

Realidades conceptuales del consentimiento informado para la seguridad del médico y del paciente

LETICIA ALFARO RAMOS*
MANUEL MAGAÑA IZQUIERDO†

* Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

† Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud.
Trabajo recibido: 12-IX-2008; aceptado: 30-IX-2008
Conflicto de intereses: Ninguno

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

- I. El proceso de consentimiento
- II. Instrumentación del consentimiento
- III. Excepciones
- IV. El expediente clínico

CONCLUSIONES

Agradecimientos

BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

El hecho de que los profesionales de la salud proporcionen información a los pacientes o sus familiares acerca de los riesgos, beneficios, efectos colaterales y alternativas al tratamiento o diagnóstico de la enfermedad resulta vital. Sin embargo, lo importante radica en saber comunicarlo.

Existe un concepto erróneo de lo que significa **consentimiento informado (CI) y el formato de consentimiento o autorización**. El consentimiento informado consiste en todo un proceso donde se requiere que el médico discuta el procedimiento a realizar con el paciente, debiendo dársele la oportunidad de hacer preguntas que le

sean contestadas por su médico tratante, así como el no estar de acuerdo en que se realice tal procedimiento.

La Comisión Nacional de Bioética de México conceptualiza que el CI es la expresión de autonomía y autodeterminación en donde se plantean alternativas para la toma de decisiones en cuanto a métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos a la salud pública.¹

Por su parte, en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, en los artículos del 80 al 84, se establecen los procedimientos a seguir para obtener la autorización escrita del paciente con fines de diagnóstico o tratamiento.²

Sin embargo, es muy común que en las organizaciones de salud, tanto públicas como privadas, se haga firmar a los pacientes o sus familiares distintos formatos que, en la mayoría de los casos, son entregados por empleados administrativos junto con otra papelería vinculada al internamiento como el contrato de prestación de servicios y la hoja de autorización de la aseguradora, en el caso de los hospitales privados, la hoja de admisión hospitalaria, la hoja de evaluación de nivel socioeconómico, la hoja de vigencia de derechos para instituciones de la seguridad social y, entre ellos, el formato de con-

213

sentimiento bajo información o consentimiento informado.

Esta suerte de intercambio de formatos y firmas, generalmente se lleva a cabo bajo un ambiente de expectación e incertidumbre por parte del paciente o sus familiares, y de trabajo administrativo por parte de los prestadores de estos servicios, a fin de dar cumplimiento a la normatividad.

Parece mentira que en este siglo, donde la comunicación e información se ve agilizada por la utilización y gran acceso a la nueva tecnología, los médicos y organizaciones de salud tengan dificultades en el proceso de comunicación escrita con los pacientes. Aun cuando la mayoría de los médicos suele explicar a sus pacientes las características de la patología y lo que se puede esperar de los distintos procedimientos que le realice, resulta interesante observar la dificultad que tienen para plasmar este proceso de información en la documentación. Les resulta muy molesto, les incomoda hacer firmar a los pacientes estos formatos a los que ven como un tecnicismo burocrático vinculado a un requisito estrictamente legal, como una "forma" y no como un "proceso" estrechamente ligado a la comunicación entre el médico y el paciente y como resultado de una toma de decisiones en forma compartida.

Así, en el contexto ético contemporáneo de la práctica médica y de la investigación clínica, es impensable que el profesional de la salud efectúe procedimientos clínicos, diagnósticos o ensayos clínicos, sin antes haber obtenido el consentimiento informado por parte de su paciente o sujeto de investigación. ¿La justificación? El consentimiento obtenido bajo información constituye evidencia del principio ético de autonomía o autodeterminación del ser humano. De tal manera que el esfuerzo por respetar los principios de bioética (beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia) en las actuaciones profesionales y su utilización como referente en la reflexión necesaria para resolver problemas éticos, permite orientar la práctica profesional hacia el cumplimiento de los fines de la medicina.³

I. EL PROCESO DEL CONSENTIMIENTO

La firma o la obtención del consentimiento debe ser el corolario de la interacción entre el médico

y su paciente, ya sea en el consultorio, la clínica o el hospital. De nada sirve que los formatos sean hechos firmar por administrativos si los elementos que se discuten en él fueron pobremente discutidos. Es una acción médica indelegable. De nada servirá presentar un papel firmado si el paciente puede alegar y demostrar que lo firmó bajo presión o que ni siquiera lo discutió con su médico. El **proceso del consentimiento informado** no sólo es malinterpretado por los profesionales, sino también por los pacientes, que lo interpretan como el llenado de un "cheque en blanco" que le extienden al médico o a la institución para que se haga cualquier cosa que estime apropiada.

A diferencia de lo que se cree en general, el consentimiento bajo información es un documento dinámico, que debe permitir reformulaciones y cambios conforme el proceso de atención del paciente lo requiere.

Lo más importante siempre será la relación entre el médico y el paciente, y entre el médico y los familiares del paciente. Ninguna forma o documento legal puede reemplazarla. La instrumentación del consentimiento debe surgir como un paso natural en el proceso de atención. Cuando la obtención de la firma deteriora la relación establecida, el médico debe plantearse si está manejando adecuadamente los aspectos interpersonales.

Mucho más importantes que los aspectos legales del consentimiento son los aspectos éticos que surgen de la "doctrina del consentimiento bajo información", que considera por un lado el principio de AUTONOMÍA del paciente, por el cual tiene derecho a participar en las decisiones con respecto a su salud y para ello requiere una información adecuada. Por otro lado, el principio de BENEFICENCIA,⁴ que establece claramente que la obligación primaria, *prima facie*, del médico es beneficiar al paciente, siendo la condición limitante de su actividad evitar hacerle un mal innecesario. Por lo tanto, para cumplir con este último principio, en su deber de informar, el médico no sólo debe ofrecer datos que beneficien al paciente sino que además no le produzcan un sufrimiento innecesario.

Se puede decir entonces que la relación establecida entre el médico y el paciente está su-

jeta a consecuencias varias según el modelo ético que sirve de marco a dicha relación y de acuerdo con la interpretación que la Ley haga de la misma. Siempre bajo la premisa de la Ley, el consentimiento debe ser dado libremente y de buena voluntad, sin presiones de ningún tipo.

Actualmente, de los dos elementos constitutivos del mismo, información y consentimiento, se está haciendo demasiado hincapié en el segundo con muy poca profundización del primero (**qué, quién, cuánto, dónde y cómo informar**). La documentación debería reflejar la preocupación del médico en brindar la suficiente información como para que el paciente pueda participar en la toma de decisiones.

¿Qué debe informarse?

Básicamente un consentimiento bajo información completo debería dejar muy en claro:

- a) La Naturaleza del tratamiento propuesto
- b) El Beneficio del mismo
- c) Los Riesgos
- d) Las Alternativas

a) Naturaleza

Conocer el tipo de padecimiento y su causalidad es a todas luces una prioridad, tanto para el médico como para el paciente, por lo que es importante explicar en términos comprensibles la enfermedad que el paciente padece; es decir, es necesario aclarar la naturaleza del tratamiento propuesto.

La aclaración referente a si se trata de un **método diagnóstico o terapéutico** es especialmente útil cuando se trata de realizar algunos estudios complejos como cateterismos, punciones lumbares, punciones-biopsia, arteriografías y en general, los procedimientos llamados intervencionistas, que en la mayoría de los casos apoyan al diagnóstico, y aunque es bien conocido que algunos también tienen utilidad terapéutica, muchos pacientes tienen la tendencia a creer que lo que se les va a hacer es para curar y aliviar su sufrimiento, cosa que no en todos los casos sucede.

El establecimiento **de la duración** del tratamiento resulta importante, no sólo en términos de disminuir la incertidumbre del paciente sobre su curación o mejoría, sino en términos incluso hasta económicos.

La explicación que se haga sobre el sitio anatómico en el que se llevará a cabo la intervención es de suma importancia, ya que siendo su cuerpo, el paciente puede conocer y reconocer su propia afección, localizarla y entonces decidir si se interviene o no.

Como el avance de la ciencia es dinámico existen métodos o procedimientos en los que se requiere del apoyo de otro especialista como el caso del anestesiólogo. Dependiendo del sitio, padecimiento y estado de salud-enfermedad del paciente se determina en forma previa si requerirá anestesia, analgesia o sedación, así como el tipo de procedimiento de anestesia que se realice.

b) Beneficios

En general, los beneficios coinciden con los objetivos del tratamiento, pero hay situaciones especiales en las cuales conviene dejar bien aclarado qué es lo que se espera de un procedimiento propuesto.

Cuando el procedimiento es diagnóstico y no terapéutico, como en el caso de una punción, biopsia o un cateterismo, el paciente debe conocer la razón por la que se le somete a estos "sufrimientos" y cuál es el beneficio que espera obtener. Los riesgos de la no realización de los estudios deben sobrepasar a aquellos que están vinculados a estas técnicas invasivas. Por otro lado, cuando el tratamiento es paliativo y donde el nivel de beneficio que se espera de un procedimiento está muy por debajo de la completa mejoría del paciente, se aconseja dejarle muy claro la razón de ser de este proceder y él debe estar de acuerdo.

c) Riesgos

La información proporcionada al paciente sobre los riesgos que implica realizar o no un procedimiento, es un componente más del consentimiento; sin embargo, el énfasis puesto en este punto es tal que algunos resumen

toda la doctrina del consentimiento a una mera enumeración de riesgos, casi excluyendo los otros aspectos. Sin temor a equivocación, éste resulta el tema más conflictivo al que se enfrenta el médico ya que generalmente la pregunta que surge sobre hasta dónde se debe informar las complicaciones vinculadas con procedimientos determinados es nuevamente una cuestión ética.

No se puede adoptar una posición doctrinaria y rutinaria respecto al tipo de información que se deba dar al paciente, ni cuál le será más beneficiosa. Cada paciente tiene una individualidad propia y busca respuesta a sus preocupaciones y problemas específicos y no otros. Nadie puede determinar un diagrama inmutable para el diálogo que se establece entre el médico y el paciente, como tampoco se puede predecir la repercusión médica y psicológica que ésta tendrá. El profesional debería tener en cuenta la capacidad del paciente para comprender los riesgos a los que se someterá y adoptar en consecuencia una decisión informada.

Debe tenerse en cuenta el impacto que tendría un riesgo en caso de materializarse en la vida de un paciente, es decir, una pérdida moderada de visión puede no ser excesivamente seria para un jubilado, pero puede ser crítica para un aviador. Si el riesgo es grave el deber de informar será mayor. Debe sopesarse el grado de probabilidad de que el riesgo se manifieste. Si la probabilidad de que ocurran determinadas contingencias es extremadamente baja se justificaría en un momento dado no dar la información, aunque estas contingencias puedan ser graves (muerte, paraplejía, ceguera). Por otra parte, tampoco habría necesidad de informar acerca de riesgos que muy probablemente ocurran, pero que son de muy poca importancia (irritación de la piel por telas adhesivas, infiltración de vías, etc.) **El médico debería informar sobre los riesgos normalmente previsibles y no sobre los que son absolutamente excepcionales.** Sin embargo, algunas jurisprudencias y corrientes de pensamiento al respecto se muestran particularmente exigentes con los cirujanos plásticos, a quienes se les exigiría poner al tanto al paciente inclusive contra los riesgos excepcionales. El tema,

por supuesto da para el debate, pero podría concluirse que cuanto más electivo sea el tratamiento mayor es la necesidad de ahondar en la información referida a los riesgos.

d) Alternativas

En el proceso de toma de decisiones, que en este caso en particular debe ser conjunta, el hecho de presentar las diferentes opciones que existen para la mejoría o curación del estado de salud-enfermedad del paciente e incluso hacer patente la opción de no hacer nada, que también resulta una opción, resulta vital. Hay procedimientos médicos para los que no existen alternativas razonables, pero la mayoría de las veces hay más de una opción.

II. INSTRUMENTACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Resulta importante ante la proliferación de distintos tipos de formatos, recordar que los profesionales de la salud pueden caer en la trampa de que lograr la firma del paciente da por válido el consentimiento, y entonces reemplazar el diálogo entre el médico y el paciente dejando de lado lo que realmente ocurrió.

Dada las inseguridades que a veces ofrecen los formatos de consentimiento, resulta conveniente que los profesionales coloquen en el expediente clínico, de su puño y letra, detalles acerca de la discusión o diálogo acerca del tratamiento o procedimiento propuesto, los riesgos habituales, las alternativas, etc. Cuando se exige el consentimiento escrito, el paciente podría firmar directamente estas mismas notas. Se trata de que la documentación refleje fielmente el proceso que muy seguramente todos los médicos tienen con sus pacientes.

Las ventajas de este tipo de documentación radican en el hecho de que estos consentimientos están hechos "a medida" del paciente, y se requiere que el médico se encargue personalmente de colocar todos los datos necesarios en la historia. Sin embargo, en nuestro país la práctica de que el consentimiento sea establecido en un formato especial y exclusivo es bastante extendida. Incluso forma parte de la "pa-

pelería" impresa de la mayoría de los hospitales e incluso tiene un lugar específico en el expediente clínico. Desafortunadamente aún no se ha logrado que el llenado del formato, como parte del proceso se complete desde el consultorio médico.

III. EXCEPCIONES

Es conocido que existen situaciones de casos en las que se debe considerar la omisión del llenado del consentimiento. A continuación se mencionan algunas.

1. La Urgencia

Se considera que el médico puede actuar sin el consentimiento bajo información cuando las circunstancias extremas del caso así lo justifiquen. En cuestiones de vida o muerte, el tiempo que demanda efectuar la revisión y posteriormente obtener el consentimiento se volvería en contra de los intereses del propio paciente.

2. La Renuncia

Muchos pacientes insisten en renunciar a su derecho a ser informados: "...por favor, no me diga eso que me hace mal..." Otros prefieren declinar a su derecho a tomar decisiones: "...Doctor, decida usted que es lo mejor para mí. Usted es el especialista, yo no sé nada..."

Cuando los pacientes demuestren este deseo de rehusar a este derecho y facultad, los médicos deberían cerciorarse de que los pacientes se den cuenta de que están renunciando a un derecho e insistir en que como profesionales tienen el deber de revelarles información sobre su tratamiento y que no pueden suministrar tratamiento sin su consentimiento.

Este concepto de renuncia no debe prestarse a abusos por parte de los médicos. Hay un matiz sutil entre las situaciones en que los pacientes no quieren participar y aquéllas en que los médicos dejan entrever que no les interesa hacerlos participar. La renuncia, como el consentimiento, debe ser voluntaria y estar libre de presiones. Así, este tema debe constar en la historia y el expediente clínico.

3. El Privilegio Terapéutico

Hemos podido analizar hasta qué punto es importante el principio de la autodeterminación de los pacientes y su derecho a contar con elementos como para tomar una decisión. Pero la doctrina del consentimiento bajo información también tiene en cuenta el principio de beneficencia, según la cual el médico debe mantener su obligación profesional y ética de no dañar innecesariamente al paciente revelándole una información que podría ser pernicioso. La información inapropiada, referida a una probabilidad remota, no cumpliría con el principio de beneficencia.

Hay que ser muy cuidadosos cuando se maneja este concepto, ya que en la práctica este privilegio puede legitimar la aversión natural de muchos médicos a dar información a los pacientes. Debe abandonarse el concepto paternalista de que el médico pueda guardar silencio sólo porque crea que el paciente requiere tratamiento y la revelación de los detalles podría motivar el rechazo.

Un Consejo...

Seguramente las instituciones seguirán utilizando formatos de distinto tipo según el consejo de sus asesores legales, haciéndolos firmar a los pacientes por administrativos. Como médicos, no deberíamos dejar de lado escribir algunas líneas en la historia clínica acerca de la interacción con el paciente y su familia. En la actualidad esto es tan importante como documentar un soplo cardíaco o un infarto.

Este tema no tendría que tensionar tanto al gremio médico. La mayoría se preocupa por sus pacientes y dialoga francamente con ellos. El problema es que esta preocupación y cuidado raramente se refleja en la documentación.

IV. EL EXPEDIENTE CLÍNICO

Bien se ha dicho que la historia clínica puede ser el mejor amigo o el peor de los enemigos del médico ante un juicio por responsabilidad profesional. A medida que el tiempo pasa y los recuerdos de la atención brindada se desvanecen,

la historia y el expediente clínicos se erigen como la prueba principal de lo ocurrido. No sólo deben ser vistos como un documento legal ya que también tiene otros propósitos importantes:

- a) Facilitar la comunicación entre los efectores de salud
- b) Establecer la coordinación y continuidad en la atención
- c) Brindar un registro

En el expediente clínico deben quedar registradas todas las actividades que desarrollan los profesionales que intervienen en la atención de un paciente. Sin embargo, son numerosos los factores que con el transcurso de los años han desplazado a un segundo plano y por ende subestimado la importancia de este documento. Algunas de las razones se encuentran en las distorsiones provocadas por el modelo actual de atención de la salud: jornadas de trabajo excesivo, abuso en la utilización de métodos de diagnóstico, ensañamiento terapéutico, fragmentación o atomización de la atención, ausencia de médico de cabecera, dar por entendido que cierto tipo de prácticas, por rutinarias, pueden ser realizadas sin dejar constancia escrita, entre otras.

El registro escrito de la información obtenida en la atención de un paciente constituye la prueba documental más importante, dado que marca la preocupación del médico y establece la metodología científica empleada.

El expediente clínico debe cumplir con algunas premisas generales como:

Legibilidad: El expediente clínico no es un apunte personal. El médico no está escribiendo sólo para él, sino también para médicos interconsultantes, otros médicos en el futuro, enfermeras, y otros profesionales de la salud. También sus anotaciones pueden ser leídas en un futuro por asesores legales de pacientes demandantes y jueces. Si la letra es indescifrable, puede estar seguro que la interpretación que se hará de esos "jeroglíficos" será muy diferente de la que se intentó al escribirlos. No hay peor carta de presentación en un juzgado que una historia ilegible.

Objetividad: El médico debe remitirse a los hechos. Lo que ve, siente, huele y oye. Si tiene

una opinión profesional, debe escribirla. Debe ser muy cuidadoso y no escribir especulaciones. Sus opiniones subjetivas acerca del paciente, la familia, otros médicos o enfermeras no pertenecen al expediente clínico a no ser que estén directamente relacionados con temas clínicos. Deben evitarse términos como: *aparentemente, pareciera, impresiona, parece ser que*. No es lo mismo escribir "paciente bien" que "el paciente no se ha quejado de dolor" o "durmió toda la noche" que "ojos cerrados, respiración regular".

Cronología y completitud: Si se solicita un estudio, los resultados del mismo deben figurar en el expediente. Si se requiere una interconsulta, la misma debe quedar registrada en la documentación y debe quedar claro que se le ha leído. Debe seguir una secuencia ordenada. Evitar los papeles sueltos ya que es demasiado fácil que éstos se pierdan. La ausencia de informes fundamentales como la hoja quirúrgica o de anestesia, pueden complicar una eventual defensa.

Personalización: Cada nota clínica debe estar firmada y aclarada por el profesional interviniente. Muchos expedientes han hecho un caso imposible de defender porque es imposible saber quién es el que escribió en la misma. Esto es especialmente importante en el caso de los grandes hospitales, donde muchos médicos suelen ver a un solo paciente.

Racionalidad: En el expediente debe quedar reflejada la línea de pensamiento respecto al caso. Debe poder explicar el porqué el médico ha tomado un curso de acción. Esto incluye la documentación de los diagnósticos diferenciales, el tratamiento planeado, y el motivo por el que se descartan en ese momento otros tratamientos. Recuérdese que la desviación del estándar de cuidado no constituye de por sí negligencia. Sin embargo, el médico puede ser hallado responsable si el expediente clínico no refleja la lógica de su pensamiento en el momento en el que atendió al paciente.

Originalidad: Hay que tratar de quedarse siempre con el original en su consultorio. Si se trata de un hospital, éste es quien lo debe conservar. El original no debe ser sustituido ni alterado. El Código de Ética de algunas instituciones reconoce al médico un derecho de conservación.

También el paciente tiene derecho a tener acceso a **toda** la información que ella contenga.⁵ Si el paciente lo solicita, el médico debe entregarle un resumen de la documentación. Si comete un error debe proceder de la siguiente manera:

1. Trazar una línea simple sobre el error, de forma tal que el texto equivocado siga siendo legible
2. Escribir la palabra "error", la firma y la anotación correcta
3. Escribir la fecha y hora de la corrección y si fue realizada en una fecha posterior a la entrada original
4. Bajo ninguna circunstancia utilizar líquido corrector o tache de forma que no pueda verse lo que se escribió previamente. En caso de un proceso judicial, estas tachaduras jugaran en contra, sugiriendo que usted intento alterar la documentación original.⁶

De la evaluación de los expedientes clínicos que llegan a una sede judicial por causas donde se cuestiona el accionar médico, se detectan como más frecuentes las siguientes faltas:⁷

- a) Letra ilegible
- b) Mala redacción
- c) Uso de terminología inadecuada
- d) Frases entrecortadas o telegráficas
- e) Uso de abreviaturas o códigos no convencionales
- f) Desorden cronológico de los distintos actos médicos
- g) Falta de evolución diaria u horaria de los distintos actos médicos
- h) Falta de evolución diaria u horaria del paciente según el caso, con el consiguiente no registro cronológico (fecha y hora) de la presentación
- i) Falta de registro de los motivos por los que no se realizaron o se retrasaron las prácticas médicas (descompostura de equipos, falta o retraso de medios para el traslado, etc.)
- j) Carencia de los registros de los informes de los estudios complementarios, protocolos quirúrgicos, partes anestésicos, etc.
- k) Ausencia de hojas de enfermería para control de la administración de medicamentos indicados

- l) Ausencia de consentimiento bajo información, firmado por el paciente, o en caso de menores o incapaces, por padres, tutores o encargados ante prácticas que así lo requieran

m) Ausencia de firmas con la debida antelación

n) Carencia de registro de las interconsultas

o) Falta de diagnóstico de egreso

CONCLUSIONES

Ante el riesgo y la exposición actual del médico a recibir demandas judiciales, resulta indispensable destinar el tiempo necesario para confeccionar una documentación apropiada partiendo de una conceptualización correcta del consentimiento informado. El expediente clínico es un documento insustituible y la mejor fuente de respaldo de lo actuado, es por ello que se debe tomar conciencia del tema desde los primeros niveles de la educación médica. Por supuesto, la historia y el expediente clínicos, deben ser el complemento de una relación médico-paciente que asegure la información necesaria al paciente y a sus familiares.

219

Agradecimiento

Los autores agradecen encarecidamente al Dr. Fabián Vítolo de The St Paul Argentina, por sus ideas y comentarios que hicieron posible la realización de este documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cano VF. *El consentimiento bajo información, ¿un documento o un proceso?* En: Cano VF, editor. *Bioética*. México: UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2005.p.23-33.
2. Erraste F. *La calidad en la asistencia sanitaria*. En: Erraste F, editor. *Principios de gestión sanitaria*. Madrid: Díaz de Santos; 1997.p.195-229.
3. Jiménez J. *Legislación sanitaria básica*. En: Jiménez J, editor. *Manual de gestión para jefes de servicios clínicos*. 2da ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.p.187-207.
4. Magaña M, Alfaro L. *La relación información-poder-decisión*. En: Magaña M, Alfaro L, editores. *Gerencia y decisión. Consideraciones gerenciales para la toma de decisiones en salud*. 2da ed. México: Piensa; 2000.p.77-103.

REFERENCIAS

1. Comisión Nacional de Bioética. *Código de Bioética para el Personal de Salud*, 2002. Consultado: 18 de septiembre de 2008. Disponible en: <http://www.cnb-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normanac.html>
2. *Ley General de Salud*. México: Porrúa;2004.
3. *The goals of medicine. Setting new priorities*. Hastings Cent Rep 1996;26:S1-S27.
4. *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*. DHEW Publication No. (05) 78-0012. Access date: October 9 of 2008. Available from: http://iier.isciii.es/er/pdf/er_belmo.pdf
5. *Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental*. Diario Oficial de la Federación, 6 de agosto, 2006. Consultado: 8 de octubre, 2008. Disponible en: <http://www.ifai.org.mx/transparencia/LFTAIPG.pdf>
6. Health Care Risk Control. *Informed consent*. Vol. II. USA: ECRI Institute;1998.
7. The St Paul Services Brochure. *Good practices in medical records*. Risk Management Services Division. USA, Minnesota: St Paul Fire and Marine Insurance;1998.

Correspondencia:

Dra. Leticia Alfaro Ramos,
Instituto Nacional de Enfermedades
Respiratorias Ismael Cosío Villegas.
Calzada de Tlalpan 4502, colonia
Sección XVI. México, D.F., 14080.
Teléfono directo 54 87 17 13,
conmutador 54 87 17 00,
extensión 5187
Correo electrónico:
lettyalfram@gmail.com