

Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado)

Documentary deficiencies during medical and dental care (clinical record, notes, records and informed consent)



Francisco Javier Guerra Zermeño*, Antonio Ruiz Alegría**, Karen Esquivel Ruiz***

Resumen

A lo largo de los estudios que realiza la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de la Dirección General de Arbitraje, hemos logrado detectar ciertas problemáticas dentro del conflicto médico paciente o de las inconformidades y quejas presentadas, trámite de las conciliaciones y durante el análisis documental para la emisión de Laudos o Dictámenes Médicos Institucionales, ciertos procesos deficientes que si bien, no repercuten en la salud del paciente, sí denotan mala calidad en la prestación de los servicios; y que a la larga, si estos no se corrigen podrían detonar una ineficacia en el cumplimiento del derecho a la protección de la salud por parte del Estado, qué mandata el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Bajo estas líneas, el presente artículo presenta las principales deficiencias documentales que se han identificado durante la atención médica y odontológica, principalmente una mala integración del expediente clínico, mal registro en las notas médicas de Enfermería, registros del paciente a su ingreso no completos e incluso falta de ellos en el propio registro hospitalario y, finalmente un tema que ya fue abordado en la edición pasada de esta revista y qué tiene que ver con el consentimiento informado, el cual se vuelve un instrumento vital la atención médica.

De dichas deficiencias, puede constreñir consecuencias normativas, es decir, responsabilidades de los profesionales de la salud, por el incumplimiento de los deberes que marca la NOM-004-SSA3-2012.

Palabras Clave: consentimiento informado, deficiencias en la atención médica, expediente clínico, notas, registros.

Abstract

Throughout the studies carried out by the National Medical Arbitration Commission through the General Directorate of Arbitration, we have managed to detect certain problems within the medical-patient conflict or the disagreements and complaints presented, the process of conciliations, and during the documentary analysis for the issuance of institutional medical reports or opinions, certain deficient processes that, although they do not impact the patient's health, do denote poor quality in the provision of services; and that in the long run, if these are not corrected, they could trigger ineffectiveness in the fulfillment of the right to health protection by the State, which is mandated by Article 4 of the Political Constitution of the United Mexican States.

*Director General de Arbitraje

**Director Jurídico Pericial

***Verificadora y Dictaminadora Especializada "D"

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Citar como:

Guerra Zermeño FJ, Ruiz Alegría A, Esquivel Ruiz K. Deficiencias documentales durante la atención médica y odontológica (expediente clínico, notas, registros y consentimiento informado) Rev CONAMED 2024; 29 (4): 349-357.

Conflicto de intereses:

"Los autores declaran no tener intereses personales, comerciales, financieros o económicos directos o indirectos, ni conflictos de interés de cualquier índole que pudieran representar un sesgo para la información presentada en este artículo".

Financiamiento: no existió financiamiento.

Under these lines, this article presents the main documentary deficiencies that have been identified during medical and dental care, mainly a poor integration of the clinical record, poor registration in the nursing medical notes, records of the patient upon admission, not complete, even lack of them in the own hospital record and finally a topic that was already addressed in the last edition of this magazine and what it has to do with informed consent, which becomes a vital instrument in medical care.

Keywords: informed consent, deficiencies in medical care, clinical record, notes, records.

INTRODUCCIÓN

Desde su creación la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se ha distinguido a nivel nacional y estatal, por la pericia que impregna en cada uno de los Laudos y Dictámenes Médicos Institucionales, que realiza en colaboración con Órganos Internos de Control, autoridades jurisdiccionales, Ministerios Públicos y organismos de derechos humanos.

De este modo para cumplir con esta facultad plasmada en los artículos 1º y 4º de su decreto de creación, así como en los artículos 34 al 48 y 94 al 102 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas y Gestión Pericial, la CONAMED, a través de la Dirección General de Arbitraje, realiza la investigación y estudio de los casos, con la evidencia presentada por la autoridad solicitante así como de la aportada en su caso, en los arbitrajes por las partes; este análisis es realizado con apego en la Guía Interna Metodológica para el análisis de casos; así como con el estudio de la trazabilidad del servicio y la búsqueda del cumplimiento de la *Lex Artis ad hoc* en la atención médica en cada expediente.

Dentro de las principales deficiencias documentales encontradas en los expedientes de análisis tenemos una mala integración del expediente clínico, inexistencia de notas de atención, falta de registros y seguimiento del paciente; y un Consentimiento Informado con errores en su forma de recabarlos, lo cual, si bien no ha guardado relación con daños a la salud de pacientes, estas deficiencias impactan en la calidad de la atención brindada y para servidores públicos se configuran como faltas administrativas no graves.

El principio de formalidad en el servicio médico es fundamental para garantizar la calidad

y la efectividad en la atención de los pacientes. En la atención médica y en la prescripción de insumos para la salud habrán de respetarse las formalidades establecidas en normativa sanitaria (Reglamentos y las Normas Oficiales Mexicanas, NOMS). Algunos de los más importantes son: Consentimiento Informado, confidencialidad, accesibilidad, continuidad de la atención, calidad y seguridad; respeto a la dignidad del paciente, participación del paciente, transparencia, responsabilidad profesional. Estos principios ayudan a construir una relación de confianza entre pacientes y proveedores de salud, mejorando la calidad del servicio y la satisfacción del paciente.

DEL DEBER DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD

Como lo hemos señalado en diversas publicaciones dentro de la revista CONAMED, el deber (obligaciones) del profesional de la Salud, se encuentra contenido de manera difusa en distintas normas jurídicas, así tenemos la Ley General de Salud y sus Reglamentos, NOMs, incluso en cláusulas pactadas entre las partes en documentos consensuales denominados contratos, estos instrumentos también nos imponen obligaciones y, como consecuencia su obligación de cumplirlas (*pactan sun servanda*).

Así tenemos que el decálogo de obligaciones de los profesionales de la salud, publicado en el 2023,¹ señala como principales deberes lo siguientes:

- **Proporcionar al paciente, familiar, acompañante y/o cuidadora o cuidador, la información suficiente y oportuna sobre su estado de salud para la toma de decisiones libres e informadas, respetando su derecho a aceptar o rechazar los tratamientos y/o procedimientos propuestos.** normativa Ley General de Salud, artículos 51 Bis 1, 51 Bis 2, 75 Bis, 77 Bis 37 fracción V, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 4.2, 5.4 y 5.6, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 29, 30 y 80 y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, artículos 20 y 21.

- **Integrar y resguardar el expediente clínico de las y los pacientes por un periodo mínimo de 5 años posteriores a la última atención otorgada, salvo que se trate de procesos administrativos o legales, así como, proporcionar una copia íntegra a la o el paciente, su familiar o su representante legal, siempre que lo solicite.** Normativa. Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 y 77 Bis 37, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares, artículos 25 y 26 fracción VII, Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, artículos 23 y 24, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 5.4 y 5.6, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 32 y 134.
- **Recabar el consentimiento informado o negativa de la o del paciente, familiar y/o cuidadora o cuidador, previo a realizar cualquier tratamiento o intervención, plasmando la voluntad en el documento correspondiente.** Normativa. Ley General de Salud, artículos 51 Bis 2 párrafos tercero, cuarto, séptimo, 74 Ter fracciones II y III, 75 Bis, 100 fracción IV, 103, 166 Bis 3 fracción VI, 166 Bis 15 fracción II, 316 Bis fracción II, 321, 321 Bis, 322, 323, 324, 333 fracción V, Ley Federal del Trabajo, artículos 2º párrafo segundo, 3o, 5o, 47, 134 y 135, Ley Federal de los Trabajadores al Servicio del Estado, Reglamentaria del Apartado B) del Artículo 123 Constitucional, Título Segundo; y artículo 44, NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, numerales 4.2 y 10.1, Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, artículos 76 y 77.

No debemos perder de vista que el cumplimiento del deber de los profesionales de la salud, evitará en la medida de lo posible responsabilidades, inconformidades o conflictos derivados de la mala calidad en la prestación del servicio, además de ello considerar que el expediente clínico se integra por *“...el conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual, consta de documentos escritos,*

*gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de cualquier otra índole, en los cuales, el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones, en su caso, constancias y certificaciones correspondientes a su intervención en la atención médica del paciente, con apego a las disposiciones jurídicas aplicables...”*² En tal sentido todo registro realizado y consignado en el expediente clínico, se debe realizar de manera inmediata posterior a la atención brindada con el objeto de tener una correcta secuencia y seguimiento de la atención que se brinda al paciente, esto permitirá que a futuro el profesional de la salud pueda acreditar su participación, eliminar tramos de atención y deslindar responsabilidad en caso de una queja, denuncia, demanda o procedimiento administrativo.

Un concepto que no podemos perder de vista es que la elaboración e integración correcta de los elementos del expediente clínico, véase a estos de manera enunciativa como: datos de identificación del paciente: nombre, edad, sexo, domicilio, número de identificación, antecedentes médicos y hereditarios, historia clínica, notas de evolución, registros de las visitas y progresos del paciente, resultados de pruebas diagnósticas, informes de análisis de laboratorio, radiografías, y otros estudios; consentimientos informados: de cada procedimiento y tratamiento, plan de tratamiento; informes de especialistas: opiniones y diagnósticos de otros profesionales involucrados en la atención del paciente, prescripciones, documentos de referencia; envíos a otros servicios o especialistas; historial de vacunas; notas de alta: resumen de la atención recibida y recomendaciones al paciente al momento del alta.

Todos estos documentos se consideran evidencias documentales de la atención brindada por los profesionales de la salud, y en términos legales se considera una, prueba pre constituida a cualquier juicio ya que son recabadas antes, durante y al final de una atención médica, nacen también del criterio jurídico utilizado durante la defensa de cualquier atención médica por parte del profesional de la salud, deberá exhibir los instrumentos médicos de registro como el expediente clínico y los consentimientos informados recabados durante la atención brindada.

Es decir, que previo a la evaluación de la atención brindada, el profesional de la salud, elaboró las pruebas que sustenta sus actuar; pues el propio documento contiene la existencia del derecho, define

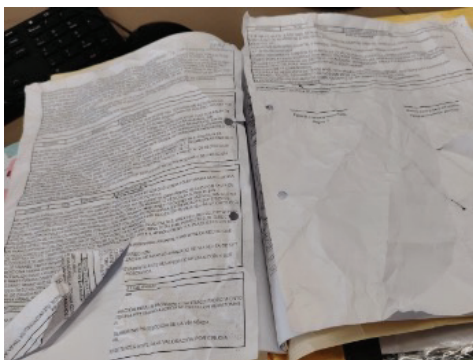
al prestador de servicios de atención médica y al paciente, y determina cómo fue su relación, y acredita si el profesional de la salud comunicó a la persona, de manera accesible, oportuna y en lenguaje comprensible, la información veraz y completa, incluyendo los objetivos, los posibles beneficios y riesgos esperados, y las alternativas de tratamiento; y lo más importante, si la persona denominada paciente, entendió la información proporcionada y, autorizó o rechazó el procedimiento, tratamiento médico o quirúrgico ofertado.

A manera de cerrar esta parte jurídica del estudio, diremos que la integración correcta del expediente clínico con todos sus componentes que enuncian las Normas Oficiales NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico y NOM-013-SSA2-2015, para la prevención y control de enfermedades bucales, así como la Carta de Consentimiento Informado, que reúne los requisitos de existencia y validez, que marca la normativa general civil y específica en materia de salud, equivale a una confesión del paciente de que se le informó y entendió de los riesgos y beneficios del procedimiento, médico o quirúrgico al cual sería sometido; el cual sirve para dirimir cualquier controversia que se presente con posterioridad a la atención médica brindada; el mismo forma parte del expediente clínico y por ende no debe omitirse su elaboración.

DEFICIENCIAS EN LA INTEGRACIÓN DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

De los casos analizados, se han encontrado cuatro tipos de deficiencias generalizadas en la integración de los expedientes clínicos, siendo las que a continuación se enuncian:

a) Incompletos y mutilados: Archivísticamente carecen de constancias, o bien, fueron cercenados.



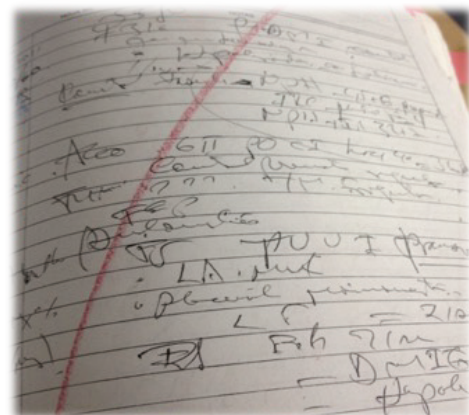
Fuente: Dirección General de Arbitraje Médico / CONAMED

b) Desorganizados: Falta de acomodo secuencial en el desarrollo del acto médico.



Fuente: www.FreePik.es

c) Ilegibles: Su contenido es incomprendible, imposibilitando su lectura.



Fuente: Dirección General de Arbitraje Médico / CONAMED

d) Ausencia de nombres y firmas de quien lo elabora: La trazabilidad de la autoría queda imposibilitada al no asentarse los datos de identificación del personal de salud participante.

PARTICULARIDADES DEL EXPEDIENTE ODONTOLÓGICO

En la atención médica y odontológica, desafortunadamente existen múltiples deficiencias respecto a la documentación, que son principalmente a causa del desconocimiento, mal manejo u omisión de la elaboración de un expediente clínico. En ese sentido, constituye una obligación del dentista crear el expediente de cada paciente que busca atención odontológica. No obstante, es un hecho que muchos profesionales se limitan a elaborar una historia clínica corta.

Las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), NOM-004-SSA3-2012,³ y NOM-013-SSA2-2015, establecen que el expediente clínico en consultas generales y especializadas debe incluir lo siguiente:

Historia Clínica:⁴ Debe ser elaborada por el odontólogo, y adaptarse a las necesidades específicas de cada caso. Este documento debe contener los siguientes apartados en orden:

a) Interrogatorio

Con datos de identificación del paciente, registro de antecedentes y padecimientos.

b) Exploración Física

Habitus exterior: Aspecto externo del paciente sin interrogatorio; signos vitales: temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria, peso, talla; exploración física dirigida a: cavidad bucal, cabeza y cuello.

Se deben llenar un odontograma y un periodontograma, inicial y de seguimiento, siguiendo la nomenclatura de la Federación Dental Internacional, reflejando la situación del paciente, ahí se registrará el tratamiento realizado en cada cita, incluyendo condiciones de alta, firmadas por el paciente o su representante legal.

c) Diagnósticos y Tratamiento

Diagnósticos o problemas clínicos y su pronóstico con las respectivas indicaciones terapéuticas; plan de tratamiento que especifique las acciones o procedimientos clínicos en cada fase; fechas de la primera consulta y citas subsecuentes. nombre y firma del estomatólogo, así como del paciente o su representante legal.

d) Notas de evolución

Deben ser elaboradas por el odontólogo cada vez que se atiende al paciente, reflejando su estado clínico y estas deben contener: hora y fecha de la consulta, junto con las actividades realizadas; signos vitales, evolución y actualización del cuadro clínico o procedimiento odontológico; resultados relevantes con interpretación de estudios auxiliares solicitados previamente.

e) Nota de Interconsulta

La solicitud para interconsulta debe ser elaborada por el médico u odontólogo cuando sea necesario.

f) Urgencias Odontológicas

En caso de una urgencia, se deben incluir los siguientes elementos: fecha y hora del servicio prestado; signos vitales y motivo de la atención; resumen del interrogatorio y exploración física; resultados previos de estudios auxiliares realizados; diagnóstico o problemas clínicos, con el tratamiento y pronóstico; nota de evolución.

g) Hoja de Egreso Voluntario o Alta

Es solicitado por el paciente para dejar constancia de su decisión de egresar con conocimiento de las consecuencias. Si el egreso es voluntario a pesar de las recomendaciones del estomatólogo, se deberá elaborar una hoja conforme a las disposiciones legales aplicables que exima al establecimiento y al estomatólogo de responsabilidad. Si el paciente no asiste a sus citas en un tiempo que comprometa el éxito del tratamiento, se deberá elaborar una hoja que especifique fecha y en qué fase quedó el tratamiento, debe ser firmada por el estomatólogo y un testigo.

Cada especialidad debe contar con su propia historia clínica, la cual debe incluir características específicas, a continuación:⁵

- **Endodoncia:**

Historia dental centrada en tratamientos de conducto.
Información sobre dolor, sensibilidad y antecedentes de tratamientos.
Radiografías periapicales, antes, durante y después del tratamiento.
Plan de tratamiento específico para cada conducto radicular.

- **Ortodoncia:**

Datos personales y antecedentes familiares.
Examen clínico que incluya análisis facial y dental.
Radiografías panorámicas y cefalométricas.
Modelos de estudio y fotografías (intraorales y extraorales).
Plan de tratamiento ortodóntico detallado.

- **Periodoncia:**

Historia médica y dental enfocada en enfermedades periodontales.
Examen periodontal que incluya sondeos y movilidad dental.
Registro de índices de placa y sangrado.
Diagnóstico periodontal y plan de tratamiento correspondiente.

- **Cirugía Oral y Maxilofacial:**

Historia clínica con énfasis en intervenciones quirúrgicas previas.
Evaluación preoperatoria con exámenes médicos y radiografías.
Detalles del procedimiento quirúrgico realizado (Notas).
Seguimiento postoperatorio.

- **Odontopediatría:**

Información sobre el desarrollo dental del niño.
Historia médica familiar y personal del paciente.
Exámenes clínicos acorde a la edad, incluyendo comportamiento.
Planes de tratamiento preventivos y restaurativos.

- **Prostodoncia:**

Historia clínica enfocada en la rehabilitación oral del paciente.
Evaluación del estado dental y funcional del paciente.
Registros de impresiones y medidas para prótesis.
Plan de tratamiento para prótesis fijas o removibles.

NOM-004-SSA3-2012, DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Como se ha explorado en párrafos anteriores, las obligaciones torales que envuelve a todos los profesionales de la salud sin excepción, es el cumplimiento de los requisitos normativos relacionados con la prestación de servicios médicos y, por ende, el mismo acto médico, cuya huella no sólo se constriñe al alcance y desenlace en cuanto a la conclusión de la atención al paciente basado en el deber de medios, sino que también al asiendo documental-registral que lo constituye el expediente clínico como radiografía de todo lo acontecido en la dinámica prestador del servicio-usuario, adquiere una dimensión jurídico-legal de enorme envergadura

a decir: a) acreditar la atención a un paciente y b) ser un instrumento probatorio.

a) Acreditar la atención a un paciente

La doctrina,⁶ lo considera como el "*documento básico en todas las etapas de la atención médica y deberá de mantenerse en todo momento como una guía para la identificación integral de los problemas de salud de cada persona; también se emplea para la planeación, ejecución y control de las acciones destinadas a la recuperación y rehabilitación del enfermo. La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital. El documento no sólo recoge una exposición sistemática de acontecimientos clínicos pasados y presentes, sino además puede reunir información de índole variada. La principal función de la historia clínica es la asistencial, ya que permite la atención continua a los pacientes por diversos médicos. Otras funciones incluyen: la docencia, realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión de salud, así como su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera*".

b) Como instrumento probatorio

Ha sido reconocido ampliamente, tanto por la legislación como por diversas instancias jurisdiccionales que el expediente clínico es un **instrumento jurídico** (médico forense), que tiene el **carácter de prueba preconstituida** y que entre otras **finalidades tiene por objeto hacer prueba**, esto es, que la existencia de este instrumento permite evidenciar el camino que se siguió en la atención médica, bajo una premisa similar al principio general del derecho "*Quod non est in actis non est in mundo*" en el argot procesal, "*lo que no existe en autos no existe en el mundo*", lo que transpolado a la materia médico-clínica versaría "*actividad clínica no registrada, es actividad clínica no realizada*", siendo que la ausencia de evidencia contenida en notas, registros, entradas, estudios y demás elementos que lo integran aparejaría desde la presunción negativa como una carga de la prueba en contra del profesional de salud.

NATURALEZA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO

Para este apartado, habremos de abordar una naturaleza dual que le otorga la ley al expediente clínico, la primera que se proyecta por la NOM-

004-SSA3-2012, atendiendo a sus contenidos de orden clínico-científico, y la otra como la ejecución del ejercicio de una potestad pública para la materialización del derecho a la salud, contenida en la Ley General de Archivo,⁷ pues atendiendo tales cualidades del archivo producen efectos jurídicos diversos por la inobservancia de los mismos.

Atendiendo a la naturaleza especial del documento, los aspectos vinculatorios que deben ser observados los profesionales de la salud, son los siguiente:

a) Elaboración

Transformar una cosa u obtener un producto por medio de un trabajo adecuado (RAE).⁸ Es decir, la obligación de general y/o crear los registros médicos.

b) Integración

Conjunto único de información y datos personales de un paciente. Integrado por documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magneto-ópticos y de otras tecnologías.

c) Uso

Posee tres vertientes a) hacer constar en diferentes momentos del proceso de la atención médica; b) las diversas intervenciones del personal del área de la salud, y c) describir el estado de salud del paciente y datos acerca del bienestar físico, mental y social del mismo.

d) Manejo

Dirección y gobierno de un negocio (RAE).⁹ Forma que se gestiona el uso de los documentos que integran el expediente clínico.

e) Archivo

Garantizar la organización, conservación, disponibilidad, integridad y localización expedita, de los documentos.¹⁰

f) Conservación

Es el conjunto de procedimientos y medidas destinados a asegurar la prevención de alteraciones físicas de los documentos en papel y la preservación de los documentos digitales a largo plazo.¹¹ Deberán

ser conservados por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico (5.4 NOM-004-SSA3-2012).

g) Propiedad

Los expedientes clínicos son propiedad de la institución o del prestador de servicios médicos que los genera.

h) Titularidad

El paciente en tanto aportante de la información y beneficiario de la atención médica. Tiene derechos de titularidad sobre la información para la protección de su salud, así como para la protección de la confidencialidad de sus datos.

i) Confidencialidad

Los datos personales contenidos en el expediente clínico, que posibiliten la identificación del paciente, no deberán ser divulgados o dados a conocer. Tratándose de literatura médica, docencia, investigación o fotografías, que posibiliten la identificación del paciente, se requerirá la autorización escrita del mismo (Numeral 5.5 de la NOM-004-SSA3-2012).

Responsabilidades de los profesionales de la salud por inobservancia de la NOM-004-SSA3-2012. Las deficiencias en el expediente clínico por inobservancia de la NOM, pueden producir responsabilidades a los profesionales de la salud, tanto del orden administrativo como las de carácter penal.

1. Administrativas

La Ley General de Responsabilidades Administrativas prevé dos grupos de faltas, las denominadas "No Graves" que devienen del incumplimiento de las obligaciones que marca la función pública y; las "Graves" enfocadas al fenómeno de la corrupción con afectación al desempeño del servicio público.

a) Faltas No Graves

El incumplimiento de los deberes señalados en la fracción V del artículo 49 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas, son actualizables en el mal manejo documental del expediente clínico, siendo las siguientes:

- Custodiar la documentación e información.
- Impedir o evitar su uso, divulgación.
- Impedir sustracción, destrucción, ocultamiento o utilización indebidos.

b) Faltas Graves

Las Faltas Graves tienen un basamento en la tipicidad de conductas, es decir, tipos administrativos sancionables, que afectan gravemente a los servicios públicos y se relacionan con el fenómeno de la corrupción:¹²

- **Tráfico de influencias:** el servidor público que **utilice la posición que su empleo, cargo o comisión** le confiere para inducir a que otro servidor público efectúe, **retrase u omita realizar algún acto de su competencia**, para generar cualquier beneficio, provecho o ventaja para sí o para alguna persona.
- **Encubrimiento:** Cuando el servidor público que durante **el ejercicio de sus funciones llegare a advertir actos u omisiones que pudieren constituir Faltas administrativas, realice deliberadamente alguna conducta para su ocultamiento.**

2. Penales

Podemos encontrar la posibilidad de actualización de dos clases de tipos penales por el mal manejo y deficiencias documentales en el expediente clínico, por un lado, aquellos relacionados con la falsificación de documentos con el caso del artículo 244 del Código Penal Federal, por el otro, el delito especial previsto en el artículo 121 de la Ley General del Archivo (LGA).

a) Delito Especial (artículo 121 LGA)

Este delito se considera especial al estar previsto en una legislación distinta a los códigos penales, enfocándose a los actos y omisiones que afectan el archivo propiedad del estado, como lo es el expediente clínico:

Artículo 121.- Sustraiga, oculte, altere, mutile, destruya o inutilice, total o parcialmente, información y documentos de los archivos que se encuentren bajo su resguardo.

b) Falsificación de documentos (artículo 244 del Código Penal Federal)

Dicho artículo contiene diversas descripciones de conductas, que puede actualizarse respecto del mal uso o deficiencias en el manejo del expediente clínico:

Fracción I. Poniendo una firma o rúbrica falsa, aunque sea imaginaria, o alterando una verdadera.

Fracción III. Alterando el contexto de un documento verdadero, después de concluido y firmado, si esto cambiare su sentido sobre alguna circunstancia o punto substancial, ya se haga añadiendo, enmendando o borrando, en todo o en parte.

Fracción IV. Variando la fecha o cualquiera otra circunstancia relativa al tiempo de la ejecución del acto que se exprese en el documento.

Fracción VII. Añadiendo o alterando cláusulas o declaraciones, o asentando como ciertos hechos falsos, o como confesados los que no lo están.

REFERENCIAS

1. Decalogs de Obligaciones y Derechos de Pacientes y Profesionales de la Salud, CONAMED 2023, (consultado el 11 de octubre de 2024) liga: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/decalogos/decalogos.php>
2. Numeral 4.4 de la NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico, de las definiciones
3. Diario Oficial de la Federación. NOM-004-SSA3-2012 Acuerdo por el que se establecen las normas para la organización y funcionamiento de los Comités de Ética en Salud. 2022 [consultado el 25 Sep 2024]. Disponible en: https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
4. Pérez M, González L, García R. La historia clínica como herramienta de gestión en la atención odontológica. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2014 [consultado el 26 Sep 2024];51(4):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S013865572014000400012&script=sci_arttext
5. Universidad Veracruzana. Tipos de historias clínicas para cada área. 2018 [consultado el 26 Sep 2024]. Disponible en: https://www.uv.mx/veracruz/odontologia/files/2018/10/Tipos_de_historias_clinicas_para_cada_ar-1.pdf
6. Ornelas Aguirre, José Manuel. El expediente clínico. Edit. Manual Moderno, México 2013. P. 1
7. fracción II del artículo 4º de la Ley General de Archivo
8. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/elaborar>
9. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/manejo?m=form>
10. Artículos 4 fracción II y 6 de la Ley General de Archivo.
11. Artículo 4 fracción XVI de la Ley General de Archivo
12. Artículos 61 y 62 de la Ley General de Responsabilidades Administrativas

13. Ornelas Aguirre, José Manuel. El expediente clínico. Edit. Manual Moderno, México 2013
14. Pérez M, González L, García R. La historia clínica como herramienta de gestión en la atención odontológica. Rev Cubana Estomato

Legislación

15. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
16. Ley General de Salud (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
17. Ley General de Archivo (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
18. Ley General de Responsabilidades Administrativas (2024). Camara de Diputados. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/index.htm>
19. NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico (2024), Diario Oficial de la Federación. https://dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5272787
20. NOM-013-SSA2-2015, Para la prevención y control de enfermedades bucales. (2024), Diario Oficial de la Federación, https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5462039&fecha=23/11/2016

Páginas Web

21. Diccionario de la Real Academia Española. Consulta en: <https://dle.rae.es/>
22. https://www.uv.mx/veracruz/odontologia/files/2018/10/Tipos_de_historias_clinicas_para_cada_ar-1.pdf
23. Decalogs de Obligaciones y Derechos de Pacientes y Profesionales de la Salud, CONAMED 2023, (liga: <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/decalogos/decalogos.php>)