

# El expediente clínico en México;

## reflexiones sobre un tema en debate

**Palabras clave:** Expediente clínico, datos clínicos, derechos de pacientes, derechos de los médicos, normativa, confidencialidad.

**Key words:** Clinical record, clinical data, patients rights, physician rights, medical regulation, confidentiality.

Recibido: 03/07/2006  
Aceptado: 07/07/2006

Jorge Manuel Sánchez-González,\* Éctor Jaime Ramírez-Barba\*\*

\* Presidente del Capítulo Centro (CC) de la Academia Mexicana de Cirugía (AMC).

\*\* Secretario del CC, CME.

### Correspondencia:

Dr. Jorge Manuel Sánchez González  
Mital 250, Col. Vertiz Narvarte, México, D.F.  
E-mail: juevesm@yahoo.com

## Resumen

166

Hoy debemos adiestrarnos al nuevo modelo de la relación médico-paciente frente al nuevo papel que reclaman los pacientes. Se han generado nuevos desafíos y complejidades que atender. El acceso del paciente a información clínica sobre su estado de salud gira alrededor del expediente clínico, y en los últimos años ha sido motivo de discusión en todo el mundo. Al discutir a quién pertenece el expediente clínico y los datos en él contenidos, debe centrarse en el contexto de los principios éticos que guían el proceder médico y en lo que marca la Ley. La normativa en América Latina muestra posturas contrarias, pero lo importante es reconocer la importancia que tiene dicha información para el paciente y la atención a su salud, en el momento oportuno o cuando él lo solicite, por ello debemos estar siempre dispuestos a entregar un resumen clínico completo en su beneficio. El presente trabajo aborda el tema comparando lo actuado en otros países, para motivar la reflexión que nos conduzca a la adopción de la mejor solución en beneficio del paciente y la mejor práctica médica, atendiendo el respeto a los derechos de todos los involucrados.

## Abstract

Today we must train the new model of the relation physician-patient opposite to the new role that the patients claim. There have been generated new challenges and complexities to that to attend. The access of the patient to clinical information about your state of health turns about the clinical record, and in the last years it has been a motive of discussion in the whole world. On having discussed to whom it belong the clinical record and the information in its contents, must centre on the context of the ethical principles that they guide medicine proceeds and in what marks the Law. The regulation in Latin America shows opposite positions, but the important thing is to recognize the importance that has the above mentioned information for the patient and the attention to your health, in the opportune moment or when he should request it, for it we must be always ready to deliver a clinical complete summary in your benefit. The present paper approaches the topic comparing the operated in other countries, to motivate the reflection that leads us to the adoption of the best solution in benefit of the patient and the best medical practice, attending to the respect to the rights of all the involved ones.

## Introducción

Varias disciplinas, cuyo comportamiento fue estable durante el siglo pasado, hoy se transforman con rapidez, quizás no tan profundamente como la medicina. Hoy por hoy, la profesión médica, la figura del médico, la formación médica, sus fines y sus límites, se encuentran en un intenso proceso transformador aunado a una redefinición. Sin duda, los avances científicos lo han propiciado, pero van ceñidos a la intensa dinámica social, signo de los tiempos que nos ha tocado vivir, a lo que se suma el transcurrir por la era de la información. En los últimos 30 años, los conocimientos y habilidades de la medicina se han incrementado y especializado como nunca antes, y el conocimiento es tan vasto que no puede ser dominado por un solo individuo. Hoy hemos escudriñado los cromosomas y los genes, gracias a la medicina genómica y la biología molecular, por citar algunos descubrimientos; la medicina será otra en lo sucesivo. Debemos adiestrarnos a un nuevo modelo en la relación médico-paciente y aceptar que se ha propiciado profunda reflexión –desde la médula de la filosofía de la ciencia y la bioética–. La nueva dinámica social exige ahora hacer explícitos los derechos y obligaciones en todos los ámbitos, la medicina no se escapa, y a la luz de las nuevas funciones que adquieren las instituciones de salud y los profesionales de la salud, frente al nuevo papel que reclaman los pacientes, se generan nuevos desafíos y complejidades que habremos de remontar en beneficio de los enfermos.

El médico está viviendo un profundo trance por el nuevo papel que reclaman los enfermos, la globalización del saber médico, los aspectos éticos de las nuevas tecnologías y los condicionantes económicos, o la desaparición del vetusto modelo paternalista que debe evolucionar a una relación deliberativa, los terceros pagadores y la industria del litigio, pudieran estar entre los diversos factores que generan una palpable incomodidad a

muchos médicos que están pensando dejar de ejercer la profesión. Ahora, el paciente está investido del derecho de exigir del médico o de la institución de salud que los datos relativos a su salud, contenidos en el expediente clínico, no sean divulgados, a excepción de los que la Ley oblige, e incluso, a que no sean dados a conocer por otro médico; pero la evolución de la sociedad ha alcanzado a la relación médico-paciente y a los sistemas de salud, conmocionando al gremio médico por el reclamo de autonomía, principio ético de la práctica profesional que es irrenunciable.

Este último aspecto, del acceso del paciente a información clínica sobre su estado de salud y que tiene relación directa con todo lo antes mencionado, gira alrededor del expediente clínico en los últimos años, y ha sido motivo de discusión profunda en todo el mundo; sin embargo, para los fines del presente trabajo, acotaremos la discusión en algunos países latinoamericanos.

Tradicionalmente, los datos clínicos del paciente se han consignado en un documento, que los médicos en diferentes partes del orbe lo han denominado con diversos nombres. Desde que la enseñanza de la medicina se ha sistematizado, los médicos hemos sido adiestrados, en nuestra formación, para elaborar ordenadamente los datos objetivos y subjetivos del paciente, como una herramienta indispensable en el tratamiento del enfermo. Dicho conjunto de datos se conoce como: expediente clínico, ficha clínica, historial médico o historia clínica. Sin embargo, la información encontrada en diversos artículos, libros y publicaciones de los últimos cinco años es variada y hace evidente la diferencia de opiniones sobre el significado de cada concepto.

Al debatir y reflexionar a quién pertenece el expediente clínico, debemos insertar el análisis en el contexto de los principios clásicos que guían el proceder médico y los profesionales de la salud, y que dan consecuencia a los derechos de los pacientes: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

La principal justificación de la existencia del expediente clínico está inserta en el contexto de la beneficencia. Si el médico lleva un registro de los datos que conciernen al paciente, y anota todo aquello que le pueda ser útil para obtener un diagnóstico correcto, un pronóstico lo más certero posible y un tratamiento adecuado, es porque persigue el bien del paciente. Principio que ha guiado a la medicina desde siempre. Le interesa al médico no olvidar ningún detalle que le permita cumplir adecuadamente con este objetivo y dejar constancia de ello, le facilita volver continuamente a analizarlos, buscando claridad o explicaciones para lo que está observando en el presente.

## Discusión

En México lo conocemos como expediente clínico, en conjunto lo conforman: la historia clínica, notas de evolución, notas de enfermería, estudios paracológicos, resúmenes clínicos, y está definido legalmente en la Norma Oficial del Expediente Clínico NOM-168-SSA-1-1998 como: «el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias».

En otros tiempos la discusión era sobre si había obligación de elaborar este documento, qué debe incluir, qué formato debe tener. En los últimos lustros, la controversia es acerca de su propiedad y, más específicamente, sobre el derecho de acceso al expediente clínico.

La normativa en Latinoamérica muestra posturas contrarias:

Para la legislación en la República de Chile (Código Sanitario), la ficha clínica pertenece al establecimiento de salud respectivo, sólo tiene obligación de entregar un resumen o «anamnesis» cuando el paciente lo solicite por escrito al direc-

tor del establecimiento de salud. El personal médico puede negarse a entregar cualquier documentación si considera al paciente «incapaz» de entenderla.

Las leyes en la República Argentina, contemplan el derecho de «*habeas data*» o «*habeas scriptum*», que equivale al *habeas corpus* (el derecho al propio cuerpo) y obliga a los médicos y establecimientos de salud a entregar los datos al menos cada seis meses, para que el paciente pueda actualizarlos y verificarlos.

En situación intermedia se halla la normativa española, que le reconoce propiedad tanto al paciente en cuanto a los datos personales, como al médico en relación con las anotaciones que se realizan, producto de interpretaciones personales. Así, el paciente tiene derecho a obtener una copia del expediente clínico, pero el médico tiene la prerrogativa de excluir todos los comentarios subjetivos que haya anotado, por lo que se requiere de la revisión y autorización de todos los médicos que intervinieron en la atención del paciente para entregar la copia solicitada.

Otra postura intermedia, pero bastante más pragmática y posiblemente más justa, es la prevista por la normativa mexicana: el expediente pertenece a la institución que lo conforma, y aunque sólo tiene obligación de entregarlo a las autoridades competentes, que son la autoridad judicial, los órganos de procuración de justicia, las autoridades sanitarias y las comisiones de arbitraje médico, la institución o el médico están obligados a dar la información verbal y a elaborar y entregar al paciente un resumen clínico en el momento en que éste lo solicite.

Dicho lo anterior, podemos establecer la siguiente discusión: la postura jurídica Chilena refleja la interacción paternalista que prevaleció en la relación médico-paciente hasta el siglo pasado y en la cual la mayoría de nosotros hemos sido formados, en el que el paciente debe ser tratado

como un menor de edad. Se afirma en el básico e indiscutible secreto profesional que todo médico debe guardar. Sin embargo, la obligación de confidencialidad se refiere a la revelación de los datos a terceros y, por otro lado, la evolución de la sociedad hacia la autonomía lleva implícita la aceptación de respetar la inteligencia y el criterio del paciente, en una relación de corresponsabilidad.

La experiencia de Argentina nos muestra que el modelo ha beneficiado poco a la relación médico-paciente, pues uno de cada cinco médicos argentinos ha sido demandado; así, entre noviembre de 1995 y junio de 2003, hubo 3,123 denuncias por mala praxis, de las cuales en sólo 6% se determina culpabilidad del médico, pero los jueces suelen determinar que el médico demandado pague 50% de las costas. El titular de la Asociación de Clínicas y Hospitales Privados de la República Argentina ha opinado recientemente que «la gente está demasiado informada y los diarios inducen a que la gente haga reclamos». El presidente de la Sociedad Argentina de Ética Médica considera que «el paciente se ha puesto en la categoría de consumidor». Ante este ambiente litigioso y amenazador, cada vez son más los profesionales de la salud que contratan un seguro de responsabilidad civil. Se calcula que 60% de los 110,000 médicos en actividad está asegurado por una cifra elevada y paga una cuota acorde con el riesgo de su especialidad. También las instituciones médicas privadas pagan seguro. Ante el temor de ser acusado, tanto la relación interpersonal, el proceso diagnóstico-terapéutico y la documentación del mismo se han vuelto defensivos, perdiendo así el núcleo esencial de la medicina, mencionado en México por el maestro Dr. Ignacio Chávez: «Una confianza ante una conciencia». La medicina defensiva encarece la atención médica y produce insatisfacción al paciente y al mismo médico.

La normativa en España ha plasmado la corresponsabilidad de la atención médica en la doble propiedad del expediente clínico, que ellos llaman historia clínica, pero genera problemas para esta-

blecer límites. Se entiende que toda la información es del médico, lo que conduce a que este último pueda utilizarla libremente según sea su conveniencia, mientras no viole el secreto profesional. Ante ello, también se ha cuestionado si dicha información es del paciente; si es así, se promulgan por entregarle una copia, pero consideran que ello promueve ciertas controversias. El conflicto inicia, consideran ellos, en que los médicos requieren de datos personales que anotan en el expediente clínico para integrar los diagnósticos, pero no toda la información contenida en el expediente clínico ha sido proporcionada por el paciente; en ese caso, resultaría ocioso pedir acceso a datos que él conoce y puede recuperar en cualquier momento. El expediente incluye la información que ha sido generada a través de la interpretación que los médicos realizan de los datos recabados por el interrogatorio, la exploración física y los estudios paracológicos.

Por lo anterior, el dilema estriba en diferenciar los datos personales objetivos y las interpretaciones subjetivas. En este punto, es necesario establecer algunas definiciones y clasificar los datos, de manera que podamos identificar las diferencias. La Ley 41/2002 de España hace algunas definiciones que nos permiten distinguir estas diferencias: *Información clínica* es todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla. *Historia clínica*: el conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e información de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del tratamiento. *Documentación clínica* es el soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial.

Estas definiciones aclaran de manera expresa que la documentación clínica es un medio o sistema que incluye la historia clínica entre otros registros; y que la historia clínica contiene datos

objetivos, así como información y valoraciones subjetivas referentes, que no pertenecen específicamente a la atención de un paciente.

Partiendo de esta distinción, el derecho de acceso de los pacientes es tan sólo a los datos objetivos que contiene el expediente clínico. Estos datos objetivos serán los que el paciente ha proporcionado a través del interrogatorio y las mediciones obtenidas a través de instrumentos, como los signos vitales y los resultados de estudios de laboratorio y gabinete. La información obtenida a través de la exploración física siempre será subjetiva, ya que es interpretada por nuestros sentidos. Como ejemplo: un eritema de mucosas puede ser valorado con (+) o (++) de acuerdo a la percepción del observador, sin que esta diferencia represente en ningún momento un error. De igual manera, la integración de esos datos objetivos y subjetivos se traduce en una impresión diagnóstica, que consiste en una interpretación (subjetiva, por supuesto).

Ante esta diferenciación evidente de los tipos de información según su origen, se manifiesta lo acertado y justo del enfoque jurídico mexicano. La Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168 SSA-1-1998 establece que es obligación del médico plasmar en el Resumen Clínico «los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete». De esta manera, se logra el acceso a la información que la autonomía del paciente precisa, de una manera expedita y con información actualizada, precisa, pertinente, mucho más clara y comprensible, pues será orientada a las necesidades particulares que el paciente exprese. En la perspectiva de los profesionales de la salud, se resguarda el secreto médico y el «proceso diagnóstico» mediante el cual el médico plantea uno o varios diagnósticos de probabilidad y los descarta o confirma hasta alcanzar el diagnóstico de certeza. Más aún, en el

anexo recientemente publicado de la Norma antes citada, ya se contempla la posibilidad de utilizar el resumen electrónico, es una realidad que debemos asimilar, al tiempo de iniciar nuestra capacitación, su uso permitirá sistematizar nuestra información y tener un acceso más oportuno, cuando tratemos a nuestros pacientes, pensando propositivamente, el beneficio será mayor.

En Chile, por ejemplo, aceptan que el expediente clínico es un instrumento privado y es de propiedad del médico o de la institución de salud de que se trate.

Continuando el análisis, desde la perspectiva y contexto de los derechos y principios éticos, en el manejo del expediente clínico del paciente debe cumplirse estrictamente con el principio de no maleficencia que, en este caso, se relaciona fundamentalmente con mantener la confidencialidad, la reserva y el secreto profesional. En la medida que estas condiciones están insertas en el derecho a la privacidad de las personas, su no cumplimiento implica necesariamente no respetar sus derechos e infingirle daño.

Otro ejemplo de la atención que requiere el tema de la información que proporciona el paciente y el derecho del paciente a conocerla es lo inducido por el tema de la genética y la información que de ello deriva. La declaración Ibero-Latinoamericana sobre Derecho, Bioética y Genoma Humano de 2001 señala: «Se hace necesario promover una legislación que regule el manejo, almacenamiento y difusión de la información genética individual, de tal forma que se garantice el respeto a la privacidad y a la intimidad de cada persona», toda vez que una «inapropiada información» por incomprendible o contener términos complicados, puede afectar al paciente o sus familiares al tener acceso a ella, y dañar la relación médico-paciente, incitadas por apreciaciones diferentes sobre una misma enfermedad, signo o síndrome, eventuales errores o incertidumbres.

También es cierto que cuando se invocan los derechos de los pacientes, un argumento frecuen-

temente escuchado a favor de entregar el expediente clínico es el derecho del paciente a la información, que está asociado indudablemente al principio de autonomía. Frente a ello, se esgrimen dos argumentaciones:

1. Tener acceso al documento (expediente clínico completo) es diferente a tener acceso a la información contenida en él. Nadie puede objetar el derecho del paciente a acceder a la información y la obligación que tiene el médico de suministrársela.

2. No se puede afirmar que el acceso al expediente clínico esté inserto dentro del derecho a la información, porque este derecho, y su contrapartida, el deber de información que el médico tiene, forma parte de un proceso que se debe ir desarrollando en forma gradual dentro de la relación médico-paciente.

Las doctrinas acerca del derecho sobre la propiedad del expediente clínico son muy variadas en el mundo: propiedad del paciente, propiedad del médico, propiedad de la institución de salud, teorías integradoras o eclécticas. Analizaremos posturas españolas sobre las dos primeras doctrinas mencionadas:

Propiedad del paciente: partiendo de que la historia clínica se redacta en beneficio del paciente y del carácter fundamental y especialmente protegido de sus derechos en la relación médico-paciente, porque son datos que se refieren a su identificación, su salud e intimidad, le otorga el derecho, no de propiedad, sino de utilización de los datos contenidos en la historia como si fuera suya.

Propiedad del médico: los autores que defienden la propiedad del médico destacan su carácter de propiedad intelectual y científica del facultativo, de manera que toda la historia se encontraría teñida de juicios personales y que, como conjunto, es objeto de tutela por la Ley de Propiedad Intelectual.

En contra de esta teoría se hace la observación de que esta doctrina puede ser válida cuando se

trata de la relación médico-paciente entendida al modo tradicional, pero no puede serlo en la práctica profesional donde se utilizan equipos médicos o cuando el tratamiento se produce en centros o instituciones de salud, públicas o privadas, con respecto a las que existe una relación de dependencia, laboral o funcional, por parte del médico.

El cuestionamiento sobre la propiedad y acceso al expediente clínico se discute desde hace más de 30 años. En España, Don Antonio de Lorenzo planteaba el dilema y consideraba: «El poder de uso, disfrute y disposición del médico sobre la historia clínica, deriva de que ésta no es una mera trascipción de datos o noticias suministrados por el paciente, sino el resultado de un proceso de recogida, ordenación y elaboración». «La propiedad intelectual del médico sobre la historia clínica se basa en un derecho de autor, ya que mediante una labor de análisis y síntesis, transforma la información recibida, con resultado de una creación científica, expresada en términos de valor terapéutico, en cuanto a diagnóstico, pronóstico y tratamiento».

Y como punto final, pero no por ello menos importante, es el determinar ¿cuál es el objetivo del paciente para obtener esa información? Si se trata de una segunda opinión, el resumen clínico ofrece al médico consultado los datos tanto objetivos como subjetivos de mayor relevancia para emitir una opinión o continuar la atención. ¿Para qué otro objetivo bien intencionado podría requerir el paciente esa información, que no pudiera solicitar directamente del médico o de la institución? Porque en el caso de solicitar el expediente para demandar al médico o la institución, nuestra NOM-168-SSA-1-1998 del expediente clínico, obliga al profesional a entregar el expediente a la autoridad competente. Con ello se asegura que el paciente, convertido entonces en demandante, pero también que el médico demandado, puedan integrar sus medios de prueba con la seguridad de que no serán alterados. Este punto es trascen-

dental, ya que el expediente clínico es el instrumento legal donde se evidencia la actuación del profesional de la salud y la prueba documental de mayor peso jurídico.

La elevada práctica de medicina defensiva no es exclusiva de pocos países industrializados, América Latina está contaminada intensamente. En una estudio publicado recientemente, sobre una encuesta aplicada en médicos mexicanos, se encontró que 61.3% presentaban algún grado de prácticas defensivas; 15.1% declararon sentir temor a ser demandados, tomar decisiones orientadas a evitar conflictos e incluso ser concientes de haber modificado su práctica para evitar conflictos. Por otra parte, el temor a las demandas ha llevado a pensar en abandonar la profesión a 53% de los médicos españoles, o a una grave crisis que obliga a pacientes de algunos estados a trasladarse a otra ciudad e incluso a otro estado para recibir atención obstétrica en Estados Unidos. En una encuesta realizada en ese país, al preguntarles a los médicos si volverían a estudiar medicina, 65% respondieron que no y 85% expresaron que no recomendarían a sus hijos tomar esta profesión.

172

## Conclusiones

Las experiencias comentadas muestran que el acceso a la información que los pacientes requieren no debe ser obtenido «por la fuerza», pues esto provocaría una gravosa respuesta defensiva en los médicos, lo cual conducirá al enfrentamiento inútil de dos partes que, cuando interactúan normalmente en su estado natural, tienen un sólo propósito: el bienestar del paciente o la recuperación de la salud. Pero por otra parte, para que la armonía y el beneficio imperen, el médico deberá mantener un nivel de comunicación apropiado con su paciente y entregarle la información cuando éste la requiera, ayudándole a interpretar o entregársela en términos comprensibles para él.

Podemos concluir que el resumen clínico obligatorio de realizar cuando lo solicita el paciente, tal como aparece en la NOM-168, es una figura jurídica eficaz y justa, que concede al médico la oportunidad de comunicar e informar, así como beneficiar al paciente que requiere su información, con base en su derecho al acceso a la información clínica, tanto objetiva como subjetiva, la que puede requerir o acceder dentro del marco de una relación médico-paciente sana, sin tener que recurrir a otras instancias o procedimientos que sólo violentarían la armonía que debe prevalecer en la relación médico-paciente.

## Referencias

1. Secretaría de Salud. *Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica*. México DF: Editorial Porrúa.
2. Vacarezza R, Núñez ME. ¿A quién pertenece la ficha clínica? *Rev Med Chile* 2003; 131: 111-114.
3. Hervada J. *Introducción crítica al derecho natural*. Navarra, España: EUNSA, 1981; 41-78.
4. Martínez LLJ. *El secreto de la historia clínica. Visión del médico*. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1997.
5. Martín PJ. *Consentimiento, revelación de secretos, usurpación de funciones, negligencias médicas*. VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1999.
6. Martínez SM. *La ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre y la inscripción de ficheros (archivos del profesional sanitario)*. VII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 2000
7. McInerney V MacDonald [1992] 2 S.C.R. 138: Medical records – Patient's right of access. La Forest, L'Heureux-Dubé, Gonthier, Stevenson and Iacobucci JJ. [http://www.hrcr.org/safrica/access\\_information/index.html](http://www.hrcr.org/safrica/access_information/index.html). Acceso 20 de abril de 2005.
8. Rivero-Serrano O. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. *Rev CONAMED* 1999; 3 (13): 7-11.
9. Sánchez GJM, Tena TC, Rivera CAE et al. Medicina defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización. *Cir Cir* 2005; 3: 201-208.
10. Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: A questionnaire study of general practitioners. *BMJ* 1995; 310 (6971): 27-29.
11. Kessler D, McClellan M. Do doctors practice defensive medicine? *Quart J Econ* 1996; 111 (2): 353-390.
12. Tena TC, Sánchez GJM. *Medicina assertiva*. En: Tena TC, Hernández OF (eds). *La comunicación humana en la relación médico-paciente*. Ed Prado, 2004; 407-427.
13. Herranz RG. *La ética médica y sus relaciones con la historia clínica y el secreto*. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario.

- Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid: Fundación Mapfre Medicina, 1997.
- 14. Cortina C. *Historia clínica. Metodología didáctica*. México: Panamericana, 1-33.
  - 15. Serrano LA, Ramírez OF, Arce AE, Rivapalacio CS. Evaluación de la calidad de la atención médica por medio del expediente clínico y la satisfacción del usuario en una clínica de medicina familiar de la Ciudad de México. *Arch Med Fam* 2002; 4: 56-62.
  - 16. Sánchez CC. *La intimidad y el secreto médico*. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000; 13-16.
  - 17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, [http://www.conamed.gob.mx/nom\\_exp.htm](http://www.conamed.gob.mx/nom_exp.htm). (Accesada el 23 de abril de 2005).
  - 18. Organización Mundial de la Salud. Conferencia sobre ALMA ATA. *WHO Chron* 1978; 32: 428-430.
  - 19. Kickbusch I. The contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health* 2003; 93: 383-388.
  - 20. McQuade JS. The medical malpractice crisis-reflections on the alleged causes and proposed cures. *JR Soc Med* 1991; 84: 408-411.
  - 21. Bosetti G. La lección de este siglo, entrevistas con Karl Popper, *Libertad y responsabilidad intelectual*, 109.
  - 22. Moure GE. *Historia clínica y confidencial*. En: *Memorias del VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario*, Fundación MAPFRE. Madrid: Editorial Díaz de Santos, 2000; 328.
  - 23. De Lorenzo y Montero R. *Derechos y obligaciones de los pacientes. Análisis de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de autonomía de los pacientes y de los derechos de información y documentación clínica*. Madrid: COLEX, 2003; 152.
  - 24. Rodríguez JM. *Mala praxis médica (responsabilidad penal, civil y administrativa)*. Buenos Aires, Argentina: Editorial de Ciencia y Cultura, 1999; 95.
  - 25. Castaño de Restrepo MP. *El Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Santa Fe de Bogotá: TEMIS, 1997; 115.
  - 26. Aulló CM, Pelayo PS. *La historia clínica*. En: *Responsabilidad legal del profesional sanitario*. Madrid: Edicomplet, 2000; 5.
  - 27. De Lorenzo SA. *Deontología, derecho y medicina*, Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, España, 1977. Citado por Aulló Chaves, Manuel y Pelayo Pardos, Santiago, Op. Cit. página 12.
  - 28. Hooft PF. *Bioética y derechos humanos*. Buenos Aires: Depalma, 1999; 6.