

Recibido: 5 de junio de 2002  
Aceptado: 9 de agosto de 2002

**Carlos Tena Tamayo,<sup>1</sup>**  
**Enrique Ruelas Barajas,<sup>2</sup>**  
**Jorge Manuel**  
**Sánchez González,<sup>3</sup>**  
**Antonio Eugenio**  
**Rivera Cisneros,<sup>4</sup>**  
**Gonzalo**  
**Moctezuma Barragán,<sup>5</sup>**  
**Gabriel Ricardo**  
**Manuell Lee,<sup>6</sup>**  
**Agustín**  
**Ramírez Ramírez,<sup>7</sup>**  
**Salvador**  
**Casares Queralt,<sup>8</sup>**  
**Luis Ernesto**  
**Hernández Gamboa,<sup>9</sup>**  
**Alonso Migoya Vázquez<sup>10</sup>**

# Derechos de los pacientes en México

## RESUMEN

El *Plan Nacional de Desarrollo 2001 a 2006* de México y el *Programa Nacional de Salud*, destacan la importancia de hacer explícitos los derechos de los pacientes, para fomentar una cultura de servicio que satisfaga las expectativas y dignidad de éstos. El presente trabajo da a conocer la experiencia mexicana en la formulación de la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*. Fueron convocados líderes de opinión de la sociedad mexicana, expertos de las principales instituciones nacionales de salud, educación y organismos no gubernamentales de México, para analizar y sistematizar los derechos de los pacientes. El documento se originó a partir de 1117 opiniones. Fue presentado a la sociedad ante el presidente de la República en diciembre de 2001. Los derechos planteados son: recibir atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, e información suficiente, clara, oportuna y veraz; decidir libremente sobre la atención; otorgar o no consentimiento válidamente informado; ser tratado con confidencialidad; contar con facilidades para obtener una segunda opinión; recibir atención médica en caso de urgencia; disponer de un expediente clínico. En México, la documentación de los derechos generales de los pacientes frente a su médico, impactará la calidad de los servicios de salud al explicitar las relaciones del médico frente a su paciente.

## SUMMARY

Mexico's 2001-2006 National Development Plan and the National Health Program emphasize the importance of making explicit patient rights, to promote a service culture that will satisfy patient expectations and dignity. This paper publishes the Mexican experience on the Patient General Rights formulation. Mexican society opinion leaders, experts representing national health and education institutions and non-governmental Mexican organisms were called together to analyze and systematize patient rights. The document originated from 1117 opinions, that were cross-referenced against current legislation. The final document was delivered to society in the presence of the President of the Republic on December 2001. The proposed rights include adequate medical care, dignified and respectful treatment, sufficient, clear, timely, and truthful information, free decision-making concerning patients, granting or not of informed consent, confidential treatment, second-opinion facilities, emergency medical treatment, and clinical file. According to world trends, documentation of patient rights face-to-face with their physician will impact on health service quality in Mexico by revealing the physician patient relationship to the patient.

<sup>1</sup>Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

<sup>2</sup>Subsecretario de Innovación y Calidad, SSA

<sup>3</sup>Director General de Promoción y Difusión

<sup>4</sup>Director General de Enseñanza e Investigación

<sup>5</sup>Director General de Asuntos Jurídicos, SSA

<sup>6</sup>Subcomisionado Nacional A

<sup>7</sup>Subcomisionado Nacional B

<sup>8</sup>Director General de Orientación y Gestión

<sup>9</sup>Subdirector de Coordinación

<sup>10</sup>Director de Coordinación

Los autores 1, 3, 4, y de 6 a 10 están adscritos a Conamed

Correspondencia:  
Jorge M. Sánchez González  
Tel. y fax: 5420 7003.

Correo electrónico:  
jorge.sanchez@conamed.gob.mx

## Palabras clave

- ✓ derechos de pacientes
- ✓ ética médica

## Key words

- ✓ patient advocacy
- ✓ ethics, medical

## Introducción

Entre los antecedentes más remotos de los derechos de los pacientes se encuentran los plasmados en el *Código de Hammurabi* (1750 a. C.), descubierto en 1902 en Irán; entre otras muchas acciones médicas, en dicho código se sancionaba al médico cuando ocasionaba daño a su paciente. Otro trascendente documento aplicable en nuestros días es el de Hipócrates, que como norma prescriptiva de la moral sus-

tenta el respeto por el ser humano enfermo. Aparecida en Roma durante la época del Imperio, la *Ley Aquilea* por primera vez menciona la *culpa gravis*, que ha sido fundamental para muchas legislaciones. En la Edad Media, los médicos judíos, afamados por su técnica médica fundamentada en la antigua tradición, rigieron su conducta siguiendo al pie de la letra el *Juramento de Asaf* (Asaf Harofe), que tiene muchos puntos en común con el *Juramento de Hipócrates* y que por supuesto es posterior.

En el transcurso de la historia, los textos hipocráticos fueron mezclados con nociones estóicas de deber y virtud. Sin embargo, los componentes filosóficos fundamentales de la ética médica permanecieron intactos hasta mediados del siglo XX, cuando empezaron a ser cuestionados como parte del trastoque general de los valores originado en los países desarrollados por una serie de acontecimientos sociales como la Segunda Guerra Mundial.

En 1946 se proclamó el *Código de Nuremberg*, que estableció un decálogo de principios que deberían ser respetados cuando se afectara la dignidad humana, como en los casos de la experimentación médica sobre seres humanos o cuando se pretendiera efectuar investigación en humanos, para lo cual se estableció como requisito obligatorio la documentación del consentimiento informado de manera libre y voluntaria. En el mismo año, la Organización Mundial de la Salud hizo universal el concepto del derecho a la salud. A finales de 1948 se promulgó la *Declaración de los Derechos Humanos*, que señala el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud.<sup>1</sup> En este proceso de legislación ética de la práctica médica surge el *Código Internacional de Ética Médica*, adoptado por la Tercera Asamblea General de la Asociación Médica Mundial (Londres, octubre de 1949).<sup>2</sup>

Este conjunto de normas encaminadas a la obligación moral y no jurídica recomienda su observancia en los países firmantes, y fundamenta el reconocimiento moderno del derecho que posee el ser humano a gozar de salud en forma libre e igual en dignidad y prerrogativas, otorgándole el respeto y trato fraternal de sus congéneres.<sup>3</sup> No obstante en la actualidad existen múltiples factores que matizan la interpretación de la condición del paciente, sus necesidades y sus derechos.<sup>4,5</sup> Por ello, es menester entender que los cambios vertiginosos acontecidos en todos los ámbitos de la sociedad e intensificados por el acceso a la información y catalizados por los avances técnicos y científicos desde finales del siglo XX, han propiciado conflictos entre los derechos y necesidades del paciente y algunos otros valores sociales, no siempre percibidos en su justa dimensión, advirtiéndose falta de conciencia entre el personal de salud acerca de la opinión del paciente en torno a la atención médica que se le brinda.<sup>6-8</sup>

Aun cuando los derechos de los pacientes se encuentran legislados en diferentes instrumentos de la normatividad jurídica del país, para el ciudadano es difícil integrar la información disponible en torno a sus derechos.<sup>3</sup> Con el propósito de compilar en forma sucinta y clara la información disponible respecto al tema, se emprendió un proyecto dirigido a elaborar un documento único para el usuario de los servicios de salud, como parte de los compromisos derivados de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, cuyos objetivos buscan mejorar la calidad de los servicios de salud.<sup>4</sup>

El objetivo del presente trabajo es exponer el resultado de este proyecto, que culminó en la promulgación de la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*, así como describir el proceso por medio del cual se elaboró.

## **Etapa de preparación**

En primera instancia se consideró pertinente promover la conformación de un “grupo conductor”, que permitiera el pronunciamiento de una propuesta de trabajo y acciones específicas para su producción. El grupo estuvo formado por representantes de diversas instituciones:

- Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como institución coordinadora del proyecto.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, como impulsora del proyecto.
- Comisión Nacional de Bioética.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos.
- Dirección de Prestaciones Médicas del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Subdirección Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.
- Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.
- Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica.
- Comisión Interinstitucional de Enfermería.

El grupo conductor elaboró un primer borrador, que tuvo como marco de referencia diversos antecedentes nacionales e internacio-

nales relacionados con el tema,<sup>5-19</sup> así como la normatividad jurídica de México.<sup>20-22</sup>

El trabajo se desarrolló por un periodo de siete meses del año 2001, durante el cual el grupo conductor efectuó tres reuniones. Además del análisis de los antecedentes, propuestas y comentarios, en estas reuniones se buscó que los derechos planteados no contravinieran disposiciones legales o constitucionales, y que se escribieran en un lenguaje comprensible para todos; también se eligieron y establecieron los criterios para la revisión de conclusiones.

En la primera reunión se elaboró un documento a manera de decálogo. Para su validación y consenso, el proyecto fue enviado a instituciones del Sector Salud, colegios, asociaciones, sociedades y consejos de medicina y especialidades, y otras agrupaciones de salud, así como a las comisiones estatales de derechos humanos y de arbitraje médico.

En una segunda fase, el proyecto fue remitido a universidades y organizaciones no gubernamentales representantes de la sociedad civil; a esas instituciones se les solicitó que consultaran y compartieran el proyecto con otras a su alcance. El envío del documento se efectuó en términos específicos, para que de no existir observación a la propuesta se considerara la aprobación sin necesidad de respuesta, con la finalidad de facilitar el análisis del documento en su tercera fase.

Del total de aportaciones recibidas, 32.3 % mostró su conformidad con la propuesta en los términos en que fue redactada; 6.4 % sugirió que también se redactaran los derechos del médico; 9.6 % mencionó que deberían agregarse las obligaciones de médicos y pacientes; 3.3 % solicitó que se adicionaran otros derechos no contemplados en la ley o sus reglamentos; 13 % propuso cambios en la redacción del texto.

Después de haber analizado los comentarios y propuestas, se presentaron las conclusiones en una tercera y última reunión del grupo conductor, efectuada en noviembre de 2001, para obtener el documento definitivo que conformaría la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*.

Como ya se mencionó, estos derechos se fundamentaron en las disposiciones legales de la normatividad vigente, lo que permitió ha-

cer explícitos aquellos que se encuentran presentes en la legislación mexicana.

**Carlos Tena Tamayo et al.  
Derechos de los pacientes  
en México**

## Otros fundamentos

Varios autores han considerado que el paciente tiene el derecho y deber de legitimar su posición ante el médico o prestador de servicios de salud.<sup>23-25</sup> En la actualidad, el paciente solicita de su médico:

- La explicación de los términos que se utilizan para referir la enfermedad.
- La información que le permita entender el porqué del empleo de cierto procedimiento o tecnología.
- El ejercicio de su propia autonomía y libertad, de tal forma que no se somete incondicionalmente a la acción médica.

Con ello se pretende una relación médico-paciente que beneficie a uno y otro, y donde se identifiquen con claridad las obligaciones y derechos de cada cual.<sup>26-29</sup>

La práctica de la medicina ha sufrido cambios debido a la especialización, fragmentación, institucionalización y despersonalización del cuidado de la salud. El número y complejidad de los problemas de ética médica crecieron a medida que la capacidad tecnológica médica iba presentando nuevos desafíos para los valores tradicionales.<sup>25</sup>

Dado que ahora el paciente cuenta con mayor información, debe propiciarse su participación activa dentro de la relación médico-paciente. Es imprescindible que deje atrás la conducta pasiva que conllevaba a dependencia o sometimiento, ceñida a una actitud paternalista del médico. Es un hecho que en la práctica de la medicina se quebrantan principios bioéticos o relativos a la beneficencia, autonomía o justicia; dichas infracciones corresponden a lo que en un sentido ético se conoce como *desviaciones de la conducta*. En nuestro país, muchas de estas desviaciones son condicionadas por las modificaciones y cambios de los factores que inciden en el campo de los servicios de salud.<sup>5-14</sup>

El *Programa Nacional de Salud* derivado del *Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006*, destaca el esfuerzo que se hará por mejorar la salud de los

mexicanos.<sup>4</sup> En este contexto, resulta prioritario hacer explícitos los derechos de los pacientes, fomentando una cultura de servicio orientada a satisfacer las demandas, la dignidad y la autonomía. Hasta el momento de realizar el presente trabajo no estaban sistematizados aquellos derechos contemplados en la Constitución, las leyes y las normas de salud de México, dificultando su identificación por parte de la sociedad.<sup>6-15</sup>

*La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes* representa la experiencia mexicana de realizar un trabajo en consenso con instituciones de salud, públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos.

La ética médica actual está sustentada en cuatro principios de bases sólidas:

- Beneficencia
- No maleficencia
- Autonomía
- Justicia

Una ética humanista fundamentada en el principio de beneficio sería susceptible de ser objetada si se tuviera en cuenta sólo al hombre aislado, al individuo egoísta, mediando su bienestar físico como único criterio de valor ético, sin nada que lo trascienda. Pero la medicina va más allá de la persona.<sup>17-19,23-29</sup> El papel de la medicina ha sufrido cambios sustanciales en el siglo pasado e inicios de éste, en virtud de que, sin desentenderse del individuo aislado, se ha hecho evidente lo mucho que puede aportar al bienestar social comunitario. Algunas escuelas han venido propiciando, con indudable acierto, que los médicos a quienes forman estén capacitados para tratar al paciente como componente del núcleo social primario: *la familia*. El bien que la medicina pueda dispensarle a ésta, redundará en beneficio de la sociedad entera.<sup>28-36</sup>

No siendo el paciente un sujeto pasivo en el proceso enfermedad-curación, le asiste el derecho a que se le suministre con veracidad, claridad y de manera confidencial, toda la información sobre ese proceso. Cuando se trata de la práctica de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, por simples que sean, tiene de-

recho a conocer el nombre y la experiencia de quien los va a ejecutar.<sup>28-35</sup>

Junto con el de beneficencia y justicia, el de autonomía es otro principio que sirve de sustentación a la ética médica. Por eso, todo acto médico debe estar precedido del consentimiento del paciente, a no ser que éste se encuentre mentalmente incompetente, entonces la autonomía es transferida de manera tácita a los familiares más cercanos. A nadie en posesión de sus plenas facultades se le puede forzar a aceptar un procedimiento diagnóstico o terapéutico, aunque el médico lo considere estrictamente necesario. Esa autonomía le permite al enfermo ceder o no sus órganos para trasplante o para estudios especiales, y señalar la persona en quien delegar la autoridad y la responsabilidad en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos que el médico proponga, en caso de que no estuviese en capacidad de hacerlo por su cuenta en el momento indicado. En otras palabras, la persona posee el derecho de delegar su voluntad en terceros.<sup>28-33</sup>

Como ser humano, el enfermo posee los derechos que la ley le reconoce y le otorga; empero, sus derechos deberían ser preponderantes respecto a los del hombre sano, pues el enfermo se encuentra en desventaja. Para que la ley sea justa, debería velar por proteger a la parte más frágil sobre la que se legisla: *el ser humano enfermo*.<sup>14,26,29-34</sup>

Varias publicaciones coinciden en señalar que la trayectoria del ejercicio médico occidental de la que somos herederos, ha ignorado o desconocido esos derechos con alarmante frecuencia, y ahora la sociedad civil empieza a tomar conciencia de ellos y lucha por hacerlos valer en un marco de justicia al amparo de la ley. Conocer los derechos del paciente, pugnar por su ejercicio e invitar a su perfeccionamiento en la práctica y a su tutela en la legislación mexicana, es un reclamo social constante.<sup>9-13,15-19,23</sup>

Una de las discusiones tradicionales entre abogados y filósofos estriba en dilucidar si los derechos son exclusivamente los que están consagrados en un documento, o si existen independientemente de que se haya legislado al respecto.<sup>29-36</sup> Es por eso que el gobierno mexicano consideró que era necesario y urgente elaborar un documento a favor de los pacientes, que permita a la población una participación

activa e informada en la demanda de sus derechos, en la mejoría de la calidad de los servicios de salud, y en la crítica, denuncia y rechazo al profesional que no cumple con sus demandas y necesidades, promoviendo un cambio radical en la relación médico-paciente, eliminando a cierto sector de los prestadores de servicios de salud que actúan de manera impropia denigrando la imagen de la profesión médica.<sup>4,5</sup>

Para avanzar en la consolidación de una cultura que fomente la participación social y la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, era necesario destacar las prerrogativas que las propias disposiciones sanitarias de nuestro país regulan en beneficio de los pacientes, las cuales había que definir en forma precisa y difundir entre los usuarios de los servicios de salud. Para tal efecto, emanado de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico la tarea de coordinar los esfuerzos institucionales para desarrollar un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales. En él se plantearon específicamente los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención; los trabajos concluyeron con el diseño de la *Carta de los Derechos Generales de los Pacientes*, cuyo fundamento legal y explicación están contemplados en diferentes ordenamientos jurídicos que se exponen a continuación:

1. *Recibir atención médica adecuada:* el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo con las necesidades de su estado de salud y las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando sea necesario enviarlo a otro médico.
2. *Recibir trato digno y respetuoso:* el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brindan atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y este trato se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
3. *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz:* el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante le brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; a que esta información se le proporcione siempre en forma clara, comprensible con oportunidad, con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.
4. *Decidir libremente sobre su atención:* el paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, a rechazar o aceptar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en enfermedades terminales.
5. *Otorgar o no consentimiento válidamente informado:* el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines diagnósticos o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, los beneficios que se esperan, y las complicaciones negativas que pudieran presentarse.  
Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decide participar en investigaciones, o donar órganos.
6. *Ser tratado con confidencialidad:* el paciente tiene derecho a que toda la información expresada a su médico sea manejada con estricta confidencialidad, y se divulgue exclusivamente con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria, lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.
7. *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión:* el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionado con su estado de salud.
8. *Recibir atención médica en caso de urgencia:* cuando está en peligro la vida, un órgano o

**Carlos Tena Tamayo et al.  
Derechos de los pacientes  
en México**

una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9. *Contar con un expediente clínico:* el paciente tiene derecho a que los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa, en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable, y, cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.
10. *Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida:* el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo, tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

## Conclusión

Contar explícitamente con un documento sobre los derechos del paciente, favorecerá una mejor calidad en el acto médico, al entender los principios que guían la relación del paciente y su médico.

## Referencias

1. Declaración Universal de Derechos Humanos. En: Rodríguez RJ, compilador. Instrumentos internacionales sobre derechos humanos ONU-OEA. Tomo 1. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1988. p. 5-16, 19-29, 30-41, 162-166.
2. Asociación Médica Mundial. Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial. Bol Oficina Sanit Panam 1990;108(2):5-6.
3. López-de-la-Peña XA. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev Invest Clin 1995;47(1):5-12.
4. Secretaría de Salud. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. En: Programa Nacional de Salud, 2001-2006. México: SSA; 2001.
5. Comisión Nacional de Bioética. Código-guía bioética de conducta profesional (médicos, enfermeras y otros trabajadores de la salud). México: Comisión Nacional de Bioética; 2001. p. 3-21.
6. Lifshitz A, Trujillo D. Los derechos humanos del paciente hospitalizado. México: Comisión Nacional de Derechos Humanos; 1992. p. 9-10.
7. Rivero-Serrano O, Tanimoto M. El ejercicio actual de la medicina. México: Siglo XXI; 2000.
8. Sepúlveda B. Los derechos del paciente. Gac Med Mex 1987;120(5):269.
9. Velasco-Suárez M. Conclusiones: sanción inmediata del cirujano. Gac Med Mex 1989;125:14.
10. Ramírez M, Espinoza PA, Viniegra L. El respeto a los intereses de los pacientes pediátricos. Rev Invest Clin 1996;48:361-367.
11. López-de-la-Peña XA. Los derechos del paciente. México: Trillas; 2000.
12. Álvarez A. Una aproximación psicoanalítica a la ética de la relación médico-paciente. Rev Invest Clin 1997;49:491-496.
13. Wayne W, Smith RC, Stewart M. Tell me about yourself: The patient-centered interview. Ann Int Med 2001;134(11):1079-1085.
14. Schroeter KM. Ethics in perioperative practice-patient advocacy. AORN Journal 2002;75(5):941-944.
15. Heubi J. Protecting the innocent. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2002;4:334-336.
16. Bamgbade O. Anaesthetic drug information leaflets for the patient or for the doctor? Anaesthesia 1998; 56(12):1213-1214.
17. Schneller ES. Professions and the 21st Century: A commentary on the physician as worker. Health Care Manage Rev 2001;26:71-77.
18. Nordgren S, Fridlund B. Patients' perceptions of self-determination as expressed in the context of care. J Adv Nurs 1999;35(1):117-125.
19. Byerly RT, Carpenter JE, Davis J. Managed care and the evolution of patient rights. JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation 2001;3(2):58-67.
20. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. Artículos 51, 54, 100 y 103. México: SSA; 2000.
21. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 21, 30, 71,80. México: SSA; 2000
22. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico. Diario Oficial de la Federación septiembre 30, 1999.
23. Coulter A. After Bristol: Putting patients at the centre. BMJ 2002;324:648-651.
24. ABIM, ACP-ASIM Foundation, European Federation of Internal Medicine. Medical professionalism in the new millennium: A Physician Charter. ANN Int Med 2002;136:243-246.
25. Land NP. Professional liability, patient safety, and first do no harm. Am J Surg 2001;182:537-541.
26. Lifshitz A. La práctica de la medicina clínica en la era tecnológica. México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2000. p. 129-150.

27. Madrazo-Navarro M, Cervantes-Pérez A, Flores-Casanova Y. Desarrollo científico y tecnológico y atención a la salud. México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social; 2000. p. 87-113.
28. Astrow AB, Puchalski CM, Sulmasy DP. Religion, spirituality, and health care: Social, ethical, and practical considerations. *Am J Med* 2001;110(4): 283-287.
29. Minetti JA. Ética médica. Introducción histórica. Quirón: 1998. p. 114-129.
30. Dooley D. Medical ethics and the future of health care. *J Med Ethics* 2001;27(3):213.
31. Wilson CN. Patients' rights: Federal versus State Governments. *Hospital Pharmacy* 2001;36(6):598, 601-608.
32. Chesney R. Privacy and its regulation: Too much too soon, or too little too late. *Pediatrics* 2001;107 (6): 1423-1425.
33. Wharry S. Bush marches to own beat as patient-rights initiative takes off in US. *CMAJ* 2001;164(11):1611.
34. Van-Der-Zeijden A. The patient rights movement in Europe. *Pharmacoeconomics* 2000;18(Suppl) 1:7-13.
35. Horton R. Health and the UK Human Rights Act 1998. *Lancet* 2000;356(9236):1186-1188.
36. Luce J. New standards for patient rights and medical competence. *Crit Care Med* 2000;28(8):3114-3115.■

**Carlos Tena Tamayo et al.  
Derechos de los pacientes  
en México**