

334822



INSTITUTO PARA EL DESARROLLO Y  
ACTUALIZACION DE PROFESIONALES, S.C.



INCORPORADO A LA U.N.A.M. CLAVE 3348-22, ACUERDO 215/97,29/ABR/97

**MARCO LEGAL ANTE LA IMPERICIA EN LA PRÁCTICA  
ODONTOLÓGICA**

**TESIS PROFESIONAL**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
CIRUJANO DENTISTA**

**PRESENTA:  
CATALINA AVILA CORONEL**

**ASESOR:  
C.D. JUAN LUIS DURAN CASAS**

**MÉXICO, D.F., 2004**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**Gracias**

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE:

Catalina Cuvila  
Coronel.

FECHA:

17 - Agosto - 2004

FIRMA:

[Firma]

A Dios,

Por permitirme realizar uno de mis más grandes sueños.

Por poner en mi camino ángeles que me cuidaron y demonios que me dejaron valiosas enseñanzas.

A mis padres, hermanos y familiares,

Por su apoyo incondicional, así como su cariño.

A mi pequeña,

Por ser mi más grande inspiración en la vida.

## **Gracias**

A mis profesores:

Por sus enseñanzas y dedicación, pero principalmente por su cariño.

En especial al Dr. Juan Luis Duran Casas, por su confianza y orientación en la realización de este trabajo.

**MARCO LEGAL ANTE LA IMPERICIA EN LA PRÁCTICA  
ODONTOLÓGICA**

**I N D I C E:**

# I N D I C E.

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	07
<b>PROTOCOLO.</b>	10
<b>CAPITULO I.</b>	
<b>MEDICINA LEGAL.</b>	15
Consideraciones previas:	16
1.1. Antecedentes históricos de la medicina legal.	16
1.1.1. Antecedentes históricos de la medicina legal en México.	18
1.2. Marco jurídico en México.	19
1.2.1. Legislación sanitaria.	20
1.2.2. Legislación civil.	27
1.2.3. Legislación penal.	34
1.3. Administración de justicia.	40
1.3.1. Pericia médica.	41



<b>CAPITULO II.</b>	
<b>ETICA PROFESIONAL.</b>	<b>43</b>
Consideraciones previas:	44
2.1. Ética y bioética.	44
2.1.2. Ética Médica.	46
2.2. Deontología.	50
2.3. Relación medico-paciente.	53
2.4. Conocimiento informado.	56
<b>CAPITULO III.</b>	
<b>EJERCICIO PROFESIONAL DE LA</b>	<b>59</b>
<b>ODONTOLOGÍA.</b>	
Consideraciones previas:	60
3.1. Antecedentes históricos de la odontología.	60
3.2. El cirujano dentista de práctica general.	61
3.3. Especialidades odontológicas.	73

<b>CAPITULO VI.</b>	
<b>RESPONSABILIDAD DE LA MALA PRÁCTICA.</b>	<b>78</b>
Consideraciones previas:	79
4.1. Iatrogenias.	82
4.2. Error médico.	83
4.3. Impericia.	84
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>88</b>
<b>PROPUESTAS.</b>	<b>90</b>
<b>GLOSARIO.</b>	<b>97</b>
<b>BIBLIOGRAFIA.</b>	<b>100</b>
<b>APÉNDICE.</b>	<b>103</b>
NOM SSA2-1994	
NOM SSA1-1998	

## INTRODUCCIÓN:

## INTRODUCCIÓN:

En el siglo pasado la sociedad mexicana no acostumbraba a reclamar las malas prácticas médico-odontológicas (malpraxis), esto principalmente por razones culturales y jurídicas; *Culturales* por la figura e imagen tradicional de los médicos así como el estado socioeconómico del paciente o bien por desconfianza y desconocimiento del sistema judicial y administrativo de esa época, *Jurídico* porque de ser probada la responsabilidad civil la cuantificación de daños y perjuicios derivados de ésta, eran muy difíciles de determinar y más a un tratándose del daño moral.

Siendo que los medios de prueba son principalmente los periciales y el expediente clínico de difícil interpretación por quienes demandan, denuncian ó juzgan.

Hasta hace dos décadas difundidos por los medios de comunicación en los Estados Unidos de América y en algunos países europeos, y siendo motivo de interés para la sociedad mexicana, se publican los escandalosos litigios en contra de instituciones médicas, hospitales y médicos por negligencia profesional e impericia, se indujo a la población a entablar demandas millonarias por daños y perjuicios de tal suerte que se despertó la moda de las demandas y la medicina defensiva.

A finales de la década anterior, en México comienza a realizarse denuncias contra médicos e instituciones por homicidio y lesiones, dando lugar a aprensiones injustificadas a médicos, que dando dañado el prestigio e imagen de la profesión.

Fue entonces cuando la Secretaria de Salud celebra acuerdos con instancias de procuración de justicia para realizar peritajes y opiniones técnicas.

Iniciando la cultura de las opiniones técnica y los peritajes por profesionales en la materia, el sistema judicial seguía sin estar preparado para resolver estos conflictos.

Esto impulsa a la creación en México de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, como un organismo conciliador para resolver controversias entre paciente y médico.

El marco jurídico civil y penal se estudia en este trabajo, ya que la relación médico-paciente resulta ser un contrato, habrá que definirlo y ver sus características y particularidades, determinando las obligaciones de los que lo conforman, su objeto y la indemnización para los casos de incumplimiento, daños y perjuicios, así como de daño moral.

Así mismo, el usuario de los medios de salud conocedor de sus derechos y obligaciones, exige el mejor trato y por consiguiente el prestado del servicio se ve obligado a cumplir con las normas regidas por la legislación sanitaria las cuales se han preescrito para satisfacer las necesidades de salud dentro de un marco legal.

Por lo cual el médico y odontólogo de esta época debe satisfacer, conocer y aplicar los requerimientos de la norma.

Con lo anterior, elaboraremos un marco jurídico ante el desconocimiento de procedimientos en un tratamiento odontológico así como nuestras conclusiones y recomendaciones, concientes de que el tema es muy amplio.

Los límites precisos de este estudio son el marco jurídico sustantivo; los conocimientos científicos del odontólogo y dentro de la relación directa entre el odontólogo y su paciente.

**P R O T O C O L O :**

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

MARCO LEGAL ANTE LA IMPERICIA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA.

**AREA ESPECÍFICA:**

MEDICINA LEGAL.

**PERSONAS QUE PARTICIPAN:**

Alumno: AVILA CORONEL CATALINA

Asesor: C.D. JUAN LUIS DURAN CASAS

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

Las enfermedades bucales tienen una alta incidencia, aún hoy en día, siendo la caries dental la principal, esto de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en México se estima que el 90% de la población está afectada por esta pandemia. (10)

Por lo cual, la población mexicana se ve en la necesidad de solicitar atención odontológica siendo ésta pública ó privada, la protección de la salud es un derecho que se encuentra establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, hablamos específicamente de la salud bucal, la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, señalan que los profesionales de esta área, llámese Cirujano Dentista, Odontólogos ó Lic. en Estomatología, están obligados a cumplir con los requerimientos establecidos en ellas, para prestar servicios de calidad, atención profesional y ser éticamente responsables.

Cuando esto no se lleva a cabo por el profesional de la salud bucal (cirujano dentista); y con esto causa daño en el paciente, por ejemplo, puede ser la pérdida de un órgano dentario, tiene él deber de reparar el daño. En México la legitimación del acto biomédico, la relación jurídica médico-paciente, la libertad prescriptiva, la autonomía del paciente y el consentimiento informado están contemplados en el derecho sanitario, en el derecho civil y en el penal.

De modo que el Odontólogo debe conocer e interpretar de manera adecuada las leyes que está obligado a cumplir así como a los derechos que tiene ante cualquier problema en su práctica profesional.

Finalmente, cabe enfatizar que el Odontólogo debe practicar todo acto estomatológico diagnóstico, resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder, recomendación dada por la CONAMED.



## **JUSTIFICACIÓN:**

En toda profesión las consecuencias de errores humanos pueden ser muy serias pero en el área de la salud, llámese odontología pueden acarrear lesiones en la integridad física, como puede ser la pérdida de un órgano dentario, viendo se afectada la función y la estética ó hasta provocar la muerte por complicaciones posteriores.

El régimen legal en México prevé sanciones que van desde infracciones hasta penas privativas de la libertad para los odontólogos que se conduzcan con negligencia, impericia ó dolo, que con esto causen daño y perjuicios a sus pacientes, tanto la legislación civil como penal contempla su ejercicio profesional y los medios para exigir la responsabilidad por malas prácticas, así como la legislación sanitaria regula y establece las condiciones necesarias para la atención odontológica.

La ley de profesiones establece los requisitos necesarios para expedir el título de Cirujano Dentista, (Odontólogo y/o Lic. en Estomatología) que avala los conocimientos científicos y técnicos, así como la habilidad y experiencia necesaria para la práctica profesional, sin embargo hay procedimientos que necesitan de especialización debido a su complejidad.

De tal manera que en la actualidad el odontólogo debe conocer el marco legal para la práctica profesional por lo que en este trabajo analizaremos el marco jurídico en el que se lleva a cabo y ante la impericia, que cause daño en el paciente específicamente en el sistema estomatognatico.

## **HIPÓTESIS:**

El marco legal de la práctica odontológica ante la impericia esta contemplado en la legislación mexicana.

**OBJETIVO GENERAL:**

Reconocer el marco legal de la práctica dental ante la impericia profesional.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Analizar la responsabilidad legal ó jurídica de la práctica odontológica.

Destacar la importancia del expediente clínico y la relación médico-paciente.

## CAPITULO I:

# CAPITULO I

## M E D I C I A L E G A L

Consideraciones previas:

Comenzamos, con un estudio del ordenamiento jurídico, los derechos y obligaciones que nos marca la legislación, plasmados en artículos de códigos y normas, los cuales glosan la responsabilidad que tiene el profesional de la salud bucal.

Desde el punto de vista jurídico, la obligación es la institución concedida como el vínculo jurídico por virtud del cual una persona se encuentra obligada a realizarle a otra una determinada prestación o servicio.

El ordenamiento jurídico impone a lo cirujanos dentistas, la obligación de responder por las consecuencias dañosas de su actuación profesional, así como el actuar dentro de un marco legal.

### **1.1. ANTECEDENTE HISTORICO DE LA MEDICINA LEGAL**

A través de la historia de la medicina la responsabilidad del médico, ha sido admitida y sometida a juicio.

El primer experto legal es Imhotep quien vivió en Egipto 3000 a AC, fue la más alta autoridad judicial del Rey Zoser, castigaba severamente los errores profesionales.

El primer código escrito 1700 a AC fue el código Hammurabi, en Babilonia, grabado en una esquila se anuncia claramente las recompensas y castigos reservados a los practicantes de la medicina.

Ley 196- Si alguien lesiona el ojo de un igual se le multará su propio ojo.

Ley 198- Si alguien lesiona el ojo de un inferior, se le multará con una mina de plata.

Ley 200- Si alguien arranca el diente de un igual se le arrancará su propio diente.

Ley 201- Si alguien arranca un diente a un inferior se le multará con un tercio de mina de plata.

El derecho del profesional de la salud tiene su origen, en el juramento hipocrático que a la letra dice *"Seguiré la forma de tratamiento que, de acuerdo con mi leal saber y entender, considere mejor para beneficio de mis pacientes, absteniéndome de todo aquello de pueda ser peligroso o dañino"*, por lo que surgen los principios éticos fundamentados en No dañar y Hacer el bien.

En el año 451 a. de C. en Roma se citan doce tablas, normas donde se incluyen, la injuria hecha a otro, daño causado injustamente y la reparación de esto.

Entre los años 529 y 564 d. de C. destacan dos Códigos el de Justiniano y el His Yuan Lu estos se encargaban de regular la práctica de la medicina, la cirugía y la obstetricia, el papel del experto médico, le imponían penas por la mal práctica profesional.

En 1507 Alemania cuenta con un código penal completo llamado Código de Bamberg, que en 1537 el emperador Carlos V. modifica y llama Código Carolino, en el que estipula la obligación del médico de auxiliar a jueces en casos de homicidios, lesiones, envenenamientos, abortos e infanticidio.

En 1575 el francés Ambrosio Paré dedica algunos volúmenes de su obra a la metodología para preparar informes médicos legales.

El Italiano Paulo Zacchio, entre 1621 y 1635 publica la obra "*Questiones médico legales*", al cual se le reconoce como uno de los precursores de la medicina legal moderna.

En 1807 en el Reino Unido fue iniciada la Medicina Legal en la Universidad de Edimburgo, Escocia por Andrew Ducan.

Para esa época la organización Médico legal inglesa establecía tres tipos principales de funcionarios: coronel, cirujano de policía, Patólogo forense, todos con actividades especializadas en su campo.

En 1843 en España se funda la primera cátedra en Madrid a cargo del profesor Pedro Mata.

Para la primera mitad del Siglo XX se funda la especialidad de Medicina Legal en Madrid, España.

Para este siglo contamos con organizaciones encargadas de la especialidad de las más importantes podemos mencionar:

- ❖ Academia Internacional de Medicina Leal y Medicina Social.
- ❖ The American Academy of Forensic Sciences.
- ❖ Asociación Latinoamericana de Medicina Legal y Deontología.

### **1.1.1. ANTECEDENTES DE LA MEDICINA LEGAL EN MEXICO**

Por decreto del 23 de Octubre de 1832 el presidente de la Rep. Mexicana Don Valentín Gómez Farías funda en establecimiento de Ciencias Médicas y dentro de la carrera de medicina se crean la cátedra de medicina legal, cuyo primer profesor fue el Dr. Agustín Arellano.

En el siglo XIX el maestro Luis Hidalgo y Carpio, aporta importantes estudios en el área de la clasificación médico legal de las lesiones, publicando su obra en 1877, en colaboración con el Dr. Gustavo Ruiz Sandoval, llamada "*Introducción a la Medicina Legal Mexicana*" y posteriormente, "El Compendio de Medicina Legal Mexicana".

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Otorga a los gobernados la garantía de que se les imparta justicia, de una manera pronta, completa, imparcial y gratuita artículo 17°, en su artículo 4° párrafo cuarto dispone que toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

En junio de 1996, se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico encaminada a encontrar el equilibrio racional para solucionar conflictos médico-legales.

## **1.2. MARCO JURIDICO EN MÉXICO**

El término legal deriva del latín de *lex*, *legis* y se refiere al modo de hacer algo conforme a la ley.

El quehacer odontológico entendido como un "acto médico", proceso durante el cual es necesario decidir entre distintas alternativas y posibilidades de acciones, que habrán de incidir en el estado físico y en la vida del paciente, queda dentro de un parámetro objetivo legitimado en diferentes códigos, normas y artículos, también llamado legislación sanitaria esta comprende un conjunto de disposiciones legales, reglamentarias y administrativas <sup>(17)</sup>, que son motivo principal de este estudio y a continuación analizaremos con mayor detalle.

### 1.2.1. LEGISLACIÓN SANITARIA

Una disciplina jurídica adquiere autonomía al reunir tres elementos:

- ❖ Una metodología propia.
- ❖ Un cuerpo de doctrina especial.
- ❖ Una legislación sistemática.

Es el caso del derecho sanitario; cabe advertir que la principal fuente doctrinaria la encontramos en los principios científicos y éticos de la práctica médica; los primeros se encuentran esencialmente en los textos clínicos y constituyen la llamada *lex artis* médica. En tanto que los segundos provienen de la bioética y deontología médica que estudiaremos en capítulos posteriores.<sup>(11)</sup>

De tal forma que hay cuatro rubros clásicos del derecho sanitario:

1. Regulación de la salud pública.
2. De la atención médica.
3. De la asistencia social.
4. El régimen jurídico del policía sanitario.

En este caso, es de estudio la atención médica, específicamente el acto odontológico, por lo que hay que explicar claramente el acto biomédico en toda su complejidad; visto mediante un criterio ontológico-subjetivo, el cual deber ser legítimo.

El acto ha de revestir idoneidad científica, técnica y ética y los medios empleados han de ser justificados clínicamente en el caso concreto, en términos de razonable seguridad, no podrá exponerse al paciente a riesgos innecesarios.

El acto por sí mismo en términos de la *lex artis* deberá guardar justa relación con la necesidad del enfermo.



Como en toda relación jurídica, la existente entre médico-paciente amerita el libre y espontáneo consentimiento de ambas partes, por lo que esta relación es motivo de análisis en un siguiente capítulo.

En el derecho sanitario, como en todo derecho es esencial disponer de medios de prueba para producir certeza legal; la experiencia procesal demuestra la necesidad de recurrir a los instrumentos escritos, pues, ante dos versiones contrapuestas y teniendo por presupuesto la igualdad de las partes en el proceso, se requiere mucho más que la mera intuición para saber cuál de ellas se conduce verazmente y no siempre sería posible recurrir a un juicio salomónico, esta prueba es el expediente clínico el cual queda a cargo del odontólogo por existir la previsión teórica y dependencia del paciente.<sup>(15)</sup>

Con el fin de abordar el régimen de los servicios médicos, pasaremos a glosar las principales disposiciones legales encargadas de regular la atención médico-odontológica.

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos encontramos el derecho al libre ejercicio profesional, artículo en el cual esta basada la práctica de la profesión, artículo 5° Constitucional (garantía de libertad de trabajo), el cual establece:

*"A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito".* <sup>(6)</sup>

En la Ley General de Salud y su Reglamento en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, <sup>(6)(12)</sup> se nombran las principales disposiciones encargadas de regular la atención médica, obligaciones relacionadas con el ejercicio profesional del odontólogo.

De interés para la práctica odontológica la Ley General de Salud menciona:

**Artículo 1.** *“Reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Art. 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos”.*

**Artículo 2.** *“El derecho a la protección de la salud”.*

**Artículo 3.** *“Los términos de esta ley, es materia de salubridad general”.*

**Artículo 4.** *“Designa las autoridades sanitarias”.*

**Artículo 23.** *“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.*

**Artículo 24.** *“Los servicios de salud se clasifican en tres tipos: I. De atención médica, II. De salud pública, III. De asistencia social”.*

**Artículo 27.** *“Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a: VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales”.*

**Artículo 32.** *“Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud”.*

**Artículo 33.** *“Las actividades de atención médica son: I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno; III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales”.*

**Artículo 34.** *“Para los efectos de esta ley, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos, se clasifican en: III. Servicios sociales y privados, sea cual o fuere la forma en que se contraten”.*

**Artículo 38.** *“Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles. En materias de tarifas, se aplicará a lo dispuesto en el artículo 43° de esta ley”*

**Artículo 78.** *“El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujetos a: I. La ley reglamentaria del Art. 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el D. F. “*

**Artículo 79.** *“Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes”.*

En el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica <sup>(12)</sup> tenemos de interés los artículos:

**Artículo 7.** *“I. Para efectos de este reglamento se entiende por: I. Atención Médica. El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger y promover y restaurar su salud. IV. Demandante. Toda aquella persona que para sí o para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica. V. Usuario. Toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de servicios*

*de atención médica. VI. Paciente Ambulatorio. Todo aquel usuario de servicios de atención médica que no necesite hospitalización".*

**Artículo 8.** *"Las actividades de atención médica Son: I. Preventivas: Que incluyen las de promoción general y las de protección específica; II. Curativas: que tienen por objeto efectuar un diagnóstico temprano de los problemas clínicos y establecer un tratamiento oportuno para resolución de los mismos, y III. De rehabilitación: que incluyen acciones tendientes a limitar el daño y corregir la invalidez física o mental".*

**Artículo 10°.** *"Serán considerados establecimientos para la atención médica: II: Aquellos en los que se presta atención odontológica".*

**Artículo 18.** *"Los establecimientos en los que se presten servicios de atención médica, deberán contar con un responsable, mismo que deberán tener título, certificado o diploma, que según el caso, haga constar los conocimientos respectivos en el área de que se trate. Los documentos a que se refiere el párrafo anterior, deberán encontrarse registrados por las autoridades educativas competentes".*

**Artículo 19.** *"Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior, llevar a cabo las siguientes funciones: I. Establecer y vigilar el desarrollo de procedimientos para asegurar la oportuna y eficiente prestación de los servicios que el establecimiento ofrezca, así como para el cabal cumplimiento de la Ley y las demás disposiciones aplicables; II. Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación; III. Atender en forma directa las reclamaciones que se formulen por irregularidades en la prestación de los servicios, ya sea las originadas por el personal del establecimiento o por profesionales, técnicos o auxiliares independientes, que en el presten sus servicios, sin perjuicio de la responsabilidad profesional en que se incurra; V. **Notificar al Ministerio Público y, en su caso, a***

**las demás autoridades competentes, los casos en que se les requieran servicios de atención médica para personas con lesiones u otros signos que presumiblemente se encuentren vinculadas a la comisión de hechos ilícitos”.**

**Art. 21.** *“En los establecimientos donde se proporcionen servicios de atención médica, deberá contarse de acuerdo a las normas técnicas correspondientes, con personal suficientes e idóneo”.*

**Art. 22.** *“No podrá ser contratado por los establecimientos de atención médica, ni por los profesionales que en forma independiente presten sus servicios, personal de las disciplinas para la salud que no esté debidamente autorizado por las autoridades educativas competentes”.*

**Art. 27.** *“Se sancionará conforme a la legislación aplicable a quien no posea título profesional, legalmente expedido y registrado en los términos de ley, se hagan llamar o anunciar añadiendo a su nombre propio, la palabra doctor, médico cirujano, o cualquier otra palabra, signo o conjunto de términos que hagan suponer que se dedican como profesionistas al ejercicio de las disciplinas para la salud”.*

**Art. 29.** *“Todo profesional de la salud, estará obligado a proporcionar al usuario y, en su caso, a sus familiares, tutor o representante legal, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondientes”.*

**Art. 30.** *“El responsable del establecimiento estará obligado a proporcionar al usuario, familiar, tutor o representante legal, cuando lo solicite, el resumen clínico sobre el diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento que ameritó el internamiento”.*

**Art. 41.** *“La secretaría de Comercio y Fomento Industrial, tomando en cuenta la opinión de la secretaría, establecerá las tarifas a que estarán sujetas los*

*servicios de atención médica de carácter social y privado, con excepción del servicio personal independiente, las cuales estarán de acuerdo con el grado de complejidad y poder de resolución de los mismos.”*

De no menos importancia las Normas Oficiales Mexicanas, fueron formuladas para la mejora en la calidad de la atención medica-odontológica, siendo una obligación, su cumplimiento por el cirujano dentista, de ellas mencionamos de mayor importancia para esta práctica:

NOM 013 SSA2-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales.

NOM 168 SSA1-1998 Del expediente clínico.

NOM 013 SSA2-1994 Los cirujanos dentistas y personal auxiliar del consultorio dental sin excepción deben contar con curso básico de RCP.

NOM 178 SSA1-1998 Deberá contar con instalaciones adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

NOM 197-SSA-2000 El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a lo norma.

NOM 087-ECOL-1997 Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológico-infeccioso que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológica.

Estos códigos, normas y artículos tienen el objeto de hacer valido el derecho a la protección a la salud, las autoridades sanitarias competentes establecerán

los procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud.

## 1.2.2. LEGISLACION CIVIL

El Derecho civil maneja aspectos importantes en la atención médico-odontológica, como son:

- ❖ Derechos de la personalidad y facultades dispositivas del cuerpo humano para la atención médica-odontológica, derechos a la vida, a la integridad física y a la disposición del cuerpo humano.
- ❖ La relación jurídica médico-paciente, atiende a la obtención de los servicios y a las obligaciones del prestador del servicio.
- ❖ La contratación de servicios médicos.
- ❖ El régimen de responsabilidad civil y la reparación del daño.

Las relaciones jurídicas de carácter civil, se derivan de los contratos; contrato celebrado por los profesionales de la salud <sup>(17)</sup>, de prestaciones de servicios de atención médica-odontológicas en término de lo previsto en los artículos 17, 20, 1161, 1793, 1796, 1797, 1798, 1824, 1827, 1828, 1830, 1910, 1913, 1934, 2104, 2606, 2608, **2615** del Código Civil para el Distrito Federal que a pie dicen:

**Art. 17.** *“Cuando alguno, explote la suma ignorancia, notoria inexperiencia ó extrema miseria de otro, obtiene un lucro excesivo que sea evidentemente desproporcionado a lo que él por la nulidad del contrato o la reducción equitativa de su obligación, más el pago de los correspondientes daños y perjuicios”.*

**Art. 20.”** *“Cuando haya conflicto de derechos, a falta de ley expresa u sea, la controversia se decidirá a favor del que trata de evitarse perjuicios y no a favor del que pretenda obtener lucro. Si el conflicto fuerte entre derechos iguales ó de la*

*misma especie, se decidirá observando la mayor igualdad posible entre los interesados."*

**Art. 1161.** *"Prescriben en dos años: IV. La responsabilidad civil por injurias, ya hechas de palabra o por escrito, y la que nace del daño causado por personas ó animales, y que la ley impone la representante de aquéllas o al dueño de éstos. La prescripción comienza a correr desde el día en que se recibió o fue conocida la injuria o desde aquel que se causó el daño."*

**Art. 1723.** *"Los convenios que producen o transfieren las obligaciones y derechos toman el nombre de contratos."*

**Art. 1796.** *"Los contratos se perfeccionan por el mero consentimiento, excepto aquellos que deben revestir una forma establecida por la ley, Desde que se perfeccionan, obliga a los contratantes no sólo al cumplimiento de los expresamente pactado, sino también a las consecuencias que, según su naturaleza, son conforme a la buena fe, al uso o a la ley."*

**Art. 1797.** *"La validez y el cumplimiento de los contratos no pueden dejarse al arbitrio de uno de los contratantes."*

**Art. 1798°.** *"Son hábiles para contratar todas las personas no exceptuadas por la ley."*

**Art. 1824.** *"Son objeto de contratos: I. La cosa que el obligado debe dar, II. El hecho que el obligado de hacer o no hacer."*

**Art. 1827.** *"El hecho positivo o negativo, objeto del contrato debe ser.*  
*1. Posible, II. Lícito."*



**Art. 1828.** *"Es imposible el hecho que no puede existir por que es incompatible con una ley de la naturaleza o con una norma jurídica que debe regirlo necesariamente y que constituye un obstáculo insuperable para su realización."*

**Art. 1830.** *"Es ilícito el hecho que se contrario a las leyes de orden público ó a las buenas costumbres."*

**Art. 1910.** *"El que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, está obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia de culpa o negligencia inexcusable de la víctima."*

**Art. 1913.** *"Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o substancias peligrosas por sí mismo, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable por la energía el corriente eléctrica que conduzca o por otras causas análogas, está obligada a responder del daño que cause aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable dela víctima."*

**Art. 1934.** *"La acción para exigir la reparación de los daños causados, en los términos del presente capítulo, prescribe en dos años, contados a partir del día en que se haya causado el daño."*

**Art. 2104.** *"El que estuviere obligado a prestar un hecho y dejase de prestarlo o no lo prestare conforme a lo convenido, será responsable de los daños y perjuicios en los términos siguientes: I. Si la obligación fuere aplazo, comenzará la responsabilidad desde el vencimiento de éste; II. Si la obligación no dependiere de plazo cierto, se observará lo dispuesto en la arte final del artículo 2080. El que contraviene una obligación de no hacer pagará daños y perjuicios por el sólo hecho de la contravención."*

**Art. 2606.** *“El que presta y el que recibe los servicios profesionales pueden fijar de común acuerdo retribución debida por ellos. Cuando se trate de profesionistas que estuvieren sindicalizados, se observarán las disposiciones relativas establecidas en el respectivo contrato colectivo de trabajo.”*

**Art. 2608.** *“Los que sin tener el título correspondiente ejerzan profesiones para cuyo ejercicio la ley exija título, además de incurrir en las penas respectivas, no tendrán derecho de cobrar retribución por los servicios profesionales que hayan prestado.”*

**Art. 2615.** *“El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo, sin perjuicio de la penas que merezca en caso de delito.”* (13)

La interpretación sistemática de los citados artículos, así como los principios científicos y éticos de la práctica médico-odontológica constituyen la fuente interpretativa para la legislación civil, entendiéndose aplicables para resolver las controversias jurídicas del derecho sanitario, las referencias *notoria inexperiencia evitar perjuicio, al uso y buenas costumbres*, son las referencias civiles correlativas al principio sanitario.

A fin de ordenar la relación jurídica, en términos de la teoría de negocio jurídico, podrá derivarse de la obtención de los servicios (el contrato) y al prestador del servicio, de la siguiente manera:

- ❖ La Constitucional; de servicios públicos a población abierta, será la aplicación de los programas públicos de atención médica.
- ❖ La ley; de seguridad social, serán fijados en las leyes para el otorgamiento de prestaciones de seguridad social.

El *contrato*; de servicios sociales y privados, serán los términos de contratación indicados en las cláusulas o bien la obligación general de prestar servicios idóneos

en términos de modo, tiempo y lugar, que dando limitada la capacidad de libre negociación entre paciente y médico por la *lex artis*, (cuidados mínimos en términos de la literatura médica) siendo esta la teoría de interés es este estudio.

Teniendo en cuenta los siguientes derechos y obligaciones, del paciente así como del médico:

Médico:

1. Protección de la salud, en base al artículo 9° del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica que dice "La atención médica deberá llevarse a efecto de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica".
2. Insumos, medios y seguridad, el profesional de la salud deberá cumplir con sus servicios en instalaciones adecuadas para el otorgamiento de sus servicios, cumplir con lo establecido en los artículos del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.
3. Libertad prescriptiva, en base a sus conocimientos y experiencia, así como a los estudios de laboratorio y gabinete para dictar un diagnóstico y plan de tratamiento.

Paciente:

1. Auto cuidado de salud, es responsabilidad del paciente de tener los cuidados y la toma de drogas siguiendo las indicaciones precisas del médico.
2. Libre terapéutica, puede elegir si acepta el diagnóstico y tratamiento prescrito por el médico consultado y/o desea tener una segunda opinión.

Realizaremos un análisis de las principales características de un contrato celebrado ante un acto médico. Siendo que este está al tenor de lo previsto en:

Art. 2606 del Código Civil que se interpreta como, es un contrato por virtud del cual un profesional de la odontología, mediante una remuneración que toma el

nombre de honorario, se obliga a prestar a un paciente, servicios de atención odontológica, limitados al ámbito de la prestación que posea el profesional de que se trate. Este artículo legisla el alcance de las actividades de cada profesional ya que se requiere de un título (Art. 2608 del Código Civil) que avale los conocimientos respectivos y específicos para cada área.<sup>(17)</sup>

Art. 1824 del citado Código Civil, que dice son objeto de contratos: I. La cosa que el obligado debe dar; II. El hecho que el obligado debe hacer o no hacer, es decir serán objeto de contrato los honorarios y será, igualmente el servicio específico a cargo del odontólogo.

Art. 1828 indica que es posible la realización del hecho, que no hay impedimento para realizarlo, esto es evaluado por el profesional y queda bajo su observancia.

Art. 1830 expresa que es lícito lo contratado, no ilícito que no es contrario a las leyes del orden público o las buenas costumbres, a lo que no cause daño o atente contra la vida.

Art. 1798 del Código Civil este artículo alude a la facultad de celebrar contratos quedando de conformidad que cualquier paciente mayor de edad podrá contratar libremente los servicios del facultativo que desee, en tanto que un menor es incapaz, tendrá que hacerlo a través de su representante legal, excepción hecha en casos de urgencias.

En los artículos 1161, frac. I. y 1934, señala el plazo de dos años para exigir la reparación de los daños causados, contados a partir del día en que se hubiesen causado.

En los artículos 1910 y 2104 del Código Civil vigente, se menciona que a quien con su acción u omisión cause daño a otro, será responsable de los daños y perjuicios, con lo que se puede decir según juristas mexicanos que la responsabilidad se define como la obligación de indemnizar los daños y perjuicios causados por un hecho lícito o por un riesgo creado. Esto concluye con indemnizar es dejar sin daño.

Otro artículo valioso de conocer es el artículo 1916 señala que daño moral es la afcción que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro,

honor, reputación, vida privada, configuración y aspecto físico o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás, siendo que en la profesión odontológicas manejamos estética, la cual es muy subjetiva, este artículo se debe de tomar en cuenta en la contratación de los servicios de tal forma que deben de ser explicados muy claramente los procedimientos antes de su realización y no dejar que el paciente se forme falsas expectativas.

El daño moral también se indemniza este lo determina el juez, tomando en cuenta lo derechos lesionados, el grado de responsabilidad, la situación económica del responsable y la de la víctima.

La responsabilidad civil se considera, las que derivan:

- ❖ De hechos propios: dice que cada cual debe responder por su conducta ilícita y debe de indemnizar el daño.
- ❖ De hechos ajenos: quien pudo haber y debió evitar el hecho dañino.
- ❖ De hechos por obra de los cosas: cuando el daño fuere causado por cosas de nuestra propiedad: instrumental, equipo y otras causas.

Las causas que excluyen de la responsabilidad civil, son tres:

- ❖ La primera se fundamenta en la autonomía de la voluntad que otorga a las personas amplia libertad para contratar, bajo disposiciones específicas como en el caso de producir daños por alguno de ellos, no deberán de ser indemnizados por el causante de la acción perjudicial y que en virtud éste quedará excluido de la obligación de repara el daño y perjuicio.
- ❖ La segunda causa nos indica que la culpa grave o negligencia inexcusable de la víctima, exime de responsabilidad al agente que le cause daño.
- ❖ La tercera excluye en caso fortuito o la fuerza mayor explicada como acontecimiento ajeno a la voluntad del deudo impredecible, o bien inevitable, al que no puede resistir que cumpla o retarde la obligación asumida y/o que cause daños al creador. (15)

Para concluir diremos que la responsabilidad civil en materia de legislación sanitaria motivo de este estudio, es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados a otros por el actuar de un profesional de la salud, por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo.

### **1.2.3. LEGISLACION PENAL**

En este capítulo se analizara en forma general el marco jurídico penal de la prestación de servicios médicos profesionales.

Partiendo de la hipótesis de que los delitos que cometa el médico serán generalmente culposos y eventualmente dolosos, se exponen conceptos y elementos básicos de la materia con el fin de ubicar el tipo de responsabilidad.

Responsabilidad penal, es la situación jurídica en que se encuentra el individuo imputable de dar cuenta a la sociedad por el hecho realizado, solo son responsables quienes habiendo ejecutado el hecho estar obligados, previa sentencia firme.

Dolo, el dolo y la culpa no solo son grados de culpabilidad, sino requisitos para, la misma ya que no será posible calificar un delito son antes de determinar la culpa ó dolo en la conducta del sujeto activo. Dolo. Consiste en causar intencionalmente el resultado, típico con conocimiento y conciencia de la antijuricidad del hecho.

Dolo consiste en la voluntad consciente dirigida a la ejecución de un hecho que es delictuoso. (4)

Como elementos del dolo encontramos dos:

Primeramente el ético que implica la conciencia de que se quebranta el deber, ó el conocimiento de que se infringe una norma; que es la voluntad del realizar el acto ó conducta antijurídica.

A hora bien, existe una amplia clasificación de especies dolosas; directas simples, indirectas eventuales, indeterminadas alternativas, genéricas específicas y calificadas entre otras.

Directo, se presenta cuando el resultado coincide con el propósito del agente identidad entre la intención y el resultado típico.

Indirecto ó eventual, el sujeto desea un resultado típico, con la conciencia de que al realizarlo se producirá otro resultado típico que no desea directamente pero igualmente ejecuta el acto.

Indeterminado, implica la voluntad de delinquir sin que el sujeto activo persiga algún resultado típico en especial.

Culpa el segundo grado de la culpabilidad que ocurre cuando se presenta un resultado típico sin intención de producirla, pero se ocasiona sólo por imprudencia ó falta de cuidado ó precaución, debiendo ser previsible el término medio entre el dolo y el caso fortuito. Es también la omisión de la diligencia que exige a la naturaleza de la obligación y corresponde de las circunstancias de las personas del tiempo y lugar.

La naturaleza de la culpa esta en obrar de forma negligente, imperita, irreflexiva o con falta de cuidado y no aplicar las cautelas o precauciones legalmente exigidas o bien porque el resultado previsible sea inevitable.

Los elementos que integran la culpa son:

- ❖ Conducto-actuar voluntario ó más o menos.
- ❖ Carencia de cuidado, cautela ó precaución que se exigen por el orden jurídico.
- ❖ Resultados previsible y inevitable.
- ❖ Tipificación penal del resultado.
- ❖ Nexo causal relación de causalidad entre el hacer ó no hacer iniciales y el resultado no querido.

Las principales clases de culpa son consciente e inconsciente ambas están consciente y descritas en el Código Penal del D.F.

Conciente que con previsión o con representación, es cuando se prevé la posibilidad de que se preste un resultado típico, deseando que no suceda, sin embargo actúan en forma negligente, con impericia ó falta de precaución confiando que no sucederá.

Como ejemplo podríamos citar al Cirujano Dentista que sin realizar una historia clínica adecuada aplica anestesia sin antes cerciorarse de que el paciente la tolera.

El sujeto esta consciente del riesgo que corre el paciente, y aun así la aplica esperando que no suceda nada.

Inconsciente sin previsión o sin representación, no se prevé el resultado típico, así realiza la conducta sin pensar que puede ocurrir el resultado típico y sin prever lo previsible y evitable.

No se prevé el resultado de un tipo penal. La conducta causal se realiza voluntariamente, pero sin saber que se puede producir un resultado que si es previsible.

Por lo que hace a los parámetros para determinar la previsibilidad o clasificación de la culpa, encontramos que el Art. 34 de la Ley de Profesiones para el D.F. establece que en juicios de peritos se deberán considerar las circunstancias que se contienen en las fracciones de estos artículos 130, 322, 324, 325, 326.

Si el profesionista procedió correctamente dentro de los principio, científicos y técnicos aplicables al caso y generalmente aceptados dentro de la profesión de que se trate; sin él mismo dispuso de los instrumentos, materiales y recursos de otro orden que debieran emplearse, atendidas las circunstancias del caso y el medio en que se preste el servicio.

Si en el curso del trabajo se tomara toda la medida indicadas para obtener un buen éxito.



Si se dedico el tiempo necesario para desempeñar correctamente el servicio convenido.

Cualquier otra circunstancia que el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia ó fracaso del servicio prestado.

Estas circunstancias son pues elementos para determinar si el profesionista ha agotado la cautela previsión y menos a su alcance para evitar el resultado.

Ya hablamos de conceptos básicos de la responsabilidad, ahora bien enmarcaremos los artículos que nos atañen:

Por su parte, la Ley General de Profesiones, en su capítulo VIII "De los infractores de los profesionistas y de las sanciones por incumplimiento en esta Ley" ordena en sus artículos 61, 62,63 y 65 lo siguiente:

**Art. 61.** *"Los delitos que cometan los profesionistas en el ejercicio de la profesión, serán castigados por las autoridades competentes con arreglo al Código Penal."*

**Art. 62.** *"El hecho de que alguna persona se atribuya el carácter de profesionista sin tener título legal o ejerza actos propios de la profesión, se castigara con la sanción que establece el artículo del código penal vigente, a excepción de los gestores mencionados en el artículo 26 de esta Ley."*

**Art. 63.** *"Al que ofrezca públicamente sus servicios como profesionista, sin serlo, se le castigará con la misma sanción que establece el artículo anterior."*

El dispositivo legal que obliga al médico a tener título profesional para su ejercicio, es el artículo segundo transitorio de la ley de Profesiones, que señala entre otras profesiones, las de enfermería, odontólogos y médicos. Aunque en éste artículo se señala genéricamente la profesión de odontólogo, el artículo 79 de la Ley General de Salud indica que se deben registrar los títulos de las especialidades, sin señalar cuáles por el que, entendemos que son todas las ramas de la odontología para las que se requiera estudios o experiencias adicionales a los adquiridos en la licenciatura.

Nos llama la atención lo dispuesto por los artículos 18 y 19 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, que se refieren a la responsabilidad que asumen los odontólogos por sus técnicos y auxiliares, así como por el abandono injustificado de un enfermo. Sobre esto último, y lo injustificado del abandono, consideramos que de acuerdo a la máxima jurídica de que "nadie está obligado a lo imposible", el odontólogo puede abstenerse de atender a un paciente cuando no tenga la especialidad de la atención que se requiera, salvo en casos de extrema urgencia. Al respecto el segundo párrafo del artículo 33 de la Ley de Profesiones indica que:

**Art. 33.** *"En caso de urgencia inaplazable los servicios que se requieran al profesionista, se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionista."*

Una vez delimitado nuestro objeto de estudio, y teniendo presente la clasificación de iatrogénica en capítulo posterior, se reproducen los artículos de lesiones y homicidio que tienen relación con este estudio, y nos interesan puesto que aquí se encuentran las penas y consecuencias que pueden sufrir el Cirujano Dentista, sin como resultado de su actuar se causa la muerte de su paciente, o algún daño que se califique como lesión.

Bajo el nombre de lesión se comprende no solamente las heridas, excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano; si esos efectos son producidos por una causa externa.

La causa externa que se menciona el final de este artículo puede ser la acción del médico, es decir una iatrogénica.

El Código Penal en su Artículo 130 describe las sanciones dependiendo la lesión y resultado de esta.

**Art. 130.** *"Al que cause a otro un daño o alteración en su salud, se le impondrán:*

- I. De treinta a noventa días multa, si las lesiones tardan en sanar menos de quince días;*
- II. De seis meses a dos años de prisión, cuando tarden en sanar más de quince días y menos de sesenta;*
- III. De dos a tres años seis meses de prisión , si tardan en sanar más de sesenta días;*
- IV. De dos a cinco años de prisión, cuando dejen cicatriz permanente notable en la cara;*
- V. De tres a cinco años de prisión, cuando disminuyan alguna facultad o el normal funcionamiento de un órgano o de un miembro;*
- VI. De tres a ocho años de prisión, si producen la pérdida de cualquier función orgánica, de un miembro, de un órgano o de una facultad, o causen una enfermedad incurable o una deformidad incorregible.**
- VII. De tres a ocho años de prisión, cuando pongan en peligro la vida."*

*(18)*

Estos artículos son los de mayor relación con la atención odontológica y la relación medico-paciente, ya que en este citado Código Penal se anotan las sanciones penales que son marcadas por la legislación como resultado del dictamen legal ante la falta de un profesional de la salud bucal.

### **1.3. ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA**

Desde siempre ha sido necesario para el derecho resolver innumerables cuestiones atendiendo al conocimiento médico: las primeras legislaciones romanas ya basaban sus decisiones en las doctrinas hipocráticas.

La medicina forense, según Alfonso Quiroz Cuarón, “Es la técnica, es el procedimiento, mediante el cual aprovecha una ó varias ramas de la medicina ó de las ciencias conexas para estudiar o resolver casos concretos, habitualmente ligados a situaciones legales o jurídicas.”

Con el propósito de referirnos al derecho probatorio, objeto del presente capítulo y para la comprensión de su caracterización jurídica, estimamos referirnos de *grosso modo* a la teoría general del proceso, describiendo los siguientes rubros.<sup>(17)</sup>

- ❖ Sujeto u órgano de prueba - La persona física o moral que emite el medio de prueba
- ❖ Objeto de la prueba - Los hechos son lo que versa la prueba
- ❖ Finalidad de la prueba - Convencer al jurado ó árbitro.
- ❖ Carga de prueba - Proponer y proporcionar los medios de prueba que confirme sus afirmaciones de hecho.
- ❖ Procedimiento probatorio - Secuencia de actos de las partes, los terceros y el juzgador.
- ❖ Medios de prueba - Instrumentos para lograr el cercioramiento:
  1. La confesional.
  2. La documental.
  3. La pericial.
  4. La inspección ministerial, judicial y este caso arbitral.
  5. La presuncional.
  6. Las demás que generen convicción en el juzgador ó árbitro.
- ❖ Sistemas de valoración- Los establecidos en las normas y procedimientos para apreciar o determinar el valor de las pruebas.

Aspecto primordial es definir la palabra prueba, su etimología, proviene, del adverbio latino *probe*, que significa honradamente, por considerarse que obra con honradez el que prueba o que pretende; siendo sustantivo de probar, es el

procedimiento dirigido a la verificación de razones, es decir razonamiento y afirmaciones; merced lo anterior el derecho probatorio , al referirse al los distinto medios de prueba, y entre ellos a la pericia, tiene por objeto regular la emisión de aceptabilidad jurídica de los medios o instrumentos de que se sirve el hombre para evidenciar la verdad o la falsedad de un hecho.

### **1.3.1. PERICIA MÉDICA**

La pericia médica y la medicina forense en general, pueden sistematizarse entre categorías:

- a) Legislativa: Elaboración de disposiciones generales
- b) Administrativa: Calidad de insumos para la salud
- c) Judicial: Administración de justicia

En todos los casos la pericia médica asume, a través de los informes, certificados y dictámenes especializados, el carácter de reina de las pruebas, pues a menudo los hechos controvertidos para el derecho, se refieren a datos que sólo pueden ser evaluables por el conocimiento de alguna rama de la medicina, como en este caso la odontología.

El desahogo de la prueba pericial resulta necesario para la resolución de controversias jurídicas, a conocimiento especial de alguna ciencia, arte o industria, que requieran de conocimientos especiales, a la persona encargada de esto se le llama perito "hacer experiencia de", siendo una persona nombrada en razón de sus conocimientos técnicos por la Ley y que tiene por misión, emitir un dictamen, basado en diversos documentos, (repostes escritos) como son:

- ❖ Historia clínica
- ❖ Notas de evolución

Sobre el particular es necesario precisar que, al tenor de las normas jurídicas en vigor, el profesional de la salud bucal sólo es responsable en su actuación profesional por dolo, negligencia o impericia, como podrá observarse, tales extremos sólo pueden ser apreciados por personal con el debido entrenamiento y la experiencia necesaria, lo cual viene a confirmar la necesaria indoneidad del perito encargado.

Para el mejor entendimiento de la prueba pericial médico-odontológica en el ámbito de la evaluación de la actividad profesional del personal de salud, podemos recurrir a la sistematización de la legalidad.

1. *Sujeto u órgano de la prueba*, El perito, el cual podrá ser un facultativo o una institución.
2. *Objeto de la prueba*, Los hechos sobre los que versa la prueba. Valoración del acto médico a efecto de precisar si existió dolo, negligencia o impericia.
3. *Carga de prueba*, La tendrán las partes. En este caso el usuario que afirme la existencia de responsabilidad y el prestador de servicios cuya actuación es evaluada.
4. *Procedimiento probatorio*, El fijado por las disposiciones procesales, tratándose de pericia desahogada ante los tribunales y los órganos de procuración de justicia, y en su caso, en las disposiciones que regulan el arbitraje médico.
5. *Sistema de valoración*, La sana crítica: buena fe a través del examen razonado de las probanzas desahogadas, precisando en cada caso el origen de su estimación o desestimación, a la luz de los principios científicos y éticos que orientan la práctica médico-odontológica.

## CAPITULO II:

# CAPITULO II

## ETICA PROFESIONAL

Consideraciones previas:

La ética médica se ha integrado en la actualidad al concepto denominado bioética, que en la filosofía moral, tiene como finalidad utilizar las ciencias biológicas al servicio de la calidad de vida del hombre, constituyéndose un puente entre las dos culturas: la ciencia y la humanística moral.

### 2.1. ETICA Y BIOÉTICA

Ética deriva del griego *éthos*, que quiere decir costumbre, *éthos* hace referencia a la actitud de la persona hacia la vida, tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios, se interpreta como moralidad de la conciencia.

Por lo tanto la ética es la ciencia que se ocupa de la moral, se expone y fundamenta científicamente con principios universales sobre la moralidad de los actos humanos, que los califica como buenos ó malos, relacionando lo que uno debe ó no debe hacer.

La moral se relaciona con el concepto de lo bueno y lo malo, esta ligado a las costumbres, lo que nos hace deducir, que la moral no es igual para todos, sino variable y cambiante; como dice Malherbe, "las morales son relativas a las sociedades y a las épocas que las estructuran; ellas son múltiples, pero la ética que es la exigencia maestra del ser humano en cuanto tal es única"



Teniendo un concepto de la ética, podemos empezar a entender el concepto de ética médica empezando por sus orígenes y desarrollo que nos datan amplio conocimiento del tema.

La Ética Médica inicia en la época de Hipócrates, con su juramento, en la cultura occidental, sin olvidar que en el siglo XVII ac. En Mesopotámica fue escrito, por el estado las primeras leyes de moral objetiva relacionadas con la medicina, estableciendo responsabilidad jurídica llamado código, también mencionado en el capítulo anterior.

En la época en que vive Hipócrates uno de los padres de la medicina y ética médica, Sócrates uno de los padres de la filosofía y ética debemos recordar que en este tiempo en Grecia los médicos eran autodidactas (motuproprio) en su mayoría asociados en sectas que divulgaban sus conocimientos a aquellos que se iniciaban en esa especie de sacerdocio, para disminuir la desconfianza de la comunidad de ese tiempo hacia la profesión médica deciden redactar un documento bajo la gravedad del juramento con principios, cuyo fin único era favorecer los intereses del paciente.

De esta forma los mismos médicos se trazaron normas de moral y ética, pero a un carente de responsabilidad jurídica.

Los médicos hipocráticos estaban influidos por corrientes filosóficas, en especial por pitagóricas en donde el médico era sacerdote de la naturaleza, corriente religiosa.

Más tarde se recibe influjo Estoico el amor al hombre, amor a la naturaleza, estos valores giran alrededor del hombre comenzando a perder su carácter sagrado conceptualizando las enfermedades y el médico se hace técnico e investigador al preguntarse. La región judeo-cristiana aporta la orientación naturista, en el documento antiguo testamento escrito 200 aC.

Más tarde con la aparición de Jesús de Galilea y de sus doctrinas humanistas, la filantropía más al prójimo minusválido, enfermo se consolida el fundamento moral del ejercicio de la medicina dando orden sacerdotal, por lo que no nos debe de extrañar que por siglos los clericos fueran fundadores de hospicios, hospitales ó monasterios - iglesia que convirtieran en lugar de enfermos en donde se inicia la profesión de la enfermería.

Ya para la época medieval las ciudades importantes como Paris y Roma contaban con nosocomios en donde se practicaba una medicina teologal, manejada por la iglesia quien en ese tiempo tenia mucha fuerza en todas las culturas.

Con la llegada de las epidemias los pacientes empiezan a dudar de poder de sanación de la oraciones, por lo que la iglesia deja, en manos laicas la responsabilidad de curar en el siglo XII, exactamente en el año de 1243 el papado estableció que en todas las órdenes religiosas, por estatutos, se prohibiera a sus miembros el estudio y ejercicio de la medicina, entonces los hospitales pasan a manos del poder del Estado.

Para finales de la edad media y principios del renacimiento la medicina se distancia del orden natural, las corrientes filosóficas como el idealismo y la ilustración fueran imponiéndose, convirtiéndose esta en el nuevo orden moral. El estudio de la ciencia en la medicina se dispara.

Para el siglo XVII en ciudades como la Joven Norteamérica y Francia, planteando actuar éticos y bioéticos ante la profesión médica y su estudio. En siglos posteriores las grandes catastrotres que la humanidad ha padecido que en su mayoría son responsabilidad del hombre, han dejado grandes aportaciones a las ciencias, la medicina es una de las más beneficiada, poniendo en entredicho el pensamiento moderno y volviendo al naturismo y humanismo.

Es necesario que el estado promulgue derechos del hombre y del ciudadano de acuerdo a los valores morales que adopte la sociedad.

En el siglo XX, la ciencia da muestra de todas sus posibilidades, observando los derechos de los individuos formándose organizaciones mundiales que se encarga de regir el actuar, como son la ONU que promulga la declaración Universal de los Derechos Humanos, que le da a la persona a la autonomía, libertad, derecho a la vida salud y que estas sean cuidadas.

Los Estados Unidos de Norteamérica, presenta un mayor desarrollo de la Ética Médica, en 1970 emite una declaración la Nacional Welfare Rgts Organizati3n que contiene 26 propuestas relacionadas con los derechos de los pacientes, dando origen a la acreditaci3n de hospitales y asociaciones que se encargan En 1973 el Departamento de Salud y Bienestar de los Estados Unidos recomend3 propuestas la m3s importante es otorgada al paciente el derecho de obtener de su m3dico una completa informaci3n sobre su estado de salud, pron3stico y tratamiento , para poder dar su conoentimiento antes de iniciar cualquier procedimiento terap3utico.

En 1978 en Estados Unidos de Norteamérica la Comisi3n Nacional para la Protecci3n de los Sujetos Humanos en la investigaci3n biom3dica rinde un informe llamado informe de Belmont en el cual se deja establecido que la autodeterminaci3n y el bienestar de la persona eran los principios 3ticos que debían regir la actuaci3n del m3dico y de todos aquellos profesionales que se encargan de la atenci3n y la investigaci3n de los sujetos humanos.

Dejando claramente identificados los principios morales sobre los cuales sustentan la Ética Médica:

Autonomia= paciente

Beneficencia= M3dico

No maleficencia y justicia= sociedad y estado

### 2.1.1. ÉTICA MÉDICA

Es la disciplina que se encarga del estudio de los actos médicos con un punto de vista moral, se hace referencia "acto medico", a los que adelanta el profesional de la salud en el desempeño de su profesión frente al paciente o a la sociedad,. (ética individual y social).

Recordemos que la ética se construye con valores morales principios y normas. El profesional de la salud en el desempeño de su delicada función debe poseer cualidades y llegar algunos requisitos que le permitan aceptar en la escogencia, uno de esos requisitos es el conocimiento de la estructura sobre la cual debe modelar su actuar con valor y moral.

Debe incidir en el actuar correcto de los médicos, y aceptando que la ética médica es una ética práctica, considerando que acepta la vida humana como principal valor ético, seguido de la salud, no es una propuesta carente de lógica.

La ética y la medicina son una disciplina antropocéntrica siendo el hombre considerado como el bien mayor de la naturaleza y por lo tanto, siempre ha sido vehículo de valores; la vida y la salud son los más valiosos, ambos poseen polaridad, quedando clasificadas con vales biológicos vitales.

No obstante que la medicina sea considerando una ciencia natural, en el fondo tiene mucho de ciencia moral y espiritual, SHOPENHAVER señala que un cerebro poderoso, un humor alegre, un cuerpo bien organizado y en perfecta salud, ó de una manera general, EL MENS SANA INCOROPRE SANO, son los bienes supremos, lo más importante para alcanzar la felicidad.

En la ética semejan principios orales los principios son la norma ó ideas fundamental que rige el pensamiento ó la conducta por lo tanto principios morales son aquellos que permiten actos buenos.

En la ética médica hay 3 principios que hacen las veces de leyes morales propuestos por el Filósofo David Ross. Practicados en la actualidad: Son la autonomía, beneficencia no maleficencia y justicia.

Principio de autonomía.- Es la autonomía del paciente se refiere a la libertad que tiene cada persona para gobernar en si misma. La palabra deriva el griego autos que significa mismo" y no que significa "regla", gobierno "ley".

Durante el acto médico la autonomía tiene que ver con la del paciente y no con la del médico, según dice E.D. Pellegrino, la autonomía se ha convertido en la autonomía se ha convertido en la consigna que simboliza el derecho moral y legal de los pacientes a adoptar sus propias decisiones son restricción ó coerción, por buenas que sean las interacciones del médico, esto limita lo que debe y puede hacer el médico por su paciente, si estos actuasen contra el deseo del paciente pueden enfrentar cargos en tribunales disciplinarios y penales.

Cabe mencionar que la autonomía que tiene el paciente no es real si está acompañada de desconocimiento de la acción y naturaleza de las enfermedades así como de los posibles consecuencias, otro que afectaría la autonomía y que el profesional de la salud debe de tomar en cuenta es el control de fuera que puede ejercerse sobre la persona en relación con sus actos, mediante manipulación o grados, por otra parte la autonomía también puede ser interferida por alteraciones orgánicas ó funcionales del cerebro.

A un observando, todo lo anterior el profesional de la salud debe y esta obligado o respetar el Autogobierno al cual tiene derecho al paciente.

Han dicho Beauchampy Mac Cullough que si los valores morales del paciente entran directamente un conflicto con los valores del médico se respetar u facilitar la autodeterminación del paciente en la toma de decisiones acerca de su salud.

Sin embargo la petición del paciente a ser tratado de "x" manera no puede interpretarse como una orden, obligada ante cualquier situación por el médico.

Principio de beneficencia-no maleficencia.- el fundamento de la moralidad en el ejercicio médico siempre ha sido Primum Noncere (primero no hacer daño), se relaciona con la Escuela Hipocrática; recordando el Juramento y la Epidemias deber ético que el médico debe cumplir.

El mayor bien ó beneficio que puede causársele es devolverle la salud, al hombre cuando la ha perdido protegerse la cuando la posee, siendo el objetivo del llamado acto médico.

El principio de no maleficencia es algo pasivo no actuar, de ahí que para evitarlo no requiere que el médico este atento cuidadosamente ante el acto médico; la ausencia de malicia, intención, no ampara de la violación del principio de no-maleficencia que ante la ley se llama impericia y se castiga.

## **2.2. DEONTOLOGIA**

Del Griego "Deon" deber y "logos" tratado, el termino fue introducido a comienzo del siglo XIX por el filósofo Ingles Jeremy Bentham (1748-1823) en 1834 al acuñarlo en su libro Deontology, or the science of moraliity, para designar sus doctrinas morales-hedonistas, las que se basan en el principio de que el hombre busca el placer y las normas éticas han de determinarse de acuerdo con este fundamento. La deontología era, por tanto en su concepto, la ciencia que tiene por objeto precisar la conducta que debe seguir para obtener el máximo de placer de acuerdo con las circunstancias de todo género en que se vive.

Ferrater Nora Rosmine, dio posteriormente a la palabra deontología un sentido más amplio o sea el de las ciencias del deber ser opuestas a las del mero ser.

La deontología es la parte de la teoría ética que contempla el problema del deber, de las exigencias morales y de las normas y en general del deber como una forma específica de la moralidad de la expresión de la necesidad social. La deontología estudia las formas y correlaciones de las exigencias de las leyes

sociales, incluyendo las necesidades de la sociedad y del ser humano en el comportamiento, en las normas generales, en los principios generalizados de comportamiento y el ideal moral y social.

Una parte de la Deontología es la Deontología Médica que estudia el conjunto de normas éticas, el deber profesional que deben cumplir el trabajador de la salud, en este caso los odontólogos, esta parte de la Deontología estudia los principios comportamentales del personal médico orientados a aumentar el máximo la efectividad del tratamiento y a corregir las consecuencias nocivas de la deficiencia del trabajo médico.

Aquello que ahora es objeto de estudio de la Deontología Médica, todavía a finales del siglo XIX se denominaba ética médica. El contenido de este concepto era difuso y algunos autores incluían en él problemas que se refieren a los derechos del médico, los deberes para con el estado, la política médica y otros.

En la actualidad, en muchos países se continúa utilizando el concepto ética médica como sinónimo de Deontología médica.

Los profesionales de la salud son quizá los profesionales mas humanos, al brindar apoyo el enfermo, al individuo que sufre, cuya vida e integridad física dependen de este – hasta cierto punto, del conocimiento científico de la forma como él utilice los logros de la ciencia, del grado de interés, preocupación y atención que le preste.

Los principios deontológicos se ponen en práctica en la actividad odontológica, con el comportamiento, el pensamiento, la habilidad para atender al paciente, para llevar a cabo una exploración detallada y completa y llegar a un diagnóstico preciso así como un tratamiento adecuado.

Quien ha escogido su profesión por vocación, forzosamente debe tener un alto nivel ético, ser sutil, solícito, cándido, ecuánime y responsable y estructurar su actividad de acuerdo a las exigencias de la ética en general y de la deontología médica.

La comunidad estomatología preocupada por el tema, dicta códigos y juramentos deontológico, ejemplo de ello es el primer código deontológico para los odontólogos fue aprobado en la sesión 10 de diciembre de 1897 de la Sociedad Odontológica Española, presidida por el Dr. Ramón H. Portuondo, en el cual se dice a pie:

Art.1 El dentista debe conocer plenamente sus obligaciones de profesión y trato al diente.

Art.2 Debe de atender con igual solicitud al rico que el pobre.

Art.3 Debe cuidar su conducta con sentido de clase y dignidad.

Art.4 La SOE ve degradante recurrir a letreros llamativos, tarjetas pasquines o muestra exageradas, rebajar precios, remedios de superioridad sobre otros, decir que posee remedios secretos.

Art. 5 No desacreditar al compañero, si es visitado por el paciente de otro.

Art. 6 Comprometerse a cobrar lo honorarios justos.

En México la Asociación Dental Mexicana ha emitido un código de ética que todos los agremiados se comprometen a cumplir, mismo que cuenta con 53 puntos, su autor el Dr. Federico Ladrón de Guevara lo escribe en 1988, revisándolo por última vez en 1996 el Dr. Agustín Zerón, a continuación mencionaremos los puntos de mayor importancia:

- La obligación primordial del Cirujano Dentista será proporcionar un servicio de optima calidad, competente y oportuno, dentro de los límites y circunstancias presentadas por el paciente.



- El cirujano Dentista esta obligado a guardar discreción respecto a los expedientes de sus pacientes. Los cuales deberá tener al día como protección de dichos pacientes.
- Interconsulta profesional y referencia de pacientes. Los Dentistas esta obligados a solicitar los servicios a la asesora de un especialista u otro dentista o un médico a fin de salvaguardar el bienestar de sus pacientes siempre que sea posible y se cuente con profesionistas cuyas habilidades, conocimientos, experiencias y circunstancias así lo aconsejen.
- Las especialidades odontológicas oficialmente reconocidas deberán tener acreditación de escuelas y facultades de odontología.

En la actualidad el termino deontología fue reemplazado por "Deóntico", de tal manera que el cumplimiento del deber en hacer lo que la sociedad ha impuesto en bien de los interés colectivos y particulares, por lo que existen normas de conducta regidas que regulan el actuar de los individuos.

### **2.3. RELACION MEDICO- PACIENTE**

Generalmente los conocimientos pasivos de la psicología son insuficientes en los trabajadores de la salud. Cualquier enfermedad somática influye sobre la psiquis humana provocando celos, dudas y miedos, lo que a su vez complica el curso de la enfermedad básica. Tomar en cuenta las vivencias del paciente y su comportamiento es importante no sólo para establecer el diagnóstico y prevenir iatrogénicas si no para el tratamiento y la rehabilitación.

Las expresiones mímicas, pantomímicas y gestuales tanto del paciente como del trabajador de la salud consta:

- ❖ La necesidad de aquel tienen que ser escuchado y cual es el tipo de contacto que se está dando,
- ❖ La disposición del trabajador de la salud que tiene para comprender el paciente y ayudarle en su situación.

Como ser social el paciente posee valores, creencias, costumbres, sentimientos y sentimientos superiores, convicciones y maneras de enfrentar las distintas situaciones y dar solución a los problemas de acuerdo al medio en el cual se haya formado y desarrollado. Su manera de ver el mundo depende de su nivel de ilustración y de los que difunden los medios masivos de comunicación, pero antes que nada de la educación familiar y social, y de la asimilación de todo ese acervo cultural.

Sus conocimientos y convicciones determinan su concepción del mundo. Distintos aspectos psicológicos, psico-sociales y emotivos determinan los rasgos de su carácter y estado de ánimo, le prepararan para la acción, para luchar por sus principios cosmovisivos. Sus sentimientos estéticos y religiosos sus convicciones científicas, morales e ideológicas y en general su cosmovisión, desempeñan un papel importante en la actitud que aborde ante el fenómeno salud-enfermedad. (11)

El paciente llega al trabajador de la salud bucal, en un estado psíquico de incertidumbre, con cientos de preguntas y dudas que espera el médico la aclare. Este, por medio de la entrevista, establece los cimientos para formular un diagnostico. Si bien un interrogatorio lógico y dirigido es correcto e indispensable son insuficientes pues es fundamental escuchar al paciente que antes que nada es personalidad.

Escuchar al paciente es una habilidad que desempeña un papel importante para establecer el contacto y la comunicación que favorecerá todo el proceso de interacción.

La relación del profesional de la salud bucal con el paciente es relación entre dos personalidades. La personalidad del trabajador de la salud desempeña un papel muy importante ya que ella misma llega a convertirse en elemento terapéutico.

Su armonía, cordialidad, refinamiento, cultura, las particularidades de su carácter, la manera de enfocar los problemas, sus sentimientos, disponibilidad, reacciones ante lo distintos fenómenos y otras particularidades, son factores que influyen de manera curativa sobre el paciente.

Por otra parte, en el tecnicismo desalmado para tratar pacientes se oculta el peligro de producir un trauma psíquico. Es precisamente en esta relación donde se da la iatrogenización directa, es decir, aquella alteración neuropsíquica en la cual un concepto utilizado incorrectamente por el médico en presencia del paciente. Quien además no lo comprende, se convierte en fuente de miedo.

Cuando se ha logrado un buen grado de empatía, el profesional de la salud puede manejar relación y a su vez el paciente es recíproco, cree en él, acepta sus indicaciones y cumple con sus prescripciones, manifestando con ello su sinceridad y aceptación.

En el proceso del tratamiento los trabajadores de la salud deben sostener la moral del paciente subrayando el significado positivo, inclusive de los avances mínimos, en el estado de su salud, teniendo siempre en cuenta que una palabra mal utilizada o su relación despreocupada hacia al paciente, se puede convertir en factor de mal entendidos entre médico-paciente.

El profesional de la salud bucal no puede olvidar que tiene ante sí una personalidad alarmada, que padece y soporta toda la carga de su enfermedad y de la incertidumbre de su pronóstico, por eso no puede convertirlo en frío objeto de investigaciones, análisis y procedimientos, no debe hablarle en el lenguaje de las cifras, de los indicadores cualitativos de la fisiología, ni traerle a relación fórmulas o palabras que él no entiende pues en ello no va a encontrar nada alentador para su caso como individuo doliente, sino que le asusta, le hace perder la esperanza y la fe en las posibilidades de curación.

El odontólogo es uno de los profesionales de la salud que precipita su encuentro con el paciente, haciéndole abrir la boca como maniobra de diagnóstico en la primera ocasión que lo recibe, cavidad que el paciente considera íntima.

Concluyendo una buena relación entre el estomatólogo y el paciente nos ayudara a prevenir todo tipo de conflictos legales en el desarrollo de nuestra práctica.

## **2.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Como se menciona en capítulos anteriores, el consentimiento del paciente es un elemento necesario para la existencia jurídica del contrato de prestación de servicios profesionales, cuando de esta forma se dé la vinculación jurídica entre médico y paciente, y de ahí que este derecho del paciente tome un relevante matiz, cabe resaltar que ante la nueva perspectiva de toma de decisiones por el paciente, este punto ha retomado importancia en México, como se desprende de su regulación en la Norma Mexicana NOM-168-SSA1-1998.

Sin embargo, como consecuencia de la naturaleza de los servicios médicos, dicho consentimiento implica el conocimiento de cierta información, es decir se convierte en un "consentimiento bajo información". En sí lleva a un proceso que tiene su origen en el seno de la relación médico-paciente, y en virtud del cual el paciente al recibir del médico suficiente información en términos comprensibles y adecuados con su estrato cultural, educacional y con su situación emocional, le capacita para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

La Doctrina del consentimiento Informado, que desarrollándose en los últimos años ha ayudado a la transformación de la relación médico-paciente, tiene una relación muy estrecha con el derecho que tiene el paciente de ser debidamente informado sobre su padecimiento y el procedimiento médico que se le recomienda

antes de consentirlo, pues implica el hecho de que un odontólogo no pueda prestar un determinado servicio sin que para ello el paciente haya dado su consentimiento, es decir que haya aceptado todas aquellas implicaciones ó consecuencias que de la curación, el tratamiento ó la intervención en cuestión se deriven. (14)

Por otra parte, debo mencionar que no sólo es un derecho fundamental del paciente, sino también una obligación del médico, este consentimiento se debe de dar por escrito y formar parte del expediente clínico.

El documento en el que consta el consentimiento informado es un soporte escrito y puntual del proceso continuo y gradual de información, además, puede constituir un medio de protección del paciente ó del odontólogo, sin llegar a exonerar al odontólogo de la responsabilidad que por su negligencia, impericia ó imprudencia se le reclame.

Al respecto la Norma Oficial Mexicana NOM-168 SSA1-1998 señala en su punto 10.1 que:

*"Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo".*

Entre los cuales sobresalen por su frecuencia las cartas de consentimiento bajo información, mismas que dicho ordenamiento define como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o con fines terapéuticos o rehabilitatorios.

Este documento escrito debe contener lo siguiente:

1. Datos completos del paciente.
2. Naturaleza, origen y características del procedimiento.
3. Nombre, descripción y objetivos del procedimiento.
4. Beneficios esperados y posibilidades de éxito.

5. Molestias previsibles y posibles riesgos.
6. Procedimientos alternativos.
7. Efectos esperados en caso de no efectuar terapéutica.
8. Disposición a aclarar dudas o ampliar la información.
9. Previsión expresa de la posibilidad de cambiar su decisión y en su caso , los términos en que deberá hacerse.
10. Declaración del paciente expresando su conocimiento, la satisfacción con la información y la disipación de sus dudas.
11. Datos y firma del médico que informa.
12. Fecha y hora de elaboración del documento.
13. Firma de aceptación y fecha.
14. Datos de dos testigos y firmas de los mismos.
15. Apartado el consentimiento a través del representante legal en caso de incapacidad del paciente, así como la causa de la misma.

Recomendación dada por la CONAMED.

## CAPITULO III:

# CAPITULO III

## EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA

Consideraciones previas:

La práctica del cirujano dentista se realiza de acuerdo a reglas y preceptos científicos, éticos y técnicos para su correcto ejercicio, hasta décadas pasadas la odontología, se limitaba al reconocimiento y tratamiento de las enfermedades de los dientes, la extracción de dientes enfermos sin posibilidad de curación y la sustitución de dientes perdidos, es decir, la prótesis.

Más tarde se reconocen tres objetivos fundamentales en la Odontología: la prevención, curación y rehabilitación, así como al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la cavidad oral visto al paciente de manera integral, como una unidad Biospicasocial.

### 3.1. ANTECEDENTE HISTÓRICO DE LA ODONTOLOGÍA

Desde inicios de la humanidad los hombres han sufrido problemas dentales, estos los han obligado a buscar remedios para aliviarlos.

La historia nos marca que los primeros terapeutas dentales practicaban la medicina empírica, para la edad media los llamados cirujanos-barberos europeos atendían el cuidado de los dientes.

Hacia el siglo XVII Pierre Fauchard, crea su tratado la Chirurien Dentiste estableciendo a la odontología como profesión, dejando atrás la superstición y la ignorancia, aplicando principios racionales y científicos. (16)



En México los Mayas realizaban trabajos sobre piedra y metal esto solo por estética para rituales religiosos, sin llegar a practicar procedimientos correctores o restauradores, los Aztecas practicaban la mutilación dental, limando e incrustando piedras en sus dientes con jade y pirita.

En 1904, se abrió el primer centro de entrenamiento formal para dentistas denominado Consultorio de Enseñanza Dental, dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de México, anterior a esto pocos mexicanos privilegiados pudieron acudir a escuelas estadounidenses para estudiar de manera formal.

A principios del siglo XIX la Odontología estaba instituida como una profesión independiente y se encontraba abierta al aprendizaje y actualización de la profesión.

Las aportaciones de las diferentes culturas a través de los tiempos han colocado a la profesión en un alto nivel, en las últimas décadas han surgido grandes avances científicos y tecnológicos, lo que ha enaltecido la profesión que durante décadas se vio plagada de charlatanes y empíricos.

### **3.2. CIRUJANO DENTISTA DE PRÁCTICA GENERAL**

Hemos estudiado en capítulos anteriores cada uno de los componentes que conforman este estudio, ahora toca al autor material del acto médico-odontológico.

La Ley General de Salud dispone en su artículo 79 párrafo primero que:

**Art. 79.** *"Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería, sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus demás ramas y las demás que establezcan otras disposiciones legales*

*aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrado por las autoridades educativas competentes.”*

La Odontología es a la vez una ciencia y un arte que desempeña una función social, El odontólogo profesional de esta ciencia, debe cumplir con requisitos dictados por la autoridades competentes, para que se le sea otorgado el título, con forme a la ley de Cirujano Dentista, Odontólogo ó Lic. En estomatología, el cual avala que reúne los conocimientos científicos, experiencia y habilidad necesarios para el ejercicio profesional.

En este capítulo analizaremos el alcance del Cirujano Dentista de práctica general de tal manera que para esto es necesario revisar los planes de estudio, así como las materias, programas y objetivos, alcanzados para obtener este título.

En México, D.F., las instituciones encargadas de impartir la carrera de Cirujano Dentista son instituciones educativas de nivel superior, son:

Escuelas oficiales:

- ❖ Universidad Autónoma de México.
- ❖ Instituto Politécnico Nacional.
- ❖ Universidad Autónoma Metropolitana.
- ❖ Escuela de Odontología de la Secretaría de la Defensa Nacional.

Escuelas privadas:

- ❖ Universidad Latinoamericana.
- ❖ Centro Cultural Universitario Justo Sierra.
- ❖ Instituto para el Desarrollo y Actualización de Profesionales.
- ❖ Universidad Intercontinental.
- ❖ Universidad Tecnológica de México.

En cada caso, la institución cuenta con programas académicos y la duración de la carrera varía en tiempo de 4 a 5 años independientemente del servicio social, cada institución solicita al estudiante acreditar con un mínimo de 6 todas las materias estipuladas en el plan de estudios para reunir el número de créditos solicitados, en un tiempo determinado, así como realizar un servicio social.

Para obtener el título y cedula profesional, debe cumplir con los siguientes requisitos:

- ❖ 100% de créditos.
- ❖ Servicio social Liberado.
- ❖ Tesis.
- ❖ Examen Profesional acreditado.

Mencionaremos materias básicas y objetivos generales, que se encuentran en los planes de estudio de las Instituciones Educativas encargadas de la formación de los profesionales de la salud bucal, con lo cual buscaremos identificar los alcances de cada una.

#### ANATOMIA DENTAL

Obj. Gral. Dar a conocer y hacer ciente al alumno, sobre la importancia del aparato masticatorio como factor de equilibrio anatómico, funcional y estético en el organismo. El alumno será capaz de conocer y reproducir la anatomía de cada uno de los dientes y describir sus relaciones oclusales.

#### ANATOMIA HUMANA

Obj. Gral. Comprender la estructura, conformación y relaciones de las diversas partes del cuerpo. Utilizar correctamente la nomenclatura anatómica internacional, en el enunciado de las diversas estructuras que constituyen los distintos niveles de integración del organismo humano. Aplicará los conocimientos básicos de anatomía Humana al estudio de asignaturas estrechamente relacionadas con esta ciencia.

## BIOQUÍMICA

Obj. Gral. Comprenderá del funcionamiento del organismo humano a partir del conocimiento de las funciones bioquímicas celulares.

## EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL

Obj. Gral. Analizar las relaciones de los aspectos intelectuales sociales, psicológicos y éticos con la salud bucal individual, familiar y de las comunidades.

## HISTOLOGIA, EMBRIO Y GENETICA

Obj. Gral. Determinar el valor del conocimiento de los componentes del cuerpo en detalle, tanto en los aspectos teóricos, como mediante la observación de las estructuras con la ayuda de los microscopios directamente ó de manera gráfica obtenidos con ellos.

## MATERIALES DENTALES

Obj. Gral. Evaluar correctamente la aplicación resultado de los principios fisicoquímicos relativos a la selección, manipulación y uso de los materiales necesarios en la clínica y laboratorios dentales.

## ODONTOLOGÍA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA

Obj. Gral. Desarrollará medidas de prevención a nivel individual comunitario partir el conocimiento de las características de enfermedades y alteraciones más frecuentes en la cavidad bucal, así como de la aplicación de los métodos preventivos técnicas que han probado su eficacia.

## OCLUSIÓN

Obj. Gral. Conocer e identificar los diferentes elementos que integran el sistema estomatognático y estructuras adyacentes que le permitan.

## FISIOLOGÍA

Obj. Gral. El alumno será capaz de demostrar conocimientos de las funciones básicas de la célula, tejidos, órganos y sistemas orgánicos, así como de sus interrelaciones, lo que le permitirá diferenciar lo normal de lo anormal y por lo tanto lo capacitará para establecer juicios clínicos adecuados.

## MICROBIOLOGIA

Obj. Gral. Conocer y analizar las características, tintoriales, nutricionales, metabólicas, así como el control, la patogenicidad y la virulencia de los microorganismos, identificará y diferenciará las enfermedades infecciosas de origen bacteriano, micótico y viral, conocerá los métodos y técnicas para diagnosticar las enfermedades infecciosas, así como su interpretación.

## OPERATORIA DENTAL

Obj. Gral. Una vez adquiridos los conocimientos básicos de la operatoria dental, el alumno estará en capacidad para profundizar sus conocimientos en la asignatura, adquiriendo una mayor destreza en el desarrollo de su práctica clínica, estableciendo la interrelación con las demás signaturas del área.

## PATOLOGÍA GENERAL E INMUNOLOGIA

Obj. Gral. Explicará la importancia del conocimiento de la estructura y funciones normales del organismo, así como las causas y respuestas celulares y titulares ante los diferentes estímulos del medio ambiente. Establecerá la correlación clínica con los cambios anatomopatológicos que se presentan en diferentes entidades nosológicas.

## RADIOLOGÍA

Obj. Gral. Manejar las técnicas radiográficas como un medio especializado de diagnóstico clínico.

## ANESTESIA

Obj. Gral. Estará capacitado para aplicar todas las técnicas de anestesia local o regional utilizados en cabeza y cuello.

Diagnosticará con oportunidad las complicaciones locales o generales propias de las técnicas de anestesia local.

Conocerá los procedimientos preventivos para evitar las complicaciones locales o generales propias de las técnicas de anestesia.

Se concientizará de la importancia que tiene el conocer con anterioridad a cualquier procedimiento anestésico, el estado físico del paciente para prevenir complicaciones.

## EMERGENCIAS MEDICO DENTALES

Obj. Gral. Adiestrar al alumno en las técnicas y procedimientos que deben seguirse entre las emergencias médicas en la práctica odontológica, así como aplicar medidas tendientes a evitar se complicaciones.

## PROPEDEÚTICA MEDICO ODONTOLÓGICA

Obj. Gral. Realizará diagnósticos de las alteraciones que se presentan en la cavidad bucal estructuras adyacentes, que contemplen la interacción de las manifestaciones clínicas radiográficas, aspectos epidemiológicos y datos de laboratorio necesarios para el abordaje de los problemas de salud bucal con que se va a enfrentar en la práctica privada.

## TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

Obj. Gral. Familiarizar al estudiante con los principios básicos de Cirugía que le permitan adquirir los conocimientos necesarios para el manejo de las diversas técnicas quirúrgicas.

## PERIODONTOLOGIA

Obj. Gral. Conocer los tejidos de soporte del diente, estructura histológica y características clínicas y sus funciones. Diagnosticar la enfermedad gingival y

periodontal, interpretar los fenómenos íntimos en los tejidos y la expresión clónica, definir las características de la enfermedad, identificar las causas de los procesos patológicos, aplicar medidas preventivas. Resaltar tratamiento en la enfermedad incipiente.

#### ENDODONCIA

Obj. Gral. Diagnosticará las enfermedades de la pulpa y de los tejidos periodontales, identificará y determinará los factores etiológicos responsables de las enfermedades pulpares y periapicales, Identificará con base en el diagnóstico y en la etiología, los factores que pueden afectar el progreso del tratamiento propuesto, determinará el pronóstico de los casos seleccionados para ser tratados.

#### EXODONCIA

Obj. Gral. Comprenderá la importancia de la exodoncia como base para la aplicación de los procedimientos quirúrgicos odontológicos, aplicará las distintas técnicas para la extracción dentaria, manejará adecuadamente al paciente durante el preoperatorio, transoperatorio y postoperatorio.

#### FARMACOLOGÍA

Obj. Gral. Que los alumnos obtengan los conocimientos conceptos y normas básicas para un empleo racional de los medicamentos.

#### PATOLOGÍA BUCAL

Obj. Gral. Explicará la importancia del conocimiento de la estructura y funciones normales el organismo, así como de la respuesta celular y tisular.

#### PROSTODONCIA

Obj. Gral. Al término del curso, el alumno será capaz de: manejar los materiales clínicos y de laboratorio utilizados en prostodoncia, estará capacitado

para diagnosticar, pronosticar y efectuar el plan de tratamiento del paciente totalmente desdentado, integrando los conocimientos.

#### CLINICA DE PRÓTESIS DENTAL PARCIAL FIJA Y REMOVIBLE

Obj. Gral. Evaluar las alteraciones dentarias en las que se requiere una prótesis dental fija individual, integrar los procedimientos para la obtención de prótesis dental fija individual en modelos.

#### ORTODONCIA

Obj. Gral. Realizar el diagnóstico y tratamiento de Ortodoncia, Preventiva e interceptiva, además de establecer los límites entre éstas y la ortodoncia correctiva.

#### MEDICINA BUCAL

Obj. Gral. Identificar pacientes que presentan enfermedades sistémicas mediante un correcto examen clínico, emitir juicios acerca de estado de salud general de sus pacientes, seleccionar, ordenar e interpretar en forma adecuada algunos exámenes de laboratorio ya sea con fines diagnósticos o de evaluación de enfermedades sistémicas, argumentar acerca de las repercusiones de enfermedades sistémicas en la esfera bucal, argumentar acerca de las repercusiones del tratamiento bucal en el paciente medicamentado comprometido. Identificar en forma apropiada las situaciones en que requiera de asesoría médica, referir en forma correcta y oportuna al paciente que así lo requiera.

#### CIRUGÍA BUCAL

Obj. Gral. El alumno será capaz de efectuar el tratamiento quirúrgico y cuidados post-operatorios a pacientes con alteraciones bucales que así lo requieran, previamente habrán realizado la historia clínica y sabrán indicar los estudios de gabinete, laboratorio, formularán el diagnóstico, planeará el tratamiento y establecerá el pronóstico en base a datos ya obtenidos.



## ODONTOPEDIATRIA

Obj. Gral. Reconocer la finalidad de la Odontopediatría y la relación que presenta con las demás asignaturas, manejar los diferentes patrones de conducta, que presentan los niños de acuerdo a su edad, elaborar la historia clínica, emitiendo el pronóstico, diagnóstico, y plan de tratamiento correspondiente, resaltar los tratamientos correspondientes a cada caso en particular, remitiendo los que no son de su competencia.

## CLINICA INTEGRAL DE ADULTOS

Obj. Gral. Continuar profundizando sus conocimientos, las cuales le permitirán desarrollar su trabajo en forma integral, realizar el diagnóstico, pronóstico y tratamiento adecuado de los procedimientos comprendidos dentro de la odontología conservadora, exponer y discutir casos clínicos interdisciplinarios, adquiriendo la capacidad para limitar su campo de acción y la relación que guarda con los demás especialidades.

## CLINICA INTEGRAL DE NIÑOS

Obj. Gral. Aplicar e integrar los conocimientos adquiridos en años previos y ejercitar las habilidades y destrezas necesarias para la promoción de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los procedimientos dentro del campo de la odontología general es decir el tratamiento integral de los padecimientos infantiles.

La medicina tradicional instruye al odontólogo para realizar un examen completo de la cavidad oral y para planificar un tratamiento basado en esos hallazgos. Acto seguido, el odontólogo presenta el caso al paciente y recomienda un plan de tratamiento explicando todos los riesgos de fracaso que este tiene, este plan debe incluir también, recomendaciones tanto para corregir los trastornos ya presentes como para prevenir la aparición de otros en el futuro.

El odontólogo de práctica general debe reconocer los límites de su capacidad profesional, consolidar el criterio clínico y las actitudes de responsabilidad profesional en la práctica clínica.

Debe poseer los conocimientos científicos y la habilidad para realizar los siguientes procedimientos:

- ❖ Establecimiento del diagnóstico de presunción.
- ❖ Indicación, ejecución e interpretación de los procedimientos auxiliares de diagnóstico.
- ❖ Terapéuticos indicados:

#### OPERATORIOS:

Aislamiento absoluto del campo operatorio en todos los procedimientos.

Técnicas de Anestesia.

Obturación con amalgama en clases I, II, y V.

Restauración con estructuras coladas en clases I y II.

Restauración con resinas compuestas en dientes anteriores y posteriores.

Restauración con retención adicional con pines.

Restauración cerámicas individuales, coronas metal-cerámicas y metal acrílico.

Colocación de coronas de acero cromo y celuloide en primera dentición.

#### EDODONTICO

Protección pulpar.

Pulpotomía.

Necropulpotimía.

Tratamiento del sistema de conductos radiculares.

Necropulpectomías.

Biopulpectomías.

Trabajo biomecánico de S.C.R.

Obturación del S. C. R.

Reconstrucción de dientes tratados quirúrgicamente.

## QUIRÚRGICOS

Extracción de dientes.  
Extracción de dientes incluidos.  
Extracciones seriadas.  
Extracciones de restos radiculares.  
Regularización de procesos.  
Profundización de vestibulo.  
Curetaje periapical.  
Apicectomías.  
Obturación dretrograda.  
Hemisección radicular.  
Hemiresección.  
Radisectomía.  
Curetaje cerrado.  
Curetaje abierto.  
Frenotomía.  
Gingivectomía.  
Injertos gingivales.  
Cuñas.  
Operculectomías.  
Osteoplastias.  
Osteotomía.  
Injerto óseo.  
Biopsias.  
Transpates.  
Implantes endodonticos.  
Reimplantes.  
Reducciones quirúrgicas de fracturas.  
Reducción de luxaciones de las articulaciones.

## PROTESISCOS Y DE REHABILITACIÓN

Prótesis fija:

- ❖ Individual.
- ❖ Parcial.

Prótesis removible:

- ❖ Totales muco y dento soportadas.
- ❖ Parciales dento y muco soportadas.
- ❖ Prótesis inmediata.
- ❖ Reparaciones y rebases.
- ❖ Prótesis con aditamentos.
- ❖ Prótesis en niños.

Guardas oclusales y ajustes.

## FARMACOLOGICOS

Administración de formas farmacológicas por diferentes vías.  
(intramuscular, intravenosa, infiltración subcutánea.)

Empleo y manejo de medicamentos:

Antisépticos.

Antibióticos.

Anestésicos locales.

Analgésicos.

Antihistamínicos H1.

Antiinflamatorios no esteroideos.

Benzodiazepinas Miorelajantes.

Vitaminas.

Corticoesteroides.

Flúor.

Con toda esta información podemos concluir que los alcances del Cirujano Dentista de práctica general, puede realizar el 100% de los procedimientos de su práctica, esto dependerá de la capacidad y habilidad con que cuente, así como la complejidad del tratamiento, ante algún procedimiento llevado a cabo y que con esto cause daño al paciente, la legislación solicita el dictamen de un perito experto en la materia quien dictará si existió negligencia, impericia o dolo al actuar.

### **3.3. ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

La odontología se desarrolla con éxito en el siglo XX por los que nacen 8 especialidades distintas en principio, Ejemplo de esto en Estados Unidos de Norte América se forman tribunales examinadores para evaluar cada especialidad en el siguiente orden:

Ortodoncia 1930.

Cirugía Oral 1946.

Patología Oral 1948.

Prótesis 1948.

Odontopediatria 1949.

Salud Pública dental 1951.

Endodoncia 1964.

#### **3.3.1. ORTODONCIA**

A la mitad del siglo XIX se presta atención a la irregularidades en la posición de los dientes anteriormente el tratamiento de estos casos era considerados parte de la prótesis. En 1880 el Dr. Norman W. Kingsley (1829-1913) considerado como el padre de la ortodoncia publico su "*Treatise on Oral Deformities as a Branch of mecánica Surgery*", constituye con muchos procedimientos prácticos de su propia invención, como el anclaje occipital, realiza el primer intento de sistematizar el tratamiento de las anomalías de la oclusión, de ahí siguieron John N. Farrar, 8

años después, publica *"Teatise on the irregulati3n of the Teeth end Their correcti3n"*, al a3o siguiente Sim3n Guilford publica "Orthodontia", libro adoptado en las escuelas de Odontolog3a.

La aparici3n de la Ortodoncia como especialidad se debe a los trabajos de Edward Hartley angle (1855-1930), Licenciado en Pennsylvania college of Dental surgery en 1878, siendo investigador y docente en distintas universidades como son U. de san Luis, U. de Minnesota.

La conciencia de la necesidad de una base cient3fica en que apoyar sus ense3anzas, le lleva a desarrollar una clasificaci3n de las maloclusiones basada en la relaci3n de los primeros molares, siendo Angle el primero en fundar una escuela para esta especialidad en le a3o 1990 la Angle's school of Orthodontia que atrajo a estudiantes de gran parte de os Estados Unidos de Norte America.

En 1910 Angle Organiza la Am3rica Society of Orthodontis, nombr3ndose el primer presidente.

Esta especialidad se encarga de corregir las irregularidades en la oclusi3n dentaria, estudia la relaci3n dentaria y el desarrollo de los maxilares. La duraci3n de la preparaci3n de esta especialidad es de 2 a 3 a3os, tiempo en el cual el Cirujano Dentista titulado, adquiere conocimientos espec3ficos para el diagnostico y tratamiento de la malposici3n dentaria.

### **3.3.2. CIRUGIA ORAL**

Esta especialidad tiene sus or3genes en el trabajo de Sim3n D. Hullihen (1810-1857) Dee West Virginia, el cual en la d3cada de 1840 y 1850 ejerce ampliamente la cirug3a oral, siendo m3dico de profesi3n obtiene con honores del Baltimore College of Dental Surgey en 1843, establece un peque3o hospital en Wheeling dedicado exclusivamente a pacientes de cirug3a oral.

Jammes E. Garrestson (1828-1893) en 1856 recibe su título Odontológico, maestra en la Philadelphia School of Anatomy en 1869 fue nombrada "Cirugía Oral" por el hospital de la universidad de Pensilvania, el primer título oficial del campo de la Odontología, en 1869 publica su primer libro titulado "A treatise on the Diseases and surgery of the Mouth, laws and associated parts" Dentista renombrado de esa época empieza a limitar sus actividades a la cirugía de la región oral como fueron, trauma W. Brophy y portando técnicas especiales en el tratamiento de labio y paladar fisurado, Mathen W. Cirer, inventa la técnica de eliminación de una parte de la mandíbula para corregir el prognatismo.

Thomas L. Giline innova el tratamiento de fracturas de maxilares otro cirujano famoso ya en el siglo XX fue Varaztan H. Kazajan participa en campos de batalla en Europa, siendo nombrado mayor honorario en el ejército británico y encabezando un servicio único, en cirugía aportando técnicas novedosas en la construcción de férulas para heridas faciales y reconstrucción, especializándose en cirugía plástica al regresar a América, obtiene subtítulo de Médico y se dedicó exclusivamente a reparar defectos faciales, recordando como padre de la moderna cirugía plástica, fue como dentista que Kazanjian empezó su carrera.

La cirugía oral fue reconocida en general como especialidad odontológica antes que ninguna otra en América.

El Journal of Oral Surgery, fue lanzado hasta 1942.

En abril de 1972, la comisión de especialidades médicas de la CEE define la Cirugía oral y maxilofacial como "la especialidad que comprende el conjunto de conocimientos teóricos-prácticos necesarios para el diagnóstico, pronóstico y tratamiento médico-quirúrgico-ortopédico y protético de las anomalías y afecciones congénita o adquirida de los órganos y estructuras de esta región, el de prevenir o restablecer las funciones amenazadas por trastornos patológicos tratar de curar las lesiones de los tejidos restableciendo la forma"

En 1992, la Internacional Association of Maxilofacial Surgeons presenta su documento Internacional guidelines for speciality training in oral and maxilofacial surgery", estableciendo los principios que deben regir la formación del cirujano oral

y maxilofacial, en él se establece que esta formación debe proporcionar una secuencia completa y progresiva de experiencia en pacientes ambulatorios, ingresados y urgencias.

El espectro de la cirugía maxilofacial incluye, pero no está limitado, el manejo de las enfermedades de la región oral y maxilofacial, cirugía dentoalveolar y control del dolor, cirugía preprotésica, patología y medicina oral, enfermedades de la ATM, Traumatismo facial, Oncología, incluyendo glándulas salivales, cirugía estética, reconstructiva, ortognática y craneofacial.

Como límites de esta especialidad diremos que la anatomía quirúrgica de la cara permite la división de la misma en tres sectores que corresponden grosamente a los tercios faciales.

La cirugía bucal es única entre las especialidades quirúrgicas por el hecho de que se identifica fuertemente con la odontología. Esta es una relación adecuada, dado que el complejo conocimiento de la odontología es un requisito previo del cirujano bucal calificado.

### **3.3.3. ODONTOPIEDIATRIA**

En 1923 el Dr. Walter Mac Bride con 14 Dentistas más forman a Pedodontic Study Club, para ampliar y mejorar al atención infantil odontológica, en 1925 se une el Dr. Samuel Harris con quien funda la América Society for the Promoción of Children's Dentistry, con Mc. Ride como presidente dos años más tarde, en el primer congreso en 1928 en Minneapolis impulsa la aparición del Journal of Dentistry for Childen.

En 1940 la organización cambia su nombre por el de Americana Society of Dentistry for Childen siendo el primer examen de esta especialidad en 1949 en la Universidad de Northwestern.

En 1960 hay 18 programas de licenciatura y 17 programas de posgrado en odontopediatría en Estados Unidos.



1995, La cámara de delegados de la ADA adopta una nueva definición para la especialidad que es: "Odontología pediátrica es una especialidad definida conforme a la edad del paciente que proporciona cuidados de salud bucal preventivos y terapéuticos primarios y totales a lactantes y niños hasta la adolescencia, incluidos los menores con necesidades de cuidados bucales especiales."

La odontología pediátrica es la odontología orientada al tratamiento de la población infantil, su razón de ser de la odontopediatría son los problemas dentales y bucofaciales que presentan los niños.

Las técnicas de restauración, el tratamiento pulpar, el mantenimiento del espacio y la ortodoncia interceptiva son aspectos fundamentales de este ámbito en una era que todavía no termina.

#### **3.3.4. PERIODONCIA**

Esta especialidad tiene sus orígenes con John M. Riggs quien extrajo bajo efectos de la anestesia la muela de Horace Wells Riggs, la cual introduce técnicas para el tratamiento de las enfermedades periodontales desde entonces llamadas enfermedad de Riggs.

A principio de siglo XX el tratamiento quirúrgico de las inflamaciones periodontales fue acometido por numerosos dentistas, promoviendo numerosos estudios de microbiología en la cavidad oral.

Esta especialidad se encarga del manejo de los problemas parodontales: encías cemento, raíz, y ligamentos parodontales. Su finalidad principal es la preservación de los tejidos de soporte de los dientes.

## CAPITULO IV:

## CAPITULO IV

### RESPONSABILIDAD DE LA MALA PRÁCTICA

Consideraciones previas:

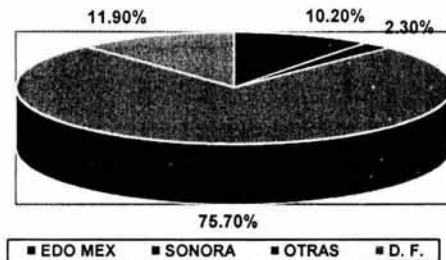
Al hablar de responsabilidad profesional, estamos hablando de consecuencias serias, debido a que implica la pérdida de la libertad o inhabilitación del profesionista para continuar ejerciendo, independientemente de la indemnización por daños y perjuicios y reparación del daño, que como ya vimos, resultan difíciles de cuantificar.

El riesgo de error es una constante que acompaña a la participación humana en todas sus actividades, a pesar de que los errores no siempre son tan graves como para producir la muerte de los pacientes en la atención odontológica, pero en cambio si pueden producir daño a la integridad física como es la pérdida del órgano dentario, en México son recibidas y registradas por la CONAMED quejas y conflictos por atención odontológica, esta instancia se encarga de analizar estos datos y emitir recomendaciones.

De estos datos podemos comentar que las quejas recibidas por entidad federativa el D.F. tiene el 75.7%, Gráfica 1, en el tipo de procedimiento se reporto que la ortodoncia con 25.6% el mayor porcentaje, seguido de la prótesis con 24.4%, endodoncia con 13.3%, exodoncia 12.2, cirugía bucal al igual que la operatoria con un 7.8%, implantes con 6.7% y por ultimo la parodoncia 2.2%, no dejando de recordar que cualquiera de estos procedimientos nos puede dar como resultado la pérdida del órgano dentario. (10)

ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA

**Gráfica 1. Quejas de odontología por entidad federativa**

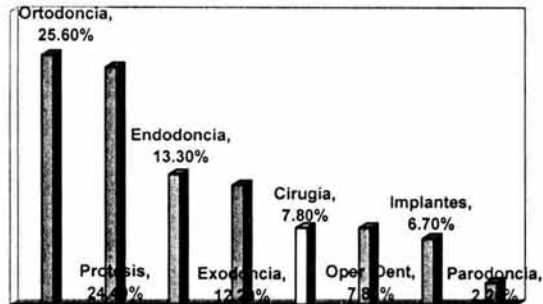


La CONAMED identifica el problema cuyo origen se encuentra principalmente en la relación medico-paciente, siendo lo más comunes:

- ❖ Maltrato del paciente.
- ❖ No se proporciona al paciente y sus familiares explicaciones sobre su tratamiento en términos accesibles.
- ❖ No se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento.
- ❖ No se informa el costo y riesgo/beneficio de la atención (probabilidades del fracaso del tratamiento).
- ❖ Inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio.
- ❖ Delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal.
- ❖ Modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

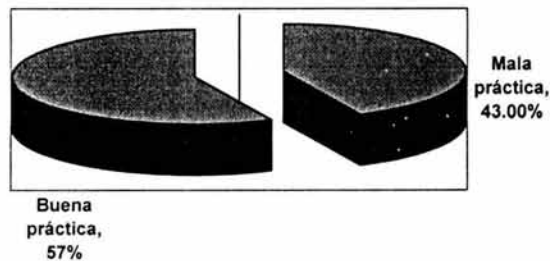
Al realizar el análisis de los casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, llevado a cabo en estudio realizado por la CONAMED (100 casos), se observó que el 57 % de los casos existió buena práctica y 43% tuvieron alguna deficiencia en la atención brindada y 43% tuvieron alguna deficiencia en la atención desde el punto de vista de la valoración integral realizada por CONAMED (mala práctica).

**Gráfica 2. Quejas de Odontología por tipo de procedimiento**



Las causas más comunes de la mala práctica son en primer lugar, la falta de comunicación entre odontólogo-paciente, en segundo lugar, la emisión de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia sus pacientes, en tercer lugar, el cumplimiento de obligaciones (ausencia de expediente clínico y consentimiento informado, de resultados insatisfactorios, de seguridad riesgos innecesarios), en quinto lugar anteponer la técnica rehabilitatoria múltiples a las técnica Preventivas, en sexto lugar ética profesional deficiente. (10)

**Gráfica 3. Tipo de práctica odontológica**



La CONAMED enfatiza que el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son las razones que sustentan el existir de la profesión odontológica.

#### **4.1. IATROGENIA**

Iatrogénicas del griego "iatrós": médico y "guenan": producir, designa aquello que puede causar daño y que procede directamente e indirectamente del médico y "iatrogénico" califica un daño producido, de origen médico. Es decir, el primero para la causa y el segundo para la consecuencia.

El acto iatrogénico lo clasifican en médico e institucional. El acto iatrogénico médico es el realizado por el profesional médico propiamente dicho, el acto iatrogénico paramédico también contemplado, es el producido por un agente auxiliar o especialista no médico en el curso de una actividad en conjunto de índole médica. El acto iatrogénico médico y paramédico puede ser individual o colectivo.

El acto iatrogénico institucional lleva implícita, como causa básica, la organización del Centro Asistencia u Organismo de Salud.

El acto iatrogénico puede ser por comisión u omisión, según se cause daño por lo que se hace o por lo que no se hace y debió hacerse. (19)

A nivel general se maneja como iatrogénica directa la que produce el médico por el mal uso de la palabra, el comportamiento, los instrumentos ó los medicamentos.

El error médico es todo acto de tipo profiláctico, diagnóstico o terapéutico que no corresponde con el real problema de salud del paciente.

La infracción en todo acto médico en que se manifieste indolencia, negligencia, abandono o impericia, no sólo ante el paciente, sino ante todo su trabajo, su centro, sus compañeros. Es decir, que este concepto abarca toda

violación cometida por el médico, de normas disciplinarias, administrativas ó éticas y podrá incidir en un daño al paciente ó no, al igual que el error médico que, es detectado a tiempo puede no repercutir ó cuasar iatrogénica.

El tema de la iatrogénia es muy amplio, su interpretación depende mucho del tiempo, modo y lugar del acto médico que se trate y la estructura socio-económica en la cual los participantes están inmersos para este estudio era importante entender el concepto básico.

## **4.2. ERROR MEDICO**

Nadie tanto como el trabajador de la salud penetra tan profundamente en la vida del ser humano, la actividad del médico se desarrolla en una atmósfera de tensión permanente y las imperfecciones de la ciencia médica crean una posibilidad para cometer errores o fallas.

Cuando el odontólogo, cumpliendo sus deberes profesionales se equivoca sin premeditación, comete una falla o error que a diferencia de la infracción o del crimen, no se debe a la mala intención, por consiguiente no implica responsabilidad legal.

Existen dos grandes grupos de error o falla dependiendo de su naturaleza: fallas objetivas y fallas subjetivas.

Las objetivas no dependen ni de los conocimientos ni de la experiencia del clínico, las subjetivas por lo contrario si.

Las causas más frecuentes de fallas objetivas son:

- ❖ La hospitalización tardía del paciente y la gravedad de su estado que impide la exploración necesaria y completa.
- ❖ Formas poco comunes de enfermedades difíciles para diagnósticas.

- ❖ Enfermedades sin una sintomatología clara.
- ❖ Respuesta incorrecta e incoherente del paciente.
- ❖ Ausencia de posibilidades de realizar exploraciones especiales de laboratorio y radiológicas.
- ❖ Imposibilidad de realizar consulta.

Las causas más frecuentes de los errores subjetivos son:

- ❖ Preparación insuficiente del médico.
- ❖ Recolección incompleta de los datos anamnésticos.
- ❖ Exploración general del paciente tardía e incompleta.
- ❖ Ausencia de estudios de laboratorio y otras exploraciones especiales teniendo posibilidad de hacerlo.
- ❖ Sobre valoración de los datos de laboratorio y otras exploraciones especiales Establecimiento del diagnóstico al través de la misma.
- ❖ Sobre valoración del diagnóstico establecido en las inter consultas.
- ❖ Minusvaloración del diagnóstico establecido en las interconsultas.
- ❖ Ausencia de interconsulta cuando ella era necesaria y posible.
- ❖ Vacíos en el expediente clínico y en el mismo diagnóstico.

Las fallas subjetivas, dependen de los conocimientos, hábitos, habilidades, capacidad de disciplinar el pensamiento clínico y otros. En este caso motivo de estudio.

#### **4.3. IMPERICIA**

Es muy frecuente que el odontólogo invada campos o especialidades que no domina, sin tener los conocimientos y experiencia, esto debido a exceso de confianza, comprometiendo la integridad del paciente y hasta la vida.

Por lo que el paciente al no obtener el resultado prometido, hace uso de sus derechos pidiendo se le repare el daño, es entonces cuando se inicia el conflicto.



Para determinar la responsabilidad del odontólogo, es ingerente señalar que las especies de la mala práctica reconocidas en el derecho mexicano son la impericia, negligencia y el dolo,<sup>(17)</sup> esto contemplado en la artículo 2615 del Código Civil para el Distrito Federal en materia común que a pie dice:

*"El que preste servicios profesionales sólo es responsable, hacia las personas a quienes sirve, por negligencia, impericia o dolo..."*

Para caracterizar lo anterior precisaremos los siguientes conceptos:

- ❖ Impericia- Falta de conocimiento, exposición innecesaria a riesgo por falta de conocimiento. <sup>(9)</sup>
- ❖ Negligencia- Falta de cuidado ó atención en el cumplimiento de las obligaciones. <sup>(9)</sup>
- ❖ Dolo- Intención de dañar.<sup>(9)</sup>

El común de la doctrina jurídica identifica también, dentro de la impericia a la temeridad, también designada impericia temeraria y ésta se define como:

"El sometimiento a riesgos innecesarios a causa de la falta de conocimiento del personal". <sup>(17)</sup>

No es el propósito del presente examinar el grueso de los planteamientos teóricos, por tanto, que en términos de interés para este trabajo, nos enfocaremos a la impericia odontológica, así como a los elementos supracitados en capítulos anteriores para evaluar los casos de esta se cometa.

El desconocimiento teórico y práctico de los tratamientos dentales, son resultado de la falta de calidad en la preparación académica en un profesional de la salud bucal, como ya analizamos en el capítulo anterior el Cirujano Dentista de práctica general debe de contar con los conocimientos y experiencia necesarios para dar un diagnóstico y pronóstico en 99% acertado, esto basado en la historia

clínica y auxiliado de los métodos de diagnóstico, así como formular un plan de tratamiento adecuado.

El profesional tiene que conocer sus propios alcances, si el plan de tratamiento, los rebasan, ya sea el su área ó en otra, debe remitir y/o solicitar ínter consulta, con el especialista adecuado, tiene también la obligación de informar al paciente del por que de su actuar.

Así, podemos señalar que la inmensa mayoría de actos terapéuticos han de ser interpretados en términos de los principio científicos y ético que orientan la práctica odontológica, atendiendo a la *lex artis* y a la deontología medica.

La *lex artis* definida como: "*el criterio valorativo de la concreción del correcto acto médico ejecutado por el profesional*", la mercan los pueblos, profesionistas, legisladores, tanto como las circunstancias que casi siempre propician un especial modo de actuar y de entender las reglas.

Aunado a lo expuesto, parece necesario precisar a algunas recomendaciones para tener elementos objetivos acerca del tema:

- ❖ En cada proceso terapéutico es imprescindible definir el límite de responsabilidad de cada uno de los integrantes del equipo de salud.
- ❖ Para establecer el grado de culpa será necesario revisar en todas y cada una de las partes, el procedimiento seguido.
- ❖ En cada caso será necesario retrotraerse a las circunstancias de modo, tiempo y lugar de la atención evaluada.
- ❖ Determinar si las consecuencias lesivas para la salud ó la vida del paciente no tuvieron origen en su imprudencia.
- ❖ La evidencia documental será imprescindible y la carencia de la misma será atribuida al personal ó establecimiento odontológico, ó a ambos.

- ❖ Se evaluará los fines que perseguía el odontólogo; si estos fueron ilícitos invariablemente al acto biomédico se estimaría la mala práctica y por ende se tratará de un caso de responsabilidad.

## **CONCLUSIONES:**

## CONCLUSIONES:

Como conclusión final diremos que en la actualidad los odontólogos enfrentan múltiples retos en su práctica como son: el desarrollo científico y tecnológico, mayor información del profesional como del paciente situación que a modificado la relación medico-paciente llevando a la falta de comunicación, insatisfacción del tratamiento y reclamo, que pueden llegar hasta demandas, por lo que en la actualmente se ha implementado la práctica de la "Medicina Defensiva".

La exigencia legítima de la población que recibe una atención odontológica no oportuna y no de calidad suficiente, que con esto se afecte su integridad física, estética y/o función, termina en conflicto con el profesional de la salud bucal por lo que este debe conocer y cumplir con sus derechos y obligaciones.

La legislación sanitaria, civil y penal en México, contemplan el acto biomédico en este caso la atención odontológica en sus artículos, estos dictan normas que debe de cumplir el cirujano dentista para el correcto ejercicio de su profesión, no así son explícitos los términos en que se examina la legítima intervención del profesional de la salud bucal, ante la impericia profesional.

Por otro lado es importante que el odontólogo general reconozca sus limitaciones y sus alcances, contar con los principios básicos en materia jurídica y deontológica, estar siempre actualizado en los avances científicos y tecnológicos. Así como dignificar siempre y todo momento a la profesión.

## **RECOMENDACIONES:**

## RECOMENDACIONES:

Expuesto lo anterior pasaremos a glosar principios generales básicos que debe conocer el profesional de la salud bucal, como recomendación.

1. Realizará su actividad profesional de conformidad con los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica.
2. Sólo podrá llevar a efecto su actividad, si cuenta con la capacidad profesional necesaria y posee la documentación comprobatoria de los estudios realizados por las instituciones educativas facultadas y registro ante las autoridades educativas. La cédula profesional y, en su caso, el registro de la especialidad son los instrumentos probatorios de haber registrado la documentación.
3. En el caso de personal técnico y auxiliar priva igual principio, es decir, deberán contar con el entrenamiento necesario y poseer los certificados de estudios respectivos, los cuales se registran ante las autoridades educativas.
4. El personal médico deberá manifestar sus servicios mediante un rotulo que indique el horario de asistencia al establecimiento.

En sus recetas deberá incluir:

- ❖ Su nombre completo.
  - ❖ El señalamiento de la institución que le hubiere expedido el título profesional y, en su caso el certificado de especialidad.
  - ❖ Su número de cédula profesional.
  - ❖ El domicilio del establecimiento.
  - ❖ La fecha de expedición de la receta.
5. El personal médico que deberá atender cualquier caso de urgencia para el que se requiera su concurso, hasta en tanto prueba referir al paciente a un centro de atención hospitalaria, o bien hasta el momento que no fueren necesario sus servicios.

6. Deberá proporcionar a los pacientes y, en su caso a los familiares o representantes de los mismos, información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento correspondiente.
7. Deberá proporcionar un resumen clínico a sus pacientes, cuando éstos lo soliciten.
8. Deberá poner a la vista de sus pacientes sus título profesional y los certificados de especialidad que acrediten sus estudios.
9. No podrá realizar ninguna intervención profesional si no cuenta con el pleno consentimiento del paciente o su representante legal.
10. Se exceptúa de esta regla la atención de urgencias en la cual merced a la teoría del consentimiento presunto se entiende facultado el personal para intervenir ante la incapacidad transitoria o permanente del paciente. Cuando se trate de una urgencia hospitalaria la decisión de internamiento podrá ser tomada por dos médicos facultados por el hospital, quienes harán la anotación respectiva en el expediente.
11. Será obligatorio obtener carta de consentimiento bajo información en lo siguientes casos:
  - ❖ Ingreso hospitalario
  - ❖ Intervención quirúrgica
  - ❖ Amputación, mutilación o extirpación orgánica
  - ❖ Empleo de anestesia general
  - ❖ Uso de medios invasivos.
  - ❖ Empleo de medios definitivos de planificación familiar.
  - ❖ Actos de disposición de órganos, tejidos y cadáveres humanos.
  - ❖ En general para actos que entrañen alto riesgo.
12. Deberá participar en programas de educación para la salud
13. Deberá allegarse los insumos indispensables a su práctica profesional.
14. Deberá llevar un registro diario de paciente en el consultorio.
15. Deberá hacer las anotaciones necesarias en el expediente clínico y conservar éste por un plazo mínimo de 5 años. La regla general de derecho sanitario



informa que la falta de documentación médica es imputable al odontólogo, salvo prueba en contrario.

## RECOMENDACIONES PARA LA MEJORAR LA PRACTICA ODONTOLOGICA CITADAS POR LA CONAMED

### **1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.**

- ❖ Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.
- ❖ Intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva.
- ❖ Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios bucales preexistentes.
- ❖ Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo.

### **2. Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.**

Atender a los contenidos de las siguientes disposiciones:

Ley General de Salud.

Área consultorio:

Art. 59, NOM 178 SSA1-1998, NOM 197 SSA1-2000

Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

Botiquín Urgencias:

Art. 245 Reglamento Ley General de Salud

El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas son insumos que establecen las NOM 013-SSA21994, NOM 198-SSA1-1998, NOM 1997-SSA1-2000.

Curso básico de RCP:

Art. 245 Reglamento Ley General de Salud.

Los cirujanos dentistas y personal auxiliar del consultorio dental sin excepción deben contar con curso básico de RCP. NOM 013 SSA-2-1994.

Receta Médica:

Art. 37 y 64 del Reglamento Ley General de Salud.

Debe contener: Nombre del médico, Nombre de institución que la expide título y Cédula Profesional, Domicilio y Nombre del establecimiento y Fecha de expedición.

Instrumental y equipo:

Art. 245 del Reglamento Ley General de Salud.

El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a la NOM 1997-SSA-2000 y NOM 178-SSA1-1998.

Normas Oficiales Mexicanas. Marco Legal.

NOM013 SSA-1994 Para la prevención y control de enfermedades bucales

NOM010 SSA-1993 Para la prevención y control de infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

NOM087 ECOL-1997 Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de

residuos peligrosos biológicos-infeccioso que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológica.

NOM 168SSA2-1998 Del expediente clínico.

Ley Reglamentaria del Artículo 5° constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal.

Obligación de medios: todos los recursos empleados para poder obtener un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico y la elaboración de expediente clínico.

Obligación de seguridad: son todos los medios utilizados para prevenir cualquier accidente.

Obligación de resultados: la odontología en algunos procedimientos podrá comprometer resultados, pudiendo ser estos funcionales o estéticos.

### **3. Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares ó representantes legales.**

Establecer una comunicación clara, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares.

Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.

Enterar de la posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico, así como de sus riesgos y beneficios, si crear falsas expectativas.

Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca.

Proponer, las alternativas idóneas para el tratamiento del paciente, considerando para ello las circunstancias de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos científicos.

Respetar los derechos del paciente, así como de otros profesionales de la salud.

Ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales demostrando empatía e interés por su padecimiento.

**4. Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.**

El expediente es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación del profesional de la salud bucal y el paciente, desde el punto de vista jurídico y clínico.

Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.

Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.

Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio.

Elaborar el expediente de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso.

**5. determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.**

- ❖ Considerar al paciente como un ente integral.
- ❖ Evitar simular o demorar tratamientos.
- ❖ Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional.
- ❖ Recurrir a una actualización continua.
- ❖ Salvaguardar siempre la integración física del paciente fomentar n atención especializada y multidisciplinaria cuando el aso lo requiera.
- ❖ El profesional de la salud bucal tiene el ver de brindarse el servicio de su actuar con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares.

(Publicado en revista CONAMED, Vol. 8, Núm. 1 enero-marzo 2003.)

Con todo el acervo de valores y las elevadas metas que le plantea el ejercicio profesional, el odontólogo no puede convertirse en el pequeño comerciante que vende sus servicios como cualquier mercader, pues es indigno que comercie con la salud y la personalidad y mucho menos que trafique con el dolor de quienes ha depositado en él su confianza.

## **G L O S Á R I O:**

## GLOSARIO.

**Atención médica.** El conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

**Arbitrario.** Persona que comete alguna arbitrariedad que se realiza sin justificación legal, moral ni racional.

**Consenso.** Asenso, consentimiento ó conformidad con alguna pretensión ó propuesta.

**Contrato.** Convenio en virtud del cual se produce ó se transfiere una obligación ó un derecho.

**Daño.** Pérdida ó menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento vista legal, de una obligación y perjuicio de la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haber obtenido con el cumplimiento de la misma.

**Daño Moral.** Es aquel afecto a la vida de una persona, a su bienestar a su honor etc.

**Delito.** Acto u omisión constitutivo de una infracción de la ley penal, según el artículo 7 del C. penal del D.F.

**Delito Doloso.** Delito intencional

**Demandante.** Toda aquella persona que para sí ó para otro, solicite la prestación de servicios de atención médica.

**Derecho.** En general se entiende por derecho todo conjunto de normas eficaz para regular la conducta del hombre siendo su clasificación más importante de derecho positivo y derecho natural.

**latreogenia.** La lesión generada a un paciente a consecuencia de una atención legítima a la salud, a título de riesgo calculado en términos del *lex artis* médica.

**latropatogenia.** La lesión generada a un paciente a consecuencia de impericia, temeridad, negligencia ó dolo del personal de salud.

**Impericia.** La falta de conocimiento imputable al personal de salud.

**Legislación.** Actividad desarrollada por el órgano legislativo para la creación del derecho.

**Legislar.** Crear derecho.

**Legal.** Prescrito por la ley. // Recto.

**Legítimo.** Con fundamento en la ley.

**Lesión.** Vicio del que resulta afectado un contrato conmutativo cuando existe en el una desproporción inequitativa entre las prestaciones recíprocas de las partes, susceptibles de cuasar a una de ellas un daño a perjuicio, en atención al cual, y a origen, esta quede legalmente autorizada para reclamar la rescisión.

**Lesiones.** Bajo este nombre que dan comprendidas, no solo las heridas excoriaciones, contusiones, fracturas, dislocaciones, quemaduras, sino toda alteración en la salud, y cualquier otro daño que deje huella material en el cuerpo humano si estos factores son producidos por una causa externa.

**Ley.** Norma jurídica obligatoria y general dictada por legítimo poder para regular la conducta de los hombres ó para establecer los órganos necesarios para el cumplimiento.

**Lucro.** Ganancia / provecho.

**Negligencia.** Descuido, desgana ó falta de atención en el cumplimiento de las obligaciones ó en el ejercicio de lo derechos.

**Obligaciones.** Sanción pena ó represión Aprobación de la ley por el titular del poder ejecutivo.

**Validez.** Calidad del acto jurídico que no se halla afectado, por vicio alguno que, por tanto, es idóneo para surtir su efecto característico.

## B I B L I O G R A F I A :



## BIBLIOGRAFÍA.

1. Achaval, Alfredo, Responsabilidad Civil del Médico, 2da. Ed., Edit. Abeledo-Perrot, Buenos aires, 1996.
2. Amuchategui, Requena, Irma G., Derecho Penal, Edit. Harla, México, 2000.
3. Aspectos Éticos y Médicos-Deontológico, México, Universidad Veracruzana, 1998.
4. Castellanos, Fernando, Lineamientos elementales del derecho penal, 39na. Ed., Edit. Porrúa, México, 1998.
5. Código de Procedimientos Penales para el D. F., Edit. SISTA, México, D. F., 2003.
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial SISTA, 1ra. Edición, México D. F., 2003.
7. Cosme Gay Escoba, Leonardo Berino Aytes, Cirugía Bucal, Edit. Ergon, S.A. 1999, Madrid, España.
8. De la Trevin Sergio, Iatrogénica y el Derecho Penal., Edit. Salvad, México, 1991.
9. De Piña, Rafael, Diccionario del Derecho, Editorial Porrúa, 1999, México, D. F.
10. González Barrón S., Triana Estrada, Revista CONAMED, Vol. 8, Núm. 1, enero-marzo 2003.

11. Ibarra Fernández Carlos P., Responsabilidad profesional en la relación directa médico-paciente, Universidad Anahuac, México, 2000
12. Legislación Sanitaria, Editorial Delma, 1ra. Edic. , México D. F., 2003.
13. Leyes y Códigos de México, Código Civil para el DF. , Editorial Porrúa 70va. Edición, México, D.F., 2003.
14. Lorenzo y Montero, Ricardo D., Conocimiento Informado, Asociación Española de Derecho Sanitario, México, 1997.
15. Manual Jurídico de la Profesión Médica, Madrid, Dykinson, 1998.
16. Malvin E. Ring, Historia de la Odontología, Edit. Mosby/Douma Libros, 2000.
17. Mata, Octavio R., La Atención Médica y el Derecho Sanitario, Edit. Ciencia y Cultura Latinoamericana, México, 1999.
18. Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, Editorial SISTA, 1ra edición, México, D. F., 2003.
19. La responsabilidad profesional del médico y los derechos humanos, México, UNAM.

## A P E N D I C E:

## A P E N D I C E.

### **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.-  
Secretaría de Salud.

### **NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998, DEL EXPEDIENTE CLINICO.**

JOSE IGNACIO CAMPILLO GARCIA, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, con fundamento en lo dispuesto en los artículos 39 fracciones VI, VII y XXI de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones I, II, III, VII, IX, XV, XVI, XVII y XXII; 13 apartado A, fracciones I y IX, 27 fracciones II, III, V, 32, 33, 45, 47 último párrafo, 48 y 51 de la Ley General de Salud; 1o., 2o. fracción II inciso c), 38 fracción II, 40, fracciones III, XI y XIII, 41, 44, 46 y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 10 y 32 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 23 fracciones II y III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

### **CONSIDERANDO**

Que con fecha 7 de diciembre de 1998, en cumplimiento del acuerdo del Comité y de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios a la Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud.

Que las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité fueron publicadas previamente a la expedición de esta norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47, fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, se expide la siguiente: Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

## **PREFACIO**

En la elaboración de esta Norma participaron:

### **SECRETARIA DE SALUD**

Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario  
Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud  
Dirección General de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios  
Subsecretaría de Coordinación Sectorial  
Secretariado del Consejo Nacional de Salud  
Coordinación de Salud Mental

Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez  
Hospital Psiquiátrico Infantil Dr. Juan N. Navarro  
Hospital Psiquiátrico Dr. Samuel Ramírez Moreno

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades  
Coordinación de Vigilancia Epidemiológica  
Dirección General Adjunta de Epidemiología  
Dirección General de Salud Reproductiva  
Dirección General de Estadística e Informática  
Dirección General de Enseñanza en Salud  
Dirección General de Promoción a la Salud  
Consejo Nacional de Vacunación  
Consejo Nacional contra las Adicciones  
Centro Nacional de Rehabilitación  
Coordinación de Institutos Nacionales de Salud  
Comisión Nacional de Arbitraje Médico

### **CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL**

**INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE AGUAS CALIENTES**

**INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA**

**SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE BAJA CALIFORNIA SUR**

**INSTITUTO GENERAL DE SERVICIOS DESCENTRALIZADOS DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE CAMPECHE**

SECRETARIA DE SALUD Y DESARROLLO COMUNITARIO EN EL ESTADO DE COAHUILA

SECRETARIA DE SALUD Y BIENESTAR SOCIAL EN EL ESTADO DE COLIMA

INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIAPAS

DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE CHIHUAHUA

SECRETARIA DE SALUD DEL GOBIERNO DEL DG.

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE DURANGO

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE GUANAJUATO

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE GUERRERO

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE HIDALGO

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE JALISCO

INSTITUTO DE SALUD EN EL ESTADO DE MÉXICO

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE MICHOACÁN

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE MORELOS

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE NAYARITA

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE OAXACA

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE PUEBLA

COORDINACIÓN DE SALUD EN EL ESTADO DE QUERÉTARO

SECRETARIA ESTATAL DE SALUD DE QUINTANA ROO

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE SAN LUIS POTOSÍ

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE SINALOA

SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO DE SONORA

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE TABASCO

SECRETARIA DE SALUD EN EL ESTADO DE TAMAULIPAS

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE TLAXCALA

SECRETARIA DE SALUD Y ASISTENCIA Y SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE VERACRUZ

SECRETARIA DE SALUD Y SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE YUCATÁN

SERVICIOS DE SALUD EN EL ESTADO DE ZACATECAS

SECRETARIA DE MARINA  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD NAVAL

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL  
DIRECCIÓN GENERAL DE SANIDAD MILITAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO  
Subdirección General Médica

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA  
Dirección de Rehabilitación y Asistencia Social

PETROLEOS MEXICANOS  
Gerencia de Servicios Médicos

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA "IGNACIO CHAVEZ"

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA "MANUEL VELAZCO SUAREZ"

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGIA  
INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA  
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA  
HOSPITAL GENERAL DE MEXICO  
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ  
HOSPITAL GENERAL DR. JUAN GRAHAM CASASUS, TABASCO  
HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "DR. FEDERICO GOMEZ"  
ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA  
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA, A. C.  
ASOCIACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE  
MEDICINA, AC.  
ASOCIACION MEXICANA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA, A.C.  
ASOCIACION MEXICANA DE HOSPITALES, A.C.  
ASOCIACION MEXICANA DE PEDIATRIA, A.C.  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
Facultad de Medicina  
INSTITUTO POLITECNICO NACIONAL  
Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía  
PROCURADURIA FEDERAL DEL CONSUMIDOR  
Dirección de Investigación Químico Biológica

## INDICE

0. Introducción
1. Objetivo



2. Campo de Aplicación
3. Referencias
4. Definiciones
5. Generalidades
6. Del Expediente en Consulta Externa
7. De las Notas Médicas en Urgencias
8. De las Notas Médicas en Hospitalización
9. De los Reportes del Personal Profesional, Técnico y Auxiliar
10. Otros Documentos
11. Concordancia con Normas Internacionales y Mexicanas
12. Bibliografía
13. Observancia de la Norma
14. Vigencia

## **0. Introducción**

El Programa de Reforma del Sector Salud plasma la mejoría de la calidad de la atención en la prestación de los servicios de salud, como uno de los principales objetivos que en materia de salud se definieron en el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Alcanzar tal objetivo implica fortalecer y complementar los servicios y sus componentes.

Destaca por su importancia, el presente ordenamiento dirigido a sistematizar, homogeneizar y actualizar el manejo del expediente clínico que contiene los registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio racional y la solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias y que se constituye como una herramienta de obligatoriedad para los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud.

Esta Norma representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad, permitiendo los usos: médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Es importante señalar que para la correcta interpretación de la presente Norma Oficial Mexicana se tomarán en cuenta, invariablemente, los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, especialmente el de la libertad prescriptiva en favor del personal médico a través de la cual los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, habrán de prestar sus servicios a su leal saber y entender, en beneficio del usuario, atendiendo a las circunstancias de modo, tiempo y lugar en que presten sus servicios.

## **1. Objetivo**

Esta Norma Oficial Mexicana establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

## **2. Campo de aplicación**

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

## **3. Referencias**

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar las siguientes:

**3.1.** NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**3.2.** NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.

**3.3.** NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.

**3.4.** NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.

**3.5.** NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.

**3.6.** NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.

**3.7.** NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del Utero y de la Mama en la Atención Primaria.

**3.8.** NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.

**3.9.** NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.

**3.10.** NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.

**3.11.** NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

#### **4. Definiciones**

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

**4.1.** Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.

**4.2.** Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieren otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

**4.3.** Establecimiento para la atención médica, a todo aquél, fijo o móvil; público, social o privado, que preste servicios de atención médica ya sea ambulatoria o para internamiento, cualquiera que sea su denominación; incluidos los consultorios.

**4.4.** Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias.

**4.5.** Hospitalización, al servicio de internamiento de pacientes para su diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

**4.6.** Interconsulta, procedimiento que permite la participación de otro profesional de la salud a fin de proporcionar atención integral al paciente, a solicitud del médico tratante.

**4.7.** Paciente, al beneficiario directo de la atención médica.

**4.8.** Referencia-contrarreferencia, al procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad.

**4.9.** Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, tratamientos, evolución, pronóstico, estudios de laboratorio y gabinete.

**4.10.** Urgencia, a todo problema médico-quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, o la pérdida de un órgano o una función y requiera atención inmediata.

**4.11.** Usuario, a toda aquella persona, paciente o no, que requiera y obtenga la prestación de servicios de atención médica.

## **5. Generalidades**

**5.1.** Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente Norma; los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

**5.2.** Todo expediente clínico, deberá tener los siguientes datos generales:

**5.2.1.** Tipo, nombre y domicilio del establecimiento y, en su caso, nombre de la institución a la que pertenece;

**5.2.2.** En su caso, la razón y denominación social del propietario o concesionario;

**5.2.3.** Nombre, sexo, edad y domicilio del usuario; y

**5.2.4.** Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

**5.3.** Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos

en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

**5.4.** El médico, así como otros profesionales o personal técnico y auxiliar que intervengan en la atención del paciente, tendrán la obligación de cumplir los lineamientos de la presente Norma, en forma ética y profesional.

**5.5.** Los prestadores de servicios otorgarán la información verbal y el resumen clínico deberá ser solicitado por escrito, especificándose con claridad el motivo de la solicitud, por el paciente, familiar, tutor, representante jurídico o autoridad competente.

Son autoridades competentes para solicitar los expedientes clínicos: autoridad judicial, órganos de procuración de justicia y autoridades sanitarias.

**5.6.** En todos los establecimientos para la atención médica, la información contenida en el expediente clínico será manejada con discreción y confidencialidad, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica y sólo podrá ser dada a conocer a terceros mediante orden de la autoridad competente, o a CONAMED, para arbitraje médico.

**5.7.** Las notas médicas, reportes y otros documentos que surjan como consecuencia de la aplicación de la presente Norma, deberán apegarse a los procedimientos que dispongan las Normas Oficiales Mexicanas relacionadas con la prestación de servicios de atención médica, cuando sea el caso.

**5.8.** Las notas médicas y reportes a que se refiere la presente Norma deberán contener: nombre  
completo del paciente, edad y sexo y, en su caso, número de cama o expediente.

**5.9.** Todas las notas en el expediente clínico deberán contener fecha, hora, nombre completo, así como la firma de quien la elabora.

**5.10.** Las notas en el expediente deberán expresarse en lenguaje técnico médico, sin abreviaturas, con letra legible, sin enmendaduras ni tachaduras y conservarse en buen estado.

**5.11.** El empleo de medios magnéticos, electromagnéticos, de telecomunicación será exclusivamente de carácter auxiliar para el expediente clínico.

**5.12.** Las instituciones podrán establecer formatos para el expediente clínico, tomando como mínimo los requisitos establecidos en la presente Norma.

**5.13.** El expediente clínico se integrará atendiendo a los servicios prestados de: consulta externa (general y especializada), urgencias y hospitalización.

**5.14.** La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994 Para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, además de lo establecido en la presente Norma.

Para el caso de los expedientes de psicología clínica, tanto la historia clínica como las notas de evolución se ajustarán a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica médica, en razón de lo cual sólo atenderán a las reglas generales previstas en la presente Norma.

**5.15.** El registro de la transfusión de unidades de sangre o de sus componentes, se hará de conformidad con lo señalado en la Norma Oficial Mexicana NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.

**5.16.** Aparte de los documentos regulados en la presente norma como obligatorios, se podrá contar además con: cubierta o carpeta, sistema de identificación de la condición del riesgo de tabaquismo activo o pasivo, hoja frontal, de revisión, trabajo social, dietología, ficha laboral y los que se consideren necesarios.

**5.17.** En los casos en que medie un contrato suscrito por las partes para la prestación de servicios de atención médica, deberá existir, invariablemente, una copia de dicho contrato en el expediente.

## **6. Del expediente en consulta externa**

Deberá contar con:

### **6.1. Historia Clínica.**

Deberá elaborarla el médico y constará de: interrogatorio, exploración física, diagnósticos, tratamientos, en el orden siguiente:

**6.1.1. Interrogatorio.-** Deberá tener como mínimo: ficha de identificación, antecedentes heredo familiares, personales patológicos (incluido ex-fumador, ex-alcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas;

**6.1.2.** Exploración física.- Deberá tener como mínimo: habitus exterior, signos vitales (pulso, temperatura, tensión arterial, frecuencia cardiaca y respiratoria), así como datos de cabeza, cuello, tórax, abdomen, miembros y genitales;

**6.1.3.** Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros;

**6.1.4.** Terapéutica empleada y resultados obtenidos,

**6.1.5.** Diagnósticos o problemas clínicos.

**6.2.** Nota de evolución.

Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente ambulatorio, de acuerdo con el estado clínico del paciente. Describirá lo siguiente:

**6.2.1.** Evolución y actualización del cuadro clínico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**6.2.2.** Signos vitales;

**6.2.3.** Resultados de los estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

**6.2.4.** Diagnósticos y

**6.2.5.** Tratamiento e Indicaciones médicas, en el caso de medicamentos, señalando como mínimo: dosis, vía y periodicidad;

En el caso de control de embarazadas, niños sanos, diabéticos, hipertensos, entre otros, las notas deberán integrarse conforme a lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas respectivas.

**6.3.** Nota de Interconsulta.

La solicitud deberá elaborarla el médico cuando se requiera y quedará asentada en el expediente clínico.

La elabora el médico consultado, y deberá contar con:

**6.3.1.** Criterios diagnósticos;

**6.3.2.** Plan de estudios;

**6.3.3.** Sugerencias diagnósticas y tratamiento; y

**6.3.4.** Demás que marca el numeral 7.1.

**6.4.** Nota de referencia/traslado.

De requerirse, deberá elaborarla un médico del establecimiento y deberá anexarse copia del resumen con que se envía al paciente; constará de:

**6.4.1.** Establecimiento que envía;

**6.4.2.** Establecimiento receptor;

**6.4.3.** Resumen clínico, que incluirá como mínimo:

I. Motivo de envío;

II. Impresión diagnóstica (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

III. Terapéutica empleada, si la hubo.

## **7. De las Notas Médicas en Urgencias**

**7.1.** Inicial.

Deberá elaborarla el médico y deberá contener lo siguiente:

**7.1.1.** Fecha y hora en que se otorga el servicio;

**7.1.2.** Signos vitales;

**7.1.3.** Motivo de la consulta;

**7.1.4.** Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental en su caso;

**7.1.5.** Diagnósticos o problemas clínicos;

**7.1.6.** Resultados de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

**7.1.7.** Tratamiento y

**7.1.8.** Pronóstico.

**7.2.** Nota de evolución.



Deberá elaborarla el médico cada vez que proporciona atención al paciente y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

**7.2.1** En los casos en que el paciente requiera interconsulta por médico especialista deberá quedar por escrito, tanto la solicitud, la cual realizará el médico solicitante, como la nota de interconsulta que deberá realizar el médico especialista.

### **7.3. De referencia/traslado.**

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

## **8. De las notas médicas en Hospitalización**

### **8.1. De ingreso.**

Deberá elaborarla el médico que ingresa al paciente y deberá contener como mínimo los datos siguientes:

**8.1.1.** Signos vitales;

**8.1.2.** Resumen del interrogatorio, exploración física y estado mental, en su caso;

**8.1.3.** Resultados de estudios en los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento;

**8.1.4.** Tratamiento; y

**8.1.5.** Pronóstico.

### **8.2. Historia clínica.**

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.1. de la presente Norma.

### **8.3. Nota de evolución.**

Deberá elaborarla el médico que otorga la atención al paciente cuando menos una vez por día y las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.2. de la presente Norma.

### **8.4. Nota de referencia/traslado.**

Las notas se llevarán a efecto conforme a lo previsto en el numeral 6.3. de la presente Norma.

#### **8.5. Nota Pre-operatoria**

Deberá elaborarla el cirujano que va a intervenir al paciente incluyendo a los cirujanos dentistas (excepto el numeral 8.5.7 para estos últimos), y deberá contener como mínimo:

**8.5.1.** Fecha de la cirugía;

**8.5.2.** Diagnóstico;

**8.5.3.** Plan quirúrgico;

**8.5.4.** Tipo de intervención quirúrgica;

**8.5.5.** Riesgo quirúrgico (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**8.5.6.** Cuidados y plan terapéutico pre-operatorios; y

**8.5.7.** Pronóstico.

#### **8.6. Nota Pre-anestésica, vigilancia y registro anestésico.**

Se realizará bajo los lineamientos de la Normatividad Oficial Mexicana en materia de anestesiología y demás aplicables.

#### **8.7. Nota Post-operatoria.**

Deberá elaborarla el cirujano que intervino al paciente, al término de la cirugía, constituye un resumen de la operación practicada, y deberá contener como mínimo:

**8.7.1.** Diagnóstico pre-operatorio;

**8.7.2.** Operación planeada;

**8.7.3.** Operación realizada;

**8.7.4.** Diagnóstico post-operatorio;

**8.7.5.** Descripción de la técnica quirúrgica;

**8.7.6.** Hallazgos transoperatorios;

- 8.7.7.** Reporte de gasas y compresas;
  - 8.7.8.** Incidentes y accidentes;
  - 8.7.9.** Cuantificación de sangrado, si lo hubo;
  - 8.7.10.** Estudios de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento transoperatorios; y
  - 8.7.11.** Ayudantes, instrumentistas, anestesiólogo y circulante,
  - 8.7.12.** Estado post-quirúrgico inmediato;
  - 8.7.13.** Plan de manejo y tratamiento postoperatorio inmediato;
  - 8.7.14.** Pronóstico;
  - 8.7.15.** Envío de piezas o biopsias quirúrgicas para examen macroscópico e histopatológico;
  - 8.7.16.** Otros hallazgos de importancia para el paciente relacionados con el quehacer médico; y
  - 8.7.17.** Nombre completo y firma del responsable de la cirugía.
- 8.8.** Nota de egreso.
- Deberá elaborarla el médico y deberá contener como mínimo:
- 8.8.1.** Fecha de ingreso/egreso;
  - 8.8.2.** Motivo del egreso;
  - 8.8.3.** Diagnósticos finales;
  - 8.8.4.** Resumen de la evolución y el estado actual;
  - 8.8.5.** Manejo durante la estancia hospitalaria;
  - 8.8.6.** Problemas clínicos pendientes;
  - 8.8.7.** Plan de manejo y tratamiento;
  - 8.8.8.** Recomendaciones para vigilancia ambulatoria;

**8.8.9.** Atención de factores de riesgo (incluido tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones);

**8.8.10.** Pronóstico; y

**8.8.11.** En caso de defunción, las causas de la muerte acorde al certificado de defunción y si se solicitó y obtuvo estudio de necropsia hospitalaria.

## **9. De los reportes del personal profesional, técnico y auxiliar**

**9.1.** Hoja de enfermería.

Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico y deberá contener como mínimo:

**9.1.1.** Habitus exterior;

**9.1.2.** Gráfica de signos vitales;

**9.1.3.** Ministración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía;

**9.1.4.** Procedimientos realizados; y

**9.1.5.** Observaciones.

**9.2.** De los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

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 si los hubo;

**9.2.7.** Identificación del personal que realiza el estudio; y

**9.2.8.** Nombre completo y firma del personal que informa.

## **10. Otros documentos**

**10.1.** Además de los documentos mencionados pueden existir otros del ámbito ambulatorio u hospitalario, elaborados por personal médico, técnico y auxiliar o administrativo. En seguida se refieren los que sobresalen por su frecuencia:

**10.1.1.** Cartas de Consentimiento bajo información.

**10.1.1.1.** Deberán contener como mínimo:

**10.1.1.1.1.** Nombre de la institución a la que pertenezca el establecimiento, en su caso;

**10.1.1.1.2.** Nombre, razón o denominación social del establecimiento;

**10.1.1.1.3.** Título del documento;

**10.1.1.1.4.** Lugar y fecha en que se emite;

**10.1.1.1.5.** Acto autorizado;

**10.1.1.1.6.** Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado;

**10.1.1.1.7.** Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva; y

**10.1.1.1.8.** Nombre completo y firma de los testigos.

**10.1.1.2.** Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

**10.1.1.2.1.** Ingreso hospitalario;

**10.1.1.2.2.** Procedimientos de cirugía mayor;

**10.1.1.2.3.** Procedimientos que requieren anestesia general;

**10.1.1.2.4.** Salpingoclasia y vasectomía;

**10.1.1.2.5.** Trasplantes;

**10.1.1.2.6.** Investigación clínica en seres humanos;

**10.1.1.2.7.** De necropsia hospitalaria;

**10.1.1.2.8.** Procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados por el médico como de alto riesgo.

**10.1.1.2.9.** Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

**10.1.1.3.** El personal de salud podrá obtener cartas de consentimiento bajo información adicionales a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que para ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

**10.1.1.4.** En los casos de urgencia, se estará a lo previsto en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

**10.1.2.** Hoja de egreso voluntario.

**10.1.2.1.** Documento por medio del cual el paciente, familiar más cercano, tutor o representante jurídico solicita el egreso, con pleno conocimiento de las consecuencias que dicho acto pudiera originar.

**10.1.2.2.** Deberá ser elaborada por un médico a partir del egreso y cuando el estado del paciente lo amerite; deberá incluirse la responsiva médica del profesional que se encargará del tratamiento y constará de:

**10.1.2.2.1.** Nombre y dirección del establecimiento;

**10.1.2.2.2.** Fecha y hora del alta;

**10.1.2.2.3.** Nombre completo, edad, parentesco, en su caso, y firma de quien solicita el alta;

**10.1.2.2.4.** Resumen clínico que se emitirá con arreglo en lo previsto en el apartado 5.8. de la presente Norma;

**10.1.2.2.5.** Medidas recomendadas para la protección de la salud del paciente y para la atención de factores de riesgo;

**10.1.2.2.6.** En su caso, nombre completo y firma del médico que otorgue la responsiva;

**10.1.2.2.7.** Nombre completo y firma del médico que emite la hoja; y

**10.1.2.2.8.** Nombre completo y firma de los testigos.

**10.1.3.** Hoja de notificación al Ministerio Público.

En casos en que sea necesario dar aviso a los órganos de procuración de justicia, la hoja de notificación deberá contener:

**10.1.3.1.** Nombre, razón o denominación social del establecimiento notificador;

**10.1.3.2.** Fecha de elaboración;

**10.1.3.3.** Identificación del paciente;

**10.1.3.4.** Acto notificado;

**10.1.3.5.** Reporte de lesiones del paciente, en su caso;

**10.1.3.6.** Agencia del Ministerio Público a la que se notifica; y

**10.1.3.7.** Nombre completo y firma del médico que realiza la notificación.

**10.1.4.** Reporte de causa de muerte sujeta a vigilancia epidemiológica

La realizará el médico conforme a los lineamientos que en su caso se expidan para la vigilancia epidemiológica.

**10.1.5.** Notas de defunción y de muerte fetal.

Las elaborará el personal médico, de conformidad a lo previsto en los artículos 317 y 318 de la Ley General de Salud, al artículo 91 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica y al Decreto por el que se da a conocer la forma oficial de certificado de defunción y muerte fetal.

De los documentos correspondientes, deberá acompañarse, por lo menos, una copia en el expediente clínico.

**10.2.** Los documentos normados en el presente apartado deberán contener:

**10.2.1.** El nombre completo y firma de quien los elabora;

**10.2.2.** Un encabezado con fecha y hora.

## **11. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**

Esta Norma Oficial Mexicana tiene concordancia parcialmente con lineamientos y recomendaciones internacionales, establecidas por la Organización Mundial de la Salud.

## **12. Bibliografía**

**12.1** Aguirre Gas Héctor. Calidad de la atención médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, México. 1997.

**12.2** Cano Torres, Orlando. Consideraciones generales sobre el registro del diagnóstico médico. Bol. Epidemiol. 9 (4): 129-30. Oct.-Dic. 1984.

**12.3** Dawdy-MR; Hunter-DW; Gilmore-RA. Correlation of patient entry rates and physician documentation errors in dictated and handwriter emergency treatment records. Am. J. Emerg. Med. 15 (2): 115-7; Mar. 1997.

**12.4** Estudio analítico del expediente clínico, Fac. de Medicina UNAM. 1997.

**12.5** Evaluación médica, Subdirección General Médica del IMSS. 1972.

**12.6** Expediente clínico en la atención médica. Subdirección Gral. Médica, IMSS, México. 1973.

**12.7** Guía para la prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la Atención Primaria de la Salud.

**12.8** Ley General de Salud. (D.O.F., 7 de febrero de 1984; Reforma 7 de mayo de 1997.)

**12.9** Manual de Procedimientos para la Referencia y Contrarreferencia de Pacientes. D.G.R.S.S., 1995.

**12.10** Anteproyecto de NOM para la práctica de la Anestesiología.

**12.11** Norma Técnica número 52. Para la elaboración, integración y uso del expediente clínico; SSA. 1986.

**12.12** Quintero, Luis; Díaz, Isabel; Vethencourt, Alfredo; Vivas, Lilian. Las abreviaturas en la historia clínica. Salus Militae. 1991 Ene. Dic. 16 (1/2): 5-12.

**12.13** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Secretaría de Salud. 1990.



**12.14** Reglamento Interior de la Secretaría de Salud. (D.O.F., 6 de agosto de 1997.)

**12.15** Tabak-N; Ben-Or-T. Jurídico and medical nursing aspects of documentation, recording and reporting. Med. Law. 1995; 14 (3-4): 275-82.

### **13. Observancia de la Norma**

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas en el ámbito de sus respectivas competencias.

### **14. Vigencia**

La presente norma entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 14 de septiembre de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Regulación y Fomento Sanitario, **José Ignacio Campillo García**.- Rúbrica.

**MODIFICACION a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995.**

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

**MODIFICACION A LA NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM-013-SSA2-1994, PARA LA PREVENCION Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.**

ROBERTO TAPIA CONYER, Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades y Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracciones II y XI, 112 fracción III, 158, 159 y 210 de la Ley General de Salud, 1o., 2o. fracción II, 40, 41, 44, 46, 47 y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, 7o., 8o., 29, 31, 48 y 68 del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica, y 19 fracción II del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, se ordena publicar la Modificación a la Norma Oficial Mexicana, NOM-013-

SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, publicada el 6 de enero de 1995 en el **Diario Oficial de la Federación**.

La presente modificación a la Norma Oficial Mexicana, NOM-013-SSA2-1994, se publica en cumplimiento del artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

México, Distrito Federal, a once de enero de mil novecientos noventa y nueve.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.

## **CONSIDERANDO**

Que con fecha 6 de enero de 1995, se publicó esta Norma Oficial Mexicana en el **Diario Oficial de la Federación**.

Que en virtud de considerarse necesario, se ha planteado su adecuación a fin de realizar algunas modificaciones.

Que en cumplimiento del artículo 51, y contando con la aprobación del Comité Nacional de Salud Bucal, se expide la modificación a la NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como sigue: Norma Oficial Mexicana, NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

## **PREFACIO**

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana participaron las siguientes dependencias e instituciones:

SECRETARIA DE SALUD. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Coordinación de Vigilancia Epidemiológica. Dirección General de Control de Insumos para la Salud. Dirección General de Enseñanza en Salud. Dirección General de Promoción a la Salud. Dirección General de Regulación de Servicios de Salud.

INSTITUTO DE SERVICIOS DE SALUD EN EL DISTRITO FEDERAL. Dirección General de Salud Ambiental. Dirección General de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto. Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida.

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL. Hospital Central Militar.

SECRETARIA DE COMERCIO Y FOMENTO INDUSTRIAL.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL.

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.

SISTEMA NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA.

PETROLEOS MEXICANOS.

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MEXICO.

PROCURADURIA FEDERAL DEL CONSUMIDOR.

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO "FEDERICO GOMEZ".

HOSPITAL GENERAL "DR. MANUEL GEA GONZALEZ".

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA/UNAM.

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA/UNAM.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNAM.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UAEM.

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA-XOCHIMILCO.

FACULTAD DE ESTOMATOLOGIA DE LA U.A.S.L.P.

FEDERACION MEXICANA DE FACULTADES Y ESCUELAS DE ODONTOLOGIA.

ASOCIACION DENTAL MEXICANA.

COLEGIO NACIONAL DE CIRUJANOS DENTISTAS.

ASOCIACION NACIONAL DE ODONTOLOGIA INFANTIL.

ASOCIACION MEXICANA DE ORTODONCIA.

ASOCIACION MEXICANA DE ESTUDIOS PARA LA DEFENSA DEL CONSUMIDOR.

ASOCIACION DENTAL DEL DISTRITO FEDERAL.  
ASOCIACION MEXICANA DE PERIODONTOLOGIA.  
CONSEJO MEXICANO DE CIRUGIA BUCAL Y MAXILOFACIAL.  
VIARDEN, S.A.  
ABAMANA DE MEXICO, S.A DE C.V.  
LABORATORIO FEDERICO PEREZ GOMEZ.  
PROCTER & GAMBLE, S.A.  
COLGATE PALMOLIVE, S.A. DE C.V.

## **INDICE**

0. Introducción
1. Objetivo
2. Campo de aplicación
3. Referencias
4. Definiciones y terminología
5. Disposiciones generales
6. Acciones para el fomento de la salud bucal
7. Prevención de enfermedades bucales
8. Diagnóstico
9. Concordancia con normas internacionales y mexicanas
10. Bibliografía
11. Observancia de la Norma
12. Vigencia

### **0. Introducción**

La salud bucal de los individuos y de la población es la resultante de un complejo y dinámico juego de factores, conocido como el proceso salud-enfermedad; por lo tanto el modelo de atención para las enfermedades bucales deberá estar basado en el reconocimiento de éste y en el manejo de la prevención para la correcta conservación de las estructuras y funcionamiento del aparato estomatognático que permitan, en el mediano y largo plazo, disminuir el nivel de incidencia y prevalencia de las enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Las enfermedades bucales de mayor prevalencia, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal; las de frecuencia media son las anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones; las de frecuencia variable son el cáncer oral, las alteraciones de tejidos dentales, los traumatismos maxilofaciales y la fluorosis dental.

Los Estados Unidos Mexicanos, de acuerdo con la clasificación internacional de la Organización Mundial de la Salud, se encuentra entre los países de alto rango de frecuencia en enfermedades bucales, dentro de ellas la caries dental, que afecta a más del 90% de la población mexicana.

Las enfermedades bucales por su alta morbilidad se encuentran entre las cinco de mayor demanda de atención en los servicios de salud del país, situación que condiciona el incremento en el ausentismo escolar y laboral, así como la necesidad de grandes gastos económicos que rebasan la capacidad del sistema de salud y de la misma población.

Como consecuencia de lo anterior, la sociedad mexicana y sus instituciones carecen de la capacidad económica para resolver las necesidades de atención odontológica de la población. Sin embargo, es importante señalar que la mayoría de las enfermedades bucales pueden ser controladas con actividades preventivas y de diagnóstico temprano, para una disminución significativa de sus secuelas incapacitantes, como ha sido demostrado científicamente.

Por esta razón, es indispensable unificar y establecer los criterios de atención a la salud bucal, con énfasis en la prevención, en los sectores público, social y privado.

La normatividad de la prevención para la práctica odontológica, pública, social y privada en el ámbito nacional, es la estrategia de acción más efectiva para mejorar el estado actual de salud bucal de la población mexicana.

Estas acciones tienen como propósito general reforzar las medidas básicas más importantes como la higiene bucal, la alimentación adecuada y la eliminación de hábitos nocivos, como parte del mejoramiento de los estilos de vida y de los patrones de consumo.

Con la aplicación de esta Norma Oficial Mexicana de Prevención y Control de Enfermedades Bucales, se pretende optimizar y actualizar los servicios odontológicos del país, elevar la calidad y equidad de los mismos con énfasis en la prevención, la disminución de costos y la reducción, en la mayor medida posible, de los problemas derivados de la mala práctica; todo esto, con el propósito de mejorar el nivel de salud bucal de la población mexicana, y de crear una nueva cultura: La Cultura de la Salud.

## **1. Objetivo**

Esta Norma Oficial Mexicana establece los métodos, técnicas y criterios de operación del Sistema Nacional de Salud, con base en los principios de la prevención de la salud bucal, a través de la operación de las acciones para fomento de la salud, la protección específica, el tratamiento, la rehabilitación y el control de las enfermedades bucales de mayor frecuencia en los Estados Unidos Mexicanos.

## **2. Campo de aplicación**

Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todos los establecimientos de salud de los sectores público, social y privado que realicen acciones para el fomento de la salud bucal, en base al mejoramiento de los servicios y la actualización continua del profesionista, así como para los productores y comercializadores de medicamentos, instrumental, material y equipo dental.

## **3. Referencias**

Para la correcta aplicación de esta Norma es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

**3.1** NOM-007-SSA2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

**3.2** NOM-009-SSA2-1993 Para el fomento de la salud del escolar.

**3.3** NOM-041-SSA1-1993 Bienes y servicios, agua purificada y envasada.

**3.4** NOM-012-SSA1-1993 Requisitos sanitarios que deben cumplir los sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano públicos y privados.

**3.5** NOM-040-SSA1-1993 Bienes y servicios, sal yodada y sal yodada fluorurada.

**3.6** NOM-010-SSA2-1993 Para la Prevención y Control de la Infección por el virus de la Inmuno-deficiencia Humana.

**3.7 NOM-087-ECOL-1997** Establece los requisitos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico - infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

**3.8 NOM-008-SSA2-1993** Para el control de la nutrición crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

**3.9 \*NOM-168-SSA1-1998** Del Expediente Clínico.

\*Proyecto de Norma Oficial Mexicana.

#### **4. Definiciones y terminología**

**4.1** Para los fines de esta Norma son aplicables las siguientes definiciones:

**4.1.1.** Caries Dental, a la enfermedad infecciosa bacteriana transmisible multifactorial que provoca la destrucción de los órganos dentarios.

**4.1.2.** Comunicación Educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas creativos de comunicación que se sustenta en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión de mensajes de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

**4.1.3.** Educación para la Salud, al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

**4.1.4.** Flúor, al elemento químico electronegativo.

**4.1.5.** Fluoruro, a la combinación del elemento flúor con otros minerales y/o compuestos químicos.

**4.1.6.** Promoción de la salud bucal, al proceso social cuyo objetivo es lograr la corresponsabilidad social en el cuidado de la salud bucal, mediante acciones que involucren a los individuos y a la sociedad organizada.

**4.1.7.** Participación social, al proceso que permite involucrar a la población y a las autoridades locales, así como a las instituciones de los sectores público, social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

**4.1.8.** Prevención, a todas aquellas acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud bucal del individuo, la familia y la comunidad.

**4.1.9.** Población escolar, a la población que de acuerdo con las disposiciones educativas, se refiere a tres subgrupos, que son: los preescolares, cuyas edades van de 4 a 5 años, escolares de primaria de 6 a 14 años y escolares de secundaria de 12 a 15 años de edad.

**4.1.10.** Población de alto riesgo, a los grupos de individuos que por sus características de edad, sexo, raza, problemas sistémicos, ocupación, condición económica u otras variables, se encuentran mayormente expuestos a contraer una determinada patología. En relación a la caries dental, se puede decir que la población de alto riesgo está principalmente representada por los menores de 0 a 15 años y las embarazadas.

**4.1.11.** Potencial de deterioro, a la tendencia de una alteración a desarrollar su máxima expresión de daño.

**4.1.12.** Riesgo biológico-social, a la interacción dinámica que se establece entre los factores de orden biológico (genéticos, hereditarios, edad, sexo, fisiopatológicos) y los de orden social (demográficos, económicos, ambientales, políticos, culturales y educativos) en la producción y distribución del proceso salud-enfermedad.

**4.1.13.** Suplementos de fluoruro, a todos aquellos productos que proporcionen flúor en forma de gotas o tabletas.

**4.1.14.** Testigo biológico, a los medios biológicos utilizados para el control de calidad de los ciclos de esterilización de hornos de calor seco, autoclaves, quemiclaves y cámaras de óxido de etileno.

**4.1.15.** Vestimenta protectora, a la ropa y accesorios que no permiten que la sangre u otros materiales potencialmente infecciosos, traspasen a la ropa de calle, la piel, los ojos, la boca del personal odontológico y que deberá conservar su integridad como barrera protectora durante los procedimientos clínicos.

**4.1.16.** Estomatólogo, al profesional, médico odontólogo, cirujano dentista, licenciado en estomatología, licenciado en odontología, licenciado en cirugía dental y médico cirujano dentista.

## **4.2** Abreviaturas

**4.2.1** p.p.m.: Partes por millón.



## **5. Generalidades**

**5.1.** La atención a las necesidades de salud bucal de la población mexicana se debe orientar, con base en la prevención, a través de acciones de fomento para la salud y de protección específica a nivel masivo, grupal e individual, de diagnóstico, de limitación del daño, de rehabilitación y de control de enfermedades bucales.

**5.2.** En caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal, en pacientes menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.

**5.3.** El estomatólogo debe comunicar al paciente sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

**5.4.** El estomatólogo es el único responsable y autorizado para realizar diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, rehabilitación y control, de las alteraciones bucales.

**5.5.** Todos los pacientes deben considerarse como potencialmente infecciosos sin excepción.

**5.6.** Se debe evitar la transmisión de microorganismos de una persona a otra, de paciente a paciente, del profesional de la salud al paciente y del paciente al profesional.

**5.7.** El expediente clínico es de carácter legal y confidencial, debe estar bajo la custodia del estomatólogo o de la institución, en su caso. El manejo del expediente clínico se sujetará a lo dispuesto en la normatividad aplicable.

**5.8.** El estomatólogo y el personal auxiliar deben capacitarse en el manejo de las maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar así como contar con un botiquín que incluya lo necesario para el control de las urgencias médicas que puedan presentarse en el ejercicio odontológico.

**5.9.** El equipo, instrumental, material, medicamentos y demás insumos para la atención de la salud bucal, deben ser fabricados conforme lo establecido por las normas nacionales e internacionales y de las asociaciones reconocidas internacionalmente, estando sujetas a la observancia y aprobación de registro, en su caso, por la Secretaría de Salud.

**5.10.** En el área clínica no se debe ingerir alimentos o bebidas ni fumar.

## **6. Acciones para el fomento de la salud bucal**

**6.1** La educación para la salud debe orientarse a:

**6.1.1.** Enseñar la importancia de la salud bucal como parte de la salud del individuo,

**6.1.2.** Informar sobre los padecimientos más frecuentes, sus secuelas, su prevención y control,

**6.1.3.** Desarrollar y formar, en su caso, hábitos, conductas y prácticas que favorezcan la salud bucal,

**6.1.4.** Promover el cuidado de los tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y estructuras adyacentes, mediante la orientación para realizar el autoexamen bucal.

**6.2** La educación para la salud bucal se puede realizar a través de:

**6.2.1** La comunicación interpersonal e intermedia, que se puede realizar mediante mensajes en consulta, pláticas, demostraciones, videos, teatro guiñol y prácticas para el autocuidado de la salud bucal.

**6.2.2** La comunicación colectiva, que se lleva a cabo a través de medios masivos como son: radio, prensa y televisión.

**6.3** La participación social puede desarrollarse a través de:

**6.3.1.** La promoción para motivar la participación de la comunidad, instituciones y gobierno.

**6.3.2.** La concertación y coordinación entre las instituciones del sector salud para determinar compromisos y responsabilidades, así como el apoyo en recursos humanos, materiales y financieros para el desarrollo de las acciones de salud bucal.

**6.3.3.** La organización de grupos ya establecidos o de nuevos grupos, para la participación representativa de la sociedad, en acciones de beneficio a la salud bucal.

**6.4** El personal del sector salud debe promover la capacitación para el manejo de las medidas preventivas que se realizan en el espacio escolar por los maestros, padres de familia y voluntarios de acuerdo con la NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.

## **7. Prevención de enfermedades bucales**

**7.1.** La prevención de las enfermedades bucales a nivel masivo, grupal e individual, debe orientarse al mejoramiento de hábitos higiénico-alimentarios, eliminación de hábitos nocivos funcionales y parafuncionales, a la conservación de ambas denticiones sanas, a orientar la vigilancia en el consumo y uso adecuado de los fluoruros sistémicos y tópicos; al empleo de las medidas de protección específica, al diagnóstico temprano, al tratamiento y control de estas enfermedades.

## **7.2 Protección Específica**

**7.2.1** La protección específica de las enfermedades bucales se debe orientar a la formación, instrucción y motivación de la población para realizar un adecuado control personal de placa dentobacteriana a través de métodos y técnicas de uso doméstico con cepillo dental, auxiliares para la higiene bucal y acudir con el dentista en forma periódica para la revisión profesional, que evite factores de riesgo.

### **7.2.2 Caries Dental**

**7.2.2.1** La protección específica masiva contra la caries dental debe realizarse mediante la adición de fluoruro a la sal de consumo humano; no debe adicionarse fluoruro a ningún otro condimento, alimento, golosina, refresco, goma de mascar y agua (redes de suministro a la población o envasada), de acuerdo con la normatividad vigente.

**7.2.2.2** El control de la prevención masiva contra la caries dental mediante la fluoruración de la sal es responsabilidad de las autoridades y se debe realizar de acuerdo con los lineamientos y procedimientos establecidos por la Secretaría de Salud con este propósito como son:

**7.2.2.2.1.** Monitoreos periódicos para evaluar la excreción de flúor en orina humana o en saliva,

**7.2.2.2.2.** Estudios epidemiológicos cada cinco años de incidencia de caries dental,

**7.2.2.2.3.** Monitoreos periódicos para evaluar el contenido de flúor en la sal, conforme a la dosificación señalada por la NOM-040-SSA1-1993, Bienes y servicios. Sal yodada y sal yodada fluorurada. Especificaciones sanitarias,

**7.2.2.2.4.** Regulación permanente del abasto para evitar la venta de sal yodada-fluorurada en las localidades con concentraciones de ion flúor en el agua de consumo humano, por arriba de 0.7 p.p.m.,

**7.2.2.2.5.** Estudios de concentración de ion flúor en agua de consumo humano como mínimo dos veces al año en diferentes épocas de estación (lluvia y estiaje).

**7.2.2.3** La protección específica grupal contra la caries dental en población de riesgo biológico-social, se puede realizar preferentemente con enjuagatorios quincenales o semanales de fluoruro de sodio al 0.2% de manera directa en los centros escolares, en zonas donde la concentración natural de ion flúor en agua de consumo humano sea menor a 0.7 p.p.m.

**7.2.2.4** El personal del sector salud debe orientar a la población en general y de manera prioritaria a la población escolar para disminuir dentro y fuera del espacio escolar la frecuencia en el consumo inmoderado de dulces, refrescos y sustituir su consumo por el de alimentos naturales como frutas, verduras y azúcares poco refinados de baja acción cariogénica como el azúcar morena o moscabado.

**7.2.2.5** La protección específica individual contra la caries dental debe promover el empleo de mineralizantes, antienzimáticos, fluoruros de uso tópico y el control de placa dentobacteriana a través del uso de cepillo, limpieza interdental y demás auxiliares.

**7.2.2.6** La protección específica individual contra la caries dental por vía tópica debe realizarse por métodos de uso clínico y de uso doméstico.

**7.2.2.7** Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado e incluyen:

**7.2.2.7.1.** Aplicación tópica de fluoruros en gel, solución para enjuagues y/o barniz de acuerdo con la concentración y el caso; debiendo ser más frecuentes en niños con mayor carioactividad o caries dental,

**7.2.2.7.2.** Aplicación de selladores de fosetas y fisuras con o sin fluoruro en órganos dentarios sanos susceptibles a caries dental.

**7.2.2.8** El estomatólogo debe informar que los métodos de uso doméstico deben ser aplicados o supervisados por los padres o adultos a cargo de los menores de edad o de las personas discapacitadas de acuerdo con las siguientes indicaciones:

**7.2.2.8.1.** La higiene bucal en población infantil menor de un año de edad se realiza con un paño suave humedecido con agua una vez al día,

**7.2.2.8.2.** En los niños de 1 a 3 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo de cerdas suaves humedecido después de cada alimento, en caso de usar pasta dental fluorurada se hará en cantidad mínima y bajo la supervisión de un adulto para evitar la ingesta de flúor residual,

**7.2.2.8.3.** En la población a partir de los 4 años el aseo bucal se debe realizar con cepillo dental y pasta fluorurada, después de cada alimento.

**7.2.2.9** A nivel individual los suplementos de fluoruro exclusivamente se prescribirán bajo estricto control del estomatólogo de acuerdo con las tablas de dosificación internacionales vigentes, a niños que por razones de salud no consumen sal fluorurada y que vivan en localidades con nivel de flúor en el agua de consumo humano por debajo de 0.7 p.p.m.

**7.2.2.10** Los suplementos de flúor deben considerar en el marbete del empaque los siguientes datos:

**7.2.2.10.1.** Este producto contiene flúor y debe ser utilizado bajo estricto control profesional: del estomatólogo o médico pediatra,

**7.2.2.10.2.** No se consuma este producto en las áreas geográficas del país donde la concentración de ion flúor en agua de consumo humano sea igual o mayor de 0.7 p.p.m.,

**7.2.2.10.3.** Si se está consumiendo sal fluorurada no debe utilizarse este producto,

**7.2.2.10.4.** Este producto no debe comercializarse libremente.

### **7.2.3 Enfermedad Periodontal**

**7.2.3.1** Los métodos y técnicas de protección específica individual de uso clínico, se deben realizar por personal profesional o auxiliar capacitado en el área de la periodoncia e incluye:

**7.2.3.1.1.** Información sobre la enfermedad periodontal,

**7.2.3.1.2.** Motivación para realizar el control personal de placa dentobacteriana,

**7.2.3.1.3.** Instrucción sobre los métodos y técnicas de control de placa dentobacteriana,

**7.2.3.1.4.** Implementación y adecuación de acciones de seguimiento de control de placa dentobacteriana, según nivel de atención,

**7.2.3.1.5.** Eliminación instrumentada de placa dentobacteriana supra y subgingival,

**7.2.3.1.6.** Sondeo periodontal.

### **7.2.4 Lesiones de tejidos blandos y óseos**

**7.2.4.1** La protección específica individual de las alteraciones y enfermedades de tejidos blandos y óseos de la cavidad bucal y las estructuras adyacentes se realiza mediante:

**7.2.4.1.1.** El examen clínico en forma periódica, por parte del estomatólogo,

**7.2.4.1.2.** La detección y eliminación de agentes nocivos de origen físico, químico, biológico y psicológico,

**7.2.4.1.3.** La orientación personalizada para la aplicación de las medidas de protección específica.

## **7.2.5. Maloclusiones**

**7.2.5.1** Es responsabilidad del estomatólogo vigilar la erupción e integridad de la primera dentición, así como la erupción de los primeros molares permanentes, manteniendo la longitud, anchura y relación de las arcadas.

**7.2.5.2** La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética y posición de las arcadas para lograr una oclusión estable.

## **7.2.6 Fluorosis Dental**

**7.2.6.1** La protección específica a nivel masivo, grupal e individual, se basa en:

**7.2.6.1.1.** La detección de fuentes de abastecimiento de agua de consumo humano con concentraciones mayores de 0.7 p.p.m. de flúor y la aplicación de métodos de fluoruración de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana vigente sobre calidad del agua de consumo humano,

**7.2.6.1.2.** En localidades donde el contenido de ion flúor en agua de consumo humano sea mayor o igual a 0.7 p.p.m. se debe evitar consumir sal fluorurada, consumir suplementos de fluoruro por vía sistémica y el uso de pasta dental con flúor.

## **7.2.7. Atención al Paciente Desdentado**

**7.2.7.1** La prevención específica individual de la patología bucal asociada al uso de prótesis dental se debe realizar a través de:

**7.2.7.1.1.** Control personal de placa bacteriana,

**7.2.7.1.2.** Higiene y mantenimiento de la prótesis dental,

#### **7.2.7.1.3. Revisión periódica.**

### **7.3 Medidas básicas de prevención de riesgos en los establecimientos y personal de Salud.**

Las medidas básicas que deben adoptarse para la prevención de riesgos son las siguientes:

**7.3.1** El personal de salud debe adoptar medidas para su protección y la de los pacientes para evitar riesgos a la salud de tipo:

- a. Biológico,
- b. Físico,
- c. Químico,
- d. Ergonómico,
- e. Psicosocial.

**7.3.2** Para prevenir los riesgos de tipo biológico provocados por el contacto con sangre y secreciones corporales de pacientes; el odontólogo, estudiante de odontología, técnico y personal auxiliar que labora en el área de salud bucal debe cumplir las siguientes medidas preventivas en su práctica clínica institucional y privada.

**7.3.2.1** El estomatólogo y personal auxiliar deben utilizar, con todo paciente y para todo procedimiento medidas de barrera como son: bata, guantes desechables, cubrebocas, anteojos o careta y por parte del paciente protector corporal, baberos desechables y anteojos.

**7.3.2.2** Para el control de la fuente, antes de iniciar el procedimiento clínico, el paciente debe de emplear un enjuague bucal con antiséptico. El estomatólogo debe de utilizar eyector y dique de hule, cuando lo permita el procedimiento.

**7.3.2.3** Se debe usar para cada paciente un par de guantes de látex nuevos no estériles desechables durante la exploración clínica y acto operatorio no quirúrgicos; guantes de látex estériles desechables para actos quirúrgicos y guantes de hule grueso o nitrilo no desechables para lavar material e instrumental.

**7.3.2.4** Se debe usar una aguja desechable y cartuchos anestésicos nuevos por cada paciente.

**7.3.2.5** Todo material punzocortante se debe manipular con cuidado para reducir al mínimo la posibilidad de punciones accidentales.

**7.3.2.6** Todos los desechos punzocortantes, potencialmente contaminados con sangre o saliva deben colocarse en recipientes desechables, rígidos, de prolipropileno resistente a fracturas y pérdida de contenidos al caerse, destruibles por métodos físico químicos y de color rojo, que se cierren con seguridad, con la leyenda "material potencialmente infectante", e inactivar con hipoclorito de sodio al 0.5% antes de desecharlos.

**7.3.2.7** Los residuos peligrosos biológicos infecciosos deberán ser separados en la unidad médica o consultorio, de acuerdo con su potencial infeccioso y conforme a la NOM-087-ECOL-1997, Que establece los requisitos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médica.

**7.3.2.8.** Los desechos de material líquido como sangre y secreciones se arrojan directamente al drenaje y después se lava y desinfecta la tarja, así como los frascos o recipientes del aspirador.

**7.3.2.9** Se debe realizar el lavado de manos con agua potable, jabón líquido, soluciones antisépticas y secar con toallas desechables o secador de aire, antes de colocarse los guantes e inmediatamente al retirarlos.

**7.3.2.10** El personal de salud debe utilizar las medidas de prevención para la contaminación cruzada, como son cubiertas desechables para evitar la contaminación de las áreas expuestas a los aerosoles y/o salpicaduras, así como usar un segundo par de guantes de exploración para evitar el contacto durante el acto operatorio o exploratorio con objetos como: teléfono, agenda, lapiceros, etc.

**7.3.3** Para prevenir la contaminación del equipo, instrumental y mobiliario:

**7.3.3.1** Se deben utilizar los métodos de desinfección y esterilización de acuerdo con el equipo, material e instrumental, así como el tipo de agente y técnica.

**7.3.3.2** Se debe esterilizar todo instrumental, material o equipo crítico que penetre tejidos blandos o duros, que se contamine con sangre o cualquier otro fluido corporal.

**7.3.3.3** Se debe desinfectar con un germicida de alto nivel biocida o preferentemente esterilizar todo instrumental, material o equipo que toca pero no penetra tejidos blandos y duros de cavidad bucal.



**7.3.3.4** Teóricamente existe la posibilidad de transmitir ciertas infecciones a través de la pieza de mano, por lo que es obligatorio su desinfección con soluciones de alto nivel biocida y su purga entre paciente y paciente. A partir del 1o. de enero del año 2000 será obligatoria la esterilización de la pieza de mano o utilizar piezas de mano desechables.

Se deberá esterilizar o desechar las puntas de jeringa triple, cureta ultrasónica, fresas y piedras después de cada paciente conforme a las recomendaciones del fabricante.

**7.3.3.5** El instrumental se debe envolver para esterilizarse por paquetes de acuerdo con las técnicas y equipo.

**7.3.3.6** Se deben utilizar testigos biológicos para el control de calidad de los ciclos de esterilización, aplicándose una vez al mes. Los testigos biológicos deben aplicarse a los hornos de calor seco, vapor húmedo, quemiclaves y a las cámaras de óxido de etileno.

**7.3.3.7** Se debe desinfectar entre cada paciente, con soluciones de nivel medio: el sillón, la lámpara, unidad dental y aparato de rayos x, o utilizar cubiertas desechables.

**7.3.3.8** Se deben purgar las mangueras de la pieza de mano y jeringa triple, 3 minutos al inicio y término del día y 30 segundos entre cada paciente.

**7.3.3.9** Los materiales de laboratorio y otros elementos que hayan sido utilizados en el paciente, tales como impresiones, registro de mordida, aparatos protésicos u ortodóncicos, deben limpiarse y desinfectarse antes de ser manipulados por el personal de laboratorio dental, siguiendo las recomendaciones del fabricante en relación al tipo de germicida apropiado para su desinfección.

**7.3.3.10** Todo equipo y mobiliario deberá ser desinfectado antes de enviarlo a mantenimiento o reparación y los accesorios de equipo que entren en contacto con tejidos del paciente se deberán limpiar y desinfectar antes de ser enviados a mantenimiento o reparación.

**7.3.3.11** Es una obligación del estomatólogo, estudiante de odontología, técnico y personal auxiliar que tengan contacto con sangre, saliva o secreciones de pacientes en su práctica clínica institucional y privada aplicarse la vacuna contra la Hepatitis B.

**7.3.3.12** Para realizar la prueba de detección del VIH al personal de salud bucal y al paciente se debe contar con el consentimiento del interesado conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

### **7.3.4 Riesgos Profesionales**

**7.3.4.1** Se debe orientar al personal de salud sobre el uso de manguitos o tapones auditivos así como las ventajas de realizarse audiometrías en forma periódica.

**7.3.4.2** Para prevenir los riesgos de tipo químico provocados por el uso de productos como mercurio, jabones, anestésicos locales, eugenol, alcoholes y otros, el personal de salud debe cumplir con las recomendaciones para su manejo señalados por el fabricante.

**7.3.4.3** Para prevenir el riesgo provocado por el mercurio en sangre, el odontólogo debe pulir y retirar las obturaciones de amalgama bajo chorro de agua para evitar la aspiración de polvo y mercurio.

**7.3.4.4** El mercurio residual debe ser guardado en frascos de plástico con agua, cerrados herméticamente.

**7.3.4.5** Para prevenir los riesgos de fatiga, várices y osteo-articulares provocados por problemas posturales, se recomienda aplicar los principios de la ergonomía para la correcta adaptación física, anatómica y fisiológica del personal odontológico con su equipo y área de trabajo.

## **8. Diagnóstico**

**8.1** El diagnóstico de las enfermedades bucales debe establecerse mediante la aplicación del método epidemiológico, el método clínico y los auxiliares diagnósticos cuando se juzgue necesario.

**8.1.2** El diagnóstico, la concentración y el reporte de las patologías estomatológicas, debe efectuarse conforme a la Clasificación Internacional de Enfermedades (OMS) vigente.

### **8.2 Diagnóstico Epidemiológico.**

**8.2.1** El diagnóstico epidemiológico de las enfermedades bucales debe emplearse como base de los planes y programas institucionales de salud bucal a nivel nacional, estatal y local (de servicio, docencia e investigación) tomando en cuenta los índices epidemiológicos de aplicación universal reconocidos por la Organización Mundial de la Salud.

**8.2.2** El reporte y notificación de las enfermedades bucales deberá seguir los lineamientos establecidos en la Norma Oficial Mexicana para la Vigilancia Epidemiológica de acuerdo con los diferentes capítulos que le conforman.

**8.2.3** Los estudios epidemiológicos deben orientarse a la descripción y el análisis de las enfermedades bucales más importantes, considerando factores de magnitud, trascendencia, vulnerabilidad y oportunidad para su atención.

**8.2.4** Los estudios epidemiológicos deben incluir las manifestaciones clínicas de la enfermedad en sus diferentes etapas y su repercusión a estructuras adyacentes a la cavidad bucal.

### **8.3** Diagnóstico clínico.

**8.3.1** El diagnóstico clínico debe incluir los siguientes aspectos:

- a. Ficha de identificación,
- b. Interrogatorio (antecedentes personales, patológicos y no patológicos, así como heredo-familiares),
- c. Padecimiento actual,
- d. Exploración visual, manual e instrumentada del aparato estomatognático en su conjunto,
- e. Exploración, inspección palpación, percusión, sondaje, movilidad y transluminación del órgano dentario, así como la valoración de signos y síntomas clínicos de la entidad patológica según sea el caso, y
- f. Auxiliares de diagnóstico como; estudios de gabinete y de laboratorio de acuerdo con las necesidades del caso.

**8.3.2** Los datos recabados durante el diagnóstico clínico deben quedar registrados en la historia clínica del paciente con la firma del estomatólogo responsable de la elaboración.

**8.3.3** La historia clínica debe actualizarse por medio de las notas de evolución.

**8.3.4** El expediente clínico debe contar como mínimo con los siguientes documentos:

- a. Historia clínica que contenga historia personal y familiar de antecedentes patológicos y no patológicos,

- b. Padecimiento actual,
- c. Odontograma,
- d. Diagnóstico y tratamiento,
- e. Informes de estudios de gabinete y laboratorio en caso de que se requiera, y

f. Notas de evolución.

**8.3.5** En el diagnóstico clínico de las enfermedades bucales se puede incluir el análisis biológico-social de acuerdo con los siguientes criterios:

**8.3.5.1** Menores de 5 años,

- Nivel socio-económico,
- Accesibilidad a los servicios de salud,
- Hábitos de higiene,
- Hábitos bucales,
- Características de la alimentación,
- Uso y abuso del biberón.

**8.3.5.2** Población escolar,

- Nivel socio-económico,
- Escolaridad,
- Accesibilidad a los servicios de salud,
- Hábitos de higiene,
- Características de la alimentación,
- Cronología de la erupción.

**8.3.5.3** Población adolescente y adultos,

- Nivel socio-económico,

- Escolaridad,
- Accesibilidad a los servicios de salud,
- Riesgo ocupacional,
- Adicciones (tabaquismo, alcoholismo),
- Enfermedades crónicas degenerativas,
- Hábitos de higiene.

#### **8.4 Caries Dental**

**8.4.1** En el diagnóstico clínico de la caries dental se deben de utilizar métodos de examen visual con el apoyo de explorador clínico.

**8.4.2** Complementariamente y cuando sea necesario se deben realizar estudios radiográficos para determinar la profundidad de las lesiones o la presencia de caries dental en espacios interproximales.

#### **8.5 Lesiones de tejidos blandos y óseos**

**8.5.1** Los métodos de detección y diagnóstico clínico de lesiones sospechosas deberán ser enviadas y analizadas por el especialista.

**8.5.2** Los tejidos o secreciones retiradas de la cavidad bucal serán enviados para su análisis y diagnóstico al laboratorio correspondiente sólo en caso de que a juicio del estomatólogo se requiera.

#### **8.6 Fluorosis Dental.**

**8.6.1** En el diagnóstico clínico epidemiológico de la fluorosis dental se deben considerar los siguientes factores de riesgo:

- a. Etapa de odontogénesis (de 0 a 12 años de edad),
- b. Concentración de ion flúor en agua de consumo humano igual o mayor a 0.7 p.p.m.,
- c. Consumo de suplementos fluorurados en dosis mayores a las indicadas,
- d. Ingesta de productos fluorurados de uso tópico,
- e. Altitud y clima de la región.

**8.6.2** El diagnóstico de la fluorosis dental se debe realizar clínicamente.

**8.6.3** Para el diagnóstico de la fluorosis dental se deben utilizar auxiliares de diagnóstico como:

a. Cuantificación de ion flúor a través del método de potenciometría,

b. Rayos X.

## **9. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**

Esta Norma no concuerda con ninguna norma internacional ni mexicana.

## **10. Bibliografía**

**10.1.** Clasificación Internacional de Enfermedades. Capítulo IX Enfermedades de la Cavity Bucal, Glándulas Salivales y Maxilares. Organización Mundial de la Salud. (520-529). 1975.

**10.2.** Ley Federal sobre Metrología y Normalización 1991.

**10.3.** Ley General de Salud, 1984.

**10.4.** Dirección General de Medicina Preventiva. Lineamientos para dosificación de fluoruro sistémico, bases fisiológicas, 1991.

**10.5.** Reglamento de Yodación y Fluoruración de la Sal. 1981. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

**10.6.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos, Productos y Servicios. 1988.

**10.7.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. 1986.

**10.8.** Programa Nacional de Salud 1989-1994. Secretaría de Salud.

**10.9.** Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. American Dental Association. Journal of the American Dental Association (Supply. August), 1992.

**10.10.** American Dental Association. Safety and infection control in the dental office. American Dental Association. Chicago, Il., 1990.

- 10.11.** American Dental Association. Quaternary ammonium compounds not acceptable for disinfection of instruments and environmental surfaces in dentistry. *Journal of the American Dental Association* 97 (11): 655-656, 1978.
- 10.12.** Newbrun Ernest. Fluoride Supplementation. Time for a new dosage Schedule, 13a. sesión de la Asociación Dental Americana, San Francisco, California. 6-10 Nov., 1993.
- 10.13.** Centers for disease control and prevention. Recommended infection control practices for dentistry, 1993, *Morbidity Mortality Weekly Report* 41 (RR-8): 1-12, 1993.
- 10.14.** Centers for disease control. Protection against viral hepatitis. *Morbidity Mortality Weekly Report* 39 (RR-2): 1-26, 1990.
- 10.15.** U.S. Department of Health and Human Services. Infection control file: Practical infection control in the Dental Office. Centers for Disease Control and Prevention, and Food and Drug administration. October, 1993. United State Printing Office, Washington, D.C.
- 10.16.** Department of Labor, Occupational Safety and Health Administration, 29 CFR Part 1910. 1030. Occupational exposure to bloodborne pathogene; final rule, *Federal Register* 56 (235):64175-64182, 1991.
- 10.17.** U.S. Environmental Protection Agency. Managing and tracking medical wastes. Office of solid waste. Washington, D.C., 1989.
- 10.18.** Burket W. Lester. *Medicina Bucal, Diagnóstico y Tratamiento*. Interamericana, 4a. edic. México, 1986.
- 10.19.** Barber Thomas K. Luike Larry S. *Odontología Pediátrica, Manual Moderno*. México, 1988.
- 10.20.** Cedros Network. A new era for the prevention of dental caries. *Cedros Network. Newsletter* 1992; 2.1, 12.
- 10.21.** Contreras Doria A. y Col. Prevalencia del antígeno de superficie de la Hepatitis B (Hbs ag) en clínica estomatológica. *Revista Cubana de Estomatología* Vol. 27, 1, 26, 45 Ene-Mar. 1990.
- 10.22.** Delgado M.L, Molina L.J., González G:J.M, Alfonso A.F. Estado actual de las metas propuestas para la salud bucal en el año 2000, en 43 áreas de Salud de Cuba. Informe preliminar. *Revista Cubana de Estomatología* 1985; 22:229-40.

- 10.23.** Depola P.F. Reaction paper: the use of topical and systemic fluorides in the present era. *J. Public Health Dent* 1991; 51:48-52.
- 10.24.** Eversole R. Lewis. *Patología Bucal, diagnóstico y tratamiento*. Médica Panamericana, México. 1990.
- 10.25.** Walter H. Green, Bruce G. Simons-Morton. *Educación para la Salud*. Interamericana, México, 1988.
- 10.26.** Gordon Castigliano. *Medicina bucal, diagnóstico y tratamiento*. Interamericana. México 1982.
- 10.27.** Johnson G. K. and Robinson, W. S. Human Immunodeficiency virus-1 (HIV-1) in the vapors of surgical power instruments. *Journal of Medical Virology* 33: 47-50, 1991.
- 10.28.** Lewis, D. L. and Boe, R. K. Cross-infection risks associated with current procedures for using hi-speed dental handpieces. *Journal of Clinical Microbiology* 30 (2): 401-406, 1992.
- 10.29.** Luna Gómez J.M. *Principios de Odontogeriatría, primera parte. Práctica odontológica*. Vol. 7 Núm. 6, 21-22. 1986.
- 10.30.** Naccache H, Simard PL, Trahan L, Brodeur JM., Demers M, Lachapelle D. Factors affecting the ingestion of fluoride dentifrice by children. *J. Public Health Dent* 1992, 52:222-6.
- 10.31.** Nikiforuk G. *Caries Dental, Aspectos Básicos y Clínicos*. Ed. Mundi. S.A.I.C Y F. 1986.
- 10.32.** Olsen, R. J. et al. Examination Globes as barriers to hand contamination in clinical practice. *Journal of the American Dental Association* 270 (3): 350-353, 1993.
- 10.33.** Skinner Willians Eugene. *La Ciencia de los materiales dentales*, Interamericana, 2a. edic. México, 1986.
- 10.34.** *Fluoruros y Salud*. Organización Mundial de la Salud. Serie de Monografías No. 59. Ginebra 1972.
- 10.35.** *El uso correcto de fluoruros en Salud Pública*. Federación Dental Internacional. Fundación W.K. Kellogg. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. 1986.



10.36. Ekstrand, J. Fejerskov, O., Silverstone, L. Fluoride in Dentistry. Munksgaard. Copenhagen. 1988.

10.37. Elementos menores y oligoelementos en la leche materna. Informe de un estudio en colaboración Organización Mundial de la Salud y el Organismo Internacional de Energía Atómica. Viena. 1989.

10.38. Estrategia Regional de Salud Bucodental para los años noventa; Organización Mundial de la Salud. Sistema y Servicios de Salud programa Regional de Salud Bucodental.

10.39. Amid I. Ismail. Fluoride Supplements: Current effectiveness, side effects and recommendations. Community Dentistry and Oral Epidemiology. 1994. 22: 164-72 Munksgaard.

10.40. Marthaler T.M. Age-Adjusted Limits of fluoride intake to minimize the prevalence of fluorosis. J. Biol. Buccale. Vol. 20 pp. 121-127. 1992.

10.41. New Fluoride Guidelines proposed. JADA. Vol 125. april 1994.

10.42. Changing Patterns of Fluoride Intake Current Regulations and Recommendations concerning water fluoridation, fluoride supplements and topical fluoride-agents. cap. 7. pp. 1255-1265. J. Dent. Res. may 1992.

## 11. Observancia de la Norma

La vigilancia del cumplimiento de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas en sus respectivos ámbitos de competencia.

## 12. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**, con la reserva del numeral 7.3.3.4.

Atentamente

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México, D.F., a 11 de enero de 1999.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización, y Subsecretario de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.