jurídico y medicolegal, confrontándose con la normativa nacional.

##### **4.1 Obligatoriedad**

Está determinada por una necesidad médico-asistencial antes que por una imposición jurídica.

Las normas nacionales nacional acompañan este carácter obligatorio, en especial en lo referente a los pacientes ingresados.

La Ordenanza N°363/54 del Ministerio de Salud Pública (en adelante: MSP) ya señalaba que en los establecimientos dependientes de ese ministerio *"no puede existir ningún enfermo en internación del que hayan transcurrido veinticuatro horas desde el momento del ingreso sin tener su historia clínica"* (art. 4), así como la obligatoriedad de que a su egreso, exista una historia que contenga, al menos, diagnósticos de ingreso, definitivo y tipo de tratamiento (art. 2).

La Ordenanza N° 33/84 del MSP, referida a los registros clínicos en las IAMC establece que *"el correcto llenado de la historia clínica es parte del acto médico siendo de responsabilidad del técnico actuante la realización de la misma"* (art. 27), así como que este documento debe incluir *"la atención médica de internación y consulta externa"* (art. 28) y detalla los ítems que debe contener (art. 30).

El Decreto 258/92 preceptúa: *"El médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos, sean diagnósticos o terapéuticos, que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología realizada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá, de por sí, documentación autentica y hará plena fe de su contenido a todos sus efectos"* (art. 17).

La Ordenanza N° 1/90 establece la obligatoriedad del uso de la historia clínica *"en todas las Instituciones Públicas y Privadas donde se realice la asistencia Perinatal, del parto y neonatal"* (art. 1), así como que el registro se haga *"con las características, contenido y formato que el Ministerio de salud Pública determine"* (art. 2).

Es interesante señalar que el Código de Ética Médica del SMU la historia clínica aparece concebida, a la vez, como deber y derecho del médico: *"El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica..."* (art. 16, num. 2).

## **4.2 Propiedad**

En el terreno ético, se acepta que la historia clínica pertenece al paciente. (13)

El Código de Ética Médica del SMU expresa: *"El médico tiene el deber y el derecho de registrar el acto médico en una historia clínica, que pertenece al paciente pero que quedará bajo su custodia o bajo la de la institución a la que el médico pertenece"* (art. 16, num. 2).

En términos estrictamente jurídicos resulta complejo definir la propiedad de la historia clínica, habiendo autores que sostienen que pertenece al médico o la institución asistencial. (14)

Por una parte, es indiscutible que el paciente es el legítimo dueño de la información contenida en la historia clínica, por concernirle en forma directa. Así, no hay duda que tiene derecho a recibir toda esa información y darle el uso que crea apropiado (por ejemplo: consultar otro profesional). (1-6,8)

Sin embargo, el soporte material de esa historia clínica es suministrado por el médico o a la institución asistencial, quienes tienen el deber de su custodia. No parece razonable que el paciente pudiera disponer libremente de él, desde el médico o la institución son responsables de su presentación en caso un reclamo judicial y allí se encuentra documentada toda la actuación. (2)

Esta interpretación parece ser coincidente con lo establecido en el derecho positivo uruguayo (Decreto 258/92, art. 42): *"El paciente tiene derecho a revisar su historia clínica y obtener una copia de la misma, a sus expensas"*. Efectivamente, la norma habla de *"una copia de la misma"* por la que deberá abonar el costo, de lo que se infiere que el paciente no tiene la propiedad del soporte material de la historia.

Es compartible que *"una buena práctica -y muy aconsejable- sería que una vez que el paciente es dado de alta, se le entregue bajo recibo una copia certificada de la historia clínica"*. (8) Conceptualmente se trata del mismo principio (entrega sistemática y bajo firma de copia de la historia al paciente) empleado en Uruguay por los servicios de asistencia médica pre-hospitalaria (emergencias móviles). (4)

Por último, no menos importante es el enfoque del problema de la propiedad intelectual. La historia clínica no es un mero registro de datos, sino



una elaboración intelectual, por lo que, de acuerdo al derecho positivo de cada país, cabría tomar en cuenta este aspecto. (2-5,15)

### 4.3 Acceso

La siguiente afirmación de VÁZQUEZ FERREYRA resulta enteramente válida para Uruguay: "*Generalmente, los pacientes no tienen libre acceso a la historia clínica, pues los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud no son muy adictos a permitir la lectura de estos documentos por parte de los enfermos*" (8)

No obstante, del análisis de lo antes señalado surge claramente la legitimidad del acceso del paciente a la información contenida de su historia clínica.

Por su vinculación con el derecho a la intimidad, tal accesibilidad no es aplicable en iguales términos a sus pacientes y allegados. No obstante, en determinados situaciones los representantes legales del paciente podrán solicitarla con motivos fundados. (2) En este sentido se ha señalado que "*en caso de muerte del paciente, los derechos de éste sobre la historia clínica se traspasan a sus herederos y a toda otra persona que pudiera tener legitimación activa en un eventual juicio por responsabilidad civil, en el cual la historia sirva de prueba*". (8)

Sobre el punto, la normativa uruguaya no es muy explícita. Sin embargo, y más allá de su carácter bastante obsoleto, en la Orden General de Servicio N° 8/88 del Ministerio de Salud Pública, al enunciar los "*requisitos formales*" para la solicitud de "*antecedentes clínicos a particulares*" se incluye que "*el solicitante podrá ser únicamente el propio interesado o un pariente próximo del mismo*" (art.1°, lit.b).

Es obvio que el personal interviniente en el tratamiento, médico y no médico, deben acceder a la historia clínica. Asimismo, con fines estadísticos, de investigación y de control de calidad la institución podrá acceder a las historias, en el entendido de una utilización anónima de la información recabada y de la inclusión de quienes accedan a la misma en la obligación ética y jurídica de confidencialidad. (3,9,13)

Los jueces penales podrán solicitar las historias clínicas cuando ellas constituyan medios de prueba de interés en los casos a su cargo. (2,3,16) En el marco del mismo criterio la normativa española establece, como una de las

causas de solicitud de la historia clínica, la necesidad de instrucción del médico forense. (16) En el mismo sentido, el Decreto 288/81 impone que se entregue fotocopia de la historia clínica de los fallecidos que pasen a la Morgue Judicial. (9)

GALÁN CORTÉS señala que es mucho más discutible que esta potestad incluya a los jueces que atienden causas civiles o laborales, ya que se utilizaría con otra finalidad -y en una contienda de derecho privado- información que el paciente puso en conocimiento del médico por razones de protección a su propia salud. (2)

ARIAS VALVERDE (17) esquematiza las siguientes soluciones:

- a) Solicitud del juez penal: nunca puede negarse.
- b) Solicitud de juez civil, de familia, laboral y contencioso administrativo: debe accederse si la prueba es ofrecida por el titular de la historia o sus representantes legales y debe negarse si la prueba es ofrecida por la parte contraria.
- c) La historia puede ser entregada al juez cuando el médico o la institución sean los demandados.

Sin perjuicio de lo anterior, se acepta como una justa causa de relevamiento del secreto profesional la situación en la que un médico hace uso de esa información para defenderse de una demanda por presunta responsabilidad médica. Dentro de este criterio, podría aceptarse la entrega a la sede judicial de la historia clínica bajo custodia del médico. (3) El Código de Ética Médica del SMU toma en cuenta esta eventualidad y menciona como causa válida de revelación de secreto profesional la hipótesis de "*defensa legal del médico contra acusación del propio paciente*" (art. 22, num. 5).

En el plano administrativo, merece mencionarse la Orden Especial de Servicio del MSP N°84/90 donde se crea la Unidad de Asesoramiento y Control de la Calidad de Atención Médica y Odontológica, entre cuyos cometidos figura "*recabar de cada servicio de salud público o privado mensualmente, historias clínicas, a fin de auditar su confección y la sistemática seguida en la conducción del caso clínico, en relación a los procedimientos que a tales efectos son de recibo técnico-científico, para asegurar la mayor eficiencia en el diagnóstico y tratamiento, que en las condiciones de recursos disponibles con que se presta el*

*servicio, puedan ser ofrecidas a los usuarios". Agrega que "la omisión en acceder a proporcionar las historias clínicas solicitadas será inmediatamente comunicadas", para la adopción de "las medidas compulsivas correspondientes, para que se cumpla lo dispuesto en el presente literal, en el marco de las competencias legales del Ministerio de salud Pública, para la vigilancia des profesiones de la salud". Las historias recabadas "salvo voluntad expresa del paciente" o de "su representante legal", "deberán ser aportadas omitiendo la identificación del paciente" (art. 1º, lit. b).*

En cualquier otro caso, en lo referente al acceso a la historia clínica privilegiará el derecho a la intimidad. (2)

El Código de Ética Médica del SMU establece al respecto que *"sólo en las circunstancias establecidas por la Ley tendrán acceso terceras personas a la información registrada en la historia clínica sin la autorización del médico y el paciente"* (art. 16, num. 3).

#### **4.4 Confidencialidad**

Es un aspecto estrechamente ligado al anterior.

Si bien el análisis detallado de los principios de confidencialidad (ético) y secreto profesional (jurídico) escapa a los objetivos de este trabajo, resulta ineludible señalar que constituyen aspectos capitales en el manejo de la historia clínica.

La tendencia doctrinaria tiende a fortalecer el secreto médico, aún frente a situaciones dilemáticas donde colisiona con otros principios. (18,19)

Una investigación realizada en hospitales universitarios norteamericanos mostraron que durante un período de internación media de ocho días, eran más de setenta y cinco las personas que podían llegar a acceder a la historia de un paciente. (13) Merece destacarse que pese a la multiplicidad de agentes que, por razones válidas, tienen acceso a la historia clínica de un paciente, la obligación ética y jurídica de la confidencialidad no desaparece sino que, por el contrario, se extiende a todos los que por una u otra causa tuvieron acceso a la información.

En este sentido GISBERT CALABUIG y CASTELLANO ARROYO mencionan las nuevas categorías del moderno secreto médico:

- *Secreto médico compartido*: al que se obligan todos los que tienen acceso a la información sobre un paciente y a la que accedieron en virtud de integrar el equipo asistencial.
- *Secreto médico derivado*: surge de la complejidad administrativa de la medicina en la actualidad, por el cual personal no técnico tiene acceso a información confidencial, quedando obligado al secreto correspondiente. (5)

Sin perjuicio de su protección penal (art. 302 del Código Penal uruguayo<sup>1</sup>), la confidencialidad está enfáticamente señalada en el Decreto 258/92, art. 4º: *"El médico debe guardar secreto frente a terceros sobre cuanto hubiera conocido en forma explícita o implícita, directa o indirecta, acerca de la enfermedad, vida privada e intimidad de quienes hubiera de asistir en el ejercicio de su profesión y guardar silencio al respecto en todo tiempo (incluso después de la muerte del paciente)"*.

En el nivel ético, el Código del SMU señala el derecho del paciente *"a la confidencialidad sobre los datos revelados por él a su médico y asentados en historias clínicas, salvo autorización válidamente expresada de su parte"*; y agrega que *"los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos de cualquier acceso de personal no sanitario, o que no esté obligado al secreto"* (art. 20, num. 3).

#### **4.5 Conservación y custodia**

La conservación de la historia es un eslabón fundamental del que depende el cumplimiento de las utilidades reseñadas.

Como se ha dicho, se trata de una obligación de la institución asistencial o, según el caso, del propio médico, a la vez que un derecho para el paciente.

Esto tiene considerable importancia desde el punto de vista de los reclamos por responsabilidad médica casos, ya que, de requerirse por el Juez este importante medio probatorio, será sobre el médico o la institución sobre quien recaiga la obligación de suministrarla. (1,2,8)

---

<sup>1</sup> "Art. 302 (*Revelación de secreto profesional*)

El que, sin justa causa, revelare secretos que hubieran llegado a su conocimiento, en virtud de su profesión, empleo o comisión, será castigado, cuando hecho con dolo, con multa de cien a dos mil pesos"

Sin embargo, la obligación de la custodia no es ilimitada en el tiempo y es en la normativa de cada país donde se establecen los plazos y las formas mediante las cuales puede procederse a su destrucción.

Se ha dicho que la historia clínica debería ser conservada, como mínimo *"por el plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual"*. (8)

Resulta curioso señalar que, en nuestro país, mientras se mantiene en veinte años el plazo de prescripción para este tipo de acciones, la obligación para la conservación de las historias es sustancialmente inferior. En el Decreto 355/82 se regula la destrucción de las historias clínicas en las instituciones públicas y privadas de acuerdo a los siguientes criterios:

- a) Las instituciones llevarán un archivo de historia clínicas activas y otro de historias clínicas pasivas. Las activas son aquellas *"con asentamientos periódicos, que habiendo dejado de tenerlos no ha transcurrido en lapso de dos años en esa situación"*, agregando que *"transcurrido ese período dicha historia pasará a tener el carácter de historia clínica pasiva"* (art. 3).
- b) Podrán destruirse las historias *"que hayan pasado al archivo correspondiente a las pasivas, cuando se encuentren en dicho estado de pasividad por un lapso mínimo de tres años, siempre que en forma previa se confeccione una tarjeta fichero, la cual deberá resumir en forma breve y concisa aquellas circunstancias que se entiendan de importancia"* (art. 4). Las tarjetas fichero no podrán ser destruidas (art. 5).
- c) *"Las historias clínicas originadas por parto normal y por fallecimiento ocurrido por causas naturales pueden ser destruidas de inmediato Aquellas ocasionadas por fallecimiento ocurrido por causas traumáticas, podrán ser destruidas una vez transcurrido un plazo de dos años de producido el mismo"*. En todo los casos deberá previamente confeccionarse la tarjeta fichero prevista en el art. 4 (art. 5).

#### **4.6 Eficacia probatoria**

Es indiscutible el alto valor probatorio de la historia clínica en un juicio por responsabilidad médica. Es más, la imposibilidad de la institución de

suministrarla por extravío puede interpretarse como una conducta negligente, generadora de culpa (1,2).

Si bien no es sostenible que lo no consignado en la historia equivale a no lo realizado por el médico, es obvio que aquello no debidamente registrado se presumirá como no realizado, pudiendo probarse lo contrario por otros medios, lo que de hecho muchas veces resulta difícil. (12) Además, si se concibe la historia clínica como parte integrante del acto médico, la falla en el registro constituye en sí misma una debilidad del acto médico eventualmente culpable. (3)

Su interés como medio de prueba judicial radica en buena medida en el momento en que fue confeccionada, esto es, meses o años antes de que la fractura de relación médico-paciente abra paso a la reclamación. Es decir, que el médico no la confeccionó con la idea de protegerse de una acusación, sino que se trata de un documento clínico que refleja razonablemente los distintos aspectos del acto médico en cuestión. (20) Por ello, en la mayoría de los casos, la existencia de una historia clínica bien confeccionada servirá para descartar la pretendida malpraxis, pese a ser un documento mayoritariamente elaborado y custodiado por el demandado.

Se ha señalado que *"tratándose la historia clínica de una documentación elaborada exclusivamente por el médico"*, la jurisprudencia argentina *"le ha restado importancia como prueba decisiva cuando es ofrecida por éste como descargo"*. (8) Sin embargo, en el caso uruguayo, la jurisprudencia le ha otorgado a la historia clínica un alto valor probatorio como forma de desestimar reclamaciones. (21)

También puede ocurrir que de la historia surja la prueba contundente de la culpa médica (impericia, imprudencia, negligencia). Y en este sentido algunos autores han entendido que, si de la historia clínica surge prueba en contra del médico, ello equivale a una *"confesión anticipada y por escrito"* (LORENZETTI) (11).

Este criterio no es acompañado por GALÁN CORTÉS, quien señala que *"dado que no es presumible, y menos aún en el supuesto de medicina ejercida en consulta privada y en régimen no hospitalario, que el facultativo que haya cometido un error grave o una imprudencia se dedique a documentarla minuciosamente, dejando así constancia de la vulneración, en mayor o menor grado, de la 'lex artis', no parece que la aportación del historial pueda considerarse equivalente a una confesión de culpabilidad elaborada con*

*anterioridad a la iniciación de las diligencias criminales en contra del facultativo" (2).*

En suma, resulta indiscutible el valor probatorio de la historia clínica, muy especialmente, cuando de ella surge prueba en contra del médico o la institución asistencial.

Finalmente, cabe insistir en que la jurisprudencia reciente ha reforzado la responsabilidad del médico en aquellos casos en que la historia clínica no existe, se extravió o se confeccionó en forma negligente o insuficiente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. CRIADO DEL RÍO MT: Aspectos médico-legales de la historia clínica. Colex, Madrid, 1999.
2. GALÁN CORTÉS JC: Aspectos legales de la relación clínica. Jarpyo Ed., Madrid, 2000.
3. RODRÍGUEZ H: Responsabilidad médica: nociones básicas, responsabilidad penal, aspectos críticos. II Curso de Formación Sindical. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 2000.
4. RODRÍGUEZ H, DE PENA M: La historia clínica en la medicina pre-hospitalaria. En: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica (1996). SMU, Montevideo, 1998.
5. GISBERT CALABUIG JA, CASTELLANO ARROYO M: El secreto médico. Confidencialidad e historia clínica. En: Gisbert Calabuig: Medicina Legal y Toxicología. 5ª edición. Masson, Barcelona, 1998.
6. RODRÍGUEZ H, CURBELO C, DE PENA M, PANIZZA R Nociones sobre responsabilidad médica. I Curso de Formación Sindical. Sindicato Médico del Uruguay, Montevideo, 1999.
7. LAIN ENTRALGO P: La historia clínica. 3ª edición. Ed. Tricastela, España, 1998.
8. VÁZQUEZ FERREYRA R: Historia clínica. Problemas jurídicos. En su: Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Hammurabi, Buenos Aires, 1992: 222-238..
9. RICCIARDI N, BERRO G, BORGES F, PINTOS I: Documentos médico-legales. En: Mesa G: Medicina Legal, 2ª edición. Oficina del Libro, Montevideo, 1995: 277-281.
10. GALÁN CORTÉS JC: La responsabilidad civil del médico. Jarpyo Ed., Madrid, 1999.
11. LORENZETTI R: Responsabilidad civil de los médicos. Ed. Rubinzal-Culzoni, Santa Fe, 1986.



12. RODRÍGUEZ H, GRILLE A, MEDEROS D: Responsabilidad civil derivada del acto médico. En: Sindicato Médico del Uruguay: II Jornadas de Responsabilidad Médica. SMU, Montevideo, 1998.
13. FRANCISCONI CF, GOLDIM JR: Aspectos Bioéticos da Confidencialidade e Privacidade. En: Conselho Federal de Medicina: Iniciação a Bioética. CFM, Brasilia, 1998:269-284.
14. CORBELLA DUCH J: ¿Qué debe contener la historia clínica? En: Asociación Española de Derecho Sanitario: IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE, Madrid,1998: 315-317.
15. BOFARULL PIUGDENGOLÉS JI: Historia clínica. Valoración médico-legal. Valencia, Valenciana, 1987.
16. LUNA MALDONADO A: Problemas médico legales del manejo de la historia clínica. Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal (1): 39-47, Jun. 2000.
17. ARIAS VALVERDE O. El secreto médico en Costa Rica. Medicina Legal de Costa Rica 1990, 7(2): 45-49.
18. CURBELO MC, DE PENA M, BERLANGIERI C: VIH-SIDA. Consideraciones medicolegales. Revista Médica del Uruguay 1991; 7:91-107.
19. CURBELO MC: Confidencialidad, dilema y desafío. En: Sindicato Médico del Uruguay: SIDA y trabajadores de la salud. SMU, Montevideo, 1996: 88-93
20. GRILLE A: Historia clínica. Revista Intercambio, Año III, N°20, CASMU, Montevideo, 1993: 5-6.
21. SZAFIR D, VENTURINI B: Responsabilidad médica en el MERCOSUR. FCU, Montevideo, 1997.