

Introducción al tema de la Documentación del acto médico.

Medical act documentation.

Lic. Agustín Ramírez Ramírez*

***Subcomisionado Jurídico. CONAMED**

La documentación del acto médico es un acto complejo, en el que participan un grupo diverso de profesionales del ámbito sanitario, en función de los servicios de atención médica que requiere una determinada persona durante el curso de su vida. Por ello, además de las notas que aquí apunto, como introducción del tema, en ocasión del Simposio del Décimo Aniversario de la CONAMED ponemos a consideración de nuestros lectores los puntos de vista de la Lic. Lina Ornelas Núñez, Directora General de Clasificación y Datos Personales del Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) y del Dr. Francisco Javier Acuña Llamas, Coordinador del Doctorado en Derecho de la Universidad Anáhuac, Sur, cuyos textos complementan el análisis realizado por Don Jesús Rubí Navarrete, Adjunto al Director de la Agencia Española de Protección de Datos, cuya ponencia fue publicada en el número anterior de esta Revista.

La Ley General de Salud de 1984 no contiene disposición expresa que se refiera a la obligación del personal sanitario para documentar la atención médica. Es una reforma reciente publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de mayo del 2003 la que introduce el derecho de los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud a "contar con un expediente clínico", no extensivo al resto de las modalidades de los servicios de atención médica, de lo que resulta su carácter limitativo.

Antes de la citada reforma legal, dicha obligación encuentra su fundamento en lo dispuesto por el artículo 51 de la Ley de 1984, que establece el derecho del paciente a recibir "prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable [...] de los profesionales, técnicos y auxiliares". No extraña por ello que la obligación de registrar los datos clínicos se encuentre en disposiciones secundarias como el Reglamento de la Ley en materia de Prestación de Servicios de Aten-

ción Médica, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 14 de mayo de 1986 y en particular en la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico (NOM 168), de septiembre de 1999, que sustituyó a la Norma Técnica número 52 de agosto de 1986.

En concordancia con lo anterior, el párrafo 5.1. de la NOM 168 obliga a los prestadores de servicios médicos "a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma", además de señalar que "los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal". De esta suerte, el registro de los datos clínicos se encuentra ordenado en forma rigurosa en la NOM a partir del párrafo seis, lo que permite establecer cronológicamente la intervención del equipo médico y de los servicios del propio establecimiento sanitario, aunque es preciso recordar que esta regulación no tiene como simple finalidad su sistematización, sino que también busca, como lo señala la NOM en su parte introductoria, "homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario", esto es, que la finalidad última está en función de la atención médica brindada al paciente.

En términos de la NOM, por *expediente clínico* se entiende al "conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias", es decir, que el expediente clínico no sólo contiene información producto del saber intelectual del médico, sino una serie de estudios de labora-

torio y gabinete que deben interpretarse en conjunto con signos y síntomas para establecer una presunción diagnóstica, que de confirmarse, permitirá establecer el tratamiento más adecuado en términos de la *lex artis médica*.

Durante este proceso, que parece simple, el de establecer la presunción diagnóstica, confirmarla, llegar al tratamiento y evaluar el comportamiento de la terapia en la historia natural de la enfermedad, el equipo sanitario delibera, discute, propone un tratamiento, lo cambia, se confronta con nuevos signos, con otros síntomas, presume de nuevo, busca otras opiniones, refuerza su criterio con estudios, descarta o confirma nuevamente la presunción establecida y así, sucesivamente, hasta que, por regla general, domina la patología de base. En este transcurrir, hace anotaciones en el expediente clínico que, analizadas en términos de los principios científicos que orientan el ejercicio de la medicina, sólo dan cuenta de la variabilidad biológica del sujeto enfermo y de lo inexacto de la ciencia médica. No son útiles para que el enfermo tenga una idea objetiva de la atención médica recibida, de ahí que otro de los conceptos relevantes contenidos en la NOM 168 sea el de resumen clínico.

Conforme a su párrafo 4.9, la NOM citada entiende por resumen clínico “al documento elaborado por un médi-

co, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico [el cual deberá] tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete”. En ese tenor, cumple la finalidad de ilustrar al enfermo sobre los datos de mayor relevancia de los servicios de atención médica llevados a cabo por el equipo sanitario, lo cual hace posible que de manera personal, o a través de otro profesional médico, pueda valorarse objetivamente la legitimidad de la actuación profesional.

Considerando lo anotado, no queda duda que la información contenida en el expediente clínico se refiere a una persona; al sujeto materia de la intervención sanitaria, aunque los datos que en el mismo se plasman, no corresponden solamente al conjunto de signos y síntomas de la patología que lo aqueja, sino que también se deja huella del proceso de discernimiento que tiene el equipo sanitario respecto del padecimiento.

Tengo la certeza de que esta introducción al tema y los textos que publicamos de nuestros invitados, darán cuenta de la complejidad en el manejo de los datos clínicos.