

La importancia de la responsabilidad

POR ISABEL FERNÁNDEZ

En su edición anterior, *Noticias* publicó la primera parte del Primer Simposio Iberoamericano de Derecho Médico, IV Jornadas de Responsabilidad Médica y I Taller de Responsabilidad Profesional en Enfermería, realizado entre los días 28, 29 y 30 setiembre y organizado por el SMU con motivo de su 80 aniversario. En estas páginas se reproduce una breve síntesis de la jornada correspondiente al sábado 29.

La jornada del 29 de setiembre comenzó con dos acontecimientos: por un lado, la inauguración del I Taller de Responsabilidad Profesional en Enfermería, cuyos coordinadores fueron Pierina Marcolini y Domingo Mederos; mientras en otro salón se realizaba una sesión de temas libres, presidida por el abogado Carlos María Berlangieri, actuando de secretaria la médica legista María del Carmen Curbelo.

Sobre pedestal de arenas movedizas

Luego de la sesión de temas libres, recomenzaron las conferencias, girando en torno a la prueba pericial y responsabilidad médica.

El profesor Jorge Paulete Vanrell habló de la pericia en la malapraxis médica, afirmando que el mayor número de acciones no es propuesto de oficio sino en forma unilateral por el paciente, que es la parte que se siente perjudicada, considerando que la única manera posible de conciliar situaciones es a través de un canal de comunicación entre las partes, *“que debe partir del médico, bajando de su pedestal y mostrándose tan humano como su paciente sin dejar de discernir criteriosamente”*.

Explicó que los objetivos esenciales de las pericias se pueden resumir de tres maneras: describir cuidadosamente lesión o daño, establecer nexo de causalidad entre el daño-resultado y la acción del profesional en su procedimiento y evaluar el grado de perjuicio. Paralelamente *“tenemos que verificar la existencia de indicios de culpa del médico y evaluar las circunstancias en que se verificó el acto profesional”*.

Según Vanrell, los juicios de responsabilidad profesional en Brasil se han transformado en una verdadera epidemia, donde se deben tener en cuenta los deberes de conducta del acusado, los



Profesor Jorge Paulete Vanrell

que serían los de información, los de actualización, los de habilitación de la especialidad para el tratamiento que se va a efectuar (por ejemplo, un cirujano general no podría hacer cirugía estética) y los de vigilancia (que obligan al médico a ser diligente evitando que sus procedimientos sean rotulados de negligentes). También se evalúa si el médico hizo abstención de la práctica de abusos, *“porque esto es un deber. Hay colegas que son temerarios, que se exceden tomando*

medidas drásticas y arriesgadas, algo comprensible en un servicio de puerta pero no en una sala de piso o en un block quirúrgico”.

El profesor considera que el error es inherente a la profesión médica como a todo género humano pero, *“lo que el médico no puede hacer es cometer una impericia o una negligencia (...) Por eso resulta decisivo que la pericia pueda determinar si un daño presente fue resultante de una conducta profesional contraria al arte o si resultó de condiciones precarias de trabajo o a la falta de medios indispensables para el tratamiento o la atención de las personas”*.

Entre la medicina y el derecho

El siguiente orador fue el profesor Guido Berro –director del departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, médico forense del Instituto Técnico Forense e integrante de la Comisión Honoraria del MSP–, quien habló del papel de la medicina legal en las pericias por responsabilidad médica, definiendo a su especialidad como *“el conjunto de conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de problemas que plantea el derecho, que de otra manera quedarían insolubles”*, por lo que, para el profesor grado 5, la medicina legal es un nexo entre la medicina y el derecho. Efectuar una peritación objetiva, completa, útil y fundamentada, cuestionando lo hecho por uno o por varios colegas suyos, *“no es nada fácil”* y, sin una debida formación, *“estimo imposible que se pueda desempeñar una función adecuada”*.

Sintetizó los cimientos y las bases para la pericia en una *“acción ilustrada y honesta e impropnada de vocación para la tarea”*.

A su vez, consideró que actuar sin estar debidamente informado y preparado puede dar lugar a la irresponsabilidad del profesional, por lo que, como *“decía Nerio Rojas, el perito debe*

actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez”.

Aclaró que el juez en Uruguay, quien es “totalmente independiente”, tiene derecho a nombrar un perito de su confianza.

Historió que “en 1877, el doctor Diego Pérez asume la dirección de la Cátedra de la Facultad de Medicina y en 1907 se crea el cargo de médico asesor de los Tribunales, que en 1915 pasa a denominarse médico forense y en 1937 se crea el Instituto Técnico Forense. En 1972, el posgrado de medicina legal, que otorga el título de médico legista, se incorpora a la reglamentación del ejercicio de especialidades médicas en el MSP”.

Berro no olvidó mencionar que no todos los médicos forenses nacionales cursaron el posgrado; también expresó que para el buen desempeño de la tarea es conveniente tener una interrelación personal con el juez que solicita la actuación, “pero debo advertir que con ello no estoy proponiendo un obediente satélite, por el contrario, muchas veces, en el aporte de fundamentos contrarios a las hipótesis manejadas hasta entonces, se ha logrado arribar a la verdad”.

Afirmó que él “o los peritos han conocido declaraciones de apoyo a un colega (...) Obviamente que no nos gustan esas actitudes corporativistas, pero ocurridas, no pueden torcer la opinión del médico perito, que debe permanecer siempre atado a la verdad, libre de toda presión, comprensivo de la situación, que, como decía Guillermo Mesa, ‘la solidaridad con el gremio médico no debe confundirse con el encubrimiento, más bien es todo lo contrario’”.

También opinó que los abogados, jueces y escribanos deberían tener nociones de medicina legal y jurisprudencia médica para comprender las cuestiones médico-legales y dirigir mejor las actuaciones procesales.

Cuando se le solicitó saber qué aconseja en los cursos de malpraxis, Berro aseguró que contesta “simplemente atender bien”.

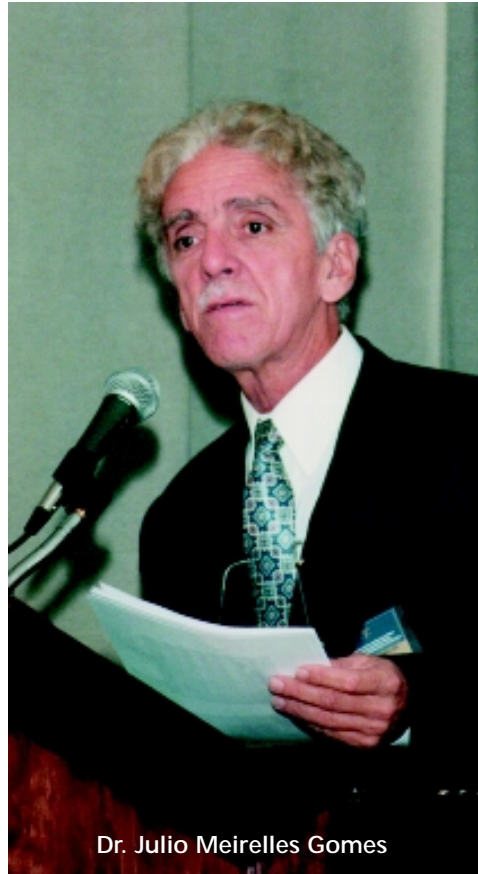
Culminó con palabras del profesor de Estrasburgo, Camilo Simonin: “Señores, la medicina legal no se improvisa”.

Límites poco claros

Seguidamente, el profesor argentino Carlos Bergese opinó sobre los aspectos éticos y médico-legales de las pericias en los juicios por responsabilidad médica.

Bergese explicó que por demanda de malpraxis, se rigen por pruebas que actúan como parámetros, entre las que se encuentran la documental, informes, de confesión, la testimonial y la de peritos, “que es donde comenzamos nuestra actuación profesional”.

En la República Argentina existen tres tipos de peritos: oficial (en general es médico legista y se desempeña en alguna institución oficial y es



Dr. Julio Meirelles Gomes

designado por el juez según el turno), de oficio (integra un listado de Tribunales y es sorteado por el juez para un caso determinado) y de parte o consultor técnico (designado por cada una de las partes y suelen ser más de uno, ya que son contratados por los interesados, lo que hace difícil evaluar la imparcialidad en su dictamen).

Los deberes del perito son “prudencia, secreto, deferencia, respeto y templanza”.

El comportamiento profesional del perito, según Bergese, requiere que “sea una persona cuya libertad y dignidad no puedan ser subordinadas bajo ninguna instancia ajena o extraña a su propia conciencia”, afirmando que “ésta no dicta normas sino que aplica la norma de la ley moral al comportamiento del hombre”.

El dictamen, que es una afirmación científica por parte del perito, deber ser “objetivo, lógico, claro, preciso, conciso y concreto”.

Considera que el error médico de diagnóstico o tratamiento no es suficiente para que el daño sea resarcible –para lo cual debe proceder con culpa o negligencia– porque en una rama del saber donde predomina la materia opinable, no es fácil fijar los límites entre lo correcto y lo que no, “por lo tanto el error no es imputable si se han tomado todas las medidas necesarias para evitarlo y no se ha puesto de manifiesto ignorancia en la materia, no pudiéndole exigir al médico más de lo que se exige al promedio de éstos”.

El profesor Carlos Bergese resumió en sus palabras finales su sentir: “El esfuerzo ético del perito no debe ser un esfuerzo del deber ser sino un esfuerzo gustoso del poder ser siempre médicos”.

A continuación se escuchó una mesa de comentaristas presidida por el doctor Domingo Mederos e integrada por los profesionales Carlos Maggi, Beatriz Venturini y Mayda Abeledo Concepción.

“El médico no es reflexivo ni autocrítico”

La sesión vespertina la abrió el costarricense Juan Gerardo Ugalde Lobo –presidente de la Asociación de Derecho Médico de Costa Rica y médico miembro del Poder Judicial de su país–, en cuya conferencia habló de la evolución de la mala práctica médica en Costa Rica.

Declarándose firme defensor de la prevención, expresó que “no tiene chiste llegar a un estrado y ser condenado cuando se pudo prevenir todo el problema”.

Opinó que el 95% de las denuncias se podrían evitar si el profesional hablara con el paciente pero, “desgraciadamente el médico no es reflexivo ni autocrítico y peca de inocente al pensar que el estrado penal no se hizo para él”.

En el año 1996, en Costa Rica hubo 506 denuncias contra médicos en la parte clínica; si se tiene en cuenta que esta cifra significa un 10% de todos los médicos del país, “es preocupante”. Para colmo, consignó que en el año 2000 no se han logrado bajar las demandas.

Fue radical al afirmar que en los casos de malpraxis “el peor enemigo del médico es el propio médico”, y su deseo es que los códigos de ética y moral fueran más estrictos con los profesionales que no se comportan correctamente, que “fuera sancionados con todo el peso y apartados del gremio”.

No olvidó mencionar el mal funcionamiento de los servicios, sobre todo por la falta de personal, por la inadecuación de los aparatos, hechos que contribuyen a que se le cause un daño al paciente.

Reconoció en la prensa la labor de información y educación de la población.

Hace tres años se aprobó en Costa Rica la promulgación del reglamento de seguro de salud, en cuyo capítulo sexto se hace referencia a los derechos y deberes de los usuarios, “se les dice a los médicos que deben informar al paciente, pedir su consentimiento, que se puede rechazar el tratamiento y pedir una segunda opinión médica, que debe ser tratado con prontitud y con buen trato”.

Expresó que la sociedad costarricense se beneficia de una medicina basada en la solidaridad, que aporta a la población los mejores índices de salud de Latinoamérica. Como conclusión, consideró lógico pensar que el usuario –

por los avances crecientes de la medicina y divulgación mediante— demande más satisfacción de los cuidados médicos que recibe. Agregando que *“la muerte ha pasado de ser un proceso natural o accidental a uno donde el médico tendrá que dar explicaciones claras y entendibles de las complicaciones de un procedimiento médico”*, lo que representa un reto para el profesional actual, *“acostumbrado a una relación de tipo vertical”*.

Servicios jurídicos-hospitalarios

El doctor argentino Juan Carlos Ferrería es médico legista y consultor de prevención de daño médico y responsabilidad profesional. Denominó a su conferencia *Servicios jurídicos-hospitalarios*.

En Argentina, la descentralización hospitalaria es definida como un acto político, jurídico y administrativo por medio del cual se transfieren niveles de decisión, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía, siendo considerada uno de los instrumentos para lograr una salud equitativa para toda la población.

En el hospital pediátrico de alta complejidad donde trabaja Ferrería, se creó una asesoría legal *“previando las cuestiones de tipo de funcionamiento administrativo y teniendo en cuenta que la máxima autoridad del hospital era la última instancia administrativa del ente”*. Junto con el correr de los años notaron que los problemas de tipo puramente administrativos constituían un 50% de la actividad de la asesoría, en cambio su presencia era muy importante en la atención de los pacientes, entonces *“se cambió el término de ‘asesoría jurídica’ por el de ‘dirección asociada’, que pasó a depender directamente de la dirección médica ejecutiva”*.

La asesoría participa, entre otros casos, cuando hay conflictos de intereses (los representantes de los niños no acceden a la terapia indicada), comunicándose con las defensorías de menores o con los jueces civiles con competencia en familia; en los pedidos de altas médicas—voluntarias o transitorias— y cuando hay una fuga del paciente; en los problemas que se originan en la atención de guardia; en los traslados de pacientes; en el maltrato y abuso a menores, que genera situaciones de difícil diagnóstico y tratamiento; en las situaciones que se crean con los pacientes en estado terminal; colaboran cuando es necesaria la designación de sexo, como con los que han sido anotados con un sexo erróneo.

Entre las consultas de los médicos, frecuentemente lo hacen en torno a *“cuándo es obligatorio hacer una denuncia, ya sea judicial o policial, y el cómo efectuarla”*.

El servicio jurídico hospitalario participa en los juicios penales que se hayan generado contra alguien del personal, en los civiles de los cuales el centro sea parte y en los sumarios administra-



Dr. Luiz Augusto Pereira

tivos internos. El profesional aseguró que tienen *“una actitud pro activa”* frente a los riesgos del daño médico, *“haciendo un examen periódico de las formas en que están funcionando los distintos servicios y analizando los casos puntuales en los que se ha producido un daño inesperado”*, lo que permite formular políticas de prevención.

Considera que los médicos se encuentran a diario con muchos problemas relacionados con el derecho que *“no saben cómo resolver de la mejor manera o de la que corresponde”*.

Error médico

El asistente de neumología del hospital universitario de Brasilia, miembro del consejo editorial de la revista *Bioética* y del Consejo Federal de Medicina, doctor Julio Meirelles Gomes, expuso sobre el error médico, realizando un pequeño resumen del libro que escribió junto a sus colegas José Geraldo de Freitas Drumond y Genival Veloso de França.

De su tema, error médico, habló sobre el concepto, definiciones, doctrina, bioética y perfil epidemiológico del error médico y brindó

algunos indicadores para reducir las posibilidades del error en medicina: *“Por definición, es el desvío de una conducta profesional caracterizado por la no observación de una falla técnica que provoca el agravamiento de la salud”*. Para que se produzca, por lo menos actúa uno de los tres factores básicos: imprudencia, negligencia e impericia.

El concepto de la responsabilidad se da en los hechos en la obligación que tiene el médico de responder por faltas cometidas en el ejercicio de su profesión.

Meirelles Gomes informó que, según estadística de la revista americana *Time*, en el año 1999 fueron detectados entre 45 mil y 100 mil errores epidemiológicos en Estados Unidos.

A la vez, hizo la siguiente comparación: *“Si consideramos que en Brasil hay más de 300 millones de consultas por año, con más de 20 millones de procedimientos quirúrgicos y un total de 200 mil médicos en actividad, las denuncias de error médico son literalmente irrisorias”*.

La ginecología ocupa el primer lugar de las denuncias, lo que el profesional adjudicó al número de especialistas en esa área (la tercera en cantidad), a que se atiende un gran porcentaje de personas sanas, las que no están dispuestas a sufrir ningún tipo de lesión, y a que el ginecólogo atiende a dos vidas en una persona, lo que duplica el riesgo.

La anestesiología y la cirugía se ubican en tercer lugar, siguiendo a la ortopedia y antecediendo a la pediatría.

De los números surge que el médico con más de diez años en ejercicio es el que comete más errores, *“siendo nuestra lectura que eso se debe a que dejó la Facultad hace un buen tiempo y si no tiene vida académica o científica, tiene una relación reducida con libros y revistas actualizadas, está en un momento de acumulación patrimonial”*.

Enumeró los valores que están envueltos en la bioética del error: solidaridad, respeto a la víctima y la humildad ante el daño cometido.

Errores de los pacientes

Errores de los pacientes fue el título de la conferencia brindada por Luiz Augusto Pereira, médico y abogado brasileño, presidente del Consejo de Medicina del estado de Río Grande y miembro del Consejo Federal de Medicina.

En su exposición, Pereira comenzó diciendo que en la relación básica médico-paciente también se debe hablar de los deberes de este último: *“Los médicos yerran cuando no cumplen con sus deberes de profesión, que deberían conocer o respetar, y los pacientes yerran por lo mismo: los deberes que éstos tienen son los de fidelidad (pagando lo que deben, concurriendo al consultorio en el horario estipulado, etcétera), de confidencialidad (obligación de guardar las informaciones emitidas por la*

relación con el profesional), veracidad (decir la verdad, no omitir tratamientos paralelos o consultas con otros profesionales o terapias alternativas) y justicia (los médicos que informaron de los riesgos del procedimiento en forma clara y con un paciente lúcido, no deben ser procesados)".

Para el médico abogado, es fácil procesar a un médico en Brasil, pero en ese sentido, el Consejo Regional y el Federal de Medicina promueven reuniones con el ministerio público para esclarecer a los magistrados "que estas demandas perjudican a la práctica de la medicina, precisamos caminar en el sentido del humanismo a fin de poder rescatar la relación médico-paciente para que se vuelva una relación de confianza".

Sobre historias clínicas

Una mesa redonda sobre la historia clínica fue la última actividad de aquel 29 de setiembre. Las ponencias estuvieron a cargo del médico legista argentino Luis Alberto Kvitko, el español Fernando Verdú Pascual, profesor de medicina legal de Valencia, y los uruguayos William Corujo, juez letrado en lo penal, y Álvaro Margolis, médico internista con maestría en informática médica en Estados Unidos.

La exposición de Corujo partió de la base de la importancia de una historia clínica fidedignamente llevada, inclusive si el paciente se niega a determinado tratamiento, es bueno que quede plasmado en la historia, si es posible con testigos, aclarando que el Código de Ética Médica de 1995 establece que la propiedad de



Dr. Fernando Verdú Pascual

la historia clínica es del paciente, aunque permanezca bajo custodia del médico o de la institución.

Corujo señaló que "la duración de la historia clínica alcanza, a lo sumo, cinco años", pero la responsabilidad contractual puede extenderse por cuatro lustros, aunque las resoluciones hablan de tres años desde el último movimiento (estado activo); luego está dos años en condición de pasiva y, a partir de allí, puede destruirse quedando en una ficha los principales caracteres.

La historia clínica como valoración probatoria sirve para cotejarla junto a otros elementos, sin tener en ella misma un valor especial.

Para argumentar su visión de que en Uruguay cuando se habla de responsabilidad médica, se alude a la excepción que confirma la regla, dijo que "en el último quinquenio, el CASMU, que tiene unos 270 mil afiliados, conoció 62 demandas civiles, de las cuales 22 fueron de condena, 17 de absolución y 23 se están sustanciando". Agregando que en Uruguay cuando se nombra al Sindicato Médico, "hablamos de una institución con una historia prolongada de solidaridad y de coraje. Cuando hablamos de mutualismo, lo hacemos por una bandera por la que batirnos. Y por aquí voy terminando, como dice Benedetti, sin hacerle sombra a nadie y sin descuidarme".

El doctor Fernando Verdú Pascual definió a la historia clínica como un conjunto de documentos en los que está guardada la intimidad del paciente, donde una de las cláusulas impone guardar silencio (secreto profesional).

El médico se sintió molesto porque la Cons-

titución de su país regula este secreto en el caso de los periodistas, derecho que no contempla a los profesionales de la medicina (ver recuadro).

Las normas penales aparecen en dos sentidos: "Una, penalizando la divulgación del secreto profesional o la de los documentos y otra, regulando la obligación de comunicar determinados datos por parte del médico, como lesiones, intoxicaciones,

Dr. Fernando Verdú Pascual (I)

"Repasando las constituciones, he tenido la satisfacción de comprobar que las de Colombia, Ecuador y España contemplan la posibilidad de regulación del secreto profesional, cosa que debería de llenarnos de tranquilidad y satisfacción si no fuera porque regulan el secreto profesional de los periodistas, con lo cual de la declaración inicial (al menos existente en España) que dice que todos los españoles son iguales ante la ley, se puede decir que unos son más iguales que otros, puesto que los profesionales periodistas tienen prevista una regulación que los profesionales médicos ni por asomo se puede decir que la tengamos".

Dr. Fernando Verdú Pascual (II)

"Nos encontramos con el cuarto poder, ese que nos puede molestar más o menos, que es el Estado; crea una norma que dice que a partir de tal momento determinados datos deberán ser comunicados. Y ahora estamos en el año 2000 y dentro de 20 años no sé qué normas tendremos. Por ahora estamos bastante controlados, vamos camino de estarlo mucho más, pero la solución es muy sencilla en España: recoger 500 mil firmas y llevar una iniciativa popular para que esa ley no camine. Llega al Parlamento y como no es una iniciativa del poder legislativo, te la tumban. Y te quedas tú con el conjunto de 500 mil firmas, pero por lo menos hiciste algo para intentar tumbar la intervención".

amenazas de aborto, etcétera, pero en todas aparece la intimidad protegida, sólo se viola cuando el sigilo pone en peligro la vida, la integridad psicofísica o la libertad de otra persona”.

Verdú explicó lo que pueden hacer sus colegas cuando se solicita una determinada historia clínica: si la pide el paciente o un representante legal de éste, los médicos no pueden oponerse (independientemente del uso que le vaya a dar) porque la persona está ejerciendo el control sobre su intimidad; cuando la solicita un juez penal, no se puede negar; si la pide la Administración para una función que tiene legalmente establecida, por ejemplo para estudios estadísticos, el médico debe brindar el fragmento que pueda interesar manteniendo la identidad del paciente lo más resguardada posible; cuando la pide un tercero, no puede disponer de ese derecho.

El enfermo mental también tiene intimidad, reconocida en declaraciones internacionales, *“la Asociación Médica Mundial es clara en cuanto a que los menores tienen derecho a la intimidad y las terceras personas que puedan estar relacionadas con el paciente, también”.*

Entre legistas y lejistas

Para el doctor en medicina Luis Alberto Kvitko, la historia clínica *“salva o hunde al médico cuando hay un cuestionamiento de su actividad profesional llevado a los estrados de la justicia”.* También sirve para discriminar la participación que han tenido distintos profesionales en la evolución de un caso, en la complicación de la salud del enfermo o en la muerte del mismo.

El médico legista debe poner en ejercicio la *“objetividad, la imparcialidad y la ausencia de prejuizgamientos”*, para poder actuar con total prudencia.

Citó a Nerio Rojas, quien hace 80 años dijo que de ninguna manera debe creerse que el médico integra un cuerpo corporativo y que va a encubrir a otro colega o que va a apañar situaciones incorrectas, muchas veces delictivas, *“quien ejerce una especialidad como la medicina legal sabe cuáles son las condiciones de este tipo de actividad, por lo que nunca debe tapar, engañar, encubrir o participar de situaciones incorrectas”*, aunque hay quienes lo hacen por amistad, por falso compañerismo y, *“muchas veces, porque les pagan”.* Entonces surgen dos tipos de peritos, *“unos, los que yo llamo ‘los vendedores de firmas’, que le escriben y él rubrica y cobra; otros, aun a riesgo de equivocarse, siguen el camino de la verdad, de la honestidad y de la decencia”.*

Kvitko culminó diferenciando a *“los ‘legistas’ con ge y ‘lejistas’ con jota: los primeros somos los verdaderos, mientras que los segundos son los que ven las cosas de lejos”.*



Dr. William Corujo

Álvaro Margolis comenzó exponiendo casos reales de lo que él llamó *“errores médicos”*: como pacientes, una presentación diferente a la medicación indicada por el profesional; como médico, la reacción cutánea grave frente al uso de bactrim en un paciente con alergia conocida; como testigo, el uso de la warfarina en 5 mg cada ocho horas, en lugar de hora 8:00. Citó un informe del Instituto de Medicina de Estados Unidos: más gente muere de errores médicos que de accidentes de tránsito, de cáncer de mama o de sida, agregando que, aunque no provoquen morbimortalidad, estas fallas médicas son costosas, *“alrededor de 5 mil dólares adicionales en cada internación donde se cometió una”.*

Para Margolis, algunas de las soluciones pasan por la historia clínica electrónica y *“las guías clínicas computarizadas integradas a la historia electrónica”*, unidas al acceso de la actualización por parte del profesional de la salud y del paciente.

El profesional apoyó su oratoria con diapositivas comenzando con un artículo publicado el año pasado en *Revista Médica del Uruguay*, donde se mostraban los diferentes módulos de los sistemas informáticos de una institución de salud, explicando que *“la historia clínica electrónica permite el acceso distribuido y simultáneo de la información médica relevante del paciente”.*

En lo que tiene que ver con los aspectos legales de la historia clínica electrónica, Margolis citó al profesor de derecho administrativo y especialista en informática jurídica, doctor Carlos Dellpiazo, quien, en una ponencia sobre si es legal la historia clínica en Uruguay tomándola como documento, afirmó que *“es admisible judicialmente, tiene valor probatorio, existen medios para su autenticación y su validez y eficacia van a estar asociadas a la confiabilidad de los medios que se empleen”*; tomándola como conjunto de datos, Dellpiazo dijo que *“la única referencia a lo que podríamos llamar el tratamiento electrónico de los datos en salud, están en el artículo 17 del decreto 258 de 1992 conforme al cual el médico debe llevar un registro escrito de todos los procedimientos y diagnósticos terapéuticos que indique al paciente, estando obligado a consignar la semiología consignada y la evolución del caso. Dicho registro, llevado en ficha o historia clínica, sea en forma escrita, electrónica u otra, constituirá de por sí documentación auténtica y hará plena fe de sus contenidos a todos los efectos”.*

La sesión de ese día culminó con las preguntas de los asistentes. 🗨️

Juez William Corujo ¿Qué le digo?

“Lo que les voy a narrar es de una frase que extraje de una historia clínica, que en este momento, en algún lugar del país, se sustancia el juicio llevado adelante por un paciente que ingresa para una limpieza quirúrgica y termina con amputación de miembro, donde la enfermera escribe en la historia: ‘el paciente pregunta qué van a hacer con él. ¿Qué le digo?’. Al día siguiente lo mismo: ‘Pregunta qué van a hacer con él. ¿Qué le digo?’, En el medio... hojas en blanco”.