



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**LA IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO
ODONTOPEDIÁTRICO**

T E S I S A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A :

RUTH ELIANE LÓPEZ PACHECO

**DIRECTORA: MTRA. ALEJANDRA GREENHAM
GONZÁLEZ**

MÉXICO D. F.

ABRIL 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

ÍNDICE

Introducción	
1. Antecedentes Históricos.....	2
2. Conceptos	3
2.1 Expediente Clínico	3
2.2 Carta de Consentimiento Informado	3
2.3 Carta de Autorización	4
3. Principios en los que se basa la Carta de Consentimiento Informado ..	5
3.1 Capacidad	5
3.2 Titularidad	5
3.3 Libertad.....	6
3.4 Objeto	6
3.5 Causa del Consentimiento	6
3.6 Forma del Consentimiento	6
3.7 Tiempo del Consentimiento	6
4. Normatividad	7
4.1 Objetivo	7
4.2 Campo de Aplicación	7
4.3 Definiciones	7
4.4 Generalidades	8
4.5 Otros Documentos	10
5. Código Civil	12
5.1 Del Consentimiento	12
5.2 Vicios del Consentimiento	13
6. Responsabilidad Profesional	15
6.1 Responsabilidad	15
6.2 Profesión	15
7. Deber Profesional	16
7.1 Deberes consigo mismo	16
7.2 Deberes con el paciente	17

7.3 Deberes con los compañeros de profesión	18
7.4 Deberes con la sociedad	19
8. Tipos de Responsabilidad Profesional	20
8.1 Responsabilidad Profesional Ética	20
8.2 Responsabilidad Profesional Moral	20
8.3 Responsabilidad Profesional Legal	20
8.4 Responsabilidad Profesional Civil	20
8.5 Responsabilidad Profesional Penal	21
8.6 Responsabilidad Profesional Administrativa	21
9. Iatrogenia	22
9.1 Iatrogenia por el Médico mismo	22
9.2 Iatrogenia por Método de Diagnóstico	22
9.3 Iatrogenia por Medicamentos	23
9.4 Iatrogenia por Productos Biológicos	23
9.5 Iatrogenia por su Origen	23
9.6 Iatrogenia por Área Médica	23
9.7 Iatrogenia por su Resultado	24
10. Formularios de Consentimiento Informado	25
10.1 Consentimiento para niños menores de 14 años	26
10.2 Consentimiento para chicos de 14 – 16 años	26
10.3 Consentimiento para mayores de 16 años	26
10.4 Tratamiento de Urgencia	26
10.5 Ejemplos de formatos de Consentimiento Informado	27
11. Sugerencias para el manejo del documento	39
12. CONAMED y la Carta de Consentimiento Informado	41
12.1 Criterios para determinar la información	41
12.2 Excepciones o límites a la información	42
12.3 Revocación del Consentimiento Informado	44
12.4 Beneficios del Consentimiento Informado	45
12.5 Consecuencias de la no obtención del Consentimiento	45

Conclusiones 48
Bibliografía 49

INTRODUCCIÓN

La Odontología actualmente se encuentra regida por complejas condiciones, contamos con auxiliares en el diagnóstico y una variedad de opciones terapéuticas que hace algunos años no existían, como la posibilidad de utilizar diferentes materiales y nuevas técnicas dando como resultado complicaciones en los tratamientos, elevación de costos y un aumento en las reclamaciones y demandas por parte de los pacientes.

El Consentimiento Informado en Odontología se aborda de acuerdo a la ley como documento escrito, es decir, es una exigencia legal y ética a través de la cual se busca respetar y defender los derechos de los pacientes y los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia; por lo que es imprescindible tener este documento a fin de verificar que el paciente ha recibido y comprendido toda la información necesaria dada por el profesional para que así pueda aceptar el tratamiento.

El Consentimiento Informado debe ser un formato sencillo, claro y veraz que busque favorecer la comunicación entre el paciente y el odontólogo. Legalmente es un documento que ampara tanto al paciente como al profesional del problema que se presenta con mayor frecuencia “la deficiente información”.

Finalmente a lo largo de este trabajo abordaremos los aspectos legales, normatividad, la diferencia existente con la Carta de Aceptación y ahondaremos en la importancia de la Carta de Consentimiento Informado como parte del Expediente Clínico.

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La relación médico-paciente en la sociedad occidental tiene sus orígenes en los inicios de la medicina en los siglos VI y V antes de Cristo, cuando se comenzó a cambiar la mirada empírica involucrando la técnica y tratando de dar una explicación al por qué y para qué de las acciones en salud. En el transcurso de la historia han existido diversos documentos y juramentos formulados para proteger la vida, el bienestar y los derechos a la salud de los pacientes.

- Papiros Egipcios: primeros registrados en la historia alrededor del siglo XVI a.C. el donde se dan a conocer lineamientos de diagnóstico y tratamiento quedando protegido el médico si su paciente fallecía.
- Código de Hammurabi: elaborado por Hammurabi (1700 a C.) rey de Babilonia. Primer código conocido que regula la práctica médica. Está grabado en un bloque de diorita negra de 2.5 m de altura, descubierto en 1901 en Susa, Persia¹.
- Corpus Hippocraticum (Colección Hipocrática): elaborado por Hipócrates (siglo V a. C.)²
- En 1916 el Hospital Presbiteriano de Nueva Cork inició un sistema de historia clínica.
- En 1918 el Colegio Estadounidense de Cirujanos formuló los “Requerimientos Mínimos de Estándares”, según los cuales se analizaba mensualmente la experiencia del hospital con base en las historias clínicas³.

¹ Lerman, Salvador. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. 3º Edición. Editorial Mundi S. A. I. C. y F. Argentina, 1974, pág. 48.

² Ring, Malvin. Historia Ilustrada de la Odontología. Editorial Mosby – Doyma. Barcelona España.

³ Moya Pueyo, Vicente. Roldán Garrido, Bernabé. Sánchez Sánchez, José Antonio. Odontología legal y forense. Masson. Barcelona, 1994.

2. CONCEPTOS

2.1 Expediente Clínico

“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

2.2 Carta de Consentimiento Informado

“Es el aspecto legal que protege el derecho del paciente a no ser tocado o tratado de modo alguno sin autorización; supone que el ser humano adulto mentalmente competente tiene derecho de determinar qué puede hacer a su cuerpo un terapeuta del campo de la salud”.⁵

“Documento escrito de común acuerdo entre un paciente, su familia o representante legal y el profesional de la salud mediante el cual se acepta, bajo debida información, los riesgos y beneficios esperados bajo un procedimiento médico – quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico y de rehabilitación”.⁶

⁴ Medrano Morales Juan, Pérez Mata Franco Alberto. Expediente Clínico Odontológico. Trillas. México, 2005, pág. 202.

⁵ Pinkham, J. R., B. S., D. D. S. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana, Mc Graw – Hill. México. 1991, pág. 7 – 8.

⁶ Medrano. Op. cit. pág. 41.



2.3 Carta de Autorización

“Documento mediante el cual se faculta al médico o institución para realizar procedimientos de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico, de necropsia, de ingreso o egreso hospitalario, investigación o incineración por parte del paciente, sus familiares o representante legal”.⁷



⁷ Medrano. Op. cit. pág. 41.

3. PRINCIPIOS EN LOS QUE SE BASA LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

3.1 Capacidad

Aptitud para realizar actos con trascendencia jurídica, se da a partir de los 18 años, en el menor de edad puede actuar por sí mismo de acuerdo a sus condiciones de madurez, aunque no adquiere la plena capacidad de decidir hasta que alcanza la mayoría de edad.

3.2 Titularidad

El que acepta debe ser el titular del bien jurídico o del derecho del que pretende disponer con los actos (no puede dar lo que no tiene o renunciar a ello). En términos del artículo 24 del Código Civil Federal, el facultado para otorgar el consentimiento, es el propio paciente mayor de edad, con las siguientes excepciones:

- Estado de incapacidad: será otorgado por su representante legal.
- Urgencia médica e incapacidad: los médicos son los encargados de adoptar las decisiones pertinentes hasta resolver la urgencia.
- Medidas de seguridad sanitaria: en términos del artículo 04 de la Ley General de Salud, se pueden ordenar cuarentena, aislamiento, vacunación u observación personal, independientemente de la opinión del paciente.

En el caso de menores de edad, recientemente se han incorporado los siguientes criterios (proyecto de Reglamento General de atención médica de los Estados Unidos Mexicanos):

- Los menores de edad emancipados estarán facultados para otorgar, por sí mismos, la autorización respectiva.
- En los demás casos podrán participar en la toma de decisiones, pero la autorización será otorgada por sus padres, o representante legal.

3.3 Libertad

Debe existir por ambas partes, y se encuentra restringida por la intimidación, violencia, información inadecuada, etc.

3.4 Objeto

La cosa sobre la cual recae la acción. Existen 2 grupos de objetos del consentimiento: bienes disponibles y bienes indisponibles; el consentimiento sólo es válido cuando recae sobre los primeros.

3.5 Causa del Consentimiento

Aquello que se pretende conseguir. Debe ser lícita.

3.6 Forma de Consentimiento

Existen 2 formas: el Tácito (se otorga al profesional por el hecho de acudir a él en busca de ayuda y el Expreso (puede ser en forma oral o escrita).

3.7 Tiempo del Consentimiento

Coincide con el período de estudio y tratamiento de un proceso patológico, puede ser revocado en cualquier momento por quien lo otorga. Deberá ser expresado previamente al acto médico.⁸

⁸ Moya. Op. cit. Pág. 141 – 142

4. NORMATIVIDAD

Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998, del “Expediente Clínico”, Diario Oficial de la Federación, 30 de Septiembre de 1999.

4.1 Objetivo

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

4.2 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.

Para la correcta aplicación de la presente Norma es necesario consultar la siguiente:

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

4.3 Definiciones

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.

4.4. 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.

4.4 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 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 las autoridades judiciales, administrativas, sanitarias o a las Comisiones Nacional y Estatales de Arbitraje Médico existentes, para el ejercicio de sus atribuciones.

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

4.5 Otros documentos

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;

10.1.1.2.8. 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.⁹

⁹ Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998, del “Expediente Clínico”, Diario Oficial de la Federación, 30 de Septiembre de 1999.

5. CÓDIGO CIVIL

5.1 Del consentimiento

Artículo 1803. El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es expreso cuando se manifiesta verbalmente, por escrito o por signos inequívocos. El tácito resultara de hechos o de actos que lo presupongan o que autoricen a presumirlos, excepto en los casos en que por ley o por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente.

Artículo 1804. Toda persona que propone a otra la celebración de un contrato fijándole un plazo para aceptar, queda ligada por su oferta hasta la expiración del plazo.

Artículo 1805. Cuando la oferta se haga a una persona presente, sin fijación de plazo para aceptarla, el autor de la oferta queda desligado si la aceptación no se hace inmediatamente. La misma regla se aplicara a la oferta hecha por teléfono.

Artículo 1806. Cuando la oferta se haga sin fijación de plazo a una persona no presente, el autor de la oferta quedara ligado durante tres días, además del tiempo necesario para la ida y vuelta regular del correo público, o del que se juzgue bastante, no habiendo correo público, según las distancias y la facilidad o dificultad de las comunicaciones.

Artículo 1807. El contrato se forma en el momento en que el proponente reciba la aceptación, estando ligado por su oferta según los artículos precedentes.

Artículo 1808. La oferta se considerara como no hecha si la retira su autor y el destinatario recibe la retractación antes que la oferta. La misma regla se aplica al caso en que se retire la aceptación.

Artículo 1809. Si al tiempo de la aceptación hubiere fallecido el proponente, sin que el aceptante fuere sabedor de su muerte, quedaran los herederos de aquel obligados a sostener el contrato.

Artículo 1810. El proponente quedara libre de su oferta cuando la respuesta que reciba no sea una aceptación lisa y llana, sino que importe modificación de la primera. En este caso la respuesta se considerará como nueva proposición, que se regirá por lo dispuesto en los artículos anteriores.

5.2 Vicios del consentimiento

Artículo 1812. El consentimiento no es valido si ha sido dado por error, arrancado por violencia o sorprendido por dolo.

Artículo 1813. El error de derecho o de hecho invalida el contrato cuando recae sobre el motivo determinante de la voluntad de cualquiera de los que contratan, si en el acto de la celebración se declara ese motivo o si se prueba por las circunstancias del mismo contrato que se celebró este en el falso supuesto que lo motivo y no por otra causa.

Artículo 1814. El error de cálculo solo da lugar a que se rectifique.

Artículo 1815. Se entiende por dolo en los contratos, cualquiera sugestión o artificio que se emplee para inducir a error o mantener en el a alguno de los contratantes; y por mala fe, la disimulación del error de uno de los contratantes, una vez conocido.

Artículo 1816. El dolo o mala fe de una de las partes y el dolo que proviene de un tercero, sabiéndolo aquella, anulan el contrato si ha sido la causa determinante de este acto jurídico.

Artículo 1817. Si ambas partes proceden con dolo ninguna de ellas puede alegar la nulidad del acto o reclamarse indemnizaciones.

Artículo 1818. Es nulo el contrato celebrado por violencia, ya provenga esta de alguno de los contratantes, ya de un tercero, interesado o no en el contrato.

Artículo 1819. Hay violencia cuando se emplea fuerza física o amenazas que importen peligro de perder la vida, la honra, la libertad, la salud, o una parte considerable de los bienes del contratante, de su cónyuge, de sus ascendientes, de sus descendientes o de sus parientes colaterales dentro del segundo grado.

Artículo 1820. El temor reverencial, esto es, el solo temor de desagradar a las personas a quienes se debe sumisión y respeto, no basta para viciar el consentimiento.

Artículo 1821. Las consideraciones generales que los contratantes expusieren sobre los provechos y perjuicios que naturalmente pueden resultar de la celebración o no celebración del contrato, y que no importen engaño o amenaza alguna de las partes, no serán tomadas en cuenta al calificar el dolo o la violencia.

Artículo 1822. No es lícito renunciar para lo futuro la nulidad que resulte del dolo o de la violencia.

Artículo 1823. Si habiendo cesado la violencia o siendo conocido el dolo, el que sufrió la violencia o padeció el engaño ratifica el contrato, no puede en lo sucesivo reclamar por semejantes vicios.¹⁰

¹⁰ Código Civil. Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992.

6. RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

El objetivo principal de la Responsabilidad Profesional es concienciar a los Cirujanos Dentistas en lo que respecta a las implicaciones ético – legales. Para que exista una responsabilidad se necesita un sujeto conciente libre de actuar o no, normas éticas, una acción y consecuencias de los actos.

6.1 Responsabilidad

Etimológicamente “la palabra responsabilidad proviene del latín *respóndere* que significa obligarse a, prometer”.¹¹

Filosóficamente la responsabilidad es la obligación de toda persona de rendir cuenta de sus actos. Existen dos maneras de aplicar la responsabilidad:

- Responsabilidad Subjetiva ó por Culpa: cuando la sanción se aplica al autor del hecho ilícito que no tuvo la intención de cometerlo; si se produce un resultado que no previó siendo previsible o violación del deber de cuidado (negligencia).
- Responsabilidad Objetiva: cuando el hecho ilícito se realiza de manera intencional (premeditado)

6.2 Profesión

Puede definirse como la “capacidad cualificada con la que la persona por medio de su actividad, realiza, profesa, da testimonio de su vocación dentro de un trabajo libremente elegido.”¹²

¹¹Álvarez De la Cadena Sandoval, Carolina. Ética Odontológica. UNAM. Facultad de Odontología. México, Segunda Edición, 1998, pág. 131.

¹² Ib. pág. 128

7. DEBER PROFESIONAL

El deber profesional con respecto a su propio ejercicio se clasifican en:

7.1 Deberes consigo mismo

1. Cuidar y tratar a los pacientes sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad.
2. Suprimir de la práctica cualquier acto que pueda dañar el honor o la dignidad de nuestra profesión.
3. Guiarse por las normas morales de justicia como son la honradez, lealtad, igualdad, integridad, etc.
4. Sólo podemos llevar a cabo procedimientos que tenemos claros en nuestra mente, ya que si no se posee la destreza necesaria por mas claro que se tenga no se podrá realizar. Por lo que el deber que se tiene es el de crecer profesionalmente para no limitar nuestras capacidades y brindar al paciente un mejor servicio.
5. La formación profesional consiste en la constante práctica y actualización científica; debe incluir congresos, seminarios, etc.
6. No debemos atender a pacientes que requieran conocimientos especializados y que salgan de nuestra capacidad, por lo que actualmente se ha hecho indispensable el poseer una especialidad. En el caso de no poseerla, se tiene el deber ético de canalizar apropiadamente al paciente con el profesional capacitado.
7. No hacer mención de una especialidad o título que no se posea.
8. Constancia y perseverancia.
9. Guardar pulcritud en nuestra persona.
10. Protegerse contra enfermedades transmisibles.
11. Luchar con nuestra negligencia y desidia; partir de la base de que todos los casos son importantes.

7.2 Deberes con el paciente

1. No se debe ver al paciente como un objeto, sino como una persona.
2. Respetar el tiempo de los pacientes, esto se logra con una buena planeación de las citas evitando caer en la prisa.
3. Los pacientes tienen derecho a recibir información sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad de una manera clara.
4. Informar al paciente acerca del presupuesto previo a la realización de cualquier tratamiento así como las ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.
5. Aceptar cualquier consulta con otro colega si el paciente o los familiares lo piden sin tomar represalias.
6. No aprovecharse del poco conocimiento del paciente acerca de la calidad de los materiales que se utilizan.
7. Tratar a los pacientes con discapacidades como seres humanos.
8. Ser cauteloso con los fabricantes de materiales dentales, para lograrlo es necesario el comparar para escoger el material más adecuado.
9. Comprar lo que realmente deseamos y no lo que los empleados del depósito quieren vendernos.
10. Todo el instrumental debe ser de buena calidad y estar en óptimas condiciones para su uso.
11. Estricto control de infecciones.
12. Eliminar todo el material desechable una vez que ha sido utilizado.
13. Correcto control del dolor produciendo el menor posible al paciente.
14. Si se comete una iatrogenia, ya sea por descuido, ignorancia o accidente, lo mínimo que se puede hacer por el paciente es que lo que se requiera para corregirlo no le sea cobrado.
15. Las instalaciones deben ser adecuadas para dar una buena atención.

16. Estar capacitado y tener el equipo y medicamentos necesarios para resolver una emergencia.
17. Valorar con sumo cuidado cuando el paciente quiere sacrificar la funcionalidad por algo estético.
18. Cuidar el lenguaje dentro del consultorio.
19. Debe predominar el respeto absoluto entre el profesional y el paciente guardando un comportamiento ético, esto es debido a la proximidad física durante la consulta.
20. Si contraemos alguna enfermedad, proteger al paciente de un posible contagio.
21. Si por alguna razón se ha ingerido alcohol o alguna droga, no se debe dar atención dental porque se puede perjudicar al paciente.
22. Respetar el secreto profesional pues es una parte importante de nuestra ética como profesionales de la salud.

7.3 Deberes con los compañeros de profesión

1. Trato respetuoso entre colegas sea cual sea su jerarquía
2. Abstenerse de criticar las decisiones de los colegas en cuanto al diagnóstico y tratamiento de un paciente. Si existen diferencias deberán ser resueltas en privado.
3. Brindar atención sin costo y en el caso de familiares directos considerar la posibilidad de cobrar sólo por el material utilizado.
4. Es deber de compañeros brindar consejos cuando se nos pide.
5. En el caso de interconsultas, la atención que se brinda se limitará exclusivamente para lo que fueron remitidos.
6. Al sustituir a un colega que se encuentra impedido, no se debe atraer para sí a sus pacientes.
7. Tratar de pertenecer y participar en colegios de profesionistas, así como asistir a congresos para actualizarse.

8. No mandar estudios injustificados o interconsultas innecesarias.
9. Estrecha relación con los especialistas con los que se han remitido nuestros pacientes.
10. No comentar las diferencias, si existiesen, entre dentistas de consultorios aledaños frente al paciente.
11. Ser respetuosos con todo el personal.

7.4 Deberes con la sociedad

1. La actividad profesional debe ser remunerada en forma justa, sujeta a honorarios (gastos de material, laboratorio, etc.).
2. No se debe abusar de los honorarios y tampoco deben ser repartidos entre los profesionales sin el conocimiento del paciente.
3. El profesional no se debe mover exclusivamente por fines de lucro, es decir, los conocimientos y aptitudes no se venden al mejor postor.
4. Tener una conciencia ecológica y social con lo que respecta al material y equipo que se utiliza.
5. Si se hace publicidad, esta debe ser veraz y objetiva.
6. Ofrecer un servicio social de manera continua.
7. No ser cómplice de situaciones en las que la atención así como los materiales utilizados estén lesionando o engañando a los pacientes.
8. Tener conciencia de que los pacientes que acuden a instituciones no tienen la posibilidad de pagar una consulta privada y no por eso no se les brindara la mejor atención posible.
9. Cuando existe un problema de intereses, debe resolverse procurando el bien del mayor número de personas.¹³

¹³ Álvarez. Op. cit. pág.139 – 170.

8. TIPOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

8.1 Responsabilidad Profesional Ética

Auto impuesta o de Compromiso; se origina con base a principios éticos, valores morales, familiares, religiosos y de pensamiento filosófico.

8.2 Responsabilidad Profesional Moral

Originada en la sociedad como normas morales creadas y aceptadas como costumbres y reglamentadas por los miembros de ésta.

8.3 Responsabilidad Profesional Legal

Es impuesta por la ley y señala a las personas como han de actuar en determinadas circunstancias.

8.4 Responsabilidad Profesional Civil

Obligación de reparar los daños y perjuicios producidos como consecuencia de actos ilícitos civiles (contratos, acuerdos por escrito). Supone un daño privado en donde la víctima no es la sociedad sino una sola persona en particular y tiene como objetivo la reparación del perjuicio.

Existen dos tipos de responsabilidad civil:

- Contractual: cuando existe un acuerdo de voluntades de quien da o recibe la prestación de un servicio, ya sea verbal o escrito.
- Extracontractual: cuando la prestación de servicio se da por medio de un intermediario.

8.5 Responsabilidad Profesional Penal

Es la obligación de responder los delitos y faltas producidas en el ejercicio de la profesión, es decir, que supone un perjuicio social y su objetivo es el castigo del delincuente.

En su aplicación este tipo de responsabilidad se contempla desde dos orígenes:

- Culposos: se desconoce la intención o malicia para cometer un delito, es decir, son situaciones en las que se ha realizado un acto imprudente; por negligencia o falta de prevención.
- Doloso: existe la intención y malicia para cometer el delito.

Desde el punto de vista culposo encontramos:

- Impericia: ignorancia inexcusable que consiste en la ineptitud técnica, física, y falta de actualización de los avances de la ciencia.
- Negligencia: omisión inexcusable, descuido y desatención.
- Imprudencia: el profesional actúa con un exceso de confianza constituyendo así una falta de previsión o de precaución.
- Inobservancia de reglamentos: culpa que surge del acto, sea prudente y diligente, que está vedado por una norma jurídica.

8.6 Responsabilidad Profesional Administrativa

Cuando las instituciones oficiales o semioficiales considerados como servidores públicos en el ejercicio de su cargo incurran en alguna de las conductas establecidas por la ley.¹⁴

¹⁴ Vargas Alvarado, Eduardo. Medicina Forense y Deontología Médica. Ciencias forenses para médicos y abogados. Trillas. México, 1991, pág. 861 – 872.

9. IATROGENIA

“La palabra *iatrogenia* procede del verbo *yatros* – médico y *genos* – engendrar; por lo que se puede definir como los efectos que origina un profesional de la salud a un paciente”.¹⁵

Clasificación

9.1 Iatrogenia por el médico mismo

- Por actitud: cuando el profesional trata con indiferencia o de forma despectiva, y aún grosera, al paciente. Se debe tomar en cuenta que el paciente es un ser humano susceptible a gestos y expresiones en el comportamiento del profesional.
- Por semántica: cuando se utiliza un lenguaje cortante o términos incomprensibles para el paciente

9.2 Iatrogenia por método de diagnóstico

- Endoscópicos
- Radiológicos
- Punciones

¹⁵ Vargas. Op. cit. pág. 873 – 875.

9.3 Iatrogenia por medicamentos

- Efectos adversos: pueden producirse por diversos mecanismos como inmunológicos, sobredosis, idiosincrasia, mecanismos genéticos determinados, liberación de mediadores químicos o toxicidad específica hacia determinados órganos.
- Interacción entre medicamentos

9.4 Iatrogenia por productos biológicos

- Vacunas
- Transfusión de sangre
- Derivados de la sangre

9.5 Iatrogenia por su origen

- Clínica: en todos los niveles de la práctica profesional en forma general por acción odontológica insuficiente, excesiva o imprevista, efectuada por ignorancia, negligencia o juicio insuficiente.
- Social: pérdida de la capacidad de adaptación a la enfermedad o de autocuración; es la dependencia excesiva y antinatural a la medicina para asegurar la salud.
- Estructural: negación de aceptar el dolor, la enfermedad y la muerte como parte integrante de la vida humana.

9.6 Iatrogenia por área médica

- Cirugía plástica
- Cirugía general
- Odontología y sus especialidades

9.7 Iatrogenia por su resultado

- Positivas: se refiere a los éxitos y logros de la medicina en todas sus áreas.
- Negativa
 - Clínica
 - Negativa necesaria: daño que las acciones médicas le causan al paciente, pero que se realizan con pleno conocimiento de sus riesgos.
 - Negativa innecesaria: daño innecesario que las acciones médicas causan al paciente.
 - Médico – Legal
 - Negligencia: incumplimiento de los principios de la profesión; que sabiendo lo que se debe hacer, no se hace o a la inversa, sabiendo lo que no se debe hacer se hace.
 - Impericia: falta de conocimientos básicos e indispensables que se debe tener obligatoriamente en la profesión.
 - Imprudencia: afrontar un riesgo sin haber tomado las debidas precauciones para evitarlo.¹⁶

¹⁶ Vargas. Op. cit. pág. 880 – 882.

10. FORMULARIOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento Bajo Información que se solicita y otorga para procedimientos terapéuticos en menores, es uno de los temas de mayor dificultad en el campo de la ética profesional con respecto a la autonomía individual cuando de niños se trata.

Es evidente que la negativa para recibir atención por parte de un adulto constituye una forma en la que la voluntad del paciente se expresa; en los niños esto no sucede debido a que en la mayoría de los casos el tratamiento que se proporciona al menor es realizado en contra de su voluntad.

Por lo tanto, se encuentran dos puntos de vista, uno, Jurídico, en donde el menor pertenece a una categoría que incluye a personas “incompetentes” para tomar decisiones propias y la Ley establece quiénes son los encargados de adoptar estas decisiones y les denomina tutores; el segundo, Ético, se resuelve cuando el profesional proporciona al tutor en forma completa, clara y precisa los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento, de manera que pueda tomar la mejor decisión para el menor bajo su responsabilidad.

Sin embargo, surge un problema cuando la edad del menor hace dudar de su “incompetencia” para tomar decisiones sobre su propia salud. Este es el caso de adolescentes en donde intelectualmente son aptos para intervenir en la toma de decisiones sobre su persona. En esta situación es aconsejable orientar a los padres para que en toda decisión tomada sea considerada la opinión del menor, especialmente si se habla de un tratamiento invasivo o mutilación como sería el caso de alguna extracción.

10.1 Consentimiento para niños menores de 14 años

“Los padres o tutores legales deben firmar el formulario y una tercera persona, normalmente el odontólogo, debe ser testigo de la firma.”¹⁷

10.2 Consentimiento para chicos de 14 – 16 años

“Los adolescentes de 14 a 16 años deben dar su consentimiento para el tratamiento. Aunque un chico responsable e informado puede dar este consentimiento, también deben hacerlo los padres o tutor legal y firmar el formulario.”¹⁸

10.3 Consentimiento para mayores de 16 años

“Un paciente de 16 años o más debe autorizar su propio tratamiento, utilizando un formulario de consentimiento para adultos”.¹⁹

10.4 Tratamiento de urgencia

En casos urgentes, se puede proceder al tratamiento odontológico sin el consentimiento del niño o de sus padres o cuidadores si es tratamiento es necesario y tiene carácter urgente para salvar la vida del niño o para evitar daños graves en su salud.

Por suerte, en odontología son contadas estas situaciones, aunque se producen más casos en el medio hospitalario.

¹⁷ Cameron, Angus C. y Widmer, Richard P. Manual de Odontología Pediátrica. Harcourt. Madrid, 1998, pág. 89.

¹⁸ Ib

¹⁹ Ib

10.5 Ejemplos de formatos de Consentimiento Informado

De conformidad a lo dispuesto en el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad, declaro y manifiesto, en pleno uso de mis facultades mentales, libre y espontáneamente y en consecuencia AUTORIZO al Doctor más abajo identificado, lo siguiente:

1. He sido informado/a y comprendo la necesidad y fines de ser atendido/a por el especialista más abajo reseñado.
2. He sido informado/a de las alternativas posibles del tratamiento.
3. Acepto la realización de cualquier prueba diagnóstica necesaria para el tratamiento médico, incluyendo la realización de estudios radiográficos y analíticos, interconsultas con cualquier otro servicio médico y en general, cualquier método que sea propuesto en orden a las consecuencias de los fines proyectados y conocer el estado general de mi Salud.
4. Comprendo la necesidad de realizar, si es preciso, tratamientos tanto de carácter médico y quirúrgicos, incluyendo el uso de anestesia local y/o General; siempre que sea necesario y bajo criterio del especialista.
5. Comprendo los posibles riesgos y complicaciones involucradas en los tratamientos médicos y quirúrgicos, y que en mi caso la duración de estos fenómenos, no esta determinada, pudiendo ser irreversible. Comprendo también que la medicina no es una ciencia exacta, por lo que no existen garantías sobre el resultado exacto de los tratamientos proyectados.
6. Además de esta información que he recibido, seré informado/a en cada momento y a mi requerimiento de la evolución de mi proceso, de manera verbal y/o escrita si fuera necesaria y a criterio del Doctor.
7. Si surgiese cualquier situación inesperada o sobrevenida durante la intervención o tratamiento, autorizo al Doctor a realizar cualquier procedimiento o maniobra distinta de las proyectadas o usuales que a

su juicio estimase oportuna para la resolución, en su caso, de la complicación surgida.

8. Me ha sido explicado que para la realización del tratamiento es imprescindible mi colaboración con una higiene Oral escrupulosa y con visitas periódicas para mi control clínico y radiográfico, siendo así que su omisión puede provocar resultados distintos a los esperados
9. Doy mi consentimiento al Doctor y por ende al equipo de ayudantes de la Clínica-consulta que Él designe, a realizar el tratamiento pertinente PUESTO QUE SE QUE ES POR MI PROPIO INTERÉS, con el buen entendido que puede retirar ese consentimiento por escrito cuando así lo desee.

(Ciudad)_____ - _____ de
_____ de _____

EL PACIENTE, TUTOR O REPRESENTANTE LEGAL

FIRMADO DON/DOÑA _____

D.N.I. Nº _____

DR. DON.....

Colegiado Número.....

Miembro de la S.E.I. Número.....

Firmado.....²⁰

²⁰ Con la colaboración de la Sección de Odontología de la Escuela de Medicina Legal Facultad de Medicina U.C.M. <http://www.infomed.es/sei/consentimiento.html>

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTOLOGÍA PARA EL TRATAMIENTO DE RESTAURACIÓN

En este documento usted encontrará información para conocer y autorizar su tratamiento.

La restauración se encarga de reemplazar una parte o todo el diente perdido por problemas como caries, enfermedad periodontal, trauma y golpes, entre las más frecuentes. Cuando se ha perdido una parte del diente se puede reemplazar mediante la colocación de materiales como resina o calza blanca, también amalgama (comúnmente conocida como calza de plata). Cuando se ha perdido uno o más dientes se realizan tratamientos como prótesis fijas y removibles (puentes con o sin ganchos) o prótesis totales (cajas) que requieren procedimientos de laboratorio. Para esto suele ser necesario utilizar ayudas diagnósticas como radiografías, modelos de estudio y fotografías entre las más frecuentes. Las restauraciones requieren control y mantenimiento periódico con el fin de evaluar su adaptación, función y apariencia, estabilidad entre otros aspectos.

En su caso es necesario realizar el siguiente tratamiento:

Que consiste en:

Le sugiero este tratamiento por:

Los riesgos más comunes son:

Los menos comunes son:

Riesgos individuales: Estos dependen de cada caso y en el suyo son:

Las ventajas del tratamiento propuesto son:

Las desventajas son:

Alternativas de tratamiento:

Los riesgos, ventajas y desventajas de las alternativas son:

Si usted decide no realizar ningún tratamiento debe saber que:

Es necesario comprender que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto la garantía de los resultados esta sujeta a múltiples factores.

Usted puede solicitar más información de la anotada en este documento.

Nombre del paciente _____ Identificación

Edad del paciente _____ años

He leído y recibido información acerca del tratamiento de restauración anteriormente mencionado.

He tenido la oportunidad de preguntar y he obtenido respuestas satisfactorias. Conozco el derecho que tengo de revocar este consentimiento si lo estimo necesario.

Doy mi consentimiento para que el profesional asignado me realice el tratamiento propuesto.

Fecha _____

Firma del paciente

Firma del profesional

MENORES DE EDAD O PERSONAS CON CONSENTIMIENTO DELEGADO

Nombre del representante legal _____ Identificación

Parentesco _____

Firma del representante legal

CONSENTIMIENTO REVOCADO:

Documento para no continuar con el tratamiento.

Yo _____ Identificado con c.c. _____ conozco mi derecho a revocar el consentimiento dado el día mes año, por tanto no deseo continuar con este tratamiento.

La decisión de revocar el consentimiento para este tratamiento podría generar las siguientes consecuencias:

Fecha: _____

Firma del paciente

Firma del profesional

C.C. _____

Nombre del representante legal

Firma del representante legal

C.C. _____

Testigos

Testigos²¹

²¹ Escobar López, María Teresa. Odontóloga Universidad Nacional. Magíster en Bioética Universidad El Bosque. Instructora Asociada Universidad El Bosque. Conferencia realizada en el IX Encuentro de Tribunales de Ética Odontológica.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

El (la) que suscribe _____

Con domicilio _____

En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____

Manifiesto que el cirujano dentista _____

Amablemente me informó de manera verbal, libre y sin coerción alguna, en forma clara, sencilla y suficiente, acerca del diagnóstico, el pronóstico y las alternativas de tratamiento para mi padecimiento.

Estoy informado (a) que durante la práctica de la estomatología u odontología y sus diversas disciplinas de especialización en ocasiones incluyen riesgos, complicaciones e incluso posibilidad de que se presente una emergencia medicoodontológica; por tanto, como los resultados no se pueden garantizar, acepto afrontar los riesgos por ser mayor el beneficio esperado.

Diagnóstico (s) _____

Tratamiento (s) por realizar _____

Tratamiento (s) alternativos _____

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: _____

Cirujano dentista _____ Cédula Profesional _____

Fecha y hora _____ Firma _____

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Segundo testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Con base en el Código Civil en general sobre el consentimiento informado
artículos 1803 y 1812.

Con fundamento en la Ley General de Salud Título Quinto Capítulo Único,
Investigación para Salud Artículo 100 Fracción IV. Artículos 102 y 103.
NOM – 168 – SSA1 – 1998. Del Expediente Clínico en su numeral 4.2²²

²² Medrano. Op. cit. pág. 151

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO O BAJO
INFORMACIÓN EN LA ATENCIÓN INTEGRAL
ESTOMATOLÓGICA**

El (la) que suscribe _____

Con domicilio _____

En mi carácter de _____ Edad _____ Género _____

Manifiesto que el cirujano dentista _____

Diagnóstico (s) _____

Tratamiento (s) por realizar _____

Tratamiento (s) alternativos _____

Riesgos y complicaciones inherentes al tratamiento _____

Beneficio esperado con el tratamiento por realizar _____

Riesgos y complicaciones en caso de no efectuarse el tratamiento _____

Por lo anterior se me explicó que para tratar o confirmar mi diagnóstico, es necesario llevar a cabo los estudios siguientes: _____

Cirujano dentista _____ Cédula Profesional _____

Fecha y hora _____ Firma _____

Por lo anterior firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar

Paciente, padre o tutor, representante legal o familiar

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Primer testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Segundo testigo

Nombre _____

Domicilio _____

Identificación _____ Consiento _____ No consiento _____

Firma _____

Con base en el Código Civil en general sobre el consentimiento informado
artículos 1803 y 1812.

Con fundamento en la Ley General de Salud Título Quinto Capítulo Único,
Investigación para Salud Artículo 100 Fracción IV. Artículos 102 y 103.
NOM – 168 – SSA1 – 1998. Del Expediente Clínico en su numeral 4.2²³

²³ Medrano. Op. cit. pág. 153

11. SUGERENCIAS PARA EL MANEJO DEL DOCUMENTO

1. Verifique que el paciente conozca y entienda en qué consiste el consentimiento informado. En caso contrario, explicar de manera sencilla qué es y con qué fin se realiza.
2. El lenguaje utilizado debe ser claro, entendible y de acuerdo a las condiciones del paciente, evite utilizar términos técnicos y más bien trate de involucrar palabras comunes y modismos utilizados en su región.
3. Existen algunos tecnicismos que no se pueden suplir, por lo cual es necesario explicarlos con ejemplos claros y cerciorarse que el paciente y su representante legal lo entiendan. Para esto suele ser importante repreguntar, es decir, que expliquen en sus palabras lo que entienden.
4. Este documento debe ser leído por el paciente y su tutor en compañía del odontólogo con el fin de aclarar las dudas que puedan existir y proporcionar información conveniente y oportuna acerca de su diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
5. El espacio destinado a riesgo individual tiene que ver con casos específicos como el paciente diabético o con discrasias sanguíneas, hiper o hipotenso, u otra condición que pueda acarrear un riesgo adicional en el tratamiento.
6. En restauración, la complejidad y variedad de tratamientos suele ser muy amplia, por tanto es de vital importancia explicar claramente el tratamiento a realizar. Para el consentimiento informado deben utilizarse las acepciones más frecuentemente utilizadas por los pacientes. Es bastante útil y muy gráfico mostrarle fotos, modelos y/o trabajos ya elaborados.

7. En el espacio destinado a explicar el procedimiento se debe precisar, por ejemplo, si se necesita toma de impresiones, participación de laboratorio, talla de dientes, las molestias más frecuentes en el momento operatorio, etc. Si considera necesario, sería ideal explicar con dibujos o ejemplos la forma de realizar el procedimiento, cómo quedarán los dientes tallados, forma en que quedarán los retenedores en una prótesis removible, etc. El tiempo de adaptación y las citas de control así como las pruebas necesarias antes del trabajo definitivo, deben ser elementos completamente claros para el paciente.

8. El tema de los costos de los tratamientos en restauración es fundamental para la decisión del paciente así no tenga relación con el consentimiento informado. Por tanto, deje constancia de las alternativas de tratamiento ofrecidas y de las consideradas por usted como óptimas. En las ocasiones en que el paciente elija realizarse sólo parte del tratamiento también deje constancia.

9. Al llenar la historia clínica, no deje espacios en blanco.

10. El paciente tiene derecho a revocar su consentimiento en cualquier momento y sin dar explicación alguna, en este caso es importante llenar el anexo en el cual resulta imprescindible la firma del paciente, del profesional y la fecha.

Si el paciente no firma y sólo se cuenta con su revocación verbal es importante registrar la fecha, hora, firma de testigos (ejemplo: Auxiliar), y la firma del profesional. Una buena relación clínica es fundamental para producir confianza en el paciente.²⁴

²⁴ Escobar. Op. cit.

12. CONAMED Y LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

12.1 Criterios para determinar la información

Hay distintos factores o criterios que deben ser considerados a la hora de determinar el contenido del deber de información del médico: unos de carácter subjetivo y otros objetivos.

Subjetivos:

- Nivel cultural
- Edad
- Situación personal, familiar social y profesional

Objetivos:

- Urgencia del caso
- Necesidad del tratamiento
- Peligrosidad de la intervención
- Novedad del tratamiento
- Gravedad de la enfermedad
- Posible renuncia del paciente a recibir información

En este sentido, cuanto más urgente es una intervención médica, menor precisión es exigible en la información a suministrar al paciente, cuanto menos necesario sea un tratamiento, más rigurosa ha de ser la información y cuanto más peligrosa y novedosa sea una intervención, más amplia debe ser la información que se facilite al paciente.

Resulta evidente que no todo se puede decir a todos los pacientes, dependerá de a quién y de cuándo, así como de la enfermedad que le afecta, buscando siempre lo más aconsejable para el mismo, y analizando con suma cautela cada caso, lo que en modo alguno equivale a regresar al paternalismo y al principio de beneficencia. No puede olvidarse que una información excesivamente exhaustiva, puede dañar más al enfermo que beneficiarle.

12.2 Excepciones o límites a la información

Las excepciones o límites a la información responden a la difícil cuestión de si el deber de información tiene carácter absoluto o, por el contrario, debe ceder en determinadas situaciones. Con carácter general, detrás de tales excepciones o límites al deber de informar se da un conflicto de intereses entre el principio de autodeterminación que entraña el consentimiento informado, por un lado, y la vida o la integridad física, por el otro.²⁵

Hay que reconocer determinados límites al deber de información que pueden sistematizarse de la siguiente manera:

- Situaciones de urgencia: en el artículo 81 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, entendemos que el deber de informar, así como la exigencia del consentimiento, ceden sólo en aquellas situaciones en que *la urgencia no permite demoras ante la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento*, es decir, cuando el paciente no está en condiciones de recibir la información y/o de prestar su consentimiento ni es posible acudir a sus familiares. Esto

²⁵ De Lorenzo y Montero R., Sánchez Caro J., El consentimiento informado en responsabilidad legal del profesional sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España, 2000.

rige estrictamente por el período de tiempo en que concurra tal situación, de modo que, tan pronto como se haya superado, debe informarse inmediatamente al paciente.

- Pronóstico fatal: el pronóstico es un derecho que corresponde a todo enfermo que quiera conocer su verdadero estado de salud. Otra cosa distinta es que el paciente renuncie a él expresa o tácitamente. En definitiva, el pronóstico fatal no constituye por sí mismo motivo suficiente para ocultar información.
- Información claramente perjudicial para la salud del paciente: en este supuesto es ineludible la apreciación de los valores en conflicto, para lo cual parece recomendable el asesoramiento del Comité Asistencial de Ética. Este requerimiento es especialmente conveniente cuando la situación descrita concurre con el deseo expresado por el paciente de conocer su verdadero estado de salud. Debe hablarse aquí de necesidad terapéutica.
- Renuncia del destinatario: la renuncia a ser informado expresa o tácitamente, mediante hechos concluyentes, ha sido tradicionalmente admitida por la doctrina como un supuesto de excepción o límite efectivo al deber de información. Recogiendo este criterio, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina consagra tal excepción o límite al decir que “deberá respetarse la voluntad de una persona a no ser informada”²⁶, debiendo quedar este extremo debidamente documentado.

²⁶ Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, Art. 10.2., Oviedo, España.

El Código de Ética y Deontología Médica²⁷ consagra igualmente el derecho del paciente a no ser informado al decir que el médico respetará la decisión del paciente de no ser informado y comunicará entonces los extremos oportunos al familiar o allegado que hayan designado para tal fin. El ejercicio por parte del paciente del derecho a no saber tal o cual circunstancia relativa a su salud no se considera un obstáculo a la validez de su consentimiento a una intervención; por ejemplo, se puede consentir válidamente a la extracción de un quiste a pesar de no desear conocer su naturaleza. Y como ocurre con el derecho a la información, también el derecho a no saber puede restringirse en interés del propio paciente o de otros, para proteger los derechos de los terceros o de la sociedad, por ejemplo acerca de las medidas preventivas para evitar una enfermedad a sus familiares o allegados, a terceros o a la sociedad en general.

12.3 Revocación del Consentimiento Informado

El consentimiento del paciente es temporal, y revocable sin sujeción a formalidad alguna. El respeto a esta decisión debe basarse en la información completa de las consecuencias que el abandono al tratamiento implica. La revocación puede no ser atendida en los siguientes supuestos:

- Tratamientos sanitarios obligatorios por ley
- Urgencias
- Incapacidad declarada o de hecho para tomar decisiones

²⁷ Código de Ética y Deontología Médica de 1999, Art. 10.1, Actualidad del Derecho Sanitario, No. 63, Julio-Agosto 2000.

12.4 Beneficios del Consentimiento Informado

Al cumplir la obligación de informar para obtener el consentimiento del paciente al tratamiento, el médico no se limitará a cumplir una obligación legal y a protegerse contra una demanda de responsabilidad profesional. Por el contrario, estará realizando un acto clínico, elevando la calidad de la asistencia y propiciando que la relación médico-paciente se asiente en unas bases que conducirán a su mejor éxito; además, el profesional se pone a disposición del paciente para que éste pueda elegir en libertad las opciones terapéuticas que se presentan, e incluso decidir no someterse a ningún tratamiento.

12.5 Consecuencias de la no obtención del Consentimiento

La falta de obtención del consentimiento bajo información podría ser una hipótesis de mala práctica; en esos términos deben puntualizarse las siguientes hipótesis:

- a) La no obtención de consentimiento alguno sin violencia y por un valor superior: esto supone contrariar al paciente, sin embargo, sólo podría entenderse legítimo excepcionalmente, por ejemplo, cuando se tratase de no exigibilidad de otra conducta, legítima defensa, estado de necesidad o cumplimiento de un deber para proteger la salud o salvar la vida; pensemos en un paciente afectado de un problema emocional que pretende suicidarse o simplemente dejarse morir, un paciente psiquiátrico, un paciente que rehúsa una terapia inaplazable por coacción moral, temor reverencial, ignorancia extrema, seducción de un tercero, etc.

En estos supuestos la teoría general del derecho sanitario (teoría del consentimiento presunto) autoriza a adoptar las medidas necesarias

para proteger la salud y de ninguna suerte los actos realizados en cumplimiento del deber general de cuidado, pese a no existir la autorización del paciente (verbal o escrita), podrían calificarse de mala práctica.

- b) La no obtención de consentimiento alguno acompañada de violencia física o moral: en esta hipótesis estaríamos pensando que no existe elemento legitimador alguno, incluso la intencionalidad es discutible: mutilar, realizar investigación clínica irregular, modificación física permanente, simulación y disimulación quirúrgica, obtención de remuneraciones, comercialización inmoral de placebos, engaño, etc. Aquí estaríamos en presencia de verdaderos delitos sancionados por las leyes penales mexicanas, de acuerdo a la magnitud del daño causado: riesgo innecesario, mutilación, estafa, lesiones diversas, etc. En esos términos correspondería a las autoridades de procuración de justicia y a los tribunales penales tomar conocimiento de los hechos.

- c) La no obtención del consentimiento y causación de daños y perjuicios: en esta tercera hipótesis, el afectado por el simple hecho de no haber podido expresar su consentimiento podría verse afectado patrimonialmente en daños (cantidad de dinero que perdió) y perjuicios (cantidad de dinero que dejó de ganar). No debe confundirse esta posibilidad con el daño físico ocasionado por impericia, negligencia o dolo, pues se trata de un motivo autónomo por la simple trasgresión a la voluntad generadora de daño o perjuicio. En este rubro correría a cargo del afectado demostrar legalmente que en realidad existió el daño o perjuicio y su monto; para ello deberá demostrar, igualmente, que existió *relación de causalidad* entre la no obtención del consentimiento y la afectación patrimonial.

- d) La no obtención de consentimiento y violación de derechos de humanidad: esta posibilidad se encuentra prevista en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (art. 4º) y se refiere a impedir que el paciente decida de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamento de sus hijos y se inscribe dentro del genérico a que se refiere la hipótesis b, pues entrañaría un franco alejamiento del espíritu que inspira la práctica médica, en razón de atentar contra un derecho de decisión, es decir de libertad, expresamente reconocido en la constitución.
- e) La no obtención de consentimiento por escrito: sin duda, la más frecuente, que no supone, sin embargo, trasgresión a la voluntad del paciente; se trata más bien de un problema de documentación, el cual entraña una falta administrativa (no un delito) prevista en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica, sancionable con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo. El problema de aplicación observado en la práctica es que frecuentemente ante la falta de documentación el personal de salud se ve en estado de debilidad probatoria y podría caer en manos de personas inescrupulosas que adujeren tratarse de la hipótesis a que se refiere el inciso b.²⁸

²⁸ CONAMED. Criterios para determinar la información. www.conamed.gob.mx

CONCLUSIONES

A lo largo de la historia ha sido cada vez más evidente el hecho de armar un buen expediente clínico, no solo con los datos personales del paciente o la enfermedad o padecimiento por la que acudió a nosotros, sino el tener por escrito todos aquellos datos que nos son de utilidad como son el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y notas de evolución que requiera el paciente así como un apartado específico en donde el paciente quede informado de todo lo que se le realizará, riesgos, beneficios o alternativas que se tengan en cada caso y lograr tener una mejor comunicación con ellos, no solamente enfocarnos en su boca sino tratarlos como seres humanos.

Por otro lado desde el aspecto ético, legal y profesional se evitan problemas que en la actualidad se dan con mayor frecuencia, tal es el caso de las demandas presentadas que en la mayoría son hechas debido a una deficiente comunicación entre el profesional y el paciente; esto puede ser evitado explicándoles todo lo relacionado a su tratamiento, es decir, que se encuentre informado para que así pueda tomar una decisión en cuanto a su salud.

En el caso de los menores de edad, debido a que no se encuentran capacitados para dar autorización respecto a su tratamiento, se necesita informar claramente a sus padres o tutores legales lo que se necesita realizar con todos los riesgos y beneficios que implica para que entonces puedan tomar la mejor decisión (bajo información) respecto al menor.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez De la Cadena Sandoval, Carolina. Ética Odontológica. UNAM. Facultad de Odontología. México, Segunda Edición, 1998, pág. 259.
- Buckles VD. Powlishta KK. Palmer JL. Coats M. Hosto T. Buckley A. Morris JC. Understanding of informed consent by demented individuals.[see comment]. [Journal Article] *Neurology*. 61(12):1662-6, 2003 Dec 23.
- Cameron, Angus C. y Widmer, Richard P. Manual de Odontología Pediátrica. Harcourt. Madrid, 1998, pág. 368.
- Código Civil. Ley Federal de Metrología y Normalización, 1992.
- Código de Ética y Deontología Médica de 1999, Art. 10.1, Actualidad del Derecho Sanitario, No. 63, Julio-Agosto 2000.
- CONAMED. Criterios para determinar la información. www.conamed.gob.mx
- Con la colaboración de la Sección de Odontología de la Escuela de Medicina Legal Facultad de Medicina U.C.M.www.infomed.es/sei/consentimiento
- Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina, Art. 10.2, Oviedo, España.
- De Lorenzo y Montero R., Sánchez Caro J., El consentimiento informado en responsabilidad legal del profesional sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid, España, 2000.

Escobar López, María Teresa. Odontóloga Universidad Nacional. Magíster en Bioética Universidad El Bosque. Instructora Asociada Universidad El Bosque. Conferencia realizada en el IX Encuentro de Tribunales de Ética Odontológica. www.encolombia.com/odontologia/foc/FocXX-Consentimiento

Lerman, Salvador. Historia de la Odontología y su ejercicio legal. 3° Edición. Editorial Mundi S. A. I. C. y F. Argentina, 1974, pp. 398.

Medrano Morales Juan, Pérez Mata Franco Alberto. Expediente Clínico Odontológico. Trillas. México, 2005, pág. 208.

Moya Pueyo, Vicente. Roldán Garrido, Bernabé. Sánchez Sánchez, José Antonio. Odontología legal y forense. Masson. Barcelona, 1994, pág. 396.

Norma Oficial Mexicana NOM – 168 – SSA1 – 1998, del “Expediente Clínico”, Diario Oficial de la Federación, 30 de Septiembre de 1999.

Pinkham, J. R., B. S., D. D. S. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana, Mc Graw – Hill. México. 1991, pág. 566.

Ring, Malvin. Historia Ilustrada de la Odontología. Editorial Mosby – Doyma. Barcelona España.

Sfikas PM. A duty to disclose. Issues to consider in securing informed consent.[see comment]. [Journal Article] Journal of the American Dental Association. 134(10):1329-33, 2003 Oct.

Vargas Alvarado, Eduardo. Medicina Forense y Deontología Médica.
Ciencias forenses para médicos y abogados. Trillas. México, 1991,
pág. 873.