

La enfermera y las historias médicas. Incertidumbres

Dr. Augusto León

Individuo de Número

RESUMEN

Se analiza la importancia de la historia médica, sus elementos constitutivos, las regulaciones éticas y legales aplicables al manejo de las mismas y se concluye con el análisis de algunas incertidumbres, las cuales ponen a prueba el buen juicio y la capacidad de la enfermera para la toma de decisiones que no vulneren los intereses vitales del enfermo.

Palabras clave: Secreto profesional médico. Ética. Ley. Huelga.

Preámbulo

La **historia médica** es una descripción patobiográfica acerca de un período más o menos extenso de la vida de una persona, a veces circunscrito a un solo episodio morboso sufrido por la misma. Se deduce su importancia humana y científica, espiritual y material y su trascendencia documental (1).

La **enfermería** es una profesión autónoma, auxiliar de la medicina. Su objetivo es el cuidado integral de la persona, la familia y la comunidad, ayuda a promover, mantener y restablecer la salud, procura aliviar el sufrimiento humano y prepara para una muerte serena cuando la vida no puede ser prolongada con dignidad (2).

Importancia de la historia médica

La historia médica constituye un documento de extraordinaria importancia por numerosas razones (3,4):

- a. Es el instrumento imprescindible para la **adecuada formulación del diagnóstico y de las**

indicaciones terapéuticas.

- b. Es fuente de información para el **análisis estadístico y para la aplicación de los modernos procedimientos de computación.**
- c. Es el soporte a partir del cual pueden diseñarse los **procedimientos de investigación biomédica.**
- d. Contiene material imprescindible para la ejecución de los **programas de educación** tanto en pregrado como en posgrado.
- e. Es fuente de información insustituible para las **publicaciones médicas.**
- f. Constituye documento probatorio en casos de **investigaciones judiciales** concernientes a la **responsabilidad profesional.**
- g. Es reflejo fiel de la **formación científica, técnica y humanística** de los profesionales de la salud.

Los Comités de Historias y de Auditoría Médica, las autoridades administrativas y los jefes de servicios deben contribuir con el perfeccionamiento de las historias médicas por ser instrumentos imprescindibles para el **logro de la excelencia en la práctica médica.**

Elementos constitutivos de la historia médica

El artículo 169 del Código de Deontología Médica (5) describe los elementos constitutivos de la historia médica, de la siguiente manera:

- a. Los elementos (subjetivos y objetivos) suministrados por el enfermo.
- b. Los aportes del médico tratante (identificación de los hallazgos, interpretaciones y correlaciones).
- c. Las contribuciones (anotaciones correspon-

dientes) si es que existieren, de los médicos que colaboran con el diagnóstico y el tratamiento del enfermo.

- d. La documentación relativa a las exploraciones complementarias realizadas (radiografías, trazados gráficos, exámenes de laboratorio, estudios isotópicos, estudios histopatológicos, informe necrópsico, etc.).

El punto b. de este artículo sólo menciona “los aportes del médico tratante”. Redacción adecuada hubiera sido “los aportes del médico tratante y de las enfermeras”, porque una sección especial de la historia médica se destina a recoger las observaciones hechas por las enfermeras, relativas al cumplimiento de las órdenes médicas: realización de los exámenes complementarios, administración de medicamentos (con especificación horaria y de dosis), estado general del enfermo, cambios favorables o desfavorables y cualquier otro hecho digno de recogerse.

Regulaciones éticas

Las regulaciones correspondientes se describen en el Código de Deontología Médica (5) y en el Código Deontológico de Enfermería (6).

Los cuatro Códigos de Ética que precedieron al actual no incluyen una sección especialmente dedicada a los aspectos éticos de las historias médicas. El Capítulo Segundo del Título V (artículos 169 a 180) del vigente Código, aprobado en 1985 (5), se titula: “De las historias médicas” y contempla básicamente:

- Los **elementos constitutivos** de las historias médicas.
- El **derecho de propiedad intelectual** del médico.
- La necesidad de una **auditoría médica permanente** para mejorar la calidad de la atención médica prestada.
- Las **prácticas reprochables** (consignación de datos falsos y enmiendas, entre otros).
- Las pautas para su utilización en los **procedimientos de investigación en seres humanos con fines estadísticos**.
- Cómo atender los **requerimientos del paciente** cuando solicita información contenida en la historia médica.
- La conducta de los médicos y de las autoridades hospitalarias ante los **requerimientos de la justicia**.

- El **destino de la historia médica** cuando el médico fallece.
- La obligación de **preservar el carácter confidencial** de la información contenida en la historia médica.

Regulaciones legales

Las regulaciones legales aplicables al manejo de las historias médicas conciernen fundamentalmente a la obligación de preservar el secreto profesional.

Según el **artículo 5º** de la Constitución Nacional (7): “toda persona tiene derecho a ser protegida contra los perjuicios a su honor, reputación o **vida privada**” (subrayado nuestro). El **artículo 63** de la misma Constitución establece que la correspondencia en todas sus formas es inviolable; incluye “las cartas, telegramas, papeles privados” y, obviamente -dado el carácter confidencial de su contenido- las historias médicas.

El **artículo 46** de la vigente **Ley del Ejercicio de la Medicina** (8), establece que “el secreto médico es inviolable y el profesional está en la obligación de guardarlo; igual obligación y en las mismas condiciones se impone a los estudiantes de medicina y a los miembros de **profesiones y oficios paramédicos y auxiliares de la medicina**” (subrayado nuestro).

El **artículo 47** de la misma Ley, en once numerales, precisa las situaciones en las cuales la revelación del secreto médico no implica violación del mismo.

Para el tratadista Bocaranda Espinosa (9), las enfermedades, incluidas entre las profesiones y oficios paramédicos y auxiliares de la medicina:

“Están obligadas a abstenerse de revelar aquello que haya llegado a su conocimiento con motivo o en razón del ejercicio de su profesión. Estos profesionales son susceptibles, por causa del quebrantamiento de ese deber, de responsabilidad penal, civil y administrativa. Esto último cuando llenan a la vez el carácter de empleados o funcionarios públicos y cuando la materia sobre la cual recae el deber del secreto ha sido obtenido durante el ejercicio de tales funciones o con motivo del mismo. Tal sería el caso, por ejemplo, de una enfermera que presta servicios en un centro hospitalario estatal”.

Los artículos **165** y **168** del **Código de Enjuiciamiento Criminal** (10) deben ser conocidos por los médicos y, por extensión, por las enfermeras,

y se refieren al **secreto médico** y a la **comparecencia como testigos**:

“Cuando el profesional (médico o enfermera) **no es funcionario** público y lo llama a declarar en calidad de testigo un Tribunal Penal, debe comparecer en virtud de lo establecido en el artículo 165 del Código de Enjuiciamiento Criminal. Al mismo tiempo, en virtud del artículo 168 de dicho Código, no está obligado a declarar. En otras palabras: si bien no está obligado a declarar acerca de los hechos que haya descubierto o que le hayan confiado en el ejercicio de su profesión, si está obligado a comparecer y si no lo hace será penado. Cuando el profesional (médico o enfermera) es **funcionario público**, está obligado no sólo a comparecer sino también a declarar totalmente. La gran conclusión que se extrae de todo esto es la siguiente: hay violación del secreto profesional si éste se revela sin justo motivo” (9).

El análisis hecho muestra que la prohibición legal de revelar el secreto profesional no es absoluta, sino “que va a estar condicionada a que la revelación de lo confidencial o del secreto se haga sin **justo motivo**. En virtud del **principio del justo motivo** se configura la posibilidad de revelar un secreto: a. Por haberlo autorizado el confidente, b. En el caso del secreto profesional interdisciplinario y c. Por mandato de la Ley” (11).

Incertidumbres

Es de aceptación general que la primera lealtad de la enferma es la que debe al paciente. Por tanto, la salud de éste debe anteponerse a cualquier otra conveniencia o interés personal (2).

No siempre es fácil cumplir con este precepto. Algunas situaciones -en ocasiones inesperadas- originan **incertidumbres**, las cuales ponen a prueba el buen juicio y capacidad para la toma de decisiones que no vulneren los vitales intereses del enfermo. A guisa de ejemplo describo algunas incidencias no excepcionales dentro del ejercicio de la enfermería.

1. Un familiar del enfermo solicita información acerca del diagnóstico, tratamiento indicado y posible pronóstico.

La enfermera esta consciente de que sus deberes profesionales se extienden a los familiares del enfermo, cuyos derechos -siempre subordinados a los del paciente- han de ser rigurosamente respetados y protegidos. Procurará integrar a los miembros

más cercanos del enfermo al plan de cuidados, con el previo consentimiento del enfermo (12).

La información general acerca del estado de salud del enfermo se halla dentro del campo de atribuciones de la enfermera, pero por ningún respecto debe emitir opinión acerca de tales aspectos, recomendando a los interesados la obtención de tal información directamente del médico tratante.

La enfermera tiene derecho, como colaboradora inmediata del médico, a conocer todos los pormenores involucrados, pero ello no la autoriza para emitir opinión sin autorización del médico tratante, más aún cuando ignora si este último, por cualquier motivo, retiene temporalmente la revelación de determinada información por considerarla contraria, hasta ese momento, a los intereses del enfermo.

2. La misma información, descrita en el punto anterior es requerida por un médico no perteneciente al equipo de médicos tratantes.

Para complemento, solicita la historia clínica para enterarse de su contenido.

La enfermera debe solicitar al médico su identificación y preguntarle si ha sido llamado en consulta por el médico tratante. Si la respuesta es afirmativa deben verificar la realidad de la misma. Si es negativa debe, cortésmente, negarse al requerimiento, sugerir la autorización del médico tratante, informar a quien corresponde y anotar los hechos en la historia médica.

Las razones para la negativa son válidas. El hecho de ser médico no confiere privilegios para exigencia tan impropia a la par que heterodoxa.

3. El (o la) cónyuge, los hijos u otro familiar cercano exigen conocer el contenido de la historia médica.

Es elemental el no acceder a tal exigencia. La enfermera tiene que proteger el derecho a la vida privada de cada enfermo. Es éste un derecho inalienable y la enfermera tiene la obligación ineludible de considerar confidencial todos los datos consignados en la historia médica. Esta obligación, en situación tan particular, excede los derechos de los familiares.

La relación enfermera/paciente, lo mismo que la médico/paciente, es un relación **fiduciaria**, así designada porque se basa en la **buena fe** de sus integrantes. El secreto médico se impone para la

protección del paciente. Para que este último hable con entera libertad de sus síntomas, hábitos e intimidades, es necesario garantizarle la preservación de sus confidencias. Basta meditar en las consecuencias para el enfermo, quien de buena fe ha revelado a su médico aspectos íntimos de su vida que, por su misma naturaleza, no son del conocimiento de su cónyuge, hijo u otros familiares inmediatos.

4. El paciente pide a la enfermera que le permita leer su historia médica.

El artículo 176 del Código de Deontología Médica (5) expresa que “en ningún caso debe permitir el médico el examen directo de la historia por el paciente o sus allegados; sólo puede hacerlo el médico especialmente autorizado por estos”. Es obvio que tal prohibición para el médico tratante, es extensiva para la enfermera y restantes miembros del equipo de salud.

Este criterio no es compartido con carácter universal. En publicación anterior (3) expongo el criterio de George J. Annas, prestigioso investigador del Hastings Center (EE.UU.), quien defiende la “íntima e indisociable vinculación” de cuatro derechos cuyo cumplimiento puede exigir el paciente: el derecho a conocer la verdad, el derecho a la intimidad y a la preservación de su dignidad personal, el derecho a rehusar exámenes y tratamientos y el **derecho a leer y copiar su historia médica** (subrayado nuestro). Sobre la base de esta vinculación, relacionan algunos, el derecho del enfermo a conocer la verdad con el privilegio de tener acceso directo a su historia médica, “única forma de constatar si es cierto o no lo que se afirma”.

Creo que en ningún caso se justifica el examen directo de la historia médica por el paciente o sus allegados. Algunas razones lucen evidentes. El médico puede haber escrito algunos comentarios y anotaciones que traducen su juicio muy personal y que se siente en libertad de transcribirlos, porque no espera que puedan ser del conocimiento del enfermo. En última instancia hay que aceptar que el contenido de la historia clínica, en esencia, es, para el paciente, **ininteligible**.

5. La solicitud anterior procede, en esta ocasión de un paciente que por coincidencia, es al mismo tiempo médico.

También en publicación acabada de citar (3)

planteo si debe o no permitirse al médico/paciente el acceso directo a su historia clínica:

“Alguno dirá que en esta circunstancia, la historia es **inteligible** para el interesado. Pero las restantes objeciones son igualmente válidas, aunque el enfermo sea médico.

Si por vía de excepción se aceptara esta acción nos encontraríamos con la particularidad de que las historias clínicas de los pacientes que, por coincidencia, son médicos, a la postre serían historias muy **sui géneris** e incompletas, porque los médicos tratantes se abstendrían de escribir algún comentario que pudiera ser interpretado en forma adversa o cuando menos desagradable para el paciente/médico.

La “confraternidad profesional” no es aplicable en esta circunstancia. Por razones obvias no deben establecerse privilegios y considerar que, básicamente, el paciente/médico es, ante todo, un paciente como cualquier otro y nada más”.

6. La enfermera, ante la aparición de signos o síntomas inesperados avisa al médico de cabecera -o en su defecto al médico residente- quienes se limitan a la prescripción telefónica sin el examen directo del enfermo.

He expresado mi opinión acerca de la “prescripción de medicamentos vía telefónica” (13). Pueden presentarse dos situaciones de alcance diferente.

La **primera** es aquella en la cual el médico ha examinado al enfermo, ha emitido un diagnóstico presuntido y sobre la base del “examen previo”, de su “experiencia” y “buen juicio”, se siente autorizado para modificar, vía telefónica, las indicaciones hechas, por presentarse variaciones en la evolución clínica del proceso.

La **segunda** situación no es infrecuente. El paciente hospitalizado no ha sido evaluado por el médico residente y éste efectúa órdenes terapéuticas sin constatar directamente los cambios notificados por la enfermera. En tal situación, la enfermera debe exigir la presencia del médico residente. Si no lo logra debe intentar localizar al médico de cabecera. Si también fracasa debe cumplir las órdenes del médico residente, dejar constancia escrita de los pormenores (características de las manifestaciones clínicas, momento de aparición, notificación de los cambios, tratamiento indicado). Posteriormente hará la participación correspondiente al médico tratante.

De acuerdo con el artículo 12 del Código de Deontología Médica (5), “el médico debe gozar de libertad para decidir acerca de la atención médica requerida por el enfermo dentro de las normas y criterios científicos prevalecientes”. Sólo que el comportamiento narrado no constituye “norma o criterio científico prevaleciente”.

Si, en virtud de esta conducta, aparecen reacciones adversas graves, le será difícil al médico eludir los cargos por **responsabilidad culposa**, configurada en esta situación tan particular, por la suma de dos elementos de la **culpa médica**: imprudencia y negligencia.

Al actuar la enfermera en la forma descrita, queda exonerada de toda responsabilidad, en razón de que su comportamiento se ajustó a las exigencias de protección física del enfermo, respetando, al mismo tiempo, la “delimitación de funciones” propia de cada profesión.

7. La enfermera, basada en su experiencia personal, considera que es errónea y de posible grave repercusión alguna de las indicaciones terapéuticas del médico tratante.

A la enfermera se le exige “mantenerse alerta y reaccionar en forma adecuada ante alguna decisión, cualesquiera sea su procedencia, que ponga en peligro la salud del enfermo” (2).

La situación descrita es sumamente delicada y pone a prueba la competencia científica y moral de la enfermera. Debe expresar en forma respetuosa y en privado su discrepancia con el médico tratante, precisando que con ello no pretende menoscabar su autoridad. Para llevar a cabo una actuación de este tipo, la enfermera debe hallarse profesionalmente capacitada para exponer argumentos convincentes. Con seguridad, un médico consciente de su responsabilidad acogerá la sugerencia de la enfermera y reconsiderará su punto de vista. Al menos tendrá la oportunidad para ante la duda, consultar otra opinión calificada.

Si el médico hace caso omiso de la advertencia de la enfermera, sólo le quedan a ésta dos vías de acción: a. Dejar constancia escrita de su observación y cumplir la orden emitida o b. Negarse a dar cumplimiento a la misma, escribir sus razones en la hoja correspondiente y disponerse a enfrentar las consecuencias de tal decisión.

El poder dar cuenta de una actuación susceptible de ser calificada de “desacato a la autoridad supe-

rior”, significa hallarse profesionalmente capacitada para su justificación. Más allá del aspecto moral o de la pura competencia hay un aspecto jurídico: la enfermera puede verse obligada por la justicia a explicar la validez de las decisiones tomadas en el curso de su desempeño profesional (2).

8. La enfermera verifica la existencia de una práctica deshonesto o ilegal en perjuicio de los intereses del enfermo, realizada por alguno de los integrantes del equipo de salud.

Esta situación guarda relación con la acabada de describir en cuanto a la responsabilidad profesional de la enfermera y el alcance de las decisiones que en determinado momento pueda tomar.

La enfermera debe mantenerse alerta ante cualquier práctica irregular de cualquier integrante del equipo de salud. Debe llamar la atención de la persona responsable de tal hecho, sobre el posible o real efecto nocivo que su actuación tiene sobre la salud o el estado general del enfermo.

Debe, además, hallarse dispuesta, cuando cuestiona determinada práctica, a elevar sus observaciones y reparos a las autoridades competentes de la institución (12).

9. Se presenta un juez penal, acompañado o no de un médico y exige se le permita conocer el contenido de la historia clínica.

El 11/9/90 la Fiscalía General de la República, mediante documento entregado a los medios de comunicación indicó que:

“Las historias clínicas hechas en centros públicos de salud por médicos empleados en ellos (quienes son funcionarios públicos), son considerados documentos públicos... de ahí que por su misma naturaleza pueden ser solicitados por particulares y más aún por representantes del Ministerio Público, quienes están facultados legalmente para requerir cualquier información y documentación a organismos públicos o privados, conforme al numeral 17 del artículo 6° de la Ley Orgánica del referido Ministerio” (3).

Para el médico Luis Alberto Cardozo, abogado especialista en derecho del trabajo (14).

“La historia médica cuando es producida dentro de un organismo médico-asistencial público es un documento administrativo y como tal servirá como medio de prueba tanto en los procesos penales como

en los civiles. A la luz del nuevo Código de Procedimiento Civil, la historia de los centros asistenciales médicos viene a constituir un medio de prueba libre. Los documentos administrativos cuando no son de interés colectivo o no son dirigidos a la colectividad, están vedados a las personas que no son de su interés, o por lo menos están sometidos al poder discrecional de las autoridades administrativas competentes”.

El artículo 178 del Código de Deontología Médica se relaciona con esta materia. Su texto es el siguiente:

“Cuando en un instituto público se presenta un Tribunal competente con el fin de practicar una inspección ocular o una averiguación en los archivos de las historias médicas en relación con un paciente determinado o con la existencia de prácticas irregulares, las autoridades hospitalarias se hallan obligadas a cooperar, aportando toda la información exigida por el juez designado al efecto”.

La Academia Nacional de Medicina emitió el 23 de diciembre de 1990 una “Declaración Doctrinaria sobre las Historias Médicas” (15), sentando su criterio relativo al carácter confidencial de las historias médicas y si deben ser declaradas documentos públicos o privados. Transcribo algunas de las conclusiones:

1. Según imperativos legales y doctrinarios, la historia médica, por contener los elementos que integran el secreto médico, es un documento con protección legal específica, cuyo contenido sólo puede revelarse con estricta observancia de las normativas expresas de la Ley y las exigencias de la ética médica.
2. Los profesionales médicos no pueden ser constreñidos a exhibir historias médicas ni comunicar sus datos en forma coactiva a las autoridades de la ley.
3. Cuando está pendiente una acción penal o se abre una investigación por presunta negligencia profesional, ninguna información puede ser suministrada sin la previa autorización de la dirección del hospital.
4. Las autoridades hospitalarias se hallan obligadas a cooperar al suministrar los recursos exigidos por el juez designado al efecto.

Un aspecto muy importante es el relativo a **cuánta información es dable revelar a las autoridades**

judiciales. En mi opinión (3):

“El médico que acompañe al juez (en otra forma la historia sería ininteligible para este último, sólo que por coincidencia sea al mismo tiempo médico), debe tener acceso a la totalidad de la historia médica para poder suministrar la información pertinente a la averiguación que se realiza. Al médico designado por el juez le obliga el secreto profesional y no debe hacer revelaciones innecesarias”.

La información a disposición del juez debe ser la que contribuya al esclarecimiento de la situación, sin añadir el conocimiento de intimidades narradas por el enfermo al médico en virtud de la relación médico-paciente, sin relación con el problema bajo investigación.

Muchos ignoran lo señalado en la parte final del **artículo 63 de la Constitución Nacional**: “la autoridad judicial con el cumplimiento de las formalidades legales y **guardándose siempre el secreto respecto de lo doméstico y privado que no tenga relación con el correspondiente proceso**”. (subrayado nuestro).

La enfermera debe conocer las regulaciones éticas y legales concernientes al ejercicio de la medicina y de la enfermería. La narración hecha ilustra a la enfermera acerca del derecho que tiene para negarse a entregar la historia al juez y su obligación de orientarlo hacia las autoridades administrativas de la institución.

10. Se produce una huelga de médicos, obedeciendo las órdenes impartidas por las autoridades gremiales o se produce una huelga de enfermeras accediendo a mandato similar procedente de las autoridades respectivas.

Podrá extrañar el que en una narración dedicada a “Las enfermeras y las historias médicas” se trate el tema de la huelga.

Sobran razones. Cito sólo dos: 1. La huelga de los profesionales de la salud es un acto bochornoso de profundo significado antiético; 2. La enfermera que se ve compelida a limitar su actuación humanitaria debe consignarlo en la historia médica, asentando los pormenores en cuestión.

La **Ley Orgánica del Trabajo** (16) contempla el derecho a la huelga para los trabajadores agrupados en sindicatos. Los médicos y las enfermeras no se agrupan en sindicatos y por ello mal podrían ocurrir a esta instancia. Los restantes trabajadores de la salud agrupados en sindicatos se encuentran some-

tidos a las restricciones indicadas en los artículos **496** y **504** de la mencionada Ley.

En Declaración reciente de la Academia Nacional de Medicina (17), máxima institución científica del país, se expresa (transcripción resumida):

“Las medidas adoptadas para la solución de los conflictos gremiales consistentes en la suspensión de la consultas externas, de los actos médicos y quirúrgicos electivos y de la entrega de los informes epidemiológicos, trastocan intensamente la continuidad de la atención médica, causando serios perjuicios a la población de escasos recursos económicos.

La suspensión adicional de los servicios de emergencia constituye medida de inusitada gravedad por sus impredecibles alcances. Esta decisión es violatoria de las disposiciones contenidas en el Código de Deontología Médica y en la Ley de Ejercicio de la Medicina.

Obedecer el mandato gremial expone a los médicos a sufrir las sanciones descritas en el **artículo 126** de la **Ley de Ejercicio de la Medicina** (8): suspensión del ejercicio profesional hasta por el lapso de doce meses.

Los médicos, las enfermeras, los estudiantes de medicina y los demás integrantes del equipo de salud no deben ocurrir a la huelga. Esta creencia, tan sólidamente arraigada en la “mente médica” y en el público se puede atribuir a la prolongada tradición mediante la cual se identifica la medicina con “servicio desinteresado en beneficio de la humanidad” y a que la interrupción del mismo incide negativamente en la tranquilidad de la población, erosionando en forma irreversible lo que ha costado miles de años erigir en verdadero dogma: **la medicina es la profesión humanitaria por excelencia.**

La enfermera, en igual grado que los médicos, bajo ningún pretexto puede utilizar la negación de asistencia a los enfermos poniendo en peligro su vida, para defender derechos profesionales, económicos, políticos o laborales. El abandono de los servicios de emergencia no puede ser nunca un recurso ético de reivindicación, sino que, por el contrario, constituye un acto gravísimo que afecta la esencia misma de la profesión (2).

Los **artículos 15** y **85** del **Código Deontológico de Enfermería**, redactado por la Federación de Colegios de Enfermeras de Venezuela (8), señalan “la obligación de acatar los Acuerdos y Resoluciones emanados del Colegio de la entidad respectiva y de

la Federación Venezolana de Enfermeras”.

El **artículo 39** del **Código de Deontología Médica** expresa algo similar: “todo médico está obligado a acatar los Acuerdos y Resoluciones de las Asambleas de la Federación Médica Venezolana”.

La interpretación dada por la Academia Nacional de Medicina al artículo 39 es la siguiente (17):

“El acatamiento de los Acuerdos y Resoluciones sólo procede cuando no colida con los principios éticos de nuestra profesión y con el ordenamiento jurídico vigente en el país”.

Igual interpretación debe darse a los artículos 15 y 85 del Código de Deontología de las Enfermeras.

En la actualidad, la Academia Nacional de Medicina estudia el procedimiento idóneo que permita satisfacer las justas aspiraciones de los profesionales de la salud, sin exponer la seguridad física y espiritual de los enfermos, procedimiento que no podrá, en modo alguno seguir siendo la huelga o cualquier otro medio limitativo del derecho a la salud de nuestra población de escasos recursos económicos.

REFERENCIAS

1. Piga Rivero A. La historia clínica desde el punto de vista deontológico. En: Deontología, Derecho y Medicina. Colegio Oficial de Médicos de Madrid. Madrid: Artigrafía, S.A, 1977:357-370.
2. Proyecto de Código de Ética de Enfermería. Labor Hospitalaria N° 202. En: Llano Escobar J, editor. Ética de la Administración de Servicios de Salud. Programa de Ética. Módulo Cuarto. Bogotá, Colombia: 1991.
3. León Cechini A. La responsabilidad médica y los derechos del paciente. En: Responsabilidad médica. Tomo II. Publicación del Colegio de Médicos del Estado Lara, Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado e Instituto de Estudios Jurídicos del Estado Lara. Barquisimeto: 1991.
4. Rago Rodríguez V. Algunos puntos de vista médicos sobre la importancia ética y jurídica de la historia médica. Cuaderno N° 4 de la Federación Médica Venezolana. Caracas: Gráficas La Bodomiana CA, 1990.
5. Código de Deontología Médica. Aprobado durante la LXXVI Reunión Extraordinaria de la Asamblea de la Federación Médica Venezolana realizada en Caracas el 29/3/85.

6. Código Deontológico de Enfermería. Federación de Colegios de Enfermeras. Aprobado en la Asamblea Nacional celebrada en Coro, Estado Falcón, 1990.
7. Constitución de la República de Venezuela, con la Enmienda N° 1. Caracas: Ediciones del Congreso de la República, 1973.
8. Ley de Ejercicio de la Medicina. 1982.
9. Bocaranda Espinosa JJ. El ejercicio legal de las profesiones de la salud. Caracas, Venezuela: Tipografía "Principios", 1983.
10. Código de Enjuiciamiento Criminal.
11. Monsalve CR. El secreto profesional interdisciplinario. En: León Cechini A, editor. Ética en Medicina. Madrid: Editorial Científico-Médica 1973:78.
12. Code for Nurses. American Nurses' Association. Encyclopedía of bioethics. Volume IV. New York: The Free Press 1978:1789-1790.
13. León Cechini A. Preguntas y respuestas. Cuaderno N° 5 de la Federación Médica Venezolana. Caracas: 1983.
14. Cardozo LA. La historia médica no es un documento público. Diario "El Universal". Caracas, 20 de setiembre de 1990.
15. Academia Nacional de Medicina. Historias Médicas. Declaración Doctrinaria. Diario "El Universal". Caracas, 23 de diciembre de 1990.
16. Ley Orgánica del Trabajo. Caracas: Ediciones Jurisprudencia del trabajo, C.A., 1991.
17. Academia Nacional de Medicina. Declaración. Diario "El Universal". 15 de diciembre de 1994. Caracas.

“Las gráficas. Criterios de calidad”

Dr. Fabio Arias Rojas.

Jefe Cátedra de Salud Pública.

Escuela de Medicina “José María Vargas”
Universidad Central de Venezuela (UCV).

Un gráfico estadístico es la presentación visual de sucesos o situaciones ocurridas a personas o comunidades.

La lectura de un gráfico correctamente elaborado no requiere ejercicios de abstracción para ser interpretado, debido a que el mensaje o los mensajes contenidos en su dibujo deben ser alcanzados en forma rápida, fácil y completa, porque se trata de evidenciar la regularidad o irregularidad del comportamiento del fenómeno estudiado, así como la presencia o no de la relación entre las variables (1).

La presentación tabular es obligatoria al tratarse de expresiones numéricas. El gráfico es una ayuda visual que informa y facilita la interpretación de los valores contenidos en un Cuadro; es un recurso valioso en la exposición del trabajo pero no es indispensable en la publicación científica.

El requisito de calidad de un gráfico comienza por identificar la naturaleza de la variable estudiada y el nivel de medición de los valores.

Todo gráfico debe corresponder en forma adecuada a un objeto específico

El exceso de material gráfico disminuye el efecto que se persigue y aumenta el costo de la edición (2). Se debe recordar que el gráfico más simple es el efectivo; cada gráfico debe ser autoexplicativo; las divisiones de la escala, las leyendas y las unidades deben estar claramente indicadas (3). Al buscar la oportunidad de que el estudio sea leído, se necesita sólo aquella información requerida para decir algo; lo necesario y suficiente (4).

.....*Continúa pag. 137*