

# Regulación Jurídica de los datos clínicos en México

## (Acceso del paciente a su expediente clínico)

### *Juridical regulation of the clinical data in Mexico* *(Patient's access to is own clinical record)*

Dr. Carlos Tena Tamayo\*  
Lic. Agustín Ramírez Ramírez\*\*

#### Resumen

El Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Servicios de Atención Médica, así como la Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico (NOM 168), vigente desde 1998, garantizan el derecho del paciente a ser informado, tanto en forma verbal como escrita; esta última, mediante la entrega de un resumen clínico que debe contener datos sobre padecimiento actual, diagnóstico, pronóstico, evolución y tratamiento, así como resultados de laboratorio y gabinete. Las disposiciones sanitarias aseguran, de esta manera, un proceso de comunicación que le permite al paciente contar con información relevante sobre su estado de salud. A partir de la entrada en vigor de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental, el Instituto de Acceso a la Información (IFAI) ha sostenido el criterio de que el paciente tiene derecho a una copia íntegra de su expediente clínico, con lo cual, además de establecerse un régimen diferenciado en la regulación de acceso a datos clínicos, pues sólo el sector público se rige por lo dispuesto en la Ley de Transparencia, se corre el riesgo de generar actitudes que fortalezcan la presencia de la llamada medicina defensiva en la práctica médica, en detrimento de la relación médico-paciente.

PALABRAS CLAVE: expediente clínico, medicina defensiva, datos personales.

#### Summary

The Regulations to the General Health Law governing Medical Treatment Services, and the Mexican Official Standard for the Clinical Records (NOM 168) (*for its abbreviation in Spanish*), in force since 1998, guarantee the patient's right to be informed, verbally as well as in writing, by being given a clinical summary that, by law, must include information about the present illness, diagnosis, prognosis, evolution and treatment, as well as laboratory and radiology results. In this way health regulations ensure, there is a communication process that allows the patient to have relevant information about his health. Since the Transparency and Access to Public Government Information Law came into force, the Agency for Access to Information (IFAI) (*for its abbreviation in Spanish*) has taken the view that the patient has the right to have a complete copy of his clinical records, with this situation in addition to establishing a dual system in the regulation for access to clinical information, since only the public sector is regulated by the Transparency Law, there is a risk of generating attitudes that strengthen the presence of the so called defensive medicine in the medical practice, to the detriment of the patient – doctor relationship.

KEY WORDS: Clinical records, defensive medicine, personal data.

\* Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

\*\* Subcomisionado Jurídico de CONAMED

## Introducción:

En referencia a los valores de este siglo, Ronald Inglehart (1) señala que toda persona “quiere elevar al máximo su libertad de elegir para vivir, para decidir qué tipo de vida quiere, para tener un nivel de vida alto, para vivir, pensar y comportarse de la manera en que uno lo elija”. Tras abundar en torno al tema y destacar el valor de la democracia, pues señala, eleva al máximo el albedrío humano, afirma que aquello “que se está volviendo la fuerza motriz, la motivación central, es la demanda de autonomía, la capacidad de decisión”. No podríamos estar más de acuerdo con tal aseveración, mucho menos cuando en el ámbito sanitario es notorio el interés de la persona para que se respeten sus decisiones.

La prestación de servicios de atención médica es uno de los campos del quehacer humano en el cual, el concepto de autonomía, genera importantes interrogantes, como es el caso actual, que aquí abordaremos, sobre los límites de acceso a los propios datos clínicos, ya sea de manera directa o mediante representación legal. La controversia en México, superada hace años en otros países, se genera a partir de la postura que asume el Instituto Federal de Acceso a la Información (IFAI) en cuanto al derecho que tiene el paciente de obtener una copia íntegra de su expediente clínico. Señalan en el IFAI que en términos de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (2), toda la información clínica debe ser considerada en el rubro de datos personales.

Es prudente, por ello, manifestar nuestro acuerdo con la hipótesis fundamental a que se refieren las disposiciones en materia de protección de datos personales, contenidas en la citada Ley de Transparencia, que obligan a toda institución gubernamental a establecer medidas que impidan el conocimiento público de toda información personal existente en sus archivos, pues resulta obvio que nadie puede tener acceso a datos de ese orden, como es el caso de los que se encuentran en el expediente clínico de una persona, limitación que excluye, por virtud de la naturaleza de los servicios de atención médica, a los integrantes del equipo sanitario que brindan estos servicios al paciente.

Hay, sin embargo, cierto desconocimiento de la legislación sanitaria aplicable al caso, pues una de las primeras referencias que se tuvieron sobre el tema, se hizo en la Tercera Conferencia de Comisionados de Acceso a la Información, celebrada del 20 al 23 de febrero de 2005 en Cancún Quintana Roo (3). Ahí se dijo, —palabras más, palabras menos—, que hasta hace poco, en México, los pacientes no podían obtener una copia de su expediente clínico. En algunos casos, se mencionó erróneamente, lo único que se les daba era un resumen clínico. Se trata de una visión bastante parcial de la realidad, pues el derecho del paciente a obtener información sobre su estado de salud se encuentra regulado muchos años antes de la aparición de las disposi-

ciones de transparencia gubernamental; se introduce en 1986 en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica (4).

El criterio del IFAI tiene, desde nuestro punto de vista, dos serias limitaciones: a) es insuficiente el razonamiento que sólo considera las disposiciones en materia de tratamiento de datos personales, dejando al margen lo que señalan las normas sanitarias respecto de las finalidades de la atención médica y b) al considerar que el derecho de acceso es un derecho fundamental, pierde de vista que en el caso de la atención médica, la información sólo tiene un carácter instrumental. Debe recordarse sobre este último punto que la Ley de Transparencia es reglamentaria, en lo conducente, del artículo 6º de la Constitución General de la República, que de ninguna manera se refiere al derecho de la persona a conocer información sobre su persona, pues los márgenes de tal prerrogativa se vinculan con el derecho constitucional a mantener la privacidad del individuo.

Esto es lo que nos hace diferir de la postura del IFAI. Estamos convencidos, sin embargo, que tales diferencias no sólo enriquecerán el debate, sino que, además, contribuirán a la construcción de un criterio equilibrado, que en función de los principios bioéticos insertos en el concepto jurídico de *atención médica*, aporte beneficios concretos para el paciente, pues no encontramos finalidad jurídica más allá de esta postura (5).

En efecto, todo derecho cumple una finalidad en beneficio de quien lo ejerce. En ese sentido, resulta interesante la respuesta, siempre categórica, de quienes defienden el derecho del paciente a obtener una copia íntegra de su expediente clínico: el paciente tiene derecho de conocer toda aquella información que se refiera a su estado de salud. Se confunde en tal sentencia, que por cierto no negamos, fundamento, título y medida (6). No queda duda que todo ciudadano se encuentra legitimado para ejercer un derecho inalienable e imprescriptible atribuido a su persona, para ser informado sobre su estado de salud, empero, la cuestión a discernir se encuentra precisamente en la medida. La medida guarda relación con la naturaleza de la información contenida en el expediente clínico, pues no todo lo que ahí se asienta se refiere necesariamente al estado de salud del paciente.

Ahora bien, resulta de la mayor relevancia discernir sobre las diversas maneras de satisfacer este derecho del paciente para conocer de manera clara y objetiva su estado de salud, tanto en lo que se refiere al pasado como al presente, así como a las expectativas que tiene el equipo sanitario sobre su futuro, pues precisamente la metodología utilizada en la atención médica permite establecer un diagnóstico, un tratamiento y un pronóstico de evolución clínica para cada estado patológico (7). Hay, sin embargo, una enorme diferencia, y las repercusiones en el modelo de atención médica son igualmente diametrales, si el paciente es ampliamente informado por el equipo sanitario encargado

de su atención, o si, por el contrario, es el propio sujeto enfermo el que aprecia e interpreta los datos clínicos. Aún cuando la interpretación se haga por medio de otros profesionales de la salud, la naturaleza inexacta de la ciencia médica permite un importante margen de divergencia en el criterio clínico, más aún cuando la evaluación se hace a *posteriori*.

### Naturaleza de la relación médico-paciente.

La preocupación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se centra, precisamente, en las repercusiones que puede tener el criterio que mantiene el IFAI en el modelo de atención médica, pues su generalización, podría revertir los avances que en México ha tenido el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico, que es la expresión de una política pública impulsada por el Gobierno Federal, en el fortalecimiento de la relación médico-paciente. Actualmente, es un hecho que la sociedad mexicana no se rige, en lo que se refiere a la atención médica, por un esquema litigioso para la solución de los conflictos que derivan de la relación médico-paciente. De ahí que la *MISION* de la CONAMED busque *propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes*. Para ello, en las tareas que de manera cotidiana cumple se privilegia el diálogo en lugar del enfrentamiento. Es así que en el proceso arbitral médico se aplican los llamados *Mecanismos Alternos de Solución de Controversias (MASC)*, como en la especie lo son la conciliación y el juicio arbitral, alternos a la disputa judicial, que tienen en esencia un componente que incita al fortalecimiento de una cultura de paz y entendimiento (8).

En este contexto, nos parece que el ejercicio de la medicina tenderá al cambio, si derivado de las disposiciones contenidas en la Ley de Transparencia, se interpreta un derecho del paciente a obtener copia íntegra del expediente clínico que se forma en las instituciones gubernamentales que le prestan servicios de atención médica, pues hasta este momento, el médico plasma ahí el conjunto de sus apreciaciones, tanto objetivas como subjetivas, sin mayor preocupación que mostrar su juicio clínico ante el equipo sanitario, siempre con la intención de encontrar el mejor camino para proteger, promover o restaurar la salud de su paciente (9).

Si en otras latitudes se ha establecido como un derecho del paciente la obtención de una copia íntegra de su expediente clínico, es porque el modelo de atención médica responde a intereses diferentes a los que en la actualidad prevalecen en nuestro país (10 - 12). La relación médico-paciente en México no se encuentra aún influenciada por un modelo como el de la llamada medicina defensiva, empero, si al símil de otros países se perfeccionara la hipótesis jurídica en una disposición legal expresa, el equipo sanitario reaccionaría cuidándose de hacer anotaciones que pudieran ser poco comprendidas en una revisión *ex post* de la atención médica, principalmente aquellas de naturaleza

subjetiva que dan cuenta de lo diverso que puede ser el juicio clínico en torno a una patología. Ciertas anotaciones subjetivas podrían sustentar la posibilidad de la demanda judicial, que aunque no prosperara en los tribunales en virtud del principio de variabilidad biológica y la necesaria demostración de un nexo causal entre acto médico y daños, el solo hecho de la demanda judicial afectaría gravemente la confianza que caracteriza la relación médico-paciente.

La medicina defensiva, para expresarlo en palabras de un reconocido profesional médico, consiste en el hecho de “emplear una serie de procedimientos de diagnóstico y tratamiento con el propósito explícito de evitar controversias [para lo cual] el médico realiza [...] estudios innecesarios para protegerse de una posible demanda derivada de lo que podría calificarse como un error de omisión, y en ocasiones no solamente realiza un exceso de estudios que en sí pueden tener algún peligro para el enfermo, sino que emplea algunos procedimientos terapéuticos que a veces son excesivos, y que ponen en riesgo aún mayor la salud del paciente” (13-17). Así, en la medicina defensiva se advierte el exceso de la técnica por encima de la clínica, el uso del saber científico sin conciencia de su componente humano.

Este tipo de práctica médica también se identifica, en lo que corresponde a la conducta del paciente, por una idea poco afortunada de sacar ventaja del error médico (18). Bajo dicho esquema, el paciente se encuentra a la espera de obtener una ganancia económica para el caso de comprobar negligencia o impericia en la atención brindada por el equipo sanitario. Resulta obvio que se trata de una relación que se ha pervertido, en la cual, la confianza no tiene ya un valor importante. A fin de enfrentar el fenómeno, hemos sugerido ejercer la profesión sujetándose a las siguientes premisas: a) Mantener una educación continua que permita a los médicos tener los conocimientos suficientes para actuar con seguridad, sin tener temor a un resultado inesperado; b) Respetar los derechos de los pacientes; c) Exigir que se respeten los derechos de los médicos y, d) Mantener una adecuada comunicación con el paciente. Se trata de realizar una práctica que hemos denominado medicina asertiva (19). Al ser asertivo se tienen las siguientes actitudes: seguridad, respeto y buena comunicación, con lo cual se favorece la confianza del paciente y facilita una buena relación médico-paciente.

Si cambiara el esquema de atención médica que actualmente se ejerce en nuestro país, el expediente clínico sería reflejo de un ejercicio profesional frío, muy objetivo, altamente técnico, poco humanista, en un estilo que poco habrá de entender del valor “confianza”. Se iría transformando el modelo actual para dar lugar a un esquema en el que privara la desconfianza. Habríamos de acoger un esquema de atención médica basado en la medicina defensiva. El secreto médico se desvirtuaría y la revelación de los datos clínicos formaría parte del escándalo mediático, pues si un

paciente demandara a su médico por una errónea interpretación de las impresiones diagnósticas, ¿qué limitaría a éste a pronunciarse públicamente sobre las afecciones y secretos íntimos del sujeto enfermo?

Por ello, se hace indispensable revisar, además de la naturaleza de la relación médico-paciente, la relación que guardan entre sí el secreto médico como valor instrumental de una garantía plena como el derecho a la intimidad, así como las características que le imprimen al modelo actual los principios bioéticos que orientan la práctica médica (20,21).

El derecho a la intimidad del paciente no puede desligarse, de ninguna manera, del secreto médico. Este ha sido, históricamente, uno de los pilares de mayor envergadura en que se sustenta la relación médico-paciente. Confiamos en nuestro médico no sólo por el saber que demuestra al diagnosticar acertadamente una entidad patológica, por las habilidades de que hace gala al instaurar un tratamiento, muchas veces con la ayuda de la técnica, o por la acuciosidad con que da seguimiento a nuestro estado de salud (22). También confiamos en él, y es posible que este aspecto tenga mayor peso, por la prudencia con que maneja el cúmulo de información a que accede al brindar sus servicios profesionales; por ello nos inspira confianza. Sabedores de que es fiel resguardatario de los signos y síntomas que identifican nuestra afección física, no siempre grata a los ojos y oídos de los demás, así como otras dolencias personales, depositamos en él información que en ocasiones no somos capaces de confiar a otra persona, incluso a un familiar. A ese grado puede llegar la confianza que podemos tenerle al médico, en función de que, la información que le proporcionamos, puede estar inscrita en el núcleo de nuestra intimidad (23).

Toda esa información, la relativa a la enfermedad y la que concierne a nuestros hábitos de vida, se plasma en el expediente clínico. Alguna se encuentra escrita en virtud de un proceso de captación verbal por parte del equipo sanitario, mientras que otra, deriva de diversos estudios de gabinete y laboratorio, que en su conjunto, dan cuenta de nuestro estado de salud, pasado y presente (24). En tanto que esa información se mantenga alejada del dominio público, la confianza se mantiene y en ello radica, en parte, el éxito de la profesión médica ante la sociedad. Salvo por disposición de autoridad competente, tanto en el sector público como en el privado, los expedientes clínicos se mantienen alejados de los ojos, y por supuesto de las manos, de terceras personas.

Por ello, y dada la naturaleza de la información, referida a una persona identificada o identificable, podría parecer contrario al sentido común e incluso ilegal, sostener, como lo hacemos, que, en ciertos casos, no se trata de una prohibición absoluta, debe negarse el acceso al expediente clínico de un paciente a quienes no forman parte del equipo sanitario, aun cuando éste haya dado su autorización, pues él mismo se encuentra limitado para obtener una copia ín-

tegra de dicho documento. Sostenemos este criterio considerando las finalidades que tiene, desde las perspectivas jurídica y ética, el concepto de atención médica, pues si bien es cierto que el conjunto de la información contenida en el expediente clínico gira en torno al estado de salud del paciente, la propia normativa que regula su elaboración, integración, uso y archivo, precisa que se trata de un documento elaborado "en beneficio del paciente", de tal manera que toda acción relativa a su manejo, no podría atentar en contra de su bienestar biopsicosocial (25, 26).

La confidencialidad de los datos clínicos adquiere una nueva dimensión si se reflexionan con detenimiento las repercusiones que este hecho puede tener en la relación médico-paciente, principalmente cuando aparece el temor fundado de que algunos criterios en que se basa la atención médica pueden ser mal interpretados e incluso utilizados en contra de su naturaleza; llevados a procesos legales que pueden contribuir al deterioro de dicha relación al promover una cultura litigiosa, que como hemos señalado, sustenta la medicina defensiva (27-29).

Por ello la pregunta que con mayor frecuencia se escucha en la comunidad médica sobre el punto, se refiere al modelo que debe seguir nuestro país para regular el régimen de propiedad de los datos clínicos. Nos asalta el temor de una respuesta poco reflexiva, pues comprendemos la inquietud que le genera al equipo sanitario el hecho de saber que los representantes de los pacientes, padres, tutores, abogados y representantes legales, en general, pueden utilizar la información plasmada en el expediente clínico para satisfacer intereses que en nada se relacionan con las finalidades terapéuticas de la atención médica. Reconocemos, por otra parte, el legítimo interés que puede tener todo paciente, de conocer, de manera personal o indirecta, la información que sobre su estado de salud se encuentra en el expediente clínico, no obstante que por su naturaleza subjetiva, según criterio médico, pueda causarle algún impacto negativo en el componente psicosocial de su estado de salud (25,26).

Lo deseable sería lograr un prudente equilibrio entre los intereses de los pacientes y los del equipo sanitario, considerando, en todo momento, las finalidades que persigue el derecho a la protección de la salud y su impacto en el conglomerado social (30), obviando intereses de parte, ajenos a la visión programática que cumple la citada garantía constitucional. Para ello, se hace necesario considerar las disposiciones en materia de tratamiento de datos personales, en armonía con lo prescrito por las normas sanitarias y los principios bioéticos que orientan la atención médica, que como ha quedado señalado, no niegan, de ninguna manera, el derecho del paciente a conocer información trascendente sobre su estado de salud, aunque tampoco establecen, en forma categórica, el derecho a la obtención de una copia del expediente clínico. Cualquier propuesta deberá velar por los intereses del ciudadano, no de sus posiciones, sin vulne-

rar los valores en que se sustenta la relación médico-paciente.

### Referentes de derecho comparado sobre acceso al expediente clínico.

El tema, aunque reciente en nuestro contexto, resulta ampliamente explorado en el derecho comparado. Ya en el año 1999, en el marco del Sexto Congreso de Derecho Sanitario celebrado en Madrid, España, se exponía un interesante punto de vista sobre el régimen de propiedad de los datos clínicos (30). En relación con el acceso a la historia clínica, -termino usado en España para referirse al expediente clínico- el ponente se refería al conflicto que suscitaba la petición de un paciente respecto a obtener una copia de la misma, con lo cual, ponía sobre la mesa un tema que venía discutiéndose hacía ya algunos años.

De atenernos exclusivamente a las disposiciones sanitarias, hubiera sido ocioso en ese tiempo discutir si el paciente tenía derecho a una copia de su expediente clínico, tomando en cuenta que, en México, a esas fechas, la recientemente publicada Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 regulaba, como hasta la fecha lo hace en forma categórica, que dicho documento pertenece al prestador del servicio médico (24), de tal suerte que el paciente no tiene ese derecho, aunque la legislación sanitaria le asegura la obtención de información sobre su estado de salud, en caso que la requiera.

Entre los antecedentes de la discusión en España se puede aludir a la Recomendación 5 de fecha 13 de febrero de 1997 del Comité de Ministros del Consejo de Europa, *sobre protección de datos médicos*, que aconsejaba en su numeral octavo, en relación con los derechos de acceso y rectificación (31).

- 8.1. Se permitirá a toda persona el acceso a sus datos médicos, ya directamente o a través de un profesional sanitario o, si lo permite la ley nacional, a través de una persona designada por el titular de los datos. La información debe ser facilitada de modo inteligible;
- 8.2. El acceso a los datos médicos puede ser denegado, limitado o rechazado sólo si lo prevé la ley y si:
  - a. Constituye una medida necesaria en una sociedad democrática por su interés en proteger la seguridad del Estado, la seguridad pública o la represión de crímenes; o
  - b. El conocimiento de la información es probable que cause un serio daño a la salud del afectado; o
  - c. La información sobre el afectado revela también información sobre terceros, o respecto a los datos genéticos, si esta información es probable que cause un serio daño a un paciente consanguíneo o uterino o a una persona que tiene un vínculo directo en línea germinal;

La controversia se resolvió en España hasta noviembre del año 2002 con la promulgación de la *Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica de Autonomía del Paciente*, en vigor seis meses después de su publicación. El artículo 18 del citado cuerpo normativo regula el derecho de acceso a la historia clínica en los siguientes términos (32):

1. El paciente tiene el derecho de acceso, con las reservas señaladas en el apartado 3 de este artículo, a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella. Los centros sanitarios regularán el procedimiento que garantice la observancia de estos derechos.
2. El derecho de acceso del paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
3. El derecho al acceso del paciente a la documentación de la historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico del paciente, ni en perjuicio del derecho de los profesionales participantes en su elaboración, los cuales pueden oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

Así, España adopta una posición que favorece el acceso a los datos clínicos, aunque establece reservas; las que oponga el personal sanitario por las anotaciones subjetivas que lleguen a plasmar en el expediente. Se respeta, además, el derecho a la confidencialidad de terceras personas que hayan entregado información sobre el estado de salud del paciente, por "interés terapéutico", como lo denomina la Ley, de tal manera que no existe un derecho absoluto de acceso a los datos de su historial, en tanto que el médico puede establecer los límites que señala la norma.

Otro país que da cuenta de lo añejo de la controversia es Argentina. Rodríguez Jordán (33) reseña el pronunciamiento del Presidente de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, publicado el 23 de agosto de 1995 en el diario *La Nación*, quien aseveraba que el paciente tiene derecho a obtener una copia "para que las mismas puedan ser vistas por otro profesional, justificando tal autorización en el hecho de que las patologías pertenecen a los enfermos, y advirtiendo que no siempre será conveniente que los pacientes tengan acceso al citado documento porque podría contener información que altere su ánimo".

Por su parte, Aguiar Guevara (34) nos dice que en Venezuela, el artículo 170 del Código de Deontología Médica estipula "que el médico tiene derecho de propiedad intelectual sobre la historia médica y todo documento elaborado en base a sus conocimientos profesionales, y este hecho, le otorga al médico un sistema de protección en cuanto a la titularidad de la historia clínica". Asimismo, precisa el autor, es necesario mencionar que, "si bien es cierto que la titularidad de la historia material le corresponde al médico que la elabora, la información contenida en ella, es siempre del paciente, tratándose de información privilegiada que el médico debe conservar y resguardar y que el paciente, siempre, puede y tiene derecho a acceder a dicha información [en términos del] artículo 28 de nuestra Constitución Nacional según el cual toda persona tiene derecho a acceder a la información y a los datos que sobre sí misma consten en registros oficiales o privados, con las excepciones y limitaciones de ley". A decir del tratadista venezolano, las limitaciones que puede encontrar el derecho del paciente se localizan en el artículo 176 del ya citado Código de Deontología Médica al establecer que "en ningún caso debe permitirse el examen directo de la historia clínica por parte del paciente o sus allegados; pero respetando el derecho del paciente a tener un resumen informativo de la misma cuando así lo solicite, al tenor del artículo 72 de la Ley Orgánica de Salud".

En Colombia, la Ley 23 de 1981 "Ley de Ética Médica" según nos lo explica una estudiosa del derecho médico, "establece un nexo entre la relación justificada del secreto profesional, con el derecho del paciente a ser informado". El artículo 38, sostiene que, nos dice la doctora Castaño de Restrepo (35), "teniendo en cuenta los consejos que dicte la prudencia, la revelación del secreto profesional se podrá

hacer: a) Al enfermo, en aquello que estrictamente le concierne y convenga".

En nuestro país, como se ha señalado, la legislación sanitaria asegura al paciente acceso a información sobre su estado de salud (24), de tal suerte que no parecería importante discutir en torno al derecho a obtener copia del expediente clínico, pues cuando el paciente ha manifestado interés por conocer su contenido, centra su petición en la necesidad de informar a otro profesional médico de aspectos objetivos de su padecimiento, diagnóstico, pronóstico y tratamiento, la mayoría de las veces, con la intención de obtener una segunda opinión al respecto. La simple lectura del documento no le genera ninguna utilidad práctica si no es mediante la interpretación médica de la información ahí contenida.

### Origen de la controversia sobre acceso del paciente a los datos clínicos.

Lo que resulta paradójico de la discusión, es que ésta no surja de cambios en las disposiciones sanitarias, sino con motivo de la interpretación formulada por el IFAI al resolver un recurso de revisión contra la negativa de una unidad hospitalaria para obtener una copia de su expediente clínico. Funda su criterio en las disposiciones sobre acceso y protección de datos personales contenidas en la Ley de Transparencia. Señala la Ley en su artículo 3º fracción II, que por datos personales debe entenderse toda "información concerniente a una persona física, identificada o identificable, entre otra, la relativa a su origen étnico o racial, o que esté referida a las características físicas, morales o emocionales, a su vida afectiva y familiar, domicilio, número telefónico, patrimonio, ideología y opiniones políticas, creencias o convicciones religiosas o filosóficas, los estados de salud físicos o mentales, las preferencias sexuales, u otras análogas que afecten su intimidad" (2).

Conforme a la citada disposición legal, toda la información contenida en el expediente clínico se encuadra en el concepto de "datos personales", de tal suerte que las instituciones públicas prestadoras de servicios médicos cuentan, entre sus archivos, con información de los estados de salud, tanto físicos como mentales, de la mayor parte de la población de nuestro país. Lo anterior no pasaría de ser un dato estadísticamente trascendente, si no fuera por las implicaciones que puede tener este criterio sobre la forma de ejercer la medicina pública.

Precisa el IFAI en su Resolutivo SEGUNDO: Con fundamento en el artículo 91 del Reglamento de la Ley de la materia, se instruye (a la unidad hospitalaria) para que en un plazo no mayor a diez días hábiles, contados a partir del día siguiente en que se haya notificado la presente resolución, proporcione al recurrente de manera gratuita y previa acreditación, copia simple de su expediente clínico, en términos de lo establecido en los artículos 24 de la Ley de la

materia, 47 y 53 de su Reglamento, así como de los Lineamientos que deberán observar las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal en la recepción, procesamiento, trámite, resolución y notificación de las solicitudes de acceso a datos personales que formulen los particulares, con exclusión de las solicitudes de corrección de dichos datos”.

Como puede observarse, el razonamiento del IFAI se centra en la premisa considerada en el artículo 24 de la Ley de la materia en cuanto a que “sólo los interesados o sus representantes podrán solicitar a una unidad de enlace o su equivalente, previa acreditación, que les proporcione los datos personales que obren en un sistema de datos personales”. Un Sistema de datos personales es, según el artículo 3º fracción XIII de la Ley, “el conjunto ordenado de datos personales que estén en posesión de un sujeto obligado”, de ahí que, en principio, debamos estar de acuerdo que el expediente clínico cuenta con información sobre el estado de salud física y mental de un sujeto determinado, integrada bajo un principio de orden dispuesto en la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico, que impone al equipo sanitario la obligación de documentar la atención médica (24).

### Insuficiencias en la evaluación del IFAI.

Como se ha venido sosteniendo, el IFAI, en su resolución, considera de manera literal las disposiciones en materia de protección de datos personales, obviando la aplicación de las normas sanitarias y principios bioéticos que rigen la atención médica.

Siempre que deban evaluarse los propósitos de la atención médica, es menester recordar que el equipo sanitario no sólo incluye en el Expediente Clínico información aportada por el sujeto enfermo. Se integran datos que éste proporciona de manera directa, pero también, se hacen anotaciones producto de la apreciación que deriva del examen clínico, así como de lo expresado por otras personas, principalmente cuando se trata de pacientes con ciertas incapacidades, temporales o definitivas, así como de menores de edad. La medicina no es una ciencia exacta y en función de un principio de variabilidad biológica, se infiere el estado de salud del paciente a partir de los signos y síntomas que perciben los miembros del equipo sanitario, según las habilidades y destrezas que cada uno pueda acreditar, de tal suerte que sólo así puede establecerse un diagnóstico presuncional, que por lo general se confirma con el auxilio de estudios de laboratorio y gabinete, que si bien no son la fuente principal del criterio médico, apoyan de manera importante las decisiones diagnósticas.

De esta manera, en el Expediente Clínico encontramos datos aportados por el paciente y sobre el paciente. Estos últimos, los proporcionan familiares e incluso personas que no guardan ninguna relación familiar con el sujeto enfermo, a más de aquellas anotaciones del equipo sanitario —

—impresiones por lo general subjetivas— en las cuales se interpretan de manera concatenada signos y síntomas, y se asientan incluso divergencias de criterio entre los profesionales que han participado en el proceso de atención. Asimismo, la libertad prescriptiva de que goza el médico, le permite presumir una serie de posibilidades diagnósticas, que interpretadas por quienes desconocen los principios de la *lex artis* médica —como el caso del paciente o su representante legal—, pueden calificarse erróneamente de ignorancia profesional, más cuando su lectura no viene precedida de una explicación calificada, por parte de otro profesional médico.

En palabras de Eugenio Moure (30): “Tan esencial es el dato clínico con toda su fría objetividad, como la impresión subjetiva de quien desde su experiencia y conocimiento lo analiza. Pero en ambos casos estamos hablando de silogismos y premisas porque realmente lo importante es la conclusión, el resultado de ese proceso intelectual en la mente del médico. Y esa información final es la esencia de la historia, pues sin ella estaríamos hablando de un análisis especulativo vacío”. A nadie escapa, nos dice el autor, “que no es biografía las anotaciones no publicadas, las revelaciones de terceros que no se referencian o incluso los datos del protagonista de la historia que éste pide expresamente que no se divulguen”.

Consistentes con esta realidad, Aulló Chaves y Pelayo Pardos (36) señalan que “la historia clínica no se limita a ser una narración o exposición de hechos, sino que incluye juicios, documentos, procedimientos e informaciones; debe también observarse que la historia clínica, más allá de la narración de hechos pasados, es un documento que se va haciendo en el tiempo y, por último, que, más que exponer las vicisitudes por las que ha pasado una persona, lo que documenta [...] es fundamentalmente la relación médico paciente”.

En términos de la construcción doctrinal española, Antonio de Lorenzo Sánchez (37) consideraba que “el dominio jurídico del médico (poder de uso, disfrute y disposición) sobre la historia clínica, deriva de que ésta no es una mera transcripción de datos o noticias suministradas 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’ y para ello no basta la mera recopilación de datos, sino que el médico, mediante una labor de análisis y síntesis, transforma la información recibida, con resultado de una creación científica, expresada en términos de valor terapéutico: diagnóstico, pronóstico y tratamiento”.

Estas diferencias respecto a las partes que componen el expediente clínico, debieran orientar la discusión en nuestro país cuando se hace referencia al acceso del paciente a su historial. En los hechos, la comunidad médica se preocupa en lo particular por dos situaciones: a) el acceso indirecto a los datos clínicos del menor maduro, por parte de sus

padres, en su carácter de representantes legales y b) el acceso directo al expediente del paciente psiquiátrico e incluso, en forma indirecta, a través de sus representantes legales, por lo general, sus familiares.

En el primero de los casos, nuevamente la doctrina española nos permite reflexionar sobre las repercusiones que podría tener en nuestro contexto una decisión de esta naturaleza. Según nota publicada en *Diario Médico* el 23 de enero de 2001, en su sentencia, un Juez de Instrucción determina que “la historia clínica del menor maduro se equipara a la del mayor de edad, por lo que su acceso está protegido por el derecho a la intimidad y a la confidencialidad”. Según la nota, Julio Cesar Galán Cortés, experto en el tema, señala que “el derecho a la historia clínica es del paciente, y en caso de un menor maduro, si está capacitado para decidir por sí mismo, un tercero no podría acceder a su historia sin su consentimiento, aunque sea un familiar”. La autonomía del menor maduro, según Galán Cortés, tiene su fundamento jurídico en el artículo 162.1 del Código Civil, por ser un derecho de la personalidad.

En cualquier contexto, no es un asunto menor la posibilidad de que los padres, al tener acceso al expediente clínico de sus menores hijos se enteren de datos “sensibles” confiados al médico, quien los resguarda en términos del secreto profesional al que está obligado, como pueden ser los relativos a sus prácticas y orientación sexuales, así como ciertos estados de adicción e incluso hábitos que pueden considerarse “no adecuados” por su progenitores. El acceso a este tipo de información, no sólo vulnera el derecho a la intimidad del paciente, aunque se trate de menores de edad, sino que llega a afectar la esfera emocional de los hijos.

En lo que corresponde a la historia clínica del paciente psiquiátrico, la evaluación se torna aún más compleja. En el derecho sanitario se acepta que el llamado consentimiento válidamente informado tiene por finalidad que el paciente pueda decidir con libertad sobre un procedimiento diagnóstico o terapéutico; se perfecciona así el principio bioético relativo a su autonomía. Se parte de una premisa que considera que las decisiones médicas deben tomarse de común acuerdo con el paciente, pues de otra forma, el equipo sanitario actuaría de manera arbitraria y, en ocasiones, en perjuicio del estado biopsicosocial del sujeto. No obstante lo anterior, en un paciente psiquiátrico se hace difícil analizar si, en efecto, el sujeto enfermo ha sido capaz de comprender la explicación otorgada respecto a los alcances del tratamiento, riesgos y beneficios, y por tanto resulta igualmente difícil apreciar su capacidad para consentir.

Llega a darse el caso que su estado de salud le impide tomar algunas decisiones, como puede ser la relativa a su internamiento en un centro hospitalario, pues se encuentra en un estado alterado de sus capacidades, tanto mentales como desde una perspectiva legal. De ahí que las decisiones deban tomarlas terceras personas —por lo general fa-

miliares— quienes, por lo mismo, dan cuenta de los estados de alteración mental por los que atraviesa el paciente, sin que éste se encuentre capacitado para comprender el dicho de sus representantes legales y las consecuencias de las decisiones que éstos han tomado. Es más complejo el caso del paciente, que siendo legalmente menor de edad, ha llegado a un estado de madurez mental que demanda respetar a sus propias decisiones. Difícil resulta evaluar si por su madurez le corresponde consentir sobre su tratamiento o si tal capacidad es de sus representantes legales.

En la actualidad, sin embargo, los avances de la ciencia médica en esta rama de estudio permiten mejores posibilidades diagnósticas y, por tanto, mayor capacidad de resolución en cuanto a los tratamientos para superar los estados alterados de la personalidad. Así, en el supuesto de que un paciente haya recuperado la capacidad para tomar decisiones de manera directa y mediante el acceso a su expediente clínico conozca de ciertas autorizaciones suscritas por terceras personas, para proceder a su tratamiento, no siempre le resultan comprensibles los motivos aducidos por sus representantes legales, ni tampoco los del equipo sanitario, más cuando algunos tratamientos llegan a tener consecuencias permanentes (38) y en el expediente se localiza una negativa personal, previa, sobre ese tratamiento, expresada en un momento en que gozaba de capacidad jurídica para consentir.

Cuando esto sucede, se observa en el paciente un estado de alteración en su conducta, que impacta de alguna forma su estado de salud. Debe recordarse, además, que en algunos pacientes psiquiátricos los trastornos de la personalidad son transitorios y no los incapacitan de manera permanente para tomar decisiones, de ahí que al equipo sanitario tampoco le resulta simple analizar si la petición de acceso a su historial médico se hace en un estado equilibrado de sus capacidades mentales, por lo cual, es común que en estos casos el médico tratante de vista a su representante legal, quien, por lo general, mantiene algún tipo de resistencia para que el paciente conozca de manera directa los datos asentados en su expediente clínico, por los daños que esto puede ocasionarle.

Como puede notarse, el conjunto de las decisiones que toma el equipo sanitario, incluida la relativa a las limitaciones para que el paciente tenga acceso a su historial médico, se sustentan en criterios éticos plasmados en las normas sanitarias, que buscan, en todo momento, proteger la integridad biopsicosocial del sujeto enfermo. Este es el punto de partida para reconocer que, en lo que corresponde al régimen de propiedad del expediente clínico, no basta sustentar la decisión de acceso al paciente en las disposiciones en materia de tratamiento de datos personales, como tampoco en lo señalado por la NOM-168 del Expediente Clínico, pues como bien lo razona el IFAI en su Resolución, se trata de una norma inferior dentro de la escala jurídica en relación con la Ley de Transparencia.

## Disposiciones sanitarias: la regulación ideal.

Conforme a lo anterior, debiera haber sido fundamental recoger, en la resolución del IFAI, lo dispuesto por el artículo 32 de la Ley General de Salud, según el cual, la atención médica comprende “el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”. Esta disposición, concatenada con lo prescrito por el artículo 51 de la misma y 9 de su Reglamento para la Prestación de Servicios de Atención Médica, hubieran permitido, bajo una interpretación armónica, tomar una decisión equilibrada, que diera pauta a pronunciamientos diferenciados, en función de la casuística que presenta la atención médica. Es decir, que la Resolución del IFAI debió posibilitar pronunciamientos que dieran respuesta particular a cada petición de acceso, sin pronunciarse de manera categórica y con un criterio de aplicación general sobre el régimen de propiedad de los datos clínicos. En términos del artículo 51 en cita, los usuarios de los servicios de salud tienen derecho a obtener “prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea, y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno”, mientras que el artículo 9 del Reglamento regula uno de los pilares fundamentales en que se sustenta la relación médico-paciente y por tanto la atención médica, al prescribir que ésta “deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica”.

Los principios científicos, como se sabe, se encuentran plasmados en la literatura especializada, que da cuenta de los avances científicos y desarrollos tecnológicos relacionados con la atención médica, en tanto que, los principios éticos, tienen su origen en diversas apreciaciones del *deber ser* del médico que históricamente han regido la conducta del equipo sanitario (5). Su origen se remonta, en el mundo occidental, al juramento hipocrático, en tanto que, en la actualidad, se habla de los siguientes principios bioéticos: a) beneficencia, b) autonomía y c) justicia, resultado del *Informe Belmont* dado a conocer en el año 1978, agregándose después un cuarto principio: no maleficencia (39).

De esta manera, bien puede asegurarse que las limitaciones que pueden operar en lo que corresponde al derecho del paciente para obtener una copia íntegra de su expediente clínico, tienen como finalidad preservar el estado biopsicosocial del sujeto enfermo, lo que no significa, que se niega su capacidad para acceder a sus datos clínicos, pues las normas sanitarias, como ya se ha dejado anotado, resuelven este problema.

Con base en lo anterior, habrá que insistir en la siguiente hipótesis: el legislador no tuvo la intención de regular de manera particular el acceso a datos sanitarios cuando en la Ley de Transparencia introdujo disposiciones relativas al tratamiento de datos personales. Si como lo señala el IFAI, en México los expedientes clínicos formados en las instituciones públicas prestadoras de servicios de atención médica

integran un *Sistema de Datos Personales*, sería necesario reflexionar si su tratamiento se ajusta a lo dispuesto por el artículo 20 de la citada Ley de Transparencia, principalmente por lo dispuesto en sus fracciones II a VI.

Nos parece que las hipótesis ahí planteadas sugieren que la Ley, al regular el acceso a datos personales, no tenía la intención de pronunciarse sobre el régimen de propiedad de datos con las características que identifican los contenidos en el expediente clínico. En su caso, la discusión se dará al analizar la hipótesis contemplada en la iniciativa de Ley sobre Protección de Datos Personales, que permanece en el Congreso hace ya varios años, que, por lo menos, contiene referencias concretas sobre el tratamiento de datos relativos al estado de salud del individuo.

Cuando la Ley de Transparencia se refiere al tema de datos personales, busca asegurar la obligación estatal de evitar intromisiones ajenas respecto de información aportada por los ciudadanos o recabada por los entes públicos y que se deposita en sistemas ordenados de datos, de lo que resulta obvio el derecho de cualquier sujeto de acceder a la información que por lo general él ha aportado, excepción hecha de los datos que la doctrina denomina “sensibles”, entre los cuales, se incluyen por supuesto, los relacionados al estado de salud del individuo.

Señalaba Moure González (30) que “el paciente tiene derecho a conocer, a informarse en definitiva, de los datos que afectan a su intimidad, esto es, a su propia vida. Pero entiendo que ese derecho sólo abrirá la puerta que guarda los datos aportados por el propio paciente o el resultado de las pruebas donde su cuerpo ha sido el sustento físico que permite obtenerlas: un análisis de sangre, una radiografía, una biopsia, etc. Los datos aportados por terceros y las impresiones subjetivas del médico que no constituyen propiamente juicio clínico, por ejemplo, reflexiones sobre el modo de comportarse el paciente, su relación con la persona que lo acompaña a consulta, carecen de la condición de datos clínicos, aun cuando, puede ayudar al personal sanitario a su manejo”.

Desconocer este contexto puede repercutir negativamente en la actividad médica, además que tiende a desequilibrar de manera importante la relación médico paciente, que históricamente se ha caracterizado por comportarse como un binomio de satisfacción recíproca de intereses.

En este momento, una solicitud de acceso en el ámbito privado se resuelve en términos de las normas sanitarias, en particular la NOM-168 del Expediente Clínico, a diferencia del sector público, pues según criterio del IFAI, dicho cuerpo normativo no puede oponerse a las disposiciones de una Ley Federal, como la de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. De esta suerte, tenemos en México un régimen diferenciado en lo que corresponde al acceso a datos médicos y de alguna forma, también sobre el régimen de propiedad del expediente clínico, pues en el sector gubernamental que presta servicios de aten-

ción médica, que el paciente pueda disponer de una copia del mismo, inaugura un sistema de copropiedad, que por las características del tipo, impone la posibilidad de tomar decisiones sobre su uso y disposición para los copropietarios.

Por ello, para resolver esta controversia, sería idóneo promover la modificación de las disposiciones sanitarias —concretamente la Ley General de Salud— para imponer límites de acceso al expediente clínico, incluso ante la petición del propio paciente, que se apliquen tanto al sector público como al privado.

La reforma posible implicaría establecer de manera uniforme el derecho del paciente a obtener información contenida en su expediente clínico, tanto de manera verbal como escrita, pues con la adición del TÍTULO TERCERO BIS, denominado “DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD”, se incorpora en la Ley General de salud, de manera expresa, el derecho que tienen los beneficiarios de dicho Sistema de “recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen”.

Lo anterior ha dado lugar a interpretaciones inadecuadas, en el sentido de que, a diferencia de los pacientes que reciben atención médica en el Sistema, el resto de los usua-

rios no cuentan con tal beneficio. De ahí que sea necesario establecer, como principio general, el derecho de los usuarios de los servicios de atención médica a recibir información sobre la atención de su salud, independientemente de la modalidad de acceso a los servicios.

Actualmente el artículo 51 señala que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares”, por lo cual sería el dispositivo legal indicado para que previa adición de lo dispuesto en el artículo 77 BIS 37, la regulación jurídica fuera completa.

Finalmente, para establecer un marco de actuación confiable para el equipo sanitario, hemos propuesto la siguiente adición al citado artículo 51 de la Ley General de Salud: “Sin detrimento del acceso que tiene todo paciente a su expediente clínico o a un resumen de éste, según sea su interés, las notas de evolución, que incluyan anotaciones de naturaleza deliberativa o analítica, de acuerdo a la experiencia personal y conocimientos del médico o médicos tratantes, podrán entregarse al paciente o a su representante legal, cuando la solicitud sea avalada por un médico especialista, que indique de manera expresa el interés terapéutico que la motiva”. Esta reforma debería ir acompañada, en su caso, por modificaciones a la NOM 168 del Expediente Clínico.

## Bibliografía

- 1.- Basañez, Miguel y González de León, José Antonio, entrevista con Ronald Inglehart. Valores y creencias en el siglo XXI. México, noviembre de 2004, Este País, sección Entrevista, páginas 51 – 56.
- 2.- Instituto Federal de Acceso a la Información Pública (IFAI, México). Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental. [http://www.ifai.org.mx/test/new\\_portal/lftaipg.htm](http://www.ifai.org.mx/test/new_portal/lftaipg.htm). Acceso 22 de abril de 2004
- 3.- Tercera Reunión Internacional de Comisionados de Transparencia. 23 febrero 2005, <http://www.ifai.org.mx/transparencia/sesion19.pdf>. Acceso 20 abril 2005
- 4.- Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Editorial Porrúa. México DF.
- 5.- Vacarezza R; Núñez ME: ¿A quién pertenece la ficha clínica? Rev. Med. Chile. 2003; 131: 111-114.
- 6.- Hervada, Javier. *Introducción crítica al derecho natural*, Navarra, España, Ediciones Universidad de Navarra, S.A. EUNSA, 1981, páginas 41 – 78.
- 7.- Martínez López LJ: El secreto de la historia clínica. Visión del Médico. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 1997.
- 8.- CONAMED: Programa de Acción: Consolidación del Arbitraje Médico. Secretaría de Salud. México.
- 9.- Martín P J: Consentimiento, Revelación de Secretos, Usurpación de Funciones, Negligencias Médicas. VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 1999.
- 10.- 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. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 2000.
- 11.- Heimaufenthaltsgesetz(5.Jahrgang/ Nr. 1). Dr. Gerald Bachinger, NÖ Patientenanwalt. [http://www.patientenanwalt.com/fs\\_gedan1.html?inh/gedank1.htm](http://www.patientenanwalt.com/fs_gedan1.html?inh/gedank1.htm). Acceso 20 abril 2004.
- 12.- 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 abril 2005.
- 13.- Rivero-Serrano O. Los riesgos de la medicina defensiva en una sociedad en proceso de cambio. Rev CONAMED 1999;3(13):7-11. <http://www.imbiomed.com/1/1/articulo=8113&id>. Acceso 20 febrero 2005.
- 14.- Sánchez González JM, Tena Tamayo C, Rivera Cisneros AE y Cols. Medicina Defensiva en México: Una encuesta exploratoria para su caracterización. Cir Cir 2005; 73 (3): 199-206. [http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_revista=38&id\\_seccion=180&id\\_ejemplar=3279&id=articulo=31888](http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_revista=38&id_seccion=180&id_ejemplar=3279&id=articulo=31888). Acceso 4/06/2006.
- 15.- Summerton N. Positive and negative factors in defensive medicine: a questionnaire study of general practitioners. BMJ 1995;310(6971): 27-29.
- 16.- Kessler D, McClellan M. Do Doctors Practice Defensive Medicine? Quart J Econ 1996;111(2): 353 – 390.
- 17.- Ibid.
- 18.- Anderson RE. Billions for defense: the pervasive nature of defensive medicine. Arch Intern Med 1999;159 (20):2399-2402.

- 19.- Tena Tamayo C, Sánchez González JM. Medicina Asertiva. En: La Comunicación Humana en la Relación Médico paciente. Tena Tamayo C y Hernández Orozco F. Ed Prado 2004; pp 407-27.
- 20.- Herranz R G: La ética médica y sus relaciones con la historia clínica y el secreto. III Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina. Madrid. 1997.
- 21.- Cortina C. Historia Clínica. Metodología didáctica. Ed. Panamericana. México DF pp 1-33.
- 22.- 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.
- 23.- Sánchez Carazo, Carmen. *La Intimidad y el secreto médico*, Madrid, Editorial Díaz de Santos, 2000, págs. 13 – 16.
- 24.- 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). Ultimo acceso 23-abril 2005.
- 25.- Organización Mundial de la Salud, Conferencia sobre ALMA ATA. WHO Chron. 1978;32: 428-30.
- 26.- Kickbusch I. The contribution of the world health organization to a new public health and health promotion. *Am J Public Health* 2003;93: 383-8.
- 27.- McQuade JS. The medical malpractice crisis—reflections on the alleged causes and proposed cures. *J R Soc Med* 1991;84:408-11.
- 28.- U.S. Congress, Office of Technology Assesment. *Defensive Medicine an Medical Malpractice*. OTA-H—602 (washington, DC: U.S. Government Printing Office, July 1994).
- 29.- Sarmiento A. Complications and litigation. *Clin Orthop*. 2004 Mar;(420):319-21.
- 29.- Bosetti, Giancarlo, La Lección de este Siglo, entrevistas con Karl Popper, *Libertad y responsabilidad intelectual*, .pág. 109.
- 30.- Moure González Eugenio. Historia Clínica y Confidencial, en *Memorias del VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario*, Fundación MAPFRE, Madrid, Editorial Díaz de santos, S.A., 2000, pág. 328.
31. Recomendación n.R(97)5, de 13 de febrero de 1997, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados miembros sobre Protección de Datos Médicos (España) <http://www.diariomedico.com/asesor/recomendación.html>. Acceso 22 de abril de 2005.
32. De Lorenzo y Montero, Ricardo. *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, pág. 152.
- 33.- Rodríguez Jordán, Marcelo. *Mala Praxis Médica (responsabilidad penal, civil y administrativa)*, Buenos Aires, Ciudad Argentina, Editorial de Ciencia y Cultura, 1999, pág. 95.
- 34.- Aguiar Guevara, Rafael. *Tratado de Derecho Médico*, Caracas, Venezuela, Legislec Editores, 2001, pág. 253.
- 35.- Castaño de Restrepo, María Patricia. *El Consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Santa Fe de Bogotá, TEMIS, 1997, pág. 115.
- 36.- Aulló Chaves, Manuel y Pelayo Pardos, Santiago, “La Historia Clínica” en *Responsabilidad Legal del Profesional Sanitario*, Edicomplet, Madrid, 2000, pág. 5.
- 37.- De Lorenzo Sánchez, Antonio, *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.
- 38.- Sánchez-Caro Jesús, Consentimiento informado en Psiquiatría, en *Memorias del VI Congreso Nacional de Derecho Sanitario*, Fundación MAPFRE, Madrid, Editorial Díaz de santos, S.A., 2000, pág. 383.
- 39.- Hoofft, Pedro Federico, Bioética y Derechos Humanos, Depalma, Buenos Aires, 1999, pág. 6.