

La historia clínica: Una mirada desde la bioética

The medical history: A vision from bioethics

Germán Rojas Loyola

RESUMEN

La Historia Clínica (HC) es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica. Reconocida como elemento fundamental en la relación médico-paciente, se fundamenta en la semiología, el método clínico; parámetros bioéticos y legales para su elaboración, calidad y gestión administrativa. Su auditoría periódica garantiza una adecuada asistencia al paciente y actividad sanitaria. La recolección de información debe observar el principio de calidad, con facetas de finalidad, pertinencia y veracidad, como proceso de un acto médico moral que integre la Lex Artis del médico. Los retos de la seguridad de datos en su versión digital, desde la tecnología y el derecho, no deben ser motivo de resistencia, pues es una salida óptima en el logro de calidad del servicio de salud. Se

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.3.18>

ORCID: 0000-0003-2681-7871

Especialista en Pediatría y Puericultura. Magister Scientiarum en Bioética. Profesor asistente de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad de Oriente, Núcleo Nueva Esparta. Miembro Titular de la Sociedad Venezolana de Puericultura y Pediatría (SVPP). Miembro de Número del Centro Nacional de Bioética (CENABI). Miembro de la Sociedad Venezolana de Salud Pública (SVSP). Invitado de Cortesía de la Academia Nacional de Medicina (ANM).

Recibido: 16 de julio 2021

Aceptado: 28 de julio 2021

requiere una norma objetiva regulatoria en la ley del ejercicio de la medicina y otras profesiones sanitarias. La deliberación bioética es la vía inmejorable para este proceso.

Palabras clave: Historia clínica, relación médico-paciente, responsabilidad médica, bioética.

SUMMARY

The Medical History (MH) is the essential document of learning and clinical practice. Recognized as a fundamental element in the doctor-patient relationship, it is based on semiology, the clinical method; bioethical and legal parameters for its elaboration, quality, and administrative management. Its periodic audit guarantees adequate patient care and health activity. The collection of information must observe the principle of quality, with aspects of purpose, relevance, and truthfulness, as a process of a moral medical act that integrates the Lex Artis of the doctor. The challenges of data security in its digital version, from technology and law, should not be a reason for resistance, since

Correspondencia: Germán Rojas Loyola
Calle Concepción Qta. Doña Clara. La Asunción. Municipio Arismendi. Edo. Nueva Esparta. Código postal: 6311. Venezuela.

Tel: 0416-6950763

E-mail: grojasloyola@gmail.com

it is an optimal way out in achieving quality of health service. An objective regulatory standard is required in the law of the practice of medicine and other health professions. Bioethical deliberation is the best way for this process.

Keywords: *Medical history, doctor-patient relationship, medical responsibility, bioethics*

INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica (HC) es el documento esencial del aprendizaje y la práctica clínica. En más de veinticinco siglos de su historia ha pasado del papiro al formato electrónico, alcanzando una gran complejidad en documentos y pruebas complementarias; se ha convertido en multidisciplinar y de obligado cumplimiento (1). La primera parte de la intervención del médico con un paciente radica en la obtención de información que conduzca al análisis del problema clínico; esta tarea ha sido trabajada a lo largo del tiempo de formas muy diferentes y ha marcado la manera en cómo se enfocan los problemas de la salud. El eje de ese proceso ha sido la HC, que ha cursado en diferentes modalidades en las diversas escuelas de medicina; todas ellas conformando el principio de la propedéutica médica (2). La HC no es el simple relato, ni la descripción de una enfermedad aislada, comprende además el comentario, las consideraciones que hace el médico al terminar de analizar el enfermo y valorar los datos recogidos según su criterio (3). Durante la elaboración de la HC se recaba información que permite comprender a la persona con la que se trata. De esta forma, se estructura el estado basal del paciente buscando identificar quién es él, sus condiciones generales, su diagnóstico, el estadio, la agresividad de la patología, las complicaciones generadas por dicha patología, la comorbilidad que acompaña a la patología en estudio, o que ya presentaba previamente el paciente, así como los tratamientos previos a causa de la entidad clínica en estudio, por sus complicaciones o comorbilidad (4). No es un registro “neutral”, sino un vívido retrato tanto del paciente como del médico que permite tomar mejores decisiones en el presente teniendo en cuenta el pasado y para ello se necesita el registro “confiado y leal”, importante para el médico que atiende (5). En la HC es donde los conocimientos

y la destreza del personal médico suelen ser puestos a prueba. La información contenida en ella puede obtenerse por diferentes vías, a través del método clínico y del trabajo semiológico. La anamnesis constituye la recolección de la información de la entrevista médica y es la más poderosa herramienta diagnóstica del médico, siempre y cuando se use de manera adecuada y responsable; el médico también requiere fortalecer nexos con las esferas psicológicas y sociales relacionadas con el paciente, ya que los seres humanos son considerados como seres biopsicosociales y cada indicación o tratamiento médico debe ser individualizado y flexible con cada paciente. Los síntomas referidos en la anamnesis se complementan con los signos encontrados durante el examen físico y se integran en un pensamiento médico lógico, para resolver los problemas de salud. Las pruebas o exámenes complementarios indicados y sus resultados deben quedar plasmados en la evolución de la HC, así como la constancia en el modelo de complementarios de dicho documento. Uno de los acápites más importantes de la HC consiste en la valoración evolutiva del proceso patológico del paciente, su evolución, así como el tratamiento que se realice al paciente de forma consecutiva, además del señalamiento al final de cada sesión de lo que se realizará en la próxima (6). La entrevista en la HC, como proceso de comunicación humana, es adoptada por el médico con distintas posturas acorde a los diversos modelos asistenciales; además con una serie de cualidades, como la empatía o capacidad para comprender los pensamientos y emociones del paciente, la calidez, la concreción, el respeto y la seguridad en el desempeño de sus funciones. El lenguaje en la HC, como elemento de comunicación entre médico y paciente, es esencial para el adecuado tratamiento de este, así como para el intercambio de la información entre ambos (7). La HC representa la experiencia y formación profesional del médico y hace un examen de sus capacidades (8); es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente, entre quienes se establece una típica relación de contrato consensual; la misma se constituye en demostración de la diligencia o negligencia del médico (9). Se han descrito como funciones de la HC: la asistencial, docente, de investigación, gestión clínica y planificación de recursos asistenciales, jurídico - legal y control

de calidad asistencial (10).

¿Buenas o malas historias clínicas?

Se ha señalado la notable importancia de que nuestros médicos hagan buenas HC y cómo la realidad se aleja de estos objetivos. Se han realizado estudios en numerosos centros hospitalarios y de forma reiterada han mostrado serias deficiencias en su calidad. Este fenómeno ha adquirido dimensiones alarmantes, al extremo de que muchos docentes plantean que las HC carecen de valor científico (11); estas graves deficiencias se han observado sobre todo en el acápite de la discusión diagnóstica. La esencia de este problema radica en que se exige hacer un mismo formato escrito del método clínico para todos los casos, obviando la heterogeneidad de las situaciones, y a pesar de que este método docente evaluativo es excelente, carece de utilidad práctica. La mala calidad de la discusión diagnóstica refleja el incumplimiento de algo incumplible, un esquema rígido no aplicable de forma escrita a todas las situaciones. Habría que preguntarse ¿qué objetivo tiene dejar plasmado, ya sea correcta o incorrectamente, todo lo que hemos analizado paso a paso bajo un esquema inflexible? Las discusiones diagnósticas se debieran exigir al educando sin pretender que aparezcan redactadas en un documento que debe ser exacto y veraz (12).

En una auditoría de 359 HC de un Servicio de Emergencias Quirúrgicas en Perú (2020), se demostró que el 73,8 % de las HC tuvieron una calidad de registro “por mejorar”; entre los atributos con menores puntajes se encontraron los tratamientos, evoluciones, notas de enfermería, reporte de exámenes complementarios e interconsultas (13). Otro estudio realizó una auditoría en 160 HC de un servicio de Emergencia y Hospitalización de Medicina Interna en Venezuela (2015); reportando deficiencias en el orden cronológico de la evolución médica 93,8 %; bajo cumplimiento en los informes de exámenes paraclínicos 79,6 %, fecha y hora de solicitud de interconsulta 69,7 %, fecha y hora de respuesta de interconsulta 59,7 % y deficiencias en las variables del concepto médico 49,7 %, examen físico 74 %, fortalezas en la anamnesis 98,9 %, variables generales 85 % e HC 87,9 % (14). En un registro de calidad de 368 HC en una

Consulta Externa de Psiquiatría en Perú (2020), se calificó “por mejorar” al 54 % de las HC auditadas no alcanzando los promedios esperados de aceptabilidad nacionales e internacionales del 80 %; la sección datos clínicos mostró el registro más bajo y las secciones evolución y plan de trabajo presentaron los registros más altos (15).

Todo lo anterior dirige nuevamente nuestra atención hacia la HC, como el principal registro de todas las acciones que el equipo médico lleva a cabo durante la atención del paciente. Si las unidades de atención médica desean mejorar la calidad del servicio que prestan, requieren HC de alta calidad, donde sea posible recabar información relacionada con el diagnóstico, gravedad del padecimiento, morbilidad, mortalidad, características del sistema de atención y datos sobre la aplicación de conocimientos científicos y técnicos, en la solución del problema de salud del enfermo (16).

Otras debilidades de las HC en los ambientes hospitalarios han sido citadas: desorden y falta de uniformidad de los documentos, información ilegible y no inalterable; cuestionable disponibilidad extensiva al acceso de la información, errores de archivado parciales, dudosa garantía de confidencialidad; vulnerabilidad por su circulación por el centro sanitario, deterioro del soporte documental debido a accidentes como el agua y el fuego y dificultad para separar los datos de filiación de los clínicos (10).

El análisis de las HC permite una lectura crítica sobre las prácticas que los profesionales asimilan y reproducen desde su formación, así como sobre las condiciones y circunstancias operativas que se les presentan. La calidad de la práctica asistencial está directamente influenciada por ese documento, depende del registro de una información organizada y clara para facilitar el entendimiento y el intercambio de informaciones dentro del equipo multiprofesional. El registro ineficiente genera dificultades para la producción científica del hospital, ya que los sesgos pueden influir en el análisis y perjudica la derivación, puesto que otros profesionales tendrán dificultades para seguir la evolución del paciente. Todos estos factores dificultan el diagnóstico y el pronóstico y, si no hay cambios, pueden comprometer el desarrollo de los estudiantes y

la calidad del sistema de salud (17).

¿Historia clínica centrada en el paciente o en el médico?

Barreto (2000), mencionó que constituye un desafío la creación de una HC que se ajuste a las concepciones más actualizadas del trabajo médico y que obligatoriamente refleje la esencia del complejo integral salud - enfermedad - entorno, en estrecha relación e interacción con la no menos compleja dimensión biopsicosocial del ser humano. Esos intentos no han cumplido todas las expectativas (11). Antequera (2004), expresó que la HC debe ser un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente y un claro elemento facilitador de la propia actividad sanitaria (18). Martínez (2006), señaló que el elemento fundamental en la HC es la persona o paciente y que pareciera que en las discusiones sobre la HC es mayor la preocupación por las cuestiones médico - legales que su mismo principio y fin (19). Wuani (2010), indicó que el propósito primario de la HC es documentar la experiencia del médico en la atención y cuidado de un enfermo determinado, sin olvidar la esencia humana de la actividad médica; además de servir para medir las condiciones intelectuales del médico y la calidad de su asistencia y trabajo (3). Guzmán y col. (2012), mencionaron que la HC es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente, donde el profesional de la medicina, efectúa un acto médico al elaborarla bajo unas normas de excelencia para ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno, y con un objetivo de ayuda al enfermo que se traduce en aquello que se transcribe en ella (9). Gérvas (2015), señaló que en la HC se refleja tanto al paciente como al médico, pero más a este último; en ella se distingue el registro de lo subjetivo y de lo objetivo, pero en realidad ambos registros son subjetivos del médico; ocurriendo muchas veces, que no es el diagnóstico del paciente el que guía la prescripción, sino lo que la justifica; por lo que la HC no es tanto la HC que relata el padecer del paciente, sino el registro de la reacción del médico al enfermar del paciente (5). Rosario (2019), mencionó que la HC como documento médico legal, está reconocida como una relación

médico - paciente (20).

Los temas asociados a la bioética y código deontológico de medicina son pilares fundamentales sobre los cuales se debería basar la confección de la HC en cualquiera de sus formas. Existe una obligación ética y deontológica de reflejar fehacientemente el accionar médico y la relación con el enfermo en beneficio de la salud del paciente. No debería existir una HC que no estuviera centrada en estos objetivos y que no reflejasen estos principios, ya que más allá de la estructura técnica administrativa que conlleve, el espíritu de esta debe ser la transparencia y el reflejo de un acto médico moral; que es volcar la información necesaria para el cuidado del enfermo, basado en un correcto proceder humano (21).

Historia clínica y responsabilidad médica

El Código de Deontología Médica (CDM) en Venezuela describe que la HC comprende: los elementos subjetivos y objetivos suministrados por el enfermo, las aportaciones del médico tratante, las contribuciones de los médicos que colaboraron en el diagnóstico y tratamiento del enfermo y la documentación relativa a las exploraciones complementarias realizadas (artículo 169); así mismo, señala la responsabilidad del médico en la elaboración de la HC y a fin de garantizar su buena confección y un sistema de auditoría permanente ordenado por la dirección del instituto asistencial, en colaboración el cuerpo médico (artículo 171); por otro lado se hace referencia a la práctica altamente reprochable de anotaciones con comentarios peyorativos u ofensivos en la HC, así como la inclusión de datos falsos, enmendaduras o sustracción de hojas de la HC por no estar de acuerdo con lo allí descrito, o para ocultar errores cometidos (artículo 173) (22).

El médico debe realizar la HC con la normativa correspondiente, con los pasos debidos y la estructura que en ella debe reposar; es también un documento médico legal de importancia del acto médico sobre la relación médico - paciente. En este proceso, el derecho y la ética del acto médico se cruzan y la autoridad judicial tiene clara su actuación legal en la documentación médico legal de la HC ya sea como prueba, pudiendo identificar el intrusismo, negligencia,

imprudencia, impericia o inobservancia, que son conductas maleficientes; o como indicio, porque en ella no se observa, deduce o denota error alguno (20). El médico nunca puede olvidar que su ejercicio profesional siempre está ligado a un conjunto de normas legales que lo regulan, y de normas deontológicas, que deben regir su conducta profesional. La HC también posee una doble regulación, deontológica y jurídica. La primera se encuentra en el CDM y la segunda, al no existir una ley positiva específica que la regule, la encontramos en disposiciones legales dispersas que hacen referencia a ella directa o indirectamente (23). Una correcta HC completa, ordenada, legible y actualizada, constituye una base importante en la que fundar las decisiones en materia de responsabilidad profesional (24). La relación médico - paciente, es entonces la estructura que contiene el desarrollo del acto médico, la base social y jurídica de todas las consecuencias que se deriven del mismo es el principio efectivo y funcional tanto del ejercicio de la medicina, como de la responsabilidad médica. Se describe la *Lex Artis*, como criterio fundamental para determinar la existencia o no de responsabilidad médica; se refiere a la ejecución del acto médico en el marco de los criterios y formas de proceder, admitidos en determinado tiempo y lugar, es decir, en una situación concreta. No se trata de valorar cómo hubiera actuado el mejor médico en las condiciones ideales, ni siquiera si el acto médico se corresponde con lo propugnado por la escuela mayoritaria; entonces no es suficiente el cumplimiento de los aspectos estrictamente técnicos. A medida que la autonomía de los pacientes se acrecienta, para la valoración de la *Lex Artis* pasa a tener mayor importancia, la observancia de los derechos de aquellos. El adecuado registro de la HC pasa a formar parte del acto médico y, por ello, a ser un criterio de *Lex Artis*. En este sentido, la HC puede valorarse según la cantidad y calidad de la información que contiene (25).

La responsabilidad profesional del médico se analiza al margen del derecho penal y del derecho civil. De acuerdo con el derecho penal, la responsabilidad profesional del médico constituye una forma de responsabilidad culposa que como tal, comprende cuatro tipos: *Impericia*: es la ignorancia inexcusable, consiste en la actuación profesional llevada a cabo con ineptitud

técnica y física, así como también la falta de actualización sobre los avances de la ciencia médica; *Negligencia*: es la omisión inexcusable, se encuentra en el descuido y la desatención; *Imprudencia*: es la temeridad inexcusable, el sujeto actúa con exceso de confianza, de manera que constituye una falta de previsión o de precaución en la acción e *Inobservancia de reglamentos*: es la culpa que surge de la actuación que, aunque prudente y diligente, está vedada por una norma jurídica. Desde el derecho civil, se busca obtener una indemnización pecuniaria o la reparación del daño, que se define como la obligación que, al responsable de un daño, le corresponde para reponer las cosas en el estado anterior, dentro de lo posible, y para compensar las pérdidas que por ello haya padecido el perjudicado (20).

Interés de la información en la historia clínica

El médico tiene derecho de propiedad intelectual sobre la HC y sobre todo documento elaborado sobre la base de sus conocimientos profesionales (CDM artículo 170); sin embargo, todos los informes y documentos aportados por el paciente, sea en la consulta privada o establecimientos públicos, le deberán ser devueltos cuando sean solicitados, considerándose una falta retener alguno contra su voluntad (CDM artículo 172). Sólo con la autorización del paciente, el médico o las autoridades hospitalarias están obligados a suministrar información requerida por otro médico, en ningún caso se debe permitir el examen directo de la HC por parte del paciente o sus allegados, sólo puede hacerlo el médico autorizado por estos (CDM artículo 176-177); igualmente se podrá entregar copias fidedignas de la información requerida a un médico autorizado por el paciente o sus familiares en caso de su fallecimiento (CDM artículo 177); tanto el médico como las autoridades hospitalarias deben tomar todas las precauciones posibles destinadas a preservar el carácter confidencial de la información contenida en las HC (CDM artículo 180) (22).

Villoldo (2014), apuntó que, en el proceso de recolección de datos en la HC, se debe observar el principio de calidad, desarrollado en sus facetas de finalidad, pertinencia y veracidad. La finalidad es a la vez el filtro y el marco de la recogida de

los datos sensibles que deben incorporarse solo si están justificados por su objeto o destino: la curación, docencia, investigación, gestión (administrativa, económica o estadística), control o inspección. La pertinencia se matiza por la referencia al caso concreto, afinando y evitando los requerimientos genéricos o sin motivación, debiendo permitirse, no obstante, un cierto margen atendiendo a que la medicina no es una ciencia exacta y que la obligación del médico no es de resultados sino de medios. Por último, la veracidad obliga a extremar el cuidado para no incorporar datos falsos, incompletos, desactualizados o erróneos, por la trascendencia que puede tener para recuperar la salud (26) Brito y col. (2014) expresaron que este es un derecho fundamental del paciente para poner en ejercicio su libertad e involucra principios éticos (27).

El médico va a generar información y va a obtener información del paciente, va a utilizar la información proporcionada por este y la generada por otros profesionales durante su actividad asistencial; existe un riesgo objetivo de vulnerar derechos de paciente al utilizar una información proporcionada con otros fines. La utilización de la información clínica debiera hacerse con la autorización del paciente, y si este se negara, el médico debería hacerlo constar en su informe (28). Resulta de vital importancia conjugar y compaginar el acceso a información en la HC con el debido respeto a los derechos fundamentales de la persona y con las oportunas garantías para que estos no se vean menoscabados (29). El mayor debate en cuanto a la HC se centra en el uso de la información que allí se contiene y el deber del secreto profesional. Cuando se habla de información de los pacientes, necesariamente nos remitimos al derecho médico, a la asistencia en salud y a los derechos y obligaciones que se involucran en la relación médico - paciente, que junto a toda una serie de características implícitas, hacen del tema un asunto de mayor complejidad al inicial acercamiento que pretenda quien quiera conocer sobre los derechos de confidencialidad, intimidad, reserva e inclusive la relación de la protección de datos y el derecho sanitario. La HC es un concepto que continúa en proceso de estructuración jurídica, al igual que la noción de responsabilidad médica (30).

En relación con la gestión de la imagen

clínica debe ser la misma que para cualquier otra documentación generada en el proceso asistencial y debe quedar incluida en la HC. Su acceso debe ser restringido a los facultativos que participan en el proceso asistencia y el acceso con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o docencia. Al paciente, se le debe facilitar la protección de sus derechos de privacidad (principio de autonomía); en el caso de que sea posible su posterior exhibición y siempre que se trate de una fotografía que permita identificar al paciente, es necesario obtener una autorización para dicha exhibición donde conste específicamente la finalidad concreta de exhibición, ya sea, como finalidad docente o de publicación científica (31).

Los pacientes tienen derecho a conocer toda la información disponible respecto a cualquier actuación en el ámbito de su salud y será el médico responsable del paciente quién garantice el cumplimiento de dicho derecho; la información, como regla general, se proporcionará verbalmente, dejando constancia en la HC de la finalidad y la naturaleza de cada intervención. De este modo, el paciente informado puede ejercer los derechos que tiene legítimamente reconocidos como usuario de cualquier servicio sanitario. También existe el derecho a que se respete la voluntad del paciente de no ser informado (32). La obligación de cuidado del médico debe encerrar la discreción en el ámbito público, la confidencialidad en el ámbito privado y la dignidad en el ámbito íntimo. Independiente de lo criticable de las normas y la legislación vigente sobre la HC, estas son herramientas para valorar los principios bioéticos en la relación clínica. Es un marco regulador homogéneo tratando de enfatizar el principio de justicia y los derechos de los usuarios (33).

El consentimiento informado en la historia clínica

El Consentimiento Informado (CI) es una herramienta de valor en la confección de una HC integral; está basado en el derecho del paciente a recibir información y decidir de manera voluntaria los procedimientos y alternativas que acepta o rechaza. Tanto la información como la autonomía son derechos del paciente; el consentimiento es un deber ético y legal del personal de los servicios de salud que garantizan la libre elección

del paciente (34). Requiere de un proceso comunicativo y deliberativo entre el médico y el paciente, en el que se ayuda al paciente a tomar las mejores decisiones sobre su problema concreto de salud. Además de la información verbal, requiere un formulario de CI que debe tener como finalidad informar mejor al paciente y no buscar la protección jurídica de los profesionales (32). Para el logro de este objetivo, la comunicación es una herramienta que puede empoderar a los pacientes y familiares en el ejercicio de su autonomía, las fallas en la comunicación imposibilitan el debate y la conducta de acuerdo con los preceptos bioéticos (35). Los juristas examinan también si en la HC consta el CI, pero no simplemente para observar si se respeta la autonomía del paciente, sino para evaluar si su emisión es correcta o no para la responsabilidad profesional que surge en los casos de intervenciones médicas que se ha materializado de un riesgo no informado al paciente; es decir, cuando ha fallado esa comunicación a la que hemos venido haciendo referencia (7). El CI integra la *Lex Artis* y ninguna discusión sobre sus aspectos formales puede olvidar que su valor es producto natural de una buena relación clínica, en el marco del respeto a la autonomía, los valores y el derecho a una decisión consciente del paciente (27). Por último, se ha sugerido diligenciar de forma obligatoria el formulario de CI para el mejorar la calidad de las HC en las auditorias de los centros hospitalarios (14).

La historia clínica y la tecnología

La producción científica latinoamericana sobre historias clínicas electrónicas (HCE) en revistas indexadas ha crecido exponencialmente por año, especialmente en Brasil y Argentina; se suma una gran colaboración internacional, especialmente con países como Estados Unidos, Reino Unido y Alemania. Estos resultados están en correspondencia con las políticas y líneas de investigaciones que trazan los países, en función de elevar la calidad de los servicios de salud (36). Se ha señalado que poder contar con la HCE es un avance muy significativo en la medicina y prestación del servicio de salud, toda vez que les facilita a los profesionales de la medicina obtener la información detallada de cada paciente y poder realizar los tratamientos de forma segura

y confiable (37); al disponer de registros de HC legibles, confiables y aceptables (38). Sin embargo, también se aumentan los riesgos de seguridad y accesos indebidos, con la posible pérdida de la confidencialidad o fallos en el soporte informático, aspectos que no pueden ser desconocidos (20). La implementación de la HCE es un proceso de cambio tecnológico que se encuentra superpuesto con otros cambios del sistema de salud. La incorporación de las tecnologías de la información y comunicación (TIC) en el quehacer de los profesionales médicos es uno de los principales desafíos de este proceso, que conlleva superar barreras para su uso y apropiación. El uso de la HCE no implica su apropiación, esto último consiste en el uso significativo de la misma, es decir, su utilización adecuada maximizando los beneficios en la atención del paciente y en el sistema de salud. Algunas de las barreras pueden ser modificadas directamente desde la gestión del proyecto (usabilidad del software o el factor tiempo); sin embargo, hay otras que implican cambios vinculados al comportamiento de los profesionales médicos, que suelen estar relacionados con sus valores y sus creencias, razón que hace más compleja la intervención para el cambio (39). La seguridad de los datos de salud contenidos en la HCE es uno de los muchos retos que todavía hoy se mantienen en materia de derecho de protección de datos. Y es que, si bien se trata de un ámbito en el que se han producido notables avances durante los últimos años, los datos que arroja la práctica demuestran que el acceso indebido a la HC por parte del personal sanitario sin vinculación asistencial sigue siendo una constante; esto se ha convertido en una tarea compleja. Se requiere una normativa de protección de datos, que pueda procurar la seguridad desde la propia creación de los sistemas de HCE, al tiempo que se vela por la correcta formación de los profesionales. Sólo así, aplicando todas estas medidas en conjunto, podrá avanzarse en la prevención de acceso indebido a la HCE (40).

Marsiglia (2006), señaló que en una situación ideal, los enfermos son cada vez más favorecidos por la ciencia y la tecnología médica, que al mejorar sus logros diagnósticos y terapéuticos, abrevian considerablemente su sufrimiento, pero seguramente, nada les dará mayor confianza,

apoyo y esperanza, que observar en el médico una actitud de verdadero interés por su persona y su problemática, en la búsqueda afanosa de comprensión para pensamientos, emociones o conductas patológicas o no, en estricto apego a las normas de consideración, respeto, discreción y ética, como incondicional confidente de sus infortunios (41).

CONCLUSIÓN

La relación médico - paciente tiene un contenido de universalidad y la comunicación es la parte más noble del arte médico. La historia clínica (HC) es una forma de comunicación (42), que se fundamenta en el trabajo semiológico, un método clínico y parámetros bioéticos que no solo se limitan a los aspectos formales de su gestión administrativa, sino que deben orientar ese primer encuentro del médico y paciente al momento de su elaboración. Tanto el médico como el paciente poseen un conjunto de normas morales y legales que deben ser incorporadas a una HC que es única, como sus actores y sus circunstancias. Este encuentro inicia con un médico que respete la autonomía del paciente como sujeto libre, con valores, creencias y derechos que deben ser ponderados en su particular circunstancia de salud - enfermedad; un médico que resiste la tentación de la postura maleficente de un paternalismo aún vigente. También requiere de un médico que se mantenga informado sobre el conocimiento médico, bioético y de derechos del paciente; pues lo contrario, limita en alto grado su capacidad para reconocer la autonomía, integrar el consentimiento informado y obrar en forma benéfica.

En cada sección de la HC se deben reflejar estándares de calidad, producto de una diaria actividad formativa y auditorías periódicas con instrumentos confiables. Este proceso debe tener como fin, garantizar una asistencia adecuada al paciente y mejorar la propia actividad sanitaria. La institución hospitalaria debe ser garante y figura moral en este proceso. La recolección de datos en la HC debe observar el principio de calidad, desarrollado en sus facetas de finalidad, pertinencia y veracidad (20), y como proceso de un acto moral que integre la *Lex Artis* del médico. A pesar de que la seguridad de los datos de salud

contenidos en historias clínicas electrónicas (HCE) sigue siendo un reto para la tecnología y el derecho, y se evidencie resistencia al cambio por parte de algunos médicos; el uso de la HCE es una salida óptima que ha demostrado avances en la calidad del servicio de salud; es deber del médico mantener, con este formato, los valores de la HC y su significado en la relación con su paciente.

Basado en el CDM, la HC no es solo propiedad del médico o de la institución hospitalaria, también se considera una posesión del paciente, por lo cual tiene derecho de acceder y adquirir una copia de este documento, a través de un médico autorizado por el paciente para la correcta interpretación de su contenido. Se considera una falta a la responsabilidad médica y/o de la institución asistencial obstaculizar el acceso a este documento cuando el paciente lo solicite según el procedimiento.

Se requiere una norma objetiva regulatoria de la HC en la Ley del Ejercicio de la Medicina y demás profesiones de la salud, para los aspectos mencionados y otros que puedan surgir de las deliberaciones interdisciplinarias ya que, a pesar de que los actores principales de la HC son el médico y el paciente, existen actores secundarios y una red de relaciones que deben ser valorados desde la bioética.

CONFLICTO DE INTERÉS

En cuanto a la presente revisión no ha habido ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Fombella Posada MJ, Cereijo Quintero MJ. Historia de la historia clínica. *Galicia Clin.* 2012;73(1):21-26.
2. Valencia A, Daza P. Historia clínica pediátrica. *Rev Gastrohnutr.* 2011;13(Supl 1):S28-S37.
3. Wuani H. La historia clínica. Evolución histórica, objetivos. Su importancia. La tecnología y la relación médico-paciente, hoy y mañana. *Med Interna Caracas.* 2010;26(3):139-151.
4. Talavera J, Roy-García I, Pérez-Rodríguez M, Palacios-Cruz, Rivas-Ruiz R. De vuelta a la clínica. Métodos II. Arquitectura de la investigación clínica. *Interacción*

- sujeto, maniobras y enfermedad a través del tiempo. *Gac Med Mex.* 2020;156:438-446.
5. Gérvas J. Historia clínica: al limitar el acceso se mejora el proceso. *AMF.* 2015;11(7):372-373.
 6. González R, Cardentey J. La historia clínica médica como documento médico legal. *Rev Méd Electr.* 2015;37(6):648-653.
 7. De la Prieta Miralles V. La historia clínica: aspectos lingüísticos y jurídicos. *Panace@.* 2002;3(8):36-39.
 8. Rodríguez R. Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica. *Rev Vis Iuris.* 2019;6(11):105-139.
 9. Guzmán F, Arias CA. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Rev Colomb Cir.* 2012;27:15-24.
 10. conganat.org [Internet]. Pamplona: V informe SEIS: De la historia clínica a la historia de salud electrónica; 2003 [Citado 30 junio 2021]. Sociedad Española de Informática de la Salud; [aprox 66 pag]. Disponible en: <https://n9.cl/6zgmnd>
 11. Barreto J. La historia clínica: documento científico del médico. *Ateneo.* 2000;1(1):50-55.
 12. Uriarte A, Pérez E, Pomares Y. El razonamiento clínico llevado a la historia clínica. Un punto de vista diferente. *Medisur.* 2015;13(3):467-471.
 13. Reyes E, Matzumura J, Gutiérrez H. Calidad de los registros de las historias clínicas en el Servicio de Emergencias Quirúrgicas de un Hospital de las Fuerzas Armadas. *Rev Cienc Tecnol.* 2020;16(2):33-41.
 14. Isaza R. Calidad de la historia clínica en hospitalización y emergencia en un servicio de medicina interna [Trabajo de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2015 [Citado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7h4c4>
 15. Flores D. Evaluación de la calidad de registro en las historias clínicas del consultorio externo de psiquiatría del hospital Víctor Larco Herrera [Trabajo de Grado]. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2020 [Citado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/s9ti1>
 16. Navarrete-Navarro S, López-García G, Hernández-Sierra J, Mejía-Arangure J, Rubio-Rodríguez S. Consistencia y validez en la evaluación del expediente clínico. *Gac Méd Méx.* 2000;136(3):207-212.
 17. Cuccato M, Skawinski b, Padovan M, Barbosa R. Análisis de historias clínicas de un hospital universitario de Mogi das Cruzes, São Paulo, Brasil. *Rev Bioét (Impr.).* 2020;28(4):740-745.
 18. Antequera Vinagre JM. Aspectos ético-legales en la consulta. El pediatra ante los conflictos jurídicos y bioéticos. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004.p.209-216. Disponible en: <https://n9.cl/mxnsr>
 19. Martínez J. Historia clínica. *Cuader Bioét.* 2006;12(1):57-68.
 20. Rosario R. Valor médico legal de la historia clínica e implicaciones legales del ejercicio de la medicina. *Rev GICOS.* 2019;4(2):19-32.
 21. Giusio C. Nuevo concepto en Historia Clínica: Patobiografía o Historia de Salud [Internet]. Buenos Aires: Universidad Barceló; 2014 [Citado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/7b490>
 22. Saber.ula.ve [Internet]. Mérida: Universidad de Los Andes; 2018. Disponible en: <https://n9.cl/3jgut>
 23. Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc).* 1999;112:24-28.
 24. Momblanc L. La historia clínica en el proceso judicial por responsabilidad médica en Cuba. Alcance y valor probatorio. *Opinión Jurídica.* 2021;20(42):423-445.
 25. Varas J. Responsabilidad médica y acto médico. *Rev Obstet Ginecol. - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse.* 2011;6(3):240-244.
 26. Villoldo L. La historia clínica: el tratamiento de sus datos [Trabajo de Grado]. España: Universidad Pública de Navarra; 2014 [Citado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/obvg1>
 27. Brito N, Corral Y. La historia clínica y el consentimiento informado en investigaciones clínicas y odontológicas. *Acta Odontol Venez.* 2014;52 (2):1-11.
 28. Luna A. Problemas medicolegales del manejo de la historia clínica. *Rev Latinoam Der Méd Medic Leg.* 2000;5(1):39-47.
 29. Sarrato L. El régimen legal de acceso a la historia clínica y sus garantías. *Rev Jurídica de Castilla y León.* 2009;17:177-215.
 30. Blanco Alvarado DJ. La Historia Clínica: Algunos comentarios desde la Medicina y el Derecho. *Rev Verba Iuris.* 2019;14(42):153-162.
 31. Arimany Mansoa J, Taberner Ferrer R, Pidevall I, Mascaró Ballester JM, Martín-Fumadó C. Implicaciones bioéticas y médico-legales del uso de la fotografía en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2020;111(2):107-114.
 32. Herreros B, Moreno-Milán B, Pacho-Jiménez E, Real de Asua D, Roa-Castellanos R, Valenti E. Terminología en bioética clínica. *Rev Méd Instit Mex Seguro Social.* 2015;53(6):750-761.
 33. Godoy Olave J, Barraza Mesquida J. La ficha clínica mirada desde la legislación chilena actual. *Acta Bioeth.* 2018;24(2):181-188.
 34. Menacho G. Consentimiento informado, parte fundamental en la historia clínica. *Éxegis.* 2018;10(1):57-59.
 35. Vítório E, Aguiar G, Dos Santos C, Fernandes B, Souza P, Dias P, et al. Identificación de situaciones y conductas bioéticas en la práctica profesional en salud. *Rev Bioét (Impr.).* 2021;29(1):148-161.
 36. González-Argote J. La producción científica

LA HISTORIA CLÍNICA

- latinoamericana sobre historia clínica digital: un análisis desde Scopus. *Rev Cub Salud Pública*. 2019;45(3):1-15.
37. Garzón H, Arias M, Castro B. Protección de datos una visión comparada desde la legislación española y colombiana [Trabajo de Grado]. Bogotá: Institución Universitaria Politécnico Grancolombiano; 2020 [Citado 1 julio 2021]. Disponible en: <https://n9.cl/b2nay>
 38. Preciado A, Valles M, Lévano D. Importancia del uso de sistemas de información en la automatización de historiales clínicos, una revisión sistemática. *Rev Cub Informát Méd*. 2021;13(1):e417.
 39. CháGhiglia MM. Historia clínica electrónica: factores de resistencia para su uso por parte de los médicos. *Rev Méd Urug*. 2020;36(2):163-170.
 40. Casanova A. Mecanismos de prevención del acceso indebido a la historia clínica por parte del personal sanitario y nueva legislación de protección de datos. *Bioderecho.es*. 2018;7:1-20.
 41. Marsiglia I. Impacto de la tecnología médica sobre la historia clínica y la relación médico-paciente. *Gac Méd Caracas*. 2006;114(3):183-189.
 42. svmi.web.ve [Internet]. Caracas: La historia clínica como expresión de arte y ciencia del acto médico; 2014 [Citado 7 julio 2021]. Sociedad Venezolana de Medicina Interna; [aprox 25 pag]. Disponible en: <https://n9.cl/qkppz>