



myf

270

Dr. Adolfo B. J. **Prunotto**

Ex Vocal de la Cámara de Apelaciones en lo Penal de Rosario

***Derechos del paciente.
Historia clínica,
consentimiento
informado***

1. Introducción

En un programa televisivo, no recordamos si de Discovery Channel, observamos, que las autoridades de Europa y los EEUU, para atender con mayor efectividad las emergencias; han dispuesto que las personas tengan una versión digital de su historia clínica, en sus teléfonos celulares o incluso un chip implantado en una determinada parte de su cuerpo, dicha información, puede ser escaneada, cuando sea necesaria.

Conversando con un médico, sobre dicho tema, me contestó, que la *Historia Clínica era propiedad del efector privado de salud en el cual trabaja*, por lo cual le respondí, que *era de mi propiedad*, consultamos Infoleg, y la legislación que luego detallaremos, nos llevó a escribir este artículo; *obvio es mencionar que nos asistía la razón*.

Legislación consultada:

- a) Ley 26.529, "Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud". Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.
- b) Ley 26.742, modificatoria de la anterior. Sancionada: Mayo 9 de 2012. Promulgada de Hecho: Mayo 24 de 2012.
- c) Decreto Reglamentario de las dos anteriores, N° 1089/2012, Bs. As., 5/7/2012,
- d) Resolución N° 561/2014, Ministerio de Salud, Superintendencia de Servicios de Salud; Bs. As., 26/3/2014; que impone un Modelo de Consentimiento Informado.

e) Ley 25.326; Protección de los Datos Personales; Disposiciones Generales. Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales. Sancionada: Octubre 4 de 2000. Promulgada Parcialmente: Octubre 30 de 2000.

2. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud

a) Asistencia

Este derecho fundamentalísimo, no es comprendido, por los profesionales del Servicio Público de Salud; en oportunidad de haber sufrido un grave accidente, fui llevado por una ambulancia, al Hospital de emergencias de Rosario, Dr. Clemente Álvarez, al descubrir los médicos que tenía obra social, pese a correr riesgo mi vida, rechazaron seguir atendiéndome, por lo que tuvieron que peregrinar mis familiares y la ambulancia durante dos horas por distintos efectores de salud, hasta que me aceptaron en Terapia Intensiva del hospital Italiano.

Huelga decir que además de la mala praxis profesional, incurrieron en el delito de Abandono de Persona.¹ Y no olvidemos que la Vida es un Derecho Personalísimo, irrenunciable, de primera generación, que consagra nuestra Carta magna, desde su redacción original, y las Declaración, Pactos y Convenciones de Derechos Humanos, que

integran su texto actualizado.

Conducta que debieron seguir, conforme lo que dispone la legislación pertinente;

- Brindarme atención inmediata.
- Hacer los estudios y procedimientos pertinentes.
- Internarme.
- Estabilizarme.
- Contactar con mi Obra Social.
- Conseguir cama en otro Efecto de Salud, a fin de disponer mi derivación **sólo cuando hubiera desaparecido el riesgo de vida o de agravamiento de las condiciones de salud.**
- Derivarme.
- Presentar la cuenta por los servicios brindados a mi Obra Social.

No olvidemos, que el Sistema Público de Salud, se sostiene con los impuestos que pagamos, por lo que tenemos perfecto derecho a su uso todos los ciudadanos en caso de una **Emergencia**. Lo que no parecen comprender los burócratas municipales, que son los verdaderos responsables ideológicos de esas conductas delictuales de los médicos, con las instrucciones que les dan.

b) Trato digno y respetuoso

Claramente, dispone la ley que *“el paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera*

sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes”; la negrita nos pertenece.

El lenguaje del profesional de la salud interviniente, debe ser tal, que permita a un lego entender lo que dice, ya que es indispensable este entendimiento, **para que brinde su consentimiento debida y claramente informado.**

c) Intimidad

La intimidad y su resguardo es lo que permite al paciente explayarse libremente sobre su padecimiento, ante el profesional de la salud, de allí su trascendencia, este derecho va de la mano, con el que referiremos a continuación.

d) Confidencialidad

El paciente y por ende sus familiares; tienen derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada **por resolución debidamente fundada** de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

e) Autonomía de la Voluntad

Regula el legislador un derecho personalísimo, como por ejemplo donar sus órganos, o bien cremar sus restos.

La aplicación “Mi Argentina” de la Presidencia de la Nación; prevé entre otras cosas la expresión de voluntad de donar o no órganos.

El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud.

En el marco de esta potestad, *el paciente que presente una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, informado en forma fehaciente, tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría, o produzcan un sufrimiento desmesurado.*

También podrá rechazar procedimientos de hidratación o alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo de ese estadio terminal irreversible o incurable.

En todos los casos la negativa o el rechazo de los procedimientos mencionados no significará la interrupción de aquellas medidas y acciones para el adecuado control y alivio del sufrimiento del paciente. (Inciso sustituido por art. 1° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/2012).

f) Información Sanitaria

El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

La información debe ser completa, detallada y en un lenguaje que el paciente, sea cual fuere su desarrollo intelectual pueda comprenderla cabalmente, es decir un lenguaje sencillo, recurriendo incluso a dibujos, videos etc.

Lo que a un profesional de la salud le puede resultar fácil comprender, a un Físico Nuclear, puede resultarle confuso o inentendible.

En el artículo 3° la ley la define "A los efectos de la presente ley, entiéndase por *información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos*". La negrita nos pertenece.

g) Interconsulta médica

El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud; es lo que se conoce como buscar una segunda opinión; mal puede hacerse si, no se le entrega una *copia completa de su Historia Clínica.*

3. Consentimiento informado

Está definido en el artículo 5° de la ley, entiéndese por consentimiento informado la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales, en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados;
- g) El derecho que le asiste en caso de padecer una enfermedad irreversible, incurable, o cuando se encuentre en estadio terminal, o haya sufrido lesiones que lo coloquen en igual situación, en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de hidratación, alimentación, de reanimación artificial o al retiro de medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarios o desproporcionados en relación con las perspectivas de mejoría, o que produzcan sufrimiento desmesurado, también del derecho de rechazar procedimientos de hidratación y alimentación cuando los mismos produzcan como único efecto la prolongación en el tiempo

de ese estadio terminal irreversible e incurable;

h) El derecho a recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o padecimiento. Esto guarda directa relación, con lo explicado *ut-supra*, a lo que nos remitimos *brevitatis causae*.

El Artículo 6°; al regular la obligatoriedad, dispone: “*Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente. En el supuesto de incapacidad del paciente, o imposibilidad de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico, el mismo podrá ser dado por las personas mencionadas en el artículo 21 de la Ley 24.193, con los requisitos y con el orden de prelación allí establecido. Sin perjuicio de la aplicación del párrafo anterior, deberá garantizarse que el paciente en la medida de sus posibilidades, participe en la toma de decisiones a lo largo del proceso sanitario*”.

4. Forma de cumplimentar con el consentimiento informado

Artículo 7° — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;
- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;

- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.
- f) En el supuesto previsto en el inciso g) del artículo 5° deberá dejarse constancia de la información por escrito en un acta que deberá ser firmada por todos los intervinientes en el acto. (Inciso incorporado por art. 4° de la Ley N° 26.742 B.O. 24/5/201.

5. Debemos conjugar lo normado en la ley que nos ocupa, con el Código Civil y Comercial y el Código Penal.

Es trascendente, compaginar la ley, con la reforma posterior que ha unificado los códigos civil y comercial; regula el artículo 9° ***“Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:***

- a) *Cuando mediare grave peligro para la salud pública;*
 - b) *Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo”.*
- La negrita nos pertenece.

En los supuestos de:

- a) Imposibilidad de prestar el consentimiento;

- b) grave peligro para la salud pública

Rigen las disposiciones del Código Penal, contenidas en el artículo 34.

6. Historia Clínica²

Incluimos el concepto, para que tanto a los legos, como a los profesionales de la medicina, nos quede claro a que nos estamos refiriendo.

Artículo 12. — *Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.*

Artículo 13. — *Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su 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 asegurar su integridad.*

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que ten-

drán a su cargo la guarda de la misma.

Este fue uno de los temas principales, que nos decidieron a escribir este artículo; como ya adelantáramos en la Introducción, nos asiste la razón en cuanto a quien es el verdadero propietario de la Historia Clínica.

El Artículo 14, que transcribimos a continuación, no ofrece ninguna duda, ni posibilidad de otra interpretación; **“Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.**

Lo reafirma el decreto reglamentario³; Artículo 14.- **“Titularidad. El paciente como titular de los datos contenidos en la historia clínica tiene derecho a que a su simple requerimiento se le suministre una copia autenticada por el director del establecimiento que la emite o por la persona que éste designe para ese fin dentro del plazo de CUARENTA Y OCHO (48) horas. Los efectores de salud deberán arbitrar los recaudos para procurar entregar la historia clínica de inmediato, cuando el paciente que la requiera se encontrare en proceso de atención, o en situaciones de urgencia o gravedad, donde corre peligro su vida o su integridad física, hecho que será acreditado presentando certificado del médico tratante.**

A los fines de cumplimentar esta obligación las instituciones de salud deberán prever un formulario de solicitud de copia

de la historia clínica, donde se consignen todos los datos que dispone el paciente para su individualización, el motivo del pedido y su urgencia.

En todos los casos el plazo empezará a computarse a partir de la presentación de la solicitud por parte del paciente o personas legitimadas para ello.

Exceptuando los casos de inmediatez previstos en la segunda parte del primer párrafo de este artículo, y ante una imposibilidad debidamente fundada, los directivos de los establecimientos asistenciales o quienes ellos designen para tal fin, podrán entregar al paciente una epicrisis de alta o resumen de historia clínica, y solicitarle una prórroga para entregar la copia de la historia clínica completa, que no podrá extenderse más allá de los DIEZ (10) días corridos de su solicitud, conforme lo previsto por la Ley N° 25.326.

El derecho de acceso a qué se refiere este artículo sólo puede ser ejercido en forma gratuita a intervalos de SEIS (6) meses, salvo que se acredite un interés legítimo al efecto, y en un número limitado de copias, por lo cual, si existieren más de tres solicitudes, podrá establecerse que se extiendan con cargo al paciente el resto de ejemplares.

El ejercicio del derecho al cual se refiere este artículo en el caso de datos de personas fallecidas le corresponderá a sus sucesores universales o personas comprendidas en los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, con los alcances y límites fijados en la misma.

En cualquier caso el acceso de terceros a la historia clínica motivado en riesgos a la salud pública se circunscribirá a los datos pertinentes, y en ningún caso se facilitará información que afecte la intimidad del fallecido, ni que perjudique a terceros, o cuando exista una prohibición expresa del paciente". La negrita nos pertenece.

También debemos resaltar que debe ser entregada en forma gratuita y completa, cada Seis meses; y que paciente puede elegir que sea en soporte papel o en soporte informático, que pueda ser cargada a una computadora y a un celular.

Contenido

Esta regulado por La Organización Mundial de la Salud⁴, a la que se refiere el Decreto Reglamentario, en su Artículo 15.- *"Asientos. En la historia clínica deberán constar fehacientemente, además de lo exigido por la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, el nombre y apellido del paciente, su número de documento nacional de identidad, pasaporte o cédula, su sexo, su edad, su teléfono, dirección y aquellos antecedentes sociales, y/u otros que se consideren importantes para su tratamiento.*

Todas las actuaciones de los profesionales y auxiliares de la salud deberán contener la fecha y la hora de la actuación, que deberá ser asentada inmediatamente a que la misma se hubiera realizado. Todos los asientos serán incorporados en letra

clara y con una redacción comprensible. Con esa finalidad, la Historia Clínica no deberá tener tachaduras, ni se podrá escribir sobre lo ya escrito. No se podrá borrar y escribir sobre lo quitado. Se debe evitar dejar espacios en blanco y ante una equivocación deberá escribirse "ERROR" y hacer la aclaración pertinente en el espacio subsiguiente. No se deberá incluir texto interlineado. Se debe evitar la utilización de abreviaturas y, en su caso, aclarar el significado de las empleadas.

Los asientos que correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del artículo que se reglamenta deberán confeccionarse sobre la base de nomenclaturas CIE 10 de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) o las que en el futuro determine la autoridad de aplicación"⁵. La negrita nos pertenece-

7. Conclusiones

Este tipo de temas tiene una gran importancia para la población en general, por ellos aplaudimos la página oficial, que desarrolla estos aspectos, <https://www.argentina.gob.ar/justiciacerca/historia-clinica>.

Creemos que debería complementarse, con talleres y charlas, en:

- a) Escuelas Primarias.
- b) Escuelas Secundarias.
- c) Universidades, debiendo introducirse una materia obliga-

toria, en aquellas relacionadas con la salud de las personas.

d) Hospitales, Sanatorios, Dispensarios.

e) Vecinales.

f) Sindicatos.

g) Obras sociales.

h) Asociaciones profesionales.

i) Congresos a los que asistan profesionales de la salud.

j) Centros de día.

k) Geriátricos Públicos y Privados.

Esperamos haber contribuido al esclarecimiento y difusión, de estos temas. ■

CITAS

¹ Abandono de personas Artículo 106.- El que pusiere en peligro la vida o la salud de otro, sea colocándolo en situación de desamparo, sea abandonando a su suerte a una persona incapaz de valerse y a la que deba mantener o cuidar o a la que el mismo autor haya incapacitado, será reprimido con prisión de 2 a 6 años. La pena será de reclusión o prisión de 3 a 10 años, si a consecuencia del abandono resultare grave daño en el cuerpo o en la salud de la víctima. Si ocurriere la muerte, la pena será de 5 a 15 años de reclusión o prisión. (Artículo sustituido por art. 2° de la Ley N° 24.410 B.O. 2/1/1995)

² <https://www.argentina.gob.ar/justiciacerca/historia-clinica>

En esta página oficial, están contenidas, las definiciones y reglas

que rigen el tema que nos ocupa.

³ Decreto 1089/2012. Apruébese la reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

⁴ La Organización Mundial de la Salud (OMS) en español, es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestiones políticas de prevención, promoción e intervención a nivel mundial en la salud, definida en su Constitución como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades. Inicialmente fue organizada por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que impulsó la redacción de los primeros estatutos de la OMS. La primera reunión de esta organización tuvo lugar en Ginebra (Suiza) en 1948. Los 195 Estados miembros de la OMS gobiernan el ente por medio de la Asamblea Mundial de la Salud, que está compuesta por los representantes de cada uno de estos países. En 2009, la institución fue galardonada con el Premio Príncipe de Asturias de Cooperación Internacional.

⁵ La CIE-10 es el acrónimo de la Clasificación internacional de enfermedades, 10.^a edición correspondiente a la versión en español de la versión en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad. El 18 de junio de 2018, la Organización Mundial de la Salud publicó la nueva edición de su manual de enfermedades. Esta edición (CIE-11) entrará en vigor en 2022 para sustituir a la vigente desde 1990