

María Paola Aguilar Rodas

Instrumentos Médico Legales: Una revisión desde la perspectiva del derecho médico

RESUMEN: Los instrumentos médico legales son documentos que se utilizan a diario en la práctica médica, que además del uso asistencial tienen un valor en el contexto legal. Este capítulo contiene una revisión de la normativa que rige su uso y la LEX ARTIS en la que se fundamenta la información consignada en estos documentos, con el fin de otorgar una base sólida; por una parte, a los profesionales de la salud, para que puedan obrar conforme a la ley y por otra a los actores de la justicia para poder analizar los casos médico legales desde una perspectiva más completa.

PALABRAS CLAVE: Historia Clínica; Prescripción; Receta; Legal; Confidencialidad.

Medical Legal Tools: A review from a Medical Law Perspective

ABSTRACT: Medical legal tools are the documents used every day in medical tasks, that are useful not only for healthcare but also have a legal value. This chapter has a review of the norms that rules it's use and the LEX ARTIS in which the information of this documents is based. With the purpose of giving solid basis for healthcare professionals so they can work as the law rules, and for the justice workers so they can analyze cases with a wider perspective.

KEYWORDS: Medical Record; prescription; legal; confidentiality.

Introducción

Los instrumentos médico legales son todos aquellos documentos que forman parte de la labor médica y sirven para guardar un registro documental de la misma, dentro de estos los más importantes son: la historia clínica con todos los documentos que ella contiene y el consentimiento informado.

► **María Paola Aguilar Rodas**, Amedilex Ecuador. **Autor de correspondencia:** (✉) paoaguilar88@hotmail.com—
 <http://orcid.org/0000-0003-2689-392X>.

El incumplimiento en la normativa concerniente a los instrumentos médico legales puede generar sanciones asociadas a mala práctica o defecto en la gestión de los servicios de salud.

Según estudios norte americanos 9 de cada 10 médicos se enfrentan ante un conflicto de índole legal al menos una vez en sus vidas. En estos estudios se evidenció también que entre el 2012 y el 2016 se dieron 11095 demandas a personal de salud, esto genera un costo de 17 a 19 billones de dólares al año. El riesgo que tiene el sanitario de verse implicado en un conflicto legal es aleatorio, pero está claro que mientras más pacientes se atiende, mientras más procedimientos se realizan este riesgo aumenta exponencialmente. Por otra parte, existen algunos elementos que ayudan a disminuir este riesgo, uno de estos es la formación académica en especialidades de los galenos y otro el dominio de los instrumentos médico legales. (Derse 1999)

Aunque constantemente el médico está en contacto con estos instrumentos es frecuente que en medio de la labor diaria; y con el afán de dar prioridad a la atención al paciente, se reste importancia al correcto empleo de los mismos. Igualmente, dentro de la formación de los médicos en las facultades de medicina son muy pocas las horas que se dedican al aprendizaje de derecho médico.

De la misma manera en el contexto jurídico al analizar casos médicos es frecuentes que los actores de la justicia se encuentren con algunas limitaciones de carácter técnico ante las herramientas médico legales, lo cual llega a impedir la comprensión correcta de los casos pudiendo influir negativamente incluso en las decisiones que se tomen.

Por todo esto es fundamental que todos los médicos tengan un conocimiento sólido sobre: el correcto manejo de estos elementos, las normativas que rigen sobre los mismos y la importancia de estos documentos en el contexto legal. Así como también es indispensable que los profesionales del sistema de justicia que ejercen en el campo del derecho médico tengan claros algunos aspectos técnicos fundamentales que les permitan comprender más claramente los distintos casos. (Rodríguez y García 2015)

Ante un sistema de salud como el de Ecuador, fraccionado, no solamente en sectores (público y privado) sino también escindido dentro del mismo sector en los distintos niveles de atención; el pretender unificar los elementos médico legales representa un enorme desafío, sin embargo, existen algunos principios claramente consignados en la LEX ARTIS, manuales, normas técnicas y acuerdos ministeriales que deben seguirse independientemente del lugar y sector de la salud en el que el profesional se desenvuelva. En este punto es importante destacar que en Ecuador la Ley Orgánica de Salud en su Artículo 7, literal f, detalla que uno de los derechos en relación a la salud es: «Tener una historia clínica única redactada en términos precisos, comprensibles y completos; así como la confidencialidad respecto a la información en ella contenida y a que se le entregue su epicrisis». («Ley Órganica de Salud Del Ecuador» 2015)

Frente al cambio del paradigma en la relación médico paciente en el cual actualmente el médico se enfrenta a un paciente: más informado, más autónomo y exigente, sumado a la contextualización de casos de mala práctica médica dentro del espectro penal; se ha visto una tendencia a la criminalización de los actos médicos. (Mejía Estrada y Romero Zepeda 2017) Esto lleva al médico a buscar maneras de protegerse frente a reclamaciones de carácter legal, haciendo cada vez más importante el dominio de los instrumentos médico legales. (Oyebode 2013)

Son muchos los beneficios del correcto uso de estos instrumentos. Por una parte, se beneficia al médico quien cuenta con un registro fiable de sus acciones y sus decisiones y le otorga la posibilidad de probar de forma documental el cumplimiento de sus deberes. Por otro lado, se favorece al paciente; a quien el manejo adecuado del expediente clínico le permite tener acceso a información de primera mano respecto a su salud, lo cual puede facilitarle la toma de decisiones en favor de su derecho a la autonomía, adicionalmente estudios sugieren que muchos errores médicos tienen relación con el manejo de la información por lo que el correcto uso de los documentos médico legales ayuda a disminuir estas situaciones, optimizando así los resultados de salud para el individuo.

El conocimiento de los principios que guían el manejo de estos elementos dentro de la normativa nacional, de los principales estándares internacionales referentes al manejo de los mismos y de los principios bioéticos; facilitará la comprensión de los mismos cuando se sometan a análisis jurídico y también reducirá todo tipo de complicaciones relacionadas con el uso de los mismos tanto para el médico como para el paciente.

Dentro del manejo de la historia clínica se generan múltiples aspectos legales desde su creación hasta su eliminación. El objetivo de este capítulo es conocer estos aspectos, poder analizarlos a fondo y otorgar una visión que por una parte ayude a los profesionales del derecho a comprender mejor los casos relacionados con el cuidado de la salud y por otra parte a los profesionales sanitarios para que en su práctica diaria realicen un adecuado manejo de estos instrumentos legales.

La historia clínica

Es muy frecuente utilizar indistintamente los términos historia y expediente clínicos para referirse a los documentos concernientes a la atención médica, sin embargo, es importante distinguir que la historia clínica en el contexto médico hace referencia también al documento generado durante la primera atención de un paciente, por lo que para nombrar a todos los documentos del mismo es más correcto el término expediente clínico.

Independientemente de que nombre se le de lo más importante al hablar de ella dentro del contexto legal es entender que la historia clínica no es un solo documento sino más bien: un conjunto de documentos referentes al proceso de asistencia y al estado de salud de una persona, generados por el personal sanitario. (Martín Siso 2013)

Desde la antigua Grecia, Hipócrates de Cos, padre de la medicina, comienza a contextualizar los problemas del enfermo a modo de relato, clasificando a la enfermedad como aguda o crónica, registrando y ordenando cronológicamente los síntomas de los pacientes. (Martínez Hernández 1993)

Durante la edad media los médicos con mayor experiencia, conocidos como Consillium, eran los encargados de redactar las historias clínicas en las cuales describían los síntomas y una propuesta diagnóstica y terapéutica, con el fin de facilitar el aprendizaje de los médicos más jóvenes. Mas adelante en la época del renacimiento; la historia clínica empieza a conocerse como: Observatorio, dentro del cual Sydenham agrega el método anatómo—clínico, lo que conlleva a que la historia clínica sea cada vez un documento más científico y estructurado. (Martínez Hernandez 1993)

Conforme pasan los años se van perfeccionando técnicas y progresivamente ordenando mejor a la historia clínica y en el siglo XVII se crea ya la estructura que hoy conocemos, pero no es hasta los siglos XX y XXI en el que la historia clínica se vuelve una exigencia en todas las unidades de salud y un requisito legal, progresivamente en los diferentes países se van creando leyes que regulan su uso. (Juliana y Alvarado 2019)

Es importante recordar que, dentro de la semiología y el diagnóstico clínico, la anamnesis (datos obtenidos a partir de la entrevista clínica) y dentro de ella la enfermedad actual (registro cronológico de los síntomas que motivan la consulta), antecedentes y el examen físico constituyen la base del diagnóstico lo cual establece la pauta científica para la solicitud de exámenes, por lo que su registro es fundamental dentro del acto médico. (Bickley 2010)

En Ecuador, la historia clínica se encuentra regulada dentro de la Ley Orgánica de Salud y además existen múltiples normas técnicas y acuerdos ministeriales que hablan sobre diversos temas relacionados con esta y dan pautas para su correcto uso dentro de los más relevantes: el manual del manejo, archivo de las historias clínicas, el reglamento para el manejo y la norma técnica de historia clínica electrónica, el reglamento para el manejo de la historia clínica única, el reglamento de información confidencial en el sistema nacional de salud, el código de ética médica, la ley de derechos y amparo al paciente y el expediente único para la historia clínica.

Requisitos y componentes de la historia clínica

Cabe recordar que en la historia clínica debe consignar información trascendental para el conocimiento veraz y actualizado sobre el estado de salud del paciente. (Ramos Martín—Vegue 2000) Para lograr este objetivo es importante que esta cumpla con algunos requisitos mínimos según Ramos, et al son los que se detallan a continuación (Ramos Martín—Vegue 2000):

- a) Veracidad y exactitud: se refieren a la fidelidad que guardan los datos consignados en el documento respecto a los datos reales del paciente y de las acciones médicas, la exactitud se refiere a la precisión con la que se consignan estos datos que fueron constatados durante la actividad asistencial.
- b) Rigor técnico: es importante que todos los registros consignados en la historia clínica guarden relación con la LEX ARTIS médica, que se encuentren escritos en términos científicos y que guarden concordancia el contexto clínico recordando que: aunque es un documento del paciente este es un documento científico cuyo fin es principalmente ser comprendido por personal capacitado.
- c) Coetaneidad con la atención: los registros deben llevarse de una manera simultánea al acto médico, para así poder garantizar que los documentos cumplan con los requisitos antes mencionados. En este contexto el profesional podría encontrar un dilema ante el volumen de pacientes y el tiempo limitado para la atención de los mismos, sin embargo, esto no exime el cumplimiento de este requisito.
- d) Completitud: es importante asegurar que la historia clínica contenga todos los documentos referentes a la atención al paciente y que en ellos se registren también todos los datos referentes a la salud de esa persona. En este contexto cabe recalcar que dentro del proceso de custodia de historias clínicas debe asegurarse que estas se conserven sin mutilaciones ni alteraciones.

- e) Seguridad y Disponibilidad: es responsabilidad las instituciones de salud asegurar que la historia clínica se conserve de forma íntegra y sin modificaciones, restringiendo su acceso a las personas autorizadas; sin embargo, esto no debe limitar la disponibilidad de esta cuando sea necesario para fines asistenciales u otros fines legítimos.
- f) Confidencialidad: este aspecto se tocará más adelante sin embargo cabe tener en cuenta que la historia clínica es un documento del paciente por lo cual esta debe manejarse bajo estrictos protocolos que garanticen el acceso exclusivamente al personal implicado en su cuidado, al paciente y a terceros en situaciones específicas que se detallarán más adelante.
- g) Única: ante la fragmentación del sistema de salud ecuatoriano es difícil asegurar una historia clínica única para cada individuo, pero se debe garantizar esta unidad al menos dentro del contexto un mismo establecimiento de salud. Tener una historia clínica única facilita el seguimiento del paciente en las diferentes fases y contextos de la atención. En el Acuerdo Ministerial 00004934 expedido el 30 de junio del 2014 se dispone a todas las unidades operativas del Ministerio de Salud, de primer, segundo y tercer nivel el uso de un solo código de Historia Clínica Única que será utilizado a nivel nacional. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2021)
- h) Legibilidad: ante la cantidad de registros que debe llevar el personal sanitario no es infrecuente que exista un deterioro en la caligrafía de los sanitarios, sin embargo, al momento de llevar historias clínicas debe asegurarse que éstas sean legibles. Actualmente la disponibilidad de tecnología para el uso de sistemas electrónicos para historias clínicas ha facilitado el cumplimiento de este requisito,
- i) Identificación: dentro de la historia clínica debe estar claramente identificado el personal que participa en la atención y por otro parte debe estar correctamente identificado el paciente.

Entendiendo a la historia clínica como un conjunto de documentos generados en el contexto de la prestación en salud. Es importante tener en cuenta que dentro de la misma pueden y deben existir múltiples documentos de carácter técnico que se refieren a las diferentes fases de la atención del individuo.

El 25 de octubre del 2006 mediante resolución del Directorio del Consejo Nacional de Salud y la Comisión de Reforma de la Historia Clínica se aprueba el Expediente único para la Historia Clínica, en este documento se actualizan los formularios existentes para el registro de la historia y se dan algunas pautas para el manejo de estos. Con la implementación del Expediente Clínico Electrónico estos formularios no desaparecen, pero deben ser ajustados dentro de los sistemas informáticos, garantizando que los registros electrónicos contengan como mínimo la información solicitada en los formularios del Ministerio de Salud Pública. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2006)

Los documentos que integran la historia clínica varían según el contexto en el que se desarrollen, por ejemplo: los documentos de un paciente que se encuentra en seguimiento en consulta externa no serán los mismos que los de un paciente que es intervenido quirúrgicamente o un paciente ingresado en la unidad de cuidado intensivo.

El Ministerio de Salud Pública en el Expediente único para la Historia Clínica, establece algunos de los requisitos mínimos que debe contener la historia clínica, los cuales deben cumplirse en todos los establecimientos del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, estos no restringen que en caso de que el profesional considere necesario o se cuente con sistemas informáticos se pueda ampliar algunos datos no consignados en los formularios.

Algunos de estos documentos son (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2006):

- 1) Documentos Administrativos: Son aquellos que incluyen todos los datos identificativos, datos de contacto, detalles respecto al ingreso médico, a seguros, etc. Estos se registran en el formulario 001 del Ministerio de Salud Pública.

- 2) **Historia Clínica de Primera Vez:** Es el registro del primer contacto de un médico con un paciente; esta varía según el contexto en el que se desarrolle (consulta externa, hospitalización o emergencias) el Ministerio de Salud Pública cuenta con formatos propios para cada uno de estos (002, 003 y 008 respectivamente). Al ser la primera evaluación al paciente esta debe recopilar la mayor cantidad de datos posibles del mismo, incluyendo su contexto sociocultural, sus antecedentes, sus factores de riesgo, etc. y no solamente debe estar centrada en el problema que motiva la consulta, (Bikcley 2010) ya que esta servirá de base para las acciones médicas en un futuro. En la historia clínica de primera vez debe consignarse: datos de identificación del paciente, motivo de consulta, enfermedad actual, antecedentes, revisión actual por aparatos y sistemas y examen físico.
- 3) **Evoluciones Clínicas:** En ellas se realiza un registro de actualización del estado de un paciente, puede ser dentro de una hospitalización, consultas subsecuentes o dentro de un régimen de tratamiento. (Bikcley 2010) El formato de registro de las evoluciones clínicas del Ministerio de Salud Pública es el 005, en el que también se deben registrar las prescripciones. Desde el contexto médico las evoluciones deben seguir el formato siguiente formato: Subjetivo (lo que refiere el paciente), Objetivo (hallazgos clínicos y paraclínicos realizados por el profesional) Análisis (concepto científico respecto a la situación del paciente) Plan (siguientes acciones a realizar con el paciente tanto diagnósticas como terapéuticas y la justificación de las mismas). (Bikcley 2010)
- 4) **Procedimientos:** Se refiere por una parte a los procedimientos diagnósticos y las intervenciones invasivas ya sea de carácter terapéutico o diagnóstico. Los procedimientos diagnósticos van consignados en la historia clínica con su respectiva solicitud y reporte que se realizan en el anverso y reverso respectivamente de los formularios 010 para laboratorio clínico, 012 para imagenología y 013 para histopatología.

Adicionalmente a los procedimientos debe agregarse los partes operatorios de las intervenciones mayores y menores en los cuales se debe describir detalladamente el procedimiento en sí, los hallazgos, las complicaciones y el equipo participante.

- 5) Hojas de enfermería: Comprenden el registro de signos vitales, registro de administración de medicamentos (formulario 004 y 015 respectivamente) y evoluciones de enfermería que se registran también en el formulario 005 del Ministerio de Salud Pública.
- 6) Hojas de Interconsulta: Las interconsultas deben solicitarse en el anverso del formulario 007 y responderse en su reverso. En la solicitud debe describirse: datos del paciente un resumen general del cuadro clínico, los exámenes realizados y el tratamiento que ha recibido el paciente, mientras que en la respuesta debe incluirse el análisis de la especialidad interconsultada y las recomendaciones del profesional que responde la interconsulta.
- 7) Epicrisis: Constituye un resumen del curso de la salud de un paciente en el contexto de un acto médico, generalmente una hospitalización. La epicrisis debe permitir la comprensión de la evolución del paciente desde su ingreso hasta el alta. Esta se registra en el formulario 006 del Ministerio de Salud Pública. Dentro de esta se debe consignar una síntesis de la condición al ingreso del paciente con sus respectivos diagnósticos, un detalle de los procedimientos realizados, un resumen de la evolución del paciente, la condición y diagnósticos al egreso con las indicaciones que debe seguir el paciente de forma ambulatoria.
- 8) Consentimientos Informados: Estos también deben archivararse dentro de la historia clínica del paciente.
- 9) Referencia y contra referencia: La referencia constituye el envío del paciente por parte de un profesional a otro centro generalmente de mayor complejidad, este se registra en el anverso del formulario 011 del Ministerio de Salud Pública, y debe contener la información relevante del

paciente para que pueda continuar su tratamiento en el establecimiento receptor. En el reverso del formulario 011 se debe registrarse la contra referencia que es el documento con el cual el paciente regresa al establecimiento inicial para continuar su tratamiento.

Importancia y usos de la historia clínica

Dentro del contexto médico legal existen tres elementos fundamentales que son los pilares ante posibles reclamaciones del paciente. En primera instancia se encuentra la relación médico paciente, cuando esta es buena y se tienen adecuadas herramientas de comunicación con el paciente disminuye en gran medida la posibilidad de que este instaure demandas de cualquier tipo, por otro lado contamos con el consentimiento informado con el cual el paciente asume los riesgos del acto médico y por último pero no menos importante la historia clínica la cual constituye la prueba documental del acto médico y del cumplimiento de deberes del personal sanitario (Guzmán y Arias 2012).

Estudios revelan que gran parte de las demandas instauradas en contra de servicios de salud y personal sanitario guardan relación con la información. Por un lado la información insuficiente o inadecuada que recibe el paciente y por otra parte el 20% de las reclamaciones se asocian a problemas relacionados con la derivación de pacientes entre servicios o entre profesionales; desde este contexto la disponibilidad del Expediente Clínico Electrónico facilita el acceso a la información de todas las personas implicadas en la atención, por lo que los registros de la historia clínica deben guardar el más estricto rigor científico y contener la información relevante del paciente que sea suficiente para que todas las personas implicadas puedan comprender claramente el caso y así disminuir la ocurrencia de los errores relacionados con la derivación de pacientes. (Leventhal y Schreyer 2020)

Es fundamental entender que la historia clínica constituye el registro de varios hechos de la vida de un ser humano, esta intenta delimitar el problema de un paciente para orientar y establecer la base del diagnóstico y un posible

tratamiento, adicionalmente posee un contenido científico. (Guzmán y Arias 2012)

Desde este contexto es fácil comprender que el uso de la historia clínica no se limita al contexto asistencial, relacionado con la atención del paciente.

Además, la historia clínica tiene un uso docente, dentro del cual el análisis de casos y ejemplos es un pilar fundamental para el estudio de las ciencias médicas. Además, las historias clínicas constituyen una base para estudios clínicos sobre todo los de tipo retrospectivo, en los cuales se analizan datos de múltiples pacientes para generar información descriptiva sobre: enfermedades, poblaciones, estudios diagnósticos o tratamientos, estos estudios por si solos proporcionan información epidemiológica relevante y además constituyen la base para otros tipos de estudios. (Castillo, Ricardo Castillo Cárdenas 2004)

Los registros de las historias clínicas también son la base de análisis evaluativos de indicadores como: los diferentes tipos de auditorías, evaluación del desempeño de los servicios de diferentes especialidades, de los profesionales y de las instituciones. Estas evaluaciones constituyen una herramienta para la toma de decisiones en virtud de instaurar mejoras en la prestación del servicio de salud desde el contexto administrativo. (Castillo y Ricardo Castillo Cárdenas 2004)

Otro de los usos del expediente clínico es el uso médico legal, considerando que esta se encuentra a disposición de la autoridad judicial es importante comprender que debe constituir el registro más fidedigno del estado del paciente, la atención en salud, el respeto a los derechos del paciente y el cumplimiento de los deberes del personal sanitario como: el deber de asistencia, deber de información, etc. (Guzmán and Arias 2012)

En este contexto es importante entender que la historia clínica se circunscribe a preservar la información de los diferentes escenarios médicos del paciente en el transcurso de su vida. (Martínez Hernandez 1993) La información inexacta o la omisión en la información en la historia clínica repercutirá en la salud del paciente y en la responsabilidad legal del médico tratante. Además, es importante

recalcar que esta desde la óptica jurídica se presume cierta, lo cual enfatiza en la importancia de que los registros en ella aporten la mayor información respecto al acto médico. (Blanco Alvarado 2019).

Principalmente la historia clínica constituye un medio probatorio ya que tiene como piedra angular la transcripción detallada del acto médico, por lo que constituye la base para establecer el nexo causal, el tipo de responsabilidad y evaluar el daño; su obtención constituye uno de los primeros pasos para el análisis de los casos. (Rodríguez Manjarres 2019) Por su parte los registros electrónicos siempre que cumplan con los requisitos de validez jurídica en materia digital serán válida y admisible como medio probatorio. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020)

Es importante resaltar que la historia clínica reúne características que hacen de ella un medio probatorio ideal: en primer lugar su carácter descriptivo de los hechos que permite analizar los casos desde el punto de vista médico legal, además idealmente agrupa todas las atenciones del paciente al menos dentro de un contexto clínico particular, los registros guardan un rigor técnico estricto lo cual permite la evaluación del caso desde el punto de vista científico y además la historia clínica, dentro de los casos de responsabilidad está escrita directamente por los protagonistas de los conflictos. Entendiendo esto queda claro que el manejo de la historia clínica genera un riesgo médico legal asociado a la carencia o fallas en el elemento de prueba. (Martín Siso 2013)

Además, en el marco jurídico la historia clínica también constituye la base del dictamen pericial, por lo que esta debería contener la información adecuada y suficiente para permitirle al perito comprender el caso del paciente desde una visión externa de los hechos. Por esto es importante detallar que no siempre basta cumplir con los formularios base sino aportar dentro de la historia clínica la mayor información posible para el entendimiento del caso. (Rodríguez y García 2015)

Historia clínica electrónica

Según la Organización Mundial de la Salud la Historia Clínica Electrónica «es un registro en formato electrónico (por oposición a la ficha en papel) de la historia clínica de un paciente. Comprende información del tipo de resultados de pruebas y tratamientos farmacológicos, así como la historia general». (Organización Panamericana de la Salud 2016)

En Ecuador 19 de febrero del 2017, se expide el reglamento para el manejo de la historia clínica electrónica en el que detalla las disposiciones que rigen a todos los establecimientos del sistema nacional de salud que utilizan sistemas electrónicos para la información de historias clínicas y en el año 2020 el Ministerio de Salud Pública expide: La Norma Técnica de Historia Clínica electrónica, en la cual presenta las normativas de manejo de la historia clínica electrónica y establece los estándares internacionales de referencia que se deben tener presentes para la implementación de estos sistemas electrónicos. Y el Manual de Historia Clínica Electrónica en el cual se analizan las ventajas y desventajas del uso de los registros electrónicos y dicta las normas para el mismo.

En este reglamento se define a la Historia Clínica Electrónica como: un registro electrónico personal, resultado de una atención de salud, que se encuentra contenido en una base de datos, generada mediante programas informáticos, y certificada con la firma electrónica del profesional de salud. Adicionalmente define al Expediente Clínico Electrónico como: «el sistema informático que almacena los datos del paciente en formato digital en que se almacenan e intercambian de manera segura y puede al que pueden acceder múltiples usuarios autorizados. Contiene información retrospectiva, concurrente y prospectiva y su principal propósito es soportar de manera continua, eficiente en íntegra la atención y cuidados de salud.» (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020)

Al igual que con la historia clínica en físico el establecimiento de salud es el custodio de la información contenida en la historia clínica electrónica y el paciente es el titular de la misma.

El Ministerio de Salud Pública permite el uso de diversos sistemas informáticos siempre y cuando se respete la normativa vigente respecto a la información contenida en la historia clínica.

Los usos del expediente clínico electrónico son los mismos que los de la historia clínica en general, pero la información digital ofrece múltiples ventajas para la mayoría de estos usos frente al historial en físico: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020):

- 1) Unifica información del paciente que de otra manera se encuentra dispersa en múltiples instituciones, lo cual permite al profesional apearse de mejor manera a los protocolos de diagnóstico y tratamiento, otorgando información oportuna y en tiempo real. Esto disminuye los retrasos asociados a la espera de resultados y evita que se repitan acciones ya practicadas en el paciente por falta de acceso a información documental de las mismas. Como por ejemplo resultados de laboratorio, imágenes, o incluso tratamientos.
- 2) Disminuye el tiempo invertido en el papeleo permitiéndole al profesional dar una atención aún más centrada en el paciente, optimizando el tiempo de la consulta, el cual con el expediente físico se invierte en el llenado de documentos.
- 3) Permite compartir la información del paciente con todos los profesionales implicados en su cuidado en diferentes instancias como, por ejemplo: un paciente que pasa de consulta externa a hospitalización, luego a la unidad de cuidado intensivo y luego retorna a hospitalización, o un paciente que es atendido inicialmente en un centro de salud y luego pasa al hospital básico. Además, facilita la participación de forma remota de otros profesionales que pueden contribuir a la resolución del caso como, por ejemplo: juntas médicas o interconsultas.
- 4) Para las instituciones sanitarias el uso del Expediente Clínico Electrónico disminuye algunas de las dificultades que genera el archivo de

documentos físicos, asociados al alto volumen de documentos que deben almacenarse como el espacio físico y el personal para archivo. Además, este método otorga una solución a algunos de los aspectos referentes a la confidencialidad y custodia de los datos contenidos en la historia clínica ya que permite una restricción de acceso y trazabilidad de las personas que accedieron a la información mediante claves.

- 5) Reduce la contaminación ambiental generada por el uso de papel.
- 6) Ofrece la integración con sistemas administrativos, facilitando la coordinación de estas actividades con la atención del paciente. Como la coordinación de citas, inclusión de pacientes en programas de promoción de salud, etc.
- 7) Mejora la seguridad jurídica del médico garantizándole de mejor manera la integridad de los registros y el acceso a los mismos.
- 8) Proporciona indicadores en tiempo real, brindando mediciones objetivas respecto a las actividades sanitaria. Lo cual asiste a la gestión de los servicios de salud, a la toma de decisiones a nivel administrativo y a la implementación de políticas de salud pública
- 9) Mejora y agiliza los procesos de seguimiento y evaluación de las instituciones y de los profesionales.

Todos estos beneficios que conlleva la implementación del historial clínico electrónico favorecen directamente: al paciente dándole ventajas que a la larga influyen directamente en su satisfacción y en su resultado en salud, a las instituciones facilitándoles los procesos, ahorrando recursos y al médico permitiéndole almacenar la información de una manera más fiable y dándole mayor oportunidad de interactuar con el paciente y con colegas para su manejo.

Por otra parte, los requisitos que debe cumplir el expediente clínico electrónico son los mismos que los de la historia clínica en general. El Ministerio de Salud Pública enfatiza en que la custodia del Expediente Clínico Electrónico sigue siendo responsabilidad de las instituciones las cuales deben reglamentar el acceso a la información y establecer claros sistemas de trazabilidad del acceso a

los datos. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020). Adicionalmente la norma técnica establece requisitos respecto a la autenticidad del Expediente Clínico Electrónico implementando la Norme Técnica Electrónica Ecuatoriana INEN-ISO/IEC 27000 para la gestión de seguridad de la información y los estándares ISO TC215/H7 que es un estándar internacional de los sistemas de información en salud. Dentro de la autenticidad debe quedar claro que la historia clínica no puede ser modificada aun para subsanar un error y en caso de que se requiera corregir algún dato debe registrarse la identificación, fecha y hora de quien realizó la modificación y no suprimir la información corregida. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2020).

Particularidades de la historia clínica en las diferentes especialidades médicas

En primer lugar, cabe recalcar que el Ministerio de Salud Pública cuenta con algunos formularios específicos para el registro de historias clínicas de algunas especialidades, pero también es importante tener en cuenta que dentro de la LEX ARTIS médica, existe una base común para todas las especialidades, pero en algunas de ellas se requieren datos o documentos específicos.

Por ejemplo, existen formatos asignados para odontología y trabajo social estos son el 014 y el 016 respectivamente. Adicionalmente para los pacientes pediátricos y adolescentes se deben llevar los formularios de atención específicos a cada grupo etéreo y por otra parte la libreta de salud, en la cual se registran las curvas de crecimiento, el esquema de vacunación, entre otros. Así mismo en ginecobstetricia se llena el documento CLAP o formulario de atención prenatal.

Como se mencionó previamente dentro de los datos básicos referentes a la atención a niños y adolescente existen datos que no están considerados en los formatos generales de historias clínicas que se deben conocer como: antecedentes prenatales (controles del embarazo, inmunizaciones, antecedente de infecciones, sangrados gestacionales, etc), antecedentes natales (tipo de partos, puntaje de APGAR y medidas antropométricas) y los antecedentes posnatales

(alimentación, desarrollo psicomotor, enfermedades). (Kliegman, R. M., Geme, J. S., Blum, N., Shah, S. S., & Tasker 2020) Los cuales permiten al facultativo un conocimiento fundamental del paciente y deben quedar claramente consignados en la historia clínica especialmente la de primera vez.

La ginecología es otra de las especialidades en la que para el cumplimiento de la LEX ARTIS se requiere de un acápite de antecedentes ginecológicos que recoge datos referentes a la salud femenina como el registro de la menarca, características de los ciclos menstruales, información respecto a gestas previas, entre otros. (Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. D., Holffman, B. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham 2022)

Dentro de la historia clínica de psiquiatría existen algunos acápite que no pueden faltar como el de personalidad premórbida y el examen mental que se incluye dentro del examen físico, pero contiene evaluaciones y datos no considerados en el examen físico general. (Sadock James Benjamín, Alcott Sadock Virginia 2018).

La prescripción y la receta médica

Estos instrumentos constituyen el pilar documental del tratamiento al paciente, son el registro escrito de las decisiones terapéuticas tomadas por el facultativo, luego de un análisis profundo del caso considerando los riesgos y beneficios de los tratamientos. Dentro de este contexto cabe diferenciar la prescripción a cumplirse dentro de un establecimiento de salud y la receta generada para seguirse por el paciente de forma ambulatoria. El objetivo final de este registro es: en el paciente que se encuentra al cuidado de otros profesionales, como personal de enfermería, el cumplimiento de las indicaciones por parte de estos; y por otra parte en el paciente ambulatorio la receta médica sirve para que al paciente se le sean entregados los medicamentos adecuados por parte de la farmacia y además que el paciente por su cuenta pueda cumplir con las indicaciones de administración.

Por lo anteriormente expuesto es importante considerar que estos instrumentos deben ser extremadamente precisos y comprensibles para así evitar errores asociados a administración de medicamentos que perjudican a la salud del paciente, generan un riesgo legal para el personal de salud y pueden ser completamente evitables.

La prescripción hospitalaria debe contener todas las indicaciones que se han de llevar al cabo en un paciente: iniciando con la dieta, las actividades de enfermería como: control de signos vitales, de dispositivos, de ingesta y eliminación de líquidos, curaciones etc., los medicamentos deben ser prescritos con su nombre comercial y genérico en caso necesario, dosis, frecuencia y vía de administración, exámenes complementarios y otras órdenes. Es importante recordar que en toda prescripción se debe utilizar únicamente las abreviaturas autorizadas por el Ministerio de Salud Pública en el Manual de Prácticas Seguras. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2016) A continuación, se detalla un ejemplo de prescripción:

- 1) Dieta Blanda
- 2) Control de signos vitales, hidratación y curva térmica
- 3) Control de ingesta – eliminación y balance hídrico
- 4) Glicemia capilar QUID
- 5) Lactato de Ringer a 80 ml/h
- 6) Omeprazol 40 mg VVLD QD
- 7) Paracetamol 1 gramo PRN
- 8) Ciprofloxacina (Proflox) 200 mg VVLD cada 12 horas
- 9) Examen de orina y cultivo
- 10) Pendiente reporte de ecografía renal y de vías urinarias
- 11) Notificar novedades

Por otro lado, la receta es un documento que genera el médico cuyo destinatario por una parte es el paciente y por otra la farmacia, en este punto cabe tener presente que una parte de la receta debe ser escrita con términos los términos necesarios para el personal de farmacia, detallando todas las características del medicamento como: presentación, por ejemplo: tabletas, cápsulas, jarabe, etc., la concentración, por ejemplo: 1 gramo, 500 mg en 5 ml, el número a entregarse registrado en números y letras; y por otra parte con términos claros pero comprensibles para que el paciente cumpla con la prescripción fuera del cuidado de personal capacitado; en este segmento se deben incluir indicaciones sencillas para la toma, registrando el medicamento, la forma de administración el intervalo con el que debe administrarse y el tiempo por el que debe darse el medicamento.

Todo esto debe seguir con el estándar indicado por el Ministerio de Salud Pública en el cual la receta por una parte debe contener los datos del paciente y de la enfermedad, los datos del medicamento prescrito, especificados anteriormente y los datos identificativos del prescriptor.

Cabe recalcar que en Ecuador la receta médica puede ser de dos clases: una para medicamentos comunes la cual siempre y cuando cumpla con los estándares antes mencionados puede llevarse en cualquier formato. Y otra para los psicotrópicos y estupefacientes que se lleva en un recetario que expide el ACCESS.

Manejo correcto de los instrumentos médico legales

Confidencialidad

Según el artículo 4 de la Ley de Derechos y Amparo al paciente: «Todo paciente tiene derecho a que la consulta, exámenes, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga carácter confidencial». Bajo el acuerdo ministerial 5216 se expide el reglamento de la información confidencial en el sistema nacional de salud en el cual se establecen 5 principios para el manejo de la información (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015):

- 1) Confidencialidad: es una propiedad de la información y el conjunto de acciones que garantiza que el acceso a la misma sea restringido exclusivamente a personas autorizadas y que estas personas guarden esta información.
- 2) Integridad de la información: propiedad y conjunto de acciones que garantizan que la información se mantenga durante todo el tiempo tal como fue generada.
- 3) Disponibilidad de la información: se refiere a las acciones que garantizan el acceso cuando este sea requerido.
- 4) Seguridad en el manejo de la información: son las acciones que garantizan el mantenimiento de los principios antes mencionados.
- 5) Secreto médico: se refiere al compromiso que adquiere el médico de guardar silencio sobre la información que le entrega un paciente en el curso de su profesión.

Todo médico al finalizar su formación e iniciar el ejercicio de la profesión adquiere múltiples compromisos para sí mismo, para sus colegas y principalmente para el paciente. Uno de los más relevantes es la confidencialidad, valor que se encuentra consignado en el Juramento Hipocrático: «Guardaré silencio sobre todo aquello que, en mi profesión, o fuera de ella, oiga o vea en la vida de los hombres que no deban ser públicos, manteniendo estas cosas de manera que no se pueda hablar de ellas». (Patiño 2005) Y mas adelante en la actualización del juramento médico en la Declaración de Ginebra Adaptada por la Asociación Médica Mundial: «Guardar y respetar los secretos que se me hayan confiado incluso después del fallecimiento de mis pacientes». (Asociación Médica Mundial 2009) El secreto médico es por tanto el compromiso que se asume respecto a la confidencialidad.

Además, la intimidad es un derecho básico respaldado en la Declaración de Derechos Humanos por lo que, durante el manejo de historias clínicas, desde su

generación hasta su archivo tanto las instituciones como los profesionales deben velar por mantener esta la condición de confidencialidad de los documentos.

La normativa indica que el uso de documentos que tengan información de salud no se podrá autorizar para fines diferentes a los concernientes a: la atención, la evaluación de la calidad, análisis estadístico, investigación y docencia; en estos casos siempre se debe proteger la identidad del paciente. Las instituciones y personas que intervienen en el manejo de este tipo de documentos están obligada a guardar confidencialidad velando siempre por la mantener a la intimidad de los usuarios del sistema de salud. (Moreno Carrillo, Atilio; Aguilar Rodas 2019) El uso de los documentos de salud del paciente con fines diferentes a los antes mencionados lo puede autorizar únicamente el paciente. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015)

En el país existen algunas situaciones en las que el profesional puede romper con el principio del secreto médico estas excepciones se encuentran consignadas en el código de ética médica y son: (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 1992):

- 1) Cuando actúa como perito de compañías de seguros para valorar potenciales asegurados; en este caso la información obtenida debe ser entregada al personal respectivo de la compañía de seguros en un sobre cerrado.
- 2) Cuando el médico es comisionado por la autoridad competente para valorar el estado de salud de una persona o practicar necropsias o peritajes.
- 3) Cuando el médico realiza declaraciones de enfermedades infectocontagiosas ante la autoridad sanitaria.
- 4) Ante los padres o los representantes de menores de edad o personas incapacitadas mentalmente.
- 5) Ante la evidencia de delitos por parte del médico.
- 6) Ante pedido explícito del paciente.

Acceso, archivo y custodia de las historias clínicas

En el capítulo IV del Reglamento de la Información Confidencial en el Sistema Nacional de Salud se establece que la historia clínica solo podrá ser manejada por el personal de la cadena sanitaria, lo cual en los archivos electrónicos también debe ser asegurado con un sistema de claves que permita el registro y trazabilidad de las personas que accedieron a la historia clínica. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015)

Solo podrán acceder a la historia clínica de una persona los profesionales implicados en su atención que requieran conocer la información en ella consignada, una vez registrado el evento la historia clínica debe pasar al archivo, del cual se hablará más adelante. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2015)

El acceso a la historia clínica está restringido para el paciente, su representante legal o una persona autorizada quien deberá realizar una solicitud en el formato del Ministerio de Salud Pública con una copia de la cédula y en un plazo no mayor a 48 horas se le entregará una copia certificada, en caso de fallecimiento del paciente esta podrá ser entregada a su cónyuge, o familiar de hasta segundo grado de consanguinidad y primero de afinidad. También pueden acceder a la historia clínica los profesionales de la salud en procesos legítimos derivados de la atención al paciente (por ejemplo, para docencia) y las instituciones que representan a la autoridad judicial o sanitaria (fiscalía o Ministerio de Salud Pública). (Ministerio de Salud Pública 2014)

En cuanto a la conservación de historias clínicas el Ministerio de Salud Pública en el año 2007 expide el Manual del Manejo, archivo de las historias clínicas. En este contexto es importante conocer algunos conceptos: el archivo clínico es un lugar en donde se guardan las historias clínicas de manera ordenada y accesible, se divide en archivo activo en el cual se encuentran las historias clínicas activas, cuyo último registro es de hace menos de 5 años y en el archivo pasivo se encuentran las historias clínicas que han superado este periodo y en este archivo por norma general deben permanecer por 10 años más. (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2007)

La historia clínica puede conservarse de manera: integral, selectiva o parcial, por resumen o por métodos electrónicos los cuales facilitan los obstáculos generados por el volumen de archivos y el espacio físico mencionados ya previamente en este texto. Dentro del Manual del Manejo, archivo de las historias clínicas, existen normas específicas según nivel de complejidad de los establecimientos respecto a los formularios que pueden depurarse. Una vez que las historias clínicas superan el tiempo dentro del archivo pasivo, mediante sesión de comité de historia clínica estas pueden ser eliminadas por método de: reciclaje, trituración, donación para fines de investigación o docencia, conservación histórica y método mixto (combinación de los anteriores). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador 2007)

Conclusiones

El registro de la actividad médica constituye una de las actividades fundamentales dentro de la atención en salud, los documentos que nacen como producto de la atención en salud generan múltiples aspectos medicolegales los cuales se presentan desde la generación de un documento hasta el momento de su destrucción. El conocimiento de estos aspectos tanto para el jurista como para el médico es fundamental para poder realizar un adecuado manejo y análisis de los documentos medicolegales.

En Ecuador existe una clara y amplia base normativa que debe seguirse para el manejo de estos instrumentos y el correcto cumplimiento de esta normativa depende tanto del profesional como de las instituciones. El incumplimiento de la normativa puede conducir a sanciones de diferente tipo en contra del médico o de las instituciones de salud.

La historia clínica no constituye un solo documento, sino múltiples documentos que hacen relación a la atención en salud de una persona determinada, estos pueden referirse solo escenario de atención como por ejemplo una hospitalización o a múltiples atenciones en un mismo centro. Por lo que para referirse adecuadamente a ellas es mejor llamarla expediente clínico

y este debe ser único de cada paciente, cumpliendo las normativas establecidas en el Acuerdo Ministerial 00115 Manejo de la Historia Clínica Única.

El Ministerio de Salud Pública otorga formularios para cada uno de los escenarios de la atención del paciente, los cuales fueron actualizados en el año 2006. Su uso no restringe el registro de algunos datos particulares que pueden ser necesarios en algunas especialidades y subespecialidades de la medicina (como por ejemplo en pediatría, en ginecología o en psiquiatría).

Existen requisitos mínimos para llevar las historias clínicas como lo son: la veracidad y exactitud, el rigor científico, la coetaneidad con la atención, la completitud, la seguridad y disponibilidad, la confidencialidad, la legibilidad, que tenga una correcta identificación tanto de los profesionales como del paciente y que esta sea única.

Desde el 2020 se encuentra normatizado y regulado el uso del Expediente Clínico Electrónico en el Sistema Nacional de Salud el cual ofrece múltiples ventajas sobre el expediente físico que benefician a los profesionales, las instituciones y a los pacientes. El uso del Expediente Clínico Electrónico debe asegurar el cumplimiento de los requisitos de la historia clínica, con el fin de garantizar el cumplimiento de los deberes del sanitario, el respeto a los derechos del paciente y además poder darle los usos legítimo correspondiente.

En cuanto a las órdenes médicas cabe diferenciar la receta médica que es un documento para uso ambulatorio del paciente, para el despacho de medicamentos y dispositivos en la farmacia de la prescripción hospitalaria que se realiza para cumplimiento por parte de enfermería. En ambas modalidades debe registrarse la información de manera precisa tanto para los profesionales como para los pacientes para así evitar errores médicos prevenibles.

Otro aspecto importante respecto al manejo de las historias clínicas es el de la confidencialidad la cual es un deber del médico y un derecho del paciente, las instituciones y las personas que laboran en ellas deben comprometerse a llevar acciones para velar por este derecho resguardando la intimidad de los pacientes.

Otorgando y facilitando el acceso a las personas autorizadas acorde a la normativa.

Así mismo en las fases posteriores al uso de la historia clínica se debe velar por mantener estos principios por lo que el acceso a la historia clínica debe restringirse a las personas autorizadas. Las fases de archivo y eliminación también deben cumplir estrictamente con la normativa nacional la cual establece el tiempo en que deben guardarse los archivos, la forma de conservación y las diferentes posibilidades de eliminación.

Teniendo claridad sobre los aspectos detallados en este capítulo el profesional de salud por su parte se asegura actuar conforme a las leyes para así contar con los instrumentos necesarios para hacerle frente a cualquier tipo de reclamación y los profesionales del derecho por su parte cuentan con una base para poder realizar un análisis de carácter técnico y con claridad de los diferentes documentos que estén evaluando.

Conflicto de intereses: El autor declara que no tiene ningún posible conflicto de intereses. **Aprobación del comité de ética y consentimiento informado:** No es aplicable a este estudio / o la declaración que corresponda. **Contribución de cada autor:** M.A desarrolló las ideas y escribió el artículo. Ha leído y aprobado el manuscrito final. **Contacto:** Para consultas sobre este artículo debe dirigirse a: (✉) paoaguilar88@hotmail.com

Referencias

- Asociación Médica Mundial. 2009. «Declaración de Ginebra.» Archivos de Pediatría Del Uruguay 80 (1): 42-42.
- Bikcley, Lynn S. 2010. Bates, Guía de Exploración Física e Historia Clínica. Edited by Wolters Kluwer. 10th ed.
- Blanco Alvarado, Daniela Juliana. 2019. «La Historia Clínica: Algunos Comentarios Desde La Medicina y El Derecho» 14: 153-62.
- Castillo, Néstor R, and Néstor Ricardo Castillo Cárdenas. 2004. «Aspectos Médico Legales Documentos Médicos Historia Clínica.» Rev Colomb Gastroenterol 19 (2): 100-108.
- Derse, A. R. 1999. «Law and Ethics in Emergency Medicine.» Emergency Medicine Clinics of North America 17 (2): 307-25.
[https://doi.org/10.1016/S0733-8627\(05\)70061-4](https://doi.org/10.1016/S0733-8627(05)70061-4).
- Guzmán, Fernando, and Carlos Alberto Arias. 2012. «La Historia Clínica: Elemento Fundamental Del Acto Médico.» Historia Clínica Rev Colomb Cir 27: 15-24.
- Kliegman, R. M., Geme, J. S., Blum, N., Shah, S. S., & Tasker, R. C. 2020. Nelson Tratado de Pediatría. Edited by 2020 Elsevier Health Sciences. 21st ed.
- Leventhal, Evan L., and Kraftin E. Schreyer. 2020. «Information Management in the Emergency

- Department.» *Emergency Medicine Clinics of North America* 38 (3): 681–91.
<https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.03.004>. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2020.03.004>
- Martín Siso, Juan. 2013. «Historia Clínica: Su Significado En La Asistencia Sanitaria.» *Matronas Hoy*, 27–35.
<https://www.enfermeria21.com/revistas/matronas/articulo/12/historia-clinica-su-significado-en-la-asistencia-sanitaria/>.
- Martínez Hernandez, Juan. 1993. «Historia Clínica.» *Journal of Molecular Catalysis* 79 (1–3): 29–37.
[https://doi.org/10.1016/0304-5102\(93\)85088-B](https://doi.org/10.1016/0304-5102(93)85088-B).
- Mejía Estrada, Adriana, and Hilda Romero Zepeda. 2017. «La Relación Médico Paciente: El Desarrollo Para Una Nueva Cultura Médica.» *Revista Médica Electrónica* 39 (1): 832–42.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedele/me-2017/mes171p.pdf>.
- Ministerio de Salud Pública. 2014. «Acuerdo Ministerial 0005216. Confidencialidad de Los Documentos Con Información de Salud,» no. 5932: 1–9.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. 1992. «Codigo de Etica Medica Ecuador.» *Acuerdo Ministerial* 14660, 1–15.
- . 2006. «Expediente Único Para La Historia Clínica.» *Expediente Para Historia Clinica* 1 (6): 70.
[http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Otros/bt15 - Expediente único para la Historia Clínica.pdf](http://www.conasa.gob.ec/biblioteca/Otros/bt15-Expediente%20%C3%9Cnico%20para%20la%20Historia%20Cl%C3%ADnica.pdf).
- . 2007. «Manual Del Manejo, Archivo de Las Historias Clínicas,» 9–17.
- . 2015. «Reglamento de Información Confidencial En El Sistema Nacional de Salud.» *Acuerdo Ministerial* 5216, 1–8.
- . 2016. «Manual De Seguridad Del Paciente.» *Registro Oficial*, 77.
[http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/05/Manual de Seguridad del Pciente.pdf](http://www.calidadsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2018/05/Manual%20de%20Seguridad%20del%20Paciente.pdf).
- . 2020. «Acuerdo Ministerial 00089 -2020. Manual y Norma Técnica Historia Clínica Única Electrónica,» no. 00: 1–54.
- . 2021. «Acuerdo Ministerial 00115 - 2021. Manejo de La Historia Clínica Única.»
- Moreno Carrillo, Atilio; Aguilar Rodas, María Paola. 2019. «Conceptos Bioéticos Para Tener En Cuenta En El Servicio de Urgencias Some Bioethical Concepts to Consider in the Emergency Room,» no. 3.
- Organización Panamericana de la Salud. 2016. *Registros Médicos Electrónicos En América Latina y El Caribe*. Relacsis.
- Oyebode, Femi. 2013. «Clinical Errors and Medical Negligence.» *Medical Principles and Practice* 22 (4): 323–33. <https://doi.org/10.1159/000346296>.
- Patiño, J.F. 2005. «El Juramento Hipocrático.» *Revista Colombiana de Cardiología* 20 (2): 62–64.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcci/v20n2/v20n2a1.pdf>.
- Ramos Martín-Vegue, AJ. 2000. «Aspectos Medico-Legales de La Historia Clínica.» *Papeles Médicos* 9 (1): 10–31. http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4e1438a88bee13_aspectos.pdf.
- Rodríguez Manjarres, Rafael Esteban. 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): 105–39.
<https://revistas.usergioarboleda.edu.co/index.php/visiuris/article/view/1268>.
- Rodríguez, Ridel González, and I Juan Cardentey García. 2015. «La Historia Clínica Médica Como Documento Médico Legal.» *Revista Médica Electrónica SciELO Journals* v37 n6 (648–653): 648–53.
- Sadock James Benjamín, Alcott Sadock Virginia, Ruiz Pedro. 2018. *Kaplan y Sadock. Manual de Psiquiatría Clínica*. Edited by Wolters Kluwer. 4th ed.
- Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. D., Holffman, B. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham, F. G. 2022.

Ginecología de Williams. Edited by Mc Graw Hill. 4th ed.

Información sobre el autor

► **María Paola Aguilar Rodas** es médico graduada en la Universidad del Azuay en Cuenca Ecuador, especialista en Medicina de Urgencias de la Pontificia Universidad Javeriana en Bogotá Colombia y especialista en Derecho Médico de la Universidad Externado de Colombia. Actualmente se desenvuelve como médico tratante y jefe del servicio de Urgencias del Hospital del Río en Cuenca Ecuador, como docente de pregrado y posgrado en universidades locales y como asociada en la empresa de asesoría y auditoría médico legal Amedilex. Ponente y asistente de múltiples conferencias y simposios en materia de medicina de urgencias y derecho médico. **Contacto:** Servicio de Urgencias Hospital del Río. Av de las Américas y Av 24 de mayo. Cuenca Ecuador. – (✉): paoaguilar88@hotmail.com. –  <https://orcid.org/0000-0003-2689-392X>.

Como citar este artículo

Aguilar, María (2022). «Instrumentos médico legales: una revisión desde la perspectiva del derecho médico». *Analysis* 33, pp. 1–28.