

IMPORTANCIA DE LOS DOCUMENTOS MÉDICOS EN LA ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA

LIC. CLAUDIO A. HERNÁNDEZ GUERRERO
Abogado y Notario.

DR. WÁGNER RODRÍGUEZ CAMACHO
Médico especialista, Departamento de Medicina
Legal, Poder Judicial de Costa Rica.

REFERENCE: RODRÍGUEZ, W., HERNÁNDEZ, C.: The Importance of Medical Records in Justice Administration, Costa Rican Legal Medicine, vol. 5, Nº 2-3-4, June, September, December 1988, pp. 19-21.

ABSTRACT: The role of medical documents in the elaboration of the medico-legal report. Dispositions of the General Law on Health and General Regulations of National Hospitals of Costa Rica, on clinical reports and files of medical documents, are mentioned.

Also, sanctions established by the Penal Code on adulteration of documents and on false; *medical reports*, are specified. In medicolegal aspects, emphasis is made in identification, data, calligraphy and preservation or damage of clinical files.

Attention is called on the need of teaching the importance of medical documents to students of Medical Schools.

KEY WORDS: Medical records

REFERENCIA: RODRÍGUEZ, W. y HERNÁNDEZ, C.: *Importancia de los documentos médicos en la administración de justicia*, Medicina Legal de Costa Rica, vol. 5, núms. 2, 3, 4, junio, setiembre y diciembre de 1988, ps. 19-21.

RESUMEN: Se destaca el papel de los documentos médicos en la preparación del dictamen médico-legal. Se mencionan las disposiciones de la Ley General de Salud y del Reglamento General de Hospitales Nacionales de Costa Rica sobre historia clínica y archivo de documentos médicos. También se especifican las sanciones que establece el Código Penal sobre las adulteraciones de documentos y sobre los certificados médicos falsos. Dentro de los aspectos médico-legales se hace énfasis en la identificación, la data, la caligrafía y el estado de conservación o deterioro del expediente clínico. Se llama la atención acerca de la necesidad de que en las escuelas de medicina se enseñe al estudiante la importancia de los documentos médicos.

PALABRAS CLAVES: Documentos médicos, falsificación ideológica de certificados médicos.

INTRODUCCIÓN.

Los documentos médicos constituyen una pieza muy importante en la confección del dictamen médico-legal. Sin embargo, se abusa de ellos, cuando una autoridad judicial solicita basar una peritación médico-legal en dichos documentos como única fuente de información. En otras ocasiones, el médico forense obtiene la información del expediente clínico a través de tercera persona.

También creemos que la mención de los documentos médicos dentro del contexto del dictamen, no cumple en muchos casos, con el mínimo de formalidades.

El objetivo de este trabajo es concientizar al médico tratante, fuente de dicha información; al juez que la utiliza, para que haga un uso racional de ese documento, por lo productivo y a la vez lo limitado de dicho recurso; al médico forense, para que cumpla un mínimo de formalidad al insertar la información en el dictamen; al abogado, litigante, defensor y fiscal, para que realice análisis crítico de la información habida en él.

ASPECTOS NORMATIVOS.

a) Ley General de Salud, Nº 5395 de 30 de octubre de 1973, reformada por leyes Nº 5789 de 1 de setiembre de 1975, Nº 6430 de 15 de mayo de 1980, Nº 6726 de 10 de marzo de 1982 y derogatoria parcial por Ley Nº 7093 de 22 de abril de 1988.

Del estudio del articulado de esta ley, encontramos prácticamente una única norma referida a los documentos médicos.

El artículo 74 que dice: "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, en la oportunidad y dentro del plazo que determinen el reglamento o la autoridad de salud competente, las informaciones estadísticas requeridas".

b) Reglamento General de Hospitales Nacionales.

En su artículo 18, inciso 2, aparte e) indicase que el director de un hospital

es el funcionario 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. . .".

El artículo 31, inciso j) establece para los jefes de servicio: "Velar por la corrección de los documentos clínicos de su servicio y por el acatamiento de las disposiciones reglamentarias internas".

Artículo 33: "Corresponderá especialmente a los jefes de clínica:

a) Pasar visita en compañía de los asistentes del servicio, con el objeto de revisar la historia clínica de cada caso, en sus aspectos de diagnóstico, evolución y terapéutica. . .

b) Revisar y rectificar el resumen médico de pacientes una vez dados de alta o después de haber fallecido. . .".

Artículo 34: Corresponderá especialmente a los médicos asistentes:

c) Revisar la historia clínica y exploración física del paciente o con el objeto de determinar su corrección antes de considerarse como definitiva.

d) Discutir con sus subalternos, como práctica de orientación y enseñan-

za, sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de información de la historia clínica.

e) Revisar las anotaciones de evolución clínica y recomendar la terapéutica y los estudios de laboratorio y gabinete que se deban practicar.

f) Hacer el resumen de estancia, evolución clínica, diagnóstico y terapéutica empleados en los pacientes dados de alta o que hayan fallecido.

Artículo 36: Corresponderá especialmente a los médicos residentes:

c) 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.

d) Revisar y completar las historias clínicas y completar los exámenes de laboratorio y gabinete y/o de emergencia que se deban practicar; asimismo, iniciar y/o completar la terapéutica necesaria en aquellos casos hospitalizados recientemente y no vistos aún por el médico asistente.

e) Hacer las anotaciones de evolución clínica y las prescripciones recomendadas por el médico asistente.

Artículo 37: Corresponderá especialmente a los médicos internos:

b) Pasar visita diaria a pacientes con el médico asistente y el residente, como práctica de orientación y enseñanza sobre las discrepancias de criterio y las deficiencias de información de la historia clínica.

c) Hacer las historias clínicas de los pacientes que se les asignen dentro de las 24 horas siguientes a su ingreso.

e) Hacer las anotaciones de evolución clínica y las prescripciones necesarias en los casos que atiendan con carácter de urgencia, en ausencia del residente.

Artículo 46: Los médicos del hospital deberán reunirse, de acuerdo con las posibilidades del establecimiento, obligatoriamente y en forma periódica en sesiones destinadas a:

c) Reuniones de análisis técnico-administrativo, para el estudio de los rendimientos asistenciales, *revisión de historias clínicas* y aplicación de los reglamentos y normas existentes.

Artículo 55: La atención de consulta externa deberá iniciarse en la 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.

Artículo 56: Toda información médica que se obtenga en la atención del paciente deberá quedar registrada en la historia clínica.

Artículo 65: El médico o el equipo de turno tendrán las siguientes obligaciones y atribuciones:

b) Dejar constancia escrita de todas sus actuaciones en los registros correspondientes (historias clínicas, protocolos quirúrgicos, registros obstétricos, registros de urgencias, etc.).

Artículo 76: Corresponderá especialmente al responsable de sala de operaciones:

i) Exigir que todo enfermo vaya a la operación acompañado de la historia clínica completa;

m) Velar porque se lleve la anotación estadística de la labor realizada en las salas de operaciones;

n) Velar porque se dé cuenta diariamente al Departamento o Servicio de Estadística y Documentos Médicos de las intervenciones efectuadas en las salas de operaciones. . .

Artículo 86: En la historia clínica de cada paciente atendido en el servicio de odontología, se dejará constancia en un diagrama de las condiciones bucodentarias y de las intervenciones dentales efectuadas o por efectuar.

Artículo 88: Serán aplicables a los odontólogos las disposiciones relativas al cuerpo médico en lo referente a calidad y obligaciones.

Artículo 187: Para cumplir con las obligaciones señaladas en el artículo 185, el Jefe del Departamento o Servicio de Estadística y Documentos Médicos, además de las obligaciones que establece el artículo 115 de este Reglamento deberá:

b) Procurar que se abra una historia clínica, que será de formato estándar y única para cada enfermo y que registrará todas las atenciones de consulta externa y de hospitalizaciones en cualquier servicio del establecimiento;

c) Velar porque se mantenga un archivo centralizado de historias clínicas ordenado numéricamente;

d) Velar por la existencia y cumplimiento de normas para la entrega y devolución de las historias clínicas, de manera que se garantice su entrega a

persona autorizada, el conocimiento de su destino, su devolución dentro de un plazo razonable y su reubicación oportuna y adecuada en el archivo.

Artículo 189: Las historias clínicas deberán considerarse documentos de carácter privado y confidencial, de utilidad para el enfermo, el establecimiento, la investigación, la docencia y la justicia, por lo que no se podrá autorizar su uso para otros fines, guardando en todos los casos el secreto profesional.

Artículo 190: Ninguna historia clínica podrá ser entregada al paciente, sino que será llevada por personal del establecimiento a la consulta del médico o al servicio donde se necesite.

Artículo 323: Como base para mantener la supervigilancia técnica, todo establecimiento de atención médica deberá mantener un expediente clínico de cada paciente que contendrá la información mínima siguiente:

1. Datos sociológicos: . . .
2. Datos médicos:
 - 2.1. Causa del internamiento.
 - 2.2. Anamnesis.
 - 2.3. Examen físico.
 - 2.4. Notas de evolución y de órdenes del médico.
 - 2.5. Otros informes (laboratorio, radiología, interconsultas, operación, anestesia, hoja de recién nacido, etc.).
 - 2.6. Diagnóstico de ingreso y egreso; condición de salida y epícrisis.
3. Datos de enfermería: . . .
4. Otra información: . . .

El Código de Moral Médica en su artículo 9, dice:

"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 o por haber sido testigos de la enfermedad".

Artículo 32: "En el consultorio médico privado los expedientes médicos pertenecen al profesional. Empero, a solicitud del paciente, el médico está en la obligación de extender una epícrisis".

ASPECTOS ACADÉMICOS.

En el currículum de las escuelas de Medicina de Costa Rica, siempre se ha contado con la guía de ilustres pro-

fesores que enseñan la metodología del interrogatorio y del examen clínico completo, incluyendo los exámenes complementarios de laboratorio o de gabinete. Así vienen a nuestro recuerdo nombres como *Mario Miranda Gutiérrez*, quien se refería a esa metódica como "la herramienta indispensable y de mayor utilidad en el ejercicio de la medicina clínica". *Rodrigo Loria Cortés* con su guía para la historia y exploración clínicas en Pediatría, *Álvaro Fernández Salas*, con su folleto sobre exploración neurológica que nos da un medio muy valioso para hacer una buena exploración neuropsiquiátrica del paciente, por no decir que integral y muy completa. Ellos como profesores de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

La Escuela Autónoma de Ciencias Médicas de Centro América tiene como libros de texto y guías a la "Prope-
dética" de Majors y la "Semiología Médica y Técnica Exploratoria" de Juan Suros Fornis.

De manera que nuestros médicos han tenido sobrada oportunidad para aprender el arte de la exploración clínica del enfermo y con ella la confección del documento médico.

SITUACIÓN REAL.

Refiriéndonos al expediente clínico intrahospitalario:

I. Aspectos penales.

Alteración del contenido del documento.

Sobre este particular, debemos remitirnos al catálogo de figuras penales que contiene nuestra legislación, para establecer las posibles consecuencias que pueden determinar las diferentes actuaciones de los profesionales llamados a escribir y consignar correctamente la información médica.

Así tenemos:

Artículo 359 del Código Penal: se impondrá prisión de seis meses a dos años al que hiciere en todo o en parte un documento privado falso o adulterare uno verdadero, de modo que pueda resultar perjuicio.

Artículo 360: Será reprimido con las penas señaladas en los artículos anteriores, en los casos respectivos, el que suprimiere, ocultare o destruyere en todo o en parte, un documento de modo que pueda resultar perjuicio.

Artículo 362: Se impondrá de cuarenta a ciento cincuenta días multa, al médico que extendiere un certificado

falso, concerniente a la existencia, o inexistencia, presente o pasada de alguna 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 fuere recluida en un hospital psiquiátrico o en otro establecimiento de salud.

Artículo 363: Será reprimido con uno a seis años de prisión, el que hiciere uso de un documento falso o adulterado.

II. Aspectos médico-legales.

a) *La identificación:* en general este apartado está bastante bien confeccionado.

b) *La data:* aquí ya se da el primer problema. Información valiosa deja de serlo por no poder ubicarse en el tiempo, dada la ausencia de fechas, notas de interconsulta, resultado de exámenes, notas de evolución.

c) *La caligrafía:* hay toda una gama, desde cuidadosas anotaciones a máquina escritas durante la visita general, hasta notas ilegibles, así como el abuso de siglas y abreviaturas. Cabe cuestionarse sobre la existencia o no de la información si el canal de comunicación falla.

d) *Estado material del expediente:* en ocasiones nos encontramos con expedientes clínicos en franco estado de deterioro, con hojas a punto de desprenderse del mismo, aparte de lo anárquico de la cronología de las notas y observaciones. Las notas de enfermería vienen a ser la excepción y por lo general son modelo de orden.

CONCLUSIONES.

1. Hay toda una normativa sobre documentos médicos.

Debe ser de obligado acatamiento por todos los centros del sistema hospitalario nacional.

Existe, a nuestra manera de enfocar el problema, una falta de congruencia entre lo que el expediente médico refleja y el total de procedimientos y tratamientos de orden médico experimentados realmente por el paciente. Se presenta entonces una discordancia entre estas dos realidades, que hacen que el expediente o documento médico, se convierta en una prueba inidónea dentro de un eventual caso médico-legal.

De acuerdo con la experiencia, y luego de consultas verbales y del tra-

bajo de investigación realizado por los estudiantes de la Sección de Tecnologías Médicas de la Universidad de Costa Rica, Facultad de Medicina (Carlos Alfaro, David Barrantes, Laura Gutiérrez, Warren Ovares, noviembre 1987), no existe un registro de casos legales (experiencia del Hospital San Juan de Dios) por no contarse con mecanismos para discriminar o dar un trato preferencial a aquellos expedientes que eventualmente serían médico-legales.

2. Es evidente la preocupación de las escuelas de Medicina al formar al médico en el arte de la exploración y la confección de la parte que le corresponde en el expediente clínico.

3. Hay falta, sin embargo, de la concientización del médico, sobre la importancia de los documentos médicos.

4. El mismo médico puede generar la posibilidad de enfrentar un caso médico-legal.

RECOMENDACIONES.

1. Fomentar la aplicación de las normas.
2. Despertar en el director del centro el interés por la aplicación de esas normas.
3. Despertar el cuidado en el médico, no por temor, sino por responsabilidad.
4. Aplicación del artículo 21 del Código de Moral Médica. Dejar constancia en los documentos médicos de todos aquellos procedimientos a emplear, que sean médicos o quirúrgicos de alto riesgo. De esta manera quedará consignado claramente todo el proceso de aceptación de un tratamiento por parte del paciente que liberará de responsabilidad futura, siempre que se emplee la cantidad de medios y recursos técnicos y humanos con que se cuenta.

La minuciosidad de las notas del médico, tanto de evolución como de tratamiento, vienen a constituir su mejor medio de defensa en caso de que se presentara algún reclamo por malpraxis. Obviamente la nitidez de las mismas evitarán hacer incurrir al perito médico forense, en suposiciones o deducciones sobre el documento sometido a análisis.

5. Tener conciencia de la importancia médico-legal del documento médico a todo nivel de la jerarquía médica.