



El expediente clínico en el quehacer del patólogo clínico

Barba Evia José Roberto*

Palabras clave:
Expediente clínico,
buenas prácticas,
seguridad.

Key words:
Medical records,
best practices,
security.

* Coordinador Clínico de turno de la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades de Mérida Yucatán. Instituto Mexicano del Seguro Social. Responsable Sanitario del Banco de Sangre del Instituto Médico Panamericano, S.A. de C.V. de Mérida, Yucatán.

Correspondencia:
José Roberto
Barba Evia
Calle 37 A Núm.
318, entre 24 y 26,
Fracc. Montealban,
97114,
Mérida, Yucatán,
México.
E-mail: dr_barba@
hotmail.com

Recibido:
23/06/2018
Aceptado:
23/06/2018

RESUMEN

El objetivo del presente artículo es recordar la importancia que tiene el expediente clínico en el quehacer diario del médico. En la práctica diaria es común que el médico, en su tarea asistencial, se olvide de llevar un correcto registro de las actividades que realiza siempre en beneficio del paciente en el expediente clínico. Desafortunadamente es muy común que los expedientes clínicos se encuentren con registros incompletos, ilegibles, con tachaduras y/o enmendaduras y en el peor de los casos el extravío del mismo. Estas malas prácticas ponen en riesgo al médico ante una situación médico-legal, ya que el expediente clínico es la única evidencia de la relación médico-paciente y del actuar del médico en procurar el restablecimiento de la salud del paciente. Este tema no es ajeno al patólogo clínico, puesto que es muy común su intervención en la atención del paciente, no sólo como responsable de un servicio auxiliar de diagnóstico, sino como interconsultantes ante una situación clínica determinada.

ABSTRACT

The objective of this article is to remember the importance of the clinical file in the daily work of the medical doctor. In daily practice it is common for the medical doctor, in his care work, to forget to keep a correct record of the activities he always performs on behalf of the patient in the clinical file. Unfortunately, it is very common for clinical records to be incomplete, illegible, with erasures and amendments and in the worst case the loss of the same. These malpractices put the medical doctor at risk in a medical-legal situation since the clinical record is the only evidence of the doctor-patient relationship and the doctor's actions in seeking to restore the patient's health. This topic is not alien to the clinical pathologist, since it is very common in the patient's care, not only as responsible for an auxiliary diagnostic service, but as consultants in a given clinical situation.

INTRODUCCIÓN

La práctica médica se sustenta en el principio del servicio al ser humano en función de su salud, siendo sus principales objetivos propiciar el bienestar físico y mental así como el de curar o por lo menos aliviar su enfermedad. Los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud movilizan la capacidad y esfuerzo de una amplia variedad de personal con la finalidad de proporcionar servicios altamente individualizados y personalizados. La responsabilidad que recae en este tipo de organizaciones y su personal es de alta trascendencia, pues las acciones están dirigidas a preservar bienes inestimables como la vida, la salud y el bienestar de seres humanos al igual que el de acatar ordenamientos legales en el desarrollo de sus actividades. El factor clave para lograr la calidad en los servicios de salud lo constituyen los sistemas de infor-

mación que provienen en gran medida del expediente clínico, lo que lo convierte en la única evidencia del trabajo multidisciplinario del equipo de salud para el restablecimiento de la salud e integridad del paciente. Es una práctica muy común que el médico en su labor diaria y en su enfoque por lograr el resultado más óptimo para su paciente, deje de lado la evidencia del manejo y tratamiento en el expediente clínico.¹⁻³

Breve historia del expediente clínico

El registro del proceso de la atención del médico ha permitido el desarrollo de la medicina a través de las distintas épocas de la humanidad, lo que hace evidente la importancia de este documento.⁴

En el año 915 d.C. la medicina árabe hace referencia a la historia clínica como un documento básico en el proceso clínico propedéu-

tico, haciendo referencia a 33 historias clínicas realizadas por el médico persa Rhazes (figura 1).⁴

La escuela vienesa de los siglos XVII y XVIII señala la importancia de la recopilación de las observaciones clínicas en el curso de las enfermedades así como de las exploraciones anatomopatológicas. Para el siglo XX se debate sobre la obligación social y legal de justificar el actuar en la medicina, fundamentándose en el juramento Hipocrático, ganando preponderancia durante la década de 1950. Entre los siglos XIX y XX se instrumenta en México el uso sistemático del expediente clínico en el acto de atención médica. La Asociación Americana de Hospitales emite en 1973 «los derechos de los pacientes hospitalizados y las obligaciones de los médicos», en los cuales se señala el derecho a la información sobre la enfermedad (consentimiento informado) que se padece, hecho que actualmente tiene un fundamento legal en nuestro país.⁴

En 1986 la Secretaría de Salud publicó en México la primera norma relativa al expediente clínico denominada «Norma Técnica número 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico» que estuvo vigente hasta 1993, año en que se publica la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, misma que deja sin vigencia las Normas Técnicas del Gobierno Federal, para sustituirlas por Normas Oficiales Mexicanas. En diciembre de 1998 se da a conocer el proyecto de NOM-168-SSA1-1998 para ser posteriormente publicada en el Diario Oficial como la NOM-168-SSA1-1998 del expediente clínico el

30 de septiembre de 1999, constituyéndose como una herramienta de «OBLIGATORIEDAD» para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud. Desde el año 2009, en países desarrollados como Estados Unidos y el Reino Unido, el expediente clínico electrónico sustituye al expediente tradicional en papel, por lo que en México esta tendencia también se percibe desde hace pocos años. Esto último trajo como consecuencia que esta norma se modificara en agosto de 2003 para permitir la utilización de los medios electrónicos, lo que da pie a la elaboración de los expedientes clínicos electrónicos con sus respectivas ventajas: información más accesible, clara y segura, convergencia de diversos servicios y hospitales de forma rápida y práctica en un mismo expediente bajo estándares de interoperabilidad, además de ahorros de espacio, tiempo y costo. El 5 de octubre de 2010 se publica el Proyecto de Modificación de la NOM-004-SSA3 y el 15 de octubre de 2012 se publica la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, la cual representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de calidad (figura 2).⁵⁻⁸

En virtud de que el expediente clínico es la fuente de información y que en él se proporcionan las bases del diagnóstico y la consistencia del trabajo del médico y de todo el material donde se delinearé el programa de estudio o tratamiento para un caso específico, éste se elige como el instrumento médico, administrativo, legal, educativo y de investigación, de uso obligatorio en todo

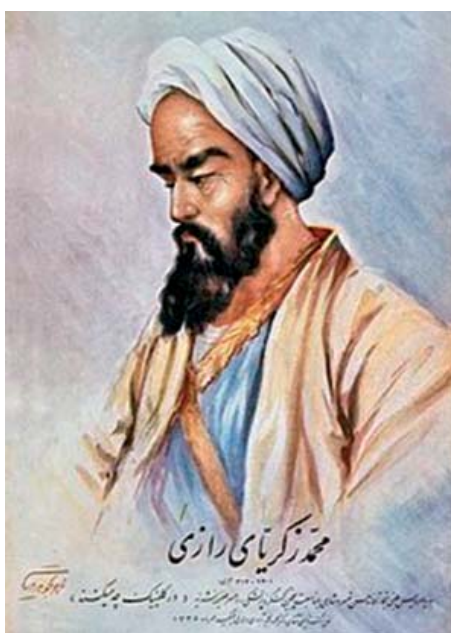


Figura 1. Retrato de Rhazes.

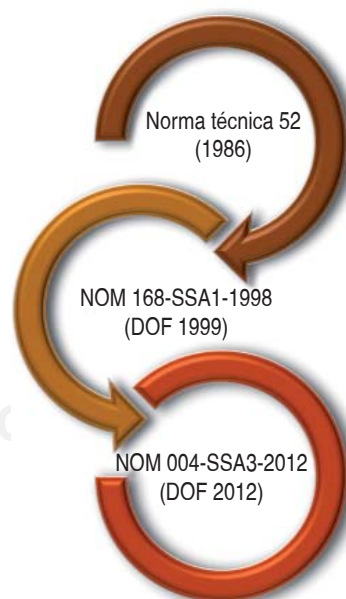


Figura 2. Historia de las bases legales del expediente clínico en México.

el territorio nacional. Por lo tanto y debido a la situación actual de la práctica de la medicina, el expediente clínico es un instrumento para la defensa legal del médico.⁷

¿Qué es el expediente clínico?

Como se ha mencionado anteriormente, el médico requiere de una documentación gráfica donde plasmar su actuar con respecto al paciente. Este documento se llama expediente clínico, el cual resulta de la entrevista médico-paciente, es la bitácora de cada individuo hospitalizado en la que se guardan los datos objetivos y subjetivos del paciente de manera ordenada al igual que los acontecimientos relevantes sucedidos durante la atención médica. Es una especie de «inventario» contenido en una minuta de cada caso clínico que llega al hospital o de cada paciente al ingresar a un consultorio y en él se van acumulando las opiniones diagnósticas de quienes participan en su elaboración, lo que constituye una herramienta universal para el cuidado del paciente.^{5,9}

La importancia del expediente clínico trasciende la relación médico-paciente y exige de todos quienes intervienen en su elaboración, integración, manejo y custodia con pleno sentido de veracidad y responsabilidad. Para el médico es el documento base que le proporciona elementos para su diagnóstico y tratamiento. Su importancia también radica en que es el instrumento legal en el que se evidencia la actuación del profesional de salud y es la prueba documental de mayor peso jurídico ante algún reclamo legal, civil o administrativo. Para el paciente significa confianza en la institución y prueba de que se le brinda atención. Las instituciones se sirven de él para proporcionar datos sobre morbilidad para implementar un sistema de vigilancia epidemiológica y como apoyo de la planeación estratégica. Resumiendo lo anterior el expediente clínico es un documento que tiene tres finalidades principales a saber: la clínica, la jurídica y la estadística.^{1,5,9}

Se podría definir como el conjunto de documentos en los que el médico consigna y conserva la información que asegurará a su paciente la continuidad de los cuidados que su condición requiere.¹⁰

La adecuada elaboración de un buen expediente clínico es demostrativa de los altos niveles de excelencia alcanzados en la práctica clínica tanto de la institución como de su personal (*Cuadro I*).⁸

Elementos necesarios expediente clínico

Todo trabajador de salud que deje constancia de su actuación en un expediente debe cumplir con los siguientes requisitos:

Requisitos formales

- Escribir legible y pulcramente.
- Redactar sin faltas de ortografía.
- Escribir con tinta azul o negra.
- No usar abreviaturas.
- No dejar ningún espacio en blanco en las hojas de registro.
- Nunca utilizar calificativos peyorativos u ofensivos para referirse al paciente o a su conducta.
- No utilizar los registros como documentos personales o acusatorios contra otro trabajador de la salud.

Requisitos de fondo

Los expedientes que se realizan en consulta externa, servicio de urgencias o durante la hospitalización del paciente, coinciden en los siguientes documentos básicos que integran el expediente clínico:

- Historia clínica. Se define como el documento médico en el que quedan registrados todos los actos médicos realizados en el paciente, se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia. Se trata de un documento obligatorio irremplazable, confidencial, objetivo, respetuoso y veraz cuya importancia en la labor asistencial es tal que está reconocido como un derecho del paciente y como un deber y un derecho del médico. Dentro de los requisitos que debe cumplir están: la concordancia y coherencia entre lo anotado y lo que está ocurriendo con el enfermo; la legibilidad además de evitar las abreviaturas. Se escribirá una anamnesis correctamente elaborada y una exploración física minuciosa y general.^{5,11,12}
- Nota inicial o de ingreso o de revisión. Éstas se realizan a partir de un análisis que se hace de la historia clínica, tomando los elementos positivos y negativos que sean de utilidad para fundamentar los diversos diagnósticos y que conlleven a la elaboración de un plan de estudios, de tratamiento y pronósticos del estado de salud que afectan al paciente.⁵
- Notas de evolución. Debe anotarse el momento exacto de su realización, la identificación completa de quien la efectúa y debe mostrar los cambios suscitados en el paciente en relación con el momento anterior de la revisión. Debe anotarse la conducta del paciente que sea relevante y la información sobre los medicamentos que éste recibe y transcribir detalladamente las prescripciones.⁵
- Notas de egreso. En el momento en que el paciente abandona, aun cuando sea de forma parcial los

cuidados médicos, ya sea por mejoría, defunción, traslado o de manera voluntaria, debe realizarse un resumen clínico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica del paciente y que se encuentran contenidos en el expediente clínico. Debe contar, como mínimo, de padecimiento actual, diagnóstico(s), tratamiento, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.⁵

- Notas de evaluación preanestésica.
- Nota preoperatoria.
- Nota postoperatoria.
- Nota de enfermería. Son el vínculo del estrecho trabajo que existe entre el médico y el personal de enfermería, en ellas deben notificarse elementos rutinarios como gráfica de signos vitales, excretas, administración de medicamentos y/o todas las acciones llevadas a cabo o pendientes por realizar.⁵
- Reporte de paraclínicos realizados.
- Carta de consentimiento bajo información. Tanto el consentimiento como la información son los principales derechos del paciente y deben hacerse constar en el expediente clínico. El trabajador de la salud debe dejar siempre constancia de haber informado detalladamente al paciente y a sus familiares y/o allegados si fuera el caso, acerca de los detalles de la intervención en salud que se está realizando o la que se realizará así como de las advertencias y demás aspectos importantes. Se refiere al proceso de recibir información suficiente y clara, entender esta información y como consecuencia, tomar una decisión libre de aceptación o rechazo. Siempre debe hacerse constar el consentimiento del paciente en situaciones como intervenciones quirúrgicas, trasplante y donación de sangre, tejidos y órganos, abortos terapéuticos, intervenciones en genética o bien en casos de experimentación médica como protocolos de ensayos de nuevos medicamentos. Tiene su antecedente histórico y evolución a partir del Código de Núremberg en 1947 y años después, en 1964 se adopta la Declaración de Helsinki, ambos documentos resaltan la importancia del consentimiento voluntario dentro de los protocolos de estudio. En nuestro país, desde 1984 se encuentran documentos legales y normativos de consentimiento informado y es a partir de 1999 cuando se publica la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico, en la que se establece que los eventos mínimos que requieren carta de consentimiento informado son: ingreso hospitalario; procedimiento de cirugía mayor; procedimientos que requieren anestesia general; salpingoclasia y vasectomía; trasplantes, investigación clínica en seres humanos, necropsia hospitalaria; procedimientos de diagnóstico y terapéuticos considerados de riesgo al

igual que cualquier procedimiento que entrañe mutilación. El Código Civil señala responsabilidad civil de tipo contractual, al hecho de no informar al usuario de las complicaciones o secuelas que pudieran presentarse en el actuar de un procedimiento diagnóstico, terapéutico o quirúrgico, lo que puede dar lugar a la exigencia de una indemnización a pesar de que no exista negligencia, impericia o error técnico, por no haber hecho del conocimiento del usuario de estos riesgos.^{5,11,13-15}

- Otros. Aviso al ministerio público, responsivas médicas, notificaciones, etc.⁵

Judicialización del acto médico

Desde 1999 la práctica de la medicina ha cambiado debido a que en aquel año tanto la publicación del Dr. Gawalde (descripción de un error suyo) y del Instituto de Medicina de Estados Unidos (errar es humano), donde se reporta que alrededor de 98,000 pacientes hospitalizados mueren al año en aquel país como consecuencia de errores médicos prevenibles como caídas, quemaduras, úlceras de decúbito, reacciones medicamentosas o transfusionales, infecciones nosocomiales, identidad equivocada, etc. En la práctica diaria el sistema de salud mexicano, los recursos económicos disponibles, la naturaleza biológica de la enfermedad donde no hay enfermedades sino enfermos y un sistema jurídico que genera la creencia *a priori* de que se obtendrán resultados favorables a quien demanda por un acto médico, hacen que la decisión final de promover un conflicto médico-legal dependa más de quien se considera afectado sin contar el nivel académico del profesional involucrado.¹⁶⁻¹⁸

Mientras más compleja es una actividad, mayor es la oportunidad de cometer errores graves y es precisamente

Cuadro I. Resumen de los requisitos del expediente clínico.

Requisitos formales	Requisitos de fondo
Letra legible y pulcra	Historia clínica
Ortografía	Nota inicial, de ingreso o de revisión
Color de tinta	Nota de evolución
No abreviaturas	Nota de egreso
No dejar espacios vacíos	Nota de evaluación preanestésica
Lenguaje adecuado	Nota preoperatoria
	Nota postoperatoria
	Nota de enfermería
	Reporte de paraclínicos realizados
	Carta de consentimiento bajo información
	Otros

el sistema moderno de salud, la actividad más compleja a la que se ha dedicado el ser humano según Kenneth W. Kizer (figura 3) (expresidente *National Quality Forum*), ya que se trabaja con tecnología complicada, drogas poderosas, infinidad de escenarios clínicos y combinaciones únicas de paciente-enfermedad siempre bajo presión.¹⁶

Por otra parte, se encuentra la creciente introducción del derecho en la medicina, lo que indudablemente ha interferido en la tradicional relación médico-paciente. Esta novedosa situación comenzó en Estados Unidos y se generalizó poco después en otros países, lo que ha generado una medicina de tipo defensiva, ya que «**la sociedad y los pacientes son mucho más exigentes al reclamar responsabilidad legal a los médicos**».¹⁷⁻¹⁹

Parte fundamental en el ejercicio de la medicina, en cuanto a la responsabilidad profesional y jurídica del médico frente al paciente radica en el deber ético y jurídico de contar con el consentimiento del paciente antes de ejecutar cualquier tipo de intervención o tratamiento.¹⁹

La responsabilidad médica es un tema de actualidad y uno de los temas jurídicos de mayor desarrollo teórico con gran repercusión en la salud tanto en la práctica asistencial como en las económicas de las instituciones.²⁰

Expediente clínico: beneficio y ventajas

Los beneficios que acarrea integrar adecuadamente un expediente clínico pueden resumirse de la siguiente manera:

Seguridad del paciente: le permite al titular de la información contar con una constancia sobre su estado



Figura 3. Kenneth W. Kizer.

de salud en el momento en que se le brinda la atención así como en futuros eventos. La garantía de la continuidad de la atención se basa en el registro de la relación médico-paciente expresada en las notas clínicas, decisiones consensuadas, indicaciones, etc. Lo anterior permite saber el estado actual del paciente al igual que su evolución y posibles complicaciones.¹

Seguridad del médico: derivada de la modificación de la relación médico-paciente, se manifiesta por una práctica defensiva del personal de salud al estar expuesto a procedimientos médico-legales. La única evidencia de que el médico actúa basado en principios científicos son los registros clínicos. La falta, omisión o error de estos registros son una de las principales causas de controversia en los procedimientos médico-legales.¹

Fuente de información: las instituciones la utilizan para la recopilación de estadísticas de relevancia nacional y para procesos técnicos contables, por ejemplo, el registro y codificación de patologías y procedimientos les permite analizar las causas de morbilidad presentada, la calidad otorgada, el desempeño financiero, la utilización de la capacidad instalada al igual que la toma de decisiones para atender los problemas de salud de la población y de las necesidades que los médicos enfrentan.^{1,13}

Valor didáctico o docente: para el médico y otros profesionales de la salud afines en su formación como la presentación de casos clínicos o para la realización de investigaciones.^{1,10}

Evaluación de desempeño: además de servir como evidencia médico-legal, puede servir como herramienta para evaluar el desempeño del médico.¹

Evidencia de buenas prácticas: la integración del médico con su equipo de trabajo y cuando ésta se evidencia en los registros clínicos pone de manifiesto resultados de calidad y seguridad del paciente, por ejemplo, disminución de tasas de infección, reingresos no programados o una utilización adecuada de insumos y recursos para la atención de la salud.¹

Evidencia jurídica: dado que el expediente clínico es un conjunto de información y datos personales de un paciente y que se relaciona con la atención médica de una persona en un periodo específico y en un establecimiento de salud o consultorio médico, eventualmente puede ser requerido por jueces, tribunales, comisiones de arbitraje, procuradores de justicia, etc. para investigar conductas que pudieran derivar de una mala práctica clínica, responsabilidad civil profesional, daño moral o algún delito como lesiones, homicidio, suicidio asistido o eutanasia, abandono de paciente, entre otras. Actualmente, en el expediente clínico se ha incorporado, en materia de

acceso a la información pública y protección de datos personales, que el titular (paciente) de la información o su representante legal tienen derecho a tener acceso al expediente clínico.^{1,13}

Expediente clínico y datos personales

Debemos entender los datos personales como cualquier información concerniente a una persona identificada o identificable y que puede estar contenida en sistemas físicos y automatizados.⁷

El acceso a los datos personales en las instituciones de salud se relaciona íntimamente con el documento madre de la atención médica, es decir el expediente clínico. La Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental obliga a proteger los datos personales contenidos en los expedientes clínicos como «confidenciales». Por otra parte, la NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico menciona que este último es propiedad de la institución que lo genera y conserva; sin embargo, la información contenida en él es propiedad del paciente, por lo que en su momento el Instituto Federal de Acceso a la Información y Protección de Datos emite el «CRITERIO/004-09 expediente clínico. Por regla general su confidencialidad no es oponible al titular de los datos personales o a su representante legal».⁷

Expediente clínico y servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

La NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, en el apéndice informativo 9.2 menciona lo siguiente:

Deberá elaborarlo el personal que realizó el estudio y deberá contener como mínimo:

- 9.2.1 Fecha y hora del estudio;
- 9.2.2 Identificación del solicitante;
- 9.2.3 Estudio solicitado;
- 9.2.4 Problema clínico en estudio;
- 9.2.5 Resultados del estudio;
- 9.2.6 Incidentes y accidentes, si los hubo;
- 9.2.7 Identificación del personal que realizó el estudio;
- 9.2.8 Nombre completo y firma del personal que informa.^{6,9}

CONCLUSIONES

La exigencia de responsabilidad al ejercicio de la medicina ha venido configurando actitudes motivadas por las repercusiones legales y porque una práctica inadecuada

tiene consecuencias económicas y de gestión, a lo que hay que añadir un reflejo nada despreciable en las noticias de prensa que influyen en la percepción de seguridad clínica por parte de los ciudadanos. En este sentido, por muchos años el médico ha ignorado o menospreciado el marco jurídico en el que se desarrolla su actividad, esto ha traído como consecuencia en más de una ocasión, la sorpresa o desconcierto cuando por algún motivo uno de sus pacientes presenta una querrela o demanda. Muchos médicos están conscientes de la responsabilidad que entraña la práctica de la profesión médica, pero pueden no estar al tanto del marco jurídico real, de la importancia de seguir todos los pasos de la acción médica y sobre todo de documentar amplia y cumplidamente todas las acciones realizadas explicando, de ser posible, la razón de cada una. El médico no debe olvidar que su ejercicio profesional está siempre ligado a un conjunto de normas legales que lo regulan y de normas deontológicas que deben regir su conducta profesional.^{12,21,22}

El expediente clínico es el documento esencial para evaluar el acto médico en particular en los casos médico-legales, en los cuales este documento tiene fuerte valor probatorio, por lo tanto es el documento que cristaliza el acto médico y refleja por escrito, objetivamente, el curso de la enfermedad del paciente y el actuar del médico para su atención.²

Un expediente clínico que garantice la calidad de la información es la mejor evidencia de una medicina de altos niveles de excelencia y una seguridad para el paciente, el médico y la institución desde todo punto de vista.^{1,7}

REFERENCIAS

1. Lupa-Nasielsker S, Yacaman-Handal R, Martínez-Jiménez E, Ruelas-Ross V. La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. La relevancia del expediente clínico para el quehacer médico. *An Med Asoc Med Hosp ABC*. 2015; 60 (3): 237-240.
2. Dubón-Peniche MC. La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente. *Rev Fac Med UNAM*. 2010; 53 (1): 15-20.
3. Vera-Carrasco O. Aspectos éticos y legales en el acto médico. *Rev Med La Paz*. 2013; 19 (2): 73-82.
4. Bañuelos-Delgado N. Expediente clínico. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit.
5. López-López FH, Ortega-González M, Rodríguez-Domingo JM. La importancia del expediente clínico como prueba documental. *Rev Evid Invest Clin*. 2009; 2 (2): 70-74.
6. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.
7. Arellano-Mejía J, Sánchez-Morales CA. ¿El expediente clínico debe ser clasificado como confidencial y reservado? *Neumol Cir Torax*. 2017; 76 (2): 111-122.
8. Alva-Espinosa C, Fuentes-Domínguez MA, Garibay-Huarte T. El expediente electrónico: resultados de la capacitación para su uso en un hospital de alta especialidad. *Gac Med Mex*. 2014; 150 Suppl 3: 338-346.

9. Olaeta-Elizalde R. La importancia del expediente clínico. *Rev Hosp Jua Mex*. 2001; 68 (2): 95-103.
10. Sánchez-Arias MA. El expediente médico en la medicina privada. *Rev Latinoam Der Med Medic Leg*. 5(2), Dic 2000-6(1), Junio 2001: 25-30.
11. Alcaraz-Agüero M, Nápoles-Román Y, Chaveco-Guerra I, Martínez-Rondón M, Coello-Agüero JM. La historia clínica: un documento básico para el personal médico. *MEDISAN*. 2010; 14 (7): 1017-1023.
12. Criado del Río MT. Aspectos médico-legales de la historia clínica. *Med Clin (Barc)*. 1999; 112: 24-28.
13. Valerio-Monge CJ. El derecho del paciente al uso correcto del expediente clínico. *Rev Latinoam Der Med Medic Leg*. 2(2)/3(1): 15-21: 1997/1998: 15-21.
14. Dobler-López IF. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. *Rev Latinoam Patol Clin*. 2001; 48 (1): 3-6.
15. Carvajal-Oviedo HE, Poppe-Mujica V, Patiño-Michel PA, Campos-Villegas WF, Rivera-Reynoso XC. Expediente clínico y otros documentos medicolegales como evidencia en la praxis médica. *Arch Boliv Med*. 2013; 20 (88): 60-73.
16. Vázquez-Frías JA, Villalba-Ortiz P, Villalba-Caloca J, Montiel-Falcón H, Hurtado-Reyes C. El error en la práctica médica. ¿Qué sabemos al respecto? *An Med (Mex)*. 2011; 56 (1): 49-57.
17. Bascuñán RML. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. *Rev Méd Chile*. 2005; 133 (1): 11-16.
18. Robles-Elías FJ, Peña-Nina D, Díaz-Barriga E, Robles-Morales R. ¿Despenalizar los actos médicos? Una primera aproximación a partir de una perspectiva dual: Medicina y Derecho. *Ginecol Obstet Mex*. 2014; 82: 828-838.
19. Gherardi CR, Gherardi N. La judicialización del acto médico y la generación de nuevos conflictos. *Medicina (B. Aires)*. 2007; 67 (5): 502-510.
20. Varas-Cortés J. Responsabilidad médica y acto médico. *Rev Obstet Ginecol*. 2011; 6 (5): 240-244.
21. Cote-Estrada L, García-Torres PO. La práctica médica y sus controversias jurídicas. *Cir Gen*. 2002; 24 (3): 237-238.
22. Rodríguez-Hornillo M, Riva-Moreno C, Serratos-Sánchez-Ibargüen A. Responsabilidad sanitaria: responsabilidad personal del médico vs. responsabilidad del sistema sanitario. *Cuad Med Forense*. 2011; 17 (2): 59-66.

www.medigraphic.org.mx