

Documentos médicos

Néstor R. Castillo

Historia clínica

Se destaca el papel fundamental de los registros médicos como instrumento para la captación de datos sobre los diferentes eventos de salud de las personas, para facilitar la optimización de las decisiones y acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento del paciente, así como las actividades de docencia e investigación, dentro del marco de aquéllas.

Desde el punto de vista de la prestación de servicios, la historia clínica hace referencia, más que a un documento específico, a un componente fundamental de la relación equipo de salud paciente, que es un proceso en el cual se investigan los antecedentes sociales, familiares, personales y de salud de una persona, como base para la orientación del diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y en última instancia para el logro de su recuperación y rehabilitación.

I. Marco conceptual

Desde el punto de vista de prestación de servicios la historia clínica hace referencia, más que a un documento específico, a un componente fundamental de la relación Equipo de Salud - Paciente.

La historia clínica es el más importante de los documentos que realiza cualquier equipo de salud, especialmente el médico, y tiene un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud.

La historia clínica es el registro de una autoridad intelectual médica en la cual se mezclan la capacidad para escuchar y comprender, explora e investiga y por ende llega a un resultado producto de los conocimientos y del estudio continuado del médico, capta no sólo datos que se transforman en información útil para la toma de decisiones y la ejecución de acciones relacionadas con la salud de una persona o paciente o con un conjunto de la población, además es útil como prueba documental en situaciones en las que fallece una persona y oportunamente no se ordene la necropsia por haber transcurrido algún tiempo, y

seguramente una exhumación no podría aportar en muchas oportunidades la observación de los órganos y entonces sería necesario recurrir a la prueba documental de la historia para poder establecer las causas del deceso.

Igualmente, en otras situaciones procesales que sólo producen alteraciones transitorias, pero que luego desaparecen con oportuno tratamiento, será necesario recurrir tanto al examen del implicado, como a la historia clínica.

Además, como definición de historia clínica que es el registro obligatorio de las condiciones de salud y del conjunto de datos relativos al estado médico de una persona, en consecuencia:

- A. La historia clínica debe contener TODOS los datos relativos a la salud de una persona, es decir que no habrá historias separadas por programa o especialidad.
- B. Se debe incorporar la información correspondiente a la atención tanto preventiva como curativa y de rehabilitación brindada a una persona.
- C. La historia clínica es un documento para atención individual.
- D. La historia clínica es única en la Institución, esto es que cada paciente tendrá una historia dentro de la institución, cualquiera que sea el servicio o especialidad que brinde la atención.

Entonces, el pilar fundamental del sistema de información orientado hacia la salud del paciente es la historia clínica, ya que permite consignar la información para:

1. Contribuir a la identificación y a la cuantificación de los problemas de salud y sus factores relacionados.
2. Controlar la eficiencia de los recursos y la eficacia de las decisiones y acciones de salud.
3. Detectar la evolución de los problemas y evaluar el impacto que sobre los mismos puedan tener dichas decisiones y acciones.

Igualmente, se han tenido en cuenta las posibilidades de la historia clínica para fines de investigación y docencia, sin olvidar en ningún momento el papel fundamental cual es el de facilitar la organización y calidad en la atención de las personas.

Néstor Ricardo Castillo Cárdenas, MD. Médico Cirujano, Universidad Nacional de Colombia. Médico Forense, Dirección Seccional Santa Rosa de Viterbo. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Rev Colomb Gastroenterol 2004;19:100-108.

Dos características particulares deben complementar la anterior definición a saber: los conceptos de unidad y uniformidad de la historia clínica así:

Unidad

En sentido estricto, el concepto de la historia clínica única, implica incluir en un solo documento toda la información relativa a la salud de una persona, a lo largo de su vida, independientemente del lugar donde se brinde la atención.

Si bien este criterio ofrece ventajas al garantizar la integridad y continuidad en la atención a lo largo del sistema de salud y disminuye la repetición innecesaria de estudios diagnósticos y datos básicos, su aplicación ofrece serias dificultades dada la movilidad de la población; sin embargo, es necesario el adecuado manejo del sistema de información y el eficiente manejo de los documentos médicos.

Uniformidad

El concepto de uniformidad de la historia hace referencia al contenido y diseño de la misma, e implica que para atenciones semejantes deberán utilizarse formularios establecidos en las diferentes áreas de la Institución.

2. Estructura de la historia

En la actualidad, existen dos tipos de estructura básica que pueden darse a la historia clínica: la “tradicional” y la “orientada hacia los problemas del paciente”. En la historia tradicional los datos están organizados según su fuente: informes del paciente, notas de enfermería, informes auxiliares de diagnóstico, etc.

La historia orientada hacia los problemas del paciente incluye una hoja que permite listar los problemas del paciente y organiza la historia de tal manera que permite visualizar los problemas, el razonamiento y acciones desarrolladas para solucionarlos.

La historia clínica orientada hacia los problemas del paciente implica más que un cambio de formulario, una orientación filosófica acerca de la forma como se redacta, analiza, registra y usa la información médica y requiere un mayor interés y supervisión de la historia por parte del personal médico.

3. Objetivos y usos

La atención médica tiene ciertas características y la elaboración de la historia clínica debe guardar ciertas normas de calidad y eficiencia en la atención de las personas.

La historia clínica busca y cumple innumerables objetivos y cuya importancia está enmarcada desde el punto de vista:

3.1. Administrativo

La historia clínica cumple una función especial desde el punto de vista administrativo como fuente de datos para programación, control y evaluación del sistema de salud, para ordenación y planeación. Aquí se utilizan formularios llamados secundarios en la atención (registro diario de consulta, registro de egreso hospitalario).

3.2. Asistencial

Como el registro de valores del paciente sirve de ayuda memoria al responsable de la atención, para el seguimiento, y como instrumento de comunicación entre los miembros del equipo de salud y la institución que interviene en la atención del paciente.

3.4. Docente

Sobre la confección del proceso de aprendizaje de los estudiantes y como ayuda de la educación continuada de los profesionales médicos y del equipo de salud. Cabría aquí señalar la relegación de su importancia, ya que médicos más especializados emplean menos energías en escribir en la historia clínica y delegan este procedimiento en muchas oportunidades sobre el personal en entrenamiento con menos graduación ya que se le considera menos importante y hasta “degradante y desgastante” hacer anotaciones en la historia clínica.

3.5. Investigativo

Vale anotar sus perspectivas para la realización de investigaciones clínicas, epidemiológicas, operativas, para ello deben existir ciertas normas.

3.6. Social

Conociendo de los datos consignados, la composición familiar y factores de riesgo para la realización de ejercicios de prevención en salud familiar y de la comunidad.

3.7. Control de calidad

Facilita y controla la eficiencia de los recursos y evaluación de la calidad y eficacia de las decisiones y acciones de salud, sobre el paciente, con base en parámetros definidos y a través de revisiones sistemáticas de historias. Detecta la evolución de los problemas y evalúa el impacto que sobre los mismos puedan tener dichas decisiones y acciones.

3.8. Médico legal

Frecuentemente las instituciones, el médico y el equipo de salud, están expuestos a acciones judiciales por parte del paciente o de sus familiares por el mejor y mayor conocimiento de sus derechos y la forma de hacerlos valer. La historia proporciona la evidencia necesaria sobre las responsabilidades implícitas en la

atención. Además, como registro de las víctimas de lesiones violentas son el marco de información fidedigna y veraz de hechos relacionados de esta forma.

Por otra parte, y según la legislación vigente, la institución debe rendir informes relacionados con accidentes, violencias y otros hechos que dan lugar a la intervención policial, para lo cual, la historia clínica es fuente de datos.

4. Marco jurídico de la historia clínica

En lo concerniente a la historia clínica es conveniente hacer dirección basados en la Ley 23 de 1981 y específicamente lo referido en el Capítulo III. Artículo 34": La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la Ley".

Teniendo como base lo determinado por el anterior artículo:

"La historia clínica es el registro obligatorio..."

Significa esto que su elaboración y confección ha de entenderse que no es opcional y deberá diligenciarse de acuerdo con las normas legales vigentes. El papel del médico radica no solamente en que debe registrar sus observaciones y conceptos en forma oportuna, clara, completa, exacta, revisando los aportes de otras disciplinas comentar sobre ellos, y sus resultados. "No es por lo mucho o poco que se pueda escribir, sino por lo claro (legible), organizado y coherente, de esta forma la historia clínica será valiosa.

Por otra parte la historia clínica contribuye a proteger los intereses legales del paciente, la institución y el equipo de salud. Es decir, el manejo adecuado de la historia clínica podrá proporcionar evidencia sobre la responsabilidad.

La mala elaboración de una historia clínica dadas las condiciones no sólo actuales sino de siempre pueden hacer pensar que un profesional ha actuado de manera negligente.

Cabe anotar la no procedencia de escribir siglas no aceptadas universalmente, la ilegitimidad y no claridad de las anotaciones. Artículo 36 Ley 23 de 1981: "En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad. Cuando quiera que haya cambio de médico, el reemplazado está obligado a entregarla, conjuntamente con sus anexos a su reemplazante".

La historia clínica proporciona evidencia documental sobre la evolución, estado de salud y tratamiento brindado, reflejan la diligencia y profesionalismo del médico que interviene en la atención del paciente.

"De las condiciones de salud del paciente"

De salud, concepto que no necesariamente se refiere a que ha de estar enfermo para tener una his-

toria clínica, ya que ésta debe contener información preventiva además de la curativa o de rehabilitación. Se anotan indicios o aspectos de orden familiar, personal de desarrollo, etc. Hechos que son comprobables o "evidencias" que orientan y fundamentan procedimientos y diagnósticos.

En la historia clínica no deben escribirse comentarios que dejen entrever errores diagnósticos o terapéuticos o juicios sobre la preparación académica de los colegas o sobre la idoneidad del personal auxiliar. No debe ser lugar diferente a la sana y normal discrepancia diagnóstica y no de controversia médica. No es lugar donde se pueda con espíritus deshacerse de responsabilidad, para presionar estamentos administrativos o para dar curso a intenciones personales diferentes del acto médico. Existen para ello mecanismos administrativos que pueden realizarse y dejar constancias independientes que ayuden a mejorar el servicio y la atención al paciente.

"Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros, previa autorización de la paciente o en los casos previstos por la ley".

Se entiende como documento a la relación o escrito que ilustra acerca de algún hecho. Instruye, informa acerca de pruebas que atañen a un asunto (Diccionario de la Real Academia Española de la lengua).

Es privado: se refiere a que no requiere formalidades legales diferentes a la forma para ser considerado como documento, no necesita ser elaborado, emitido o convalidado por un funcionario público, ni por autoridad notarial.

Todo el personal que participa en la atención del paciente es responsable de la integridad, exactitud y guarda de la historia clínica, porque esta cumple con los propósitos para los que fue diseñada. De todo este personal quien tiene mayor responsabilidad relativa es el médico tanto en forma individual como relativa.

Artículo 23 de Decreto Reglamentario 3380/81: "El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado o reservado de ésta".

Las disciplinas como enfermería, fisioterapia, nutrición, odontología, deberán tener y conocer las normas escritas sobre lo que se debe registrar y cómo debe consignarse la información en la historia clínica y recibir la información sobre la responsabilidad al respecto.

Ante las continuas solicitudes de revisión de sus derechos, los médicos deben tener mayor conciencia sobre la importancia del diligenciar la historia adecuadamente.

La elaboración y confección hace parte de la Norma de Atención o *Lex Artis*. Prima el deber ético por sí mismo de dejar constancia de las condiciones como efectuamos la atención y que ésta se realizó.

La historia clínica como documento privado de manejo inadecuado se regirá por los Artículos 221 y 224 del Código Penal. El Artículo 221 del citado establece lo siguiente “Falsedad en Documento Privado-El que falsifique documento privado que pueda servir de prueba incurrirá, si lo usa, en prisión de uno a seis años.”

El Artículo 224 establece: “El que destruya, suprima u oculte, total o parcialmente un documento privado que pueda servir de prueba, incurrirá en prisión de uno a seis años”.

Hemos mencionado que el médico realiza una actividad intelectual con la información recibida del paciente. Si bien éste es dueño de su intimidad, el profesional médico tiene propiedad intelectual sobre ella (Artículo 61 Ley 23 de 1981: “El médico tiene el derecho de propiedad intelectual sobre los trabajos que elabore con base en sus conocimientos intelectuales, y sobre cualesquiera otros documentos, inclusive historias clínicas, que reflejen su criterio o pensamiento científico”). Por ello mismo podemos recalcar como propietario intelectual debe identificarse como quiera que fue autor de la misma, legiblemente con su nombre, código o registro correspondiente y firma y no ocultar su autoría con seudónimos o firmas ilegibles.

La historia clínica no puede ser entregada a cualquier persona, se requiere mostrar autorización expresa del paciente e indicarse los fines que se persiguen para ser dispuesta. Existen causales válidas para dar información de la historia clínica inclusive al paciente referidos en el Artículo 38 de la Ley 23 así:

1. Al enfermo, en aquello que estrictamente le conviene y conviene.
2. A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento.
3. A los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces.
4. A las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley.
5. A los interesados, cuando por defectos físicos irremediabiles o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia.

Según las disposiciones legales establecidas por la Ley 23 de 1981, “ética médica” se entiende por secreto médico definido en el Artículo 37 “el secreto médico o profesional es aquello que no es ético o lícito revelar sin justa causa. El médico está obligado a guardar el secreto profesional en todo aquello que por razón del ejercicio de su profesión haya visto,

oído o comprendido, salvo en los casos contemplados por disposiciones legales”. El Artículo 39 de la citada Ley establece que el médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional. Este debe cubrir a todas las personas que en razón de su profesión o estado tienen acceso a esta información confidencial. La normatividad penal establece sanciones en caso de infracción o violación manifiesta de los preceptos descritos.

Además, es recomendable la elaboración de reglamentos internos relacionados con el secreto médico que normalice el acceso a las historias clínicas, el tipo de información que deberá difundirse con base en lo referido y mandado legalmente.

5. Responsabilidad del equipo técnico respecto a la historia clínica

Todo el personal que participa en la atención de un paciente es responsable por la integridad, exactitud y guarda de la historia clínica y porque ésta cumpla con los propósitos para los cuales ha sido diseñada. De todo este personal, es el médico quien tiene la mayor responsabilidad relativa tanto en forma individual como colectiva.

El papel del médico ante la historia clínica no sólo radica en el registro de sus observaciones en forma oportuna, clara, completa y exacta, sino que además debe revisar los aportes de las otras disciplinas de la salud y comentar sobre ellos, especialmente si los resultados son inesperados.

Por su parte, otras disciplinas como enfermería, fisioterapia, nutrición, odontología, etc., que contribuyen directamente a la atención del paciente, deberán tener normas escritas sobre lo que se debe registrar y como debe consignarse esta información en la historia clínica, para lo cual deberán recibir formación especial, acerca de sus responsabilidades al respecto.

Además de las responsabilidades ordinarias de registro y el análisis cuantitativo y cualitativo de la historia, el secreto médico o profesional requiere comentarios especiales por afectar a todo el personal que se relaciona con ésta y por tener implicaciones éticas y legales para los responsables.

En este último tiempo y cada vez con más frecuencia, las entidades que intermedian los servicios de salud (Entidades promotoras de salud E.P.S., Empresas de Medicina Prepagada, Compañías Aseguradoras y cualquier otra forma institucional afín), solicitan tanto a médicos como a instituciones hospitalarias, el envío de historias clínicas de sus pacientes, con base en múltiples argumentos: auditoría médica de la atención, soporte para el pago de facturas, estadísticas, etc. Como se establece en la Ley 23 de 1981, la Superintendencia y el Ministerio de Salud prohíben enfáticamente este tipo de prácticas. De acuerdo con

el concepto autorizado por las autoridades y la ley, no pueden las empresas que responden por la afiliación, el registro y recaudo de cotizaciones de sus usuarios, pretender acceder a una información que le corresponde tener a las I.P.S. como responsables de la integridad, exactitud y guarda de estos documentos y por cuya reserva y salvaguarda tiene que responder civil, penal y éticamente.

La resolución N° 3905 de junio 8 de 1994 adoptó un nuevo formato de resumen de atención (Epicrisis), que es el documento que obligatoriamente debe diligenciar una I.P.S. y que puede ser aportado como una respuesta o soporte a las exigencias de E.P.S, empresas de medicina prepagada, aseguradoras, etc.

Consentimiento informado

La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar la salud del hombre y propender por la prevención de enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico social, racial, político o religioso. El respeto a la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes (Ley 23 de 1981, Código de Ética Médica, Artículo 1, Parágrafo 1).

En la convención de Ginebra de la Asociación Médica Mundial fue aprobado el Juramento Médico, que en su último párrafo dice: velar con sumo interés y respeto la vida humana, desde el momento de la concepción y, aun bajo amenaza, no emplear conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas. Sin embargo, en el ejercicio de la medicina se pueden lesionar bienes jurídicos individuales protegidos por la ley.

La práctica de un procedimiento quirúrgico en particular, puede llevar al empeoramiento de las condiciones de salud de un enfermo y su ulterior deceso, los cuales son justificables solamente a la luz del ejercicio por parte de los profesionales idóneos que actúen dentro de las normas universalmente establecidas y que procedan con la debida diligencia en el cuidado de los pacientes.

Debe entenderse que cuando emprendemos una acción por indicación médica, estamos obrando con el único fin de procurar un beneficio para nuestro paciente y, por extensión, para su familia. Y aunque este mismo acto implique tener que lesionar la integridad corporal del individuo, es aplicable y justificable si la intención es impedir la aparición de daños mayores (Temas de Ética Médica. Fernando Sánchez Torres, 1995.)

El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe

tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer. Los actos humanos, en nuestro sistema jurídico, para que produzcan efectos plenos, deben ser realizados con consentimiento. Ese consentimiento debe ser exento de vicio, error, fuerza o dolo (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto está viciado de nulidad y no produce ningún efecto o produce otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

El consentimiento en el campo médico, puede ser otorgado con fines específicos, entre otros: para tratamiento farmacológico, para procedimientos diagnósticos no invasivos, para procedimientos invasivos diagnósticos, para procedimientos terapéuticos no quirúrgicos, para procedimientos quirúrgicos, para cirugía estética, para tratamiento no convencional heroico, como sujeto de experimentación, como donante de órganos.

El ejercicio médico se basa en dos principios fundamentales: la capacidad técnica del médico y el consentimiento idóneo del paciente que se deriva de otro principio, el de autonomía, entendiendo el consentimiento no sólo de aceptar sino de rehusar cualquier acción médica, luego de haber recibido una información y por ello se denomina entonces Consentimiento Informado. La validez de un consentimiento idóneo o de un rechazar idóneo se da luego de entender una información, considerar las alternativas más importantes y ser capaz de comunicar una decisión.

La ley entonces fija unos parámetros para darle validez al acto jurídico:

- 1- El consentimiento sólo puede ser otorgado por personas mayores de edad. El de los menores genera actos nulos (relativamente nulos, absolutamente nulos, dependiendo de la edad misma).
- 2- El consentimiento no puede provenir de personas consideradas por la ley como incapaces mentales (Artículo 1503 del Código Civil: "Toda persona es legalmente capaz, excepto aquellos que la ley declara incapaces..."; Artículo 1504 del Código Civil: "dementes, impúberes, sordomudos que no pueden darse a entender por escrito (Absolutos); menores y adultos que se hallen en interdicción...").
- 3- El consentimiento debe expresarse ejerciendo la libertad individual. Por lo tanto, cuando se obtiene por la fuerza genera un acto nulo o viciado de nulidad.
- 4- Debe existir concordancia entre lo querido y lo aceptado. Por lo anterior el engaño y el error vician el consentimiento.

La Ley 23 de 1981 (Código de Ética Médica) contempla, Título TI, capítulo, artículo 14: "El médico no intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o mentalmente

incapaces, sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.” Artículo 15: “El médico no expondrá a su paciente a riesgos injustificados. Pedirá su consentimiento para aplicar tratamientos médicos y quirúrgicos que considere indispensables y que puedan afectarlo física o psíquicamente, salvo en los casos en que ello no fuera posible, y le explicará al paciente o a sus responsables sus consecuencias anticipadamente”.

Se presentan casos de fuerza mayor y pueden ser, Imprevistos: cuando de acuerdo con las circunstancias ha de emprenderse una operación quirúrgica, en ocasiones aun advirtiendo al paciente de la necesidad de la resección amplia o total de un órgano, puede encontrarse con situaciones que cambien el planteamiento inicial y que solamente el profesional en su acto quirúrgico esté en capacidad de determinar hasta dónde puede definir la supervivencia y la calidad de vida de quien se ha colocado en sus manos cambiando la estrategia a seguir. De Extrema Urgencia, cuando se encuentre en peligro la vida de la persona y se requiere de una cirugía radical, con las consecuencias que ello implique en el futuro. En los anteriores casos si la familia no está presente y no haya sido posible obtener dicho consentimiento, se debe dejar constancia muy clara en la historia clínica de la situación y los procedimientos que se requirieron para atender al paciente. Aun así se enfrenta a la queja del paciente, a pesar, de las explicaciones preoperatorias y la situación en la misma cirugía.

Un proceso patológico es cambiante, difícil de predecir y por lo tanto no pueden establecerse normas regidas con anterioridad.

Acta de consentimiento

El consentimiento informado o autorización de procedimientos, como también puede llamarse, nace y es consecuencia de la comunicación básica en la relación médico - paciente, de la información honesta sencilla y completa que el médico le da a su paciente en relación con su enfermedad, los procedimientos que se le van a realizar, los riesgos previstos, complicaciones y demás consecuencias que se puedan derivar de ello. Hace parte de la historia clínica y donde no se requiere necesariamente de un formato para su diligenciamiento.

El principal objetivo del consentimiento informado es el de proteger la autonomía del paciente, ya que es un derecho del mismo; la información por ello que le da su médico debe ser entendible, sencilla, clara y acorde con sus condiciones psicoculturales.

El consentimiento debe ser idóneo y para que esto se cumpla debe poseer ciertas condiciones:

El consentimiento debe ser otorgado por personas mayores de edad. El de los menores de edad puede

generar actos nulos, pero su nulidad dependerá sólo de algunas circunstancias.

El consentimiento no debe provenir de personas calificadas como incompetentes mentales.

La decisión del enfermo es completamente personal e individual.

No se requiere de un consentimiento adicional de la familia.

De acuerdo con la situación del enfermo, si es grave, se tiene la obligación de comunicarlo a la familia del paciente si ello contribuye o se consigue solucionar problemas familiares o espirituales.

Así mismo, en referencia al secreto profesional su revelación debe enmarcarse de acuerdo con las bases del artículo 38 de La Ley 23 de 1981, 11 “Teniendo en cuenta los consejos que dicta la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

- a) Al enfermo, si la revelación es útil al tratamiento
- b) A los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento
- c) A los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o personas mentalmente incapaces.
- d) A las autoridades judiciales o de higiene y salud en los casos previstos por la ley.
- e) A los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, pongan en peligro la vida del cónyuge o su descendencia”.

En los pacientes ancianos, para obtener el consentimiento médico se debe ser cuidadoso en respetar los derechos que ellos tienen y no permitir siquiera que su propia familia pueda atropellar esos derechos.

Para la validez del consentimiento basta con la firma del paciente, será opcional cualquier otro procedimiento, valga decir autenticación de su firma y/o presencia de testigos y registro de ellos, situación que estará de acuerdo con las características de la relación médico - paciente, o sus familiares y del principio de la buena fe.

El consentimiento informado no es eximente de responsabilidad para el médico, más allá del riesgo previsto, pero sí se convertirá en una prueba pertinente que se ha actuado de acuerdo con la voluntad del paciente.

El certificado médico

Es uno de los documentos de gran importancia que debe manejar y conocer el médico. La Ley 23 de 1981, en el Capítulo V, que hace referencia a las relaciones del médico con la sociedad y el Estado, así lo estipula en su artículo 50: “El Certificado Médico es un documento destinado a dejar constancia de cuatro eventos, resultado de una actividad médica como lo son: el nacimiento. El estado de salud de un paciente en todas sus condiciones. El tratamiento prescrito que

será resultado de una actividad intelectual médica de acuerdo con los antecedentes y condiciones encontradas en el paciente. Así mismo se puede constatar el fallecimiento de una persona.

Como documento que es, así como también lo establece este mismo artículo, su expedición genera para el médico, una responsabilidad moral, social y legal.

Un certificado médico debe cumplir ciertas condiciones básicas enmarcadas en su texto y establecidas en el artículo 51 así: “El texto del certificado médico será claro, preciso, ceñido estrictamente a la verdad y deberá indicar los fines para los cuales está diseñado.”

Como documento privado que es también incurrirá en falta, no solo a la ética, y a quien se le comprobe, haber expedido un certificado falso (Artículo 52, Ley 23).

Es comúnmente dado para muchas eventualidades, principalmente, certificar sobre el estado de salud de muchos pacientes, emitiéndolos en gran cantidad y en la práctica muy usual de ser certificados de complacencia. Esta situación puede generar muchos problemas de responsabilidad y también de credibilidad, ya que no son el producto y resultado de un claro acto médico. A la vez que sumado a esto dicha constancia o documento puede servir como esencial elemento probatorio en determinados procesos.

Teniendo entonces en cuenta lo establecido en el Artículo 51, de las condiciones básicas del certificado (claridad, precisión, coherencia y fines), en su elaboración han de tenerse en cuenta los siguientes puntos: nombre, documento de identidad del paciente, fecha de expedición, resumen de hallazgos positivos, diagnóstico, mención por solicitud de destino, fines y la firma y número del Registro del médico que lo expide que le da el aval de autenticidad.

Generalmente, se consulta al médico en la búsqueda de un certificado por estado de salud; si este producto es el resultado del ejercicio del acto médico, tiene toda la validez, incluyendo el cobrar por ello. Hay que aclarar y precisar, que por la elaboración del certificado no se cobra, lo que sí tiene derecho a cobrar el médico, es por el examen médico que realiza al paciente del cual se deriva la constancia referida, y en relación obviamente a pacientes particulares.

La receta médica

La Ley 23 de 1981, al respecto de la prescripción, contiene algunos artículos que le son pertinentes:

Artículo 33: “La prescripciones médicas se harán por escrito de conformidad con las normas vigentes sobre la materia”.

Artículo 40: “Está prohibido al médico en ejercicio recibir beneficios comerciales de farmacias, laboratorios, ópticas, establecimientos ortopédicos y demás organizaciones o instituciones o similares, encargadas

del suministro de elementos susceptibles de prescripción médica”.

La receta médica hace parte de la Norma de Atención, es uno de sus resultados y como tal debe existir una coherencia entre el diagnóstico escrito y la prescripción que se le da al paciente. Está fundamentada en el ejercicio científico y técnico de las condiciones del paciente.

Se considera como un elemento más y de suma importancia en el aporte de pruebas en el estudio de responsabilidad médica, ya que un error en la naturaleza de la prescripción y que tiene consecuencias en el paciente, tiene implicaciones reales de todo tipo.

Recordemos entonces cuáles son las condiciones básicas que debe poseer en forma general:

- a) Debe ser siempre escrita
- b) Fecha
- c) Completamente legible (dado que no es solamente otro médico, sino otro persona l que entregará la medicación y un paciente quien cumplirá las prescripciones formuladas.)
- d) En cuanto a la droga, su nombre, su presentación, dosis, vía de administración, periodicidad y las demás recomendaciones especiales.
- e) Como no debe ser un documento anónimo, firma y registro médico.

Con frecuencia en la formulación vemos la prescripción de “placebos”, entendido esto como “La terapia médica y quirúrgica que ocasiona cambios en la condición del paciente, atribuibles al simbolismo de la intervención más bien que a los efectos farmacológicos o fisiológicos”.

Estas terapias las vemos frecuentemente y en su generalidad son consecuencia de la incapacidad humana y científica del médico para manejar el problema de su paciente.

Su uso es peligroso en razón de los eventos que se pueden derivar:

- A) Son una mentira, un engaño y van en contra de la relación del médico con su enfermo.
- B) Pueden hacer perder la credibilidad.
- C) Hay exposición a riesgos innecesarios (uso de placebos impuros).
- D) Trastorno del diagnóstico y retraso de su aclaración.
- E) Significan en ocasiones la ausencia de comunicación y un verdadero acto médico. Es más rápido un placebo que hablar con el paciente.

Desde el punto de vista ético no hay problema de dar los placebos en relación con el “efecto placebo”.

Si se busca un efecto benéfico en el paciente, el efecto placebo no se basa en la mentira sino en curar por vía simbólica, psicológica, igual que biológica, por ejemplo: “No se está diciendo que el suero fisiológico es morfina, sino que esa sustancia aliviará el dolor”.

Un placebo no debe darse si no hay un diagnóstico comprobado. El usar el efecto placebo en la práctica médica es ético, pero debe hacerse guardando las normas de la ética médica.

Recibo por honorarios

Una regla fundamental en el ejercicio de la medicina es la de no anteponer nunca el beneficio personal, sobre el beneficio del paciente. La ganancia económica no puede ser ni la única, ni la más importante motivación para el ejercicio de la medicina.

Ley 23 de 1981, Artículo 1, Numeral 7: “El médico tiene derecho a recibir remuneración por su trabajo, la cual constituye su medio normal de subsistencia, es entendido que el trabajo o servicio del médico, sólo lo beneficiará a él y a quien lo reciba, nunca a terceras personas que pretendan explotarlo comercial o políticamente”.

Artículo 22: “Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el médico fijará sus honorarios de conformidad con su jerarquía científica y en relación con la importancia y circunstancias de cada uno de los actos que le corresponda cumplir, teniendo en cuenta la situación económica y social del paciente y previo acuerdo con éste y sus responsables”.

Artículo 23: “En casos de urgencia, la asistencia médica no se condiciona al pago anticipado de honorarios”.

“Los honorarios deben estar de acuerdo con los servicios prestados al paciente”.

Situaciones en relación con el pago de honorarios han sido de conflicto debido a la socialización, la complejidad técnica y los altos costos de la medicina.

Los honorarios se perciben por un salario u honorarios de una entidad en la que se prestan servicios de salud o a través de una compañía de seguros, situación esta última que riñe con lo referido en el Artículo 22, ya que conocemos del peligro a que se presta en vista de que las entidades pueden abusar de los profesionales estableciendo tarifas bajas y de cierta manera discriminatorias, aprovechándose, en ocasiones, de la oferta creciente en el mercado.

Hay varias circunstancias en las cuales se pueden cometer faltas relacionadas con el cobro de honorarios:

- A. El cobro exagerado para las capacidades económicas del paciente. Establecimiento de honorarios según condiciones económicas, con tope máximo u orientación desde el principio a instituciones que se acomoden a los ingresos excepto y según la ley, en condiciones de emergencia. No iniciar tratamiento para no abandonar el paciente por razones económicas.
- B. Cuando se elaboran remisiones a colegas, hospitales, centros de diagnóstico, farmacias etc., reci-

biendo una ganancia económica por ello (no se ha prestado un servicio, sino se ha hecho una remisión). Además, viola el principio de no anteponer nada al bien del enfermo.

- C. Cobro innecesario, cuando se somete al paciente de igual forma a intervenciones innecesarias aumento de visitas, exámenes injustificados, interconsultas sin necesidad, procedimientos quirúrgicos innecesarios, etc., el paciente y su familia pueden no percibir el engaño y el médico obtener una ganancia mayor.
- D. No llamar al colega o no hacer junta médica, para no dejar de percibir honorarios. Se anteponen actos al bien del enfermo.
- E. Tarifas variables en relación con declaración o no del paciente a la administración de Impuestos (retener cédulas o hacer cualquier otro tipo de coacción).
- F. Usar métodos deshonestos para captar enfermos: médicos vinculados con una institución que inducen a los pacientes para hacer uso de los servicios privados.

En relación con el cobro de honorarios es imposible dar normas o directrices, pero se debe ser honesto y ético con sus pacientes y dadas las condiciones actuales de tipo fiscal, se debe hacer entrega al paciente del respectivo recibo del pago de los servicios médicos, dejando constancia además del cumplimiento de ese hecho para eventuales revisiones de la administración de impuestos, que efectivamente ya se están realizando.

La interconsulta

La medicina moderna no es posible ejercerla solo, se necesita además de los medios técnicos, de la ayuda de otros para practicarla: los grupos médicos son necesarios para el buen ejercicio de la medicina.

Se llama interconsulta, a la solicitud que hace un médico a un servicio u otro profesional determinado, con el ánimo de obtener un mayor, mejor y adecuado conocimiento o tratamiento de un paciente.

La solicitud de interconsulta deberá contener los siguientes aspectos básicos: información general del paciente, servicio especialidad o profesional consultado, motivo de interconsulta (opinión tratamiento o transferencia), resumen clínico, firma y registro del solicitante.

El médico o servicio interconsultado, no aprovechará esta condición para convertirse en médico tratante, incurriendo en falta a la ética en caso de hacerlo.

El Artículo 19 de la Ley 23 de 1981 refiere: “Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el médico tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en junta médica, con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia.

Los integrantes de la junta médica serán escogidos de común acuerdo, por los responsables del enfermo y el médico tratante”.

El Decreto 3380/81 en relación con el artículo anterior, en su reglamentario Artículo 15 define la junta médica. “Se entiende por Junta Médica, la interconsulta o la asesoría solicitada por el médico tratante, a uno o más profesionales, teniendo en cuenta las condiciones clínico-patológicas del paciente”.

El Artículo 16 del mismo decreto, en relación a quienes son responsables del enfermo anota: “Son responsables del enfermo las personas naturales o jurídicas que figuren como tales en la historia clínica o en los registros médicos”.

De la Ley 23 de 1981, el Artículo 21: “La frecuencia de las visitas y de las juntas médicas estará subordinada a la gravedad de la enfermedad, a la necesidad de aclarar diagnóstico, mejorar el tratamiento o satisfacer el deseo expresado por el enfermo o sus familiares”. Del Decreto 3380/81, Artículo 17: “ Siempre y cuando corresponda esta solicitud a la condición clínico-patológica de aquél”.

El objetivo final de realizar una solicitud de interconsulta es buscar el beneficio del paciente y desde todo punto de vista y más ético, no es prudente anteponer cualquier otro interés que pueda comprometer su lealtad para el bien del paciente.

Así mismo, el médico interconsultado, o la junta médica podrán seguir la evolución del paciente según lo establecido, hasta cuando sea necesario, y si es paciente institucional según las posibilidades que ofrece cada institución en sus propios recursos humanos o en las relaciones contractuales con otras instituciones que tenga, basados principalmente en el compromiso ético del interconsultado, siempre y cuando su actuación no excluya totalmente la del profesional

tratante, en cuyo caso también éticamente debería convertirse en un paciente transferido para darle continuidad al tratamiento.

Bibliografía

- **Castillo C. Néstor R.** (1995-2000) Apuntes y Conferencias INML y CF.
- **Castillo C. Néstor R.** 1996 “Informes y otros escritos” PNUID .
- **Castillo C. Néstor R.** 1997 “Historia clínica documento base” Hospital Regional Sogamoso Comité Historias Clínicas.
- **Cifuentes M. Eduardo.** Ponente Corte Constitucional “Secreto Profesional Médico”- Casos forenses (9) Medellín Señal Editora 1997.
- Código De Etica Medina. Ley 23 de 1981
- Código De Procedimiento Penal Ley 599 del 2000
- Código Penal Ley 600 del 2000
- **Córdoba P R.** “El secreto profesional médico” Medicina U.P.B.Medellín Abril 1990; Vol 9 N°1: 13-24.
- **Córdoba P R.** 1994. “la Historia clínica aspectos éticos y legales “ Anales de la academia de medicina de Medellín, Epoca V Vol VII N°1 Marzo de p.9-21.
- **Franco Z. Jorge A, Agudelo Martha C.** 1997 “El consentimiento y la advertencia de riesgo en medicina” Revista INML y CF. Bogotá VOL XVI N° 1 y 2 Año 22 , p.136-152
- **Franco Z Jorge A. y cols .** “El consentimiento en el acto médico una aproximación en pediatría” 1999. Bogotá. *Pediatría* Vol 34 N° 2. p.123-128
- **Guzmán Mora F, et al.** 1995 1ª edición “De la responsabilidad Civil Médica” Ediciones Rosaritas Biblioteca Jurídica Dike.
- **Guzmán M. F., Franco DE, Cadena GM.** Tribuna Médica”Por qué se demanda a los médicos” 1996; 93 Marzo: 99-106.
- **Guzmán M. F. et al.** (Castillo C Nestor) “La practica de la medicina y la Ley” 1996 1ª Edición, Bogotá, Biblioteca Jurídica Editorial Dike.
- **Guzmán M. F, Franco D. E, Barrios MC, Mendoza J.** “El acto médico implicaciones éticas y legales” Acta médica colombiana 1994:Vol. 19 N° 3 mayo-junio.
- **Guzmán M. F., Mendoza J.** “Bioética: nuevos problemas y diferentes soluciones” Tribuna Médica Vol.91 mayo 1995:248-258.
- **Marín R.** 1ª Edición “La historia clínica como prueba documental”. Casos Forenses (4) Medellín , Señal Editora 1993:36-45.
- **Mora I. R, Mesa A. G, Franco Z J A., Agudelo MC.** “Historia Clínica” INML y CF 1997; Vol XVI- 1 y 2:119.
- Regional Oriente Inml Y Cf. “Valor Jurídico de Las Historias Clínicas” 2000.
- **Sánchez T. F.** Giro Editores Ltda. Bogotá “La reflexión ética en el ejercicio Médico” 1ª edición. 1995:53-76.
- **Tamayo J. J.** “Sobre la prueba de la culpa médica” 1ª edición . Análisis doctrinal y documental. Biblioteca jurídica Dike. 1995.
- **Yepes R. S.** “La responsabilidad civil médica” Biblioteca Jurídica Dike 3ª edición. 1994.