

**PERSPECTIVA ACTUAL DE LA RESPONSABILIDAD
PROFESIONAL EN EL ÁMBITO
PSICOLÓGICO-ASISTENCIAL (APORTES
EN MATERIA DE HISTORIA CLÍNICA Y
CONSENTIMIENTO INFORMADO SEGÚN LAS
NUEVAS NORMATIVAS LEGALES)**

***PRESENT PERSPECTIVES OF PROFESSIONAL
RESPONSIBILITY IN THE PSYCHOLOGICAL
ASSISTANCE AREA (CONTRIBUTIONS ON MEDICAL
HISTORY AND INFORMED CONSENT ACCORDING
TO NORMS OF NEW LEGISLATION)***

Mariano Marquevich*

Resumen

A partir de la declaración de los Derechos Humanos se han ido produciendo, progresivamente, cambios sociales y legislativos en pos de la defensa de las garantías de los derechos de las personas. Los Estados se han visto obligados a dar respuesta y a velar por tales valores.

Salud mental no fue la excepción. Dada la complejidad de su especialidad, esta requiere de un esfuerzo de revisión minucioso a la hora de articular los correctos procedimientos asistenciales.

Los juicios de responsabilidad profesional crecen en forma sostenida en la República Argentina en la última década y han modificado en forma sustancial el modo en el cual se ejerce la actividad asistencial en el país. De tal manera, los profesionales médicos han contratado en forma universal la prestación de seguros para el eventual juicio. Tales compañías, han implementado cursos de capacitación continua para mejorar las condiciones médico legales en los que se desarrolla la asistencia. Los médicos conocen los derechos de los pacientes, se enfatiza el mejor modo de redactar los registros escritos y se han extendido los comités de bioética. A su vez, han ido incorporando la previsión ante la eventualidad de un procesamiento judicial y adquieren los conceptos jurídicos que les permiten enfrentar situaciones de gran complejidad.

* Psicólogo del Departamento de Psicología del Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional. Dirección: Paraguay 1283 Piso 12° “3” (C1057AAS), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Email: rusomarquevich@hotmail.com

En contraste, los profesionales psicólogos sostenemos una actitud que podría denominarse de “negación” ante la realidad de los tribunales de justicia actuales. Esta hipótesis encuentra sostén en la escasa bibliografía vinculada al tema escrita por psicólogos, lo cual no resulta consecuente con la responsabilidad que nos cabe como especialistas en trastornos mentales, orientación universitaria que nos impone un “saber” específico e intransferible y, gracias al cual, podemos obtener un sustento económico (lo cual desde luego conforma un contrato tácito con derechos y obligaciones como en cualquier otro contrato).

Inmersos en este marco, es propósito de esta breve exposición, abordar dos temas centrales y críticos que atañen a la práctica cotidiana de la asistencia en psicopatología. Estos son: historia clínica y consentimiento informado.

Palabras clave: responsabilidad profesional, historia clínica, consentimiento informado, praxis psiquiátrica psicológica.

Summary

Since the declaration of human rights social and legislative changes have progressively taken place to protect the agreement of people rights. The Argentine states have been obliged to respond and secure those values.

The mental health arena has not been the exception. Given the complexity of its field, it requires careful revision to interconnect the correct assistance procedures.

Trials of professional responsibility have multiplied in the last decade in Argentina and have modified substantially the way in which the assistance activity takes place in the country. Consequently, clinicians as professionals have by and large hired assurance services in case of trial. The assurance companies have implemented ongoing training courses to improve the legal medical conditions the assistance covers. Clinicians learn about patient rights, the best way to put down the data is emphasized; the bio-ethical committees have gained importance. Also, prevision in case of trial is part of the agenda as well as acquisition of juridical terms that allow confronting complex situations.

In contrast, psychologist professionals hold an attitude which qualifies as “denial” as concerns the actual situation of the judicial system. This hypothesis is supported by the meager bibliography authored by psychologists related to the subject. This is not in line with our due responsibility as specialists in mental problems, since academia imposes specific nontransferable knowledge which provides a basis for the professional’s economic support (and implies inherent contract concerning rights and obligations, as does any contract).

From this perspective, it is the purpose of this brief presentation to deal with two central and critical subjects that refer to the everyday practice of assistance in psychopathology. These are: Medical history and informed consent.

Key words: professional responsibility, medical history, informed consent, psychological psychiatric praxis.

Introducción

Es objetivo de este artículo exponer respecto de los últimos avances en el marco de mi investigación de tesis doctoral.

Siendo que la Ley es supuesta como conocida por todos, no es de buen pronóstico ante un tribunal, alegar ignorancia frente a una conducta cometida pasible de ser juzgada como culpable de mala praxis (ya sea porque fuese negligente, impericial, imprudente y/o que comprometa la inobservancia de los deberes).

Durante mi formación académica (en la universidad, en la residencia hospitalaria y en los postgrados) note no haber sido expuesto a participar como alumno de materias que dictaran en forma suficiente contenidos específicos respecto a la interacción entre: las expectativas legales y la carrera de psicología aplicada al ámbito asistencial. Las materias que abordaban estas cuestiones lo hacían desde un enfoque ético-filosófico que, más allá de su vigente interés y la valiosa profundidad intelectual con la que enriquecen la naturaleza dilemática del ser humano, poco aportaban sobre cuáles eran las expectativas que los jueces tenían respecto de nuestra práctica como psicólogos en aspectos prácticos y cotidianos de la profesión. Durante mi experiencia profesional (en salas de guardia, ateneos, congresos) tampoco había encontrado en mis colegas psicólogos un conocimiento integral en materia de responsabilidad profesional.

Toda esta situación cobró aún más vigor cuando, a partir de mi trabajo como psicólogo en el Cuerpo Médico Forense, comencé a tener contacto con expedientes caratulados “mala praxis” y en cuyas causas obraban requerimientos que los jueces pedían investigar como puntos periciales respecto a circunstancias investigadas en el curso de asistencias bajo sospecha en el campo de la salud mental.

Todo lo antedicho llevó a plantearme el interrogante de si sería acaso la responsabilidad profesional en la psicología un tema de investigación propicio como para desarrollar a modo de tesis doctoral.

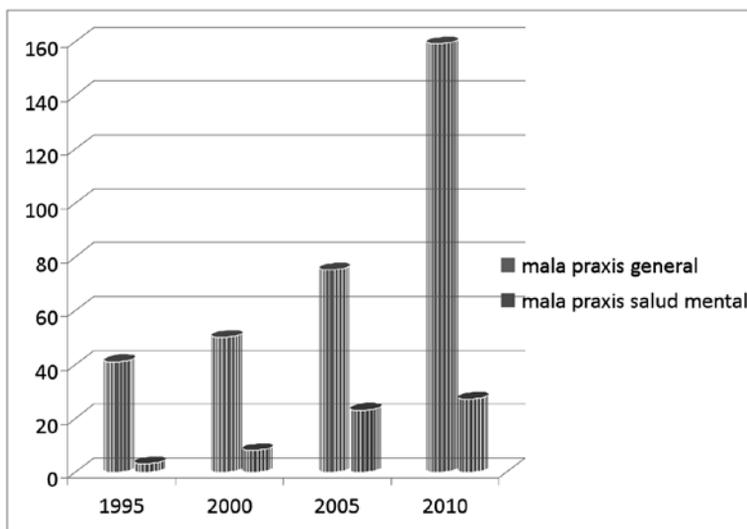
Más allá de mis subjetivas experiencias, debimos en principio dar cuenta fehaciente de si esta información estaba al alcance y simplemente era un aspecto descuidado, o directamente había un vacío bibliográfico respecto al compromiso que debíamos tomar nosotros psicólogos sobre los alcances y limitaciones que nos recae desde un enfoque

legal. Tuvimos pues que comprobar aquello que suponíamos, para ello, como primer medida de abordaje a la investigación, hemos efectuado un sondeo inicial de información en la Biblioteca Nacional de Buenos Aires, en la Biblioteca de la Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (UCES), en la Biblioteca de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA), en la Biblioteca de la Universidad Católica Argentina (UCA), en el buscador de la *American de Psychological Association* (APA) y en la Biblioteca perteneciente a la Corte Suprema de Justicia, sito en el Palacio de Justicia (Talcahuano 550). En dicho relevo, se han utilizado palabras claves y sus respectivas combinaciones en los buscadores tales como: Responsabilidad, Psicología, Derecho en la asistencia, Ley/es, buena/mala praxis, entre otras. De dicha pesquisa, surge que no ha sido posible recabar estudios socavados e integrales en la materia responsabilidad profesional específicos de la psicología, limitándose los mismos, a un formato de artículos científicos (entre los más recientes: Esteban Toro Martínez y Leonardo Ghioldi, “Riesgo grave, cierto e inminente de daño: único fundamento de la indicación interdisciplinaria de internación basada en el peligro para sí o terceros”, *Revista Vertex*, 2010; José María Martínez Ferretti, “Peligrosidad o tratamiento de los enfermos mentales. Reflexiones sobre la historia y la actualidad de los criterios médico-legales de internación en psiquiatría”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 3(10), Mayo de 2010; Ester Cohen, “Genealogía del sujeto peligroso”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 3(10), Mayo de 2010; Esteban Toro Martínez y Leonardo Ghioldi, “Riesgo contra peligrosidad”, *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 3(10), Mayo de 2010; Cecilia Casteluccio, “La responsabilidad en psicoanálisis es ética”, *Del seminario*, 2008; Carlos Gutiérrez, *Revista “Diagnóstico y Responsabilidad” de psicología*, 2007; Alicia Gamondi, “Sobre la responsabilidad de los profesionales de la salud mental ante las estrategias de control social”, *Revista UCES*, 11, 2007; Alfredo Kraut, “La responsabilidad profesional de los psicólogos” y “Mala praxis y la historia clínica electrónica”; Fabián Vítolo, “El contrato de psicoterapia: el psicoanálisis y los confines de la ley”, 2005; Linda Angélica Flores, “Los riesgos de responsabilidad profesional en psicología”, Durán Htal. Civil de Guadalajara, 2002; Eugenio Llamas Pombo, “Responsabilidad médica, culpa y carga de prueba”, 2000), dos trabajos monográficos por Alfredo Kraut: “El contrato de psicoterapia: el psicoanálisis y los confines de la ley”, 2005, “El arte de planificar: paradigmas y ética en salud mental”, PROSAM, 2006 y bibliografía general no específica a la psicología en salud mental, siendo los más actualizados los trabajos de: Alfredo Jorge Mosset Iturraspe y Ricardo Luis Lorenzetti: “Responsabilidad de los profesionales de la salud”, 2003, Mariano N. Castex: “El secreto médico en peritación”, 2003 y Jorge Kraut, autor de *Manual de Psiquiatría Forense en el Derecho Penal*, *Manual de Responsabilidad Civil de los Psiquiatras*, y *Visión Jurisprudencial de la Praxis Médica*, 2000.

A su vez, en el Centro de Investigación y Docencia del Cuerpo Médico Forense se han compulsado antecedentes de fallos judiciales nacionales e internacionales referidos al ejercicio asistencial desde el año 1980 hasta la fecha.

En cuanto al estado del objeto de estudio a nivel internacional, se destaca en Europa el trabajo del francés Alain Garay (“¿Qué derechos tiene el paciente?” y “Derecho Médico”) en Costa Rica los trabajos de Priscila Solano Castillo (“El registro médico como prueba en los juicios de mala praxis”) y de Alexander Rodriguez Campos (“Secreto profesional”) mientras que en los Estados Unidos resulta relevante la investigación de: Karen Strohm Kitchener (“Foundations of Ethical Practice, Research and Teaching in Psychology” 2010 Ed. Lawrence Erlbaum), Kenneth S. Pope - Melba Jean Trinidad Vasquez (“Ethics in psychotherapy and Counselling” Ed. Jossey Bass 2007) y el Código de Ética de la American Psychology Association (Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct with the 2010 Amendments-APA).

Dicha escasez generalizada de producción teórica, ratificó inicialmente nuestra hipótesis acerca de la precariedad global en la materia. Paralelamente, los juicios de mala praxis en salud mental han ido en aumento, tal como lo muestra esta estadística realizada en base a las causas por mala praxis ingresadas en el Cuerpo Médico Forense de la Justicia Nacional:



De lo investigado, no se encontró en la actualidad un compendio donde se trate de manera explícita y en profundidad el tema de la responsabilidad legal profesional de los psicólogos, en cuanto a sus alcances y limitaciones, incluyendo fallos jurisprudenciales actualizados y el conjunto de leyes redactadas al respecto.

La reiterada ausencia de un canal informativa, que de manera fluida y actualizada, comunique a los profesionales psicólogos con las decisiones judiciales, y los a veces

precarios o incompletos contenidos de las materias que suelen intentar abordarlos en la facultad, resultan insuficientes para una formación íntegra del psicólogo en período formación y luego en ejercicio.

Tal deficiencia pone en estado de vulnerabilidad al ejercicio de la psicología y diversos medios de comunicación ya han dado cuenta de esta circunstancia y han publicado artículos respecto de un estado de “vacío legal” en la materia y acerca la ambigüedad reinante para la detección. A esta impresión se le agrega en no menor dato que, en el curso de estos últimos tres años, dos leyes de crucial importancia para nuestra práctica han entrado en vigencia, estas son: La Nueva Ley de Salud Mental n° 26.659 y la Ley de Derechos de los Pacientes y Consentimiento Informado n° 26.529.

Todo lo cual reafirmaría la todavía vigente necesidad de efectivizar el presente plan de investigación.

Para quienes trabajamos en el campo de la salud mental huelga aclarar que, en la actualidad, nos encontramos cursando un período de transición en materia de responsabilidad profesional.

Los juicios de responsabilidad profesional crecen en forma sostenida en la República Argentina en la última década y han modificado, en forma sustancial, el modo en el cual se ejerce la actividad asistencial en el país.

Diferentes estudios y análisis tanto nacionales como foráneos indican que tal incremento corresponde, en términos generales, a una mayor conciencia de los derechos de las personas y como consecuencia a la adquisición progresiva de bienes culturales que naturalmente se han ido dando en la vida de las democracias occidentales y como parte del interjuego que la misma implica.

Efectivamente, desde la posguerra, cuando se redacta y acuerda la Declaración de los Derechos Humanos, la conciencia de los derechos fundamentales de la persona como tal se ha consolidado, aumentando considerablemente.

Consecuentemente, los Estados se han visto obligados a dar respuesta y velar por tales valores. Tal es el caso de los derechos de los consumidores, del medio ambiente o de las minorías. No sorprende, entonces, que los derechos individuales de las personas en relación con el bien salud se encuentren especialmente preservados en las instancias propiamente asistenciales tanto cuanto como jurídicas.

También puede esta transición asociarse con un efecto más de la postmodernidad caracterizada por la hibridización y la descentralidad de los “grandes discursos”.

Acompañado a esta nueva visión de la asistencia, los profesionales psicólogos sostenemos una actitud que podría denominarse de “negación” ante la realidad de los tribunales de justicia actuales. Esta hipótesis esta sostenida en la escasa bibliografía vinculada al tema escrita por psicólogos.

La gran mayoría de psicólogos ignoran hasta que punto pueden mensurar los criterios de riesgo de un paciente, si en tal caso deben actuar o simplemente sugerir la derivación a un profesional psiquiatra desentendiéndose de cuándo conseguirán tal consulta y qué actitud deben tomar frente al paciente de riesgo si hacer la denuncia policial, no hacer nada, redactar certificado, acompañarlo a una guardia. Con alarmante frecuencia menoscaban la responsabilidad que les cabe como especialistas específicos en trastornos mentales, especialización universitaria que les impone un “saber” específico e intransferible y gracias al cual obtienen su sustento económico (lo cual desde luego conforma un contrato tácito con derechos y obligaciones como en cualquier otro contrato).

Inmersos en este marco, es propósito de esta breve exposición abordar dos temas centrales y críticos que surgen de mi investigación en el marco de la tesis doctoral que me encuentro desarrollando en el UCES y atañen a la práctica cotidiana de la asistencia en psicopatología. Estos son: historia clínica y consentimiento informado.

Intentaremos aproximar su definición, su utilidad y conjugarlos con las leyes actuales con el objetivo de plantear dilemas y aproximar una orientación hacia una buena praxis.

Desarrollo

Historia clínica

Definición

Muchos la consideran un **documento**, lo cual significa que según la Real Academia Española es un “escrito en que constan datos fidedignos o susceptibles de ser empleados como tales para probar algo”.

La doctrina también menciona, a la historia clínica como la **herramienta** científica por medio de la cual se correlaciona la sintomatología del paciente con sus antecedentes diagnósticos presuntivos y estrategias terapéuticas, siendo su valor: científico, informativo y probatorio.

El capítulo IV de la Ley n° 26.529 en su artículo 12 la define de la siguiente manera: *“A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud”*.

¿A qué alude su necesidad?

Acerca de su necesidad podemos distinguir tres dimensiones:

Tradicional: En la mayoría de las artes del curar históricamente ha sido requisito indispensable, que en la búsqueda de comprensión de un síntoma y/o enfermedad, resulte necesaria una visión global que comprenda aspectos previos para acercarnos con un **mayor rigor científico** a los aspectos de afección presentes. Asimismo, su uso se extiende para **finés estadísticos** (aplicables a la docencia e investigación), y constituye un elemento fundamental en la **presentación de casos para su estudio en ateneos** que permite a otros profesionales intervinientes o supervisores tomar conocimiento cabal del cuadro. Finalmente y en relación a posteriores reagudizaciones, altas o abandonos, es el registro que **administrativamente** conserva el registro de las reacciones del paciente al tratamiento.

Tal es el fundamento científico que da base a la historia clínica (H.C.) la convierte en un requerimiento ineludible. Desde el punto de vista legal la H.C. es igualmente imprescindible y hace en forma fundamental al derecho de defensa del paciente. La privación del derecho de defensa es una disminución grave e inadmisibles a un derecho humano fundamental y en tanto tal se interpreta la omisión de la H.C.

Judicial: Es requisito que la misma se lleve a cabo a los efectos de poder ser secuestrada acontecida una **instancia judicial**, donde, en caso de sospecharse algún tipo de mala praxis. O bien, puede ser solicitada como complementaria en causas competentes a los distintos fueros (dado que de la misma se podrá otorgar una dimensión longitudinal en las evaluaciones psicológico-forenses que enriquecen el corte transversal de la entrevista pericial).

Moderna: La hemos denominado moderna al progresivo **cambio de paradigma** que vivimos en nuestro tiempo actual que va, de un enfoque paternalista de la enfermedad a la perspectiva garantista que refuerza a los pacientes como sujetos de derechos entre los que se contempla y subraya el derecho a la autonomía. Dentro de este derecho constitucional, se asienta la obligación de que el paciente tenga acceso a la información de su enfermedad, tratamiento y evolución. Entendiendo a la historia clínica como la sede donde se desarrolla dicha fuente de informativa, es que se desprende que la misma debe llevarse a cabo en toda intervención asistencial.

¿A quién le pertenece la historia clínica?

La historia clínica tal como expresamos previamente es un documento público y pertenece a tres entidades que están directamente vinculadas con las razones de su existencia:

1. El paciente. La Ley n° 26.529 (Sobre los derechos del paciente, HC y consentimiento informado) en su Capítulo V, art. 14, anuncia que “*el paciente es el titular*”

de la historia clínica”. En este mismo sentido, la Constitución Nacional en su Art 43 declara: “*Toda persona podrá interponer acción expedita y rápida de amparo (...) para tomar conocimiento de los datos a ella referidos y de su finalidad, que consten en registros o bancos de datos públicos, o los privados destinados a proveer informes, y en caso de falsedad o discriminación, para exigir la supresión, rectificación, confidencialidad o actualización de aquellos*”.

2. A la institución o profesional (de consultorio privado) que la efectúa. La misma Ley (n° 26.529), cap. V, art. 18 establece que “*los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su **guarda y custodia**, asumiendo el carácter de depositarios de aquella, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, sección III, del Título XV del Código Civil, “Del depósito” y normas concordantes*”.
3. Al Poder Judicial. En caso de ser requerida por motivo de una necesidad de fuerza mayor motivado la sospecha de una mala praxis es posible de ser **secuestrada** a pedido del Magistrado interviniente en la causa. El secuestro de una historia clínica podría adquirir el carácter de una medida de investigación (art. 196 Código Procesal Penal) o de diligencia (art. 199 del Código Procesal Penal), tendiente a preservar el material probatorio y posibilitar el justo dictado de la sentencia en el ulterior proceso de conocimiento. En el ámbito de la Justicia Civil, el secuestro de una historia clínica, podría revestir el carácter de analogía respecto de los procesos de conocimientos –diligencias preliminares– enumerados por el Cap. II, art. 323 del Código Procesal Civil y Comercial, razón por la que correspondería admitirlo, para asegurar las medidas de prueba.¹

Confección

Entendemos a la confección de la historia clínica como:

- La instancia crítica a la hora de tratar adecuadamente a un paciente dada posibilidad de plasmar su historicidad.
- El documento idóneo a los efectos de brindar a los asistidos la posibilidad de brindar consentimiento pleno de la totalidad de las medidas dispuestas para su mejor tratamiento.
- La única capaz de demostrar en forma fehaciente las características y condiciones del funcionamiento profesional una vez iniciado el engranaje asistencial.

Antes de adentrarnos en cuestiones específicas y prácticas respecto de la historia clínica, creemos conveniente definir lo que entendemos por esta y destacar aquellos

¹ Fallo de la CNAC, Sala C 25/02/1999 “DM. M.M. c/ Hospital C.A.” (Lex Artis).

motivos que llevaron a considerar la confección y el almacenaje del registro escrito en un requisito indispensable en la asistencia profesional.

Su confección no es instantánea y requiere se atraviesen los siguientes pasos:

1. La recolección de material (datos).
2. La selección significativa de los mismos.
3. La interpretación y/o valoración de los datos.
4. La conclusión, alta, o cierre presuntivo.²

Como es sabido por todos los profesionales que nos dedicamos a la salud mental, muchos de los contenidos de las manifestaciones de los pacientes suelen surgir de su más profunda intimidad, por lo cual hay que tener un especial cuidado acerca del uso que se hace respecto de esa información. Nos encontramos harto frecuentemente en la disyuntiva de incorporar o no ciertas informaciones que puedan desprenderse de las entrevistas, sabiendo que dicha información puede resultar eventualmente afectada de una circulación por profesionales que puedan no haber establecido el mismo contrato de privacidad (ateneos clínicos, interconsultas etc.). Resulta entonces necesario formularnos la incógnita respecto a la temática del secreto y sus limitaciones de exposición.

Resulta subrayable observar, que el Derecho Penal Argentino se refiere a este tema en el art. 156 del Código Penal, el cual expresamente dispone que “será reprimido con multa de pesos mil quinientos a pesos noventa mil e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin **justa causa**”.

La referencia a una “justa causa” que surge de la Ley deja un amplio margen a la interpretación de los magistrados para fundamentar lineamientos que se puedan ofrecer como tales.

Estas cuestiones, eventualmente serán más fáciles de dirimir si previo a una maniobra asistencial se arbitrara un adecuado:

Consentimiento informado

Dicho término se desglosa en la Ley n° 26.529 Dicho término en la actualidad se desglosa en la Ley 26.529 (2009) como “la **declaración de voluntad suficiente** efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, **emitida luego de**

² Seminario “La historia clínica en salud mental”, Lic. Ricardo De Salvo. Publicado por Lex Artis en 2010.

recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados

Y se encuentra, asimismo, comprendido en la Ley de Salud Mental n° 26.657 al enunciar la existencia del “Derecho a ser informado de manera adecuada y comprensible de los derechos que lo asisten, y de todo lo inherente a su salud y tratamiento, según las normas del consentimiento informado” (Cap. IV, art. 7), y declama que “Por principio rige el consentimiento informado para todo tipo de intervenciones (Cap. V, art. 10).

El consentimiento informado debe ser el resultado de un proceso de interacción entre el profesional y el paciente destinado a tomar una decisión clínica.

Ampliando el concepto, se trata de un proceso de comunicación efectiva entre el profesional y el paciente durante el cual el profesional revela, informa lo referente al estado de salud del enfermo, pronóstico, tratamiento, riesgos, consecuencias y resultados esperables de dicha terapéutica y/o tratamientos alternativos.

El concepto de consentimiento informado no es, tal como parece haber sido entendido en algunas instituciones o profesionales, un recurso legal para acotar las responsabilidades legales de los profesionales sino que encuentra su fundamento bioético en la concepción de la autonomía. Autonomía es la concepción del paciente en su plenitud como persona y descarta por completo lo que se consideró la clásica concepción del paciente pasivo, mero receptor de indicaciones asistenciales paternalista y cuya decisión no era tenida en cuenta. En tal sentido *autonomía* –que atendiendo a su etimología (de “autos” –uno mismo– y “nomos”, ley), consiste en tener la ley en uno mismo, o, más precisamente aún, ser uno mismo su ley– implicaría brindar al paciente las condiciones de tomar decisiones terapéuticas por su cuenta, con el correspondiente bagaje de conocimientos para poder hacerlo.

El marco jurídico contractual de la responsabilidad profesional, que compromete a los tratantes de la salud mental, supone obligaciones como la de información y la de obtención del consentimiento del paciente previo al acto terapéutico. La exigencia implica:

- a. Poner en conocimiento del paciente las características de su enfermedad, así como diagnósticos diferenciales que pudieran barajarse.
- b. Las posibles estrategias terapéuticas aceptadas científicamente incluso aquellas que específicamente no conforman al profesional pero que igualmente deben explicarse. Debe posibilitarse a que el mismo pueda recurrir a terapeutas de otras escuelas ya sean enfoques neurobiológicos, sistémicos, psicoanalíticos, cognitivos (entendiéndose por ello las aceptadas por la comunidad académica y científica).
- c. Los efectos adversos o contraindicaciones que puedan surgir de la estrategia recomendada (por ejemplo resistencias que puedan surgir, pasajes al acto en razón de interpretaciones).

Por su parte el paciente, luego de haber sido informado sobre estos aspectos, brindará su consentimiento, es decir, manifestará su voluntad, ya sea en sentido positivo o negativo con relación al tratamiento aconsejado.

Por lo tanto, la doctrina del consentimiento informado encierra el deber de informar que recae sobre los médicos y los psicólogos y de obtener el consentimiento del paciente antes de efectuar un tratamiento. Por otra parte, se subraya el derecho a la autodeterminación de este respecto a la técnica a realizarse en el transcurso del tratamiento, lo cual, no es un mero trámite, sino un **proceso de traspasamiento** de conocimientos, en los términos adecuados al nivel intelectual y cultural del paciente.

Esta necesidad de “avisar” aguardando una aprobación es requerida previamente ante exposiciones “con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición” (Ley n° 26.529, art. 8).

Y es posible de ser eximida su obligación cuando:

- a) mediar grave peligro para la salud pública;
- b) mediar una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales (Ley n° 26.529, art. 9).

Atento al núcleo de teorías heterodoxas y a veces opuestas entre sí que componen la ciencia de la psicología es lamentable que en los psicólogos no se haya creado el hábito de informar a sus pacientes acerca de la técnica a la que ellos responden, ni a las vicisitudes que surgen de sus intervenciones, como así tampoco la posibilidad de contemplar una derivación o bien la complementariedad de dicha terapéutica, como lo sería en el ejemplo clásico de las patologías que requieran de un tratamiento

medicamentoso. Contémplese en este sentido la jurisprudencia en el fallo Cámara Nacional en lo Criminal y Correccional sala IV “T.,J. sobre estafa Int. 4° 14/143”, expte. 18.562 donde procesan a un Psicoanalista (de profesión psiquiatra) por no haber medicado a un paciente con diagnóstico de Trastorno Obsesivo Compulsivo durante diez años de tratamiento no habiendo obtenido ningún progreso con el tratamiento instaurado.

En nuestro país, el tema del consentimiento informado recién ha cobrado un creciente interés en los últimos veinte años, si bien en otros lugares como los Estados Unidos, existe jurisprudencia al respecto desde la década del 50.

En determinados ámbitos académicos se han planteado las dificultades que para determinados dispositivos psicoterapéuticos, tal como el psicoanálisis, podrían darse en relación al consentimiento informado. Tales obstáculos podrían resumirse en la concepción del analista como ubicado en una posición de deseo vacío y que tal opacidad permite el establecimiento de la transferencia sobre cuyo carril se desarrolla todo el tratamiento. Aun cuando tales diferencias puedan ser respetables y adecuadas los profesionales que consideran que tal concepto atenta contra el buen tratamiento no han hecho públicas, por lo menos no en modo suficiente, las razones por las que se oponen o desean modificar las características antedichas del consentimiento informado.

En efecto, no es razonable que las definiciones de la doctrina de responsabilidad profesional sean utilizadas para menoscabar o restringir a algunas de las escuelas que conforman la comunidad científica de la salud mental. En todo caso es de suponer que cada escuela dentro de la profesión, valida sus conceptos en las publicaciones, congresos, cátedras y consultorios en que desarrollan su actividad, en un libre juego en el que los avances de la Ciencia dan fundamento a cada instancia teórica sea dentro del psicoanálisis freudiano clásico, kleiniano o lacaniano, gestálticos, sistémicos o cognitivo-conductuales por mencionar algunas de las más conocidas. Los magistrados podrán tomar en consideración, y es previsible que así lo hagan, variaciones a la doctrina general de la responsabilidad profesional y adecuarla a la filiación teórica que sustenta a un psicólogo, pero solo podrá hacerlo si existe un suficiente sedimento teórico en la forma de artículos, libros u otros medios de discusión académica.

Un breve racconto histórico

Entre los antecedentes legales de la obligación del profesional de obtener el consentimiento del paciente frente a determinadas situaciones se encuentran los que la Medicina se ha dado, podemos citar el Código de Ética y la Ley n° 17.132.

El Código de Ética de la Confederación Argentina, sancionado en 1955, en su artículo 15 establece que: “El médico no hará ninguna operación mutilante (amputación, castración, etc.) sin previa autorización del enfermo, la que se podrá exigir por escrito o

hecha en presencia de testigos hábiles. Se exceptúan los casos en los cuales la indicación surja del estado de los órganos en el momento de la realización del acto quirúrgico o el estado del enfermo no lo permita”, supuestos en los cuales, se consultará con los familiares o representante legal. Según el artículo 17, se seguirá el mismo criterio en todos los casos de terapéuticas riesgosas.

La Ley n° 17.132, que regula el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, en Capital Federal y Territorio de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sud, fue promulgada en el año 1967. En el inciso 3° del artículo 19, dispone que los médicos están obligados a “respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativa de suicidio o delitos” y que para las operaciones mutilantes deben solicitar la conformidad del enfermo por escrito, salvo cuando la gravedad de su estado no admita demoras; si se trata de un incapaz, la conformidad debe ser requerida al representante legal.

Así, queda establecida la obligación de un consentimiento “simple”, ante situaciones especiales.

Es recién en 1977, con la Ley de Transplantes n° 21.541, cuando aparece en nuestra legislación la noción de consentimiento “informado”. Los requisitos aquí estipulados para la información y el consentimiento, fueron ratificados por la Ley n° 24.193, del año 1993, que derogó la n° 21.541. Siguiendo el artículo 13, los profesionales médicos deberán informar a cada paciente y su grupo familiar “de manera suficiente, clara y adaptada a su nivel cultural, sobre los riesgos de la operación de ablación e implante, según sea el caso, sus secuelas físicas y psíquicas, ciertas o posibles, la evolución previsible y las limitaciones resultantes, así como de las posibilidades de mejoría que, verosíblemente, pueden resultar para el receptor.

Luego de asegurarse que el dador y el receptor hayan comprendido el significado de la información suministrada, dejarán a la libre voluntad de cada uno de ellos la decisión que corresponda adoptar. Del cumplimiento de este requisito, de la decisión del dador y del receptor, así como de la opinión médica sobre los mencionados riesgos, secuelas, evolución, limitaciones y mejoría, tanto para el dador como para el receptor, deberá quedar constancia documentada.

De ser incapaz el receptor, o el dador en el caso de trasplante de médula ósea, la información deberá ser dada, además a su representante legal”.

Otra referencia al deber de informar que recae sobre los profesionales, la encontramos en la Ley n° 23.798 sobre la lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), sancionada y promulgada en 1990. El artículo 8 establece que

“los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada”. Asimismo, el Decreto reglamentario de la citada ley (1.244/91), dispone que el equipo tratante “determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de este” (art. 6).

En cuanto a la doctrina y jurisprudencia nacional, existe consenso en que el acto asistencial sobre el cuerpo del paciente, debe ser autorizado voluntariamente o consentido, previamente por este, luego de haber sido adecuadamente informado. Para ello, se estima que la información debe ser clara, simple, precisa y adaptada a las posibilidades de comprensión del paciente. Solo entonces podrá hablarse de un consentimiento válidamente prestado.³

Consentimiento tácito y expreso

El Código Civil establece que los contratos quedan concluidos para producir sus efectos propios, desde que las partes manifiestan su consentimiento (art. 1.140).

Según el artículo 1145, el consentimiento podrá ser expreso o tácito. Será tácito “el que resultara de hechos, o de actos que lo presupongan, o que autoricen a presumirlo, excepto en los casos en que la ley exige una manifestación expresa de la voluntad”.

Esta situación queda ejemplificada con el caso en que el profesional indique un tratamiento y controles posteriores con el propósito de valorar la respuesta al mismo; el hecho que el paciente siga la indicación y concurra a las consultas posteriores hacen presumir un consentimiento tácito al tratamiento, ya que los actos posteriores no se habrían producido si el paciente no lo hubiera consentido previamente.

La declaración de voluntad tácita, también puede estar originada en una presunción de la ley (artículo 920 del Código Civil). En este sentido, el profesional en la salud tiene obligación de actuar ante un paciente inconsciente, alienado mental, lesionado grave por causa de accidentes, tentativa de suicidio o delitos. Ante tales circunstancias, la ley supone que la voluntad del paciente es positiva con relación al acto asistencial.⁴

El consentimiento es expreso, “cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos” (artículo 1145 del Código Civil). A pesar de que las tres formas

³ Bueres, Alberto J. (1992). *Responsabilidad civil de los médicos* (T. I.) (2ª ed.). Buenos Aires: Hamurabi; Lorenzetti, R.L. (1986). *Responsabilidad civil de los médicos*. Buenos Aires: Rubinzal-Culzoni.

⁴ Highton, Elena y Wierzbza, Sandra (1991). *La relación médico-paciente. El consentimiento informado*. Buenos Aires: Ad Hoc.

mencionadas se consideren idóneas **para expresar el consentimiento, solo la escrita resulta más eficaz en tanto medio de prueba en el proceso judicial**; las otras dos están sujetas a comprobaciones menos perfectas como es la declaración hecha por testigos.

Cabe destacar que la obligación de informar, es considerada por algunos como una obligación de resultado, en consecuencia, el profesional deberá acreditar su cumplimiento completo.⁵

Instrumentación del consentimiento informado

Entre las posibilidades de instrumentación del consentimiento informado, nos referiremos a los formularios impresos y las anotaciones hechas por el profesional en la historia clínica.⁶

En cuanto a los formularios, debe tenerse en cuenta que su firma, si bien demuestra que el paciente autorizó determinada práctica médica y que se le brindó información, no siempre refleja un consentimiento válidamente otorgado puesto que este supone **además**, que el paciente **haya comprendido** eficazmente las explicaciones que recibió.

No resulta infrecuente que los profesionales confundan esta forma de instrumentación con el consentimiento informado en sí, cometiendo el error de creer que la información que figura en estos formularios es comprensible por el paciente, sus familiares o representantes legales. Recordemos que, muchas veces, se utiliza un lenguaje estándar que puede requerir un nivel educativo relativamente elevado para su comprensión; que la información puede ser extensa y que suele hacerse referencia a prácticas que merecen información y una autorización particular según los riesgos que conllevan, como es el tiempo del análisis.

Por otra parte, en numerosas instituciones o clínicas psiquiátricas se cae en el error de asimilar la implementación del formulario a un trámite administrativo más, dejando esta tarea a cargo de los empleados del lugar.

En pocas palabras, los formularios impresos pueden resultar útiles en materia probatoria, siempre que no se caiga en el error de creer que pueden reemplazar el proceso previo de comunicación real entre el tratante y el paciente.

Con relación a las notas escritas por el profesional en la historia clínica, tienen la ventaja de estar hechas según el caso individual del paciente, considerándose entonces, que

⁵ Romano, Elizabeth y Gambino, Eugenia (1996). Responsabilidad de los Biotecnólogos; en: Responsabilidad Profesional. En Gherzi, Carlos (Dir.). Buenos Aires: Astrea.

⁶ Highton, Elena y Wierzbza, Sandra. *La relación médico-paciente. El consentimiento informado*, ob. cit., p. 151 y ss.

reflejan mejor el cuidado puesto por el profesional en informar y escuchar al paciente. Estas anotaciones pueden emplearse también como complemento de los formularios. Asimismo, en los casos en que la ley exige la conformidad por escrito del paciente o de sus representantes, los mismos pueden firmar dichas notas.

En cuanto a la instrumentación, la Ley n° 26.529 en su art. 7, específicamente aclara que el “consentimiento informado será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a. Internación
- b. Intervención quirúrgica
- c. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos
- d. Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente
- e. Revocación”.

Situaciones de excepción al consentimiento informado

En el ejercicio de la psicología y la psiquiatría, pueden darse situaciones en que el tratante deba actuar sin que medie un verdadero consentimiento informado.

Una de estas excepciones está dada por las situaciones de urgencia, cuando el informar o recabar el consentimiento del enfermo, importe una dilación tal que ponga en peligro la vida del paciente.

Mosset Iturraspe aclara que las situaciones contempladas dentro del estado de necesidad, están caracterizadas por un **peligro actual, inevitable y no voluntario**, por ende, si fue el profesional quien causó la situación de necesidad por su obrar negligente o por su impericia, no podrá ampararse en esta causa de justificación.⁷

Según la Ley n° 23.277, los profesionales psicólogos deben respetar la voluntad del paciente de no recibir tratamiento o internarse, salvo en los casos de lesionados graves por accidentes, tentativas de suicidio o de delitos, estado de inconciencia o alienación mental (art. 19, inc. 3°).

Por su parte, el paciente puede voluntariamente renunciar a su derecho a prestar un consentimiento informado. Para ser considerada una excepción, el paciente debe saber que tiene derecho a recibir información sobre su estado y el tratamiento propuesto, que puede asentir o rechazar la terapéutica, y que la misma no puede ser llevada a cabo sin su consentimiento.

⁷ Mosset Iturraspe, Jorge (1979). *Responsabilidad Civil del Médico*. Buenos Aires: Astrea.

La obligación del profesional de informar, reconoce también un límite terapéutico que es no colocar al paciente en una situación de angustia que agrave su cuadro.⁸ Este es el llamado “privilegio terapéutico”, cuyo objetivo es no interferir con la capacidad de decisión del paciente a causa de explicaciones que podrían tener un efecto negativo en su evolución. Sin embargo, debe informar correctamente a los familiares del enfermo, evitando así un obrar inconsulto.

La negativa del paciente a recibir tratamiento

¿Qué actitud debe tomar el profesional, cuando la negativa a tratarse implica un verdadero riesgo para la vida del paciente? ¿Es lícito que actúe en contra de la voluntad de este? El respetar tal decisión, ¿puede acarrear responsabilidad por no haber actuado?

Las opiniones con respecto a esta cuestión son controvertidas.

Hay quienes sostienen que si el paciente es capaz y ha sido correctamente informado sobre su diagnóstico, el profesional solo puede respetar su voluntad, aun cuando esta parezca ir en contra de sus propios intereses; agregan que él no puede ir más allá del intento de convencer al paciente para que consienta el tratamiento.⁹

Otros autores, opinan que la voluntad del paciente deberá respetarse siempre que la misma no importe un riesgo grave y cierto, haciendo prevalecer en estos casos las razones de orden público, entre las cuales consideran que se encuentra la salud individual y de la población.¹⁰

Para Bueres,¹¹ el profesional no puede desconocer la voluntad de un paciente lúcido, ni suplirla por una autorización judicial; a pesar de ello, justifica la acción coactiva del profesional si la negativa de aquel configura una forma “larvada” u ostensible de suicidio.

Por su parte, Bustamante Alsina manifiesta que la voluntad sana de la persona, “es el solo árbitro de una intervención en salud, aunque la falta de esta conduzca a su muerte segura”.¹²

⁸ Albanese, Susana y Zuppi, Alberto (1989). *Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial* (T. 1989-B, p. 159.). La Ley. Sec. Doctrina.

⁹ Cifuentes, Santos. *Los derechos personalísimos*; Orgaz, A. *El consentimiento del damnificado*. Citados por Bueres, Alberto (1992). En *Responsabilidad civil de los médicos* (T. I) (2ª ed.). Buenos Aires: Hamurabi.

¹⁰ Yungano, Arturo. Cuestiones civiles. En Yungano, López Bolado, Poggi, Bruno (1992). *Responsabilidad profesional de los médicos* (2ª ed., p. 100). Buenos Aires: Universidad.

¹¹ Bueres, Alberto J. *Responsabilidad civil de los médicos*; ob. cit., p. 240 y ss.

¹² Bustamante Alsina, Jorge (1991). La voluntad de cada uno es el solo árbitro para decidir una intervención en su propio cuerpo (T.1991-B). La Ley.

Consentimiento informado y psicoanálisis

Dentro del paradigma médico el síntoma está tomado como algo a erradicar en inmediatez. Constituye el objeto que permite el diagnóstico y frente al cual hay que combatir para erradicar. La medicina y las técnicas cognitivas conductuales consiguen a veces cierta premura en la efectividad en comparación con otros modelos operacionales en lo concerniente a la remisión inmediata del síntoma aun cuando otras escuelas opongan reparos a la real cura que esto implica.

La particularidad que surge del método del psicoanálisis en comparación con otros modelos terapéuticos está centrada en que el síntoma estaría considerado desde una perspectiva distinta del resto de los otros modelos, hablaremos en este caso de síntoma como **expresión de un conflicto intrapsíquico**, desarrollado en las instancias del aparato psíquico donde solo haciendo conciente los orígenes de dichos conflictos inconscientes el sujeto puede desatar el nudo que sostiene al síntoma. Es decir que el eje de la terapia no estaría focalizada en el síntoma (ya que sostiene que de no existir el mismo, al corto lapso se engendrarían otros que hablen de aquello... donde lo simbólico siga sin tocar lo imaginario).

Sucede que dentro de esta corriente psicológica la herramienta con la que más cuenta el psicoanalista es la transferencia, esta debe ser correctamente utilizada mediante gestos, palabras acto y encuadre para procurar eficacia en el tratamiento. En caso de verse el profesional obligado a dar un consentimiento informado, podrían consolidarse las fantasías de incredulidad con las que puede un paciente llegar a terapia, o en el peor de los casos directamente crearlas, viéndose el mismo dentro de una terapéutica donde pueda considerarse potencialmente peligrosa para sí y de dudosa efectividad.

Esto evidentemente no es augurio de un buen comienzo. Sin embargo esto será así solo en el caso de que se trate de una actitud personal del analista hacia su o sus pacientes. **Si, en cambio** (como ocurre en la medicina), **“el consentimiento informado fuera presentado al paciente como una obligación legal; suministrar y suscribir ese documento no sería otra cosa que el testimonio de que ambos (analista y paciente) están igualados en el sometimiento a la ley que está por encima de ambos y a ambos los abarca por igual”** (según la opinión del Dr. Ricardo Ernesto Riso, Médico Forense de la Justicia Nacional).

Entre las obligaciones emergentes del “contrato”, se encuentra la de informar y obtener el consentimiento del paciente previo al tratamiento psicológico. Resultando un aspecto psicológico legal fundamental y que conserva aristas comprometidas se ha profundizado en su estudio, sus antecedentes y sus aspectos de controversia.

Los profesionales deberían poseer mejor conocimiento de los aspectos legales que implica la doctrina del consentimiento informado: legislación vigente, instrumentación

y medios de prueba en el ámbito procesal, situaciones de excepción al consentimiento informado, causales de justificación, entre otros, con el objetivo de prevenir infortunios judiciales futuros.

Creemos que debe diferenciarse entre tratamientos que implican mayores o menores riesgos, ya que no pueden establecerse normas generales con relación a cuánto o qué debe informar el psicólogo en cada caso en particular. Sin duda que cuanto más riesgos conlleve un tratamiento deberá existir mayor precisión en la información.

En el excepcional caso del psicoanálisis, una de las consignas del tratamiento es la asociación libre por lo que podrían tenerse ciertos resguardos a la hora de tomar un registro, ya que una documentación que exceda los requerimientos básicos (tratamiento – evolución – estado actual) podría impactar negativamente a su tratamiento, o bien, a su intimidad. A los efectos de no acrecentar la incredulidad o el rompimiento transferencial, este solo podría ser pensado si se enmarca al consentimiento como una obligación estatal de la que ni el paciente ni el psicólogo en cuestión están exentos.

Contenidos

Las omisiones y deficiencias de la historia clínica señalan que la atención asistencial no ha podido ser perfecta al no estar informados los profesionales de la evolución de los problemas afrontados por la paciente, se considera que la redacción refleja desde el punto de vista judicial en forma directa la atención brindada.

Datos de identificación del terapeuta y del paciente: Del terapeuta su nombre completo, especialidad y matrícula. Mientras que del paciente datos que puedan resultar útiles tales como, dirección, teléfono, núcleo de convivencia y/o familiar cercano, estado civil, hijos, ocupación, grado de instrucción, etc. Que deben consignarse preferentemente en el primer encuentro asistencial.

Consulta de admisión: Dada la importancia que surge este primer encuentro, es aconsejable que la institución o profesional tenga un formulario que le permita sistematizar aquellos datos que preferentemente deben figurar para una mejor aproximación, entre ellos:

- Historial psicofísico donde figuren; afecciones orgánicas, antecedentes psicológicos, psiquiátricos y/o neurológicos (individuales y familiares), consumo de sustancias psicoactivas, esquema farmacológico, etc.
- Estudio semiológico actual.
- Conducta de enfermedad.
- Malestar subjetivo.
- Motivo de consulta.
- Diagnóstico presuntivo: utilización de criterios diagnósticos unificados desde códigos internacionales CIE 10 o DSM IV.

- Interconsultas a efectuar.
- Modalidad de abordaje a seguir, ejemplo: Psicoterapia (individual; grupal, N° de sesiones; frecuencia; corriente teórica de trabajo).

En las consultas e intervenciones posteriores – siendo el tratamiento una vez instalado– se han de confeccionar:

Fecha y horario: de intervención asistencial.

Semiología actual: Breve descripción.

Diagnóstico presuntivo: se ha de revisar con una frecuencia acorde al caso.

Indicaciones terapéuticas

Tipo de prestaciones efectuadas (psicodiagnóstico, psicoprofilaxis, orientación vocacional, laborterapia, otros).

Otras interconsultas o estudios médicos: Consignándose el resultado de los mismos.

Evolución: seguimiento de los resultados obtenidos; objetivos terapéuticos logrados; modificaciones al diagnóstico o a la terapéutica.

Alta: Descripción acerca de cómo se realizó la finalización del tratamiento, alta, fin de la cobertura, cambio de profesional, abandono, u otros).

Características

Ordenada: Deberá ser foliada, abrochada, con numeración cronológica de las páginas que la componen.

Fechada: Cada intervención no solamente tendrá que aclarar el día mes y año en que se efectúa, sino también el horario, lo cual suele no escribirse. Esto encuentra su fundamento en el hecho de que un paciente puede variar sustancialmente su descripción semiológica en el transcurso de un mismo día.

Precisa: No podrá adoptar un estilo ambiguo en aquellos datos fundamentales. Por tomar un ejemplo, en la compulsión de antecedentes uno no puede simplemente redactar “tuvo otras internaciones psiquiátricas”, sin aclarar el contexto de las mismas y los motivos, la duración, diagnósticos etc. que pudieran ser aportados por el entrevistado.

Compacta: Se sugiere sean evitados los marcados espacios en blanco. Por sospecha que los mismos puedan eventualmente ser pasibles de rellenos y reescrituras.

Certificada: Se prevé que la misma para refrendar su autenticidad, sea suscripta por el mismo profesional quien redacta, aclarando la firma con su nombre completo especialidad y número de matrícula, preferentemente sellado. Así como también implicará mayor seguridad legal el hecho que el paciente, o su tutor legal, pueda periódicamente suscribirla en acto de conformidad con la misma.

Correcta: Los datos volcados deberán ser útiles al objetivo de asistencia.

Legible: Aunque parezca una obviedad mencionarlo, es de los errores más comunes encontrar registros escritos ilegibles que pueden responder a un modismo entrópico de escritura por parte del autor o bien por velocidad y desidia en su confección. Sea el caso que fuere, resulta un buen ejercicio tomarse el tiempo para que su grafía permita una lectura accesible a la colectividad.

Prolija: Deberán intentar evitarse las tachaduras y en caso de sucederse errores en la narrativa, el modo más conducente de proceder, será el de hacer una línea fina sobre aquello que se desea borrar (que permita leer lo que abajo dice) y aclarar arriba su consiguiente corrección, para lo cual se debe evitar escribir sin suficientes espacios entre los renglones ya que esto no permitiría subsanar en forma clara los errores de confección. A su vez, se deberán evitar *liquid papers* o tachaduras gruesas.

Clara: Entendiendo que podrá ser leída por personas no entrenadas en el léxico de la disciplina es que se prevé que la misma evite preciosismos no indispensables.

Minuciosa: Debe intentar dar cuenta del proceso terapéutico sin una narrativa expeditiva. Obviando las abreviaturas que no sean las usuales en el lenguaje profesional.

Completa: El registro no puede ser parcial ni incompleto. Cada intervención asistencial deberá ser fundamentada, contextualizada dentro de un mismo registro.

Archivada: Su custodia es elemento fundamental y corresponde sus cuidados al profesional o institución que la genera.

En caso de tratarse de una **HC electrónica**, cabe mencionar que la Ley 25.529 en su artículo 13, vinculado con la historia clínica informatizada. Refiere: *“El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad. La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y*

designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.” Mientras que en cuanto a la firma electrónica sus fundamentos pueden encontrarse en la Ley de Firma Digital N 25.506 establece como requisitos en su Artículo 14 “que los certificados digitales para ser válidos deben:

a) Ser emitidos por un certificador licenciado por el ente licenciante;

b) Responder a formatos estándares reconocidos internacionalmente, fijados por la autoridad de aplicación, y contener, como mínimo, los datos que permitan:

1. Identificar indubitablemente a su titular y al certificador licenciado que lo emitió, indicando su período de vigencia y los datos que permitan su identificación única;

2. Ser susceptible de verificación respecto de su estado de revocación;

3. Diferenciar claramente la información verificada de la no verificada incluidas en el certificado;

4. Contemplar la información necesaria para la verificación de la firma;

5. Identificar la política de certificación bajo la cual fue emitido.”

Discusión

Más allá de las indiscutibles ventajas que brinda la aplicación del consentimiento informado, al volverse obligatorio esta condición en el campo de la salud mental, no nos resulta difícil imaginar que puedan por ello suscitarse circunstancias críticas donde dicho consentimiento pueda actuar como desencadenante de consecuencias contrarias al tratamiento. Entre ellas el ya mencionado resquebrajamiento del dispositivo transferencial con el pasaje de un vínculo asimétrico a uno simétrico. Sabiendo como antecedente que culturas previas llegaban a curar no solo psiquismos vulnerados sino hasta enfermedades físicas al sostener ese tipo de dinámica asistencial preservando el lugar del “supuesto saber”, fiel sostén de técnicas chamánicas¹³, y de donde proviene la efectividad del “efecto placebo”. Con esto no estamos yendo en contra del derecho a la autonomía, sino simplemente sugiriendo interrogantes, entendiendo que cualquier medida de estado a nivel colectivo presenta vicisitudes y eventuales “efectos adversos”.

Una buena pregunta que podríamos tener a bien formularnos respecto de la reciente Ley 26.529 (de HC y consentimiento informado) es que si bien el consentimiento deberá ser escrito en carácter de excepción, el mismo es obligatorio. No queda claro cómo se podría comprobar judicialmente a modo de prueba legal que el consentimiento fue llevado

¹³ Jodorowsky, Alejandro (1993). *Psicomagia* Buenos Aires: Sudamericana.

a cabo si el mismo fuese confeccionado en forma verbal. ¿Deberá invertirse el modo de efectuar consentimiento y pasar a ser escrito en la mayoría de los casos, siendo verbal por excepción?

Otro de los interrogantes podrá surgir cuando el profesional se encuentre ante aquellas patologías donde no requieren la mediación de un adulto responsable o tutor, ni cumplan con los criterios de “riesgo cierto e inminente” (Ley 26.657) para efectivizar una internación contra su voluntad. Bien podríamos imaginar el ejemplo de un paciente portador de un Trastorno paranoide de la personalidad (DSM IV), que no teniendo un juicio netamente desviado, sí presente un patrón condicionado de pensamiento signado por la suspicacia y la ansiedad persecutoria. Pues bien, imaginémosnos tener la obligación de solicitarle a este paciente que nos firme que la medicación recetada o el esquema de terapia psicológica responde a ser portador de un “trastorno paranoide”. Siendo que su caracteropatía se define justamente en proyectar en otros su propia interpretación del pensamiento ¿Acaso no estemos agravando sus síntomas? ¿Acaso puede que este paciente no quiera volver a atenderse?

Es imperioso destacar la diferencia que salud mental posee respecto de otras áreas de la Salud general. Esta diferencia, radica mayormente en el hecho que dentro de su población atencional de pacientes existe una franja extensa de diagnósticos psicopatológicos cuya característica principal del cuadro es la no conciencia de enfermedad, lo denominado comúnmente en el egosistónico (lo que hace mención a la particularidad de un sujeto de “*estar en sintonía con el síntoma*”). Lo cual deberá tenerse en cuenta a la hora de reglamentar leyes referidas al plano asistencial de la profesión, como también formar parte como variable indispensable a la hora de formular ecuaciones éticamente integrales en el plano de lo judicial-asistencial.

Conclusiones

De lo expuesto puede desprenderse que la H.C. es el documento **angular** por excelencia a la hora de dar fehacientemente cuenta de la forma en que se desarrolló la asistencia en el caso eventual de un juicio por mala praxis, siendo, el secuestro de la misma por parte de los magistrados, un procedimiento judicial prácticamente rutinario.

Reuniendo los conceptos desglosados en la doctrina, la jurisprudencia y las leyes, es que a los efectos de prevenir en una práctica irresponsable del tratamiento psicológico-psiquiátrico puede resultar diligente, que a la hora de su confección presente los siguientes contenidos y características:

Hegel describía la evolución de los paradigmas en un avance dialéctico comprendido por tres momentos secuenciales: tesis, antítesis, síntesis. Puede que los interrogantes planteados ut supra –y cuantísimos más surjan en el lector– puedan ser resueltos en una tercer fase integradora hacia la cual estaríamos encaminándonos. Para ello es preciso

disponer de dispositivos de discusión asistencial, tales como clases especiales, ateneos, congresos, así como también, gestionar una participación activa en Instituciones afines a nuestra especialidad con el firme objetivo de acercar a quienes son integrantes y responsables del Poder Legislativo, fundamentos de eventuales procedimientos que en forma consensuada surjan de nuestros ámbitos de encuentro y discusión.

Pasando en limpio, de lo expresado anteriormente queda en evidencia que el paciente ha pasado a ocupar el lugar de titular de la historia clínica. Se deduce también, la expresa necesidad de que cada tratante deba aportar –asentando en la historia clínica de modo prolijo, coherente, preciso y ordenado– la evolución, el tipo de tratamiento que efectúa y el estado actual de un determinado paciente ya sea internado o en tratamiento ambulatorio dentro de las instituciones en donde ejerza. Siendo obligatorio también, que cada acto –con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria– requiera el previo consentimiento informado del paciente.

Asimismo, deberá controlar que sus evoluciones se encuentren dentro de una articulada coherencia con la evoluciones de otros profesionales tratantes, así como, de otros registros como el *report* de enfermería, libro de guardia y demás asientos. Toda incoherencia no subsanada podrá con facilidad ser interpretada como negligencia, disfunción del equipo tratante o falta de comunicación.

Incluso en un ámbito de consultorio particular, el profesional deberá llevar una historia clínica de cada uno de sus pacientes donde se registren los datos, tratamiento evolución y estado actual de dicho paciente, ya que dichos datos pueden ser solicitados por la Justicia en determinados casos y el no contar con ellos puede exponer al profesional a una situación comprometida judicialmente.

Es de destacar que, en el ámbito de los tratamientos en salud mental, los secretos más íntimos del paciente son puestos en consideración.

Según el concepto de que la H.C. refleja el acontecer del paciente estos secretos estarían allí transcritos y mas allá de los resguardos a que una H.C. debiera estar sometida, con frecuencia, este documento circula sea por otros servicios –en ocasión de interconsulta del paciente– o por diferentes empleados que pueden no sentirse tan ceñidos al secreto profesional. Resulta, entonces, problemática la ecuación de derecho a la intimidad vs. la correcta redacción de la H.C.

En algunas instituciones asistenciales estadounidenses se ha optado por la elaboración de una segunda historia clínica que lleva el nombre de *Personal Report*, la que cuenta con aquella información que compromete a la intimidad más allá los requerimientos básicos de la H.C., teniendo por objetivo, que estos registros se consideren excluidos de la normativa general de las H.C. y su develamiento en sede judicial.

En resumen, la historia clínica es un derecho del paciente y un documento público infaltable en un esquema terapéutico, siendo el consentimiento informado, un elemento asistencial destinado al resguardo del derecho a la autonomía, que al día de hoy ha adoptado un carácter de obligatoriedad.

Espero, con el curso de mi investigación, poder seguir abrevando en forma coherente tres fuentes informativas: corpus legal, jurisprudencia y bibliografía actualizada de referencia, con el objetivo de arbitrar los medios que, en el ejercicio de la psicología en el terreno asistencial, permitan orientarnos hacia una posible buena praxis profesional.

Fecha de recepción: 1/04/12
Fecha de aceptación: 22/05/12