
Historia Clínica. Nuevas consideraciones

JORGE A. FIORENTINO*

Junto con la proliferación de los juicios por mala praxis, muchos artículos fueron publicados con el fin de tratar la importancia de la historia clínica, tanto desde su aspecto estrictamente médico como desde la óptica médico jurídica. A pesar que la misma se encontraba afectada por múltiples normas jurídicas dispersas, no existía una Ley unificadora capaz de aportar soluciones a todos los problemas legales que ella plantea. A partir de sanción y promulgación de la Ley 26.529 "Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud", el ejercicio de los derechos del paciente en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica se rige por la presente y amerita su difusión, conocimiento y comentarios.

HISTORIA CLÍNICA: DEFINICIÓN Y ALCANCE

Según la nueva Ley 26.529 capítulo iv / artículo 12, se entiende por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

MARCO CONTEXTUAL

El ejercicio de la medicina se basa fundamentalmente en la relación médico paciente de la que derivan deberes y derechos recíprocos. El profesional de la salud que así lo entienda para brindar una buena y adecuada asistencia, tiene que respetar los derechos del paciente y cumplir con todos sus deberes, lo cual resulta muchas veces difícil dada nuestra realidad médico asistencial. Ante tales eventualidades, la historia clínica del paciente es el documento obligatorio y sometido

a reserva donde se objetiva por escrito la actuación de los profesionales del equipo tratante y donde no sólo se puede observar lo que se hizo, sino también lo que no fue realizado (faltas por omisión). Es objeto de reserva legal, por cuanto solo pueden acceder a la información contenida en ella, el paciente, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la Ley y solo para los fines que resultan procedentes conforme a lo que la Ley dispone.

Dentro del contexto médico legal y deontológico, la historia clínica adquiere una importante dimensión jurídica, porque es el documento donde se refleja la práctica médica y el cumplimiento de los principales deberes del médico respecto al paciente, convirtiéndose en la prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales y/o instituciones.

La elevada frecuencia de problemas médico legales que se observan en la actualidad, hace indispensable que se siga insistiendo en que todos los registros médicos sean confeccionados completos, descriptivos, cronológicos, fieles, ordenados y legibles. Todos debemos recordar que la "industrialización del juicio médico" no contempla en la actualidad circunstancia alguna, por más crítica que haya sido la situación que originó la prestación asistencial.

Todo lo anteriormente expuesto nos indica la gran importancia de la historia clínica desde distintos enfoques ya que la misma es básicamente plausible de dos acepciones trascendentales para los médicos:

1. La óptica médico científica.
2. Jurídica.

* Jefe de Departamento de Urgencia.
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de Buenos Aires.

Historia Clínica. Aspectos médicos y científicos

La H.C. es la forma de instrumentar por escrito toda la actividad médica y auxiliar suministrada al paciente. En ella se deberá asentar todo lo relativo a su salud, pues representa una metódica narración cronológica de todos los hechos sucedidos durante la relación médico-paciente y en la totalidad de sus fases hasta su alta institucional o fallecimiento. En tal sentido, podríamos decir que la finalidad perseguida es recoger la mayor cantidad de datos del estado de salud del paciente con el objeto de contribuir con su mejoría, alivio o curación definitiva.

En otro orden de cosas, cabe destacar que la H.C. es un elemento de colaboración, orientación y comunicación entre los profesionales que pueden participar simultáneamente o suceder en la atención del paciente.

Los aspectos científicos están relacionados a la docencia e investigación especialmente de los centros acreditados para la enseñanza de la medicina o sus ramas auxiliares, en donde la consulta de las historias clínicas podrá colaborar con la capacitación, estudio e investigación científica dentro del marco ético recomendado.

Para completar, la evaluación de la calidad asistencial mediante el análisis de la H.C. es otro importante aspecto más a considerar, ya que las normas deontológicas y legales establecen como un derecho del paciente recibir una asistencia médica de calidad. Por último y desde la óptica técnico-administrativa, la historia clínica es elemento fundamental para el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias ya sean públicas o privadas.

Historia Clínica. Aspectos jurídicos

La H.C. es un documento (público semi-público) que tiene un gran valor jurídico en los casos de Responsabilidad Profesional Médica al convertirse por orden judicial en la prueba material más importante. Es una prueba de orden esencial que tiene incluso, valor como la prueba pericial, puesto que el dictamen pericial final por parte de los expertos se basa en gran parte en su exhaustivo análisis. Los peritos actuantes, podrán valorar adecuadamente las lesiones, emitirán un pronóstico fundamentado, conocerán el estado de salud previo al incidente, descartarán simulaciones o concausas y obtendrán información fundamental para las conclusiones

de un estudio anatomopatológico.

Sin temor a equivocarnos, podemos decir que la H.C. es sin lugar a dudas, el instrumento más básico, elemental y relevante a la hora de juzgar responsabilidades civiles, penales o administrativas ya que es el único elemento con fuerza probatoria demostrativo del quehacer profesional.

La H.C. constituye una prueba preconstituida, y por tal motivo su registro casi concomitante a los hechos, reduce ostensiblemente las posibilidades de manipularla o modificarla, lo cual hace que goce de presunción de autenticidad tanto en su autoría como en su contenido.

La autenticidad de la misma no significa otra cosa diferente que la certeza acerca de la persona que la ha elaborado, ello no significa la veracidad de su contenido. La veracidad se podrá establecer luego de sopesar el conjunto de pruebas confrontadas, realizando pruebas de contraste con los distintos medios de prueba puestos en consideración.

Testimonio documental de ratificación, veracidad de declaraciones sobre actos clínicos y conducta profesional.

Debemos recalcar también que la H.C. se elabora con una finalidad puramente médico asistencial y no como un instrumento a utilizar como medio de defensa en un litigio. Es esto casualmente lo que la convierte en un medio de prueba muy valedero para demostrar la verdad durante el proceso, pudiendo significar la absolución o la condena de quien la confeccione a conciencia o sin ella.

Se podrá convertir en una pieza condenatoria para el profesional interviniente cuando:

- 1) No exista o fue elaborada defectuosamente.
- 2) En los casos que demuestra que el médico no se adecuó a la "Lex Artis" para el caso, ya que constituye el testimonio más objetivo de la calidad o falta de calidad de la praxis médica.
- 3) En los casos en que no se cumplió con su deber de informar y obtener el consentimiento del paciente.

Con mucha inteligencia alguien dijo que la H.C. puede considerarse un verdadero libro de actas donde se asientan los cuidados asistenciales de los pacientes y las normas que exigen la obligación legal de confeccionarla son: Ley General de Sanidad, Ordenación de Prestaciones Sanitarias, Derechos de los Usuarios, Código Deontológico Médico, Normas Internacionales y recientemente la Ley 26.529 (Derechos del Paciente en su

Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud). Sancionada: Octubre 21 de 2009 y Promulgada de hecho: Noviembre 19 de 2009.

CARACTERÍSTICAS DE LA HISTORIA CLÍNICA Y OTROS ASPECTOS DE INTERÉS MÉDICO LEGAL RELACIONADOS

La historia clínica se encontraba afectada por algunas normas jurídicas dispersas, pero hasta hace pocos meses no existía una norma de ámbito nacional con rango de Ley que unifique y aporte las soluciones más adecuadas a todos los problemas legales que plantea, tales como: confidencialidad, seguridad, disponibilidad, unicismo, legibilidad y requisitos como custodia, propiedad, acceso, etc.

1. Confidencialidad

Los médicos en la atención cotidiana de sus pacientes, acceden a través de la anamnesis, examen físico y estudios complementarios al conocimiento de datos y circunstancias que adquieren carácter de confidencialidad, y están obligados a mantenerlos en el más absoluto hermetismo. El secreto médico es una tradición en la profesión médica y una variedad de secreto común a todos los profesionales. *Secretum*, del latín lo que debe ser guardado en reserva, es la obligación jurídica, el derecho legal y el deber moral de los profesionales del arte del curar de guardar silencio sobre todo aquello que vieron, oyeron, descubrieron o realizaron durante el ejercicio de su profesión. En tal sentido, habrá de considerarse comprendido dentro del mismo, todo lo relacionado con el paciente, no sólo el hecho en sí de estar enfermo, sino también los síntomas y signos observados, pronósticos, posibles consecuencias, tratamientos indicados, resultados, etc. Los alcances de la obligación y derecho no sólo involucran al médico tratante sino también a cualquier otro colega que intervenga en el caso (artículo 75 del Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina —COMRA—). Resumiendo: el secreto médico es uno de los deberes principales del ejercicio médico y es uno de los temas del derecho sanitario que más preocupa dada la creciente dificultad para mantenerlo. En nuestro país, es relativo (no absoluto) y en la práctica médica pueden surgir situaciones de conflicto entre el deber de secreto y el

principio de beneficencia del médico. La confidencialidad, la intimidad y la historia clínica, son tres cuestiones que se implican recíprocamente y se relacionan. La historia clínica es el soporte documental biográfico de la asistencia sanitaria administrada a un paciente, por lo que es el documento más privado que existe en relación a una persona.

2. Seguridad

La H.C. y toda la documentación contenida en ella, debe poseer una clara identificación del paciente (usuario) así como también de la totalidad de los profesionales del equipo de salud (prestadores) que han intervenido a lo largo de la línea de proceso asistencial. La manipulación de la misma deberá restringirse sólo al personal autorizado y permanecer en un lugar seguro con acceso limitado al público.

3. Disponibilidad

El artículo 19 de la Ley 26.529 establece que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica: a) el paciente y su representante legal; b) el cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla; c) los médicos y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revisando dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

El artículo 20 expresa que todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente Ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y la obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulta más apto y rápido. En jurisdicción nacional, es-

ta acción quedará exenta de gastos de justicia.

¿Qué entidades están autorizadas para pedir copia de la historia?

Las autoridades judiciales (Juzgados, Fiscalías), Tribunales de Ética Médica, Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Superintendencia Nacional de Salud con relación a investigaciones que tengan a su cargo.

4. Unicidad: una historia clínica por paciente

La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo. La unicidad es una característica que redundante en la importancia de los beneficios ocasionados al paciente durante la labor asistencial y la gestión y economía sanitaria, siendo uno de los principios reflejados en el artículo 61 de la Ley General de Sanidad.

5. Legible

La escritura de la historia clínica debe y merece ser legible no solo para el que escribe, sino también para terceros con acceso a su lectura. Se sigue sugiriendo (suplicando) no usar abreviaturas sin aclaración previa y todo asiento o registro se realizará como ordena la nueva Ley 26.529 sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Una historia clínica mal ordenada y difícilmente inteligible perjudica a todos; a los médicos, porque dificulta su labor asistencial y a los pacientes por los errores que pueden derivarse de una inadecuada interpretación de los datos contenidos en la misma. Estas situaciones pueden generar desde ineficiencia, demoras y costos, hasta errores graves.

REQUISITOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Veracidad y exactitud

La historia clínica debe caracterizarse por ser un documento veraz, constituyendo un derecho del usuario. El no cumplir tal requisito puede incurrirse en un delito tipificado en el actual Código Penal como un delito de falsedad documental.

2. Rigor técnico de los registros

La historia clínica relata y registra la vida

de las personas y específicamente en pediatría consigna detalles sobre la gestación, parto, crecimiento, desarrollo, inmunizaciones y alimentación, así como también aspectos propios de la familia y el medio ambiente que rodea al niño. Los datos en ella contenidos, deben ser realizados con estilo, con criterios objetivos y científicos, debiendo ser escritos con respetuosidad y sin afirmaciones inconvenientes para el propio enfermo, otros profesional o bien hacia la institución. Se recuerda que no son aceptadas las tachaduras o alteraciones de cualquier tipo a no ser que estén correctamente salvadas con firma y sello del profesional interviniente. Del mismo modo, se debe seguir enfatizando que en la misma, no podrán dejar espacios en blanco, no existiendo ninguna justificación para tal eventualidad.

3. Coetaneidad de registros

La historia clínica debe realizarse de forma simultánea y coetánea con la asistencia prestada al paciente donde todos los registros inscriptos en ella se asentarán siguiendo un estricto orden cronológico de los sucesos derivados de la asistencia del paciente.

4. Completa

La historia clínica debe asentar y contener datos suficientes y sintéticos sobre la patología del paciente. En ella deben quedar reflejado todas las fases médicolegales que comprenden la actividad clínica y/o quirúrgica. Deberá obligatoriamente confeccionarse de modo cronológico y foliando sus páginas.

A manera de resumen podríamos decir que la H.C. debe incluir:

1. Filiación: nombre y apellido del enfermo, fecha de nacimiento, edad, sexo y número de DNI.
2. Nombre y apellido de los padres, con domicilio y teléfono (incluir alternativos).
3. Obra Social o cobertura asistencial a la que pertenece en caso de poseerla.
4. Motivo de ingreso o enfermedad actual.
5. Antecedentes heredofamiliares.
6. Antecedentes personales (fisiológicos y patológicos si los hubiere).
7. Historia social.
8. Examinación física detallada por aparato.
9. Diagnósticos presuntivos.
10. Estudios realizados para corroborar los diagnósticos presuntivos.
11. Interconsultas (datos identificatorios del o de los profesionales intervinientes y su especialidad).

12. Tratamiento (clínico y/o quirúrgico con sus respectivos consentimientos).
13. Hojas de registro de enfermería.
14. Evolución.
15. Pronóstico esperado.
16. Epicrisis.
17. Indicaciones a seguir luego del alta institucional.
18. Contrarreferencia en caso que corresponda.

Así mismo, debe contener la totalidad de los documentos integrantes de la historia clínica, desde los datos administrativos, documento de consentimiento, informe de asistencia, protocolos especiales, etc.

5. Identificación del profesional

Todo facultativo o personal sanitario que intervenga en la asistencia del paciente, debe hacer constar su identificación, con nombre y apellidos de forma legible, rúbrica y número de matrícula. En caso de interconsultas se deberá mencionar el servicio consultado, y el profesional actuante deberá inscribir y firmar sus hallazgos, opinión y terapéutica recomendada además de fecha y hora de la prestación asistencial. Las firmas tienen por objetivo dejar constancia de las manifestaciones de voluntad de los médicos y demás profesionales de la salud frente a sus pacientes. Como podemos observar, la obligatoriedad de firmar la historia clínica no procede explícitamente de la Ley 17.132 (Ley Nacional que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividades auxiliares), sino que tal deber, lo impone el principio general que parte del artículo 1012 del Cód. Civil, o la costumbre de la buena práctica profesional, o del cumplimiento de disposiciones reglamentarias con las que se regula la vida administrativa de los centros sanitarios en donde los médicos cumplen funciones.

OTROS ASPECTOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

1. Propiedad

La naturaleza jurídica de la historia clínica ha sido intensamente debatida, ya que de su determinación deriva su eficacia jurídica, el acceso a sus datos y el poder de disposición de éstos, las garantías de la intimidad y del secreto profesional y los límites que por razones de interés público pueden oponerse a su estricta observancia. Es de hacer notar

que en ella confluyen derechos e intereses jurídicamente protegidos, del profesional de la salud, del paciente, de la institución sanitaria e incluso intereses públicos.

Las doctrinas sobre la propiedad de la historia clínica son muy variadas:

- Propiedad del médico,
- Propiedad del paciente,
- Propiedad de la institución,
- Teorías integradoras: es compartida. El paciente es el propietario de la misma. Quienes consignan las anotaciones son los autores intelectuales y el centro asistencial tiene una labor de custodia y cuidado.

Sin realizar un juicio de valor respecto de lo antedicho, se expone a continuación lo enunciado en el Cap. IV artículo 14 de la nueva Ley 26.529, hoy en vigencia: la titularidad de la historia clínica y la totalidad de sus estudios y registros adjuntos son del paciente y a su simple pedido debe suministrarse copia de la misma, autenticada por las autoridades competentes de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las 48 hs de solicitada, salvo caso de emergencia.

2. Custodia

En el Cap. IV artículo 18 (Ley 26.529) se indica que los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del Depósito", y normas concordantes.

3. Almacenamiento y conservación

La directriz para archivar todas las historias emana del Archivo General de la Nación, el cual dice que las historias clínicas han de guardarse en un área restringida, con acceso limitado al personal de salud autorizado, en condiciones locativas procedimentales, medioambientales y materiales, propias para tal fin. Se pueden utilizar medios técnicos de registro y conservación mediante el uso de medios físicos, técnicos como computadoras y medios magneto-ópticos cuando sea conve-

niente, teniendo en cuenta lo dispuesto por el Archivo General de la Nación siempre y cuando los equipos estén provistos de sistemas de seguridad que imposibiliten la incorporación de modificaciones.

La conservación, almacenamiento y gestión de las historias clínicas está en la mayoría de los centros asistenciales a cargo de los servicios de documentación clínica. Sus encargados son los responsables de la coordinación de tan delicada labor, cuyo objetivo fundamental es proteger la información que facilite la continuidad e idoneidad de los cuidados dispensados, evitar la repetición de pruebas diagnósticas y favorecer la adopción de las mejores medidas terapéuticas para cada paciente.

La unidad operativa que se encarga de la guarda se denomina comúnmente "Archivo" y en una gran parte de los centros asistenciales de nuestro país, la proliferación vertiginosa de los documentos generados en la práctica asistencial, ha hecho colapsar estructuras edilicias obsoletas.

Para terminar diremos que en contraposición con el carácter eminentemente médico de esta actividad, la tarea descrita no está profesionalizada, requiriéndose hoy más que nunca del concurso de médicos documentalistas y unidades operativas acordes.

Tipos de archivos

1. El de gestión, en el cual reposan las historias de los usuarios activos y de quienes no han utilizado el servicio durante los 5 años siguientes a la última atención.
2. Archivo central, donde reposan las historias de quienes no volvieron a usar los servicios luego de los 5 años contados a partir de la última atención y hasta completar 20 años.
3. Histórico, en el cual se guardan las que por su valor científico
4. Histórico o cultural, donde las historias clínicas deben ser conservadas permanentemente.

En pediatría el plazo de conservación de una historia clínica es de 15 años a partir de la fecha de fallecimiento del niño o a partir de cuando este cumple 18 años (Resolución de la Secretaría de Salud perteneciente al Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación N° 648 del 11/09/86).

En caso que la institución prestadora de salud deje de prestar servicios, la entidad deberá entregar las historias clínicas a cada

usuario o paciente, si ello no es posible el liquidador designará quien tendrá la custodia por el término de conservación de 20 años. De tal decisión, se informará por escrito a las autoridades de salud correspondiente para que posteriormente se informe a la persona usuaria bajo quien quedó el cuidado de las historias.

ABDENDA. HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA

Una *Historia clínica electrónica* es un software que permite crear, guardar, organizar y editar la información clínica de un paciente en una computadora. Pero es mucho más que el equivalente electrónico del papel. Esta nueva modalidad de Historia está dedicada a mejorar la eficiencia, calidad y seguridad del cuidado de los pacientes. En el Cap. V "De la Historia Clínica", art. 13, de la Ley 26.529 se dice que el contenido de la misma puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de la integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurara su integridad. La reglamentación también establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

La historia clínica el elemento central de la creación de redes de informática o de telecomunicación médica por las grandes ventajas que proporciona la incorporación de los datos de las historias a los sistemas informáticos en todas las facetas de la medicina, ya que facilita la investigación, la docencia, la asistencia médica, la labor de enfermería, la gestión administrativa y económica.

Ventajas

Legible, registra fecha y hora de manera automatizada, disponibilidad permanente a médicos y auxiliares autorizados, ingreso de datos estandarizados por campos lo que facilita y acelera la labor asistencial, estadística, de investigación y científica. En otro orden de cosas supone un ahorro de los espacios de

guarda (archivos) y evita los traslados cotidianos de consultorio a consultorio y sus eventuales pérdidas y/o deterioro.

Desventajas

El problema médico legal más importante que se plantea con la utilización de la historia clínica informatizada es el quebrantamiento de la intimidad y confidencialidad del paciente. Otro inconveniente potencial sería la pérdida brusca, total o parcial de los datos informáticos obtenidos.

CONSIDERACIONES FINALES

Recientemente el Congreso sancionó en forma unánime una Ley que consagra el derecho del paciente al acceso irrestricto a su historia clínica y a toda la información relacionada con su salud. Se trata de derechos que hasta el momento han venido siendo consagrados de manera pacífica por la Justicia, pero que no contaban con una debida reglamentación legislativa, salvo en contadas excepciones.

De hecho, el denominado "consentimiento informado" sólo se encuentra consagrado para el caso de la ablación de órganos, pero no para otras prácticas terapéuticas quirúrgicas.

Una de las principales disposiciones de la Ley, es que declara a la historia clínica propiedad del paciente, razón por la cual le reconoce el derecho a recibir copia de ella en un plazo no mayor a 48 horas sin más trámite que el simple requerimiento del interesado. Lo que se busca es regular jurídicamente aspectos que antes eran obviados o directamente regulados exclusivamente por los usos y costumbres del ejercicio de la profesión médica.

También tendrán acceso a ese documento el representante legal designado por su titular, su cónyuge o persona con la que conviva en unión de hecho sin importar el sexo, y otros médicos o profesionales en el arte de curar que cuenten con la expresa autorización del paciente. En el caso de dilación o negativa de una institución o médico a entregar la historia clínica, la Ley prevé el ejercicio de la acción directa mediante el recurso de "*habeas data*", que, de presentarse en jurisdicción nacional, podrá hacerse sin costo judicial.

Al respecto, se entiende que reconocer la propiedad de la historia clínica para el paciente no es otra cosa que hacer operativo el llamado derecho a la salud contemplado, entre

otras Leyes y cláusulas, en el artículo 42 de la Constitución Nacional.

Según la nueva Ley 26.529 capítulo IV/ artículo 12, se entiende por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares del equipo de salud.

Este documento médico es imprescindible por lo que dice, o por lo que no dice y prueba por lo que explícitamente tiene registrado, o por lo que implícitamente se deduce de sus anotaciones.

Demos la bienvenida a la Ley 26.529 que regula dentro del ámbito nacional todos los aspectos legales relacionados con la Historia Clínica, mucho más aún teniendo en cuenta que este verdadero fenómeno sociojurídico que es el auge de los reclamos por mala praxis sigue teniendo una inusitada virulencia.

Abogados, médicos y pacientes debemos estar preparados para enfrentar esta nueva época en que nos toca vivir y actuar: los abogados, como custodios de la legítima defensa de los intereses comunes, y los médicos actuando con un altísimo grado de responsabilidad profesionalidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Criado del Río M^a T, Seoane Prado J. Aspectos medicolegales de la historia clínica. Madrid; 1999.
2. Aulló Chaves M, Pelayo Pardos S. Responsabilidad legal profesional: la historia clínica. Madrid; 1997.
3. Ley General de Sanidad.
4. Código de Deontología: Normes d'ètica mèdica. Consell de Col.legi de Metges de Catalunya, 1997. <http://www.ub.es/fildt/edc17.htm> Dra. Dolors Giménez. Especialista Medicina Legal y Forense.
5. Moreno Vernis M. Custodia y gestión de la Historia Clínica. <http://www.zonade.com/aeii/articulo/custodia.htm>.
6. Patitó JA. Medicina Legal. Capítulo 4: Secreto Médico. Buenos Aires: Ediciones Centro Norte; 2001. Pág.102-103.
7. Basile A. Fundamentos de Medicina Legal y Deontología y Bioética. Capítulo 2: Los Derechos de los Médicos. Buenos Aires: Ed. El Ateneo, 3ra edición; 1999. Pág.30-34.
8. [http://www.cgcom.org/not_omc/Manifiesto en defensa de la confidencialidad y el secreto médico](http://www.cgcom.org/not_omc/Manifiesto%20en%20defensa%20de%20la%20confidencialidad%20y%20el%20secreto%20médico)
9. Garay OE. De la historia clínica tradicional a la historia clínica informatizada. Cuadernos de Bioética, Universidad de Buenos Aires 1995. Disponible en: <http://www.bioetica.org/bioetica/ensciones10.htm>