

Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica

Suitability of the medical records as evidence in a medical civil liability process

Rafael Esteban Rodríguez Manjarrés*

<https://doi.org/10.22518/vis.v0i00.1177>

rrodriguez@hotmai.com

*Magíster en Derecho y Especialista en derecho probatorio. Docente de tiempo completo de la Universidad Área Andina.

Recibido: 15/07/2018 **Aceptado:** 22/04/2019

Resumen

Este artículo científico se ocupa de examinar el tema de la idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica, y para tal fin se escogieron como ejes temáticos el desarrollo de sus generalidades, se destaca la importancia y repercusiones de la historia clínica, se señalan sus características generales, se enuncia el acto médico con sus implicaciones éticas y legales, se hacen unas consideraciones finales y se concluye con el examen del valor jurídico de las historias clínicas, donde se espera despejar los interrogantes al respecto.

Palabras clave: historia clínica, idoneidad, prueba proceso, responsabilidad médica.

Abstract

This scientific article deals with examining the issue of the suitability of clinical history as evidence in a process of medical civil liability, and for this purpose were chosen as thematic axes the development of its generalities, emphasizes the importance and impact of history clinical, its general characteristics are indicated, the medical act is enunciated with its ethical and legal implications, some final considerations are made and the examination of the legal value of the clinical histories is concluded, where it is expected to clear the questions in this regard.

Keywords: medical history, suitability, trial process, medical responsibility.

Introducción

En la historia clínica se registran hechos o sucesos de la salud del paciente; es un documento privado, reservado para el paciente y galeno, lo conocen los terceros y familiares en casos señalados en la Ley o por orden judicial. Se archiva con la misma confidencialidad, mediante los sistemas de Archivo de Gestión, Archivo Central y Archivo Histórico. Goza de las características de Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad y solo se registran en ella los pormenores de la salud del enfermo. Tiene valor probatorio en procesos judiciales, es fuente de consulta obligatoria en el ambiente clínico.

En la historia se registran datos íntimos del paciente y su distorsión perjudica al paciente; es un documento muy importante probatoriamente, detalla las fases de la enfermedad del paciente, puede determinar si el paciente recibió el tratamiento médico integral que requería, o si no lo recibió para establecer su responsabilidad médica y algún tipo de responsabilidad disciplinaria, civil o penal.

Del examen de la historia clínica se halla el nexo de causalidad entre la conducta médica y el resultado no deseado producido, la organización de esos procedimientos permite hallar la verdad de los hechos y determinar si hubo o no culpa de la actividad del galeno en la salud o vida del paciente, si se le ocasionaron o no daños. Representa el acopio de la experiencia y la formación profesional del médico, se examinan sus capacidades del galeno, mediante diversos tipos de procedimientos, se rige por el principio de confidencialidad, en el cual es vital en la relación médico-paciente, dado que el paciente confía en el médico gran parte de su intimidad, obligando al galeno actuar en forma pulcra y ética, que respete la información privada confiada que no sea mal utilizada y debe reservarla.

El juramento hipocrático obliga a callar todo lo que vea y oye en su comportamiento médico, y con la intimidad de su paciente, lo cual debe siempre conservarse y se sanciona duramente romper esas reglas, y le obligue guardar celosamente el secreto confiado.

El médico no está obligado a revelar la información de la historia clínica, porque el médico y otros profesionales, no están obligado a declarar sobre lo que les confiaron o

llegó a su conocimiento por razón de su oficio o profesión, no se viola ese secreto profesional cuando los auxiliares del médico tratante o quienes por su oficio entren en contacto con ella, por ser actividades laborales y deben ser celosos con lo que se le confía, debe vigilar que su equipo de trabajo guarde el secreto profesional.

La jurisdicción penal protege en las historias clínicas la legitimidad de la integridad física del documento, en el artículo 224 del Código Penal mediante el delito “Falsedad Material” al destruir, suprimir, ocultar total o parcialmente un documento privado con capacidad probatoria, tal como la historia clínica; el contenido de la historia; y se protege contra la “Falsedad Ideológica”, que reprime un documento genuino y legítimo donde se insertan hechos o declaraciones falsas, y así está tipificado en el artículo 289 del código penal.

El secreto profesional es absoluto, cuando obliga al médico a callar en público o en privado o ante los estrados judiciales; también puede ser secreto profesional relativo, o sea se revela para fines judiciales y puede esclarecer la verdad en los hechos y investigados, y en casos puntuales; el secreto profesional de conciencia hace que el médico revele lo que sabe. Se viola cuando se conoce la confidencia por razón de profesión u oficio, o sin ser reservada el médico ocasiona perjuicio al darlo a conocer, pese a que debe guardar su secreto, lo hace conscientemente, tiene incidencias penales. El médico responde por reacciones adversas al tratamiento de su paciente luego de realizado un procedimiento, pero debe enterar a los allegados o familiares del enfermo, de lo cual debe informar en forma clara, y concisa, y sin vulnerar el derecho a la verdad que les asiste. La Historia Clínica y los registros médicos, son documentos de mucho valor médico-legal, académico y probatorio, en procesos legales en todas las jurisdicciones, incluidas la disciplinaria y la penal, para asegurar se preserven garantías o intereses del usuario, del personal asistencial de salud y de los establecimiento que presta dicho servicio, son fuente fidedigna de consulta para investigación y docencia en el campo universitario y científico.

Generalidades

La historia clínica es definida dentro de un marco jurídico como un documento privado y obligatorio ya que por su contenido se encuentran actos médicos, tratamiento,

diagnósticos del paciente, que la caracteriza no solo como documento privado sino como prueba dentro de un proceso y al profundizar se puede determinar su idoneidad.

En Colombia la Ley 23 de 1981 y su decreto reglamentario No 330 de 1981, regula todo lo referente a la historia clínica, su manejo y el respectivo procedimiento por parte del cuerpo médico, en el artículo 24 se encuentra su definición, en donde se considera que como documento es el registro obligatorio de todas y cada una de las condiciones de salud que presente el paciente, tiene la calidad de documento privado y reservado, al cual solo pueden acceder terceros, siempre y cuando lo autorice el paciente o en los casos taxativamente señalados en la ley (Ley 23, 1981).

De lo anterior se deduce con claridad que en la historia clínica se deben registrar forzosamente cada uno de los hechos o sucesos o novedades que ocurran en la evolución del paciente desde su ingreso al centro hospitalario o al consultorio clínico o médico, es un documento privado, reservado en principio para paciente y galeno, y que solo pueden tener su acceso terceros, se presume los familiares del enfermo, pero se requiere como es natural, permiso del paciente o por orden judicial.

Otra definición de la misma la aporta el artículo 1 de la resolución 1995 de 1999, que señala La Historia Clínica es un documento privado, que debe diligenciarse forzosamente, al cual lo cobija la reserva, su función es servir para registrar evento por evento y en orden cronológico, cada una de las condiciones de salud del paciente, los actos de intervención médica y todos y cada uno de los procedimientos realizados por el equipo médico asistencial encargado de la atención en salud del paciente. Reitera que los terceros solo pueden tener acceso a ella cuando lo autoriza el paciente o en casos que la ley así lo disponga (Ministerio de Salud, 1999). Dicho en otras palabras, la historia clínica es el documento de carácter privado, cuyas anotaciones obligan a los destinatarios y a quienes intervienen en su creación; tiene reserva; deben registrarse todos y cada uno de los hechos en orden cronológico que se relacionan con la salud de un paciente, la actividad del médico tratante, todo y cada uno de los procedimientos y tratamientos realizados por el equipo sanitario para la recuperación de su salud; reiterándose que a ella solo tienen acceso terceras personas por autorización de tipo legal.

De lo anterior podemos analizar desde un punto de vista legal que este documento es de extremo cuidado ya que los datos plasmados allí determinan el estado de salud del

paciente, Colombia como estado garantista de la vida, la salud y la integridad del hombre y el derecho a la salud tiene categoría de fundamental, tiene protección constitucional y por tanto el Estado debe protegerlo y garantizarlo, además de la reserva, la privacidad y el cuidado con que se debe tramitar y manejar este documento.

En los numerales siguientes del artículo 1 de la resolución 1995 de 1999 se expresan definiciones de suma importancia en el tema de la historia clínica, en primera medida qué es el Estado de Salud. El literal b) señala que en la historia clínica se registra toda la información concerniente a la condición somática, psíquica, social, cultural, económica y medioambiental que pueda repercutir en la condición clínica y de salud del paciente. (Ministerio de Salud, 1999). Se tiene entonces que la situación de salud del paciente se anota con datos e informes en donde se describe con claridad y detalladamente todos los aspectos de tipo clínico, cultural, económico y medioambiental que puedan repercutir de alguna forma en la salud del paciente.

En el literal c) de la mencionada resolución define que el equipo de salud comprende el conjunto de Profesionales, Técnicos y Auxiliares del área asistencial o de salud, encargados y responsables de la atención médica del paciente, también el personal de auditoría médica de las compañías aseguradoras o de las empresas prestadoras del servicio, que tienen la responsabilidad de evaluar la calidad con la que se está prestando el servicio de salud (Ministerio de Salud, 1999). Son entonces de los profesionales en las distintas áreas de las ciencias de salud, los tecnólogos, técnicos y auxiliares capacitados en esta área, que disponen del suficiente adiestramiento y formación académica, la experiencia y trayectoria laboral, para encargarse de la prestación del servicio de salud y asistencial al paciente, respondiéndole con buenos resultados, los cuales son valorados por otras personas o funcionarios de salud, que se ocupan de prestar auditorías y asesorías al suministro de este tipo de servicio en entidades tanto públicas como privadas.

Ahora bien, respecto a los fines de archivo de la historia clínica, esta tiene efectos archivísticos, y se concibe como el expediente integrado por el cuerpo documental de los registros obligatorios del estado de salud, medicamentos, exámenes clínicos o de laboratorio o imagenológicos, toda clase de actos médicos y demás procedimientos que realiza el equipo de galenos que atienden un paciente, historia que se repite es reservada con las prevenciones antes anotadas (Ministerio de Salud, 1999). De lo anterior se deduce

que la historia clínica además de ser el documento donde registran actos, hechos y procedimientos médicos relacionados con la salud del paciente, con la debida reserva legal y las excepciones legales, también tiene finalidad de archivística, ya que en determinado momento posterior a la evolución satisfactoria o no del paciente es necesario consultarla y por eso se almacena para su conservación y posterior consulta.

Para tal fin hay tres tipos de archivo. En primer lugar el archivo de gestión, el cual se refiere a donde almacenan historias clínicas de usuarios activos y de quienes no han empleado el servicio durante los cinco años siguientes a la última atención (Ministerio de Salud, 1999). Es claro que este tipo de archivo de gestión puede considerarse archivo vivo, porque guarda historias de pacientes en consulta y de quienes 5 años atrás han recibido el servicio. Otro tipo de archivo es el archivo central, en el cual almacenan las Historias Clínicas de usuarios inactivos desde 5 años desde la última atención (Ministerio de Salud, 1999). Se deduce entonces, que en esta clase de archivo se almacenan las historias inactivas, presumiblemente de pacientes ya curados o que no requieren por ahora servicios médicos. La otra clase de archivo es el archivo histórico, al cual se envían las Historias Clínicas que tienen valor científico, histórico o cultural, lo cual obliga a su conservación en forma permanente (Ministerio de Salud, 1999).

La historia clínica también tiene ciertas características determinadas por la Ley, las cuales se puede profundizar y determinar su idoneidad, descritas en el artículo 3 de la resolución 1995 de 1999, como son Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad.

La integralidad implica que la historia clínica del paciente contiene información científica, técnica y administrativa del proceso de atención sanitaria, en fases como las de fomento, promoción de la salud, prevención específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, que mancomunadamente hacen parte de un todo de tipo biológico, psicológico y social, donde se articulan los aspectos personal, familiar y comunitario del paciente (Ministerio de Salud, 1999). Por tanto esta peculiaridad implica que la historia clínica comprende absolutamente toda la información científica, técnica o de la organización de salud que resulta relevante y de acuerdo con el servicio asistencial recibido en las diferentes etapas, sea preventiva o curativa, en temas puntuales como el diagnóstico de la patología, su tratamiento y curación y su rehabilitación definitiva, pero analizados desde un contexto completo que incluya aspectos de tipo biológico,

psicológico y social, e interactué con la parte personal, familiar y comunitaria del paciente.

Otra característica es la secuencialidad, la cual como su mismo nombre lo indica, señala que los registros de la prestación de los servicios en salud deben anotarse en forma secuencial y cronológica, de acuerdo con la fecha, el día y la hora en que se hizo el acto o procedimiento médico asistencial. De tal modo y para los fines de archivo, la historia clínica es un expediente secuencial, donde cronológicamente debe irse juntando todos y cada uno de los documentos que den fe de la prestación de la asistencia a la salud del paciente (Ministerio de Salud, 1999). Dicho de ese modo, las anotaciones en la historia clínica deben llevar un orden y encadenamiento de tipo eventual y cronológico de acuerdo a cómo se van produciendo, es decir se va anotando paso a paso y con orden en el tiempo todo aquello que suceda mientras se atiende al paciente usuario de los servicios médicos, pues la historia almacena todo tipo de documentos clínicos que sirven de soporte en este procedimiento asistencial.

Otro aspecto de vital importancia dentro de la valoración de la historia clínica es su Racionalidad científica, la cual se refiere al uso de criterios científicos tanto para diligenciar como para registrar las acciones o eventos en materia de salud que se le ofrecen a un paciente, en aras a que de una forma lógica, clara y completa, se refleje el procedimiento médico realizado para determinar las condiciones de salud del paciente, su diagnóstico y el posterior plan de manejo (Ministerio de Salud, 1999). Esta característica de la historia clínica implica que para realizar en ella anotaciones, es necesario recurrir a criterios de tipo científico, que se refieran a todas y cada una de las actividades de orden médico, clínico y asistencial brindadas al paciente, en procura de recuperación de su salud, y debe hacerse en una forma ordenada, lógica, clara y completa que demuestre fehacientemente todo el trámite clínico y administrativo dado a la detección y curación de la enfermedad.

Otra particularidad es la disponibilidad, como posibilidad de recurrir o emplear la historia clínica cuando sea necesario, observando lógicamente las restricciones de índole legal (Ministerio de Salud, 1999). Ello implica que la historia clínica debe estar a disposición cuando resulte necesaria su consulta, pero su consulta tiene limitaciones de orden legal, tanto que solo puede consultarla el usuario o paciente, los médicos y el

personal clínico tratante, o en los casos expresamente señalados, por orden de autoridad judicial competente.

Finalmente es necesario referirse a la oportunidad, como el diligenciamiento de los registros de atención de la historia clínica, en forma simultánea o al instante posterior de que ocurre el hecho o evento médico en la prestación del servicio asistencial (Ministerio de Salud, 1999). Esta propiedad de la historia clínica significa que, ocurrido el hecho médico, o clínico, se debe anotar inmediatamente en la historia por el personal asistencial responsable y autorizado para hacer dicho registro, porque ha de ser cronológica y secuencial la construcción de la historia, tanto que no resulta admisible colocar anotaciones en fecha posterior a la que ocurre, porque altera la originalidad, credibilidad e idoneidad de la misma.

En este orden, vemos que la secuencialidad de este documento requiere un orden exacto de tiempo en que debe quedar el registro de cada procedimiento médico realizado, porque la secuencialidad se define por mantener un orden lógico, es decir un ritmo, porque los elementos en algún momento se repiten en la imagen. Comparado en el marco jurídico, un acto legal es consecuencia de otro, implica que la historia clínica debe ser bien estructurada para preservar la vida del paciente, que se le dé el respectivo tratamiento y por supuesto que dentro de un proceso pueda tenerse en cuenta como ayuda idónea, es decir, que sirva como garante para llegar a una verdad a la hora de que el juzgador tome una decisión. Otra definición que corresponde a la secuencialidades es “Orden o disposición de una serie de elementos que se suceden unos a otros” (es.oxforddictionaries.com) vemos que son dos significados pero que conllevan al mismo punto y precisamos donde dice suceden unos a otros, es decir que debe existir una concordancia, unión y deben estar íntimamente relacionados.

Sobre la importancia de la historia clínica, (Guzmán y Arias, 2012), consideran que es “una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud (Guzmán, 2011, p.15). En este orden de ideas, el acto médico debe registrarse respetando varios criterios como son los de profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud.

Sobre el primero de ellos, la profesionalidad “se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica (Guzmán, 2011, p.15). Quiere decir lo anterior que el principio de profesionalidad resulta excluyente para otros profesionales de las ciencias de la salud que participen en la atención a la salud del paciente, porque tan solo el galeno tratante está autorizado para registrar en la historia clínica los pormenores de la salud del enfermo.

La segunda característica se refiere a la ejecución, es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento, a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno (Guzmán, 2011, p.15). Es decir, que el registro médico debe proveerse con registros calificados por medios idóneos, sin tener en cuenta circunstancias políticas, jurídicas o similares, empleando para ello las pautas conocidas y respetadas en materia de excelencia médica. Ahora, el objetivo que persigue la historia clínica es la ayuda al enfermo y corresponde con los detalles que son objeto de transcripción en la historia.

Finalmente, en cuanto a la licitud la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable (Guzmán, 2011, p.15), lo anterior indica que la historia clínica como tal tiene valor probatorio en procesos judiciales y es fuente de consulta obligatoria en el ambiente clínico y que, dentro de la estructura jurídica colombiana se le da el aval correspondiente a la historia clínica para que cumpla sus funciones.

Importancia y repercusiones de la historia clínica

Para efectos de determinar la importancia de la historia clínica, es necesario establecer sobre cuáles aspectos vitales de la vida del paciente resultan influyentes. A ello se refiere Franco Delgadillo, cuando indica que ella "hace parte del registro de varios hechos de la vida humana, es la relación ordenada de la misma, porque se anotan y muestra información íntima, y que de ser distorsionada la realidad, repercute desfavorablemente en detrimento del enfermo. Además el registro de datos familiares exige que también debe ser objeto de un manejo delicado". (Franco Delgadillo, p.1). Por tanto, la historia clínica evidencia el registro de varios acontecimientos en la vida de un paciente, incluyendo datos íntimos del mismo, tanto que cualquier información contraria a la realidad perjudica notoriamente al paciente y a su intimidad, también se recolectan datos

familiares que tan solo al paciente le interesan y que también reciben un tratamiento de tipo confidencial.

Uno de tantos artículos virtuales que tratan el tema del citado documento clínico, se refiere a la dualidad del valor de representatividad del mismo, porque tiene potestad informativa por un lado y por otro de tipo instrumental, afirma que “la historia clínica tiene doble función, porque en primer lugar es importante complemento del deber de informar, funciona como instrumento de la prestación de asistencia médica, tiene fuertes nexos con el deber de informar, es un documento de vital importancia probatoria, porque refleja verazmente todo lo que representa la enfermedad del paciente” (<http://www.sideme.org>, s.f., p.1). Por tanto, tiene poder o potestad informativa sobre el estado de salud del paciente, es un documento soporte para la prestación del servicio asistencial, ya que consultada, el galeno tratante es capaz de realizar un diagnóstico de determinada patología y con base en él, ordenar el tratamiento para la recuperación de la salud, y, que por el deber informativo que representa, tiene el rol de documento muy importante en el campo probatorio, demuestra las etapas de la enfermedad del paciente, desde su inicio hasta su recuperación y en el peor de los casos, el deterioro de la salud, e incluso la muerte, al ser consultada por especialistas en el tema medico asistencial, permite determinar si el paciente recibió el tratamiento médico integral que su estado de salud requería, o si por el contrario no lo recibió y esto puede generar para los galenos responsables de su tratamiento algún tipo de responsabilidad disciplinaria, civil o penal, lo que se conoce en el argot médico y jurídico como mala praxis médica.

Es precisamente sobre este tipo de responsabilidad, que el mencionado documento explica, al considerar según Gherisi, que se acentúa la importancia de la instrumentación de las múltiples secuencias médicas en la vida del paciente en la historia clínica, por su importancia para juzgar la responsabilidad por daños producidos en el enfermo, pero en especial con ella se establece el nexo de causalidad entre la actividad médica y el resultado de ella en el paciente (<http://www.sideme.org>, s.f.). Es claro entonces la suma importancia de la organización de todas y cada una de las etapas de orden médico en el trasegar de la atención al paciente, porque resulta sumamente relevante al momento de evaluar qué tipos de daños han podido ser inferidos al enfermo, en especial para detectar la conexión de causalidad entre el actuar médico y el resultado no deseado producido, de modo que en la forma cómo se organicen esos procedimientos, es posible hallar la verdad

de los hechos y tratar de determinar si hubo o no culpa de la actividad desviada del galeno en el producto final de la salud o vida del paciente.

Pero es pertinente hacer la aclaración acerca si el ejercicio de la profesión médica es de medios o de resultados. En primer lugar, ella como obligación de medios, permite que el paciente reciba atención oportuna y eficaz, de modo que el profesional de la medicina y los centros de atención médicas deben suministrar al enfermo todos y cada uno de los cuidados requeridos, acorde con los conocimientos científicos y la práctica del arte de curar permitan, a la persona lograr el fin deseado, sin que se obligue al médico a garantizar ese resultado (Sentencia 7973, 1994). Esta sería la regla general, pero su excepción viene dada por la cirugía estética y la obstetricia como casos de responsabilidad médica que no son obligaciones de medios, sino de resultados, dentro de un régimen de responsabilidad más exigentes, precisamente porque los médicos actúan en las personas y no precisamente por alteraciones de la salud, sino que necesariamente se espera un resultado de su diligencia médica (Sentencia 14.957, 2006).

La literatura internacional y en especial la reglamentación española, han catalogado como falta grave que conduce a suspensión del ejercicio profesional la violación de la reserva contenida en la historia clínica. Es por ello que los Estatutos de la OMC tipifican como una infracción grave, que amerita la suspensión para el ejercicio profesional por un lapso de menos de un año, cuando se produce la revelación del secreto médico por negligencia, y la suspensión para el ejercicio profesional de entre uno y dos años, cuando tal vulneración del sigilo médico se hace en forma dolosa o malintencionada (Martínez Cabrera, 2011, p.57). En síntesis, la normatividad de la OMC, Organización Mundial de Comercio, considera falta grave sancionable con suspender al personal asistencial médico en el ejercicio de la profesión, hasta por un año, cuando se revele el contenido de la historia clínica la cual se ha confiado su secreto, y cuando esto hace en forma negligente, la suspensión se extiende entre uno y dos años, estando de por medio el descubrimiento del secreto médico en forma dolosa o mal intencionada.

El mismo documento remite a la Ley orgánica 15 de 1999 en España, denominada Ley de protección de datos de carácter personal, tipifica como infracción grave la vulneración a la obligación de guardar secreto de los datos personales, y una falta muy grave recolectar esa misma información pero con referencia a datos de índole racial, a la salud y a la vida sexual, cuando no lo ordene la Ley o sin la autorización del afectado (art. 44, apartados

3.9 y 4.c), (Martínez Cabrera, 2011, p.17). De acuerdo con lo anterior, se reconoce como falta grave por parte del personal de galenos, el quebrantamiento del celo profesional contenido en la historia clínica, pues implica la custodia de datos confidenciales del paciente, situación que se agrava cuando se trata de datos donde se revele el origen de la persona o paciente por razón de raza, salud y vida sexual, o cuando no exista disposición legal que lo prohíba y que este mediando la salud y la vida sexual del paciente y este no haya consentido en su revelación.

Otro documento que generaliza acerca de la responsabilidad médica en varios aspectos jurídicos en el país, se refiere esencialmente a la responsabilidad civil y a la exigencia ciudadana sobre una buena praxis médica, en donde se advierte con frecuencia. Se tiene noticia de casos de responsabilidad civil de los médicos en ejercicio, que da como producto la muerte del paciente o graves lesiones en su integridad. No obstante la sociedad admira a los profesionales de la salud, con ese mismo nivel de veneración les exige respuesta a dicha confianza, puesto que gran parte de su vida se han preparado y adquirido conocimientos mínimos para su desempeño profesional, técnico y científico, ético y moral; de donde se deduce que el profesional que omite los lineamientos éticos en su profesión, o lo hace con ligereza, impericia, descuido o negligencia, incumple el adecuado desempeño profesional y vulnera dicha confianza social (Ruiz, 2004, p.211)

En lo esencial, se tiene que es mucho más frecuente la iniciación de toda clase de procesos de responsabilidad civil de los médicos en el país, porque en el ejercicio de la actividad profesional ocasionan la muerte o lesiones a la integridad personal de sus pacientes. Si bien es cierto la sociedad reconoce el rol tan importante que tiene el médico por la labor que desempeña, en la medida que lidia tanto como la vida como la salud de las personas, pero eso no implica que ellos se descuiden en su labor, porque la sociedad deposita mucha confianza en esta clase de profesionales que han dedicado gran parte de su vida académica y han hecho cuantiosas inversiones financieras en su preparación, en su formación, para poder ejercer tal sacra labor, donde se requieren unos conocimientos especializados para ejercer profesionalmente, diagnosticar y recetar conforme a parámetros técnicos y científicos, sin dejar de lado la ética y moral en todo ejercicio profesional, y cuando el médico se aparta de tales lineamientos o los cumple pero a la ligera, sin prudencia, sin pericia o descuidadamente o en forma negligente, rompe la confianza de la sociedad y por ello solamente debe ser sancionado.

En este orden de ideas, se plantean las inquietudes que desde el punto de vista del paciente se han de presentar respecto de su atención médica al considerar que la queja del enfermo implica detectar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, para encontrar la causa de la dolencia y cómo combatirla. Entonces la historia clínica sirve de registro de tales acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Demuestra igualmente cómo ha participado en ella el equipo médico, incluso quiénes hacen prácticas médicas y en todo caso han de llevar la firma del responsable legal del enfermo (Guzmán, 2011, p.16).

Con base en lo antes expuesto, dada una situación donde el paciente manifieste que no está de acuerdo con determinado procedimiento y praxis médica, debe entonces referirse con propiedad a afirmar todo lo relativo a sus síntomas, signos médicos y documentos clínicos que demuestren el actuar del galeno no fue conforme a los parámetros exigidos por la medicina, pues en esencia se trata de encontrar una explicación al origen de la enfermedad y sus diferentes tratamientos terapéuticos, tanto que en la historia se anotan todos los tratamientos, medicinas, curaciones y actividades de orden médico para el manejo clínico del paciente, también se incorporan pruebas de la intervención del personal médico, incluidos los practicantes, anotaciones que deben ser refrendadas por la firma del médico tratante a cargo del paciente.

En tal sentido, es pertinente recordar que el derecho al diagnóstico hace parte del derecho a la salud, es inminente para que el paciente tenga como opciones la recuperación definitiva de su dolencia o mejore su calidad de vida, a contrario sensu, su negación implica que no se le puede dar el tratamiento adecuado y preciso que requiere. En este orden de ideas, además de la negativa del derecho al diagnóstico vulnera los derechos constitucionales, estos igualmente son conculcados cuando no se práctica oportunamente o se hace negligentemente, agravando en algunas veces el estado de salud del paciente llevándolo hasta un estado incurable, casos en los que puede llegar a afectar gravemente su salud y dignidad humana, pues se le expone en forma permanente e interminable a las afecciones de su patología (Sentencia T-361, 2014).

Ya desde el punto de vista legal, el Decreto 3380 de 1981, en su artículo 30 señala que las historias clínicas sirven de material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, se sujetan al secreto profesional, al juramento señalado en el artículo 1 y a la propiedad Intelectual, dado que sirven como elementos probatorios de las diligencias, desde su manufactura

formal hasta su trasfondo científico (Presidencia de la República, 1981). El anterior precepto es enfático en señalar que las historias clínicas como tal permiten servir de fuente de consulta y soporte a la labor médica, pero regidos por las pautas del secreto profesional y la propiedad intelectual a favor del paciente como propietario de la información que allí se incluye, ni su médico ni sus familiares ni incluso personal ajeno puede tener acceso a ella, sin que medie una orden judicial, por tanto su importancia está en constituirse como elemento probatorio que se construye desde que se confecciona hasta que se analiza su importancia y contenido esencial desde el orden científico.

Características generales de la historia clínica

En la historia clínica como documento, se reportan todos los hechos que tienen que ver con la salud de los pacientes, representa el acopio de la experiencia y la formación profesional de quien lo anota y es allí donde se hace un examen real de las capacidades del galeno. Para el registro de la información hay varios métodos de trabajo que Alcaraz Agüero reseña en varias opciones.

El primer método es el de Anamnesis, la cual se refiere a la información que aparece en la entrevista clínica, que suministra el mismo paciente. Esta es categórica, porque a partir de ella es posible investigar los antecedentes del paciente y sus familiares, los factores de riesgo, la aparición de los síntomas, las circunstancias en que se presentó la sintomatología y si hubo automedicación con el fin de aliviar el quebranto de salud, pero específica que el interrogatorio no termina al examinar al paciente, sino cuando se puede diagnosticar su enfermedad (Alcaraz Agüero, 2010). Es decir, la anamnesis permite registrar información obtenida a partir de la entrevista paciente-galeno, se verifica la historia y antecedentes de todo orden del paciente, los factores a exposición de riesgo, el inicio de los síntomas y cómo se presentaron, de que forma el enfermo se medicó y cuáles tipo de productos usó, de modo que la entrevista concluye una vez se diagnostica al paciente.

Otra opciones de obtener información en el paciente es la exploración física o clínica, que se refiere a toda clase de pruebas o exámenes complementarios realizados por el médico para su paciente, a ello se suma los juicios de valor enunciados por el personal médico u obtenidos en documentos realizados por el galeno que dan soporte al diagnóstico y tratamiento prescrito y describen la evolución de la enfermedad (Alcaraz

Agüero, 2010). Se tiene entonces que para obtener datos clínicos del paciente recurre al tradicional examen clínico o físico, a los exámenes complementarios o adicionales, que como tal el médico ordena y que conocidos sus resultados, forme su criterio por iniciativa propia o consultando los documentos que elabore y los resultados de los exámenes y pericias médicas que ordene, en los cuales funda su diagnóstico final y el tratamiento correspondiente así como la evolución de la patología.

Igualmente, resulta conveniente traer a colación un par de decisiones de la Corte Constitucional, donde se refiere al derecho al diagnóstico. En la primera T-100 de 2016, considera que es componente del derecho a la salud, consiste en una valoración técnica, científica y oportuna que define claramente el estado de salud del paciente y los tratamientos médicos que necesita, lo cual se hace en las fases de identificación, valoración y prescripción. En la primera se realizan exámenes previos ordenados acorde con la sintomatología del paciente. Ya obtenidos los resultados, los especialistas hacen una valoración oportuna y completa al paciente, y posteriormente le prescriben procedimientos médicos y medicamentos requeridos (Sentencia T-100/16, 2016).

La segunda decisión es la sentencia T-036/17, en la cual la Corte Constitucional considera el derecho al diagnóstico una faceta del derecho fundamental a la salud, como la ventaja que le asiste al paciente de exigir a los prestatarios de salud realicen los procedimientos que establezcan la naturaleza de su dolencia y así el médico tenga certeza sobre su patología y lo prescriba adecuadamente, con el fin de recuperar su salud o cuando esto no sea posible, al menos lograr estabilizarlo (Sentencia T-036/17, 2017).

En cuanto a los fines que busca la historia clínica o psicosocial del paciente, concierne a los antecedentes médicos que arroja una entrevista abierta, no estructurada, privada y lo más afectiva posible, que le posibilite precisar al médico de su paciente datos de infancia, aspectos socioeconómicos; relaciones de amistad, con su familia o encuentros sexuales, las formas de enfrentar su padecimiento, el apoyo que recibe de su familia u otros elementos que puedan ser importante para el médico (Alcaraz Agüero, 2010). Cabe considerar entonces que la historia clínica implica la inserción de todos los antecedentes posibles del paciente, que trata de obtener mediante la herramienta de la entrevista, donde debe primar un clima de confianza entre ambos, sin intervención de terceros, sin formatos ni reglas, donde el médico aborda al paciente, para que pueda extraer toda la información precisa de su niñez, los aspectos socioeconómicos; la forma de interactuar

con sus amistades, su familia o su pareja o parejas, el criterio o forma de pensar del paciente sobre cómo debe obtener su tratamiento a la enfermedad que padece, el sostén y apoyo de la familia y otros aspectos relevantes desde el punto de vista médico.

Pero el hecho de anotar datos del paciente en la historia clínica no es algo fácil. Se ha dicho, se rige por criterios de confidencialidad, que se trata de un tema clave de la relación médico-paciente, este cede una porción de su vida reservada, que somete al médico a los principios éticos de autonomía, buen uso y preservación de esa información. En tal sentido la normatividad impone el secreto profesional, y en muchos casos severas sanciones a su revelación, porque la historia clínica como documento plasma la relación médico-paciente y sus intimidades, por ello ha de ser protegida extraordinariamente por la sensibilidad de la información que contiene (J. Antomás, 2011). De tal forma, la confidencialidad es vital en la relación médico-paciente, quien deposita en su médico gran parte de su intimidad, generando en el galeno asuma una actitud pulcra y ética, respetuosa de la información privada confiada, prohibiéndole su mala utilización y obligando a su reserva por determinación legal, siendo sancionable su violación, pues se repite, en ese documento se insertan todos los datos confidenciales de la vida privada clínica y familiar del paciente, de modo que se le da protección legal especial y extraordinaria, por la sensibilidad de los datos que hacen parte del fuero interno del individuo.

En tal sentido, en Colombia la ley 23 de 1981 en su artículo 38 es enfática en señalar las circunstancias en que taxativamente se puede hacer uso de esa información y ser revelada, cuando anota que acorde con los consejos de prudencia y revelación del secreto profesional de la historia, esta información se puede transmitir únicamente al enfermo, en lo que le concierne y convenga; a sus familiares si lo que se revele es útil al tratamiento; a quienes responden por el paciente, en el caso de menores de edad o de personas mentalmente incapaces; a las autoridades judiciales o sanitarias, cuando lo impone la Ley, a los interesados, en el caso de defectos físicos irremediables o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, si se expone la vida del cónyuge o de su descendencia (ley 23, 1981).

Luego entonces, dentro de las pautas de la prudencia médica y el secreto profesional que obliga el respeto de la información que reposa en la historia clínica de un paciente, solo puede darse a conocer al enfermo, pero en lo que le favorezca e interese, aspecto que

consideramos no debe tener ninguna limitación para el paciente porque él es el dueño de sus datos; a los familiares del enfermo, siempre y cuando esa información sirva para su tratamiento, caso en el cual a los familiares o personas responsables del enfermo no debe ocultarse la información que tenga que ver con su estado de salud, más si es irreversible o se encuentra grave; a los responsables del paciente, si son menores de edad o personas mentalmente incapaces, caso que es obvio porque los niños o adolescentes y quienes no gozan de plenitud de facultades mentales están impedidos física o mentalmente por falta de madurez para acceder a dicha información; a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos taxativamente señalados en la Ley; que se entiende porque media algún tipo de investigación judicial, administrativa o disciplinaria donde se encuentren involucrados como parte dentro de la misma el paciente, el médico o terceras personas; finalmente a los interesados, cuando se trate en caso de deterioros físicos o enfermedades graves infecto-contagiosas o hereditarias, en donde peligre la vida del cónyuge o su familia, caso que es evidente la información deba revelarse, porque en este caso el enfermo se convierte en un medio potencial de contagio para las personas con quienes él convive y de lo que se trata precisamente es que la enfermedad no tenga ribetes epidémicos y se atienda a tiempo.

Tan importante es el tema del secreto profesional o la reserva médica, que el galeno no está obligado a su revelación y desde el punto de vista procesal goza de tal prohibición, porque “esta norma tiene, a su vez, repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión” (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil) (Fernando Guzmán, 1994, p.140). Esta norma fue recogida en el artículo 209 del código general del proceso señalando casi que igualmente que “no están obligados a declarar sobre aquello que se les ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su ministerio, oficio o profesión: 1. Los ministros de cualquier culto admitido en la República. 2. Los abogados, médicos, enfermeros, laboratoristas, contadores, en relación con hechos amparados legalmente por el secreto profesional y cualquiera otra persona que por disposición de la Ley pueda o deba guardar secreto”. (Ley 1564, 2012). En conclusión, el código general del proceso sostiene el tema de la reserva de la historia clínica para los médicos, entre otros asuntos a los cuales están obligados a preservar el secreto. En este orden de ideas, el médico como el abogado, no pueden ser obligados a declarar sobre hechos que por razón de su profesión se le han confiado, es

decir que es un privilegio de orden legal que consulta con la lógica, la moral y la ética en el buen desempeño profesional, porque en este caso se ha dicho que al médico se le confía por parte del paciente información personal, médica y familiar íntima y ni las mismas autoridades, así lo hagan coercitivamente, tienen derecho a conocerla, porque hace parte del fuero íntimo individual.

El acto médico Implicaciones éticas y legales

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad, en los artículos 23 y 245, haciendo claridad que el acceso a la historia clínica por los auxiliares del médico o por la institución donde el galeno labora, no viola la reserva y privacidad que ella implica (Decreto 3380, 1981), por otra parte el médico procurará que sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no responde por su revelación que ellos hagan (Decreto 3380, 1981). Estas dos normas son claras en señalar que no se viola el secreto profesional de la historia clínica, cuando los auxiliares del médico tratante o aquellos que necesariamente por razón de su oficio deban entrar en contacto con ella y obtengan su acceso, se trata de actividades eminentemente laborales, pero ellos igualmente deben guardar reserva celosa de lo que conocen; el médico debe ocuparse de que ellos guarden dicho secreto pero no responde por lo que ellos revelen, lo que para el caso se entiende que la responsabilidad por violación al secreto profesional si bien es cierto en principio es asunto del médico tratante, en la medida que sus auxiliares conozcan la información confidencial y la den a conocer abusivamente, se les traslada la responsabilidad y las sanciones por la revelación de dicho secreto. Esta es una norma que no se comparte, porque se asume que quien tiene el primer nivel de responsabilidad por revelación de la información almacenada en la historia clínica es el médico y esta se hace extensiva a sus auxiliares, a quienes les traslada dicha responsabilidad por lo cual debe variarse al sistema de solidaridad el hecho de dar a conocer esta información abusivamente.

Vale la pena en estos momentos recordar las palabras de Hipócrates donde marcó en su momento histórico la trascendental pauta del comportamiento del médico, que hoy en día en muchos aspectos deja mucho que desear y que evocaba 400 años a.C., el juramento hipocrático, el cual generaba compromiso a los médicos de callar lo que vieran y oyeren dentro o fuera de la actuación profesional, en temas de intimidad humana y no ha de ser revelado, porque estos temas han de ser secretos (Sanguinetti, 2011, p.3). Nótese que es antiquísima la fórmula sacramental de la profesión del médico, porque desde tiempos

inmemoriales y antes de construirse en su totalidad la historia de la humanidad, se obligaban a callar todo lo visto y oído dentro del actuar médico, relacionado con la intimidad de su paciente, todo aquello que no fuera objeto de revelación y que por tanto debían en su momento guardar el respectivo secreto. Este es un rito que históricamente debe siempre ser conservado, y duramente sancionado cuando se rompan esas reglas, porque impone que el médico guarde celosamente el secreto de la información que su paciente le confía.

Sobre el tema del secreto profesional, Castillo (2004) es claro en señalar las pautas legales que sobre el particular tiene la legislación colombiana, especialmente en la Ley 23 de 1981, donde se concibe como “ética médica” o el secreto médico descrito en el Artículo 37, que se refiere a la información que no es ético o lícito revelar injustificadamente, la cual obliga al médico a guardar el sigilo profesional respecto de lo visto, oído o comprendido en su ejercicio, excepto excepciones legales (Castillo, 2004, p.103). Con referencia a lo anterior, la Ley 23 de 1981 al referirse al tema de ética médica concibe como secreto médico de acuerdo con su artículo 37, la reserva de aquello que el médico no está obligado a revelar injustificadamente, que por obligación profesional y ética está obligado a guardar y que de acuerdo con el antiquísimo juramento hipocrático, esta compelido a preservar su secreto en todo lo que ve, oye, comprende o conoce con ocasión de su oficio de médico, y que solo está en capacidad de darlo a conocer en situaciones taxativamente ordenadas por la Ley.

Ahora bien, aunque anteriormente se tocó el tema, se reitera lo relacionado con la disposición que debe tener el médico para evitar se revele el secreto profesional y la Ley 23 de 1981 en Colombia le marca pautas legales, en primer lugar el artículo 39 establece que el médico cuidará que sus auxiliares guarden el secreto profesional y ello se extiende a todas y cada una de las personas que por razones de su profesión u oficio, o actividad, pueden acceder a esta información de tipo reservado. La violación a tal confidencialidad tiene sanciones penales. Se recomienda igualmente construir reglamentos internos para guardar el secreto médico y que reglamente el acceso a las historias clínicas y la clase de información que puede ser difundida de acuerdo con las disposiciones legales (Castillo, 2004, p.03).

De acuerdo con lo antes citado, el artículo 39 de la mencionada ley contiene la obligación legal del médico para que vigile que su equipo de trabajo guarde el secreto profesional,

que se entiende implícito en el conocimiento de la información inserta en la historia clínica de los pacientes a su cargo. Este secreto cubre a todos los profesionales o técnicos o tecnólogos que con ocasión de su oficio acceden a esa información confidencial y que, la normatividad penal sanciona la alteración de un documento privado. Por otra parte, se sugiere construir reglamentos internos en donde se haga hincapié acerca de la gravedad de la obligación de no revelación del secreto médico profesional, las repercusiones de índole legal por su abusivo descubrimiento y que se normalice el acceso a las historias clínicas, de acuerdo con el secreto profesional y por los profesionales y personal asistencial que la Ley y el oficio permiten su acceso.

Por otra parte, otra de las repercusiones de violación al secreto profesional contenido en las historias clínicas, se refleja en el derecho punitivo, porque lo que se incluya en una Historia Clínica lo vigila el Código Penal, tanto que la Ley penal establece dos controles que garantizan la legitimidad de ese documento médico, el primero su integridad física, acorde con el artículo 224 del Código Penal que consagra el delito de Falsedad Material y el otro respecto a su contenido, relativo al delito de Falsedad Ideológica, pues una persona incurre en falsedad material cuando destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que puede servir de prueba. De la misma forma, se tipifica la falsedad ideológica cuando en un documento genuino y verdadero al anotar en este, hechos o declaraciones falsas (De Brigard Pérez, p.3)

Según lo sugiere el anterior documento médico, las consecuencias de orden legal, entre ellas las descritas en el derecho punitivo que se podrían sintetizar en que hay dos controles que garantizan la legitimidad del documento en su integridad física y en su contenido, tal como viene descrito en el artículo 224 del Código Penal (hoy artículo 293 del actual código penal), que consagra el delito “Falsedad Material”, cuando se destruye, suprime u oculta total o parcialmente un documento privado que tiene la potestad de servir como prueba, el segundo control se refiere al contenido del documento, específicamente en el tipo penal de la Falsedad Ideológica, relativo a la consignación de hechos o declaraciones falsas en un documento genuino y verdadero. Sin embargo, se discrepa de los anteriores planteamientos en el sentido de que, si bien la historia clínica es un documento privado, ella es susceptible de ser objeto material de las conductas punibles de Falsedad en documento privado descrita en el artículo 289 del código penal, que sanciona la falsificación de documento privado que pueda servir de prueba (Codigo

Penal, 2000), o en los casos de uso de la misma en esas condiciones de no autenticidad, se incurriría en el delito de uso de documento falso descrito en el artículo 291 del código penal, porque a menos que se supriman hojas o se oculte parcial o totalmente este registro médico, o se oculte o destruya, la conducta a tipificar sería la descrita en el artículo 293, esto es destrucción, supresión u ocultamiento de documento privado.

Lo anterior no obsta para precisar que el Consejo de Estado, en sentencia Radicación número: 11878, de fecha 10 de febrero de 2000, con ponencia del Dr. Alier Eduardo Hernández Enríquez, aumentó el pago de perjuicios a la parte demandante, dentro de un proceso de reparación directa, contra la Universidad Industrial de Santander y al Hospital Universitario Ramón González Valencia, entre otras consideraciones, por encontrar alteraciones y faltas de anotaciones en la historia clínica del paciente (Sentencia 11878, 2000). En fallo de 28 de enero de 2009, con ponencia del magistrado Consejero ponente: Mauricio Fajardo Gómez, radicación número: 50001-23-31-000-1992-03589-01(16700), el Consejo de Estado precisamente por culpa de la insuficiencia de la información de las condiciones personales de la paciente, la información escueta allí sentada, no tuvo elementos de juicio suficientes para clarificar los hechos demandados ni pudo comprender todo lo sucedido en el procedimiento médico practicado a la víctima (Sentencia 16700, 2009).

Ahora bien, Guzmán Mora citando a Uribe Cualla explica tres clases de secreto profesional, el primero de ellos es absoluto, obliga al médico a callar siempre todo, sea en privado o ante autoridades judiciales; el segundo tipo de secreto es el relativo, en el cual no se calla ante la justicia, para colaborar en el descubrimiento de la verdad; la tercera clase de secreto es el de conciencia, donde el médico debe decir toda la verdad. En la misma medida la violación del secreto profesional implica que quien lo vulnera tenga profesión u oficio, que con ocasión de los mismos haya conocido del asunto, sea o no confidencial, que con el rompimiento de la confidencialidad cause o tenga la potencialidad de causar daño pese a estar obligado a guardarlo y que lo haga conscientemente a través de un delito, o lo haga desprevenidamente, produciendo una falta moral (Guzmán Mora, p.4)

Tomando en consideración lo expuesto, el secreto profesional puede ser absoluto, que obliga al médico a callar siempre, sea en público o en privado o incluso ante los estrados judiciales; igualmente puede ser secreto profesional relativo, cuando se revela para fines

judiciales y poder así esclarecer la verdad en los hechos que se investigan, y en los casos taxativamente señalados en la Ley, y el secreto profesional de conciencia en donde el médico debe dar a conocer lo que sabe, caso en el cual consideramos que es oponible revele información porque se entiende se le ha confiado datos de su paciente que hacen parte de su intimidad.

El mismo comentarista plantea que el secreto profesional se viola cuando quien lo infringe tiene una determinada profesión u oficio; que dicha confidencia se sabe especialmente por cuenta del ejercicio profesional o del oficio aludido, no importa que no sea reservada, que el médico al descubrirla genere algún perjuicio o esté en la potencialidad de causarlo al dar a conocer esa infidencia, a pesar que tiene el compromiso de guardar su secreto, o cuando se hace conscientemente y en forma voluntaria, rayando en los linderos delictuales o lo hace sin pensarlo, lo que amerita sanción moral.

Finalmente, Santos Ballesteros considera que “Para que dicha relación tenga pleno éxito debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico, el cual impone la más estricta reserva profesional (Santos Ballesteros, 2.006, p.266). De aquí emana con claridad que la relación médico-paciente se rige en un pacto entre ambos, que tenga como fundamento la responsabilidad mutua, que se autenticó y elaborado bajo pautas de lealtad, de donde emerge así la rígida reserva profesional entre ambos.

Como características de tal acto dual, se refieren a la autenticidad, que es una característica aplicable a los objetos en general que no tienen copia, que tienen una esencia única, porque la calidad de auténtico es conocida como autenticidad, esa es la condición o adjetivo para señalar lo que tiene documentación o certificación de verdad o seguridad y en cuanto a las personas, tal atributo corresponde a aquella que carece de hipocresía o no se muestra diferente a como realmente es (La computadora, 2016). De modo que, debe entenderse como auténtico la cualidad que identifica a las cosas que las acredita como reales, originales, verdaderas o seguras, e incluso se aplica como valor personal, para referirse a una persona desprovista de atributos negativos como la hipocresía, porque se muestra tal como es realmente y no finge ser nadie.

En tal sentido, emparejado con lo auténtico va la idoneidad, que se denomina la cualidad de idóneo, es decir, la aptitud, buena disposición o competencia de algo o alguien para

una finalidad específica, su procedencia de origen latino *idoneitas*, *idoneitātis* indica que debe referirse también a un sujeto adecuado, apropiado o conveniente, para emplearse en ciertos artes y oficios en el interior de una empresa privada o pública (Significado de Idoneidad, s.f.). En pocas palabras, la idoneidad es característica de lo idóneo, es decir que algún objeto animado o inanimado sea capaz, apto o tenga la suficiente disposición o aptitud para un fin determinado, y en otra acepción se considera, desde el punto de vista del talento humano, a la persona adecuada, apropiada, o capaz para el ejercicio de ciertos cargos o funciones dentro de una empresa o entidad.

Ahora bien, se ha planteado dos características algo abstractas, como son la idoneidad y la autenticidad, pero ellas resultan empleables en el manejo de la historia clínica, pues con base en ellas es posible cumplir los requisitos legales para la anotación e interpretación de los datos que en ella se insertan, por tanto al galeno tratante le asisten los principios de responsabilidad, lealtad y autenticidad en la confección de la historia clínica, porque como documento privado hace responsable a quien lo usa, para el caso, el personal médico y en cuanto al término de la lealtad, ella se rompe cuando no se le da el uso adecuado y resulta en perjuicio de los intereses de los pacientes tratados.

El acto médico: Consideraciones finales

La Ley 23 de 1981 habla de la responsabilidad en caso de riesgo previsto (Título II, Capítulo I, Artículo 16), cuando indica que la responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, como consecuencia del tratamiento al paciente, no puede ir más allá del riesgo previsto, lo que debe ser puesto en conocimiento del paciente, sus familiares o allegados por el galeno responsable de su atención (Congreso de Colombia, 1981). De lo anterior es claro advertir que el médico debe hacerse responsable por reacciones adversas, que se presenten en el paciente de inmediato al procedimiento realizado o posteriormente, pero solamente hasta el riesgo previsto el cual pondrá en conocimiento de los allegados o familiares del enfermo. Es notorio que el galeno puede tener la facultad de darles esperanzas a su paciente, pero en los actuales momentos no se puede dejar eso al azar sino que es obligación del médico dar la información al paciente, a sus familiares y a quienes le interese su salud, para tal fin debe dar un informe claro y conciso, sin ningún tipo de duda ni de ambigüedad, para evitar conculcar el derecho a la verdad que le asiste a esas personas, por tanto está obligado a informar siempre a ellos la verdad real de la situación clínica del paciente y el estado en que se encuentra la

patología que le trata, acudiendo al lenguaje y buen juicio, a su prudencia, pero contando primeramente con permiso del paciente para dar esa información. Debe aclararse que de conformidad con el artículo 34 de la Ley 23 aludida, además de ser el documento donde se registra obligatoriamente las condiciones de salud del paciente, tiene la calidad de documento privado sometido a reserva, al cual solo tienen acceso terceros mediando autorización del paciente o en los casos que señala la Ley.

En la Resolución 1995 de 1999 en su artículo 13, se refieren a la custodia de la historia clínica, la cual corresponde al prestador de servicios de salud que la generó durante el proceso de atención médica, observando todos y cada uno de los procedimientos de archivo y aquellos que fije la normatividad, de la cual el prestador del servicio de salud cuando el usuario o a su representante legal lo solicite, le puede entregar copia para dar cumplimiento a las normas que lo regulan (Ministerio de Salud, 1999). De acuerdo con lo antes citado, la vigilancia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud que la crea, como consecuencia de la atención sanitaria y debe posteriormente ser objeto de archivo, de acuerdo con la normatividad vigente. Se contempla igualmente que el usuario tiene derecho a copia de su historia clínica, directamente o por interpuesta persona autorizada, en caso de ser necesario, y de conformidad con las normas vigentes en la materia. Debe expresarse que esa norma fue derogada y que la Ley 594 de 2000, o Ley General de Archivos, en su artículo 25 reglamento lo relativo a la retención documental, organización y conservación de las historias clínicas y sobre ese mismo tema fue expedido la Resolución 389 del 23 de Marzo de 2017.

Ahora bien, evocando el principio de confidencialidad de la relación paciente médico que se plasma en la historia clínica, el artículo 14 de la Ley 213 de 1981 regula el acceso a la historia clínica, expresando que pueden acceder a ella, de acuerdo con términos legales, el usuario, el equipo de Salud, las autoridades judiciales y de salud de acuerdo con lo descrito legalmente (Ministerio de Salud, 1999). De lo anterior emerge claramente que solo el paciente o usuario, el equipo de salud o asistencial conformado por médicos, enfermeras, auxiliares de todo tipo, las autoridades judiciales o sanitarias en caso de adelantar algún tipo de actuaciones jurisdiccionales o administrativas y las demás personas que la Ley permita, pueden tener acceso a la historia clínica, he ahí entonces como se pone en práctica el principio de confidencialidad, por tanto su acceso es única y

exclusivamente para los fines que de acuerdo con la Ley resulten procedentes, manteniéndose así la respectiva a reserva legal.

Respecto a la seguridad con la cual deben guardarse las historias clínicas, que como ya se dijo manejan una información sumamente delicada y confidencial sobre la vida familiar y clínica del paciente, el artículo 16 de la resolución 1995 de 1999, se refiere a la seguridad del archivo de historias clínicas, indicando que es deber del prestador de servicios de salud archivar la historia clínica en un área restringida, que debe tener acceso solamente por el personal de salud que está autorizada para hacerlo, deben guardarlas de forma que se asegure su integridad física y técnica, sin riesgos de que puedan ser adulteradas o alteradas, siendo obligación de todos los prestadores de salud y las entidades responsables de la custodia de la historia clínica, procurar su conservación y cuidado (Ministerio de Salud, 1999).

Nótese entonces que además de ser confidencial la historia clínica mientras se usa entre paciente y galeno, guarda tal característica cuando debe ser almacenada y guardada. La misma ley tiene la previsión especial que sea guardada en un área restringida, parecida a los documentos de seguridad nacional, porque guardan secretos profesional o tienen el carácter de ser reservadas; el acceso a ellas también es limitado o restringido, no cualquier personal de salud la puede utilizar o revisar sino el personal de salud autorizado. Por otra parte, estas historias deben almacenarse en circunstancias que aseguren su integridad física y técnica, valga la redundancia su idoneidad y originalidad, sin que pueda ser adulterada o alterada la información que en ellas se almacena. En general, su custodia le compete a las instituciones prestadoras de servicios de salud y quienes se encargan del cuidado de la historia clínica, tienen la obligación de conservarla y responder por su preservación.

Valor jurídico de las historias clínicas

En primer lugar De Brigard Pérez menciona el papel fundamental que tiene la historia clínica en los procesos de responsabilidad médica, porque considera que tienen un papel protagónico, fundamental y a veces definitivo en los procesos de responsabilidad médica. Es indefectiblemente un documento de carácter obligatorio, condicionado a que puede ser siempre motivo de exhibición por un juez dentro de un proceso. Por tanto, la falta de cuidado al construirlo y al manejarlo, implica consecuencias jurídicas importantes, tanto

en los procesos de responsabilidad médica como en los procesos penales donde se exhiben documentos privados (De Brigard Pérez, s.f.).

De esta manera, tomando lo expuesto, para esta autora las historias clínicas tienen un rol esencial, y en casos hasta totalmente determinante en los procesos donde se investiga la responsabilidad médica, es un documento obligatorio, se repite propiedad del paciente por la información que allí se maneja, pero no escapa que sea exhibido o solicitado por un juez, mediante una orden para su descubrimiento y con fines probatorios dentro de determinado proceso. A contrario sensu, cuando se elabora con descuido y desorden tiene unas consecuencias jurídicas importantes, tanto en el respectivo proceso de responsabilidad médica como en los asuntos de índole penal relacionados con documentos privados. De tal forma, un error o información inexacta en las historias clínicas genera no solo consecuencias procesales o de responsabilidad médica, sino con incidencia dentro del derecho punitivo sancionador, por tanto ha de tenerse extremo cuidado en su anotación y manejo.

En ese sentido, la jurisprudencia del Consejo de Estado, Sección Tercera, con ponencia de la Dra. María Elena Giraldo Gómez, de 10 de agosto de 2005, Radicación: 68001-23-15-000-1993-09582-01(15178), consideró que la historia clínica depositada en entidades públicas es un documento público, que desde el punto de vista del contenido expreso, certifica la fecha y las anotaciones que realizó en la historia quien la elaboró, de conformidad con el artículo 264 del C. P. C, pero simultáneamente también prueba desde el punto de vista negativo, que el acto médico no ocurrió ahí (Sentencia 15178, 2005).

Barrera Trujillo se refiere expresamente a los procesos que se inician por la errada praxis médica, lo que da lugar a la iniciación de procesos de responsabilidad profesional contra los médicos, en los cuales se prueba el daño causado, siendo entonces la historia clínica el medio probatorio documental de prueba en esos expedientes, pero necesita ser elaborados de acuerdo a los conceptos de la ciencia médica y la regulación legal (Barrera Trujillo, s.f.). En resumidas cuentas, por el solo hecho de una equivocada práctica médica, da lugar a la iniciación de un proceso de responsabilidad de este tipo, en los cuales se debe demostrar que le fue injerido un daño o perjuicio a la persona sometida a cuidado médico, es allí donde la historia clínica es el documento por excelencia que sirve de medio probatorio auténtico e idóneo, que permite probar en dichos procesos si hubo o no responsabilidad en el manejo del caso por el médico tratante, que en el último caso lo

exonera de responsabilidad en los casos en que la historia se crea conforme a los parámetros legales que la regula y conforme a los principios que la gobiernan.

Según García Villaraco, la historia clínica es fundamental en los procesos asistenciales y judiciales, que no puede ser ajena a los avances tecnológicos, pero sin perder de vista la esencia de la relación paciente-galeno, porque resulta como pieza clave de todo proceso asistencial médico y que no puede discutirse al interior del proceso judicial. Es un documento de vital importancia que se ha ido adaptando al avance de la tecnología y la informática, en la medida que actualmente se elaboran historias clínicas digitalizadas, lo cual arroja la importancia para atender adecuadamente al paciente, quien debe entablar con su médico una nueva forma de relacionarse y ambos con la sociedad, sin descuidar el objeto de consulta (García-Villaraco Delgado, 2015, p.3).

De acuerdo con lo antes citado, la historia clínica es vital en los procesos tanto médico asistenciales como judiciales, es un documento de suma importancia que ha cambiado diametralmente su forma de elaborarlo por escrito hasta la actual historia digital, evolucionando de acuerdo con la técnica y tecnología, especialmente en el área informática, lo cual puede fácilmente repercutir en una mejor atención y relación paciente-galeno y conduce a una atención sanitaria adecuada, sin que la revolución tecnológica haga olvidar el fuerte nexo que ata al enfermo con su médico.

Sin embargo, la historia clínica tiene unos requisitos de validez, existencia y eficacia, porque ella y demás registros médicos, son documentos de alto valor médico-legal y académico, fundamentales como medio probatorio en diferentes procesos legales. Su adecuada elaboración, administración y gestión influye directamente a mejorar la calidad de atención de los pacientes, a hacer más óptima la actividad de los establecimientos sanitarios, a que se protejan adecuadamente los intereses legales que tienen paciente, personal asistencial y el mismo establecimiento, entre otras actividades dar información para investigación y docencia (García-Villaraco Delgado, 2015, p.27). Como se puede inferir tanto la Historia Clínica como los registros médicos, son documentos de mucho peso desde el punto de vista médico-legal, académico y probatorio, especialmente en procesos legales en todas las jurisdicciones, incluidas la disciplinaria y la penal, en donde su adecuado manejo y cometido redundan directamente para optimizar la calidad del servicio asistencial de los pacientes, de las entidades prestatarias del servicio de salud, para asegurar la preservación de las garantías o intereses del usuario, del personal

asistencial de salud y de los mismos establecimiento donde se presta dicho servicio, también sirven como fuente fidedigna de consulta para temas de investigación y docencia en el campo universitario y científico.

Otro aspecto importante respecto de la importancia de la historia clínica en el campo jurídico, implica que en ella aparece no solamente la práctica médica o acto médico, sino también el adecuado cumplimiento de deberes del personal asistencial en su servicio médico al paciente, tales como el de asistencia, el de información, siendo así prueba documental que evalúa el nivel de la calidad asistencial, cuando se llegaren a presentar reclamaciones por fallas de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas (García-Villaraco Delgado, 2015, p.27).

Atendiendo a las anteriores consideraciones, es claro que la historia clínica desde el plano jurídico legal representa anotaciones puntuales y precisas de la práctica que hace el médico en el ejercicio profesional de la medicina, en cada uno de sus distintos eventos que interviene para mejorar la condición de salud y vida de sus pacientes, implica igualmente el registro de la actividad laboral de cada uno de los actores de la salud, verbigracia el personal asistencial como enfermeras, auxiliares, médicos de otras especialidades, los resultados de exámenes de laboratorios y de imagenografía y otros exámenes especiales, en los cuales intervienen tanto profesionales como técnicos y tecnólogos de la salud, actividades en las cuales debe cumplirse los deberes de asistencia y de información al paciente, de modo que la historia clínica adquiere la connotación de prueba documental que sirve como pauta fundamental para valorar el nivel de la calidad de la prestación del servicio asistencial, cuando se llegan a presentar reclamos o quejas en materia de responsabilidad a los profesionales de la salud o de la entidad sanitaria en la cual laboran.

Desde el punto de vista probatorio, la historia clínica implica un documento evidente para evaluar la responsabilidad de la actividad profesional del médico, en donde se puede demostrar si ha sido o no negligente, en suma el acto médico es negligente cuando rompe normas comunes a diferentes niveles, o sea hay descuido u omisión, que ponderada la conducta de un médico frente a la de otro de similares conocimiento, experiencia y preparación académica, quienes debe asumir una conducta lógica, medida y propia del deber de cuidado, y la *lex artis* que rigen el acto médico específico, se llega a la conclusión que actuó lejos de los parámetros mínimos de cuidado, de modo

que ella es fiel reflejo desde que se abre hasta que se analiza su contenido científico (Guzmán, 2012, p.17).

Es posible observar que el actuar médico por fuera de los protocolos implica una violación flagrante a protocolos normales de esta actividad, es decir se configura como un descuido del galeno a las actividades que regularmente debe realizar en un paciente, y que al valorar una conducta médica frente a otra de un colega con formación académica, experiencia y conocimientos similares, así como dotado de la suficiente responsabilidad que su trayectoria le ha confiado, y que se espera una conducta adecuada a ese perfil, idónea y concordante con el excesivo deber de cuidado que se debe tener en esta profesión, el arte médico que regula el comportamiento del profesional, se deduce que cuando un médico se aparta de tales parámetros actúa por fuera de la exigencia mínima de cuidado, de modo que la historia clínica es un elemento probatorio clave para medir si esta actividad fue o no negligente y si se ajustó o no a los procedimientos médicos respectivos.

Esta situación era objeto de exigencia del código de procedimiento civil, cuando indicaba que la historia clínica es un documento considerado como medio de prueba, de conformidad con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175), el cual señala que sirven como pruebas, "la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez [...]" (Guzmán, 2012, p.18). Nótese que la norma no señala taxativamente la historia clínica, pero esta tiene la calidad de documento, tiene valor probatorio ante la Ley, entre otro tipo de documentos y en su momento así lo regulaba el artículo 175, tanto que tenía como pruebas la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualquier otro medio probatorio hábiles para poder convencer de su entidad probatoria al juez.

Este poder probatorio no solo lo tiene dentro del proceso judicial sino dentro del proceso de responsabilidad médica, en el cual el hecho de ser una prueba no controvertible, induce a pensar que pueda servir de prueba reina del proceso. Se dice igualmente que quien lleva el proceso tiene conocimientos intelectuales, técnicos y científicos especiales para interpretarla; usualmente se encuentra que los informes conclusivos de una historia

se soportan en su contenido, sin considerar otros medios probatorios tales como los testimoniales; que igualmente permite el esclarecimiento de los hechos, porque no siempre en ellas se reporta toda la atención dada al paciente, ora por tiempo o en cumplimiento de protocolos institucionales (Ocazonez Osorio, 2014).

Con base en lo antes expuesto, es posible afirmar que la historia clínica no admite controversia, indica que igualmente es totalmente pertinente para fijarla como prueba reina en materia procesal. El médico que actúa como juez del proceso que debe entenderse es por ética médica, ha de tener la preparación intelectual, técnica y científica suficiente para poder darle la adecuada interpretación, de donde es fácil observar que al realizar los informes de conclusión, estos se soportan totalmente en lo que aparece anotado en la historia clínica, descartando los restantes medios de prueba y dando así prevalencia a la historia, pese a que con medios como los testimoniales es posible llegar al esclarecimiento de los hechos, pero no siempre esto se refleja en las historias clínicas el tipo de atención recibida por el paciente por parte del personal asistencial, ora por argumentos de tiempo o en bien por cuestiones de tiempo o en observancia de protocolos de la institución.

Ya desde el punto de vista procesal, para (García-Villaraco, 2015), la historia clínica tiene una función dual pero con posturas probatorias sumamente extremas, en los casos en los cuales es procesado un médico por responsabilidad médica, porque puede ser simultáneamente el mejor aliado o el peor enemigo del médico en juicio. Es una especie de "caja negra" que almacena la verdad y contiene todas y cada una de las incidencias positivas y negativas del proceso asistencial (García-Villaraco Delgado, 2015, p.28). Dicho de este modo, la historia clínica desde el punto probatorio procesal en la intermediación de un proceso de responsabilidad médica, trátase de cualquier jurisdicción, puede significar material probatorio ambiguo, en la medida que como se trata de un documento que almacena la verdad de la actividad médica que se investiga, puede actuar u operar a favor o en contra de los intereses del médico, pues es allí donde se anotan en forma secuencial y cronológica, todas y cada una de las actividades e intervenciones del personal sanitario en procura de mejorar la salud del paciente cuya evolución allí se registra.

Sobre la misma base argumentativa, se sostiene cuál es el rol que representa la historia clínica en materia probatoria cuando de la averiguación de la verdad clínica, porque ella asume el rol de principal instrumento para examinar, comprobar y averiguar la actuación

profesional del médico con el paciente en la relación sanitaria, y viceversa, y que tanto el comportamiento del galeno refleja la acusación de un resultado no deseado. Es una ventaja para Jueces y Tribunales, al ser un formato ya creado y documentado, que tiene la capacidad de salvar o no al profesional que intervino en el proceso. (García-Villaraco Delgado, 2015, p.29). De acuerdo con esta cita, la historia clínica es una herramienta vital para el cotejo y verificación de la actividad del médico tratante y su personal sanitario de apoyo, respecto al paciente y al interior de la relación sanitaria trabada entre ambos por la confianza que el enfermo deposita en su médico para recuperarse de sus dolencias y mejorar su condición de vida, y de la misma manera, en ella se recupera información precisa si el paciente fue quien pudo provocar que se desencadenen los resultados no deseados, de los cuales se acusa al médico, y que para el caso de los funcionarios judiciales encargados de la revisión documental, marca una línea de trabajo debidamente documentada y soportada, que puede guiarlos a tomar decisiones que favorezcan o no al médico tratante que intervino en el proceso asistencial.

También se hace una breve referencia a la historia clínica electrónica, de común utilización en España, de la cual se precisa que es habitualmente consultada, refleja huellas de quien la ha consultado. En tal sentido la LEC 1/2000, de 7 de enero, permite como instrumentos de reproducción la palabra, el sonido y la imagen, los cuales pueden ser estimados por los jueces, por lo que no hay impedimento para consulta de la Historia Clínica electrónica como medio probatorio en un proceso judicial, sin que sea fuente de prueba exclusiva y que se impide valorar otros medios probatorios aportados (García-Villaraco Delgado, 2015, p.34). Se concluye entonces que en la historia clínica se van dejando las anotaciones vestigios de la consulta particular que hace cada profesional o miembro del equipo asistencial, y que en la legislación española la Ley 1 de 7 de enero de 2000 permite como orígenes de la actividad médica la oralidad, el sonido y la imagen, que escrutará en forma privada y personal la autoridad judicial, por tanto nada impide que se pueda construir la historia clínica electrónica como material probatorio que haga parte de una litis, ni que dejen de admitirse otro tipo de pruebas tradicionales, que incluso muchas de ellas como los resultados de exámenes imagenológicos ya se vienen haciendo en forma digital, computarizada y de alta precisión en favor de la recuperación de la salud del paciente, porque emiten un dictamen preciso al médico tratante.

Conclusiones

La historia clínica es el documento donde se registra cada una de las novedades somáticas, psíquicas, sociales, culturales y económicas que se presentan en la salud del paciente, es reservado entre paciente y galeno, y solo los familiares del enfermo tienen acceso al mismo en los casos señalados en la Ley. Se archiva también en forma confidencial por medio del Archivo de Gestión, en el Archivo Central y en el Archivo Histórico.

La historia clínica tiene características de Integralidad, Secuencialidad, Racionalidad científica, Disponibilidad y Oportunidad. Registra datos íntimos del paciente, desde sus inicios hasta su recuperación, es de suma importancia la organización de todas y cada una de las etapas de orden médico, para detectar el nexo de causalidad entre el actuar médico y el resultado no deseado producido.

La historia clínica representa la experiencia y formación profesional del médico y hace un examen de sus capacidades, verifica su historia y antecedentes familiares, factores de riesgo. La confidencialidad es vital en la relación médico-paciente aquel confía en el médico su intimidad, este debe asumir una actitud pulcra y ética, no debe revelarla. El secreto profesional implica la información de la historia clínica de un paciente solo puede conocerse únicamente por el enfermo, quien es el dueño de sus datos; sus familiares, a quienes no debe ocultarse la información de su estado de salud.

No se viola el secreto profesional de la historia clínica, cuando los auxiliares del médico tratante o quienes por razón de su oficio entran en contacto con ella obtengan su acceso.

La historia clínica es un documento privado, por ello puede ser objeto material de las conductas punibles de Falsedad en documento privado tipificada en el artículo 289 del código penal, o cuando se usa en esas condiciones apócrifas, se perpetra el delito de uso de documento falso contenido en el artículo 291 del código penal, y cuando se suprimen hojas o se oculte parcial o totalmente o se destruye este registro médico, la conducta a punir sería la contenida en el artículo 293, destrucción, supresión u ocultamiento de documento privado.

El secreto profesional es Absoluto, obliga al médico a callar en público, en privado o incluso ante los estrados judiciales; puede ser relativo, cuando se revela para fines judiciales y es secreto profesional de conciencia para que el médico revele lo que sabe. El

médico responde por reacciones adversas, que presente el paciente hasta el riesgo previsto dado a conocer de los allegados o familiares del enfermo.

La vigilancia de la historia clínica es responsabilidad del prestador de servicios de salud por la atención sanitaria y debe ser archivada. Ellas tienen el rol determinante en los procesos de responsabilidad médica, es privada por la información que allí se maneja, puede ser exhibida por un juez, mediante una orden judicial y con fines probatorios.

De una errada práctica médica, se inicia un proceso por la consecuente responsabilidad inferida a la persona sometida a cuidado médico, la historia clínica es el documento como medio probatorio auténtico e idóneo, para probar si existió o no responsabilidad en el manejo del caso por el médico tratante.

Referencias Bibliográficas

Alcaraz Agüero, M. N. (2010). La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *Medisan*, 14(7), 982-993. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700018&Ing=es&tIng=es

Antomás, J. & Huarte del Barrio, S. (2011). Confidencialidad e historia clínica: Consideraciones ético-legales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 73-82.

Barrera Trujillo, M. (2018). La historia clínica como medio probatorio documental. *Pasión por el derecho*.

Brigard Pérez, A. M. (1996). Valor jurídico de las historias. *Asociación colombiana de hospitales y clínicas*.

Castillo Cárdenas, N. R. (2004). Documentos médicos. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 19(2), 100-108.

Franco Delgadillo, E. (s.f.). La historia clínica importancia y repercusiones. *Médico-legal. Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud*.

García-Villaraco Delgado, B. (2015). Historia clínica como medio de prueba. *Asociación español de derecho sanitario*.

Guzmán, F. & Arias, C. A. (2012). La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. *Revis. Colomb. Cir*, 27(1), 15-24. Recuperado a partir de: <http://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/195>. Available from: ISSN, 7582

Guzmán, F., Franco, E., Morales, M. C. & Mendoza, J. (1994). El acto médico: Implicaciones éticas y legales. *Acta Médica Colombiana*, 19(3), 139-149.

Martínez Cabrera, B. (2011). *Estudio avanzado sobre la Historia Clínica*. España: Fesitess Andalucía.

Ocazonez Osorio, M. (2014). *La historia clínica como prueba dentro del proceso ético disciplinario de los profesionales de la medicina*. Colombia: Universidad Pontificia Bolivariana.

Oxford University Press (2018). *oxford learners dictionaries*. Recuperado de: <https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/us/>

Ruiz, W. (2004). (C. Jurídico, Ed.) Obtenido de Revistas.javerianacali.edu.co/index.php/criteriojuridico/article/download/232/962

Sanguinetti, F. (2011). *Seminario Confidencialidad en la relación médico paciente*.

Santos Ballesteros, J. (2006). *Instituciones de responsabilidad civil*. Tomo II. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Ciencias Jurídicas.

SIDEME (2018). *Sociedad iberoamericana de derecho médico*. www.sideme.org

Legislación y otros documentos

Colombia, Congreso de la República, Ley 23 de 1981 (18 de febrero). Por la cual se dictan Normas en materia de ética médica.

Colombia, Presidencia de la República. Decreto Número 3380 de 1981 (noviembre 30) por el cual se reglamenta la Ley 23 de 1981.

Colombia, Ministerio de Salud. Resolución Número 1995 de 1999 (Julio 8). Por la cual se establecen normas para el manejo de la Historia Clínica.

Colombia, Congreso de la República Ley 599. (24 de julio de 2000), Por la cual se expide el Código Penal.

Colombia, Congreso de la República Ley 1564. (12 de julio de 2012). Por medio de la cual se expide el Código General del Proceso y se dictan otras disposiciones.

Ministerio de Salud y Protección social, Resolución 389 del 23 de Marzo de 2017. Por la Cual se modifica la Resolución 1995 de 1999 y se dictan otras disposiciones.

Sentencia 7973, (Consejo de Estado. Sentencia del 18 de abril de 1994. Consejero Ponente: Dr. Julio César Uribe Acosta. 18 de abril de 1.994).

Sentencia Radicación 11878, (Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera 10 de febrero de 2000). Consejero Ponente Alier Eduardo Hernández Enríquez.

Sentencia 15178, Radicación: 68001-23-15-000-1993-09582-01(15178) (Consejo de Estado, Sección Tercera 10 de agosto de 2005). Consejera Ponente María Elena Giraldo Gómez.

Sentencia 14.957, radicado (Consejo de Estado, 16 de agosto de 2006). Consejero Ponente Mauricio Fajardo Gómez.

Sentencia 16700, Radicación número: 50001-23-31-000-1992-03589-01(16700) (Consejo de Estado, Consejero Ponente Mauricio Fajardo Gómez, 28 de enero de 2009).

Sentencia T-361, Expediente T-4.216.454 (Corte constitucional 10 de junio de 2014). Magistrado Ponente Jorge Ignacio Pretelt Chaljub.

Sentencia T-100/16, Expediente T-5165162 (1 de marzo de 2016). Magistrado Ponente María Victoria Calle Correa.

Sentencia T-036/17, Referencia: Expediente T-5.755.684 (26 de enero de 2017). Magistrado Ponente, Alejandro Linares Cantillo.

Para citar este artículo:

Rodríguez Manjarrés, R. E. (2019). Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil médica. *Vis Iuris. Revista de Derecho y Ciencias Sociales*, 6(11). Recuperado a partir de

<https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/visiuris/article/view/1268>

La historia clínica: elemento fundamental del acto médico

FERNANDO GUZMÁN¹, CARLOS ALBERTO ARIAS²

Palabras clave: registros médicos; ética médica; legislación médica; confidencialidad.

Introducción

La historia clínica es uno de los elementos más importantes de la relación entre médico y paciente. Esta relación, objetivo esencial de la medicina, se encuentra consagrada en la Ley 23 de 1981, la cual expresa en su artículo IV:

“[...] La relación médico-paciente es elemento primordial en la práctica médica. Para que dicha relación tenga pleno éxito, debe fundarse en un compromiso responsable, leal y auténtico [...]”.

La historia clínica es una de las formas de registro del acto médico, cuyas cuatro características principales se encuentran involucradas en su elaboración y son: profesionalidad, ejecución típica, objetivo y licitud. La profesionalidad se refiere a que solamente el profesional de la medicina puede efectuar un acto médico, pues en esencia son los médicos quienes están en capacidad de elaborar una buena historia clínica. La ejecución es típica cuando se hace conforme a la denominada *lex artis ad hoc*, debido a que la medicina siempre se ejerce de acuerdo con las normas de excelencia de ese momento,

a pesar de las limitaciones de tiempo, lugar y entorno. El objetivo de ayuda al enfermo se traduce en aquello que se transcribe en la historia. La licitud se debe a que la misma norma jurídica respalda a la historia clínica como documento indispensable.

Importancia y repercusiones de la historia clínica

Constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano.

Por definición, 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.

Intenta encuadrar el problema del paciente.

De acuerdo con los conocimientos presentes, la queja del enfermo se ubica dentro de un marco teórico que sea capaz de integrar sus síntomas, signos y documentos paraclínicos, con el objetivo de explicar la causa de la dolencia y las formas de combatirla en sus mismas raíces.

Orienta el tratamiento.

El individuo que acude en busca de consejo y alivio para sus enfermedades se llama paciente. Quien recibe la información, la procesa y la utiliza para entregar una opinión

¹ Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia; Miembro de la ACC; Magistrado, Tribunal Nacional de Ética Médica.

² Cirujano cardiovascular, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Fecha de recibido: 16 de noviembre de 2011

Fecha de aprobación: 16 de noviembre de 2011

científica y con base en ella disponer un tratamiento, se llama médico. Y una de las partes más importantes del acto médico es la disposición terapéutica, sea de tipo biológico o psicológico.

En la historia clínica queda constancia de los pasos que se siguieron para llegar a esa opinión científica. De allí, la importancia de su exhaustividad, con el objeto de encuadrar el mayor número de datos en forma ordenada y así llegar a conclusiones válidas.

Posee un contenido científico de investigación.

La investigación científica es uno de los objetivos de la medicina. Con esto no se hace referencia a grandes proyectos y métodos de extrema sofisticación únicamente. Cada paciente es sujeto de su propia investigación, comenzando por el diagnóstico de su enfermedad.

Ciertamente, en el campo terapéutico, el médico se debe atener a lo dispuesto en las leyes, los códigos de ética y la *lex artis*. Por lo tanto, debe orientar el tratamiento, la prescripción de medicamentos y la planeación de procedimientos invasivos, de acuerdo con las normas de excelencia aceptadas en ese momento por la sociedad y la ciencia médica.

Investigar no es administrar sustancias no aceptadas por estudios científicos previos. Esto es experimentación humana sin consentimiento y constituye un delito.

El Código de Ética Médica hace referencia a este punto:

“[...] 2. El hombre es una unidad síquica y somática, sometido a variadas influencias externas. El método clínico puede explorarlo como tal, merced a sus propios recursos, a la aplicación del método científico natural que le sirve de base, y a los elementos que las ciencias y la técnica ponen a su disposición. En consecuencia, el médico debe considerar y estudiar al paciente, como persona que es, en relación con su entorno, con el fin de diagnosticar la enfermedad y sus características individuales y ambientales, y adoptar las medidas, curativas y de rehabilitación correspondientes. Si así procede, a sabiendas podrá hacer contribuciones a la ciencia de la salud, a través de la práctica cotidiana de su profesión [...]”, Artículo 2, Ley 23 de 1981.

Adquiere carácter docente.

Hoy en día, el trabajo médico, especialmente el de tipo hospitalario, se lleva a cabo en equipo. El ejercicio exclusivamente individual es cada vez más escaso. En las escuelas de medicina y en los hospitales se impone a los docentes la responsabilidad de velar por el correcto desempeño de los practicantes (internos y residentes) y de responder por sus errores culposos, claro está, siempre y cuando “[...] pese a su cuidado y autoridad no hubieren podido evitar el hecho [...]” (Código Civil, Artículo 2347 *in fine*).

La estructura de un hospital universitario se mueve alrededor de la jerarquía académica de sus docentes. Allí trabajan los especialistas por varios motivos, entre los que se cuentan: el volumen de casos que pueden ser atendidos, el tipo de enfermedades que presentan los pacientes que acuden a esa institución, la posibilidad de efectuar investigaciones clínicas específicas por la clase de lesiones que allí se observan, el honor de la docencia, la remuneración y el amor al trabajo hospitalario.

En la historia clínica se registran las acciones terapéuticas y de manejo médico de los pacientes. Asimismo, en forma explícita o no, se encuentran elementos de la participación del equipo médico, incluyendo las notas del personal en adiestramiento, todas las cuales deben ir respaldadas por la firma del responsable legal del enfermo:

“[...] 5. Conforme con la tradición secular, el médico está obligado a transmitir conocimientos al tiempo que ejerce la profesión, con miras a preservar la salud de las personas y de la comunidad. Cuandoquiera que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la medicina o a regentar cátedras en las mismas, se someterá a las normas legales y reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional [...]”, Ley 23 de 1981,

y el Decreto 3380 de 1981:

“[...] Artículo 30. Las historias clínicas pueden utilizarse como material de consulta y apoyo a los trabajos médicos, con sujeción a los principios del secreto profesional y de la propiedad intelectual [...]”.

Constituye importante elemento administrativo.

Por obvias razones de tipo económico y gerencial, la historia clínica es el documento más importante para respaldar los procedimientos practicados, las complicaciones sufridas y los costos monetarios de quienes responden por cada enfermo.

Tiene implicaciones médico-legales.

Por un lado, es parte del contrato de servicios médicos, cuyo fundamento se basa en varios aspectos, a saber:

Capacidad de los sujetos. Se origina en el uso completo de las facultades intelectuales, el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas, así como la integridad de las funciones mentales para comunicar esta decisión.

Consentimiento. Se basa en la manifestación expresa de voluntades y el acuerdo mutuo. El consentimiento se define como la declaración de voluntad sobre un objeto (Artículo 1517 del Código Civil). Toda declaración de voluntad debe tener por objeto una o más cosas en que se trata de dar, hacer o no hacer.

Objeto lícito. Esto quiere decir, ajustado a la ley.

Causa lícita. O sea, aquella permitida por la ley, es decir, de acuerdo con el orden público y las buenas costumbres.

Entre el paciente y su médico se establece la típica relación de contrato consensual, por la cual el médico se compromete a colocar todos los medios de su parte para devolver o mantener la salud del enfermo, quien, a su vez, se compromete a pagar unos honorarios al profesional por su trabajo.

Esta forma de relación puede ser de varios tipos:

- a través de entidades hospitalarias de servicio público en donde el médico es un empleado a sueldo;
- a través de instituciones como el seguro social;
- mediante entidades privadas que contratan su infraestructura con corporaciones, ofreciendo su cuerpo médico como parte del contrato, o
- por medio de empresas de medicina prepagada.

Aunque en estos casos el paciente no busca voluntariamente al médico, se somete a ser atendido por quien se encuentra de turno o llamada. Esto no descarta la relación contractual entre el médico y el enfermo, sino que, más bien, involucra a un tercero: la institución prestadora de servicios, que le paga al médico por su trabajo y debería garantizarle al enfermo la mejor atención posible. La historia clínica es elemento fundamental en cualquiera de las formas de contratación.

En segundo lugar, es la base de demostración de la diligencia médico-hospitalaria. Diligencia es la cualidad por la cual el médico ejerce su acto profesional utilizando los principios de cuidado, exactitud, ciencia y conocimiento, con el objeto de llegar a un diagnóstico preciso de las condiciones de un enfermo, para orientar su tratamiento. Negligencia, la actitud contraria a la diligencia, es sinónimo de abandono, dejadez, desidia, descuido e incuria. Es un acto mediante el cual se viola un deber de atención, estando en capacidad intelectual y técnica de preverlo.

La Corte Suprema de Justicia manifiesta a este respecto:

“[...] el médico tiene el deber de poner todo su cuidado y diligencia siempre que atienda o beneficie a sus pacientes con el fin de probar su curación o mejoría; lo que por negligencia, descuido u omisión cause perjuicio a la salud de aquellos incurre en una conducta ilícita que será calificada por el juez según su magnitud [...]”, Legis. Jurisprudencia y Doctrina. Bogotá: Legis; 87.Tomo XVI. 184. p. 322.

El acto médico negligente es una transgresión a normas comunes de sensatez a diferentes niveles. Es decir, constituye un descuido u omisión tal, que al comparar la conducta de un médico con la de otro que posea un conocimiento similar y el correspondiente sentido común de responsabilidad que les ha conferido la experiencia y el estudio respectivos, y de quienes se esperaría una conducta lógica, mesurada y acorde con el deber de cuidado y la *lex artis* que rigen el acto determinado que se analiza, se concluye que obró por fuera de los parámetros mínimos de cuidado.

La historia clínica es uno de los elementos probatorios de la diligencia, desde su elaboración formal hasta su trasfondo científico.

En tercer lugar, posee carácter probatorio ante la ley.

La historia clínica es una forma de prueba, pues se considera documento. De acuerdo con el Código de Procedimiento Civil (Sección III, Régimen Probatorio, Título XIII, Pruebas, Capítulo I, Artículo 175):

“[...] Sirven como pruebas, la declaración de parte, el juramento, el testimonio de terceros, el dictamen pericial, la inspección judicial, los documentos, los indicios y cualesquiera otros medios que sean útiles para la formación del convencimiento del juez [...]”.

El mismo Código, en su artículo 251, expresa:

“[...] Son documentos los escritos, impresos, planos, dibujos, cuadros, fotografías, cintas cinematográficas, discos, grabaciones magnetofónicas, radiografías, talones, contraseñas, cupones, etiquetas, sellos y, en general, todo objeto mueble que tenga carácter representativo o declarativo [...]”.

Documento es todo aquel elemento perceptible por los sentidos del oído y la vista que al ser examinado sirva para comprobar la existencia de un hecho o una manifestación del intelecto y que, por lo tanto, puede ser llevado físicamente ante el juez.

Según el profesor J. Parra Quijano, en el aspecto procesal y probatorio hay dos tipos de documentos: solemne, cuando la ley impone que un acto se celebre por medio de un documento específico, como la venta de un inmueble o un consentimiento informado, y probatorio, cuando se constituye como objeto permanente de representación como medida de seguridad (historia clínica).

Además, la historia clínica es parte de la función del médico como auxiliar de la justicia, evento consagrado en la Ley de Ética Médica:

“[...] 6. El médico es auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello. En una u otra condición, el médico cumplirá su deber teniendo en cuenta las altas miras de su profesión, la importancia de la tarea que la sociedad le encomienda como experto y la búsqueda de la verdad y sólo la verdad [...]”.

Características de la historia clínica

Su práctica es obligatoria. Ningún acto médico hospitalario o de consultorio debe efectuarse sin su correspondiente registro en la historia clínica. En las instituciones de salud se exige la historia clínica como elemento indispensable para ejercer una medicina de calidad.

Por otro lado, en caso de complicaciones (salvo en algunos casos de extrema urgencia y corto tiempo disponible), su ausencia no tiene excusa.

Es irremplazable. La escritura de la historia no puede ser reemplazada por la memoria del médico. Es lógico que no se puedan conocer detalles de cada paciente, ni por el número ni por la complejidad individual de cada ser humano.

Es privada y pertenece al paciente. Aquí se integran los conceptos de confidencialidad, secreto profesional e información.

Confidencialidad. Existe un aspecto relevante y es el de la historia clínica como documento reservado, calidad que se le reconoce sin dudas en Colombia, como lo prueba el ejemplo reciente del 29 de septiembre de 1993: el magistrado Carlos Gaviria de la Corte Constitucional, declaró que los jefes de las fuerzas armadas no pueden violar la reserva de la historia clínica de quien pertenece a la institución castrense, pues eso va en contra de los derechos elementales de la persona.

La Ley 23 ya lo había contemplado en su Título II, Capítulo III, Artículo 34:

“[...] La historia clínica es el registro obligatorio de las condiciones de salud del paciente. Es un documento privado, sometido a reserva, que únicamente puede ser conocido por terceros previa autorización del paciente o en los casos previstos por la ley [...]”.

Asimismo, en el Artículo 38:

“[...] Teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá hacer:

A) al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga;

B) a los familiares del enfermo, si la revelación es útil al tratamiento;

C) a los responsables del paciente cuando se trate de menores de edad o de personas mentalmente incapaces;

D) a las autoridades judiciales o de higiene y salud, en los casos previstos por la Ley;

E) a los interesados, cuando por defectos físicos irremediables o enfermedades graves infectocontagiosas o hereditarias, se ponga en peligro la vida del cónyuge o de su descendencia [...]”.

Esta norma tiene, a su vez, repercusión para efectos procesales, ya que el médico, al igual que otros profesionales, no está obligado a declarar sobre aquello que se le ha confiado o ha llegado a su conocimiento por razón de su oficio o profesión (Artículo 214 del Código de Procedimiento Civil).

Infortunadamente, la confidencialidad de la historia clínica está siendo negada por los nuevos sistemas de salud y las tecnologías que utilizan. En principio, tienen acceso a la historia clínica el médico tratante, los que atienden las interconsultas, el personal paramédico y el personal en adiestramiento que se admite para el manejo del caso específico. Sin embargo, aunque existen indicaciones específicas sobre formatos de información (Resolución 3905 de junio de 1994), las entidades prestadoras de servicios (EPS) disponen de la información a su arbitrio, particularmente a través de sus auditores médicos.

El Decreto 3380 contempla la violación de la confidencialidad en la siguiente forma:

“[...] Artículo 23. El conocimiento que de la historia clínica tengan los auxiliares del médico o de la institución en la cual éste labore, no son violatorios del carácter privado y reservado de ésta.

Artículo 24. El médico velará porque sus auxiliares guarden el secreto profesional, pero no será responsable por la revelación que ellos hagan [...]”.

Secreto profesional. En el juramento hipocrático se estipula:

“[...] Aquello que yo viere u oyere en la sociedad, durante el ejercicio, o incluso fuera del ejercicio de mi

profesión, lo callaré, puesto que jamás hay necesidad de divulgarlo, considerando siempre la discreción como un deber en tales casos [...]”.

El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión, se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar, salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Según Uribe Cualla, existen tres tipos de secreto profesional médico:

- *Absoluto.* El médico debe callar siempre todo, bien sea en privado o ante la justicia.
- *Relativo.* No debe guardarse frente a la justicia, para así colaborar en la búsqueda de la verdad.
- *De conciencia.* El médico debe divulgar la verdad.

Según Uribe Cualla, se requieren varias condiciones para que exista violación del secreto profesional:

- que el infractor tenga una profesión u oficio;
- que el asunto se haya conocido con motivo del ejercicio profesional, aunque no tenga nada de confidencial;
- que cuando el médico con la revelación de lo secreto, no obstante tener la obligación de guardarlo, causa algún perjuicio o haya la posibilidad de causarlo, o
- que se haga con plena conciencia (delito) o inadvertidamente (falta moral).

La violación del secreto se contempla en el Código Penal:

“[...] El que teniendo conocimiento, por razón de su profesión, arte u oficio, de un secreto, lo revelare sin justa causa, incurrirá en arresto de tres meses a un año y suspensión para ejercer tal profesión, arte u oficio por el mismo tiempo [...]”.

Información. La información que se presente al paciente debe ser verdadera, clara, completa y discutida con el mismo.

Esta información es un derecho esencial del paciente para poner en ejercicio su libertad. De lo contrario,

al presentar el médico una explicación errónea, falsa o malintencionada, no solamente está faltando a un principio ético, sino que está vulnerando la libertad de decisión del paciente.

La información adecuada equivale al conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual vaya a ser sometido.

A este respecto, puede presentarse la discusión sobre si debe informarse la verdad completa, por las repercusiones que tal información pueda tener en el enfermo que no se encuentra preparado para recibirla. Es obvio que en este punto hay que ser muy prudente y cuidadoso, pues de la forma como se presenten las cosas al paciente, pueden depender efectos negativos.

Algunos afirman que el paciente debe conocer toda la verdad, con el objeto de arreglar sus asuntos familiares y económicos en forma definitiva. Otros, por el contrario, piensan que no se debe angustiar al paciente y, más bien, someterlo al tratamiento sin que sepa que su pronóstico es pésimo.

La Ley 23 de 1981 habla de la responsabilidad en caso de riesgo previsto (Título II, Capítulo I, Artículo 16):

“[...] La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados [...]”.

Aunque el médico debe ofrecer siempre alguna esperanza a su paciente, las circunstancias actuales obligan a ofrecer la información en forma clara. De lo contrario, se está transgrediendo el derecho de la persona a conocer la verdad y a proceder según sus necesidades. De cualquier forma, una buena práctica consiste en informar siempre a la familia sobre la situación real del paciente y su enfermedad, con el vocabulario y en la oportunidad que aconsejen la prudencia y el buen juicio del médico, pero teniendo siempre en cuenta la autorización del paciente para presentar dicha información.

Es objetiva y veraz. Se basa en hechos ciertos y describe las situaciones como son y no como el médico quisiera que fueran.

Además, debe estar libre de especulaciones. Se aceptan únicamente las disquisiciones diagnósticas y los criterios de las juntas médicas. De resto, la historia clínica es descriptiva.

Existen algunas situaciones en las que se enuncian juicios de valor, pero son de alta peligrosidad debido a las implicaciones legales que conllevan.

En la elaboración de la historia clínica el paciente debe expresar su versión de los síntomas y el médico no puede guiarlo hacia un diagnóstico específico.

Fundamentos de la historia

Base científica y humana

Si por conocimiento entendemos el conjunto de representaciones intelectuales sobre las cuales tenemos certeza de verdad, es necesario distinguir entre el conocimiento vulgar y el conocimiento científico. El primero simplemente conoce la cosa o el hecho, sin dar explicaciones ni razones metódicas. El segundo, en cambio, explica y razona sobre las cosas y los hechos conocidos, y los expresa con cuidado para evitar errores.

La Ciencia es pues una forma coherente y sistemática de conocimiento que acepta y explica la realidad, predice su conducta y la controla. El cuerpo de ideas obtenido después de probar la certeza del conocimiento, constituye la ciencia, es decir, el conocimiento racional, sistemático, exacto y verificable. La ciencia busca construir explicaciones a partir de observaciones organizadas y logradas en condiciones reconocidas como válidas.

Por otro lado, el método científico es un procedimiento para describir condiciones en que se presentan sucesos específicos. Es la aplicación de la lógica a los hechos observados. A través de él se plantean problemas, se prueban hipótesis e instrumentos de trabajo de investigación. Su interés se centra en determinar características, propiedades, relaciones y procesos en los hechos observados; es verificable; se puede someter a confrontación empírica; es relativo, sus afirmaciones pueden ser reformadas; es sistemático; es comunicable por medio de un lenguaje específico; es descriptivo, explicativo y predictivo.

La tecnología es la aplicación de los conocimientos para resolver problemas humanos. Es el juego de

procesos, herramientas, métodos, procedimientos y equipo que se utilizan para producir bienes y servicios. La tecnología determina el curso de la sociedad. Sin embargo, no debemos ser simples usuarios de la tecnología, sino sus administradores, tomando decisiones inteligentes que evalúen su impacto sobre los seres humanos y el medio ambiente. Por esta razón, cuando se habla de la medicina como una ciencia, es preciso considerar, a la vez, una tecnología que le proporciona instrumentos y una ética que le imprime carácter a su trabajo.

Pero no puede olvidarse la esencia humana de la actividad médica, enunciada en forma clara en el Artículo 1 de la Ley 23 de 1981, que dice en uno de sus apartes:

“[...] 1. La medicina es una profesión que tiene como fin cuidar de la salud del hombre y propender por la prevención de las enfermedades, el perfeccionamiento de la especie humana y el mejoramiento de los patrones de vida de la colectividad, sin distinciones de nacionalidad, ni de orden económico-social, racial, político y religioso. El respeto por la vida y los fueros de la persona humana constituyen su esencia espiritual. Por consiguiente, el ejercicio de la medicina tiene implicaciones humanísticas que le son inherentes [...]”.

Concordancia con la *lex artis*

La locución latina *lex artis*, literalmente ‘ley del arte’ o regla de la técnica de actuación de la profesión de que se trata, ha sido empleada para referirse a aquella evaluación sobre si el acto ejecutado se ajusta a las normas de excelencia del momento. Por lo tanto, se juzga el tipo de actuación y el resultado obtenido, teniendo en cuenta las características especiales de quien lo ejerce, el estado de desarrollo del área profesional de la cual se trate, la complejidad del acto médico, la disponibilidad de elementos, el contexto económico del momento y las circunstancias específicas de cada enfermedad y cada paciente.

La *lex artis* tiene en cuenta la actuación y el resultado. Se basa en el cúmulo de conocimientos de la profesión en el momento en el cual se juzga o evalúa la acción médica y lo que con ella se obtiene.

Claridad

Claridad es sinónimo de luz, transparencia y distinción. Constituye una característica de la perfección intelectual y formal que se traduce en coherencia intelectual entre lo anotado en las páginas de la historia clínica y lo que esté ocurriendo con el enfermo; a esto se suma la utilización de términos adecuados, buena estructura lingüística y justificación de los actos que se originen en las condiciones del paciente.

Legibilidad

Uno de los defectos tradicionales de los médicos es la falta de claridad en su escritura. Y esto es perjudicial no solamente para quien trata de interpretar los manuscritos en casos de urgencia o interconsulta, sino para quien juzga la actividad médica (auditores, superiores jerárquicos, jueces, etc.).

La historia clínica debe ser completamente legible. Las abreviaciones deben, en lo posible, evitarse. Las firmas deben ir acompañadas del nombre de quien escribe en la historia clínica y, si es factible, de un sello.

“[...] Artículo 36. En todos los casos la historia clínica deberá diligenciarse con claridad [...]”.

Integridad y estructuración interna

No puede omitirse ninguna de sus partes constitutivas. Debe existir orden y coherencia entre las diferentes partes de la historia clínica. No solamente debe ser completa, sino estructurada entre sus partes.

Partes de la historia clínica

Interrogatorio

Es el punto esencial de contacto entre el médico y el paciente. Se basa en la confianza, el respeto y la sinceridad de ambas partes.

Los cuatro primeros elementos son: la presentación mutua, la toma de los datos generales, el registro del motivo de consulta y la enfermedad actual como el paciente mismo la describe.

Examen físico inicial

Está constituido por la percepción sensorial del médico, y sus elementos constitutivos siguen siendo la inspección (apreciación visual), la palpación (tacto), la percusión (oído) y la auscultación (oído).

Diagnóstico de ingreso

La importancia del diagnóstico radica en varios aspectos: aclara lo que no se conoce con el fin de evaluar la gravedad del asunto; orienta el camino terapéutico que se debe seguir; organiza la secuencia de eventos, encaminada a buscar la curación o el alivio; integra el concurso de recursos técnicos y humanos para tales fines; controla el resultado de la intervención médica; es la base para efectuar pronósticos; en fin, es la esencia misma del acto médico.

El diagnóstico es una hipótesis de trabajo. Para ello debe recordarse que las hipótesis son proposiciones que pueden ser puestas a prueba para verificarlas y determinar su validez. Deben ser conceptualmente claras, objetivas y específicas, y poder ponerse a prueba con las técnicas disponibles.

En medicina, las hipótesis diagnósticas son proposiciones lógicamente formuladas que afirman la existencia de una relación entre dos o más factores o entidades y que deben someterse a prueba para ser aceptadas como válidas.

El proceso diagnóstico pasa por las siguientes etapas:

1. etapa anatómica,
2. etapa de diagnóstico funcional,
3. ubicación en estereotipos de síndromes,
4. integración fisiopatológica,
5. confirmación paraclínica,
6. investigación etiológica y
7. confirmación anatomopatológica.

Desde otro punto de vista, los tipos de diagnóstico son:

- *Topográfico*: se intenta determinar la región afectada por la enfermedad.

- *Anatómico*: se ubica el órgano lesionado.
- *Por síndromes*: se integran los signos y se tratan de agrupar dentro de una determinada enfermedad o síndrome.
- *De impresión o de presunción*: se presenta cuando no se puede ubicar el problema dentro de los esquemas que el médico tiene en mente. Es, en esencia, tentativo o hipotético, y no compromete en forma definitiva el criterio del médico.
- *Fisiopatológico*: hay inferencia del mecanismo de producción de la enfermedad.
- *Diferencial*: se hace mediante comparación con enfermedades que tienen algunos signos y síntomas similares.
- *Por exclusión o descarte*: se hace cuando se descartan otros diagnósticos posibles y probables, mediante pruebas clínicas o paraclínicas.
- *Etiológico*: se logra al encontrar la causa de la enfermedad.
- *Anatomopatológico*: se sustenta mediante inspección directa de los órganos y su examen microscópico.

Exámenes paraclínicos

Son aquellos que se obtienen por medio de la tecnología, e incluyen el laboratorio clínico, las imágenes diagnósticas y las pruebas funcionales, entre otros.

Sirven para confirmar una sospecha clínica. En ningún momento son búsquedas al azar. Aunque existen algunos exámenes de laboratorio básicos, cada una de las pruebas paraclínicas debe analizarse, justificarse y evaluarse cuidadosamente, pues todas son costosas.

Obviamente que no puede llegarse al extremo de pretender eliminarlas de plano, pues sería negar el avance mismo de la medicina en los últimos siglos. Pero, solicitar una enorme cantidad de exámenes sin haber examinado bien al enfermo luego de un excelente interrogatorio, niega la esencia misma del acto médico, pues el contacto del profesional con el paciente es irremplazable.

“[...] Artículo 10. El médico dedicará a su paciente el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud e indicar los exámenes indispensables

para precisar el diagnóstico y prescribir la terapéutica correspondiente.

Parágrafo. El médico no exigirá al paciente exámenes innecesarios, ni lo someterá a tratamientos médicos o quirúrgicos que no se justifiquen [...]”, Ley 23 de 1981.

“[...] Artículo 7. Se entiende por exámenes innecesarios o tratamientos injustificados:

- a) Los prescritos sin un previo examen general.
- b) Los que no corresponden a la situación clínico-patológica del paciente [...]”, Decreto 3380 de 1981.

Procedimientos diagnósticos invasivos

Entran dentro de la categoría de elementos de confirmación o descarte de una sospecha clínica justificada. Todos tienen algún tipo de riesgo y su costo es elevado. Por lo anterior, deben ir acompañados del consentimiento informado.

Evolución

Registra el desarrollo de las condiciones del enfermo en el curso de los siguientes días, semanas, meses o años de tratamiento.

Las notas de evolución deben ser cuidadosas y transcribirse luego de analizar lo ocurrido en días anteriores.

Procedimientos invasivos terapéuticos

Debido a que forman parte del arsenal médico y representan franco riesgo, siempre se deben acompañar del documento de consentimiento.

Ese consentimiento debe ser exento de vicio: error, fuerza o dolo (Artículo 1508 del Código Civil). En caso contrario, el acto estará viciado de nulidad y no producirá ningún efecto o producirá otro distinto al que normalmente se persigue con este obrar.

Las condiciones mínimas para que pueda existir un acto de consentimiento médico son, de acuerdo con varias legislaciones, las siguientes:

Capacidad. Es el pleno uso de las facultades intelectuales y el criterio suficiente para juzgar los riesgos y alternativas.

Posesión del derecho. Es la titularidad del derecho, bien o interés sobre el cual el sujeto consiente el acto médico.

Libertad. Atentan contra esta condición la coacción de cualquier tipo (física, moral, intelectual, económica, etc.) y la falsa información o engaño por parte de cualquiera de los sujetos.

Información. Es el conocimiento de las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o tratamiento al cual vaya a ser sometido. La decisión que tome el enfermo es absolutamente personal e individual.

Descripción

En los procedimientos invasivos, particularmente los de tipo quirúrgico, se describen paso a paso las circunstancias que llevan a los hechos, las decisiones tomadas y los efectos producidos. Ellas son la justificación del acto terapéutico invasivo y, por lo tanto, deben ser meticulosas.

Informe de complicaciones

Debe distinguirse entre los diversos tipos de eventos que ocurren en los pacientes:

Iatrogenia. Puede catalogarse como un daño (directo o indirecto) ocasionado por el médico en forma inevitable, cumpliéndose la norma de atención (por ejemplo, oxigenoterapia y fibrosis pulmonar; quimioterapia e infección, etc.). Puede asimilarse muchas veces al caso fortuito.

Accidente. Es el evento súbito, repentino e imprevisto, en el cual no existe tampoco violación de la norma de atención. Se puede asimilar, si se siguió la *lex artis*, a fuerza mayor.

Complicación. Es un evento inmediato o tardío también con el nexo de causalidad directo o indirecto de la actuación del médico, con producción de un resultado no satisfactorio y que debió estar enmarcado dentro de la teoría del riesgo previsto.

Complicación culposa. Es similar a la anterior, pero no encuadrada dentro del riesgo previsto y es debida a negligencia, impericia o imprudencia del médico.

“[...] Artículo 16. La responsabilidad del médico por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efecto del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto. El médico advertirá de él al paciente o a sus familiares o allegados [...]”, Ley 23/81.

Asimismo, el Decreto 3380 declara:

“[...] Artículo 12. El médico dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla.

Artículo 13. Teniendo en cuenta que el tratamiento o procedimiento médico pueda comportar efectos adversos de carácter imprevisible, el médico no será responsable por riesgos, reacciones o resultados desfavorables, inmediatos o tardíos de imposible o difícil previsión dentro del campo de la práctica médica al prescribir o efectuar un tratamiento o procedimiento médico [...]”.

Documentos especiales

Hacen referencia a eventos poco frecuentes de la relación entre médico y paciente, e incluyen, entre otros: abandono del tratamiento, abandono del hospital, algunas quejas especiales, autorización de donaciones, autorización de abandono de procedimientos en caso de enfermedad terminal, etc.

Autopsia

La auditoría médica más implacable es el Departamento de Anatomía Patológica que, esencialmente, evalúa el error y el actuar médico.

La autopsia clínica hospitalaria es sumamente complicada, pues el patólogo debe tener conocimiento completo de la historia clínica, formación científica profunda, habilidad para encontrar las causas de la enfermedad y estructuración profesional suficiente para poder explicar las causas de la muerte.

Los resultados de la autopsia deben incluirse en casos de fallecimiento hospitalario.

Resumen de historia

Debe ser claro, objetivo, concreto y ajustado a la verdad de los eventos en su totalidad. De su estructura depende la credibilidad del acto médico ante los pacientes y de los profesionales de la salud ante la sociedad.

Conclusiones

La historia clínica es el documento médico por excelencia. Gran cantidad del tiempo de quien se educa en las facultades de medicina transcurre alrededor del diseño de una buena historia clínica de quienes se encuentran bajo su cuidado.

Las implicaciones de este documento son de todo tipo, especialmente médico-legal, en un momento en que el ejercicio médico se ha tornado complicado, presionado y, en muchos aspectos, verdaderamente angustioso.

La elaboración de una buena historia clínica es indispensable para los médicos de cualquier nivel jerárquico.

Referencias

- Guzmán F. ¿Cambiará el ejercicio de la profesión médica? Prensa Médico-Quirúrgica. 1994;1:3-8.
- Guzmán F. La responsabilidad civil del médico. Rev Colomb Cir. 1994;9:207-14.
- Guzmán F, González N, López C. La historia clínica. En: Guzmán F, Franco E, Roselli D, editores. De la responsabilidad civil médica. Biblioteca Jurídica Dike. Medellín: Ediciones Rosaristas; 1995. p. 182-91.
- Guzmán F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Revista Colombiana de Cirugía Plástica. 1999;5:115-25.
- Guzmán F. La historia clínica: elemento fundamental del acto médico. Herald Médico. 1999;226:33-52.

Correspondencia: FERNANDO GUZMÁN, MD
 Correo electrónico: ferguzmancol@gmail.com
 Bogotá, D.C., Colombia.

Señores

JUZGADO CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.
E.S.D

DEMANDANTES: CARLOS ARTURO
CASALLAS GARZÓN Y OTROS

DEMANDADOS: HOSPITAL UNIVERSITARIO
SAN IGNACIO

REFERENCIA: 11001-3101-013-2011-00-245-00

Asunto: **OBJECCIÓN POR ERROR GRAVE AL DICTAMEN PERICIAL Y SU
ACLARACIÓN REALIZADOS POR EL INMLCF**

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, identificado con la C.C. No. 79.318.915 de Bogotá, abogado titulado e inscrito, portador de la T.P. No. 168358 del C.S. de la J. actuando como apoderado judicial de la parte demandante dentro del proceso de la referencia, por medio del presente me permito ejercer la contradicción del DICTAMEN PERICIAL y su aclaración realizada por el INMLCF, objetándolo por error grave en los términos del artículo 238 del C. P. C., así:

I. LA OBJECCIÓN POR ERROR GRAVE

De conformidad con el artículo 238 del C.P.C., para la contradicción de la pericia se procederá así:

- 1. Del dictamen se correrá traslado a las partes por tres días durante los cuales podrán pedir que se complemente o aclare, u objetarlo por error grave.*
- 2. Si lo considera procedente, el juez accederá a la solicitud de aclaración o adición del dictamen, y fijará a los peritos un término prudencial para ello, que no podrá exceder de diez días.*
- 3. Si durante el traslado se pide complementación o aclaración del dictamen, y además se le objeta, no se dará curso a la objeción sino después de producidas aquéllas, si fueren ordenadas.*
- 4. De la aclaración o complementación se dará traslado a las partes por tres días, durante los cuales podrán objetar el dictamen, por error grave que haya sido determinante de las conclusiones a que hubieren llegado los peritos o porque el error se haya originado en éstas.*
- 5. En el escrito de objeción se precisará el error y se pedirán las pruebas para demostrarlo. De aquél se dará traslado a las demás partes en la forma indicada en*

el artículo 108, por tres días, dentro de los cuales podrán éstas pedir pruebas. El juez decretará las que considere necesarias para resolver sobre la existencia del error, y concederá el término de diez días para practicarlas. El dictamen rendido como prueba de las objeciones no es objetable, pero dentro del término del traslado las partes podrán pedir que se complemente o aclare.

6. La objeción se decidirá en la sentencia o en el auto que resuelva el incidente dentro del cual se practicó el dictamen, salvo que la ley disponga otra cosa; el juez podrá acoger como definitivo el practicado para probar la objeción o decretar de oficio uno nuevo con distintos peritos, que será inobjetable, pero del cual se dará traslado para que las partes puedan pedir que se complemente o aclare.

7. Las partes podrán asesorarse de expertos, cuyos informes serán tenidos en cuenta por el juez, como alegaciones de ellas.

El presente proceso se rige aun por Código de Procedimiento Civil, dado que no ha surtido la transición normativa de que habla el artículo 625 del CGP, ya que el presente proceso abrió a pruebas el día 16 de abril de 2011 y no ha cerrado esta etapa, es decir, no ha hecho tránsito de legislación.

De conformidad con el desarrollo que ha realizado la jurisprudencia a la objeción por error grave, para que prospere este mecanismo para la contradicción del dictamen pericial consagrado en el Código de Procedimiento Civil se requiere:

1. La existencia de una equivocación de tal gravedad o una falla que tenga entidad de conducir a conclusiones igualmente equivocadas.
2. Que este se contraponga a la verdad: cuando se presenta una inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rinda el dictamen y la representación mental que de él haga el perito.
3. La objeción por error grave debe referirse al objeto de la peritación y no a la conclusión de los peritos.

Ha precisado la Corte Suprema de Justicia respecto de la objeción por error grave contra el dictamen pericial y sus especiales condiciones, lo siguiente:

*“(...) si se objeta un dictamen por error grave, los correspondientes reparos deben poner al descubierto que el peritazgo tiene **bases equivocadas** de tal entidad o magnitud que imponen como consecuencia necesaria la repetición de la diligencia con intervención de otros peritos...” pues lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, “...es el hecho de **cambiar las cualidades propias del objeto examinado**, o sus atributos, por otras que no tiene; **o tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta** de la que es materia del dictamen, pues **apreciando equivocadamente el***

objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven...” (Subraya propia)

En desarrollo de la misma norma, la jurisprudencia contencioso administrativa, ha señalado como presupuestos de la objeción por error grave los siguientes:

-la objeción por error grave procede no por la deficiencia del dictamen ante la falta de fundamentación o sustento técnico y científico o por la insuficiencia o confusión de los razonamientos efectuados por los peritos, sino procede por su falencia fáctica intrínseca, a partir de la cual no puede obtenerse un resultado correcto, por cuanto parte de premisas falsas o equivocadas en relación con el objeto mismo materia de la experticia

-“(…) lo que caracteriza desaciertos de ese linaje y permite diferenciarlos de otros defectos imputables a un peritaje, (...) es el hecho de cambiar las cualidades propias del objeto examinado, o sus atributos, por otras que no tiene

-tomar como objeto de observación y estudio una cosa fundamentalmente distinta de la que es materia del dictamen, pues apreciando equivocadamente el objeto, necesariamente serán erróneos los conceptos que se den y falsas las conclusiones que de ellos se deriven,

II. EL OBJETO DE ESTUDIO DEL DICTAMEN PERICIAL

El objeto de estudio de la prueba pericial que le fue encargado al INMLCF es ni más ni menos que las historias clínicas del menor, tanto de la Clínica Chía, como del Hospital San Ignacio, por tanto, la presente objeción al dictamen pericial y a su aclaración y complementación, se centrará precisamente en determinar que sí existió un yerro en la apreciación de las historias clínicas de tal magnitud que haya llevado a las peritas a concluir lo que consignaron en sus respuestas al cuestionario absuelto.

III. EL YERRO DEL INMLCF EN LA APRECIACIÓN DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS

-Sobre las respuestas dadas a las preguntas número 8, 9 y 10:

En la respuesta dada a estas, elementalmente debe entenderse la ecografía de abdomen total¹ realizada el día 7 de octubre de 2008 a las 21+20 horas como parte de la historia clínica².

No obstante, responde la doctora Zurbarán que “*el no transcribir el resultado completo de un examen en una evolución medica no es de importancia. Lo importante es que el medico lo*

¹ Folio 00163

² Resolución 1995 de 1999

haya conocido, leído, comprendido y lo tenga en cuenta en criterio médico para la toma de decisiones.”

Desconociendo la perita que la historia clínica es el proceso lógico deductivo que, aplicado adecuadamente, ordenadamente y de manera metódica y juiciosa lleva al médico a unas impresiones diagnósticas o a unos diagnósticos y, en consecuencia, a la toma de conductas clínicas, paraclínicas, de imágenes, terapéuticas, farmacológicas, entre otras...³. De tal manera que esta debe abordarse como un todo e interrelacionando sus componentes, para llegar a un adecuado diagnóstico.

La ecografía en mención, DE MANERA TEMPRANA, advirtió al equipo médico que el paciente estaba perforado, al registrar: *“Líquido libre en cavidad peritoneal con material flotante en su interior. Distensión de asas intestinales en la región del hemiabdomen superior y asas intestinales colapsadas en el hemiabdomen inferior”*. Lo que registra es ni más ni menos, que en el abdomen había líquido libre en la cavidad abdominal y que en este líquido estaba flotando materia fecal o en su defecto eran coágulos, ambas situaciones de una gravedad tal que implicaba intervenir de manera inmediata al paciente; ya que, si eran coágulos, el sangrado era masivo y si era materia fecal, estaba perforado gravemente y se debía operar urgentemente. No hay otras explicaciones posibles al material “flotante”.

No haber registrado lo anterior y si en cambio, registrar datos sin impacto clínico, médico y terapéutico, sí es una grave omisión médica que recae sobre la historia clínica, lo que demuestra impericia e incide en la toma de conductas quirúrgicas tempranas e inmediatas a este grave hallazgo, de haberse registrado lo importante señalado, sí implicaba de manera inmediata haber intervenido al paciente, cuestión que no se hizo, debiéndose.

No se registró -en un acto de impericia-, los hallazgos más importantes y fundamentales de la ecografía abdominal, pero tampoco ocurrió lo que señala la perito como lo que “sí es importante”, esto es, que el médico comprendiera y tuviera en cuenta el resultado para la toma de decisiones, pues de haber tenido en cuenta el resultado del examen, no se hubiere omitido desplegar la conducta debida, que ante estos hallazgos no era otra que operar al paciente de manera inmediata.

Haber operado al paciente de manera inmediata le hubiera mejorado de manera considerable su pronóstico vital, no hacerlo de manera inmediata, pronta, condenó a la muerte al paciente.

De esta manera entonces, la consideración de la perita, con la que minimiza y reduce la trascendencia de los registros en la historia clínica, hasta estimar como “no importante la inclusión del resultado completo en ella”, puede señalarse como una falsa premisa, de la cual partió para arribar a su conclusión final, de la que de manera errada colige tácitamente que el tratamiento se dio desde un criterio médico integral para la toma de decisiones. Configurándose así, el error grave que pretende sustentar este escrito, pues de no haberse presentado, otro hubiera sido el sentido del dictamen.

³ Buscar referencia

-Sobre la respuesta dada a la pregunta número 24

Nuevamente valora erradamente un componente de la historia clínica al entender el chequeo preoperatorio (que no es una evaluación médica, sino que es una lista de chequeo que se aplica antes de una cirugía para brindar parámetros de seguridad, como la misma profesional lo indica en la respuesta subsiguiente) del 8 de octubre de 2008 a las 11:00 horas como una valoración de carácter médico que es por la que se le está preguntando, para finalmente dar a entender de forma errónea que su conclusión es que sí existió valoración médica previa a la intervención, lo cual no fue así, pues la hoja de chequeo preoperatorio no es ninguna valoración de carácter médico⁴, sino repito, una lista de chequeo de seguridad previo a realizar una intervención quirúrgica.

-Sobre la respuesta dada a la pregunta número 44

En la respuesta se señala que cirugía pediátrica lo valoro el día 7 de octubre a las 20:14 horas y el día 8 de octubre de 2008 a las 13:12 horas.

Esta última afirmación constituye una grave falencia fáctica del dictamen pericial, pues esta falta la verdad, ya que a las 13:12 horas, no se valoró el paciente, sino se registró una nota quirúrgica del paciente, la cual de ninguna manera equivale a una valoración realizada por el servicio ya que corresponde a la nota que describe la cirugía realizada.

Así, este desacierto en la apreciación de la nota del 8 de octubre, termina en la errada y falsa conclusión que sostiene que existió una valoración por cirugía pediátrica este día a las 13:12 horas, la cual no existió.

PRUEBAS

Considerando lo anterior, y lo dispuesto por el numeral 5 del artículo 238 del Código de Procedimiento Civil, me permito solicitar su señoría las siguientes pruebas como sustento de la objeción por error grave en planteamiento:

PRUEBAS DOCUMENTALES QUE SE APORTAN

1. Artículo especial, La historia clínica: elemento fundamental del acto médico por Fernando Guzmán, Carlos Alberto Arias.

⁴ Como en efecto lo afirma la respuesta a la pregunta número 18 de la aclaración del dictamen pericial, la cual señala “Efectivamente la hoja de chequeo no es una valoración médica”

2. Artículo, Idoneidad de la historia clínica como prueba en un proceso de responsabilidad civil medica por Rafael Esteban Rodríguez Manjarrés.

- **SOLICITUD DE PRUEBA PERICIAL:**

Solicito muy respetuosamente, se permita a la parte demandante aportar un dictamen pericial, para sustentar la objeción por error grave planteada, mismo para el que se solicita que se conceda un plazo razonable para aportarlo de conformidad con el numeral 5 del artículo 238 del C.P.C., el dictamen pericial sustentará la objeción o tacha por error grave al dictamen del INMLCF, absolviendo el siguiente cuestionario:

1. Responda si la premisa “*el no transcribir el resultado completo de un examen en una evolución medica no es de importancia. Lo importante es que el medico lo haya conocido, leído, comprendido y lo tenga en cuenta en criterio médico para la toma de decisiones*” es falsa.
2. Si lo afirmado por la perita no es cierto, es decir, parte de una falsa premisa, responda si ello puede conducir a la conclusión equivocada tácita o expresa que el tratamiento haya partido de un criterio médico integral para la toma de decisiones.
3. Responda si el cierto que la nota quirúrgica es una evolución médica.
4. ¿Qué de lo siguiente:
 - Equivocación que conduzca a una conclusión errada
 - Falla que tenga entidad de conducir a conclusiones equivocadas
 - Inexactitud de identidad entre la realidad del objeto sobre el que se rindió el dictamen y la representación mental que de él hicieron las peritas
 - Falencia fáctica intrínseca
 - Cambio en las cualidades o atributos propios del objeto examinadoencuentra usted en el dictamen pericial y su aclaración realizadas por el INMLCF?

Las anteriores pruebas tienen como objeto demostrar la objeción por error grave del dictamen pericial y de su aclaración y complementación emitido por el Instituto Nacional De Medicina Legal, cumple con los requisitos intrínsecos de la prueba, esto es, la correspondencia que debe haber entre la información que puede aportar la prueba y los hechos: pertinencia notoria, conducencia, y utilidad manifiesta.

Atentamente,



CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA.
C.C. No. 79.318.915 de Bogotá
T. P. No. 168358 del C. S. de la J

OBJECCIÓN POR ERROR GRAVE AL DICTAMEN PERICIAL Y SU ACLARACIÓN REALIZADOS POR EL INMLCF

Camargo&Cartagena Abogados en Salud <camargocartagena@gmail.com>

Jue 3/08/2023 4:57 PM

Para:Juzgado 46 Civil Circuito - Bogotá - Bogotá D.C. <j46cctobt@cendoj.ramajudicial.gov.co>

CC:Ana María De Brigard Pérez <presidencia@amdebrigard.com>;adrianagarcia@amdebrigard.com

<adrianagarcia@amdebrigard.com>;Ricardo Velez

<rvelez@velezgutierrez.com>;jairorinconachury@hotmail.com

<jairorinconachury@hotmail.com>;investigaciones@nga.com.co <investigaciones@nga.com.co>

 3 archivos adjuntos (931 KB)

La historia clinica, elemento fundamental del acto medico..pdf; Idoneidad_de_la_historia_clinica.pdf; OBJECCIÓN AL DICTAMEN PERICIAL POR ERROR GRAVE.pdf;

Señor(a):

JUEZ CUARENTA Y SEIS (46) CIVIL DEL CIRCUITO DE BOGOTÁ D.C.

E. S. D.

Referencia: 11001310301320110024500

Demandante: ANA ILMA CASALLAS GARZÓN Y OTROS

Demandados: CLÍNICA CHÍA S.A. Y OTRO

ASUNTO: OBJECCIÓN POR ERROR GRAVE AL DICTAMEN PERICIAL Y SU ACLARACIÓN REALIZADOS POR EL INMLCF

CARLOS ALBERTO CAMARGO CARTAGENA, mayor de edad, vecino de la ciudad de Bogotá, identificado con Cédula de Ciudadanía No. 79.318.915 de Bogotá, Abogado titulado e inscrito portador de la Tarjeta Profesional No. 168.358 del Consejo Superior de la Judicatura. En mi condición de apoderado judicial de la parte demandante, por medio del presente escrito, me permito presentar objeción por error grave al dictamen pericial y su aclaración realizados por el INMLCF.

Cordialmente,

Camargo & Cartagena Abogados S.A.S.

Altos expertos en Negligencia y Responsabilidad Médica

Teléfono: (601) 4639174

Móvil: 3506201754

Dirección: Calle 12B No. 8 - 23 Edificio Central, oficina 214, Bogotá D.C.

NOTA: POR FAVOR CONFIRMAR EL RECIBIDO DE ESTE CORREO.



Remitente notificado con

[Mailtrack](#)