

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

<http://dx.doi.org/10.35381/racji.v6i1.1484>

La historia clínica como prueba documental: Un análisis del sistema colombiano y ecuatoriano

The clinical history as documentary evidence: An analysis of the colombian and ecuadorian system

Juan Diego Sigüenza-Rojas
juan.siguenza.53@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-4328-0773>

Andrés Esteban Jaimes
andres.jaimes@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0002-4779-1239>

Recepción: 15 de septiembre 2021

Revisado: 25 octubre 2021

Aprobación: 15 de noviembre 2021

Publicación: 01 de diciembre 2021

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar, en primera medida, la importancia de la historia clínica, sus características e implementación en las nuevas tecnologías, de igual forma, realizar un análisis al medio de prueba documental, estableciendo la histórica clínica como parte del mismo, evidenciando el valor probatorio que tiene la historia clínica, pues, gracias a su evolución a través del tiempo, se puede considerar una herramienta fundamental en procesos judiciales, siendo esta, una prueba documental que es vital en procesos por actos de salud.

Descriptores: Derecho civil; derecho de los contratos; responsabilidad civil. (Tomado del tesoro de la UNESCO).

ABSTRACT

The objective of the present study was to analyze, firstly, the importance of the clinical history, its characteristics and implementation in new technologies, in the same way, to carry out an analysis of the documentary evidence medium, establishing the clinical history as part of it, evidencing the probative value of the clinical history, because, thanks to its evolution over time, it can be considered a fundamental tool in judicial processes, being this, a documentary evidence that is vital in processes for health acts.

Descriptors: Civil law; contract law; legal liability. (Taken from the UNESCO thesaurus).

INTRODUCCIÓN

La forma de concebir la historia clínica es la misma tanto en Colombia como en Ecuador, es por esto, que se puede definir a modo general como un documento utilizado en el área médica, en el cual se evidencia el estado de salud que tiene el paciente, pues, toda su información se encuentra registrada en dicho documento, es así, como en el artículo 1 de la resolución número 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud de la República de Colombia, por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, se puede evidenciar la definición que en este país le dan a la misma, siendo las siguiente:

La Historia Clínica es un documento privado, obligatorio y sometido a reserva, en el cual se registran cronológicamente las condiciones de salud del paciente, los actos médicos y los demás procedimientos ejecutados por el equipo de salud que interviene en su atención. Dicho documento únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley. (Ministerio de Salud, Republica de Colombia, 1999).

De igual forma en la Republica de Ecuador se puede evidenciar que su definición hace referencia al mismo documento que en Colombia se ha establecido como historia clínica, es así, como se puede reflejar en la Copia No. 00005216, expedida por El Ministro de Salud Pública, Subrogante, que en su artículo 1 se menciona lo siguiente: “Por documentos que contienen información de salud se entienden: historias clínicas (...)”. Ahora bien, dicho lo anterior, se puede dar paso a lo que sería la prueba documental, y siendo esta un medio de prueba en Colombia y Ecuador, se evidenciará la forma en la cual estos países la aplican, de igual manera, se dejará claro, cuándo la prueba documental no es válida a la hora de presentarla como medio de prueba en el juicio, se comenzará con un recorrido legal y jurisprudencial en la Republica de Colombia, para establecer la forma de percibir la prueba documental como medio de prueba, es por esto, que se hace mención a lo establecido en el artículo 165 del Código General del Proceso en el cual se establece que los documentos son medios de prueba (Código General del Proceso, COGED. art 165). Así mismo, la Corte Constitucional de Colombia en Sentencia

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

SU774 del 2014 hace referencia a que las pruebas documentales son aquellos documentos públicos y privados en los cuales para su debida aplicación se debe determinar la autenticidad de los documentos siendo la autenticidad “un requisito que debe estar cumplido para que el documento pueda ser apreciado y valorado por el juez en lo que intrínsecamente contenga” (Sentencia SU774 de 2014).

De igual forma en la Republica de Ecuador se estable que la prueba documental es un medio de prueba, que definen de la siguiente manera: “Prueba documental. Es todo documento público o privado que recoja, contenga o represente algún hecho o declare, constituya o incorpore un derecho.” (Código General del Proceso, COGED, artículo 193). Así mismo, en su constitución se establece que las pruebas que se obtengan no tendrán validez ni eficacia probatoria si las mismas violan la Constitución o la ley. (Constitución de la República del Ecuador 2008, Artículo 76.4,).

Después de realizar este recorrido se puede establecer que la historia clínica tanto en Colombia como en Ecuador es considerada un medio de prueba documental, ya que como lo establece la Corte Constitucional de Colombia en Sentencia T-058 de 2018, al hacer mención de la historia clínica nos dice que es una prueba documental idónea, porque allí se encuentran los tratamientos médicos recibidos por el paciente, es tan importante la historia clínica que se ha descrito como “el único archivo o banco de datos donde legítimamente reposan, todas las evaluaciones, pruebas, intervenciones y diagnósticos realizados al paciente” (Sentencia T-058 de 2018).

Es por esto que, dada la importancia de la historia clínica, se debe tener sumo cuidado a la hora salvaguardar su confidencialidad, puesto que, al caer en manos de terceros con intenciones encaminadas a generar un daño, podría ocasionar una ruptura a la relación médico-paciente, por lo que violaría directamente derechos fundamentales que le asisten a todo ser humano. Frente a esta situación, la presente investigación tuvo como objetivo analizar la importancia de la historia clínica como prueba documental en procesos de responsabilidad médica, realizando un estudio legal, jurisprudencial y doctrinal entre Colombia y Ecuador, de las características, la debida forma en la que se debe llevar la

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

historia clínica por parte de los agentes de salud y de igual manera dejar conceptos claros de la prueba documental como medio de prueba, y la historia clínica como parte de esta, estableciendo cuales serían las posibles consecuencias a la hora de manipular de manera errónea la historia clínica.

Finalmente, con la presente investigación se pretende responder la siguiente pregunta: ¿Es la historia clínica un medio de prueba idóneo para demostrar la responsabilidad en actos de salud?

Referencial Teórico

1. Importancia de la historia clínica

Para efectos de la presente investigación, se establece la importancia que tiene la historia clínica, 1) como información requerida por el medico a la hora de tratar a su paciente y 2) como documento legal, que sirve como prueba documental en procesos judiciales.

2. Historia clínica como prueba documental (Colombia – Ecuador)

2.1. Historia clínica en Colombia

La historia clínica en Colombia está definida en el artículo 34 de la Ley 23 de 1981, en el cual se dictan normas en materia de ética médica, ésta la define como un documento en el que se deben registrar las condiciones de salud que presenta el paciente, de igual forma establece que la historia clínica es un documento privado que esta sometido a reserva que solamente puede ser conocido por terceros que estén autorizados por el paciente o en los casos que prevé la ley. (Ley 23 de 1981, artículo 34).

De igual forma, en la resolución número 1995 de 1999, expedida por el Ministerio de Salud, se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica, en la cual se dispone que deben cumplir con el presente mandato” todos los prestadores de salud y demás personas naturales o jurídicas que se relacionen con la atención en salud”. (Resolución número 1995 de 1999, artículo 2). Así mismo, se establecen las siguientes características

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

de la historia clínica: integralidad, secuencialidad, racionalidad científica, disponibilidad y oportunidad. (Resolución número 1995 de 1999, artículo 3).

Y algo que para la presente investigación es muy importante destacar, es que en dicha resolución se dispone quienes pueden acceder la información contenida en la historia clínica, en los términos previstos en la Ley: el usuario, el equipo de salud, las autoridades judiciales y de salud en los casos previstos en la ley, Las demás personas determinadas en la ley. (resolución número 1995 de 1999, artículo 14). De igual forma deja sentando que el acceso a la historia clínica “se entiende en todos los casos, única y exclusivamente para los fines que de acuerdo con la ley resulten procedentes, debiendo en todo caso, mantenerse la reserva legal.” (Resolución número 1995 de 1999, artículo 14, párrafo). Ahora bien, la historia clínica no se quedó atrás en la nueva era de la tecnología, pues en Colombia se expidió una ley en la cual se crea la historia clínica electrónica, y es fundamental mencionarla ya que al implementarse en el sistema jurídico colombiano se debe prestar mayor atención para que funcione a cabalidad o en su defecto realizar mejoras para generar esa confianza a los pacientes de que su información es custodiada de la mejor manera. Dicho lo anterior la ley 2015 del 31 de enero del 2021 en su artículo 2, define la historia clínica electrónica de la siguiente manera:

Historia Clínica Electrónica: es el registro integral y cronológico de las condiciones de salud del paciente, que se encuentra contenido en sistemas de información y aplicaciones de software con capacidad de comunicarse, intercambiar datos y brindar herramientas para la utilización de la información refrendada con firma digital del profesional tratante. Su almacenamiento, actualización y uso se efectiva en estrictas condiciones de seguridad, integridad, autenticidad, confiabilidad, exactitud, inteligibilidad, conservación, disponibilidad y acceso, de conformidad con la normatividad vigente. (Ley 2015 del 2021, artículo 2).

2.2. Historia clínica en Ecuador

La historia clínica en la Republica de Ecuador, está definida en la Copia No. 00005216, expedida por el Ministro de Salud Pública, Subrogante, de la siguiente manera:

Historia Clínica: Es un documento confidencial y obligatorio de carácter técnico y legal, compuesto por un conjunto de formularios básicos y de

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

especialidad, que el personal de la salud utiliza para registrar en forma sistemática los datos obtenidos de las atenciones, diagnóstico, tratamiento, evolución y resultados de salud y enfermedad durante todo el ciclo vital del/la, usuario/a. (Copia No. 00005216, artículo 38).

De igual manera, se establece la reserva que se debe tener con la información suministrada en la historia clínica del paciente, lo anterior, es una obligación que tiene el personal operativo y administrativo de los establecimientos del Sistema Nacional de Salud que tienen el acceso a dicha información gracias al ejercicio de sus funciones, es por esto que, no se podrá difundir la información que se encuentra en la historia clínica ni en documentos donde reposen datos que sean confidenciales de los usuarios. (Copia No. 00005216, artículo 9).

Ahora bien, cabe mencionar que la historia clínica sólo podrá ser manejada por los siguientes profesionales de la salud: médicos, psicólogos, odontólogos, trabajadoras sociales, obstétricas, enfermeras, además de auxiliares de enfermería y personal de estadística, siendo los anteriores el personal de la cadena sanitaria. (Copia No. 00005216, artículo 14). Pero esto no exonera a las instituciones de salud, pues estos tienen la responsabilidad de custodiar físicamente la historia clínica, pues el personal de la cadena sanitaria solo es responsable mientras brinda la prestación, pues es el encargado de darle un buen uso a la historia clínica del paciente. (Copia No. 00005216, artículo 16).

Así mismo, se genera la duda, de ¿qué pasa con la historia clínica cuando la persona muere?, la respuesta a este interrogante, se encuentra consignada en la Copia No. 00005216, expedida por el Ministro de Salud Pública, Subrogante, y nos dice lo siguiente: “en la copia de la historia clínica podrá ser solicitada por el cónyuge superviviente o por un familiar hasta el segundo grado de consanguinidad o primero de afinidad.” (Copia No. 00005216, artículo 28).

2.3. Prueba documental en Colombia

En el ordenamiento jurídico colombiano se encuentra establecido los medios de prueba que se pueden presentar dentro de un proceso, entre esos se encuentran los documentos (Código General del Proceso, artículo 165). Ahora bien, no basta con decir que los documentos son un medio de prueba, se debe tener en cuenta el significado que se le da a este término, definiéndose como:

Todo escrito en que se deje constancia de un hecho. Bajo este concepto, no es necesario que el documento esté firmado o bien sea manuscrito. Pueden ser documentos una carta, una servilleta, un papel firmado sólo por una de las partes o un documento sin fecha o lugar de expedición. Es el concepto vigente en el sistema continental, en este caso también en el Código General del Proceso (Pérez-Ragone, 2014, p 192).

Así mismo, el Código General del Proceso menciona específicamente a qué se le considera documentos:

Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, mensajes de datos, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, videograbaciones, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo, y las inscripciones en lápidas, monumentos, edificios o similares. (Código General del Proceso, COGED, artículo 243).

De igual forma. los documentos se dividen en 2, los documentos públicos y los documentos privados, esta distinción es fundamental a la hora del juez hacer la valoración de la prueba, pues, los documentos públicos hacen referencia a los que otorgan los funcionarios públicos, básicamente el notario o aquella persona que esté revestida para ejercer esas funciones. (COGED, artículo 243). Ahora bien, “La prueba que resulte de los documentos públicos y privados es indivisible y comprende aun lo meramente enunciativo, siempre que tenga relación directa con lo dispositivo del acto o contrato.” (COGED, artículo 250). Esto significa que a la hora de aportar el documento en un

proceso judicial la indivisibilidad de la prueba genera que se beneficien o perjudiquen ambas partes, sin necesidad de que haya aportado o no la prueba documental.

2.4. Prueba documental en Ecuador

En el ordenamiento jurídico ecuatoriano se encuentra establecida la prueba documental, como pruebas que se pueden presentar en un proceso judicial, pues nos define la prueba documental como todo documento ya sea de carácter público o privado que contenga establecido un hecho o que constituya o incorpore un derecho. (COGED, artículo 193). Ahora bien, cabe realizar la comparación con la República de Colombia, como anteriormente se mencionaba este también se encontraba dividido en dos tipos de documentos, los públicos y los privados, es por esto, que se verá más a fondo como es su percepción en cuanto al valor probatorio que se le da a los mismos en la República de Ecuador.

Es por lo anterior que nos debemos remitir al Código Orgánico General de Procesos de Ecuador, ya que en su artículo 205 definen el documento público como aquel que es autorizado con todas las solemnidades establecidas en la legislación ecuatoriana, ahora bien, si dicho documento es otorgado por una persona que ejerce funciones como notario y este documento es incorporado en un protocolo o registro público, se tendrá como nombre escritura pública, así mismo, se le llamará también instrumentos públicos a aquellos mensajes que son otorgados y expresamente autorizados por y ante una autoridad competente y que estos sean firmados electrónicamente. (COGED, artículo 205). Dicho lo anterior, estas constituyen como prueba legalmente actuada, cuando estos documentos públicos son incorporados al proceso judicial por orden judicial y que los mismos sean notificados a la parte contraria, (COGED, artículo 207) de igual forma, en este mismo código no hace mención de las partes que debe contener estos documentos públicos para que se tengan como tal, y es necesario que este documento contenga:

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

Los nombres de los otorgantes, testigos, notario o secretario, según el caso, la cosa, cantidad o materia de la obligación, las cláusulas principales para conocer su naturaleza y efectos, el lugar y fecha del otorgamiento y la suscripción de los que intervienen en él. (COGED, artículo 206).

De la misma manera en la que se encuentra estipulado el documento público, tenemos que el documento privado es aquel que no realiza un funcionario público, sino por el contrario, este es realizado por personas particulares, (COGED, artículo 216), es así, como se marca complementa la diferencia entre uno y el otro.

2.5. Historia clínica como prueba documental

Después de realizar un recorrido, legal, jurisprudencial y doctrinal, podemos establecer que la historia clínica es un documento legal muy importante en el área médica, ya que, este además de servir para ejercer la profesión de manera eficaz, garantizando al paciente los debidos tratamientos y pasos a seguir para darle solución a su problema de salud, sirve de igual forma como un soporte legal en procesos judiciales en donde se verifique la responsabilidad de los agentes de salud, es por esto, que en países como Colombia y Ecuador la historia clínica constituye prueba documental y hace parte del abanico de medios de prueba que se pueden utilizar en los respectivos países.

Dicho lo anterior es necesario referenciar a la Corte Constitucional en este tema, pues, en reiteradas providencias habla de la historia clínica y su idoneidad como prueba en procedimientos por actos de salud, así pues, es su providencia T-058 del 2018 no hace referencia a que la historia clínica es un documento del régimen privado en el cual se encuentra contenida información relevante del paciente, como su salud física y psíquica, esta información se debe encontrar de forma detallada y ordenada en la historia clínica, ya que este constituye ser una prueba idónea sobre los tratamientos médicos recibidos (Sentencia T-058 de 2018).

Ahora bien, la alta corte ha expresado también que los datos que son extraídos de la historia clínica, sin autorización del paciente, pierden completa validez probatoria en el

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

proceso judicial. (Sentencia T-408 de 2014). Además, la Corte Constitucional ha considerado que la historia clínica no obedece simplemente a ser solo un documento de carácter privado que se encuentra reservado, sino que además es la única prueba que se puede tener sobre los tratamientos médicos que ha recibido el paciente (Sentencia T-408 del 2014).

Dicho lo anterior, no cabe duda que la historia clínica es el documento médico más importante actualmente, pues ha pasado de ser solo aquel documento el cual servía solo para valorar los criterios médicos asistenciales, “a un documento con criterios médico legales que se utiliza para informar no sólo al médico, sino a la justicia de lo acontecido a lo largo del tiempo en la evolución de un proceso patológico.” (Renán, 2001).

Debido a esto, es importante que este documento se encuentre en condiciones de extrema reserva, pues su divulgación afectaría de manera directa los derechos del paciente, es por esto, que la historia clínica es considerada como sustento de la asistencia médico-sanitaria-administrativa de un paciente. Dicho en otras palabras, es el documento más privado que existe de una persona, pues unas de las características que lo reviste es la seguridad en sus datos, y no solo del paciente, sino además de todo el personal sanitario que haya intervenido en los procesos asistenciales. (Cuenca-Garcell et al. 2014).

MÉTODO

El presente proceso investigativo se llevó a cabo bajo el tipo de investigación cualitativa, siendo esta definida por los autores Blasco & Pérez (2007, p. 25), de la siguiente manera: “la investigación cualitativa estudia la realidad en su contexto natural y cómo sucede, sacando e interpretando fenómenos de acuerdo con las personas implicadas.” De igual forma, la presente investigación se realizó bajo el método jurídico descriptivo-documental, de acuerdo a las definiciones realizadas por los siguientes autores:

Ahora bien, dentro del marco de la investigación jurídica, tenemos a su vez que la presente investigación estuvo comprendida por el tipo de investigación jurídica

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

descriptiva que, “consiste en caracterizar la realidad observada con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (Arias, 1999), En el presente trabajo se desarrolla este método mediante la jurisprudencia.

Técnicas y Procedimientos para la recolección de la Información

Instrumentos. Para la presente investigación, se utilizaron referencias bibliográficas para establecer concepto y características, como los de la historia clínica, las pruebas documentales, los cuales permitieron conocer los factores determinantes del problema planteado.

Fuente Primaria. Normatividad y jurisprudencia tanto ecuatoriana como colombiana.

Fuente Secundaria. Para la presente investigación, se emplearon libros, archivos, artículos, informes y publicaciones que fueron realizados otros investigadores y doctrinantes sobre este tema.

RESULTADOS

1. Importancia de la historia clínica

En definitiva, para establecer la importancia de la historia clínica es necesario remontarnos a su significado y aplicación, para fines de la presente investigación es indispensable tomar como referentes los sistemas de Colombia y Ecuador, es por esto que, en la presente investigación se analizaron desde dos puntos de vista en los cuales es fundamental la historia clínica, en primer lugar, como información requerida por el médico a la hora de tratar a su paciente, esta función que cumple la historia clínica médica es de gran importancia ya que la hora de que un paciente se realice un procedimiento médico por primera vez, se debe crear su historia clínica en la cual se registren todos los datos tanto personales como familiares, puesto que como lo define Fernando Guzmán y

Carlos Alberto Arias (2012) en su artículo titulado, *La historia clínica: elemento fundamental del acto médico*. Definen la historia clínica de la siguiente manera:

La historia clínica es la relación de los eventos de la vida de una persona. En ella se registran datos de una extrema intimidad, pues el enfermo sabe que cualquier distorsión en la información puede redundar en su propio perjuicio. Además, se registran datos familiares que también se consideran de un manejo delicado. (Guzmán & Arias, 2012, p.15).

Al igual que su definición, es importante apreciar las características principales que se encuentran involucradas en su elaboración, puesto que, es una de las herramientas que tiene el medico para realizar eficazmente su profesión, y por ende, su correcta elaboración es crucial para llevar un registro claro y detallado de los procedimientos que se realiza el paciente a lo largo de su vida, es por lo anterior, es importante remontarse a expresado por Fernando Guzmán y Carlos Alberto Arias (2012) en su artículo, pues, se menciona de forma clara y precisa las cuatro características principales que se encuentran inmersas en la elaboración de la historia clínica, las cuales son: “profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud.” (Guzmán & Arias, 2012, p. 15).

Ahora bien, se dará una breve explicación de los términos anteriormente citados: La profesionalidad: Se refiere principalmente a quien puede llevar a cabo un acto médico de manera idónea, y como su misma palabra lo dice, debe ser aquel profesional de la medicina que sea el adecuado para realizar de la mejor manera un debido procedimiento o control médico, pues en efecto, son los agentes médicos las personas que tienen la capacidad de realizar de forma correcta una historia clínica, pues, son los que tratarán de manera directa al paciente. (Guzmán & Arias, 2012, p. 15).

La ejecución típica: Hace referencia a la forma de actuar del galeno, y es típica cuando se realiza conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, esto, debido a que la medicina se debe ejercer de forma correcta de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, sin importar que se cuente con limitaciones de tiempo, lugar y entorno que pueda dificultar el ejercicio del mismo. (Guzmán & Arias, 2012, p. 15). El objetivo: Hace referencia a aquella información que se genera del paciente y que se debe escribir de

forma clara en la historia clínica, evitando posibles distorsiones de la información y poder generar una seguridad en cuanto al estado de salud que tiene el paciente. (Guzmán & Arias, 2012, p. 15).

Por último, Fernando Guzmán y Carlos Alberto Arias (2012), en su artículo nos menciona la ilicitud como la cuarta característica, la licitud: hace referencia a que el mismo ordenamiento jurídico deja sentado que la historia clínica es un documento indispensable en la práctica médica, debido a esto, se reviste de un carácter legal, completamente reconocido y respaldado por las normas jurídicas aplicables. (Guzmán & Arias, 2012, p. 15).

De igual manera, es importante exponer en la presente investigación, sobre el derecho al diagnóstico y cómo la corte constitucional de Colombia lo considera como un componente del derecho a la salud, pues en su sentencia T-100 del 2016 expone lo siguiente: pues, en esta providencia se deja sentado que el derecho al diagnóstico es un componente que tiene el derecho a la salud y por ende, no se pueden desligar uno del otro, es así como en términos de esta alta corte lo anterior implica una valoración técnica, científica y oportuna con la cual se pueda definir de forma clara y precisa el estado de salud en el que se encuentra el paciente y por supuesto los tratamientos médicos que este requiera para su enfermedad.

La Corte Constitucional divide en tres momentos el diagnóstico efectivo que se le debe dar al paciente, los cuales son, primero la identificación, segundo la valoración y como último, se tiene la prescripción. De igual manera la corte los explica de la siguiente manera: la etapa de la identificación comprende básicamente los exámenes médicos que se realizan previamente los cuales debieron ser ordenados con fundamento en los síntomas que presentaba el paciente, como segunda etapa se encuentra la valoración oportuna y completa del paciente, este debe ser realizada por médicos especialistas en el padecimiento a tratar, y finalmente se tiene la prescripción, que es realizada por el galeno tratante en el cual se establecerá los procedimientos que se requieran para atender el cuadro clínico del paciente. (sentencia T-100 de 2016).

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

Es por su importancia, que cabe resaltar las características que tiene la historia clínica como escrito ya establecido, pues la Dra. Adriana Silvia Velito y el Dr. Sergio Ramiro Tejada Soriano en su curso anual de auditoría médica del hospital alemán (2010), hace referencia a las cinco características de la historia clínica, los cuales son: Confidencialidad, seguridad, disponibilidad, es única y, por último, es legible. Primero, la confidencialidad: Hace referencia a lo concerniente con el secreto médico, pues, este es uno de los deberes que todo médico debe tener en el ejercicio de sus funciones, esta confidencialidad se remonta a los inicios de la medicina y actualmente sigue vigente, ahora bien, este tema de la confidencialidad es uno de los temas que más preocupa, dada la falta de cumplimiento, pues el secreto no es absoluto. Es por esto, que en la práctica médica pueden surgir situaciones en las que se presenten conflictos entre el deber del secreto y el principio de beneficencia del médico, encontrándose este con una fuerte proyección legal al derecho a la intimidad. (Velito & Tejada, 2010, p.4).

Segundo, la seguridad: Hace referencia a la identificación que se debe realizar, en cuanto, a los datos tanto del paciente como del personal médico que interviene a lo largo del proceso asistencial, esta identificación se debe hacer de manera clara en donde se pueda identificar efectivamente a las personas que hacen parte de dicho proceso. (Velito & Tejada, 2010, p.5); tercero, la disponibilidad: Hace referencia al acceso que se tenga de la información, en los casos que lo prevé la legislación, pues, aunque este se encuentre en reserva y en suma confidencialidad, debe contar con la disponibilidad de adquisición por parte de las personas autorizadas, siendo éstas aquellas que se encuentran designadas por la ley. (Velito & Tejada, 2010, p.5).

Cuarto, que es única: Hace referencia al documento en físico, pues, el paciente debe tener una historia clínica en la cual contenga toda su información, esto, obedeciendo a los beneficios que ocasiona al paciente la labor asistencial, la gestión y la economía sanitaria (Velito & Tejada, 2010, p.5). quinta, legible: Hace referencia a la forma como queda plasmada la información aportada por un personal sanitario, es por esto, que una de las características que se deben tener muy en cuenta es cuanto a su ejecución es

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

esta, pues una historia clínica desorganizada e inteligible se convierte en un problema que perjudica tanto a los médicos en su laboral asistencial como a los pacientes pues esto se puede derivar en errores graves que atentan directamente a su salud, es por lo mismo que dicho documento debe ser estar en completo orden y de forma clara y legible. Finalmente, después de un recorrido por lo que significa la historia clínica como información requerida para el tratamiento del paciente por parte del médico asistencial, se puede establecer, sin duda alguna, que la historia clínica es una pieza fundamental para un correcto funcionamiento en lo concerniente al área de salud. Ahora, para culminar con este análisis sobre la importancia de la historia clínica, se debe establecer en segundo lugar, su funcionalidad como documento legal, que sirve como prueba documental en procesos judiciales.

Es por esto, que se procede a definir que es una prueba documental, y podemos establecerla desde la mirada que hace el Código Orgánico General de Procesos de Ecuador, el cual establece en su artículo número 193, la definición de la prueba documental, y nos dice que “es todo documento público o privado que recoja, contenga o represente algún hecho o declare, constituya o incorpore un derecho. Se podrán desglosar los documentos sin perjuicio de que se vuelvan a presentar cuando sea requerido.” (Código Orgánico General de Procesos, artículo 193). Ahora bien, En Colombia que los documentos son un medio de prueba, (Código General del Proceso, artículo 165), estos se pueden aportar en un procedimiento jurídico.

Es por lo anterior, que de acuerdo al sistema de Colombia y Ecuador se puede concluir que las historias clínicas al ser documentos se constituyen como pruebas en procesos judiciales, es por eso que, se ve la importancia de la misma, pues, esta se considera como un elemento de prueba en los casos de responsabilidad por actos de salud, pues, tiene un valor jurídico extraordinario en los casos de responsabilidad por actos de salud, convirtiéndose esta en una prueba de carácter principal en todos los procesos de responsabilidad por actos de salud, constituyéndose así, como un documento medico legal fundamental de primer orden.

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

Ahora bien, la historia clínica, es una herramienta fundamental, ya que permite la evaluación de la calidad asistencial tanto para verificar si el galeno actuó en debida forma, así como también para corroborar que cumplió con su deber de informar y de realizar la historia clínica de manera eficaz, puesto que su incumplimiento constituiría una causa de responsabilidad. (Velito & Tejada, 2010). Dicho lo anterior, se puede establecer la gran importancia que tiene la historia clínica médica, en cuanto, a la calidad de la atención médica en los establecimientos de salud, y, de igual forma, se pudo evidenciar la importancia que tiene la misma como medio de prueba, siendo esta, una prueba documental idónea para presentarla en los procesos judiciales, siendo el proceso de responsabilidad por actos de salud, el más relevante a la hora de implementar la historia clínica como prueba.

2. Historia clínica como prueba documental

Ya se ha podido observar a lo largo de la presente investigación algunos visos sobre la historia clínica como prueba documental, pero, es importante profundizar en este apartado, ya que, la pregunta que le compete responder al presente estudio, es la siguiente: ¿Es la historia clínica la prueba idónea para demostrar la responsabilidad por actos de salud?, es preciso comenzar diciendo lo que la Corte Constitucional de Colombia a precisado en sus providencias, pues ha dicho que la historia clínica es un documento privado el cual contiene todos los datos sobre la salud física y psíquica del paciente, los cuales deben estar presentados de manera organizada y clara, dicho lo anterior, la alta corte procede a decir que cumpliendo con estas indicaciones la historia clínica se constituye como una prueba idónea sobre los tratamientos médicos recibidos por el usuario (Sentencia T-058 de 2018).

De igual manera, la Corte Constitucional deja claro que la historia clínica es “el único archivo o banco de datos donde legítimamente reposan, todas las evaluaciones, pruebas, intervenciones y diagnósticos realizados al paciente” (Sentencia T-058 de 2018). Por

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

consiguiente, sería la única prueba confiable en la cual se podría basar el juez a la hora de dictar sentencia en un proceso de responsabilidad por actos de salud.

Y es que, es tan confiable esta prueba que lo no establecido en la misma, beneficiaria o perjudicaría a las partes, de este modo lo expone la jurisprudencia del Consejo de Estado, en sección Tercera, con ponencia de la Dra. María Elena Giraldo Gómez, del 10 de agosto de 2005, Radicación: 68001-23-15-000-1993-09582-01(15178), dijo que, la historia clínica que reposan en las entidades públicas es considerada como un documento público, en el cual se encuentra la fecha y las anotaciones de la persona quien la elaboró, es por esto, que al no encontrar nada en la historia clínica que certifique la actuación de los agentes sanitarios, da paso a ser una prueba negativa, debido a que el acto no ocurrió (Rodríguez-Manjarres, 2019).

Ahora bien, es importante explicar lo que pasa cuando se da el caso en el que un galeno realiza una práctica equivocada de su profesión, pues, a lo primero que da lugar, es a un inicio del proceso judicial el cual se identificaría como proceso de responsabilidad, este proceso consiste básicamente en demostrar que se ocasionó un daño o perjuicio al paciente al cual tenían bajo su cuidado médico, es en estos casos donde entra a jugar un papel fundamental la historia clínica, pues como se ha dicho anteriormente, este documento es por excelencia el único documento que sirve como medio probatorio, por lo que es auténtico y en palabras de la Corte Constitucional *idóneo*, pues este, permite probar si hubo algún tipo de responsabilidad en el manejo del caso por medio del médico tratante, pues en último caso, se exonera la responsabilidad del acusado gracias a que la historia clínica se encuentra creada conforma a los principios y reglas que la regulan. (Rodríguez-Manjarres, 2019, p. 131). Dicho lo anterior, ¿es posible que la historia clínica no sirva como prueba en un proceso de responsabilidad por actos de salud?

Esta pregunta se puede responder basándonos primero que todo, en lo dicho por la Corte Constitucional de Colombia, pues, en su Sentencia T-408 del 2014, nos dice que, los datos que son extraídos de la histórica clínica del paciente, sin autorización del mismo, pierden validez probatoria en un proceso judicial. (Sentencia T-408 del 2014). Es así,

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

como esta parte es fundamental, pues, no siempre la historia clínica puede tener valor probatorio, es ahí donde nos damos cuenta que, la aprobación del paciente es crucial para que esta se considere una prueba documental idónea, pues, así la misma se encuentre con todos los requisitos legales que la cobija, esto no le da el carácter legal, debido a que toda gira por la voluntad del paciente que se encuentra bajo los cuidados médicos.

Es importante establecer la carga probatoria en estos procesos en donde la prueba documental es una historia clínica, pues, en casi todos los procesos judiciales, la carga probatoria le corresponde a la persona que alega los hechos que conforman sus pretensiones, reclamando con ello el daño que se le ocasionó, es por esto, que el responsable en desvirtuar la presunción de inocencia que recae sobre el demandado le compete de manera directa al demandante.

Pues, su demanda debe contener la prueba, para que se le reconozca lo que alega, pero, en un caso donde haya ausencia de la historia clínica o exista alguna irregularidad en cuando a la prestación de servicios de salud, se invierte completamente la carga de la prueba, pues en este caso, sería la administración y el profesional sanitario los que tienen la responsabilidad de aportar todas aquellas pruebas que les permita evidenciar la ausencia de responsabilidad en cuando al daño que se alega en el proceso, ahora bien, cabe aclarar que todos los médicos que asistieron al paciente, son responsables judicialmente por los daños que le fueron ocasionados al paciente gracias a dichas omisiones (García-Villaraco-Delgado, 2015, p.34).

Es así como en Ecuador se garantiza el derecho a la confidencialidad, en su artículo 15 en su proyecto de Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, expedido por la Asamblea Nacional Republica del Ecuador, nos dice que los datos personales deben tratarse con el debido sigilo y secreto, lo que significa que estos datos no pueden ser utilizados para fines distintos a los concebidos desde un comienzo, ahora bien, el mismo artículo nos hace mención de que si se va a cambiar la finalidad por la cual nacieron, debe ser con el consentimiento del titular de estos datos personales, es decir, el titular

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

de los datos es el único autorizado por la ley para que de su consentimiento frente al tratamiento de los mismos. (Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, artículo 15).

De la misma forma, en la República de Colombia se establece los motivos por lo cuales se puede revelar el secreto profesional, este se encuentra en la ley 23 de 1981 en la cual se dictan las Normas en Materia de Ética Médica, en su artículo 38, el dicta lo siguiente:

Teniendo en cuenta los consejos que dicten prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer: al enfermo en aquello que estrictamente le concierne y convenga, a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento, a los responsables del paciente, cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la ley y a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas (Ley 23 de 1981, artículo 38).

Ahora bien, la jurisdicción penal colombiana protege en las historias clínicas la integridad del documento en físico, pues es en su artículo 224 concede como delito la falsedad material al destruir, suprimir, ocultar total o parcialmente el documento privado que goce de toda capacidad probatoria, (Código General del Proceso, COGED, artículo 224), como es el caso que nos compete, la de la historia clínica. Así mismo el código penal protege de igual forma el contenido de la historia clínica, cuando es su artículo 289 hace mención de la protección contra la falsedad en documento privado ya que expresa lo siguiente “el que falsifique documento privado que pueda servir de prueba” (Código General del Proceso, COGED, artículo 289).

Dicho lo anterior, se puede establecer las características que debe tener la historia clínica para que esta se constituya como un documento apto para ser considerada una prueba dentro de los procedimientos de responsabilidad por actos de salud. Dichas características se establecerán de conformidad con lo preceptuado en el artículo 3 de la resolución número 1995 de 1999. Pues, en este artículo nos dice que las características básicas de la historia clínica son: la integralidad, la secuencialidad, la racionalidad científica, la disponibilidad y la oportunidad.

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

A continuación, se abordarán una a una para conocerlas más a detalle. Integralidad: hace referencia a la información que se debe reunir en la historia clínica, pues esta debe contener de manera clara y precisa los aspectos científicos, técnicos y administrativos relacionados a la atención en salud recibida, todo lo anterior, en la fases de fomento, promoción de la salud, la prevención de alguna enfermedad en específico, diagnóstico de su padecimiento, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, siendo estos abordados dentro desde un todo, en el que lo conforman los aspectos biológico, psicológico y social, por supuesto todo ellos estableciendo una interrelación con sus dimensiones personales, familiares y comunitarias. (resolución número 1995 de 1999, artículo 3); secuencialidad: hace referencia a la forma en la que se debe consignar la información suministrada en la historia clínica del paciente al cual se le brinda la atención médica, pues, esta debe estar organizada cronológicamente con todos los acontecimientos médicos ocurridos durante las asistencias sanitarias que el usuario ha recibido a lo largo de su vida.

Debido a que, desde el punto de vista archivístico, al ser la historia clínica un expediente, este debe contar con una secuencialidad de los documentos relativos a la prestación de los servicios de salud que le han sido brindados al usuario. (resolución número 1995 de 1999, artículo 3); racionalidad científica: para efectos de la presente resolución, esta hace referencia al fondo de lo establecido en la histórica clínica, pues, este documento legal a la hora del diligenciamiento, este debe ser llenado con criterios científicos, además de realizar de manera clara, lógica y competente el registro de las acciones que le fueron brindadas al usuario, de igual forma, debe contener el procedimiento que se realizó a la hora de investigar cuales eran las condiciones de salud que tenía el paciente, así como, su diagnóstico y su debido plan de manejo. (Resolución número 1995 de 1999, artículo 3); disponibilidad: Hace referencia a la posibilidad que se tiene para que se pueda hacer uso de la historia clínica cuando esta se requiera, por supuesto, gracias a la reserva y al principio de confidencialidad que de este acarrea, sólo se podrá hacer uso de la historia clínica en los términos que la legislación lo ha previsto, de modo tal que, si no cumple

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

con esta condición, no se tendrá acceso de forma directa a dicho documento de carácter legal como lo es la historia clínica. (resolución número 1995 de 1999, artículo 3). Y oportunidad: por último, esta característica hace referencia a aquel diligenciamiento que se hace en la cual se incluyen los registros de atención de la historia clínica, al momento en el que ocurre la prestación del servicio. (Resolución número 1995 de 1999, artículo 3). Es por lo anterior que se puede decir que, la historia clínica tiene un papel fundamental en los procesos donde se investiga la responsabilidad por actos de salud, siendo este, un documento de carácter obligatorio, en la cual, el paciente tiene completo acceso ya que es un documento que se reviste de confidencialidad y está sujeto a la voluntad del mismo, de igual forma, esta confidencialidad y reserva excluye a los jueces ya que ellos pueden solicitarlo para fines probatorios dentro del proceso que se lleve realizando. Ahora bien, cuando se presenta un descuido o está presentado de forma desordenada, estos hechos acarrearán consecuencias jurídicas importantes, tanto en los procesos de responsabilidad por actos de salud como en los asuntos penales que se vieron a lo largo del presente trabajo por lo que se debe tener sumo cuidado en cuanto a su anotación y manejo. (Rodríguez-Manjarres, 2019, p.130-131).

PROPUESTA

Al culminar con la presente investigación y dejando clara la importancia que tiene la historia clínica en ámbitos tanto asistenciales como probatorios, es necesario plantear una mejora en cuanto a la confidencialidad y reserva del documento, dado que, al realizar un análisis de los sistemas de Colombia y Ecuador, ambos en su normativa salvaguardan este derecho, es así, como tenemos en Colombia la Ley 23 de 1981, en la cual se dictan las normas en materia ética, pues, en su artículo 34, nos hace mención que la historia clínica es un documento privado que está sometido a reserva y que únicamente puede ser conocido por terceros, si se tiene la autorización del paciente o en los casos que la ley prevé, (Ley 23 de 1981, artículo 34) de la misma forma en Ecuador, en la Ley Orgánica de Salud, en su artículo 7, nos hace mención que la historia clínica está sujeta

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

a una confidencialidad de la información que en ella contenga. (Ley Orgánica de Salud, artículo 7).

Ahora bien, en la práctica existe cierta indiferencia en cuanto a la importancia de lo preceptuado en la normativa, estas transgresiones se presenta debido a errores, divulgación de la información contenida en la historia clínica o por acceder en indebida forma a la información contenida en la misma y no respetar lo establecido en la ley, es por esto, que se puede evidenciar la falta de ética profesional en la que pueden incurrir los agentes sanitarios, dado que no le dan la suficiente importancia a la información contenida en la historia clínica, sin saber, que cualquier transgresión representa un gran problema tanto para ellos como para el paciente. (Antomás & Huarte-del-Barrio, 2011).

Es por las situaciones descritas, que la presente investigación propone, que la academia más específicamente las del área de salud, no se quede solo en profundizar aspectos concernientes a la medicina, sino que, además, se enfoque en formar profesionales con una ética intachable, en pro de realizar sus funciones de manera correcta, siendo conscientes de las implicaciones que conlleva el no cumplir con la normatividad, en la cual los datos personales deben tratarse con sumo cuidado, solo así sus acciones estarían encaminadas a la rectitud que un profesional de la salud debe tener.

CONCLUSIONES

Con el presente trabajo se puede concluir que, la historia clínica goza de gran importancia tanto para el trabajador de la salud como para el paciente, dado que, es un documento en el que se encuentra consignada toda la información de los procesos que medicamente ha llevado el paciente, es por esto, que según lo dicho en la presente investigación, la historia clínica como documento físico, debe ser llenado en debida forma por los agentes asistenciales de salud, dado que, su no comprensión, acarrearía consecuencias gravísimas no solo para la salud del paciente, sino también para el galeno tratante, al cual le asiste toda la responsabilidad por la ineficacia en sus funciones profesionales.

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

Ahora bien, es importante culminar diciendo que, legal y jurisprudencialmente los países de Colombia y Ecuador tienen una forma muy similar de tratar esta herramienta tan fundamental como lo es la historia clínica, pues, en ambos países se reconoce como un documento que sirve como prueba documental en procesos de responsabilidad por actos de salud, en los cuales, se ha considerado como única prueba idónea para establecer la responsabilidad o no de los agentes administrativos y sanitarios, es por esto, que es de obligatorio cumplimiento el llenar este documento con los datos que se vayan arrojando al momento en el que se lleva el proceso médico, pues, al no contener esta información, jugaría en contra del agente médico, pues, en un juicio de responsabilidad por actos de salud se establecería una omisión, dado que, lo que no se encuentra establecido en la historia clínica se toma como si esta nunca se hubiere realizado.

Finalmente, se concluye que es de vital importancia mantener la reserva y la confidencialidad de la información suministrada en la historia clínica, pues, es de tanta relevancia, que los sistemas de Colombia y Ecuador tienen en su legislación dichos derechos que deben ser garantizados, dada la necesidad de proteger su derechos a la intimidad en cuando a la información que allí se registra, pues, el único que le atañe lo que allí se encuentre estipulado es al paciente, es por lo anterior, que la voluntad del mismo es primordial a la hora de manipular su historia clínica, siendo el único, salvo en casos que la ley prevé, que autoriza si terceros pueden conocer de la información consignada en dicho documento.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto Colombiano de la Responsabilidad por Actos de Salud (ICRAS), por su apoyo constante en la construcción de este trabajo y a la Universidad Católica de Cuenca, especialmente a la Maestría en Derecho Médico.

REFERENCIAS CONSULTADAS

- Antomás, J., & Huarte-del-Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales [Confidentiality and the medical record. Ethical-legal considerations]. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 73-82.
- Arias, F. (1999). El proyecto de Investigación [The Research project]. Guía para su elaboración (3RA edición). Recuperado de <https://n9.cl/xvuy4>
- Blasco, J & Pérez J. (2007). Metodologías de investigación en las Ciencias de la actividad física y el Deporte: ampliando horizontes [Research methodologies in the Sciences of physical activity and Sport: expanding horizons]. <http://hdl.handle.net/10045/12270>
- Código General del Proceso, COGED. Registro Oficial Suplemento 506 de 22-may.-2015 Última modificación: 21-ago.-2018. Recuperado de <https://n9.cl/3l9oj>
- Constitución Política de Ecuador (2008). Registro Oficial 449 de 20-oct-2008. Recuperado de <https://n9.cl/hd0q>
- Copia No. 00005216. Recuperado de <https://n9.cl/ncxse>
- Cuenca-Garcell, K, Rodríguez Linares, M, Soto Cortés, A, & Pentón Rodríguez, O. (2014). La historia clínica estomatológica como herramienta en el método clínico y documento médico-legal [The clinical dental history as a tool in the clinical method and as medical-legal document]. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(4), 534-540.
- García-Villaraco-Delgado, B. (2015). Historia clínica como medio de prueba especial mención a la historia clínica electrónica [Medical history as a means of proof, special mention of electronic medical history]. Recuperado de <https://n9.cl/m9etm>
- Guzmán, F, & Arias, C. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico [The medical history: a fundamental element of the medical act]. *Revista Colombiana de Cirugía*, 27(1), 15-24.
- Ley 2015 2020. Congreso de la Republica. Diario oficial año clvi N. 51213 31 de enero 2020. Recuperado de <https://n9.cl/j2zut>
- Ley 23 de 1981. Congreso de la Republica. Diario Oficial. AÑO CXVII. N. 35711. 27, FEBRERO, 1981. P.482. Recuperado de <https://n9.cl/pupe4>

Ley orgánica de protección de datos personales (2021). Quinto Suplemento del Registro Oficial No. 459, 26 de Mayo 2021. Recuperado de <https://n9.cl/m4t1e>

Ley Orgánica de Salud. Registro Oficial Suplemento 423 de 22-dic.-2006 Última modificación: 18-dic.-2015. Recuperado de <https://n9.cl/4kfc>

Ministerio de Salud (1999). Normas para el manejo de la Historia Clínica [Norms for the management of the Clinical History]. Recuperado de <https://n9.cl/1iye>

Pérez-Ragone, A. (2014). La prueba documental en el código general del proceso de Colombia [The documentary evidence in the general code of the process of Colombia]. Recuperado de <https://n9.cl/x6tvu>

Proyecto de Ley Orgánica de Protección de Datos Personales (2013). Recuperado de <https://n9.cl/b90q2>

Renán M. (2001). Documento Médico Legal [Medical Legal Document]. *Rev Med Hond*, 69:35-40. <https://n9.cl/ajdqm>

Resolución número 1995 de 1999. Recuperado de <https://n9.cl/1iye>

Rodriguez-Manjarres, R. (2019). Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica [Suitability of the medical record as evidence in a medical liability process]. *Vis Iuris. Revista De Derecho Y Ciencias Sociales*, 6(11), 105-139. <https://doi.org/10.22518/vis.v0i00.1177>

Sentencia SU774/14 (2014). Corte Constitucional (Mauricio González Cuervo, M.P). Recuperado de <https://n9.cl/oda4p>

Sentencia T- 100/16. Corte Constitucional. (María Victoria Calle Correa, M.P). Recuperado de <https://n9.cl/gh1y>

Sentencia T-058/18. (2018). Corte Constitucional. (Antonio José Lizarazo Ocampo, M.P). recuperado de <https://n9.cl/owzbf>

Sentencia T-408/14. (2014). Corte Constitucional. (Jorge Iván Palacio Palacio, M.P). Recuperado de <https://n9.cl/vu9vj>

Juan Diego Sigüenza-Rojas; Andrés Esteban Jaimes

Velito, A. & Tejada, S. (2010). La historia clínica como instrumento de calidad. Curso Anual de Auditoría Médica del Hospital Alemán 2010 [The clinical history as a quality instrument. Annual Course of Medical Audit of the German Hospital 2010]. Recuperado de <https://n9.cl/ub66t>

©2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).