

## La importancia de la historia clínica en los juicios por mala praxis médica

### I. Concepto e importancia

Si bien es cierto que el contrato de prestaciones médicas es de forma libre o no formal <sup>1</sup> también es realidad que por lo general es de tracto sucesivo. Precisamente, el desarrollo de la vida de dicho contrato se refleja en un documento que se irá completando a lo largo del proceso de atención médica, y como tal servirá para identificar en un futuro la calidad de dichos servicios, y muy particularmente se convertirá en una herramienta probatoria de singular importancia a la hora de determinar responsabilidades civiles, penales o administrativas. En lo inmediato, su importancia viene dada porque asegura una adecuada prestación de servicios, sirviendo como guía a los profesionales intervinientes.

Es así que se insiste en el carácter de tracto sucesivo de la prestación médica, y admitido ese carácter de continuidad, cuando sea necesaria su reanudación, bastará con una consulta rápida a la historia clínica, al contenerse en ella todos los datos de interés del paciente. “En definitiva, la historia clínica, además de constituir un importante complemento del deber de informar, posee un indudable carácter instrumental respecto a la prestación de asistencia médica”.<sup>2</sup>

Ese documento del que venimos hablando —que en realidad se trata de una documentación compleja, pues está compuesto por diversos elementos o partes—, es la historia clínica, y reviste cada vez mayor importancia debido a los cambios operados en el ejercicio de la medicina tal como se ha visto en capítulos anteriores. Es que el respeto cada vez más exigido de la autonomía del paciente, abandonando las viejas formas paternalistas, exige la realización de una medicina documentada, y es precisamente la historia clínica, la mejor instrumentación del actuar profesional. Es por ello que se ha afirmado que “en íntima relación con el deber de informar, la historia clínica constituye un documento de gran trascendencia a efectos probatorios, puesto que en él se refleja todo lo relativo a la enfermedad del paciente”.<sup>3</sup>

La historia clínica ha sido definida como “la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos, tanto anteriores, personales y familiares, como actuales, relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual”<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Ver BUERES, Alberto J., “Responsabilidad civil de los médicos”, t. 1 p. 162, Ed. Hammurabi, 2ª ed., 1992. Como bien aclara el profesor Bueres, ello es sin perjuicio de las exigencias que la ley establezca en determinadas circunstancias para la prueba del mismo.

<sup>2</sup> Amelia SÁNCHEZ GÓMEZ “Contrato de Servicios Médicos y Contrato de Servicios Hospitalarios” Edit. Tecnos, Madrid 1998, pág. 89.

<sup>3</sup> Amelia SÁNCHEZ GÓMEZ “Contrato de Servicios médicos y contrato de servicios hospitalarios” Edit. Tecnos, Madrid 1998, pág. 89.

<sup>4</sup> Diccionario terminológico de Ciencias Médicas Ed. Salvat S.A. Décima edición 1968 Barcelona.

Por nuestra parte juzgamos que tal definición resulta insuficiente pues en el citado documento, obran o deben obrar no sólo los antecedentes del paciente y su estado actual, sino también la ficha de anamnesis, los estudios ordenados y realizados, el diagnóstico, la terapia o tratamientos a aplicar, la evolución del paciente y los resultados logrados, la medicación suministrada; en caso de cirugía, el correspondiente protocolo quirúrgico donde deberá constar detalladamente la integración del equipo médico interviniente, el parte anestésico, los estudios complementarios, la ubicación del paciente dentro del establecimiento asistencial, el personal médico y paramédico que lo ha atendido, etc. Es decir todos los datos que de una manera precisa y completa detallan el servicio médico y auxiliar suministrado.

Por ello resulta más acertada la definición que brinda el punto número 8 de la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, del Plan de Humanización de Hospitales del Insalud (España) según el cual la historia clínica es la información realizada por escrito de todo el proceso médico del paciente, incluyendo las pruebas realizadas en el mismo.

En el Derecho Uruguayo, se ha dicho que la historia clínica “...se trata de un documento en tanto representa en forma permanente un hecho que era presente al confeccionarlo (en este caso, una sucesión de hechos), y que por ello adquiere significación probatoria. Específicamente, este documento contiene una declaración de ciencia, en cuanto consiste en la representación de lo que se sabe o conoce respecto al estado del enfermo y a las medidas que se tomaron para atenderlo...”.<sup>5</sup>

Esta documentación ha sido considerada por Fernández Costales como absolutamente necesaria, e insiste sobre todo en que se desarrolle por escrito, a lo largo de las fases en que se desarrolla el contrato de servicios médicos, ya que proporciona una mayor seriedad y seguridad científica, evitando posibles negligencias de acción u omisión. “Esta documentación debe realizarse desde el mismo momento del contacto personal del médico y del paciente”<sup>6</sup>

En base a ello, se ha dicho que el carácter completo y permanente de la historia clínica de un paciente es en la medicina moderna una condición de calidad de los cuidados médicos o de la correcta asistencia facultativa<sup>7</sup>.

---

Parecido concepto brinda, SANCHEZ, Osvaldo, “Proyección de la historia clínica”, Zeus, Boletín del 22/7/94.

<sup>5</sup> Sentencia N° 8 del 18 de marzo de 1991 Juzgado Civil N° 23 de Montevideo, citado por Dora ZAFIR y Beatriz VENTURINI en “Responsabilidad médica en el mercosur” Fundación de Cultura Universitaria, Montevideo, 1997, pág. 245.

<sup>6</sup> FERNANDEZ COSTALES, Javier, “El contrato de servicios médicos”, p. 196, Ed. Civitas, Madrid, 1988.

<sup>7</sup> RYCKMANS y MEERT-VAN DE PUT, “Le droits et les obligations des medecins”, p. 175,

Gherzi también pone el acento en la importancia de la instrumentación de las distintas secuencias médicas en la vida del paciente por su trascendencia para juzgar la responsabilidad por daños producidos en el enfermo, y sobre todo para darnos la clave en la relación de causalidad<sup>8</sup>.

Por su parte, Andorno ha manifestado lo siguiente en un comentario a fallo “Resulta de interés recordar que indudablemente, la instrumentación de las distintas secuencias médicas en la vida del paciente es de una importancia trascendente para juzgar la responsabilidad de daños producidos al enfermo, ya que puede darnos la clave de la mencionada relación de causalidad. De allí por tanto el valor que tiene en esta materia la denominada historia clínica”<sup>9</sup>.

No obstante la importancia que tiene este documento, en nuestro país “no existen parámetros legales para la confección de las historias clínicas”<sup>10</sup>

En nuestro medio, y desde la ciencia jurídica, han prestado especial atención al tema de la historia clínica Albanese y Zuppi, quienes manifiestan que el derecho a la información que tienen los pacientes significa que éstos tienen derecho a consultar su historia clínica para comprobar la realización del tratamiento<sup>11</sup>. Para los autores citados, el deber de los médicos de llevar la historia clínica se justifica no sólo con fines terapéuticos, sino también como elemento fundamental en la medicina informada, pues permite a la parte damnificada por un error médico, recurrir a las informaciones que el profesional ha debido documentar, pudiendo concurrir así a los tribunales en pie de igualdad.

En este sentido, la jurisprudencia tiene dicho que “las anotaciones que los profesionales médicos hacen en la historia clínica no son tareas administrativas sino de índole profesional que, como tales, deben ser realizadas con rigor, precisión y

---

Bruselas, 1971.

<sup>8</sup> GHERSI, Carlos A., “Responsabilidad por prestación médico asistencial”, p. 97, Ed. Hammurabi, 1987.

<sup>9</sup> ANDORNO, Luis O., “Responsabilidad civil médica. Deber de los facultativos. Valor de las presunciones judiciales. Responsabilidad de las clínicas y establecimientos médicos”, JA, 1990-II-76.

<sup>10</sup> Fernando G. MARIONA y Esteban SANDOVAL LUQUE “Breves Reflexiones sobre la historia clínica” en Jurisprudencia Argentina, semanario del 8 de julio de 1998.

<sup>11</sup> ALBANESE, Susana y ZUPPI, Alberto L., “Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial”, LA LEY, 1989-B, 754. Ver también ALBANESE, Susana, “Relación médico paciente: “El derecho a informar y el acceso a la historia clínica”, LA LEY, 1990-E, 248 y de la misma autora “Relación médico paciente: el derecho a informar y el acceso a la historia clínica 2º parte”, LA LEY, 1991-D, 114.

minucia, pues de ello depende el correcto seguimiento de la evolución del paciente, que es visitado por diversos profesionales que adecuan su tarea a la evolución consignada. Por ello, un error o una omisión puede derivar en consecuencias graves y hasta fatales”<sup>12</sup>

En cuanto al contenido de la historia clínica, dicen que está generalmente integrada por lo que se denomina resultados experimentales, tales como los análisis clínicos, radiografías, resultados de laboratorio, etc., así como los informes escritos o magnetofónicos que constituyen lo que se llama el diagnóstico clínico y la terapéutica<sup>13</sup>.

Sobre el contenido de la historia clínica, la jurisprudencia ha dicho que “la historia clínica no es el simple relato, la decisión de una enfermedad aislada; comprende además el comentario, las consideraciones del médico al terminar de analizar el enfermo y valorar los datos recogidos según su criterio; debe ser clara, precisa, completa y metódicamente realizada. Y su confección incompleta constituye presunción en contra de la pretensión eximitoria del profesional”<sup>14</sup>.

Por nuestra parte, en diversas oportunidades que hemos tenido de disertar sobre estos temas frente a profesionales del arte de curar, hemos aconsejado que se utilice la historia clínica para dejar debidamente documentada toda la información — al menos la más importante— que se dé al paciente. De esta manera, y por escrito quedaría constancia del cumplimiento del deber de informar tal como se ha explicado en capítulos anteriores. Asimismo y para mayor tranquilidad en cuanto a la prueba, se debe pedir al paciente que estampe su firma y que por escrito dé su consentimiento en los casos requeridos por ley o que lo aconseje la buena práctica médica. Todo ello en documentación que formará parte de la historia clínica.

Incluso si existe información que a criterio de los médicos y por distintas razones deba ser ocultada<sup>15</sup> al paciente, también es aconsejable dejar constancia del

---

<sup>12</sup> Cam. Nac. Civil, Sala I, 19 de febrero de 1997 “L.L. c/ Municipalidad de Buenos Aires” – publicado en La Ley, diario del 7 de mayo de 1998 con nota de Roberto A. VÁZQUEZ FERREYRA titulada “Importancia de la historia clínica en la responsabilidad civil médica”. Puede verse también en Jurisprudencia Argentina, semanario del 4 de marzo de 1998.

<sup>13</sup> ALBANESE, Susana y ZUPPI, Alberto, “Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial”, LA LEY, 1989-B, 761. Más adelante en este trabajo, exponen que “el objeto de llevar la historia clínica tiene dos explicaciones principales: a) la más importante y evidente es la de llevar registro del diagnóstico y del tratamiento y que permitirá constatar los errores o desaciertos médicos como prueba. Dentro de esta explicación podemos agregar la función de consulta de otros profesionales que participen en el tratamiento o de los futuros médicos que pueda consultar el paciente y b) por razones administrativas o fiscales”.

<sup>14</sup> CCivil y Com. San Nicolás, 24/3/94 en autos “Romang Ciuza, Ramona c. G., L.”, JA, semanario del 15/3/95.

<sup>15</sup> En cuanto a la información que se debe dar y la que es posible retener ver BUERES, Alberto J., “Responsabilidad civil de los médicos”, t. 2, p. 204 y sigtes., 2ª ed., Ed. Hammurabi, 1992. Relata

motivo de tal proceder.

Un médico que se ha dedicado a analizar la historia clínica, la califica como el ABC del acto médico. Este profesional, entre otros consejos, señala que “la confección misma de la historia clínica es muy importante, pues hay que tener en cuenta que otras personas que acceden a este documento, no son médicos, más aún quien finalmente dictaminará, en una controversia o investigación penal, es precisamente una persona no médica, por lo tanto es necesario que, tengamos presente la posibilidad real del impacto subjetivo que causará a dichas personas, quienes aún inconscientemente harán un primer juzgamiento *a priori* de la posible personalidad de quienes hayan intervenido en su confección, sin que eso signifique que sean grafólogos eruditos, cuando se observa cualquier manuscrito sucede así, no sólo por las formas grafológicas sino por el tipo de redacción, la sintaxis, etc., se forma ineludiblemente una personalidad del autor sea finalmente cierta o no, pero que contribuye a inclinar la balanza en uno u otro sentido”<sup>16</sup>.

En el mismo trabajo citado en la nota anterior se lee: “Qué importante es tomar en cuenta respecto de la enfermedad actual el recuento minucioso y detallado de todo lo que surge de ello,...cuántas veces no pocos profesionales se lamentaron omitir ciertos detalles que en su oportunidad los minimizó o no les dio la importancia necesaria. Ejemplificando no es lo mismo una enfermedad que comenzó el mismo día de la confección de la historia clínica que otra que comenzara 30 días antes, como ocurre en los casos de síndrome febril prolongado por ejemplo donde seguramente ya hayan intervenido otros profesionales, a los que también les correspondería ser partícipes de lo que se llama responsabilidad médica ... No está demás referirse al párrafo de antecedentes y señalar todos y cada uno de ellos, ya sean los personales, hereditarios o patológicos. Hay que recordar siempre que: Lo que no se anota se da por obvio (es peor ya que constituye una omisión)...En cuanto al examen semiológico, cuando más experto se hace uno, más valora lo que nuestros profesores en su oportunidad nos imponían: El minucioso, ordenado y detallado paso (transcripción) del prolijo examen anotando aun los valores o parámetros que se encuentran dentro de límites fisiológicos normales. Siempre ejemplificando; si se trata de un paciente cuya enfermedad de base es la hipertensión arterial, aunque en el momento del examen esté normotenso y no se anote esta circunstancia y el óbito (circunstancia posterior) sea consecuencia de un A.C.V., seguramente el juez inferirá que hubo omisión en el mejor de los casos...Imaginemos que si de anotar lo menos posible se tratara, sería mejor no confeccionar la historia clínica. Con ello erróneamente estamos siguiendo el consejo de legos que sostienen que escribir menos es sinónimo de errar menos, sin que ello signifique extralimitarse en divagar que ello sí puede entrañar en aumentar el riesgo

---

Bueres v.gr. que en nuestro medio al igual que en Francia, entre otros países, se oculta legítimamente al enfermo la información referida a un mal incurable que él pueda padecer.

<sup>16</sup> DE LA VEGA, Enrique, “La historia clínica”: El ABC del acto médico”, Revista del Colegio Médico de Rosario, N° 45, mayo de 1993.

del tema en cuestión...Es casi condición *sine quanon* hacer mayor énfasis en el aparato o sistema que se encuentre en estrecha relación con el diagnóstico presuntivo, con el auxilio indispensable del especialista correspondiente, no sin antes marcar puntualmente los síntomas y signos positivos que merecieron consideración para su llamado a interconsulta, además debe consignarse en la historia clínica, el pedido éste y la vía de su notificación a quien correspondiere aunque lleve el hecho de perder 30 segundos más, que finalmente será una segura ganancia”<sup>17</sup> .

Una buena prueba de la necesidad de anotar todos los datos posibles en la historia clínica, aun los que reflejan estados normales, lo constituye un fallo de la sala F de la C.N. Civil, con voto del doctor Gustavo Bossert. En el caso se trataba de una niña que nació prematura estando internada cinco días en un hospital público, siendo derivada con posterioridad a una clínica privada donde estuvo 53 días. En ambos centros asistenciales permaneció en incubadora, recibiendo en todo momento oxígeno para facilitar su respiración.

Al poco tiempo de externada se comprobó que la pequeña tenía una ceguera irreversible. La causa de la ceguera sin lugar a dudas obedecía a un exceso en el nivel de oxígeno en la sangre de la niña. Indudablemente esa dosis extra de oxígeno había sido recibida mientras estaba en la incubadora de alguno de los dos centros asistenciales (o de ambos).

Como no se pudo determinar en cuál de los dos nosocomios se había cometido el error al suministrar oxígeno en demasía, el tribunal condenó a ambos en forma solidaria. Y el fundamento para llegar a esa doble condena pasa por la confección insuficiente de las historias clínicas. Así es que se lee en el fallo: “Por cierto, en autos no tenemos una demostración acabada de cuál fue el momento en el que el oxígeno fue suministrado en proporción indebida. Las historias clínicas de ambos hospitales demuestran que el control de presencia de oxígeno en sangre no sólo no fue constante sino que tampoco se practicó durante todos los días en que se realizó dicho suministro...De manera que lo decisivo aquí, para imputar responsabilidad a los nosocomios, es que no hubo control con la frecuencia indispensable respecto del nivel de oxígeno en sangre, para evitar que ese exceso produjera lo que en definitiva produjo. Ello surge, repito, de las historias clínicas”<sup>18</sup>. Como se puede apreciar, distinta hubiera sido la solución si en la historia clínica de alguno de los centros de salud se hubiera dejado constancia del control del nivel de oxígeno, aun cuando se hubiera tratado de valores normales. La falta de todo dato al respecto permitió inferir al tribunal —con acierto— que no había existido control alguno.

## II. Plazo de conservación, titularidad y acceso a la historia clínica

---

<sup>17</sup> DE LA VEGA, Enrique, “La historia clínica: El ABC del acto médico”, op. citado.

<sup>18</sup> CNCiv., sala F, 16/9/93 en autos “Ramírez, Ramón c. O.S.P.A.G.”, JA, semanario del 1/6/94.

Respecto al plazo de conservación de las historias clínicas existe una resolución de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación de fecha 11 de setiembre de 1986.

El origen de dicha resolución lo constituye un oficio judicial librado en el incidente correspondiente a la subasta de una clínica que había sido declarada en quiebra. En esta resolución se fijó un plazo de quince años. Por considerarla de importancia transcribimos la citada resolución:

*Nº 648/86.— Buenos Aires, 11 de setiembre de 1986.*

*Visto el trámite interno Nº 2020-505.050/86-4; y*

*Considerando:*

*Que por las citadas actuaciones tramita el oficio librado en los autos “Clínica Marini S.A. s/ quiebra s/ incidente de subasta de bien inmueble” del trámite del Juzgado Nacional de primera instancia en lo Comercial Nº 22, a cargo del doctor Rómulo E. Di Iorio, Secretaría Nº 44 del doctor Roca, en el que solicitara informe sobre las disposiciones vigentes acerca del destino a darse a las historias clínicas y demás documentación anexa que se encuentra en el referido establecimiento.*

*Que a raíz del citado requerimiento la Dirección de Asuntos Jurídicos propició mediante Dictamen Nº 2285/86, el dictado de una norma complementaria de la resolución secretarial Nº 2385/80, por la que se determina durante el lapso que deberán conservarse las historias clínicas de los distintos establecimientos asistenciales privados, habilitados en cumplimiento de la citada resolución.*

*Que asimismo corresponde disponer el destino a darse a la citada documentación en los casos en que, como el presente, cesa la actividad de un establecimiento asistencial.*

*Que se actúa en virtud de las facultades conferidas por el art. 2 del dec. 6216/67, que aprueba la reglamentación de la ley 17.132 (Adla, XXVII-B, 1862; XXVIIA, 44).*

*Por ello: El Secretario de Salud, resuelve:*

*Art. 1º — Fíjase un plazo de 15 años, para la conservación de las historias clínicas en los distintos establecimientos asistenciales privados autorizados por la autoridad sanitaria nacional.*

*Art. 2º — En los casos que cese la actividad de un consultorio o establecimiento asistencial privado, las historias clínicas correspondientes a pacientes con cobertura social, deberán ser remitidas a los respectivos entes de obra social y las de los demás pacientes a esta Secretaría, facultándose a la Subsecretaría de Regulación y Control*

*a determinar en cada caso el destino y lugar de guarda de las historias clínicas.*

*Art. 3° — Facúltase al Subsecretario de Regulación y Control para autorizar el archivo de las historias clínicas por sistema de computación, microfilms o similares, siempre que los mismos garanticen la inalterabilidad de sus datos.*

*Art. 4° — Regístrese, comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial, cumplido, archívese.*

La resolución transcrita que lleva el número 648 de fecha 11 de setiembre de 1986 fue publicada en el Boletín Oficial del 28 de octubre de 1986.

Como lo dice la misma resolución, su aplicación abarca a los establecimientos asistenciales privados autorizados por la autoridad sanitaria nacional. Por ello, en los diversos ámbitos provinciales no tiene eficacia, por lo que habrá que estar a la regulación local. En caso de no existir regulación en el ámbito provincial respectivo, consideramos que esta resolución puede ser aplicada analógicamente. En el peor de los casos, estimamos que como mínimo la historia clínica debe ser conservada por diez años por tratarse del plazo de prescripción para las acciones por responsabilidad contractual.

En un precedente judicial, y con referencia al parte anestésico, se sostuvo que “Dado que por expresa disposición legal los hospitales y establecimientos asistenciales privados están obligados a custodiar el parte anestésico (art. 22, ley 17.132) y tienen la carga de aportarlo al expediente, a fin de dilucidar la verdad de los hechos (art. 388 Cód. Procesal), la falta de tal elemento de prueba justifica hacerlos responsables de los daños experimentado por los actores”.<sup>19</sup>

Respecto a la propiedad de las historias clínicas, se trata de una cuestión de difícil solución, pues sobre ella tienen derechos el ente asistencial, el médico tratante y también el paciente.

En el derecho comparado, por lo general no se reconoce a los pacientes el derecho de propiedad sobre su historia clínica, la que corresponde al médico o establecimiento asistencial. Sin perjuicio de ello, es pacífica la opinión que reconoce al paciente el derecho a conocer el contenido de la misma, es decir el libre acceso a su historia clínica<sup>20</sup>.

Tal derecho del paciente no podría jamás ser desconocido pues tratándose de datos que hacen a su salud, guardan estrecha vinculación con el derecho a la intimidad por lo que juega aquí un rol fundamental toda la elaboración jurídica formulada

<sup>19</sup> Cam. Nac. Civ. Sala H, 18 de setiembre de 1996, “G.E. de L. C/ Obra Social del Personal de la Industria del Calzado y otro”, La Ley, diario del 11 de junio de 1997.-

<sup>20</sup> ALBANESE, Susana y ZUPPI, Alberto L., “Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial”, LA LEY, 1989-B, 763.



alrededor de este derecho de la personalidad, en especial, el derecho de acceso a la información que corresponda a los datos íntimos, en este caso del paciente. Al respecto son de especial atención las conclusiones de la Comisión N° 1 de las IX Jornadas Nacionales de Derecho Civil celebradas en 1983 en Mar del Plata, y las de la Comisión N° 1 del Primer Congreso Internacional de Derecho de Daños celebrado en Buenos Aires en 1989 en homenaje al profesor doctor Jorge Mosset Iturraspe.

Se trata en síntesis del derecho a la autodeterminación informativa, el que es fruto de la reflexión doctrinal y de las elaboraciones jurisprudenciales que se han producido en el derecho nacional y comparado en relación con el control, por parte del sujeto afectado, sobre las informaciones que se refieren a su persona o a su familia. Este derecho a la autodeterminación informativa se construye a partir del derecho a la intimidad y ha dado lugar a nuevas instituciones tales como el “*habeas data*”<sup>21</sup>.

Recordamos que en la actualidad la figura del hábeas data se encuentra expresamente reconocida en el art. 43 de la Constitución Nacional. A nuestro criterio, esta nueva figura constitucional tiene plena eficacia para lograr el acceso a una historia clínica<sup>22</sup>.

Generalmente, los pacientes no tienen libre acceso a la historia clínica, pues los establecimientos asistenciales y los profesionales de la salud no son muy adictos a permitir la lectura de estos documentos por parte de los enfermos. Por ello, es común que toda cuestión relativa al enjuiciamiento de una prestación médica —y muy especialmente en las causas por mala práctica— comience con una medida de aseguramiento de prueba consistente en el secuestro de la historia clínica.

Peyrano considera que la historia clínica tradicional tiene naturaleza de documento por lo que le son aplicables las normas relativas a la prueba documental. Aclara el autor citado que es perfectamente posible realizar un aseguramiento de prueba de la historia clínica, aun antes de promovido el juicio, pero en tal caso “lo arreglado a derecho está conformado por la obtención de las copias respectivas, dejando en su lugar a la historia clínica comprometida. Dichas copias deberán ser certificadas por el funcionario judicial interviniente”<sup>23</sup>.

---

<sup>21</sup> Ver el desarrollo in extenso en la obra de MURILLO, Pablo Lucas, “El derecho a la autodeterminación informativa”, Ed. Tecnos, Madrid, 1990.

<sup>22</sup> Tenemos referencia de que la sala F de la CNCiv., en autos “Bianchi de Suárez c. Sanatorio” en fecha 6/7/95 ha considerado improcedente al hábeas data para acceder a los datos consignados en una historia clínica. Como no hemos podido leer el fallo, nos reservamos nuestra opinión. Peyrano, Jorge considera viable la utilización del hábeas data para tomar conocimiento de los datos consignados en una historia clínica. Aseguramiento cautelar de las historias clínicas en Jurisprudencia Santafesina, N° 14, noviembre de 1994, p. 159 y sigtes. Por nuestra parte coincidimos con Peyrano.

<sup>23</sup> PEYRANO, Jorge W., “Aseguramiento cautelar de las historias clínicas”, Jurisprudencia Santafesina”, N° 14, p. 159 y siguientes.

Nosotros pensamos que esta solución muchas veces resulta insuficiente pues cuando el paciente tiene acceso a la historia clínica, ésta puede haber sido fruto de algún cambio tendiente a favorecer la situación de la clínica o del médico. Además exige al paciente a que recurra a un abogado para que lo patrocine o represente, con todo lo que ello puede significar. Para evitar estos inconvenientes pensamos que una buena práctica —y muy aconsejable— sería que una vez que el paciente es dado de alta, se le entregue bajo recibo copia certificada de la historia clínica. Tratándose de estudios de difícil reproducción, la solución sería entregar copia del resultado o dictamen elaborado en base al mismo.

Sobre esto, y más particularmente en relación al alta médica, en España, la Exposición de Motivos de la Orden Ministerial de 6 de setiembre de 1984 establece que es una práctica generalizada en la casi totalidad de los hospitales suministrar una información escrita al paciente, familiar o representante en la que se recoge el motivo del ingreso y el proceso de la enfermedad durante el mismo, así como el diagnóstico y recomendaciones terapéuticas; esta información es denominada “informe de alta”. Esta práctica ha sido confirmada legalmente por la ley General de Sanidad en su art. 10.11. Fernández Costales dice que “el informe de alta, por tanto se adecua al derecho a la información de los pacientes, convirtiéndose también por su naturaleza en un documento que permite evaluar externa e internamente la calidad de la asistencia prestada en el establecimiento, siendo asimismo una información necesaria y utilizable para la continuidad de la asistencia al paciente dado de alta, bien sea por otros niveles de atención, fundamentalmente por el médico general, o en otros hospitales”,<sup>24</sup>.

Frente a historias clínicas ilegibles o que resultan inexplicables incluso para los peritos, aconsejamos a los profesionales que las practiquen en la forma más prolija, detallada y exhaustiva. No se trata de volcar conocimientos o términos científicos en un lenguaje vulgar, sino que su lectura e interpretación realizada por cualquier médico permita tener una idea clara de todas las prestaciones y demás medios puestos a disposición del paciente.

Por ello resultan sumamente perjudiciales para los intereses del médico aquellas historias clínicas en las cuales es frecuente encontrar sin mayor explicación la palabra “óbito” o “fallece” a continuación de un tratamiento o intervención que no implicaba mayor riesgo. Así lo tiene decidido la jurisprudencia como lo veremos más adelante.

Es que los profesionales médicos deben acostumbrarse a pensar que la historia clínica ha dejado de ser propiedad exclusiva de ellos y absolutamente reservada. Ahora, además de la función fundamental que tiene asignada clásicamente esta documentación, también se constituye en un elemento básico para la efectivización de los derechos de los pacientes, y primordial medio de prueba en un juicio por responsabilidad civil médica.

---

<sup>24</sup> FERNANDEZ COSTALES, Javier, “El contrato de servicios médicos”, p. 197, Ed. Civitas, Madrid, 1988.

En cuanto a los derechos del paciente sobre su historia clínica, Albanese y Zuppi, agregan que “incluye el derecho de dejar constancia de eventuales errores y de solicitar su modificación o la explicación de los mismos, así como el derecho a ser informado sobre cualquiera que haya solicitado su historia clínica, sea cual fuere el título invocado”<sup>25</sup>.

Por último, agregamos que en caso de muerte del paciente, los derechos de éste sobre la historia clínica se traspasan a sus herederos y a toda otra persona que pudiera tener legitimación activa en un eventual juicio por responsabilidad civil en el cual la historia clínica sirva de prueba.

Sobre todos estos aspectos los tribunales han dicho: “La historia clínica, ese documento médico, es la mejor fuente de información para evaluar la calidad de la atención médica brindada al paciente, siendo un derecho de éste que se deje constancia en el mismo de todo lo que se realiza, para entre otros supuestos, ser en su momento evaluado, determinando según su resultado el comportamiento médico desde diferentes ángulos, técnico, legal, administrativo (C. Civil y Com., sala 2ª, de Morón, 28/2/91, Juris, 87-168).

### III. La jurisprudencia

Existen múltiples fallos, tanto en materia civil como penal, en los cuales se han tratado cuestiones relativas a la historia clínica, en particular, referidas a su validez probatoria y a los efectos derivados de su inexistencia o irregularidad.

Así por ejemplo, en el más alto nivel judicial de la provincia de Buenos Aires se ha sostenido que las historias clínicas no son informes periciales, ni por su forma ni por su contenido<sup>26</sup>.

En algunos fallos se restó importancia a las irregularidades que presentaba la historia clínica. En un caso concreto la historia clínica carecía de datos sumamente importantes tales como la constancia de la temperatura, frecuencia cardíaca y diuresis del recién nacido muerto. En la oportunidad, el tribunal sostuvo:

“En los casos en que se acciona por responsabilidad del médico, lo significativo no es el cumplimiento o no de determinadas reglas del arte médico —en el caso, omisiones en la historia clínica— sino si ellas pudieron o no tener gravitación en el desenlace fatal” (C. N. Civ., sala C, 23/8/79, LA LEY, 1979-D, 335).

---

<sup>25</sup> ALBANESE, Susana y ZUPPI, Alberto L., “Los derechos de los pacientes en el complejo sistema asistencial”, LA LEY, 1989-B, 764.

<sup>26</sup> Suprema Corte de Justicia de Buenos Aires, 30/4/91, LA LEY, 1991-E, 479.

“Si la historia clínica elaborada por el médico accionado es sumamente deficiente, al no reflejar la totalidad de las circunstancias que hubiesen permitido reconstruir con exactitud el cuadro clínico de la paciente, esa falencia, si bien podría constituir una presunción en contra del citado profesional, que aunada a otros elementos puede llevar a la convicción de la negligencia profesional, por sí sólo es insuficiente para establecer que no se practicaron las diligencias que el arte exigía, más aún si, como en el caso, el médico tratante tuvo consultas con otros del elenco estable de la clínica y el propio accionante reconoce la realización de análisis que estarían en su poder y que no presentó a juicio” (C.N.Civ., sala E, 26/8/87, del voto del doctor Dupuis, ED, 126-449).

Tratándose la historia clínica, de una documentación elaborada exclusivamente por el médico, la jurisprudencia le ha restado importancia como prueba decisiva cuando es ofrecida por éste en su descargo. Así por ejemplo:

“La historia clínica irregularmente confeccionada resulta un medio de prueba de escasa eficacia frente a un cuadro general de graves, precisas y concordantes presunciones de conducta omisiva y deficiente del servicio de salud brindado por la entidad sanatorial demandada” (C.Civil y Com., San Isidro, sala 2ª, 4/5/90, JA, semanario del 25/9/91).

“Si la historia clínica describe la existencia de un parto normal cuando en realidad, de las otras pruebas rendidas en la causa surge que existió sufrimiento fetal, con aspiración de líquido amniótico meconial, que produjo a la postre la muerte de la recién nacida debe restarse valor probatorio a la misma. Ello así, por cuanto la historia clínica es un instrumento confeccionado por la propia parte accionada (es el médico quien la confecciona); luego los elementos que de ella surjan, en principio, requieren para quien lo hizo el respaldo distinto y corroborante que demuestre la verdad de lo allí estampado y escrito. En cambio, para la parte actora la misma constituiría una verdadera confesión extrajudicial, en los términos del art. 423 del Cód. Procesal” (C2ª Civil y Com. La Plata, 30/10/89, ED, 139-200).

Los fallos mayoritarios juzgan en contra del profesional ante la inexistencia de historia clínica o la presencia de irregularidades en la misma. Así lo recuerda Lorenzetti, cuando afirma que se ha llegado a afirmar que la falta de datos en la historia clínica, que es un recurso que muchas veces conduce a la imposibilidad de probar, constituye una violación al deber de colaboración procesal y conduce a un análisis desfavorable de la conducta del demandado<sup>27</sup>.

También Kemelmajer de Carlucci en un estudio de la jurisprudencia nacional

---

<sup>27</sup> LORENZETTI, Ricardo L., “Responsabilidad civil del médico y establecimientos asistenciales” en el libro “Derecho de daños” en homenaje al profesor doctor Jorge Mosset Iturraspe, p. 527, Ed. La Rocca, 1989.

expone que la prueba presuncional juega un rol importante, sobre todo, cuando se la extrae de una historia clínica mal llevada, o prácticamente inexistente <sup>28</sup>.

A continuación transcribimos reseñas de fallos en el sentido expuesto:

“En autos se probó fehacientemente que la historia clínica estaba plagada de deficiencias y de omisiones (sobre el tema cfr. Luna Maldonado, Aurelio, “Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario”, en algunas cuestiones relacionadas con la titularidad y uso de las historias clínicas, Ed. Asociación “Iguatorial médico quirúrgico y de especialidades”, Bilbao, España, 1987, p. 5 y sigtes., y De Angel Yagüez, Ricardo, “Problemas legales de la historia clínica en el marco hospitalario”, ídem p. 13). Este hecho es imputable a todos los médicos que intervinieron directamente en la atención del menor y al médico jefe de guardia...Estas razones, que suponen graves irregularidades, son suficientes para generar una presunción judicial de culpa que imponía a los demandados la prueba de su falta de culpa. Es más; el “*favor probationis*” o la “teoría de las cargas probatorias dinámicas”, ante tal cúmulo de hechos y, a todo evento, se inclina —más allá de todo elemento presuncional— por poner la carga de la prueba de la inculpabilidad sobre la parte que está en mejores condiciones de hacerlo, máxime que la historia clínica es harto deficiente y los demandados integran un grupo médico”. (Del voto del doctor Alberto J. Bueres, C.N.Civ., sala D, 24/5/90, LA LEY, 1991-D, 469).

“Frente al derecho del paciente a ser informado y a acceder a la historia clínica, surge como contrapartida la obligación del médico de llevar un correcto registro del tratamiento” (C.N.Civ., sala D, 12/5/92, “S, J.E. c. Entel”, ED del 14/10/92).

“Tratándose de la actuación de un profesional de la medicina no puede pensarse que los defectos de la historia clínica no puedan imputársele o sirvan para desobligarlo, por cuanto hace a su responsabilidad la correcta, eficiente y positiva prestación de sus servicios, para lo cual cuenta — dados los avances de la ciencia— con un equipamiento teórico y técnico cada vez más idóneo. En consecuencia la historia clínica debe imperiosamente contener una descripción exacta de todos los estudios y análisis que se hayan practicado y, en caso de operación quirúrgica, una descripción plena de todos los síntomas que aconsejaron practicarla...Las omisiones en las anotaciones asentadas en una historia clínica deben ser valoradas en juicio como antecedentes contrarios a la posición del médico actuante en el acto quirúrgico, ello considerando que la exacta y veraz aportación de los datos demostraría acabadamente la existencia del cuadro que obligara a la realización de la intervención...Los profesionales de la medicina poseen el derecho de ampararse en una historia clínica veraz y completa. Asimismo, deben soportar las consecuencias adversas que pueden extraerse en caso de resultar la misma deficiente por cuanto las omisiones detectadas pueden aparecer como un eventual intento de proteger su propia posición ante las falencias o defectos del diagnóstico o del acto quirúrgico practicado” (C.N.Civ., sala J,

<sup>28</sup> KEMELMAJER DE CARLUCCI, Aída, “Ultimas tendencias jurisprudenciales en materia de responsabilidad médica”, JA del 3/6/92.

29/9/94, “G. de J. c. R.A.”, LA LEY, 1995-D, 550<sup>29</sup>.

“Constituye una presunción en contra del profesional la inexistencia de historia clínica o la existencia de irregularidades en la misma. En el caso, aquélla no consigna el diagnóstico, habiéndose dejado constancia de que el estudio arteriográfico no muestra malformaciones, lo que fue contradicho por el propio facultativo al declarar que aquél revelaba trombosis” (C.Civil y Com. Junín, “González, Julián c. Centro Médico de Chacabuco”, 15/12/94, Zeus, Boletín del 9/8/95).

“Si la historia clínica ostenta importantes omisiones, es una situación que en modo alguno puede perjudicar a la reclamante, pues reconocida la especial relevancia de los asientos médicos, el obrar omisivo de la demandada dificulta o entorpece a la actora para determinar la culpa del galeno. Es decir, se ha quebrantado un deber de colaboración del demandado en facilitar la prueba, sea del obrar culposo, fuese del obrar impecable, con lo que sólo él puede perjudicarse en ausencia de acreditación de uno u otro extremo, ya que el cumplimiento de la carga de la otra parte se vio obstaculizada por el accionar suyo, que de por sí es negligente, dado que le era exigible la aportación de datos para coadyuvar a la difícil actividad esclarecedora de hechos de la naturaleza de los que se trata, incumpléndose por otra parte el deber legal impuesto por la ley 17.132 (C.Civil y Com. Morón, sala 2ª, 10/4/90, del voto del doctor Conde, Juris, 87-168).

“Con lo que puede conocer la actora de las historias clínicas, con ello debe comenzar la ímproba tarea de acreditar la culpa médica de quienes la asistieron en el parto, practicaron la cesárea y le extrajeron el feto muerto. La situación procesal de los demandados, no puede limitarse a una simple negativa, tienen que explicar por qué motivo, no se la internó de inmediato, por qué razón se le practicó la cesárea, por qué murió el feto por falta de oxígeno. Los que llevaron a cabo la tarea, tienen el ineludible deber de detallar los pasos que se fueron dando, para la historia clínica, si ésta, como en autos, peca de insuficiente sobre aspectos esenciales, que impiden prácticamente a la perito actuante, pese a lo intenso de su labor explicar, tramos esenciales de la labor desarrollada en la clínica demandada, las omisiones y defectos que contiene deben incidir sobre las acciones del recurrente y no sobre la actora” (C. Civil y Com. Morón, sala 2ª, 10/4/90, del voto del doctor Venini, Juris, 87-168).

“En ausencia de historia clínica, cabe presumir que el paciente, que estaba sólo afectado de un oído, el izquierdo, y poco tiempo después sufre una otitis en el otro, las padeció como consecuencia de un tratamiento que sin duda se efectuó aunque su extensión se encuentre discutida. Es por la existencia de esta discusión que la carga de la prueba ha de considerarse invertida, ya que no es el paciente el que puede llevar documentadamente prueba de las prácticas a que se le somete, y sí el establecimiento asistencial a través de la historia clínica. Los médicos (las clínicas, los sanatorios) no están obligados a curar, pero deben respetar la regla de oro de la medicina *‘primun non*

---

<sup>29</sup> Este fallo mereció un comentario de COMPAGNUCCI DE CASO, Rubén H., “La responsabilidad médica y la omisión en la presentación de la historia clínica”, LA LEY, 1995-D, 550.

*necesere*'. En ausencia de constancias circunstanciadas en la historia clínica, la prueba de que el tratamiento no tuvo la extensión pretendida, debió producirla la demandada" (C. N. Esp. Civil y Com., sala 2ª, 15/8/85, JA, 1986 -II-116).

"No cabe duda de la responsabilidad del cirujano y de la clínica donde ello ocurrió ante los siguientes elementos de juicio...; la absoluta irresponsabilidad que significa para la clínica codemandada haber entregado al esposo de la actora el original de la historia clínica careciéndose de un valioso elemento de prueba...La carencia de la historia clínica, cuyo original fue entregado al esposo de la paciente, sin extraer copia para archivar, lo que significa no contar con un elemento valioso de prueba en el juicio por daños y perjuicios deducido contra el médico y la clínica, debe perjudicar a ésta a quien le era exigible, como colaboración en la difícil actividad esclarecedora de hechos de la naturaleza de los que se tratan en esta clase de juicios" (C.N.Civ., sala E, 25/11/80, La Ley, 1981-D, 133).

"La carencia de la historia clínica priva de un elemento valioso para la prueba de la responsabilidad médica y debe perjudicar a quien le era exigible como deber de colaboración en la difícil actividad probatoria y esclarecimiento de estos hechos" (C. Apel. Civil, Com. y Lab. Venado Tuerto, Santa Fe, acuerdo 31 del 14/4/92, inédito).

"Acá, conforme la doctrina citada como media inexistencia de toda documentación médica se debe presumir la culpa del mismo y tenerse como que no hubo emergencia alguna, o estado de necesidad previo a la operación, salvo la prueba en contrario a cargo del médico que como vimos, no se produjo" (C. Apel. Civil, Com. y Lab. Venado Tuerto, Santa Fe, acuerdo 31 del 14/4/92, inédito).

Existe un fallo muy interesante en el cual no se pudo determinar cuál fue concretamente la causa de la muerte de una paciente, incertidumbre que fue imputable al hospital en razón de no haber conservado —tal como era su deber— el correspondiente parte anestésico. El tribunal se encarga de expresar que el accidente pudo obedecer a causas naturales de la anatomía o fisiología de la paciente o a una mala práctica anestésica, cuestión que no pudo determinarse por faltar un elemento de juicio fundamental: El parte anestésico.

Una de las cuestiones más interesantes del fallo, y que el tribunal asume expresamente es lo relativo a la determinación del daño indemnizable. Es que a raíz de la falta del mencionado elemento, los peritos se vieron impedidos de emitir una opinión científica. Frente a ello el tribunal expresa:

"Podría afirmarse, acaso, que el hospital sólo debería responder por la pérdida de la prueba (una especie de chance) y no por pérdida de la vida. Dicha solución, que en un primer acercamiento al tema alguna seducción presenta, debe ser desechada en mi opinión porque, en supuestos semejantes —que parecen ser cada vez más frecuentes— bastaría a los sanatorios con ocultar la historia clínica o parte de ella para así disminuir el grado de su responsabilidad. En todos los casos, a la postre, los

establecimientos asistenciales responderían por la chance de la prueba frustrada y no por la mala praxis —que sería una prueba diabólica sin la historia clínica— con lo cual se generaría una solución axiológicamente inaceptable (CNFed. Civil y Com., sala 2ª, 30/8/91, JA semanario del 29/4/92).

Respecto al tema específico de la responsabilidad del sanatorio por la falta del parte anestésico, el tribunal señaló:

“Entrando ya a definir la situación del estado —Hospital Aeronáutico— cabe señalar primeramente que por expresa disposición legal estaba obligado a custodiar el parte anestésico (art. 22, ley 17.132) y tenía la carga de aportarlo al expediente a fin de dilucidar la verdad de los hechos (art. 388, Cód. Procesal), resultando pertinente extraer de su omisión presunciones en su contra...La falta de ese elemento de prueba...cuya importancia destaqué anteriormente en razón de la posibilidad de que el accidente se vinculara en forma directa con el tratamiento anestésico dispensado, justifica hacerlo responsable de los daños experimentados por los actores, en base a la presunción del art. 388 de la ley adjetiva, desde que una solución contraria sería francamente disvaliosa. Por un lado dejaría en total estado de indefensión a los familiares de la víctima y, por otro, quedaría librado a la discrecionalidad del sanatorio o clínica la suerte de la contraparte al ser ocultada la constancia que puede tener decisiva influencia en el esclarecimiento de la verdad jurídica, norte de todo proceso, como lo tiene dicho la Corte Suprema” (CNFed. Civil y Com., sala 2ª, 30/8/91, JA semanario del 29/4/92).

Se advierte en consecuencia que si bien no se pudo establecer la responsabilidad de los médicos intervinientes por resultar imposible practicar una pericia médica en razón del extravío de la historia clínica, el sanatorio que tenía la responsabilidad de conservar la historia clínica fue condenado a pagar el 100 % de la indemnización, y no la mera pérdida de la chance<sup>30</sup>.

#### IV- El verdadero alcance de las omisiones e irregularidades de la historia clínica.

Como se ha visto hasta aquí, la jurisprudencia, en líneas generales, ha considerado que una historia clínica irregular, mal confeccionada, o lisa y llanamente la inexistencia de historia clínica importa un serio y grave indicio para tener por acreditada la negligencia profesional.

De esta manera y a través de la prueba de presunciones, esa historia clínica insuficiente se constituye en un indicio más que deberá ser tenido en cuenta por el tribunal a la hora de analizar las conductas de los profesionales.

Pero claro está, una simple falta en la documentación que venimos analizando no puede constituirse en prueba suficiente para tener por acreditada la culpa médica, y mucho menos la relación causal que es elemento de la responsabilidad distinto al

---

<sup>30</sup> Sobre la pérdida de una chance, ver el interesante trabajo de CHABAS, François, “La pérdida de una chance en el Derecho francés”, JA semanario del 7/12/94.



factor de atribución.

Debe insistirse en esto último. No se puede confundir relación causal con culpabilidad; ambos son presupuestos distintos del deber de responder. En materia de responsabilidad civil médica, muchas veces se incurre en esta confusión. Ello tal vez obedece al hecho de que ambos presupuestos generalmente van estrechamente unidos. En este sentido, en la Sala 1º del Tribunal Supremo Español, “no faltan ocasiones en que la constatación del nexo causal y de la culpa van tan estrechamente engarzadas que su delimitación se convierte en una labor muy complicada. Precisamente como consecuencia de esta dificultad, el Tribunal Supremo ha confundido la relación de causalidad con la culpa, llegando a fundamentar sus fallos en una falta de negligencia cuando en realidad lo que ocurría es que no se daba el nexo causal entre el acto médico y el daño. Tal vez esto suceda porque como bien señala González Morán, la jurisprudencia pone más énfasis en el descubrimiento de la conducta culposa del agente que en establecer el nexo de causalidad”.<sup>31</sup>

Lo expuesto en el párrafo anterior fue claramente desarrollado en un fallo de la Cámara Nacional Civil, a través de su Sala D con voto del Dr. Alberto J. Bueres.<sup>32</sup>

En la sentencia citada, Bueres explica que como paso previo al análisis de la culpabilidad de los demandados se hace necesario analizar la relación causal o de autoría. Si no se prueba el nexo causal entre la conducta del demandado y el resultado lesivo, se hace innecesario discurrir sobre el asunto de la culpa médica ya que el elemento subjetivo interesa para imputar jurídicamente (*imputatio iuris*) el daño al dañante o dañantes.

En el caso concreto, se comprobaron algunos defectos en la confección de la historia clínica. Ello tal vez hubiera podido ser un indicio en la demostración de la culpa galénica, pero insuficiente –a falta de otros elementos- para tener por acreditada la relación causal.

Es cierto que una historia clínica irregular es un fuerte indicio para tener por acreditada la culpa profesional a través del mecanismo de las presunciones, y ello a su vez puede constituir un primer paso para lograr una presunción causal.

Pero para que ese solo elemento tenga poder convincente debe estar conectado a otros indicios o presunciones.

Por ello, y como bien se expone en el fallo de la Sala D, “el criterio de probabilidad que debe tener en cuenta el juez, no se observa entonces, al ser el hecho de redactar una historia clínica con algunos defectos infértil para deducir de él un elemento vital –el de la causalidad de forma lisa y llana o, en su caso, el de la culpabilidad, y, a través de éste, el de la causalidad-.”

En resumidas cuentas, la doctrina que puede extraerse del fallo en cuestión, al que adherimos en su totalidad, es que una historia clínica irregular puede constituir un fuerte indicio para tener por presumida la existencia de culpa por parte de los

<sup>31</sup> Calixto DÍAZ REGAÑÓN GARCÍA ALCALÁ “El Régimen de la Prueba en la Responsabilidad Civil Médica” Edit. Aranzadi, Pamplona 1996, pág. 250.

<sup>32</sup> Cám. Nac. Civil, Sala D, 20 de octubre de 1998, “Alzqueta de Mercau, Silvia c/ Fundación de Genética Humana y otros” publicado en El Derecho, diario del 10 de febrero de 1999 con nota de Roberto A. VÁZQUEZ FERREYRA titulada “La insuficiencia de algunos defectos de la historia clínica como para tener acreditada la relación causal en la responsabilidad civil médica”.

profesionales intervinientes, más ello en principio no puede funcionar aisladamente, sino que se hace necesario conjugarlo con otros indicios cuya prueba deberá aportar también el accionante.

Lo mismo puede decirse de la relación causal pues como regla general, ésta no puede deducirse de la simple existencia de una historia clínica irregular. Ello sin perjuicio de la tesis de la creación injustificada de un estado de riesgo que en determinados casos puede servir como instrumento para aligerar la prueba de la relación causal.<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup> Ver de Roberto A. VÁZQUEZ FERREYRA “La prueba de la relación causal en la responsabilidad civil – hacia un alivio de la carga probatoria-.” La Ley 1996-D-988.