



Universidad Nacional Autónoma de México

---

---



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**PRINCIPALES MOTIVOS POR LOS CUALES EL  
PACIENTE SE QUEJA DE LA PRÁCTICA  
ODONTOLÓGICA ANTE LA COMISIÓN  
NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO**

**TRABAJO TERMINAL ESCRITO DEL DIPLOMADO DE  
ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL  
TÍTULO DE:**

**CIRUJANA DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**MARÍA GUADALUPE DELGADO FIGUEROA.**

**TUTOR: C.D. RENÉ GUERRA MONTENEGRO.  
ASESORA: C.D. BRENDA IVONNE BARRÓN MARTÍNEZ.**

MÉXICO D.F.

2006



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.

<b>ÍNDICE.</b>	<b>PÁGS.</b>
<b>INTRODUCCIÓN.</b>	<b>4</b>
<b>COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE.</b>	<b>6</b>
<b>LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN MÉXICO.</b>	<b>9</b>
<b>MEDICINA DEFENSIVA Y ÉTICA DEL EJERCICIO MÉDICO.</b>	<b>12</b>
<b>ESTRUCTURA INTERNA DE LA CONAMED.</b>	<b>15</b>
<b>FORMAS DE RESOLUCIÓN.</b>	<b>18</b>
<b>IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.</b>	<b>21</b>
<b>EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.</b>	<b>23</b>
<b>ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO.</b>	<b>25</b>
<b>FALSAS EXPECTATIVAS QUE SE DAN AL PACIENTE.</b>	<b>26</b>
<b>IMPORTANCIA DE REMITIR CON ESPECIALISTAS.</b>	<b>27</b>
<b>CONCIENTIZACIÓN DEL ODONTÓLOGO ANTE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL.</b>	<b>30</b>
<b>GRÁFICA 1. Total de quejas recibidas.</b>	<b>31</b>
<b>GRÁFICA 2. Práctica Odontológica. (Mala práctica con consecuencias)</b>	<b>32</b>
<b>GRÁFICA 3. Práctica Odontológica. (Mala práctica sin consecuencias)</b>	<b>33</b>
<b>GRÁFICA 4. Práctica Odontológica. (Buena práctica)</b>	<b>34</b>
<b>GRÁFICA 5. Práctica Odontológica. (Sin elementos)</b>	<b>35</b>
<b>GRÁFICA 6. Institución de procedencia de la queja.</b>	<b>36</b>
<b>GRÁFICA 7. Género del prestador del servicio.</b>	<b>37</b>
<b>GRÁFICA 8. Género del usuario.</b>	<b>38</b>
<b>GRÁFICA 9. Tipo de procedimiento.</b>	<b>39</b>
<b>GRÁFICA 10. Lugar de procedencia de la queja.</b>	<b>40</b>
<b>GRÁFICA 11. Modalidades de conciliación.</b>	<b>41</b>

<b>GRÁFICA 12. Casos no conciliados.</b>	<b>42</b>
<b>GRÁFICA 13. Casos enviados a Arbitraje.</b>	<b>43</b>
<b>CONCLUSIONES.</b>	<b>44</b>
<b>PROPUESTAS.</b>	<b>45</b>
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN.</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS</b>	
<b>ANEXO 1. Glosario.</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO 2. Norma Oficial Mexicana.</b>	<b>52</b>
<b>ANEXO 3. Talas INEGI.</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO 4. Consentimiento validamente informado.</b>	<b>59</b>
<b>ANEXO 5. Carta de los Derechos generales de los Cirujanos Dentistas.</b>	<b>61</b>

## INTRODUCCIÓN.

Desde el punto de vista antropológico y etnológico, es indudable que el lenguaje articulado constituye una de las manifestaciones características que distinguen al hombre de otros seres. El hombre sabe planificar sus acciones y para ello utiliza el lenguaje como instrumento fundamental que le permite explicar la naturaleza y asociarla a su comportamiento en sociedad.<sup>(1)</sup>

Dentro de las relaciones humanas, la relación odontólogo-paciente es una de las más complejas e intensas. Ha sido ponderada como una de las habilidades fundamentales del cirujano dentista, no sólo porque propicia la obtención de la información directa necesaria para tomar decisiones, sino porque permite también percibir la derivada de la expresión no verbal y porque tiene en sí misma, una indudable capacidad terapéutica.<sup>(2)</sup>

Este vínculo ha sido conceptualizado desde el punto de vista legal, generalmente no escrito, entre personas autónomas, libres de iniciar o romper esta relación en la medida en que el paciente no sea abandonado. Hay que entender que esta relación, más que legal se basa en ética y en la deontología, y que es uno de los nexos más antiguos que han existido.<sup>(1)</sup>

Todo esto nos lleva al hecho de que hoy estamos viviendo una crisis de valores éticos y de humanismo, esta crisis ha originado que vivamos el mundo médico en situaciones y sistemas que favorecen las relaciones de dominio: la despersonalización, falta de comunicación, la manipulación y el trato deshumanizado.<sup>(2)</sup>

El reto es retornar al estudio integral, identificar a la persona como ser humano íntegro, recordemos que la definición de la salud de la OMS habla de que ésta es el bienestar bio-psico-social y no sólo la ausencia de enfermedad. Conocer al sujeto no al objeto y así poder reflejar los principios básicos de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.<sup>(3)</sup>

Por decreto presidencial del 31 de mayo de 1996<sup>(4)</sup> se creó la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la que conforme a los artículos 1 al 4, del decreto es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud con autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos.<sup>(5)</sup>

Uno de los objetivos fundamentales es la de propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, en un marco de respeto a sus derechos y obligaciones y la aplicación de los valores en los que se sustenta el proceso de atención de inconformidades: imparcialidad, objetividad y conocimiento especializado del acto médico.<sup>(6)</sup>

Se trata de privilegiar en todo momento la búsqueda de la verdad respecto del acto médico reclamado, conforme a la ciencia, la ética, la normativa aplicable, así como propiciar el beneficio mutuo y diálogo de buena fe.

Se busca perfeccionar la finalidad atribuida a la CONAMED de contribuir al derecho a la protección de la salud y coadyuvar a elevar la calidad de los servicios de atención médica que se prestan a la población.

La Comisión convierte la estadística institucional de los errores en conocimiento estratégico, en experiencia para que otros profesionales de la salud no cometan los mismos errores, para que las instituciones observen sus deficiencias y para que el sistema se sensibilice a las necesidades de los pacientes y de los profesionales de la salud.<sup>(7)</sup>

Por lo anterior hago un énfasis en este trabajo de la importancia de la comunicación humana en el acto odontológico.

## MEDICINA DEFENSIVA Y ÉTICA DEL EJERCICIO MÉDICO.

Ante esta situación que modifica la práctica médica, es necesario plantearnos la pregunta. ¿ Es ética la Medicina Defensiva?. La respuesta inmediata es no. La medicina defensiva es destructiva. Deteriora la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ellos y si llega a queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo y favorece posteriormente su proceder defensivo.<sup>(11)</sup>

La medicina defensiva no es ética, ni es sólo el médico el único responsable de su existencia; si consideramos que el médico se auto-protege al solicitar exámenes, prescribir medicamentos o realizar procedimientos quirúrgicos para evitarse problemas, concluimos que se trata de un proceder inadecuado y es consecuencia de su historia personal, tanto de su preparación deficiente o no actualizada como de su inadecuada formación ética y moral en el seno familiar, su medio social y en la escuela.<sup>(12)</sup>

Si durante el estudio del paciente el odontólogo recurre a exámenes de laboratorio y gabinete en exceso, invasivos o costosos, para evitarse quejas o demandas, incurre en actitudes defensivas que dañan a la persona y a su economía, como son los gastos de bolsillo en ocasiones no contemplados.

Si indica o realiza intervenciones quirúrgicas no justificadas y lo que es peor, si las realiza con fines de lucro, y sin fundamento, constituyen no sólo faltas a la ética médica, sino verdaderos actos criminales.<sup>(12)</sup>

El odontólogo no es el único culpable, si tomamos en cuenta que son las escuelas de odontología, sus programas, los profesores y las instituciones de salud los primeros implicados en la preparación del mismo,<sup>(11)</sup> tanto en su formación básica como en el posgrado, ahí podríamos ubicar el primer co-responsable de esta forma de actuar del odontólogo.

En la consulta de pacientes ambulatorios son poco frecuentes las quejas tanto a nivel público como privado, si acaso el enfermo reclama falta de efectividad en la prescripción o algún resultado indeseable, directamente al odontólogo y que se resuelve fácilmente entre ellos o con la participación de la CONAMED sin pasar a mayores; en estos casos el profesional de la salud bucal falta a los principios de lo que podríamos llamar ética de la prescripción, ya que no conoce los efectos indeseables inmediatos o a largo plazo de los fármacos que indica.

De conocerlos y si no existe alternativa, debería informar a su paciente y en función del riesgo beneficio juntos decidir si lo prescribe o no.

En estos casos más que medicina defensiva, hay falta de preparación y por tanto de principios éticos. La prescripción de medicamentos nuevos para tratar algún padecimiento basándose en la información del laboratorio sin conocer la

farmacología del mismo y hacerlo sólo por la novedad, es irresponsable, anti- ético y pone en evidencia la falta de conocimientos.

El odontólogo asume actitudes defensivas y falta a la ética médica cuando oculta información de exámenes de laboratorio y de gabinete o de intervenciones quirúrgicas que solicitó o realizó y cuyos resultados hacen evidente que se equivocó al solicitarlos o que el diagnóstico preoperatorio no se confirma con los hallazgos quirúrgicos, con mayor razón si lo hace para evitarse reclamos o demandas.

En algunas circunstancias, sobre todo cuando el odontólogo trabaja para alguna institución del sector salud, y ante el temor a la crítica o la reclamación de su paciente o los familiares, oculta información; en el caso del pronóstico, lo externa objetivamente, en ocasiones cruda y cruel pero verdadera y si es desfavorable o contrario a lo que el paciente esperaba, ocasiona serio impacto afectivo. Ante esta situación, el odontólogo debe informar a su paciente con frecuencia y de la manera más comedida y menos agresiva posible, sin faltar a la verdad y a la ética médica. <sup>(12)</sup>

Es importante en situaciones como las antes referidas tener en mente siempre, que habitualmente los pacientes no demandan cuando les va mal, sino cuando están enojados por mal trato o información inadecuada.

En cuanto a la atención y tratamiento de personas con bajos recursos económicos y deficiente educación, que son tan frecuentes en nuestro país, estas condiciones no deben ser factor significativo en la toma de decisiones ya que si bien de acuerdo a lo referido en la literatura al respecto, son los “pobres” los que menos demandan al odontólogo, a estas personas como a cualquier otra que se brinde atención odontológica, ésta debe ser de la mejor calidad y con responsabilidad. <sup>(11)</sup>

El interés primordial del odontólogo debe centrarse en demostrar sus conocimientos habilidades y actitudes que den como resultado el respeto del paciente y su familia aun frente a un mal resultado, esta es la mejor protección ante las actitudes defensivas y las demandas. <sup>(10)</sup>

El manejo hábil con conocimientos y destrezas actualizados y apegados a las normas y guías de la especialidad y humano de la práctica odontológica es la mejor forma de manejar el riesgo implícito en el ejercicio de la profesión.

El médico responsable, se compromete con su capacitación y con la toma de decisiones justas para sus enfermos y para él mismo.

Cuando los pacientes y sus familiares están molestos por el resultado, pero satisfechos con el trato del odontólogo, son incapaces de poner siquiera un pie en la CONAMED, en el ministerio público o en la oficina de un abogado. <sup>(8)</sup>

Actuar con temor y preocupación exagerada en detrimento del paciente degrada la práctica odontológica.

Hay cada vez más literatura en relación al beneficio de aceptar los errores ante el paciente y la comunidad médica. <sup>(1,8,10,12)</sup> El odontólogo debe actuar de manera honesta para evitar daño al paciente y por lo tanto verse sujeto a una demanda.

## **ESTRUCTURA INTERNA DE LA CONAMED.**

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuya misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, a través de la resolución de conflictos entre pacientes y sus familiares, y personal médico, en los ámbitos público y privado, actuando con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto mediante la gestión, la conciliación y el arbitraje para ser un factor de éxito y confianza en los servicios de salud de México.

La existencia de la CONAMED obedece a la petición de la sociedad, con el fin de contar con una instancia a la cual puedan acudir tanto usuarios como prestadores de servicios médicos, que genere confianza de ser un organismo en el que se analizan las quejas con estricta imparcialidad, respeto, actitud de servicio, trato amable, confidencialidad, honestidad, calidad en las acciones y trabajo en equipo<sup>(8)</sup>

La CONAMED está facultada para conocer de controversias suscitadas por la prestación de servicios médicos por probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio ó probables casos de negligencia e impericia con consecuencia en la salud del usuario.

Además, la CONAMED cumple una doble función de orientación y gestión, al brindar atención y asesoría, tanto a usuarios como a prestadores de servicios, sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud. <sup>(6)</sup>

Por otra parte, la CONAMED también puede actuar de oficio en cuestiones de interés general relacionadas con su esfera de competencia; es decir, en asuntos vinculados con la prestación de servicios médicos y, de igual manera, goza de facultades para coadyuvar con las autoridades de impartición y procuración de justicia cuando solicitan la emisión de dictámenes médicos.

Cabe aclarar que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), hasta antes de que se creara la CONAMED, atendió aquellas inconformidades relacionadas con la prestación de servicios médicos, cometidas por instituciones públicas, pero no cuenta con facultades para intervenir en controversias surgidas entre particulares. <sup>(7)</sup>

Hasta antes de la creación de la CONAMED, la CNDH conocía de quejas en contra de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, bajo la premisa de que la salud forma parte de los derechos humanos.

Actualmente, cualquier irregularidad o posible negligencia que los usuarios de servicios médicos atribuyen a las instituciones públicas de salud en el país, es competencia de la CONAMED. <sup>(4)</sup>

El artículo primero de su Decreto de Creación, otorga a la CONAMED "autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos" <sup>(4)</sup> lo que significa que en la resolución de controversias por prestación de servicios médicos, la CONAMED actúa

con entera libertad, sin sujetarse a instrucciones de cualquier autoridad, no obstante que sea un órgano desconcentrado de la secretaría de salud, la autonomía que tiene la CONAMED implica que ningún funcionario de esa dependencia puede intervenir en su trabajo sustantivo.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuenta con:<sup>(5)</sup>

I. Un Consejo;

II. Un Comisionado;

III. Dos Subcomisionados, y

IV. Las Unidades Administrativas que determine su Reglamento Interno

La CONAMED cuenta con un Consejo, integrado por destacadas personalidades de la sociedad. Estas participan en el Consejo de manera honorífica, por lo que no reciben remuneración alguna y al hacerlo, instruyen la política de actuación institucional y siendo representantes de la sociedad civil, se reconoce que su actuación responde a las expectativas e intereses de la propia sociedad.<sup>(5)</sup>

Los Consejeros son designados por el Titular del Ejecutivo Federal. La designación recae en distinguidas personalidades de la sociedad civil de reconocida trayectoria profesional.

Los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía son invitados a participar como Consejeros.

El cargo de Consejero es honorífico y dura cuatro años, a excepción de los presidentes de las academias mencionadas, quienes están sujetos al tiempo que duren en el encargo. Los demás Consejeros no podrán ser confirmados para el período siguiente.<sup>(4,5)</sup>

El Consejo es la autoridad máxima, está integrado por diez consejeros y el Titular de la Comisión quien lo preside. Se encarga de instruir la política de actuación de la Comisión, conforme a las atribuciones que para la CONAMED establece su Decreto de Creación.<sup>(4)</sup>

El Comisionado Nacional es el Titular de la CONAMED. Para auxiliarlo en la gestión, cuenta con:

- **DOS SUBCOMISIONES:** médica y jurídica, que intervienen en todo el proceso de atención de quejas, de conformidad con su ámbito de conocimiento.
- **SEIS DIRECCIONES GENERALES:** Cuatro direcciones generales son sustantivas que son orientación y gestión, conciliación, arbitraje y, difusión e investigación, en tanto que las dos restantes son de apoyo a la gestión (administración y calidad e informática).<sup>(5)</sup>

## FORMAS DE RESOLUCIÓN.

Las controversias del orden civil, en general, pueden resolverse de dos maneras: al sujetar la diferencia al juicio de los tribunales del Estado, o bien, mediante mecanismos alternos, como la conciliación y el arbitraje.

El primer supuesto está reservado a los tribunales y aunque es gratuito, se requiere la contratación de servicios profesionales de un abogado, así como sujetarse a los plazos establecidos en la Ley y los adicionales derivados de las cargas de trabajo de los juzgados, lo que en ocasiones hace muy lento el proceso. <sup>(5)</sup>

En cuanto a los procedimientos llevados a cabo en la CONAMED, ya sea de conciliación o de arbitraje, permiten reducir los tiempos de manera considerable, además de que no es necesario contratar los servicios de un abogado puesto que en la conciliación hay un abogado que está presente en las audiencias para garantizar la sujeción a derecho y en arbitraje, también se cuenta con abogados encargados de cuidar las formalidades procedimentales a efecto de que los expertos médicos resuelvan la controversia. <sup>(9)</sup>

Los mecanismos más representativos son la orientación, gestión, conciliación y el arbitraje, La gestión se relaciona con asuntos en los cuales el paciente requiere atención que el prestador del servicio aplaza o en algunas ocasiones niega, y la mayoría de las veces basta una llamada telefónica para solucionar la inconformidad.

En la conciliación, se llevan a cabo audiencias entre las partes (prestador del servicio y el paciente) con el fin de que los conciliadores (médico y abogado) los ayuden a resolver la controversia haciendo incluso propuestas que permitan ubicar sus pretensiones.

Finalmente, si el problema no se resuelve en conciliación se procede al juicio arbitral, en el cual la CONAMED interviene como tercero imparcial y dicta una resolución que deben acatar las partes de manera voluntaria.

Para que la CONAMED inicie la investigación de una queja, es suficiente que la presunta irregularidad en la prestación del servicio haya sido presentada por escrito y firmada por el usuario o promovente, o se realiza ante los servidores públicos de la Comisión, quiénes la redactarán y la presentarán al compareciente para su firma, siendo necesario que acredite su interés jurídico, así como la presunta irregularidad que le atribuye al prestador del servicio, mediante documentos tales como resultados clínicos, recetas y de ser posible, con notas médicas o incluso con resumen médico o expediente clínico. <sup>(5)</sup>

La Comisión analiza los hechos de manera imparcial; se cita a audiencia de conciliación para que las partes puedan conciliar sus diferencias con la intervención de un médico y un abogado de la CONAMED.

Si el paciente no está de acuerdo con la explicación brindada por el prestador del servicio se les propone pasar el asunto al arbitraje de la Comisión, a efecto de que

resuelva en definitiva mediante la emisión de un laudo para lo cual, la CONAMED se auxilia de expertos en las especialidades médicas materia de la queja, si fuera el caso que no deciden llegar a juicio arbitral, la CONAMED les entrega un pronunciamiento institucional en el que se les sugiere la manera de resolver la controversia y si aun así no se resuelve, se concluye el caso sin entendimiento de las partes. <sup>(6)</sup>

Cuando las partes expresan su voluntad para resolver sus diferencias mediante la conciliación, se firma un convenio de transacción que tiene como finalidad poner fin a la controversia, en el que tanto el usuario y/o promovente como el prestador del servicio médico expresan sus compromisos.

Al tratarse de un convenio sobre una materia del orden civil, su firma es la manifestación expresa de que el usuario y el prestador del servicio médico asumen los compromisos pactados como expresión de sus voluntades y ante su incumplimiento, la parte afectada puede demandar su cumplimiento ante los tribunales del Estado, pues se trata de un asunto que ya no admite otra forma de resolución, dado que el convenio tiene la característica de considerarse cosa juzgada.

Uno de los propósitos fundamentales de la CONAMED, conforme a su decreto de creación, es contribuir a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, por lo que siendo el arbitraje una figura jurídica del derecho civil permite la resolución de controversias y por ello, transformarse en un órgano alternativo para la solución de conflictos, dándole a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos la oportunidad de una solución sin necesidad de acudir a los tribunales del Estado. <sup>(4)</sup>

Ahora bien, cuando las partes se someten al arbitraje de la CONAMED, se emite un laudo que si bien en estricto derecho no es una resolución de carácter judicial por no ser la CONAMED autoridad judicial, si tiene el carácter de pasar como juzgada, por lo que ante el incumplimiento por parte del prestador del servicio a las obligaciones consideradas en el laudo, el usuario tiene la posibilidad de acudir ante el juez de la localidad para que proceda a su ejecución.

Si por el contrario el laudo establece que no hay responsabilidad del prestador de servicios el usuario no podrá demandar ante los órganos judiciales.

El laudo es una resolución que emite el árbitro para resolver una controversia planteada por las partes involucradas en un conflicto, que en el caso concreto, está referido a irregularidades en la prestación del servicio médico. De esta manera, la resolución o laudo se emite en función de las pretensiones del quejoso, de tal manera que si éstas se refieren a aspectos de índole económica, el laudo resolverá lo conducente puesto que al considerarse que el daño causado tuvo su origen en negligencia o impericia, debe cuantificarse su reparación en cantidad líquida. <sup>(6)</sup>

En cuanto a la posibilidad de limitar el ejercicio profesional, cabe distinguir los supuestos legales de su procedencia.

El ejercicio profesional sólo puede limitarse por la comisión de un ilícito tipificado en la legislación penal y civil como resultado de una práctica profesional contraria a los señalamientos de la Ley General de Salud que se encuadren en la hipótesis normativa de un delito; situación que no es factible sujetar al arbitraje, dado que están involucradas disposiciones legales de interés público.<sup>(15)</sup>

Para resolver las controversias derivadas de las quejas presentadas por usuarios de los servicios médicos, está obligada a llevar a cabo todas las investigaciones necesarias que permiten dilucidar la controversia, por lo que es necesario atender cada conflicto conforme a la especialidad médica involucrada.

Por lo anterior, la Comisión requiere de la participación de especialistas que coadyuven en el conocimiento de la queja, de tal manera que no sean arbitrarias las resoluciones que al respecto se emitan. Para ello, las asociaciones de profesionales tienen un papel preponderante al designar a los especialistas que cuenten con la capacidad suficiente para emitir sus opiniones.

## **IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

En el campo de la salud se consolida cada vez más una cultura solidaria para proteger la salud de todos los integrantes de una comunidad, se reconoce que la atención a la salud se presente con equidad y calidad, incorporando racionalmente los adelantos científicos y tecnológicos, para utilizarlos con apego a las normas claras y principios éticos, que eviten en lo posible distorsiones en los fines e incluso en las cargas económicas que soportan los usuarios de los servicios y en su caso los contribuyentes. <sup>(16)</sup>

Conociendo la importancia de la historia clínica para el odontólogo es necesario contar con formatos establecidos por la NOM 168 SSA-1 1998. <sup>(24)</sup> (Ver Anexo 2)

La profesión de cirujano dentista está regulada por la Ley reglamentaria del 5º artículo constitucional, conocida como “Ley de Profesiones”. Pocos son los estudios elaborados sobre la atención brindada por dichos prestadores de servicios profesionales, a pesar de su repercusión directa sobre la salud.

La atención de los pacientes por los profesionales de la salud comprende una gama de actividades que históricamente se han venido sistematizado, para reducir al mínimo los errores en el diagnóstico y el tratamiento. <sup>(16)</sup>

Se requiere entonces del registro estricto de todo y cada uno de los datos obtenidos del diagnóstico, pronóstico y de las indicaciones terapéuticas. Por lo anterior es importante destacar la función primordial del expediente clínico.

La historia clínica es un documento ético-legal que nos aporta datos patológicos y no patológicos, además de darnos información general sobre datos familiares, también dirá sobre antecedentes médicos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de los servicios médicos que se otorgan a nuestra población y, con base en la trascendencia médico-legal que adquiere el expediente clínico, el 22 de abril de 1998 emitió la opinión técnica en relación a la elaboración, integración y uso del expediente clínico. <sup>(16)</sup>

Utilizando una metodología con base en la revisión de expedientes clínicos recibidos en la propia Comisión, para lo que se tomó una muestra aleatoria de 308 expedientes procedentes de los sectores públicos, social y privados, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: <sup>(16)</sup>

- ✓ Expedientes completos: De los seleccionados sólo el 28.6% (88) de los expedientes estuvo completos.
- ✓ Registro cronológico: En 72.4% (223) de los expedientes de la muestra, se encontró una secuencia adecuada.
- ✓ Porcentaje de omisión: Se omitieron:
  - Notas de evolución: 36.3%
  - Informes de laboratorio y gabinete: 39.8%
  - Notas postoperatorias: 41.6%

De acuerdo a los resultados obtenidos, tanto en las instituciones de salud, como en los servicios médicos privados, existen numerosos casos en los que no se elabora, ni integra el expediente clínico de conformidad a lo que dispone la Norma Técnica No. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico.

Si bien es cierto que los cirujanos dentistas debieran cumplir con la totalidad de los ordenamientos de la NOM 168, las deficiencias en el uso de la historia clínica se ven reflejadas en las cifras de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). En el año 2000, solo el 5% de las demandas tenían historia clínica, y en ningún caso se contó con consentimiento informado del paciente.<sup>(16)</sup>

En la CONAMED, específicamente en el área de odontología, se ha demostrado que del universo de casos que se presentan cada año un 90 por ciento de los expedientes clínicos están incompletos y el 10 por ciento son inexistentes.<sup>(17)</sup>

## **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

El consentimiento informado o consentimiento bajo información, (Ver Anexo 4) es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el procedimiento, diversos procesos de diagnóstico, terapias, posibles complicaciones, secuelas y riesgos inherentes a ellos, a efecto de que se decidan los procedimientos médicos en forma conciente, libre, responsable y sin coacción.

Este consentimiento informado es una de las aportaciones más valiosas del Derecho a la práctica médica en general, más allá de ser un acto jurídico o normativo, es simplemente un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos. Se abre paso como el elemento como el elemento más viable, necesario y práctico para testimoniar por escrito un compromiso bilateral, para privilegiar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, necesario en un proceso médico clínico, diagnóstico o terapéutico.

Este consentimiento nace de la problemática de los tribunales norteamericanos a principios del siglo pasado, en cuyas resoluciones se destacan, junto al fundamento jurídico, el carácter de postulado y la dimensión ética, en estas se declara determinadamente que todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene el pleno derecho de decidir qué se puede hacer con su propio cuerpo y que quien realice un prueba o intervención sin el consentimiento del afectado comete un delito.

Es pertinente reconocer el valor histórico y la conciencia reparativa que se contemplan en las dos principales declaraciones mundiales sobre el tema: El Código de Núremberg, de 1947 y la Declaración de Helsinki; ambas propagadas por la Asamblea Médica Mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975, cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y la esencia básica del consentimiento informado.

Lejos de un mero requisito legal o de escudo autoprotector de quien presta un servicio de salud, contra una demanda, el instrumento que nos ocupa es ante todo un acto de responsabilidad profesional que está elevando la calidad de la atención médica y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad.

Deben evitarse dos extremos, ambos son perjudiciales para el real propósito de la carta de consentimiento informado:

- Presentar tecnicismos: porque pueden obstaculizar la claridad informática.
- Utilizar un excesivo detalle en la información: Ya que en vez de aclarar puede asustar al paciente y alejarlo.

Resulta deseable revisar estos aspectos con una visión humanística, clínica, educativa y revisar su ubicación en el plano normativo jurídico, para de esta manera, plantear directrices para corregir o reducir las desviaciones y distorsiones que se han generado por su utilización inadecuada o mal interpretada.

En un análisis de los expedientes de las quejas concluidas durante el año 2003 en la CONAMED, la carta de consentimiento informado no se encontró en el 23 por ciento de los expedientes clínicos de las instituciones de seguridad social, en 10 por ciento en los servicios de salud para no asegurados y 40 por ciento de los servicios privados, situación que justifica seguir insistiendo en la importancia de su obtención.

Este consentimiento puede ser de varias formas:

- verbal
- escrito
- tácito
- expreso
- social

También forma parte del expediente clínico. El consentimiento informado es básicamente un proceso de comunicación y tiene que enfocarse a tranquilizar al paciente, a beneficiarlo y a enfrentar de mejor manera su enfermedad.

## **ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico es, un juicio médico que precisa de una fase previa constituida por una pluralidad de actos, desde la anamnesis, a las pruebas de exploración física, radiológicas y analíticas, forman en definitiva un conjunto de actos médicos para iluminar y deducir la naturaleza de la afección que padece el paciente.

La cuestión a responder es si el error en el diagnóstico implica responsabilidad.

Dicho de otro modo, si cabe errar sin responsabilidad o no. La respuesta es clara y deducible además de cuanto hasta ahora hemos expuesto. La jurisprudencia insiste en que la obligación médica es de medios, de modo tal que cuando se aplican las medidas oportunas para el diagnóstico y tratamiento, practicándose las pruebas oportunas, la orientación del diagnóstico a un juicio no acertado, no implica responsabilidad.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento resultan correctos en función de los síntomas presentados por el enfermo, no hay negligencia.

Siempre resulta difícil determinar hasta qué punto se puede medir la certeza médica desde el momento que no es total y deja en muchas ocasiones resquicios al error humano, por posibles equivocaciones.

No obstante ello, lo que se presenta claro es que si bien no cabe exigencias de que se dé rigurosa exactitud, sí en cambio y no resulta en forma alguna disculpable, es que tanto la actividad de diagnosticar, como la de efectiva de sanar, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateos de medios y esfuerzos, ya que la importancia de la salud humana así lo requiere e impone.

Por tanto son censurables y generadoras de responsabilidad civil todas aquellas conductas en la que se da omisión, negligencia, irreflexión, precipitación e incluso rutina, que causen resultados nocivos.

## **FALSAS EXPECTATIVAS QUE SE DAN AL PACIENTE.**

Nace, porque vemos que es muy común en la práctica odontológica, la costumbre del profesional de hacer promesas a sus pacientes con la finalidad de mejorar los niveles de aceptación de sus tratamientos y de lograr niveles óptimos de venta de sus servicios.

Pero, exceder las expectativas de los clientes no significa adelantarles lo que les vamos a brindar. Es decir, la base es dar más de lo esperado y nunca prometer más de lo posible. Por supuesto, sin obviar la información básica que estamos prácticamente obligados a brindar a todos y cada uno de nuestros pacientes, respecto las implicancias de nuestras medidas terapéuticas.

Así, sin querer nos ponemos trabas a nosotros mismos y creamos falsas expectativas, que con mucha seguridad se traducirán luego en quejas y reclamos justos.

Antes de asegurar algo, hay que pensar en las posibles eventualidades y las implicaciones de cada caso, teniendo presente que siempre será mejor poseer un margen a nuestro favor, entre lo que podemos dar y lo que el paciente espera.

Incumplimiento del periodo establecido:

Con frecuencia, solemos ser muy duros con nosotros mismos y no faltan los casos en los cuales, a pesar de no ser necesario, nos comprometemos a cumplir determinado plazo de tiempo para el término de un tratamiento rehabilitador, aseguramos que no existirán determinados síntomas o garantizamos estética en circunstancias desfavorables.

## **IMPORTANCIA DE REMITIR CON ESPECIALISTAS.**

La práctica odontológica, en lo que corresponde a su comunidad profesional, ha transitado por enfoques y modelos determinados que no nos han permitido consolidar un movimiento conceptual transformador. <sup>(25)</sup>

Estrategias como la odontología integral, la formación de personal auxiliar, la simplificación y la desmonopolización y un compromiso social, están aún al orden del día. Este tránsito explica, en buena medida, el retardo que tuvo la práctica odontológica para admitir el papel de las ciencias de tipo biomédico y social. <sup>(18)</sup>

El odontólogo, debe estar capacitado para dar la debida atención al paciente en todo lo requerido al sistema estomatológico y es muy probable que sea el primero en identificar otros padecimientos y poder dirigir al paciente a atención medica especializada.

Es por eso que cada vez se estrechan más las relaciones médicas y las odontológicas, ya que el reconocimiento de la influencia que las entidades clínicas buco-dentales tienen sobre una gran variedad de enfermedades generales beneficiará en la conservación de la salud y en el adecuado manejo y su mejor respuesta a la condición sistémica al tratamiento médico.

No existe sustituto para la experiencia. Muchas de las escuelas dentales nos preparan con un mínimo en la mayoría de las áreas de la odontología, iniciamos la práctica con ciertas preferencias basadas en nuestro entrenamiento y preparación.

Algunos de nosotros disfrutamos tratando niños, otros no; algunos les gusta la prótesis, otros nunca quieren ver una prótesis luego de graduarse. Uno de los benéficos de la práctica dental es el lujo de elegir los procedimientos que a uno le agradan y eliminar los que no le agradan.

Los dentistas pueden tener problemas cuando les gusta un área determinada, como la ortodoncia y sin los beneficios de conocimientos especiales del área tratan de buena fe a cualquier paciente que entre por la puerta.

También esto ocurre cuando el dentista toma un curso de fin de semana en un área específica como implantes o endodoncia con instrumentación rotativa y de repente se siente capaz de tratar casos, se corre el riesgo en la responsabilidad si el resultado no es satisfactorio.

Una tercera ocasión en que los dentistas abandonan su zona de conocimiento ocurre cuando los pacientes se oponen a ser referidos a un especialista. Algunas veces son por razones económicas, distancia o demasiada espera para que sea visto por el especialista.

Frecuentemente cuando un dentista general quiere referir a un paciente a un especialista y el paciente no quiere, el dentista se siente responsable por la decisión del paciente; la madurez y experiencia enseñan que el “no” es una respuesta

aceptable no solo para el bienestar del paciente sino que también para nuestro bienestar mental, emocional, físico y financiero.

Otra razón por lo que algunos dentistas pueden traspasar sus limitaciones esta relacionado a una discrepancia entre sus ingresos y egresos, si el carácter lucrativo esta por encima de los resultados, puede ser bien difícil referir a un paciente y dejar que la ganancia potencial camine fuera del consultorio.

Aunque en México, las comisiones de arbitraje médico y las salas de conciliación son un avance y una esperanza y una esperanza para que estos casos se ventilen ante personal capacitado y en plan confidencial, la profesión médica no ha aceptado cabalmente esta opción y actualmente un gran número de casos se manejan ante el ministerio público y los jueces.<sup>(19)</sup>

Esto ha puesto en riesgo y a la defensiva a la profesión médica en general y aunque es innegable el derecho del paciente a la atención de calidad, también es verdad que algunos pacientes y abogados aprovechan la situación para obtener beneficios injustificados e ilícitos. El ver a un médico cual sea, como un enemigo o un negocio potencial solo perpetuará las dificultades.

Esto amenaza con convertir a la relación médico-paciente en un enfrentamiento, más que en la búsqueda de la salud o el alivio de la enfermedad. El perjudicado está siendo el paciente, quien además es el único que puede revertir esta tendencia claro si vuelve a ver al médico como un aliado para su salud y si trata de dirimir sus diferencias con él y cuando esto no sea posible, hacerlo en las estancias especializadas para ello.

En “El sutil arte de entender a los pacientes”, Richard Bates<sup>(19)</sup> insiste en que mientras la ciencia trata de las relaciones entre la salud y la enfermedad, el arte trata de las relaciones entre seres humanos y su propósito, como cualquier arte, es elevar y enriquecer la mente y el espíritu. Pero este arte en el área de la salud ha sido visto a veces como la antitesis de la ciencia y así el clínico avezado que dedica tiempo a la semiología de las enfermedades y al entendimiento de las circunstancias del paciente, puede ser visto como alguien “que no está al día”.

Es difícil encontrar, especialmente en nuestro país, las razones por las que se escoge la carrera de odontología, se mencionan los logros económicos, la curiosidad, el prestigio y la autoridad que algunas veces da la profesión, el ejemplo de algún médico o en algunos casos el idealismo.

El paso por la universidad nos cambia a todos y al paso de los años nos vamos dando cuenta de la baja estima que actualmente tiene la población acerca de la odontología, aunque algunos individuos a veces encuentran la excepción en su odontólogo personal y de confianza.

Actualmente la ciudadanía puede, si así lo desea, resolver los conflictos que se presentan en la relación médico-paciente, a través de un modelo único de atención estandarizado, el cual cuenta con procesos de calidad, certificados bajo estándares

internacionales, que contribuyen a mejorar la relación que tradicionalmente existe entre el paciente y los profesionales, técnicos y auxiliares que velan por la salud; de esta manera se restaura la confianza entre las partes involucradas, ya que ellas mismas resuelven sus controversias y en caso necesario, la Comisión propone alternativas de solución. <sup>(20)</sup>

Es de mencionar que en muchos casos las inconformidades se originan por apreciaciones subjetivas o mal informadas de los pacientes y sus familiares, debido principalmente a problemas de comunicación con el prestador del servicio.

Reconocer este simple hecho, constituye una gran oportunidad y la necesidad muy sentida de recuperar la confianza y la credibilidad en el profesional de la salud, cuando se confirma una buena práctica y se aprecia que a pesar de la presentación formal de una queja, con una simple explicación aceptada se restablece la relación, además de que se fomenta de manera adicional, una cultura de corresponsabilidad <sup>(20)</sup> para el cuidado de la salud.

Basta una pequeña dosis de insatisfacción para crear en el paciente una imagen negativa del profesional de la salud bucal, o de los servicios médicos, aún y cuando el origen de la inconformidad sea ocasionada por una deficiente información, alguna mala interpretación o bien, una inadecuada comunicación con el personal que lo atiende.

La ciudadanía requiere, de acuerdo a sus necesidades y pretensiones, el apoyo institucional especializado, que le permita acceder a las instancias competentes para resolver los problemas que la aquejan, actuar en consecuencia es la verdadera esencia y naturaleza del servidor público. <sup>(20)</sup>

Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo.

Es por ello que el operador debe inspirar confianza, profesionalismo, seguridad, comprensión y transmitir el interés y la voluntad de ayuda hacia el paciente. A su vez debe tener la capacidad de concientizar y educar a su paciente en relación a la importancia que tiene su sistema estomatológico y del mantenimiento de éste, promoviendo de esta manera la prevención de enfermedades. Para ello, el operador debe estar claro de cómo abordar a los diferentes tipos de pacientes que se pueden presentar en la consulta odontológica.

Con este estudio se busca conocer el tipo de conflictos entre el profesional de la salud y el paciente debido a la práctica odontológica.

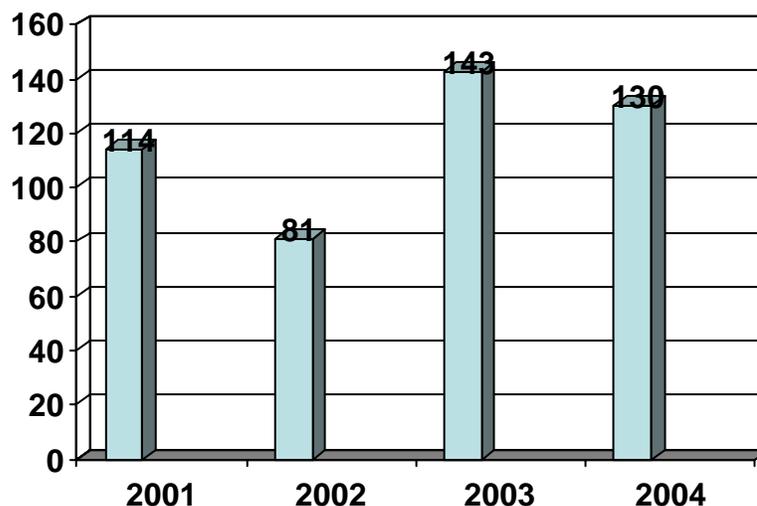
## **CONCIENTIZACIÓN DEL ODONTÓLOGO ANTE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL.**

- Para actuar honestamente se requiere tener una preparación básica sólida, actualizarse, capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente al afán de lucro y frecuentemente al bienestar personal.
- Actuar siempre con la verdad, aunque esto implique reconocer errores y el riesgo que conlleva. Mantener altos estándares de desempeño, a nivel de odontólogos generales o especialistas calificados.
- Tener presentes durante el ejercicio profesional las cartas de los derechos de los pacientes y de los derechos generales de los dentistas (Ver Anexo 5) como lineamientos oficiales propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Es importante al emitir juicios sobre la actuación del odontólogo, considerarlo como ser humano, que su labor se desarrolla en gran medida en un ámbito de incertidumbre y que la posibilidad de cometer un error no es totalmente evitable.
- El profesional de la salud también es persona y mantiene una relación con su paciente, en el que debe reconocer derechos que jamás deben ser olvidados, tales como el derecho a la vida y a la integridad física, y por supuesto a la salud.
- La relación que se establezca desde la primera cita entre el odontólogo y el paciente puede determinar el éxito profesional del operador. Las dificultades entre el odontólogo y el paciente no se derivan, principalmente, de la inadecuada interacción entre el conocimiento y la enfermedad, sino del "no-vínculo" entre los sujetos.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO POR MEDIO DE GRÁFICAS REPRESENTATIVAS.

### GRÁFICA 1.

**Total de quejas recibidas.**

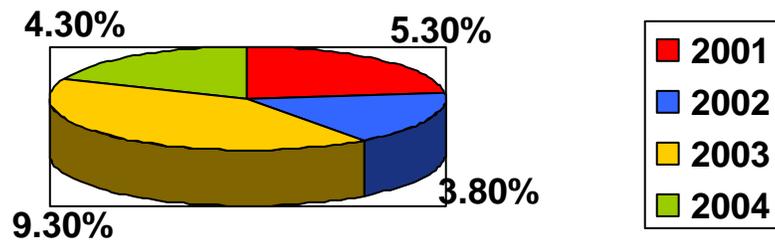


En el área de odontología se observó que en el 2001 se recibieron 114 quejas, en el 2002 hubo una disminución, se recibieron 81 quejas, en el 2003 se encontró que subió el índice de quejas que fue de 143 que es el número más alto y finalmente en el 2004 se recibieron 130 quejas aunque disminuyeron todavía es un número elevado de quejas con respecto a los años pasados.

Existe una tendencia a incrementarse el número de quejas. Es importante aclarar que las cifras analizadas, corresponden exclusivamente a los casos que se resolvieron en la CONAMED, es decir, no se consideran los casos que abandonaron el procedimiento ni aquellos que fueron resueltos a través de gestión inmediata, o que pasaron a la siguiente etapa, el arbitraje. <sup>(17)</sup>

## GRÁFICA 2.

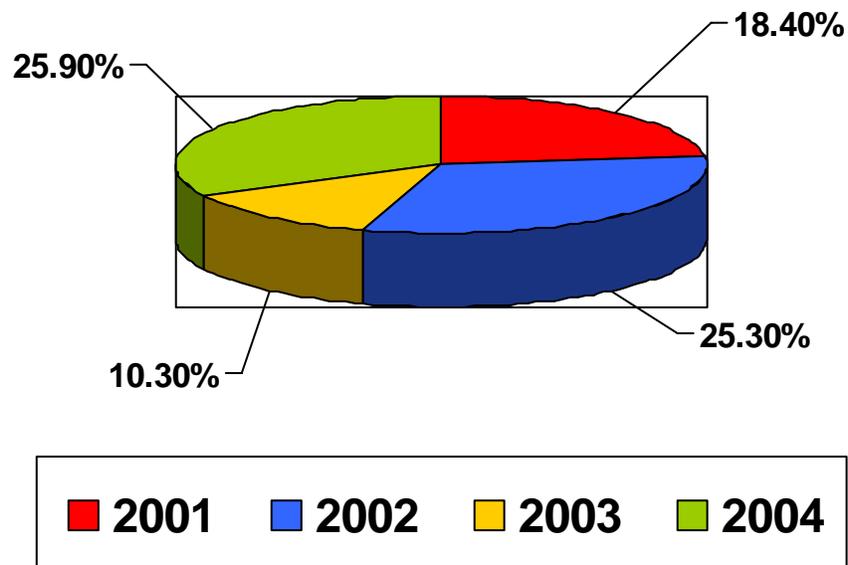
### Práctica Odontológica. (Mala práctica con consecuencias)



En esta gráfica se muestra que en el 2001 se registró un 5.3% de mala práctica con consecuencias, en el 2002 disminuyó con un 3.8%, en el 2003 aumentó con un 9.4% y en el 2004 disminuyó a 4.3%, lo que nos indica que el valor más elevado está en el 2003 y la necesidad de disminuir la mala práctica con consecuencias.<sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 3.**

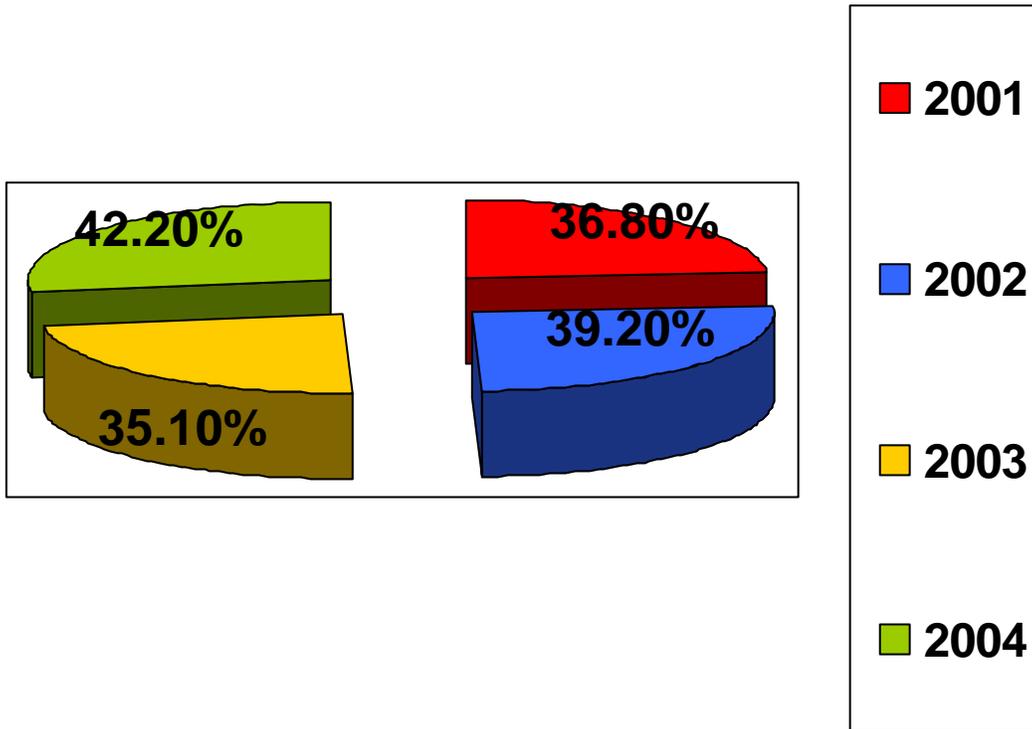
**Práctica Odontológica.  
(Mala práctica sin consecuencias)**



Se observa que en el 2001 se registró un valor de 18.4%, en el 2002 se elevó con 25.3%, en el 2003 disminuyó con un valor de 10.3% y en el 2004 se elevó a un 25.9%, lo que es de gran importancia para poder darnos cuenta en que se esta fallando. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 4.**

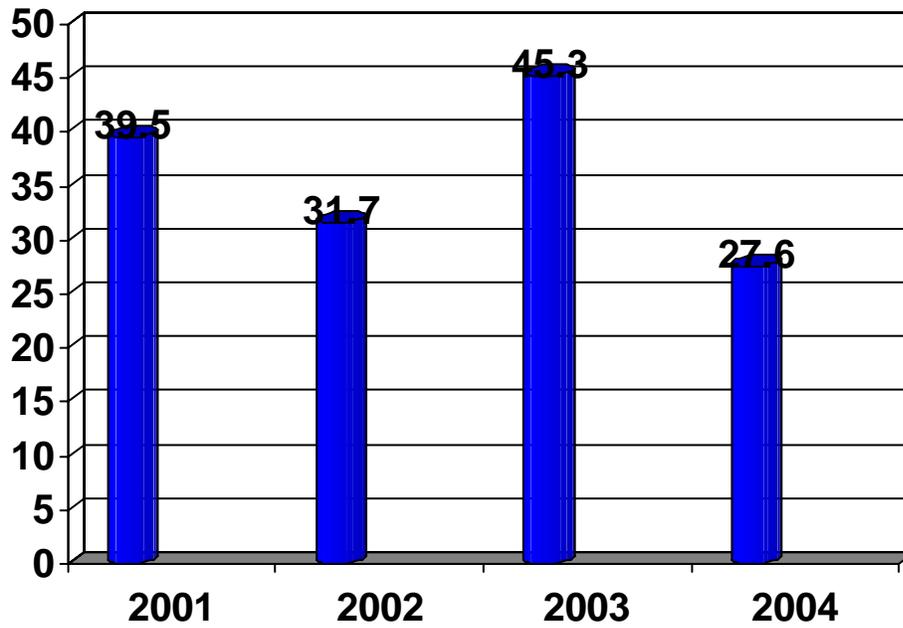
**Práctica Odontológica.  
(Buena práctica)**



Ha ido en aumento la Buena práctica odontológica dentro de los casos recibidos en la CONAMED, se observa el mayor porcentaje en el último año, pero por el contrario en un número considerable de quejas, no se cuenta con los elementos necesarios para evaluar dicha práctica, problema que ha ido disminuyendo, también existe un aumento de Mala práctica sin consecuencias para el paciente en relación con años anteriores. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 5.**

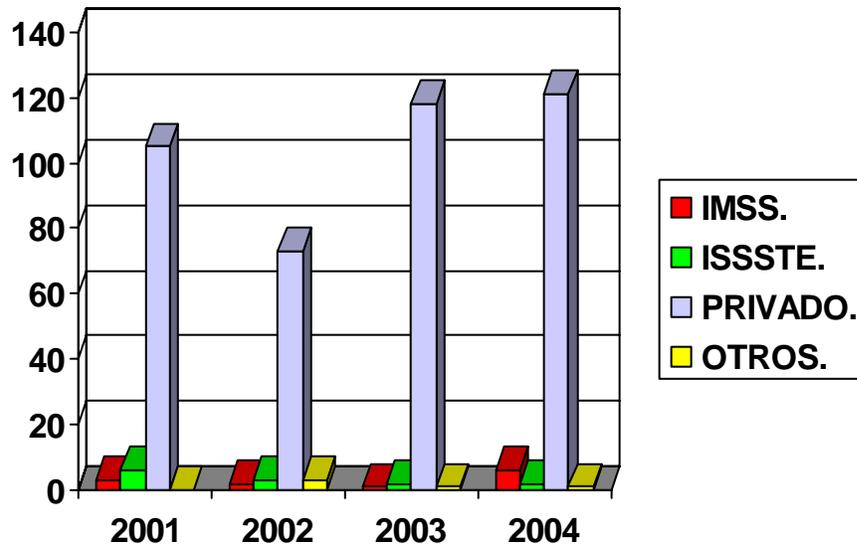
**Práctica Odontológica.  
(Sin elementos)**



En esta gráfica lo que se muestra es que en 2001 el valor fue de 39.5%, disminuye un poco en 2002 con 31.7%, en 2003 aumenta con un 45.3% y en el 2004 disminuye, se debe de entender que la práctica sin elementos se refiere a que no existen o no se presentaron elementos de prueba para evaluar esta práctica. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 6.**

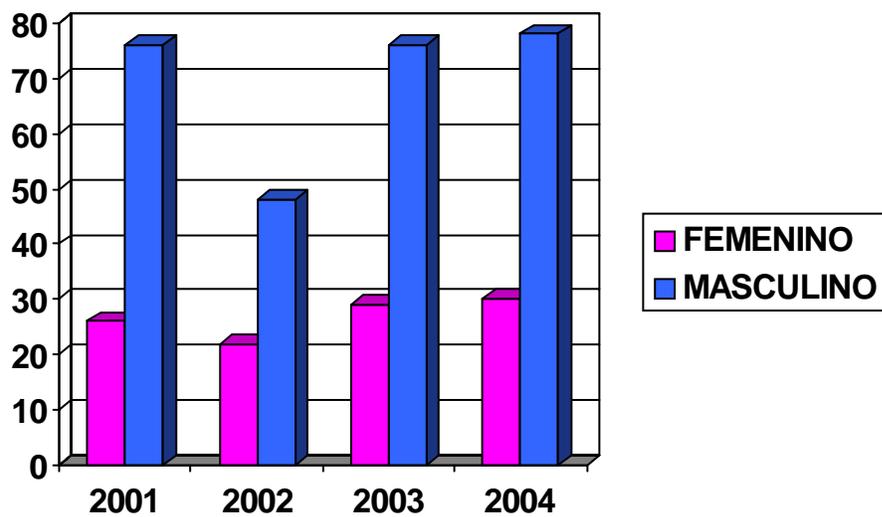
**Institución de procedencia de la queja.**



Se observa que la procedencia del mayor número de quejas odontológicas recibidas en la CONAMED son por parte de consultorios privados. Los valores están muy por encima de las quejas de instituciones gubernamentales. <sup>(17)</sup>

## GRÁFICA 7.

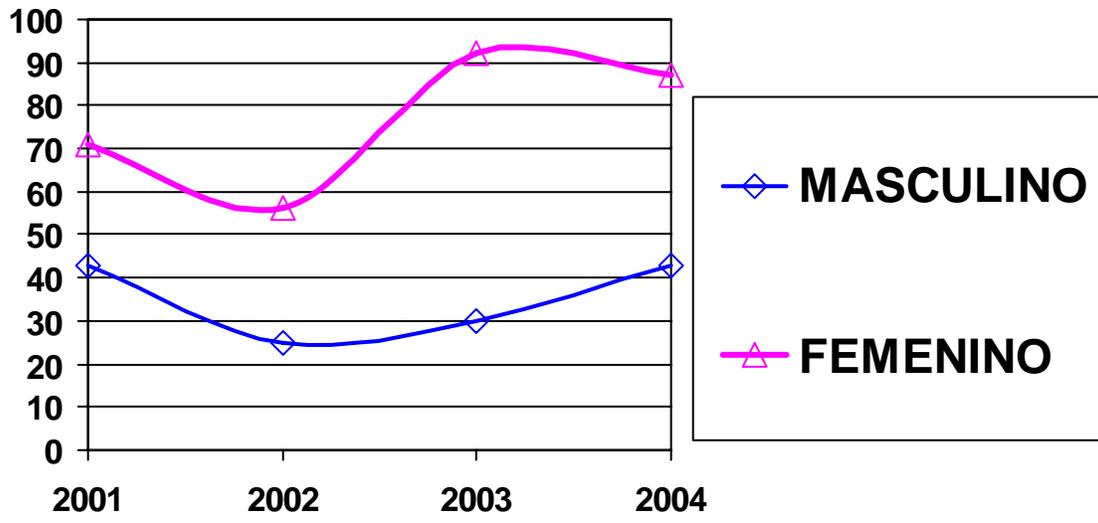
### Género del prestador del servicio.



El género del prestador de servicios odontológicos es el masculino de quien se recibe el mayor número de quejas por año. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 8.**

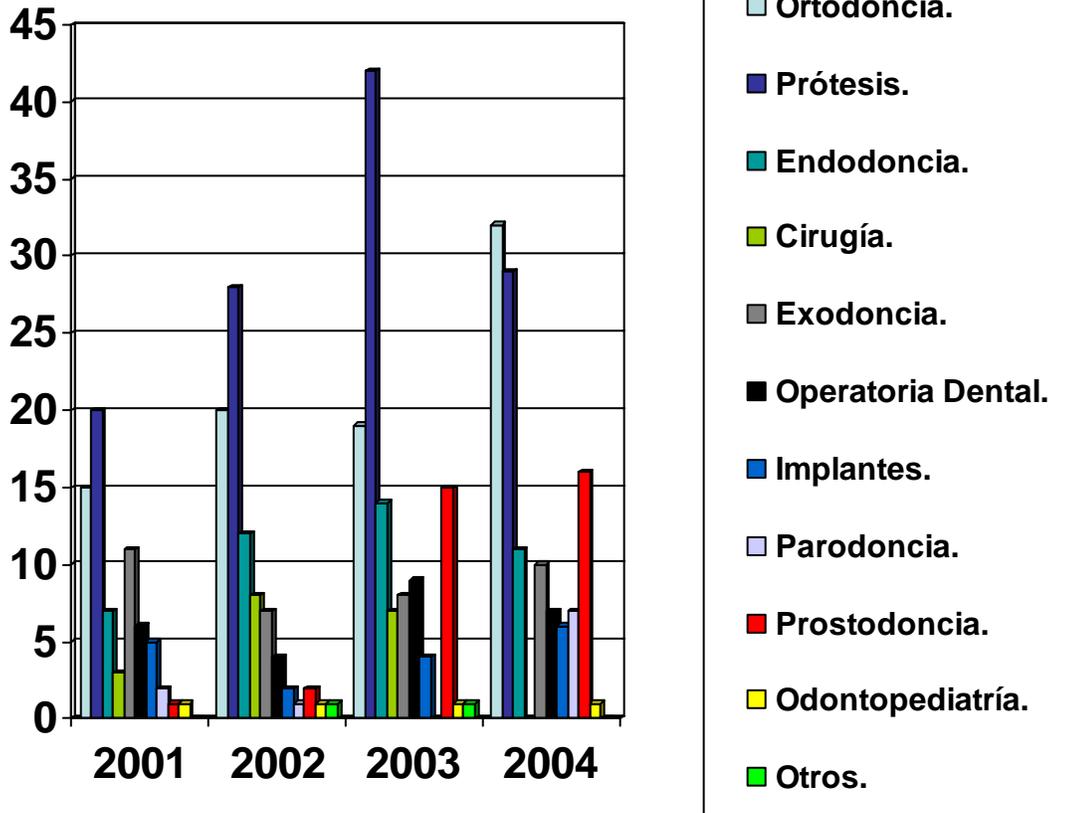
**Género del usuario.**



Se observa en esta gráfica que la mayor parte de las quejas son realizadas por parte del sexo femenino. <sup>(17)</sup>

GRÁFICA 9.

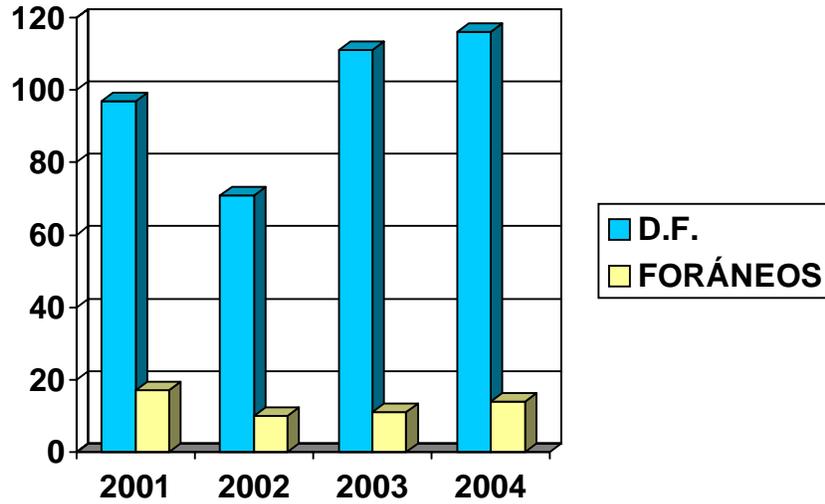
Tipo de procedimiento.



Se observa que el tipo de procedimiento odontológico con mayor número de quejas es el protésico seguido del ortodóntico. Sin embargo se puede apreciar que si sumáramos los procedimientos quirúrgicos y de exodoncia se observaría un número importante de quejas durante estos cuatro años. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 10.**

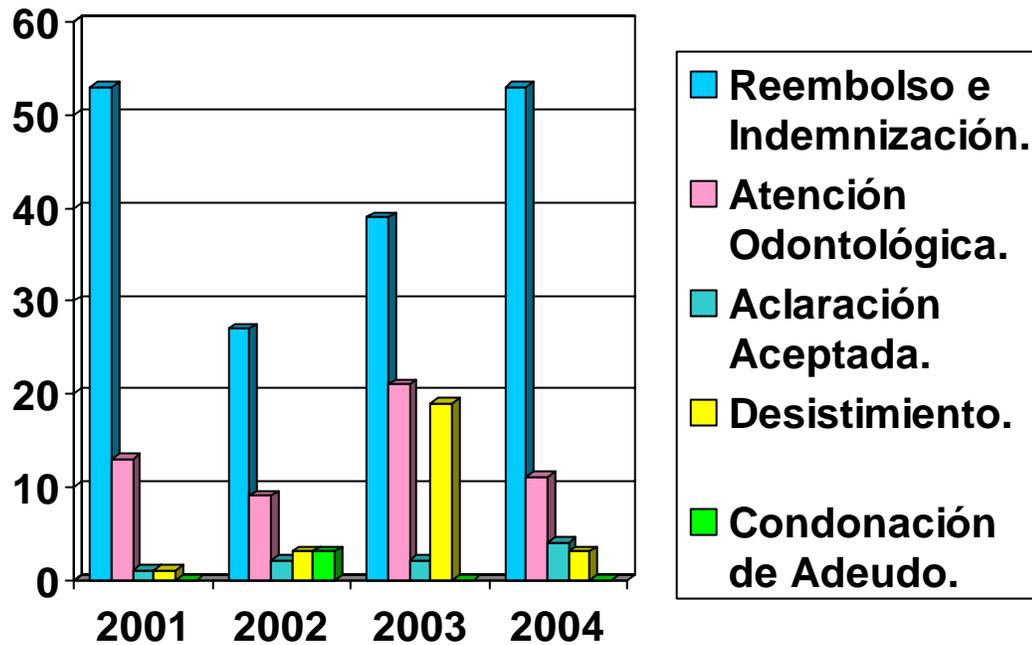
**Lugar de procedencia de la queja.**



El mayor número de quejas recibidas pertenecen al Distrito Federal. Evidentemente la constante creación de comisiones estatales provocará paulatinamente la disminución de quejas provenientes del interior de la República. <sup>(17)</sup>

GRÁFICA 11.

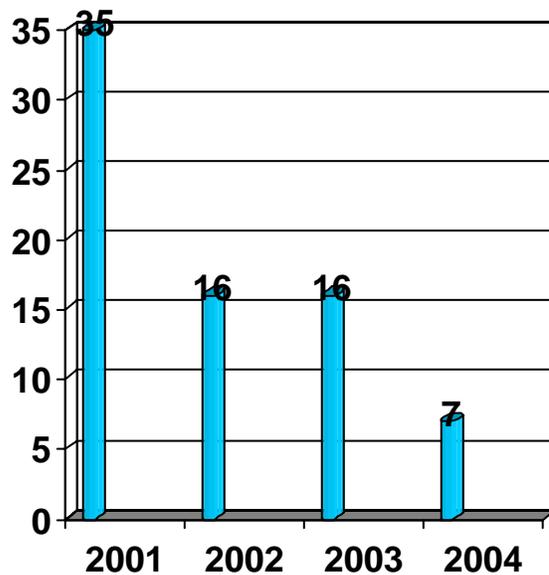
Modalidades de conciliación.



En esta gráfica se observa que del 2001 al 2004 la gran parte de los casos que son conciliados, terminan con un reembolso con atención odontológica.<sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 12.**

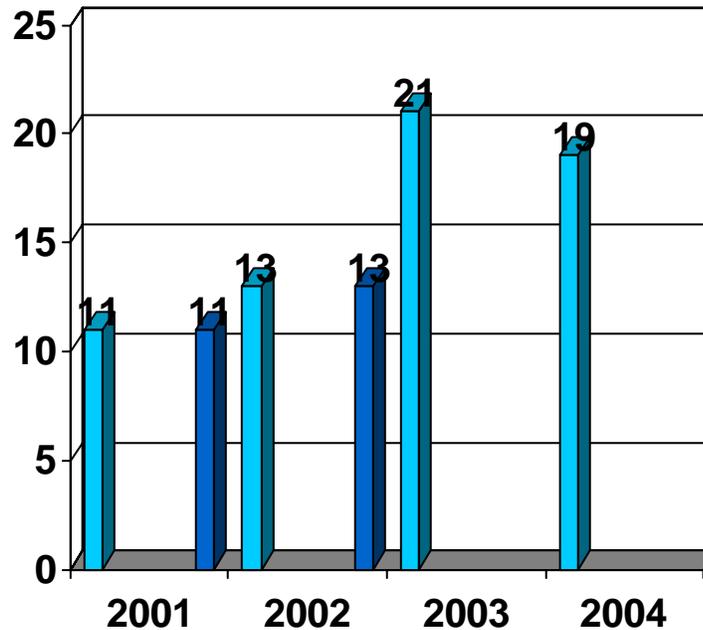
**Casos no conciliados.**



En estos casos la mayoría desisten por falta de interés procesal, en el 2001 eran 35 los casos no conciliados, en el 2002 y 2003 disminuyeron con 16 casos, pero en el último año ha disminuido este comportamiento. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 13.**

**Casos enviados a Arbitraje.**



La solución del conflicto en esta etapa se ha incrementado, lo que nos permite decir que los profesionales de la salud bucal paulatinamente están contando con más elementos para enfrentar la etapa mencionada, ya que en el 2001 solo mandaron 11 casos, en el 2002 se enviaron 13 casos, en el 2003 aumentaron con 21 casos y en el 2004 solo enviaron 19 casos.<sup>(17)</sup>

## **CONCLUSIONES.**

En este trabajo se observa que la buena práctica odontológica ha ido aumentando poco a poco en los últimos tres años, según nos muestran las estadísticas, por lo tanto existe un factor también muy importante que nos ayuda a identificar el porque de las quejas y es la relación que existe entre el profesional de la salud bucal y su paciente.

Hay varios factores que se identifican y contribuyen a deteriorar la relación médico-paciente, cuando esta relación está afectada, ya no se tiene la misma confianza para con el odontólogo lo que nos va a propiciar una queja o que el paciente se aleje de nosotros y busque otro odontólogo al que le tenga la confianza, quien lo trate con respeto, como un ser humano, y quien puede explicarle de manera menos técnica de su padecimiento, tratamiento y procedimiento.

Otra de las situaciones muy importantes y a la vez alarmantes es el impacto de la medicina defensiva en la odontología, ya que las compañías de seguros crearon los seguros de protección médica el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica, que cubren la negligencia y la impericia en el ejercicio de la profesión médica lo que nos indica que se trata de evadir la responsabilidad profesional.

Esta medicina defensiva no existiera si realmente se entendiera la importancia de la capacitación, actualización y de hacer una especialización, también debemos admitir que tenemos limitaciones. En esta investigación se encontró que los casos del área odontológica que se describieron en el tipo de procedimiento, se refieren que el universo de caso presentados en la CONAMED, todos son hechos por odontólogos generales, por eso la importancia de remitir con los especialistas.

También es importante recalcar que se necesita tener un expediente clínico con base en la NOM—168-SSA1-1998 para dar un buen diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico y así contar con un respaldo oficial.

## **PROPUESTAS.**

Siendo un tema moderno y de interés al profesional de la Odontología y para desempeñar su práctica diaria sería importante tomar en cuenta estas propuestas:

**1.-** Desarrollar y mantener una relación con el paciente basada en respeto y confianza: Es muy fácil etiquetar a los pacientes según los procedimientos, números o ubicación, cada uno de nosotros hemos estado en esa posición y es muy impersonal, no hay sonido más dulce en cualquier idioma que oír nuestro propio nombre. Los pacientes deben ser saludados por su nombre desde el momento que entran a su consulta. Cuando se inicie la plática seamos cordiales, respetuosos y comprensivos, demostrando real interés en los deseos y pensamientos del paciente, la familia, de su ocupación y pasatiempos. En concreto hay que aplicar la regla de oro: trate a los otros como queremos que nos traten.

**2.-** Analizar y discutir alternativas, riesgos y complicaciones: Las opciones del paciente varían desde no realizarse el tratamiento a un tratamiento provisional para sustituir el tratamiento original o la referencia a un especialista, la discusión también debe incluir los beneficios potenciales y consecuencias de la elección de tratamiento por parte del paciente. Es mejor tener un consentimiento por escrito cuando se realizan procedimientos como extracciones, cirugía, tratamientos de endodoncia, implantes u otros tratamientos donde los riesgos son altos o el procedimiento sea más invasivo.

**3.-** Contar con un expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998: Ya que funge como un documento médico-legal importante en el momento que se necesite, cuando el paciente piense en una acción legal o de queja, si esta conforme a la Norma se contará con el documento completo y de acuerdo a la ley que nos respalde nuestras acciones y el consentimiento del paciente para realizar dicho procedimiento.

**4.-** Informar al paciente cuando las situaciones o resultados son adversos: De acuerdo a los cánones de la ley nosotros como proveedores de la salud no somos garantes del éxito, aún bajo las mejores circunstancias las situaciones adversas pueden ocurrir y ocurren. Es importante informar, sin embargo hay que distinguir entre informar al paciente y admitir que fue un error. Jefferson: “La honestidad es el primer capítulo en el libro de la sabiduría.”

**5.-** Reconocer nuestras limitaciones: Frecuentemente cuando un dentista general toma un curso de fin de semana en un área específica, ya se siente capaz de realizar los procedimientos en pacientes, también porque si remite el paciente sus ingresos van a ser menores, el carácter lucrativo no va por encima de los resultados y la ética.

**6.-** Ser minuciosos cuando examinamos y diagnosticamos: El dinero que intentamos ahorrarle al paciente puede ser muy costoso a largo plazo. Hay ocasiones que las demandas o quejas de mala práctica alegan el fracaso del diagnóstico, esto usualmente surge cuando el doctor compromete su minuciosidad durante el examen y diagnóstico.

**7.-** Darle expectativas reales a los pacientes: Aclarar tempranamente las expectativas del paciente y los conceptos erróneos respecto al tratamiento. Es importante identificar lo antes posible cualquier discrepancia respecto al nivel de información del paciente, y los posibles resultados. También hay muchas variantes que el dentista no puede controlar, como el nivel de cuidado del paciente, el uso o abuso del paciente de su restauración y el uso normal de la misma. Puede garantizar su mejor esfuerzo y estar consciente e imparcial.

**8.-** Nunca debemos de creer que sabemos lo que el paciente quiere o necesita: Sorprendentemente pocas personas son buenas escuchando. Uno debe aprender a escuchar. Aún luego de entender los principios fundamentales, toma una decisión. Una barrera para las personas que se dedican a la salud, es no saber escuchar, ya que se dan datos importantes para el diagnóstico que nos pueden ocasionar el perder la queja del paciente o los sentimientos detrás de cada uno. Por lo tanto, no sabemos diferenciar entre lo que quieren y lo que necesitan, también hay una falta de comunicación.

**9.-** Dar instrucciones pos-operatorias verbalmente y por escrito: El paciente tiende a llegar a conclusiones cuando ellos experimentan eventos inesperados y asumen que algo anda mal, la mayoría de los paciente quiere más información de lo que ellos preguntarán, de esta forma entre más información dé, el paciente seguirá mejor sus instrucciones y experimentarán un mejor resultado. Escribir las instrucciones post-operativas es necesario ya que la gente olvida en gran parte las cosas que se le han dicho, las instrucciones escritas refuerzan el mensaje verbal y dan al paciente una fácil referencia.

**10.-** Analizar y plantear los arreglos financieros y formas de pago con anterioridad: Es extremadamente importante discutir los honorarios antes que el tratamiento se inicie. Es útil tener múltiples opciones de pago disponibles. Cualquiera de las opciones que se provea, las normas y aplicación de las mismas deben de ser firmes, así tendremos una mejor relación y evitaremos las quejas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN.

- 1- TENA, Carlos y HERNANDEZ Francisco, "La comunicación humana en la relación Médico- Paciente", Ed. Prado, México, 2005.
- 2- Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica", Revista CONAMED, Vol. 8, Num. 1, enero-marzo, 2003.
- 3- McNEIL E.B., "La naturaleza del conflicto humano", Ed. Paidós, México, 1995.
- 4- Primera Sección del Diario Oficial de la Federación del día lunes 3 de junio de 1996.
- 5- Fracciones II a V del Artículo cuarto del Decreto por el que se crea la CONAMED
- 6- Informe del Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Doctor Carlos Tena Tamayo del 16 de marzo del 2005.
- 7- SSA. Comunicado de Prensa No. 335. Julio 1 del 2005
- 8- RODRIGUEZ, Graciela, "Relación médico-paciente. Interacción y comunicación.", Ed. , México, 2000.
- 9- PAREDES-SIERRA R, Rivero S.O. Medicina Defensiva. En: Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. JGH Editores. México, 2000. pp. 89-91
- 10-CARRILLO Luz Maria, "La responsabilidad profesional del médico", Ed. Porrúa, México, 1998.
- 11-TRANCREDI LR. The problem of defensive medicine. Science 1978; 200(4344):879-82
- 12-CHARLES SC. Sued and non-sued physician's self-reported reactions to malpractice litigation. American Journal of Psychiatry 1985; 142(4): 437-40
- 13-ZUCKERMAN S. Medical malpractice: claims, legal costs, and the practice of defensive medicine. Health Affairs 1984; 3(3): 128-33.
- 14-Fuente de consulta ING Seguros Comercial América, Póliza de seguros de responsabilidad civil médica para profesiones médicas.
- 15-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica
- 16-BUSTOS P., José Julio, Importancia del expediente clínico en la prevención de quejas médicas, CONAMED.
- 17-Fuente de consulta C.D. Jorge Triana Estrada, Director de estomatología de la CONAMED
- 18-Payares C. Salud oral o las paradojas de la práctica odontológica. Tomado de: Revista Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. 1992.
- 19-Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "Inconformidad con los servicios médicos", Revista CONAMED, Vol. 11, No. 3, julio-septiembre, 2005.
- 20-Informe Anual de Labores 2004, CONAMED, México, 2005.
- 21-Carta de los derechos generales del cirujano dentista CONAMED, 2006.
- 22-MORALES Víctor, "Postgrado y desarrollo en América Latina", Ediciones del Centro de Estudios e Investigación sobre Educación Avanzada, (CEISEA), Vol. 4, Caracas, 2004.
- 23-<http://www.imbiomed.com.mx/Conamed/Cnv06n17/espanol/Wcn0017-01.html>, 1999.
- 24-Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. del expediente clínico.

- 25-Génesis del conflicto médico-paciente CONAMED. 2005
- 26-Manual de Normas y Procedimientos de la CONAMED del Estado de México, 19 de Noviembre de 1998
- 27-CASAMADRID, Octavio, La atención Médica y el Derecho Sanitario, JGH Editores, México, 1999.
- 28-Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "El consentimiento válidamente informado em la práctica médica. Una visión Humanista", Revista CONAMED, Vol. 9 No. 3, julio-septiembre, 2004.

## COMUNICACIÓN HUMANA EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE.

La interacción y comunicación efectivas entre el odontólogo y paciente son el punto central para la satisfacción de ambos, por el incremento de la capacidad clínica de los primeros, impactando favorablemente en los resultados de la salud de sus pacientes.

Hay evidencia de que en la práctica muchos odontólogos no comunican efectivamente y que el entrenamiento en habilidades de interacción y relación merece incluirse como una parte importante de su preparación profesional. <sup>(1)</sup>

La buena comunicación entre el odontólogo y paciente se ha descrito como la piedra angular de la buena práctica (Dohety) <sup>(8)</sup>

La base de la entrevista es la comunicación y la entrevista en sí misma la base de la buena práctica.

Hasta 1996 los conflictos entre médicos y pacientes se dirimieron en el Ministerio Público. A partir de ese año, con la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) organismo defensor de los usuarios de servicios de salud, se buscó que la nueva instancia evitara los conflictos legales.

El resultado fue un modelo de arbitraje médico que ofrece una mediación "amistosa" entre las partes. La CONAMED asegura que este modelo torna inútil los seguros de responsabilidad civil, pero reconoce en una encuesta de 2002 que 38 por ciento los médicos mexicanos tienen en el bolsillo un seguro. <sup>(2)</sup>

Los odontólogos ordenan exámenes adicionales y extreman precauciones para reducir el riesgo de demandas. Además, esta práctica convierte la relación médico-paciente en mera transacción comercial y mina la confianza que uno deposita en el otro.

La mayor contrariedad de la medicina defensiva es que encarece los servicios de salud.

En México no existe un cálculo sobre el encarecimiento de los servicios de salud por la medicina defensiva. En Estados Unidos, sin embargo, los costos asociados a dicha práctica consumen 1 por ciento del presupuesto de salud, y las aseguradoras se embolsan unos 10 mil millones de dólares anuales por estas coberturas.

El año pasado la CONAMED atendió 20 mil 393 consultas sobre sus servicios: 75 por ciento fueron simples orientaciones, 18 por ciento quejas que se resolvieron por conciliación y 7 por ciento (1,508) cristalizaron en denuncias formales.

En promedio, el proceso de conciliación en la CONAMED demora nueve meses, los casos urgentes se despachan en 48 horas, pero si el asunto pasa al ámbito judicial

puede tardar hasta cinco años. De acuerdo con la dependencia, tres cuartas partes de las inconformidades se generan en el sector público y el resto en el sector privado. En el primer caso y en orden descendente, IMSS, ISSSTE y SSA concentran el mayor número de quejas.<sup>(9)</sup>

Si bien es cierto que la buena práctica odontológica es lo primordial, este vínculo que existe entre el profesional y su paciente es tan delicado que son las dos causas que nos están generando los conflictos y por ende las quejas que se reciben.

El conflicto interpersonal surge cuando las necesidades de los individuos chocan por diferencias de personalidad, por escalas de valores opuestas, por amenazas al estatus, o por percepciones, emociones o puntos de vista contrarios y puede reflejarse en la frustración derivada de un resultado no esperado, o devenir en conflicto de intereses o conflicto de roles o papeles.

El conflicto de intereses es el conflicto psicológico interno<sup>(3)</sup> que se presenta en la persona cuando desea algo que tiene aspectos tanto positivos como negativos. Para este caso Kart Lewis determina que existen cinco etapas del conflicto:

1. Contraposición o incompatibilidad potencial
2. Conocimiento y personalización
3. Intenciones
4. Comportamiento
5. Resultados

La contraposición surge por condiciones problemáticas que favorecen potencialmente la presencia de conflictos, aunque no existan, pero que se pueden presentar en cualquier momento ya sea por mala comunicación, por comunicación ineficaz, dependencia, actitudes inadecuadas y otras causas.<sup>(3)</sup>

El conocimiento y personalización se refiere a la percepción y toma de conciencia de que existe un conflicto y existen emociones como ansiedad, tensión, frustración u hostilidad.

Las intenciones se manifiestan en el modo en que se decide manejar el conflicto por las partes involucradas.

En el comportamiento se materializan las conductas en acción- reacción y puede lograrse dar dirección a las solución del conflicto. Los resultados se determinan en la etapa anterior.

Según este autor<sup>(3)</sup> estas etapas son las necesarias para que exista un conflicto, pues bien los profesionales de la salud bucal empezamos la contraposición o incompatibilidad potencial por una comunicación mala o lo que llaman iatrogenia por semántica o verbal ya que el lenguaje que se usa es cortante y con terminología incomprensible para el paciente, por lo tanto, el paciente se va con confusión o preocupación acerca del estado de su salud bucal.

En los conflictos entre el profesional de la salud bucal y pacientes o sus familiares, destacan aquellos relacionados con la actitud del profesional ante los cambios que ha sufrido la profesión; es decir, la inadecuada adaptación de la prestación de los servicios a las necesidades de los pacientes y el uso inadecuado de la tecnología.

Son ejemplos de lo anterior; privilegiar el paternalismo sobre la autonomía, el enfoque fraccionario y predominantemente biológico en la atención, el predominio del empleo de los recursos tecnológicos sobre los recursos propedéuticos, centrar el trato al “cliente” en lugar del paciente, centrar la atención en el bienestar de sí mismo y menos en el paciente y la más sobresaliente es la inadecuada comunicación. <sup>(10)</sup>

## LA PRCTICA ODONTOLÓGICA EN MÉXICO.

En múltiples artículos, textos y conferencias de los últimos años en varias partes del mundo, se menciona el incremento en las quejas por mala práctica médica, las que han dado lugar a demandas con la consecuencia moral y económica al implicado, quien ha visto disminuido su prestigio e ingresos y en no pocas ocasiones lo orillan a retirarse del ejercicio de la profesión. <sup>(9,11,12,13)</sup>

Como resultado el odontólogo selecciona sus casos y rechaza o refiere a los que considera de riesgo, solicita múltiples estudios, frecuentemente innecesarios, para evitar reclamos por omisión o falta de evidencias para su diagnóstico y tratamiento; realiza intervenciones quirúrgicas innecesarias o deja de hacer otras que si lo son, para evitar quejas de sus pacientes y no verse involucrado en una demanda.

Demandas y juicios que son la principal causa del proceder defensivo del médico <sup>(11)</sup>, de hecho podría considerarse que de no existir estas, no habría medicina defensiva. Las compañías de seguros crearon los seguros de protección médica <sup>(14)</sup> con aumentos progresivos en la prima. Todo esto ha ocasionado el encarecimiento de la medicina y forma parte de lo que se ha llamado Medicina Defensiva. <sup>(13)</sup>

Tancredi en 1978 hace referencia a la Medicina Defensiva como el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica. En una publicación previa la definimos como: "Cambios en la práctica del médico para defenderse de controversias y demandas por juicios en su ejercicio profesional". <sup>(12)</sup>

En este concepto esta implícita la ética médica; el médico o la institución que actúa de manera defensiva, en contra de los intereses de sus enfermos o limitando sus derechos, esta faltando a la ética. Las causas del proceder defensivo del médico son múltiples, algunas de ellas como son:

### *a) Falta de responsabilidad del Odontólogo:*

Ante la posibilidad de queja o demanda por parte del paciente, el odontólogo evita tomar la decisión de ciertos tratamientos o procedimientos quirúrgicos, en el mejor de los casos consulta otros médicos. Esta actitud, algunos médicos la justifican por la presión del paciente y sus familiares que exigen o rechazan tratamientos en base a información y la apreciación que tienen del odontólogo como prestador de servicios, a su servicio, mas que como un aliado en la búsqueda de la salud y bienestar del enfermo. <sup>(12)</sup>

En esta situación el odontólogo puede adoptar conductas defensivas anti-éticas por falta de responsabilidad, de capacidad y conocimientos, falta de habilidad para establecer empatía y una buena relación médico-paciente que le permitan lograr la participación de su enfermo y compartir con el las decisiones. <sup>(8)</sup> Desde luego esto no justifica el proceder defensivo, pero ante la mala preparación con que egresa de la licenciatura, las pocas oportunidades y el poco interés de actualizarse, su

desempeño es inadecuado, con aplicación superficial procedimientos clínicos y en ocasiones exceso de confianza, que lo hace invadir campos de la odontología que no domina (imprudencia).<sup>(8)</sup>

*b) Proliferación de escuelas y facultades:*

Por otro lado el desempeño del odontólogo y la calidad de la medicina, en general, se han visto afectados también por el incremento desmedido de las escuelas y facultades<sup>(13)</sup>, un buen número de ellas “forman” odontólogos con serias deficiencias que se reflejan, en primera instancia, en su incapacidad para obtener un promedio para poder presentar una prueba propedéutica a los aspirantes a cursar una especialidad, y posteriormente en su desempeño.<sup>(22)</sup>

Al ser rechazados y ver frustrada su aspiración de especializarse, se dedican a actividades ajenas a lo que estudiaron o ejercen la odontología general en forma privada en un consultorio, sólo, o en alguna de las “clínicas particulares” de la periferia de las grandes ciudades del país o en poblados pequeños del interior, con las limitaciones y riesgos que esto conlleva y que eventualmente los puede conducir al ejercicio médico alejado de los principios de la ética y a la medicina defensiva.<sup>(9,10)</sup>

*c) Avances en tecnología, comunicación e informática:*

Otro aspecto a considerar, es el desarrollo de la tecnología en cuanto a sistemas en odontología, la electrónica y las comunicaciones, que permiten a los enfermos y sus familiares tener acceso a la información rápida y actualizada de su padecimiento, que pudiera ser en ocasiones más reciente que la de su odontólogo, si bien, superficial y en algunos casos con sesgo, situación que ha modificado la relación médico-paciente<sup>(8)</sup> al permitirle no solo participar sino también presionar en las decisiones diagnóstico-terapéuticas, cuestionarlas, aceptarlas o rechazarlas.

El paciente demanda, atención y resultados favorables inmediatos y no acepta dudas o errores, exige ciertos estudios y tratamientos, si el odontólogo no accede, busca quien se los proporcione, actitud que de alguna manera, contribuye al comportamiento inadecuado por parte del prestador del servicio odontológico, ya que cuando éste no tiene preparación sólida y principios éticos firmes depende y emplea los recursos tecnológicos con mayor frecuencia de lo necesario, aun sin conocer la indicación precisa y los riesgos. Utiliza poco la clínica y el trabajo intelectual para elaborar diagnósticos y prescripciones.<sup>(13)</sup>

*d) Situación económica:*

El deterioro en la economía de los individuos y del país ocasionado por las devaluaciones recurrentes de los últimos 30 años y agudizada en los 15 más recientes, afecta al grupo médico por lo tanto al odontológico y a la población general por igual;<sup>(23)</sup> situación que se agrava si consideramos que las cifras más recientes de la dirección general de información y evaluación del desempeño de la Secretaría de Salud (SS) en México. El INEGI revela que en el 2004 el sector público en el D.F.

se cuenta con 124,906 médicos en total; de los cuales 7,270 son odontólogos sólo en Instituciones del Sistema Nacional de Salud. (ver Anexo 3)

En la República Mexicana hay 124,906 médicos (generales especialistas, pasantes, residentes y odontólogos) de los cuales 7,165 son odontólogos según el INEGI en Instituciones del Sistema Nacional de Salud. Odontólogos particulares hay 870 en el D.F. (ver Anexo 3)

En condiciones inadecuadas tanto por los recursos de que disponen como por la deficiente preparación, como se mencionó previamente, que los coloca en desventaja y con riesgo alto para actuar fuera de los principios éticos en ocasiones defensivos al prescribir o indicar exámenes y procedimientos quirúrgicos no justificados o realizarlos sin capacidad para llevarlos a cabo, por la necesidad de ingresos para cubrir sus gastos y sostener a su familia.<sup>(12)</sup>

Este proceder lo comparten tanto el odontólogo como el especialista a cualquier nivel, pero como veremos adelante tiene menos riesgo el mejor preparado.

El odontólogo que oculta al paciente la necesidad de un medicamento, la opinión del especialista o de una intervención quirúrgica por la presión del empleador y la necesidad de conservar su trabajo, se cubre tanto de su patrón como del paciente y cae en actitudes ambiguas no éticas y defensivas.<sup>(11)</sup>

Algo semejante ocurre en las instituciones del sector salud, los hospitales, por parte de sus directivos, administradores y en ocasiones el personal médico y odontológico, faltan a la ética cuando difieren la consulta o la intervención quirúrgica que el paciente requiere por carencia de medicamentos, material, equipo o personal, ocultan la indicación minimizando el problema, lo que ocasiona malestar, inconformidad y queja o demanda por daño moral.<sup>(13)</sup>

Cuando el médico es involucrado por una situación de este tipo, cae en actitudes anti-éticas y defensivas para preservar su trabajo y en ocasiones su prestigio.

## **MEDICINA DEFENSIVA Y ÉTICA DEL EJERCICIO MÉDICO.**

Ante esta situación que modifica la práctica médica, es necesario plantearnos la pregunta. ¿ Es ética la Medicina Defensiva?. La respuesta inmediata es no. La medicina defensiva es destructiva. Deteriora la relación médico-paciente, propicia la pérdida de la confianza entre ellos y si llega a queja formal o demanda, ocasiona pérdida de la confianza del médico en sí mismo y favorece posteriormente su proceder defensivo.<sup>(11)</sup>

La medicina defensiva no es ética, ni es sólo el médico el único responsable de su existencia; si consideramos que el médico se auto-protege al solicitar exámenes, prescribir medicamentos o realizar procedimientos quirúrgicos para evitarse problemas, concluimos que se trata de un proceder inadecuado y es consecuencia de su historia personal, tanto de su preparación deficiente o no actualizada como de su inadecuada formación ética y moral en el seno familiar, su medio social y en la escuela.<sup>(12)</sup>

Si durante el estudio del paciente el odontólogo recurre a exámenes de laboratorio y gabinete en exceso, invasivos o costosos, para evitarse quejas o demandas, incurre en actitudes defensivas que dañan a la persona y a su economía, como son los gastos de bolsillo en ocasiones no contemplados.

Si indica o realiza intervenciones quirúrgicas no justificadas y lo que es peor, si las realiza con fines de lucro, y sin fundamento, constituyen no sólo faltas a la ética médica, sino verdaderos actos criminales.<sup>(12)</sup>

El odontólogo no es el único culpable, si tomamos en cuenta que son las escuelas de odontología, sus programas, los profesores y las instituciones de salud los primeros implicados en la preparación del mismo,<sup>(11)</sup> tanto en su formación básica como en el posgrado, ahí podríamos ubicar el primer co-responsable de esta forma de actuar del odontólogo.

En la consulta de pacientes ambulatorios son poco frecuentes las quejas tanto a nivel público como privado, si acaso el enfermo reclama falta de efectividad en la prescripción o algún resultado indeseable, directamente al odontólogo y que se resuelve fácilmente entre ellos o con la participación de la CONAMED sin pasar a mayores; en estos casos el profesional de la salud bucal falta a los principios de lo que podríamos llamar ética de la prescripción, ya que no conoce los efectos indeseables inmediatos o a largo plazo de los fármacos que indica.

De conocerlos y si no existe alternativa, debería informar a su paciente y en función del riesgo beneficio juntos decidir si lo prescribe o no.

En estos casos más que medicina defensiva, hay falta de preparación y por tanto de principios éticos. La prescripción de medicamentos nuevos para tratar algún padecimiento basándose en la información del laboratorio sin conocer la

farmacología del mismo y hacerlo sólo por la novedad, es irresponsable, anti- ético y pone en evidencia la falta de conocimientos.

El odontólogo asume actitudes defensivas y falta a la ética médica cuando oculta información de exámenes de laboratorio y de gabinete o de intervenciones quirúrgicas que solicitó o realizó y cuyos resultados hacen evidente que se equivocó al solicitarlos o que el diagnóstico preoperatorio no se confirma con los hallazgos quirúrgicos, con mayor razón si lo hace para evitarse reclamos o demandas.

En algunas circunstancias, sobre todo cuando el odontólogo trabaja para alguna institución del sector salud, y ante el temor a la crítica o la reclamación de su paciente o los familiares, oculta información; en el caso del pronóstico, lo externa objetivamente, en ocasiones cruda y cruel pero verdadera y si es desfavorable o contrario a lo que el paciente esperaba, ocasiona serio impacto afectivo. Ante esta situación, el odontólogo debe informar a su paciente con frecuencia y de la manera más comedida y menos agresiva posible, sin faltar a la verdad y a la ética médica. <sup>(12)</sup>

Es importante en situaciones como las antes referidas tener en mente siempre, que habitualmente los pacientes no demandan cuando les va mal, sino cuando están enojados por mal trato o información inadecuada.

En cuanto a la atención y tratamiento de personas con bajos recursos económicos y deficiente educación, que son tan frecuentes en nuestro país, estas condiciones no deben ser factor significativo en la toma de decisiones ya que si bien de acuerdo a lo referido en la literatura al respecto, son los “pobres” los que menos demandan al odontólogo, a estas personas como a cualquier otra que se brinde atención odontológica, ésta debe ser de la mejor calidad y con responsabilidad. <sup>(11)</sup>

El interés primordial del odontólogo debe centrarse en demostrar sus conocimientos habilidades y actitudes que den como resultado el respeto del paciente y su familia aun frente a un mal resultado, esta es la mejor protección ante las actitudes defensivas y las demandas. <sup>(10)</sup>

El manejo hábil con conocimientos y destrezas actualizados y apegados a las normas y guías de la especialidad y humano de la práctica odontológica es la mejor forma de manejar el riesgo implícito en el ejercicio de la profesión.

El médico responsable, se compromete con su capacitación y con la toma de decisiones justas para sus enfermos y para él mismo.

Cuando los pacientes y sus familiares están molestos por el resultado, pero satisfechos con el trato del odontólogo, son incapaces de poner siquiera un pie en la CONAMED, en el ministerio público o en la oficina de un abogado. <sup>(8)</sup>

Actuar con temor y preocupación exagerada en detrimento del paciente degrada la práctica odontológica.

Hay cada vez más literatura en relación al beneficio de aceptar los errores ante el paciente y la comunidad médica. <sup>(1,8,10,12)</sup> El odontólogo debe actuar de manera honesta para evitar daño al paciente y por lo tanto verse sujeto a una demanda.

## **ESTRUCTURA INTERNA DE LA CONAMED.**

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, cuya misión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, a través de la resolución de conflictos entre pacientes y sus familiares, y personal médico, en los ámbitos público y privado, actuando con imparcialidad, objetividad, confidencialidad y respeto mediante la gestión, la conciliación y el arbitraje para ser un factor de éxito y confianza en los servicios de salud de México.

La existencia de la CONAMED obedece a la petición de la sociedad, con el fin de contar con una instancia a la cual puedan acudir tanto usuarios como prestadores de servicios médicos, que genere confianza de ser un organismo en el que se analizan las quejas con estricta imparcialidad, respeto, actitud de servicio, trato amable, confidencialidad, honestidad, calidad en las acciones y trabajo en equipo<sup>(8)</sup>

La CONAMED está facultada para conocer de controversias suscitadas por la prestación de servicios médicos por probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio ó probables casos de negligencia e impericia con consecuencia en la salud del usuario.

Además, la CONAMED cumple una doble función de orientación y gestión, al brindar atención y asesoría, tanto a usuarios como a prestadores de servicios, sobre sus derechos y obligaciones en materia de salud. <sup>(6)</sup>

Por otra parte, la CONAMED también puede actuar de oficio en cuestiones de interés general relacionadas con su esfera de competencia; es decir, en asuntos vinculados con la prestación de servicios médicos y, de igual manera, goza de facultades para coadyuvar con las autoridades de impartición y procuración de justicia cuando solicitan la emisión de dictámenes médicos.

Cabe aclarar que la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), hasta antes de que se creara la CONAMED, atendió aquellas inconformidades relacionadas con la prestación de servicios médicos, cometidas por instituciones públicas, pero no cuenta con facultades para intervenir en controversias surgidas entre particulares. <sup>(7)</sup>

Hasta antes de la creación de la CONAMED, la CNDH conocía de quejas en contra de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud, bajo la premisa de que la salud forma parte de los derechos humanos.

Actualmente, cualquier irregularidad o posible negligencia que los usuarios de servicios médicos atribuyen a las instituciones públicas de salud en el país, es competencia de la CONAMED. <sup>(4)</sup>

El artículo primero de su Decreto de Creación, otorga a la CONAMED "autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos" <sup>(4)</sup> lo que significa que en la resolución de controversias por prestación de servicios médicos, la CONAMED actúa

con entera libertad, sin sujetarse a instrucciones de cualquier autoridad, no obstante que sea un órgano desconcentrado de la secretaría de salud, la autonomía que tiene la CONAMED implica que ningún funcionario de esa dependencia puede intervenir en su trabajo sustantivo.

Para el cumplimiento de sus funciones, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, cuenta con:<sup>(5)</sup>

I. Un Consejo;

II. Un Comisionado;

III. Dos Subcomisionados, y

IV. Las Unidades Administrativas que determine su Reglamento Interno

La CONAMED cuenta con un Consejo, integrado por destacadas personalidades de la sociedad. Estas participan en el Consejo de manera honorífica, por lo que no reciben remuneración alguna y al hacerlo, instruyen la política de actuación institucional y siendo representantes de la sociedad civil, se reconoce que su actuación responde a las expectativas e intereses de la propia sociedad.<sup>(5)</sup>

Los Consejeros son designados por el Titular del Ejecutivo Federal. La designación recae en distinguidas personalidades de la sociedad civil de reconocida trayectoria profesional.

Los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía son invitados a participar como Consejeros.

El cargo de Consejero es honorífico y dura cuatro años, a excepción de los presidentes de las academias mencionadas, quienes están sujetos al tiempo que duren en el encargo. Los demás Consejeros no podrán ser confirmados para el período siguiente.<sup>(4,5)</sup>

El Consejo es la autoridad máxima, está integrado por diez consejeros y el Titular de la Comisión quien lo preside. Se encarga de instruir la política de actuación de la Comisión, conforme a las atribuciones que para la CONAMED establece su Decreto de Creación.<sup>(4)</sup>

El Comisionado Nacional es el Titular de la CONAMED. Para auxiliarlo en la gestión, cuenta con:

- **DOS SUBCOMISIONES:** médica y jurídica, que intervienen en todo el proceso de atención de quejas, de conformidad con su ámbito de conocimiento.
- **SEIS DIRECCIONES GENERALES:** Cuatro direcciones generales son sustantivas que son orientación y gestión, conciliación, arbitraje y, difusión e investigación, en tanto que las dos restantes son de apoyo a la gestión (administración y calidad e informática).<sup>(5)</sup>

## FORMAS DE RESOLUCIÓN.

Las controversias del orden civil, en general, pueden resolverse de dos maneras: al sujetar la diferencia al juicio de los tribunales del Estado, o bien, mediante mecanismos alternos, como la conciliación y el arbitraje.

El primer supuesto está reservado a los tribunales y aunque es gratuito, se requiere la contratación de servicios profesionales de un abogado, así como sujetarse a los plazos establecidos en la Ley y los adicionales derivados de las cargas de trabajo de los juzgados, lo que en ocasiones hace muy lento el proceso.<sup>(5)</sup>

En cuanto a los procedimientos llevados a cabo en la CONAMED, ya sea de conciliación o de arbitraje, permiten reducir los tiempos de manera considerable, además de que no es necesario contratar los servicios de un abogado puesto que en la conciliación hay un abogado que está presente en las audiencias para garantizar la sujeción a derecho y en arbitraje, también se cuenta con abogados encargados de cuidar las formalidades procedimentales a efecto de que los expertos médicos resuelvan la controversia.<sup>(9)</sup>

Los mecanismos más representativos son la orientación, gestión, conciliación y el arbitraje, La gestión se relaciona con asuntos en los cuales el paciente requiere atención que el prestador del servicio aplaza o en algunas ocasiones niega, y la mayoría de las veces basta una llamada telefónica para solucionar la inconformidad.

En la conciliación, se llevan a cabo audiencias entre las partes (prestador del servicio y el paciente) con el fin de que los conciliadores (médico y abogado) los ayuden a resolver la controversia haciendo incluso propuestas que permitan ubicar sus pretensiones.

Finalmente, si el problema no se resuelve en conciliación se procede al juicio arbitral, en el cual la CONAMED interviene como tercero imparcial y dicta una resolución que deben acatar las partes de manera voluntaria.

Para que la CONAMED inicie la investigación de una queja, es suficiente que la presunta irregularidad en la prestación del servicio haya sido presentada por escrito y firmada por el usuario o promovente, o se realiza ante los servidores públicos de la Comisión, quiénes la redactarán y la presentarán al compareciente para su firma, siendo necesario que acredite su interés jurídico, así como la presunta irregularidad que le atribuye al prestador del servicio, mediante documentos tales como resultados clínicos, recetas y de ser posible, con notas médicas o incluso con resumen médico o expediente clínico.<sup>(5)</sup>

La Comisión analiza los hechos de manera imparcial; se cita a audiencia de conciliación para que las partes puedan conciliar sus diferencias con la intervención de un médico y un abogado de la CONAMED.

Si el paciente no está de acuerdo con la explicación brindada por el prestador del servicio se les propone pasar el asunto al arbitraje de la Comisión, a efecto de que

resuelva en definitiva mediante la emisión de un laudo para lo cual, la CONAMED se auxilia de expertos en las especialidades médicas materia de la queja, si fuera el caso que no deciden llegar a juicio arbitral, la CONAMED les entrega un pronunciamiento institucional en el que se les sugiere la manera de resolver la controversia y si aun así no se resuelve, se concluye el caso sin entendimiento de las partes.<sup>(6)</sup>

Cuando las partes expresan su voluntad para resolver sus diferencias mediante la conciliación, se firma un convenio de transacción que tiene como finalidad poner fin a la controversia, en el que tanto el usuario y/o promovente como el prestador del servicio médico expresan sus compromisos.

Al tratarse de un convenio sobre una materia del orden civil, su firma es la manifestación expresa de que el usuario y el prestador del servicio médico asumen los compromisos pactados como expresión de sus voluntades y ante su incumplimiento, la parte afectada puede demandar su cumplimiento ante los tribunales del Estado, pues se trata de un asunto que ya no admite otra forma de resolución, dado que el convenio tiene la característica de considerarse cosa juzgada.

Uno de los propósitos fundamentales de la CONAMED, conforme a su decreto de creación, es contribuir a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, por lo que siendo el arbitraje una figura jurídica del derecho civil permite la resolución de controversias y por ello, transformarse en un órgano alternativo para la solución de conflictos, dándole a los usuarios y a los prestadores de servicios médicos la oportunidad de una solución sin necesidad de acudir a los tribunales del Estado.<sup>(4)</sup>

Ahora bien, cuando las partes se someten al arbitraje de la CONAMED, se emite un laudo que si bien en estricto derecho no es una resolución de carácter judicial por no ser la CONAMED autoridad judicial, si tiene el carácter de pasar como juzgada, por lo que ante el incumplimiento por parte del prestador del servicio a las obligaciones consideradas en el laudo, el usuario tiene la posibilidad de acudir ante el juez de la localidad para que proceda a su ejecución.

Si por el contrario el laudo establece que no hay responsabilidad del prestador de servicios el usuario no podrá demandar ante los órganos judiciales.

El laudo es una resolución que emite el árbitro para resolver una controversia planteada por las partes involucradas en un conflicto, que en el caso concreto, está referido a irregularidades en la prestación del servicio médico. De esta manera, la resolución o laudo se emite en función de las pretensiones del quejoso, de tal manera que si éstas se refieren a aspectos de índole económica, el laudo resolverá lo conducente puesto que al considerarse que el daño causado tuvo su origen en negligencia o impericia, debe cuantificarse su reparación en cantidad líquida.<sup>(6)</sup>

En cuanto a la posibilidad de limitar el ejercicio profesional, cabe distinguir los supuestos legales de su procedencia.

El ejercicio profesional sólo puede limitarse por la comisión de un ilícito tipificado en la legislación penal y civil como resultado de una práctica profesional contraria a los señalamientos de la Ley General de Salud que se encuadren en la hipótesis normativa de un delito; situación que no es factible sujetar al arbitraje, dado que están involucradas disposiciones legales de interés público.<sup>(15)</sup>

Para resolver las controversias derivadas de las quejas presentadas por usuarios de los servicios médicos, está obligada a llevar a cabo todas las investigaciones necesarias que permiten dilucidar la controversia, por lo que es necesario atender cada conflicto conforme a la especialidad médica involucrada.

Por lo anterior, la Comisión requiere de la participación de especialistas que coadyuven en el conocimiento de la queja, de tal manera que no sean arbitrarias las resoluciones que al respecto se emitan. Para ello, las asociaciones de profesionales tienen un papel preponderante al designar a los especialistas que cuenten con la capacidad suficiente para emitir sus opiniones.

## **IMPORTANCIA DEL EXPEDIENTE CLÍNICO.**

En el campo de la salud se consolida cada vez más una cultura solidaria para proteger la salud de todos los integrantes de una comunidad, se reconoce que la atención a la salud se presente con equidad y calidad, incorporando racionalmente los adelantos científicos y tecnológicos, para utilizarlos con apego a las normas claras y principios éticos, que eviten en lo posible distorsiones en los fines e incluso en las cargas económicas que soportan los usuarios de los servicios y en su caso los contribuyentes. <sup>(16)</sup>

Conociendo la importancia de la historia clínica para el odontólogo es necesario contar con formatos establecidos por la NOM 168 SSA-1 1998. <sup>(24)</sup> (Ver Anexo 2)

La profesión de cirujano dentista está regulada por la Ley reglamentaria del 5º artículo constitucional, conocida como “Ley de Profesiones”. Pocos son los estudios elaborados sobre la atención brindada por dichos prestadores de servicios profesionales, a pesar de su repercusión directa sobre la salud.

La atención de los pacientes por los profesionales de la salud comprende una gama de actividades que históricamente se han venido sistematizado, para reducir al mínimo los errores en el diagnóstico y el tratamiento. <sup>(16)</sup>

Se requiere entonces del registro estricto de todo y cada uno de los datos obtenidos del diagnóstico, pronóstico y de las indicaciones terapéuticas. Por lo anterior es importante destacar la función primordial del expediente clínico.

La historia clínica es un documento ético-legal que nos aporta datos patológicos y no patológicos, además de darnos información general sobre datos familiares, también dirá sobre antecedentes médicos.

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico con el objeto de contribuir a mejorar la calidad de los servicios médicos que se otorgan a nuestra población y, con base en la trascendencia médico-legal que adquiere el expediente clínico, el 22 de abril de 1998 emitió la opinión técnica en relación a la elaboración, integración y uso del expediente clínico. <sup>(16)</sup>

Utilizando una metodología con base en la revisión de expedientes clínicos recibidos en la propia Comisión, para lo que se tomó una muestra aleatoria de 308 expedientes procedentes de los sectores públicos, social y privados, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: <sup>(16)</sup>

- ✓ Expedientes completos: De los seleccionados sólo el 28.6% (88) de los expedientes estuvo completos.
- ✓ Registro cronológico: En 72.4% (223) de los expedientes de la muestra, se encontró una secuencia adecuada.
- ✓ Porcentaje de omisión: Se omitieron:
  - Notas de evolución: 36.3%
  - Informes de laboratorio y gabinete: 39.8%
  - Notas postoperatorias: 41.6%

De acuerdo a los resultados obtenidos, tanto en las instituciones de salud, como en los servicios médicos privados, existen numerosos casos en los que no se elabora, ni integra el expediente clínico de conformidad a lo que dispone la Norma Técnica No. 52 para la elaboración, integración y uso del expediente clínico.

Si bien es cierto que los cirujanos dentistas debieran cumplir con la totalidad de los ordenamientos de la NOM 168, las deficiencias en el uso de la historia clínica se ven reflejadas en las cifras de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). En el año 2000, solo el 5% de las demandas tenían historia clínica, y en ningún caso se contó con consentimiento informado del paciente.<sup>(16)</sup>

En la CONAMED, específicamente en el área de odontología, se ha demostrado que del universo de casos que se presentan cada año un 90 por ciento de los expedientes clínicos están incompletos y el 10 por ciento son inexistentes.<sup>(17)</sup>

## **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

El consentimiento informado o consentimiento bajo información, (Ver Anexo 4) es el acto mediante el cual se informa detalladamente al paciente sobre el procedimiento, diversos procesos de diagnóstico, terapias, posibles complicaciones, secuelas y riesgos inherentes a ellos, a efecto de que se decidan los procedimientos médicos en forma conciente, libre, responsable y sin coacción.

Este consentimiento informado es una de las aportaciones más valiosas del Derecho a la práctica médica en general, más allá de ser un acto jurídico o normativo, es simplemente un acto humano, de comunicación entre el médico y el paciente que legitima el acto médico y otorga obligaciones y derechos recíprocos. Se abre paso como el elemento como el elemento más viable, necesario y práctico para testimoniar por escrito un compromiso bilateral, para privilegiar los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, necesario en un proceso médico clínico, diagnóstico o terapéutico.

Este consentimiento nace de la problemática de los tribunales norteamericanos a principios del siglo pasado, en cuyas resoluciones se destacan, junto al fundamento jurídico, el carácter de postulado y la dimensión ética, en estas se declara determinadamente que todo ser humano de edad adulta y mente sana tiene el pleno derecho de decidir qué se puede hacer con su propio cuerpo y que quien realice un prueba o intervención sin el consentimiento del afectado comete un delito.

Es pertinente reconocer el valor histórico y la conciencia reparativa que se contemplan en las dos principales declaraciones mundiales sobre el tema: El Código de Núremberg, de 1947 y la Declaración de Helsinki; ambas propagadas por la Asamblea Médica Mundial de 1964 y ratificadas en Tokio en 1975, cuya resonancia y peso de reconocimiento son hoy de carácter mundial, pues estas declaraciones hacen especial énfasis en el significado y la esencia básica del consentimiento informado.

Lejos de un mero requisito legal o de escudo autoprotector de quien presta un servicio de salud, contra una demanda, el instrumento que nos ocupa es ante todo un acto de responsabilidad profesional que está elevando la calidad de la atención médica y de quien la realiza, garantizando su éxito, el respeto al proceso, a la autonomía, a la dignidad humana y a la intimidad.

Deben evitarse dos extremos, ambos son perjudiciales para el real propósito de la carta de consentimiento informado:

- Presentar tecnicismos: porque pueden obstaculizar la claridad informática.
- Utilizar un excesivo detalle en la información: Ya que en vez de aclarar puede asustar al paciente y alejarlo.

Resulta deseable revisar estos aspectos con una visión humanística, clínica, educativa y revisar su ubicación en el plano normativo jurídico, para de esta manera, plantear directrices para corregir o reducir las desviaciones y distorsiones que se han generado por su utilización inadecuada o mal interpretada.

En un análisis de los expedientes de las quejas concluidas durante el año 2003 en la CONAMED, la carta de consentimiento informado no se encontró en el 23 por ciento de los expedientes clínicos de las instituciones de seguridad social, en 10 por ciento en los servicios de salud para no asegurados y 40 por ciento de los servicios privados, situación que justifica seguir insistiendo en la importancia de su obtención.

Este consentimiento puede ser de varias formas:

- verbal
- escrito
- tácito
- expreso
- social

También forma parte del expediente clínico. El consentimiento informado es básicamente un proceso de comunicación y tiene que enfocarse a tranquilizar al paciente, a beneficiarlo y a enfrentar de mejor manera su enfermedad.

## **ERRORES EN EL DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico es, un juicio médico que precisa de una fase previa constituida por una pluralidad de actos, desde la anamnesis, a las pruebas de exploración física, radiológicas y analíticas, forman en definitiva un conjunto de actos médicos para iluminar y deducir la naturaleza de la afección que padece el paciente.

La cuestión a responder es si el error en el diagnóstico implica responsabilidad.

Dicho de otro modo, si cabe errar sin responsabilidad o no. La respuesta es clara y deducible además de cuanto hasta ahora hemos expuesto. La jurisprudencia insiste en que la obligación médica es de medios, de modo tal que cuando se aplican las medidas oportunas para el diagnóstico y tratamiento, practicándose las pruebas oportunas, la orientación del diagnóstico a un juicio no acertado, no implica responsabilidad.

Cuando el diagnóstico y el tratamiento resultan correctos en función de los síntomas presentados por el enfermo, no hay negligencia.

Siempre resulta difícil determinar hasta qué punto se puede medir la certeza médica desde el momento que no es total y deja en muchas ocasiones resquicios al error humano, por posibles equivocaciones.

No obstante ello, lo que se presenta claro es que si bien no cabe exigencias de que se dé rigurosa exactitud, sí en cambio y no resulta en forma alguna disculpable, es que tanto la actividad de diagnosticar, como la de efectiva de sanar, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateos de medios y esfuerzos, ya que la importancia de la salud humana así lo requiere e impone.

Por tanto son censurables y generadoras de responsabilidad civil todas aquellas conductas en la que se da omisión, negligencia, irreflexión, precipitación e incluso rutina, que causen resultados nocivos.

## **FALSAS EXPECTATIVAS QUE SE DAN AL PACIENTE.**

Nace, porque vemos que es muy común en la práctica odontológica, la costumbre del profesional de hacer promesas a sus pacientes con la finalidad de mejorar los niveles de aceptación de sus tratamientos y de lograr niveles óptimos de venta de sus servicios.

Pero, exceder las expectativas de los clientes no significa adelantarles lo que les vamos a brindar. Es decir, la base es dar más de lo esperado y nunca prometer más de lo posible. Por supuesto, sin obviar la información básica que estamos prácticamente obligados a brindar a todos y cada uno de nuestros pacientes, respecto las implicancias de nuestras medidas terapéuticas.

Así, sin querer nos ponemos trabas a nosotros mismos y creamos falsas expectativas, que con mucha seguridad se traducirán luego en quejas y reclamos justos.

Antes de asegurar algo, hay que pensar en las posibles eventualidades y las implicaciones de cada caso, teniendo presente que siempre será mejor poseer un margen a nuestro favor, entre lo que podemos dar y lo que el paciente espera.

Incumplimiento del periodo establecido:

Con frecuencia, solemos ser muy duros con nosotros mismos y no faltan los casos en los cuales, a pesar de no ser necesario, nos comprometemos a cumplir determinado plazo de tiempo para el término de un tratamiento rehabilitador, aseguramos que no existirán determinados síntomas o garantizamos estética en circunstancias desfavorables.

## **IMPORTANCIA DE REMITIR CON ESPECIALISTAS.**

La práctica odontológica, en lo que corresponde a su comunidad profesional, ha transitado por enfoques y modelos determinados que no nos han permitido consolidar un movimiento conceptual transformador. <sup>(25)</sup>

Estrategias como la odontología integral, la formación de personal auxiliar, la simplificación y la desmonopolización y un compromiso social, están aún al orden del día. Este tránsito explica, en buena medida, el retardo que tuvo la práctica odontológica para admitir el papel de las ciencias de tipo biomédico y social. <sup>(18)</sup>

El odontólogo, debe estar capacitado para dar la debida atención al paciente en todo lo requerido al sistema estomatológico y es muy probable que sea el primero en identificar otros padecimientos y poder dirigir al paciente a atención medica especializada.

Es por eso que cada vez se estrechan más las relaciones médicas y las odontológicas, ya que el reconocimiento de la influencia que las entidades clínicas buco-dentales tienen sobre una gran variedad de enfermedades generales beneficiará en la conservación de la salud y en el adecuado manejo y su mejor respuesta a la condición sistémica al tratamiento médico.

No existe sustituto para la experiencia. Muchas de las escuelas dentales nos preparan con un mínimo en la mayoría de las áreas de la odontología, iniciamos la práctica con ciertas preferencias basadas en nuestro entrenamiento y preparación.

Algunos de nosotros disfrutamos tratando niños, otros no; algunos les gusta la prótesis, otros nunca quieren ver una prótesis luego de graduarse. Uno de los benéficos de la práctica dental es el lujo de elegir los procedimientos que a uno le agradan y eliminar los que no le agradan.

Los dentistas pueden tener problemas cuando les gusta un área determinada, como la ortodoncia y sin los beneficios de conocimientos especiales del área tratan de buena fe a cualquier paciente que entre por la puerta.

También esto ocurre cuando el dentista toma un curso de fin de semana en un área específica como implantes o endodoncia con instrumentación rotativa y de repente se siente capaz de tratar casos, se corre el riesgo en la responsabilidad si el resultado no es satisfactorio.

Una tercera ocasión en que los dentistas abandonan su zona de conocimiento ocurre cuando los pacientes se oponen a ser referidos a un especialista. Algunas veces son por razones económicas, distancia o demasiada espera para que sea visto por el especialista.

Frecuentemente cuando un dentista general quiere referir a un paciente a un especialista y el paciente no quiere, el dentista se siente responsable por la decisión del paciente; la madurez y experiencia enseñan que el “no” es una respuesta

aceptable no solo para el bienestar del paciente sino que también para nuestro bienestar mental, emocional, físico y financiero.

Otra razón por lo que algunos dentistas pueden traspasar sus limitaciones esta relacionado a una discrepancia entre sus ingresos y egresos, si el carácter lucrativo esta por encima de los resultados, puede ser bien difícil referir a un paciente y dejar que la ganancia potencial camine fuera del consultorio.

Aunque en México, las comisiones de arbitraje médico y las salas de conciliación son un avance y una esperanza y una esperanza para que estos casos se ventilen ante personal capacitado y en plan confidencial, la profesión médica no ha aceptado cabalmente esta opción y actualmente un gran número de casos se manejan ante el ministerio público y los jueces.<sup>(19)</sup>

Esto ha puesto en riesgo y a la defensiva a la profesión médica en general y aunque es innegable el derecho del paciente a la atención de calidad, también es verdad que algunos pacientes y abogados aprovechan la situación para obtener beneficios injustificados e ilícitos. El ver a un médico cual sea, como un enemigo o un negocio potencial solo perpetuará las dificultades.

Esto amenaza con convertir a la relación médico-paciente en un enfrentamiento, más que en la búsqueda de la salud o el alivio de la enfermedad. El perjudicado está siendo el paciente, quien además es el único que puede revertir esta tendencia claro si vuelve a ver al médico como un aliado para su salud y si trata de dirimir sus diferencias con él y cuando esto no sea posible, hacerlo en las estancias especializadas para ello.

En “El sutil arte de entender a los pacientes”, Richard Bates<sup>(19)</sup> insiste en que mientras la ciencia trata de las relaciones entre la salud y la enfermedad, el arte trata de las relaciones entre seres humanos y su propósito, como cualquier arte, es elevar y enriquecer la mente y el espíritu. Pero este arte en el área de la salud ha sido visto a veces como la antitesis de la ciencia y así el clínico avezado que dedica tiempo a la semiología de las enfermedades y al entendimiento de las circunstancias del paciente, puede ser visto como alguien “que no está al día”.

Es difícil encontrar, especialmente en nuestro país, las razones por las que se escoge la carrera de odontología, se mencionan los logros económicos, la curiosidad, el prestigio y la autoridad que algunas veces da la profesión, el ejemplo de algún médico o en algunos casos el idealismo.

El paso por la universidad nos cambia a todos y al paso de los años nos vamos dando cuenta de la baja estima que actualmente tiene la población acerca de la odontología, aunque algunos individuos a veces encuentran la excepción en su odontólogo personal y de confianza.

Actualmente la ciudadanía puede, si así lo desea, resolver los conflictos que se presentan en la relación médico-paciente, a través de un modelo único de atención estandarizado, el cual cuenta con procesos de calidad, certificados bajo estándares

internacionales, que contribuyen a mejorar la relación que tradicionalmente existe entre el paciente y los profesionales, técnicos y auxiliares que velan por la salud; de esta manera se restaura la confianza entre las partes involucradas, ya que ellas mismas resuelven sus controversias y en caso necesario, la Comisión propone alternativas de solución. <sup>(20)</sup>

Es de mencionar que en muchos casos las inconformidades se originan por apreciaciones subjetivas o mal informadas de los pacientes y sus familiares, debido principalmente a problemas de comunicación con el prestador del servicio.

Reconocer este simple hecho, constituye una gran oportunidad y la necesidad muy sentida de recuperar la confianza y la credibilidad en el profesional de la salud, cuando se confirma una buena práctica y se aprecia que a pesar de la presentación formal de una queja, con una simple explicación aceptada se restablece la relación, además de que se fomenta de manera adicional, una cultura de corresponsabilidad <sup>(20)</sup> para el cuidado de la salud.

Basta una pequeña dosis de insatisfacción para crear en el paciente una imagen negativa del profesional de la salud bucal, o de los servicios médicos, aún y cuando el origen de la inconformidad sea ocasionada por una deficiente información, alguna mala interpretación o bien, una inadecuada comunicación con el personal que lo atiende.

La ciudadanía requiere, de acuerdo a sus necesidades y pretensiones, el apoyo institucional especializado, que le permita acceder a las instancias competentes para resolver los problemas que la aquejan, actuar en consecuencia es la verdadera esencia y naturaleza del servidor público. <sup>(20)</sup>

Cuando un individuo llega por primera vez a un consultorio odontológico el primer contacto que se establece con el entorno es el psicológico, y éste influirá significativamente sobre su estado de ansiedad, estrés, inseguridad, miedo, confianza o cualquier emoción que provoque sobre él la visita al odontólogo.

Es por ello que el operador debe inspirar confianza, profesionalismo, seguridad, comprensión y transmitir el interés y la voluntad de ayuda hacia el paciente. A su vez debe tener la capacidad de concientizar y educar a su paciente en relación a la importancia que tiene su sistema estomatológico y del mantenimiento de éste, promoviendo de esta manera la prevención de enfermedades. Para ello, el operador debe estar claro de cómo abordar a los diferentes tipos de pacientes que se pueden presentar en la consulta odontológica.

Con este estudio se busca conocer el tipo de conflictos entre el profesional de la salud y el paciente debido a la práctica odontológica.

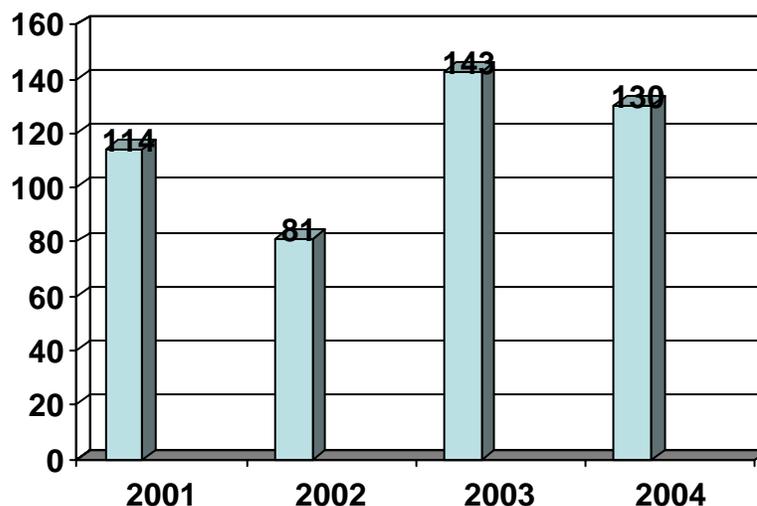
## **CONCIENTIZACIÓN DEL ODONTÓLOGO ANTE LA PROBLEMÁTICA ACTUAL.**

- Para actuar honestamente se requiere tener una preparación básica sólida, actualizarse, capacitarse continuamente y anteponer los derechos y el bienestar del paciente al afán de lucro y frecuentemente al bienestar personal.
- Actuar siempre con la verdad, aunque esto implique reconocer errores y el riesgo que conlleva. Mantener altos estándares de desempeño, a nivel de odontólogos generales o especialistas calificados.
- Tener presentes durante el ejercicio profesional las cartas de los derechos de los pacientes y de los derechos generales de los dentistas (Ver Anexo 5) como lineamientos oficiales propuestos por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Es importante al emitir juicios sobre la actuación del odontólogo, considerarlo como ser humano, que su labor se desarrolla en gran medida en un ámbito de incertidumbre y que la posibilidad de cometer un error no es totalmente evitable.
- El profesional de la salud también es persona y mantiene una relación con su paciente, en el que debe reconocer derechos que jamás deben ser olvidados, tales como el derecho a la vida y a la integridad física, y por supuesto a la salud.
- La relación que se establezca desde la primera cita entre el odontólogo y el paciente puede determinar el éxito profesional del operador. Las dificultades entre el odontólogo y el paciente no se derivan, principalmente, de la inadecuada interacción entre el conocimiento y la enfermedad, sino del "no-vínculo" entre los sujetos.

A CONTINUACIÓN SE MUESTRAN LOS RESULTADOS DE ESTE ESTUDIO POR MEDIO DE GRÁFICAS REPRESENTATIVAS.

### GRÁFICA 1.

**Total de quejas recibidas.**

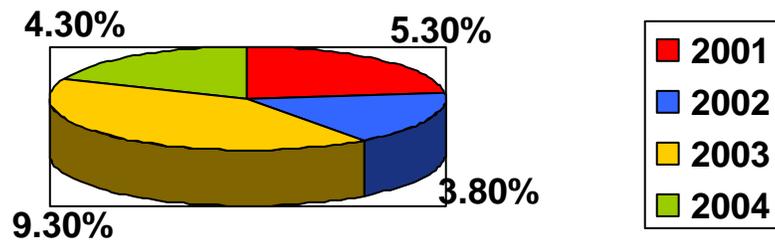


En el área de odontología se observó que en el 2001 se recibieron 114 quejas, en el 2002 hubo una disminución, se recibieron 81 quejas, en el 2003 se encontró que subió el índice de quejas que fue de 143 que es el número más alto y finalmente en el 2004 se recibieron 130 quejas aunque disminuyeron todavía es un número elevado de quejas con respecto a los años pasados.

Existe una tendencia a incrementarse el número de quejas. Es importante aclarar que las cifras analizadas, corresponden exclusivamente a los casos que se resolvieron en la CONAMED, es decir, no se consideran los casos que abandonaron el procedimiento ni aquellos que fueron resueltos a través de gestión inmediata, o que pasaron a la siguiente etapa, el arbitraje. <sup>(17)</sup>

## GRÁFICA 2.

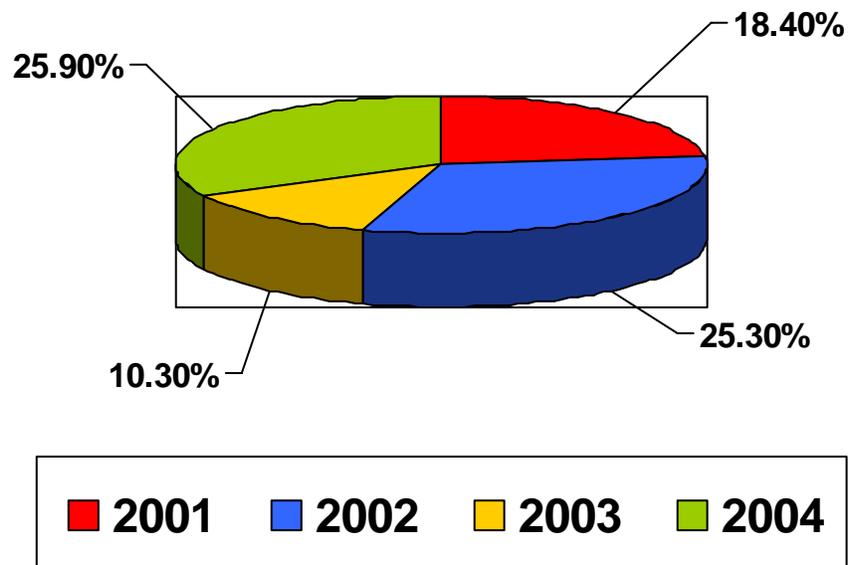
### Práctica Odontológica. (Mala práctica con consecuencias)



En esta gráfica se muestra que en el 2001 se registró un 5.3% de mala práctica con consecuencias, en el 2002 disminuyó con un 3.8%, en el 2003 aumentó con un 9.4% y en el 2004 disminuyó a 4.3%, lo que nos indica que el valor más elevado está en el 2003 y la necesidad de disminuir la mala práctica con consecuencias.<sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 3.**

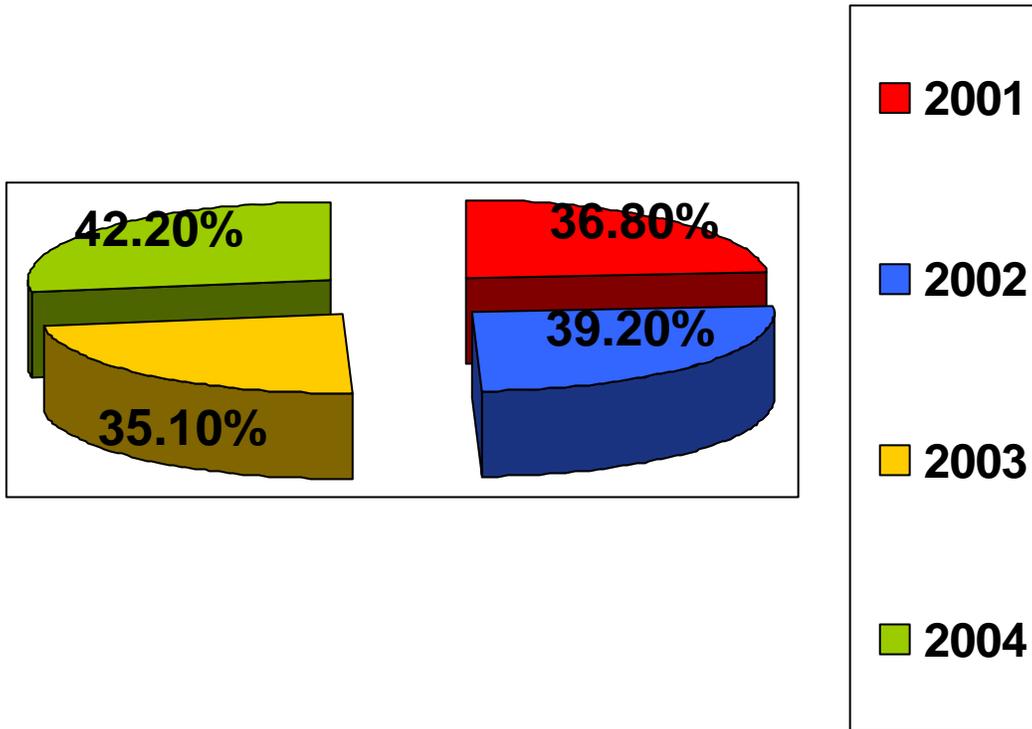
**Práctica Odontológica.  
(Mala práctica sin consecuencias)**



Se observa que en el 2001 se registró un valor de 18.4%, en el 2002 se elevó con 25.3%, en el 2003 disminuyó con un valor de 10.3% y en el 2004 se elevó a un 25.9%, lo que es de gran importancia para poder darnos cuenta en que se esta fallando. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 4.**

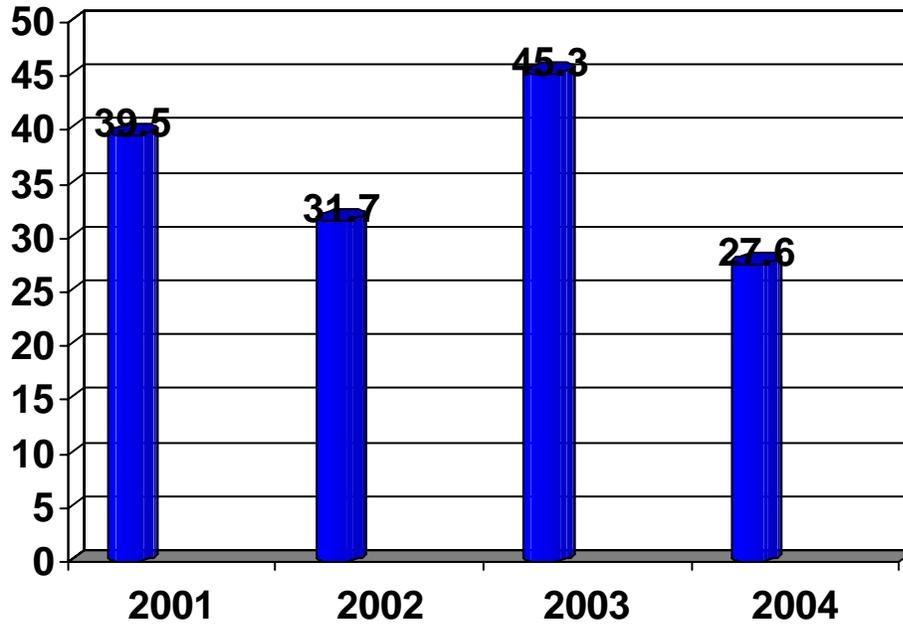
**Práctica Odontológica.  
(Buena práctica)**



Ha ido en aumento la Buena práctica odontológica dentro de los casos recibidos en la CONAMED, se observa el mayor porcentaje en el último año, pero por el contrario en un número considerable de quejas, no se cuenta con los elementos necesarios para evaluar dicha práctica, problema que ha ido disminuyendo, también existe un aumento de Mala práctica sin consecuencias para el paciente en relación con años anteriores. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 5.**

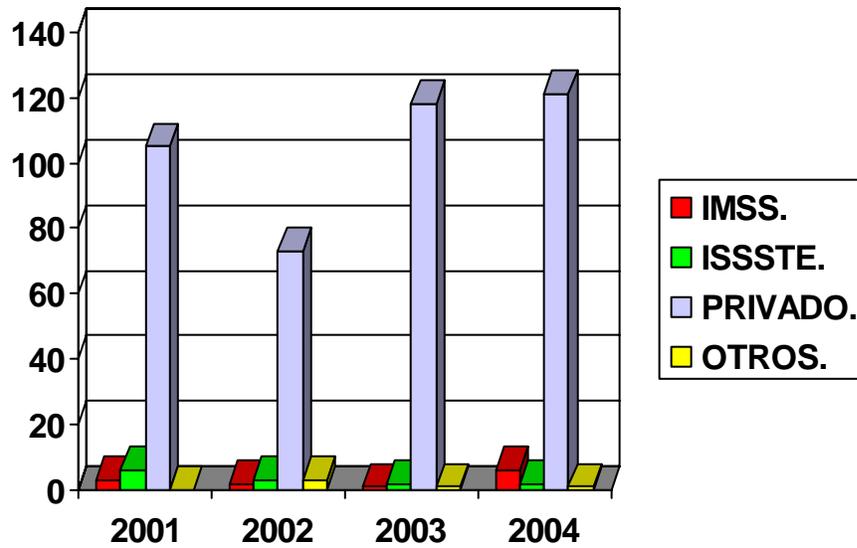
**Práctica Odontológica.  
(Sin elementos)**



En esta gráfica lo que se muestra es que en 2001 el valor fue de 39.5%, disminuye un poco en 2002 con 31.7%, en 2003 aumenta con un 45.3% y en el 2004 disminuye, se debe de entender que la práctica sin elementos se refiere a que no existen o no se presentaron elementos de prueba para evaluar esta práctica. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 6.**

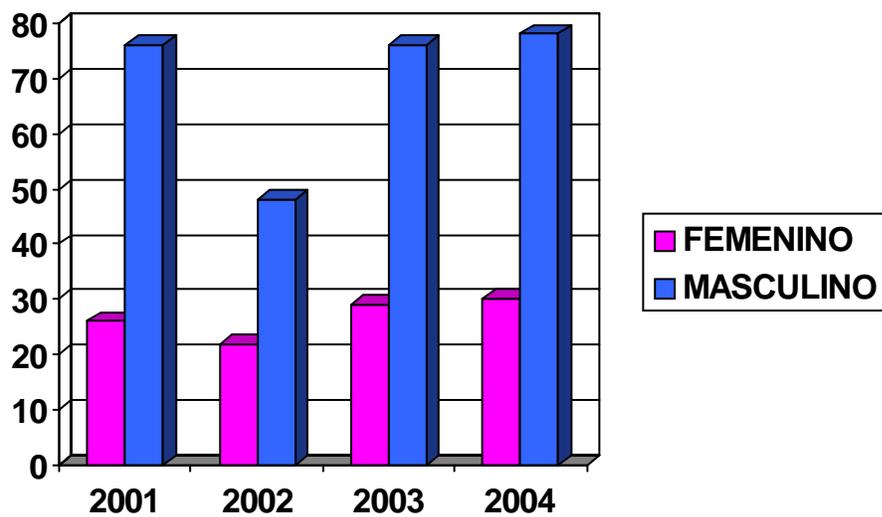
**Institución de procedencia de la queja.**



Se observa que la procedencia del mayor número de quejas odontológicas recibidas en la CONAMED son por parte de consultorios privados. Los valores están muy por encima de las quejas de instituciones gubernamentales. <sup>(17)</sup>

## GRÁFICA 7.

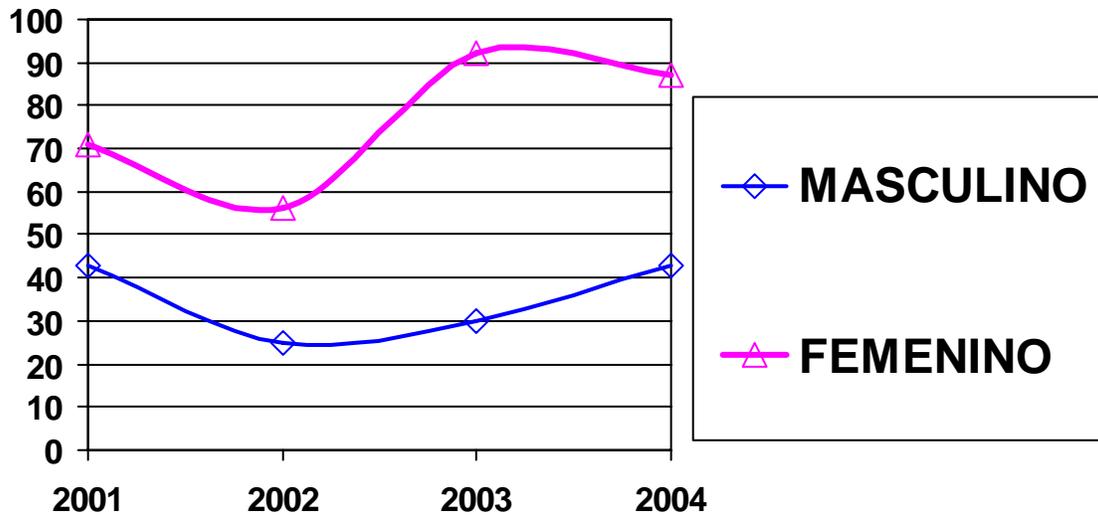
### Género del prestador del servicio.



El género del prestador de servicios odontológicos es el masculino de quien se recibe el mayor número de quejas por año. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 8.**

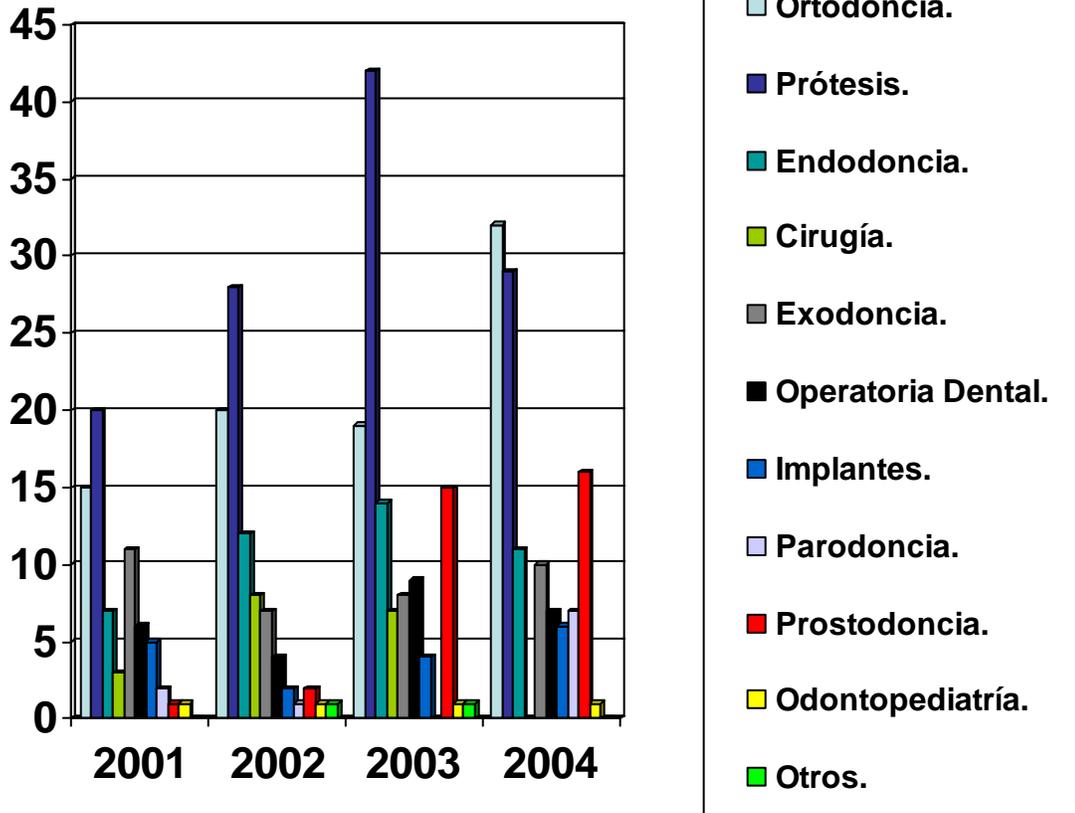
**Género del usuario.**



Se observa en esta gráfica que la mayor parte de las quejas son realizadas por parte del sexo femenino. <sup>(17)</sup>

GRÁFICA 9.

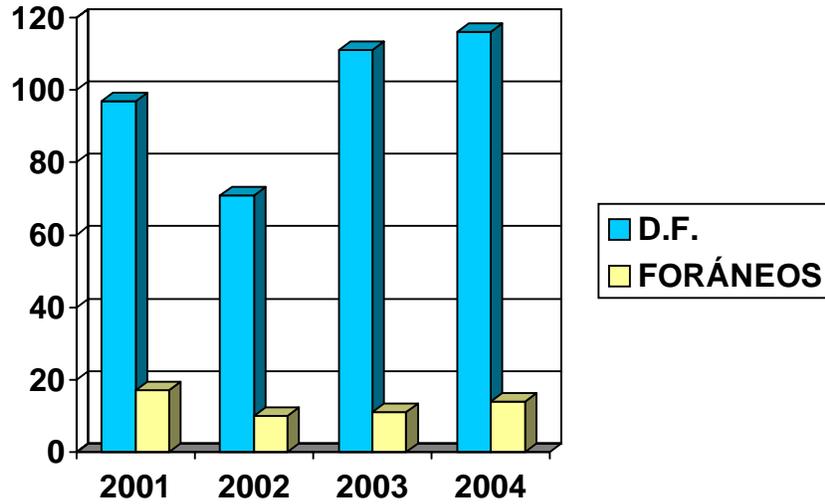
Tipo de procedimiento.



Se observa que el tipo de procedimiento odontológico con mayor número de quejas es el protésico seguido del ortodóntico. Sin embargo se puede apreciar que si sumáramos los procedimientos quirúrgicos y de exodoncia se observaría un número importante de quejas durante estos cuatro años. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 10.**

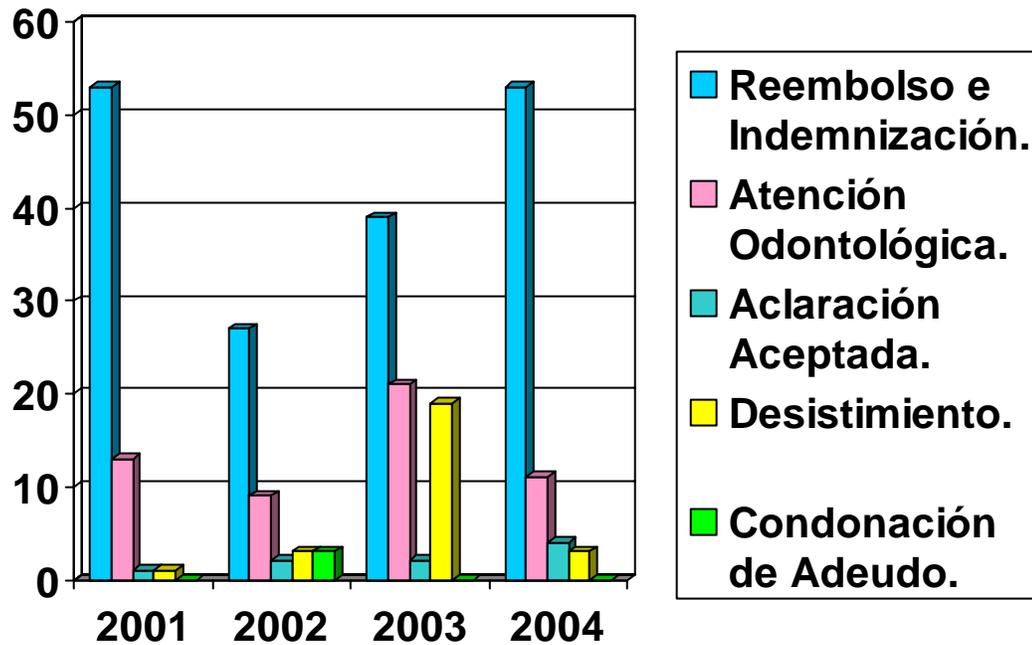
**Lugar de procedencia de la queja.**



El mayor número de quejas recibidas pertenecen al Distrito Federal. Evidentemente la constante creación de comisiones estatales provocará paulatinamente la disminución de quejas provenientes del interior de la República. <sup>(17)</sup>

GRÁFICA 11.

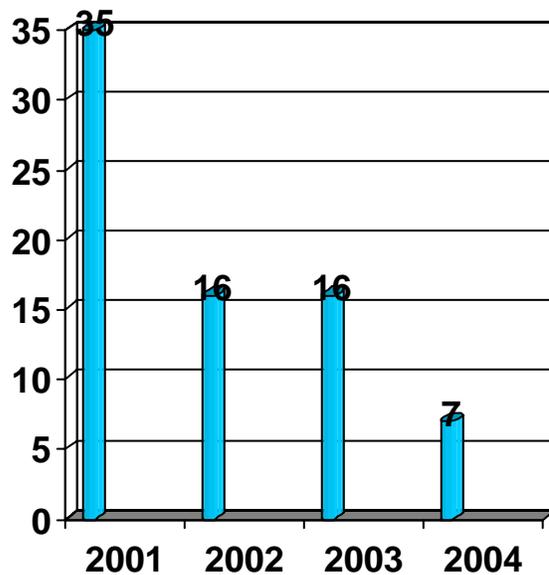
Modalidades de conciliación.



En esta gráfica se observa que del 2001 al 2004 la gran parte de los casos que son conciliados, terminan con un reembolso con atención odontológica.<sup>(17)</sup>

## GRÁFICA 12.

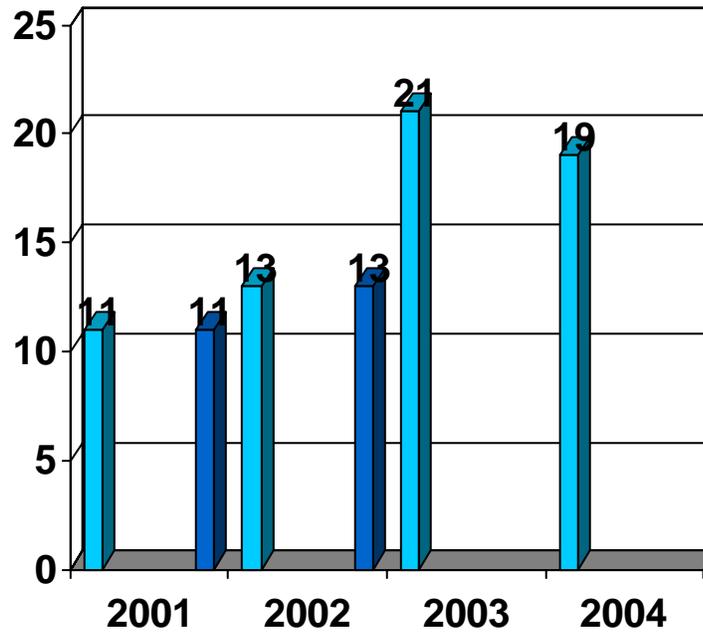
### Casos no conciliados.



En estos casos la mayoría desisten por falta de interés procesal, en el 2001 eran 35 los casos no conciliados, en el 2002 y 2003 disminuyeron con 16 casos, pero en el último año ha disminuido este comportamiento. <sup>(17)</sup>

**GRÁFICA 13.**

**Casos enviados a Arbitraje.**



La solución del conflicto en esta etapa se ha incrementado, lo que nos permite decir que los profesionales de la salud bucal paulatinamente están contando con más elementos para enfrentar la etapa mencionada, ya que en el 2001 solo mandaron 11 casos, en el 2002 se enviaron 13 casos, en el 2003 aumentaron con 21 casos y en el 2004 solo enviaron 19 casos.<sup>(17)</sup>

## **CONCLUSIONES.**

En este trabajo se observa que la buena práctica odontológica ha ido aumentando poco a poco en los últimos tres años, según nos muestran las estadísticas, por lo tanto existe un factor también muy importante que nos ayuda a identificar el porque de las quejas y es la relación que existe entre el profesional de la salud bucal y su paciente.

Hay varios factores que se identifican y contribuyen a deteriorar la relación médico-paciente, cuando esta relación está afectada, ya no se tiene la misma confianza para con el odontólogo lo que nos va a propiciar una queja o que el paciente se aleje de nosotros y busque otro odontólogo al que le tenga la confianza, quien lo trate con respeto, como un ser humano, y quien puede explicarle de manera menos técnica de su padecimiento, tratamiento y procedimiento.

Otra de las situaciones muy importantes y a la vez alarmantes es el impacto de la medicina defensiva en la odontología, ya que las compañías de seguros crearon los seguros de protección médica el empleo de procedimientos diagnóstico-terapéuticos con el propósito explícito de evitar demandas por mala práctica, que cubren la negligencia y la impericia en el ejercicio de la profesión médica lo que nos indica que se trata de evadir la responsabilidad profesional.

Esta medicina defensiva no existiera si realmente se entendiera la importancia de la capacitación, actualización y de hacer una especialización, también debemos admitir que tenemos limitaciones. En esta investigación se encontró que los casos del área odontológica que se describieron en el tipo de procedimiento, se refieren que el universo de caso presentados en la CONAMED, todos son hechos por odontólogos generales, por eso la importancia de remitir con los especialistas.

También es importante recalcar que se necesita tener un expediente clínico con base en la NOM—168-SSA1-1998 para dar un buen diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico y así contar con un respaldo oficial.

## **PROPUESTAS.**

Siendo un tema moderno y de interés al profesional de la Odontología y para desempeñar su práctica diaria sería importante tomar en cuenta estas propuestas:

**1.-** Desarrollar y mantener una relación con el paciente basada en respeto y confianza: Es muy fácil etiquetar a los pacientes según los procedimientos, números o ubicación, cada uno de nosotros hemos estado en esa posición y es muy impersonal, no hay sonido más dulce en cualquier idioma que oír nuestro propio nombre. Los pacientes deben ser saludados por su nombre desde el momento que entran a su consulta. Cuando se inicie la plática seamos cordiales, respetuosos y comprensivos, demostrando real interés en los deseos y pensamientos del paciente, la familia, de su ocupación y pasatiempos. En concreto hay que aplicar la regla de oro: trate a los otros como queremos que nos traten.

**2.-** Analizar y discutir alternativas, riesgos y complicaciones: Las opciones del paciente varían desde no realizarse el tratamiento a un tratamiento provisional para sustituir el tratamiento original o la referencia a un especialista, la discusión también debe incluir los beneficios potenciales y consecuencias de la elección de tratamiento por parte del paciente. Es mejor tener un consentimiento por escrito cuando se realizan procedimientos como extracciones, cirugía, tratamientos de endodoncia, implantes u otros tratamientos donde los riesgos son altos o el procedimiento sea más invasivo.

**3.-** Contar con un expediente clínico conforme a la NOM-168-SSA1-1998: Ya que funge como un documento médico-legal importante en el momento que se necesite, cuando el paciente piense en una acción legal o de queja, si esta conforme a la Norma se contará con el documento completo y de acuerdo a la ley que nos respalde nuestras acciones y el consentimiento del paciente para realizar dicho procedimiento.

**4.-** Informar al paciente cuando las situaciones o resultados son adversos: De acuerdo a los cánones de la ley nosotros como proveedores de la salud no somos garantes del éxito, aún bajo las mejores circunstancias las situaciones adversas pueden ocurrir y ocurren. Es importante informar, sin embargo hay que distinguir entre informar al paciente y admitir que fue un error. Jefferson: “La honestidad es el primer capítulo en el libro de la sabiduría.”

**5.-** Reconocer nuestras limitaciones: Frecuentemente cuando un dentista general toma un curso de fin de semana en un área específica, ya se siente capaz de realizar los procedimientos en pacientes, también porque si remite el paciente sus ingresos van a ser menores, el carácter lucrativo no va por encima de los resultados y la ética.

**6.-** Ser minuciosos cuando examinamos y diagnosticamos: El dinero que intentamos ahorrarle al paciente puede ser muy costoso a largo plazo. Hay ocasiones que las demandas o quejas de mala práctica alegan el fracaso del diagnóstico, esto usualmente surge cuando el doctor compromete su minuciosidad durante el examen y diagnóstico.

**7.-** Darle expectativas reales a los pacientes: Aclarar tempranamente las expectativas del paciente y los conceptos erróneos respecto al tratamiento. Es importante identificar lo antes posible cualquier discrepancia respecto al nivel de información del paciente, y los posibles resultados. También hay muchas variantes que el dentista no puede controlar, como el nivel de cuidado del paciente, el uso o abuso del paciente de su restauración y el uso normal de la misma. Puede garantizar su mejor esfuerzo y estar consciente e imparcial.

**8.-** Nunca debemos de creer que sabemos lo que el paciente quiere o necesita: Sorprendentemente pocas personas son buenas escuchando. Uno debe aprender a escuchar. Aún luego de entender los principios fundamentales, toma una decisión. Una barrera para las personas que se dedican a la salud, es no saber escuchar, ya que se dan datos importantes para el diagnóstico que nos pueden ocasionar el perder la queja del paciente o los sentimientos detrás de cada uno. Por lo tanto, no sabemos diferenciar entre lo que quieren y lo que necesitan, también hay una falta de comunicación.

**9.-** Dar instrucciones pos-operatorias verbalmente y por escrito: El paciente tiende a llegar a conclusiones cuando ellos experimentan eventos inesperados y asumen que algo anda mal, la mayoría de los paciente quiere más información de lo que ellos preguntarán, de esta forma entre más información dé, el paciente seguirá mejor sus instrucciones y experimentarán un mejor resultado. Escribir las instrucciones post-operativas es necesario ya que la gente olvida en gran parte las cosas que se le han dicho, las instrucciones escritas refuerzan el mensaje verbal y dan al paciente una fácil referencia.

**10.-** Analizar y plantear los arreglos financieros y formas de pago con anterioridad: Es extremadamente importante discutir los honorarios antes que el tratamiento se inicie. Es útil tener múltiples opciones de pago disponibles. Cualquiera de las opciones que se provea, las normas y aplicación de las mismas deben de ser firmes, así tendremos una mejor relación y evitaremos las quejas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN.

- 1- TENA, Carlos y HERNANDEZ Francisco, "La comunicación humana en la relación Médico- Paciente", Ed. Prado, México, 2005.
- 2- Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica", Revista CONAMED, Vol. 8, Num. 1, enero-marzo, 2003.
- 3- McNEIL E.B., "La naturaleza del conflicto humano", Ed. Paidós, México, 1995.
- 4- Primera Sección del Diario Oficial de la Federación del día lunes 3 de junio de 1996.
- 5- Fracciones II a V del Artículo cuarto del Decreto por el que se crea la CONAMED
- 6- Informe del Comisionado Nacional de Arbitraje Médico, Doctor Carlos Tena Tamayo del 16 de marzo del 2005.
- 7- SSA. Comunicado de Prensa No. 335. Julio 1 del 2005
- 8- RODRIGUEZ, Graciela, "Relación médico-paciente. Interacción y comunicación.", Ed. , México, 2000.
- 9- PAREDES-SIERRA R, Rivero S.O. Medicina Defensiva. En: Arbitraje Médico. Análisis de 100 casos. JGH Editores. México, 2000. pp. 89-91
- 10-CARRILLO Luz Maria, "La responsabilidad profesional del médico", Ed. Porrúa, México, 1998.
- 11-TRANCREDI LR. The problem of defensive medicine. Science 1978; 200(4344):879-82
- 12-CHARLES SC. Sued and non-sued physician's self-reported reactions to malpractice litigation. American Journal of Psychiatry 1985; 142(4): 437-40
- 13-ZUCKERMAN S. Medical malpractice: claims, legal costs, and the practice of defensive medicine. Health Affairs 1984; 3(3): 128-33.
- 14-Fuente de consulta ING Seguros Comercial América, Póliza de seguros de responsabilidad civil médica para profesiones médicas.
- 15-Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica
- 16-BUSTOS P., José Julio, Importancia del expediente clínico en la prevención de quejas médicas, CONAMED.
- 17-Fuente de consulta C.D. Jorge Triana Estrada, Director de estomatología de la CONAMED
- 18-Payares C. Salud oral o las paradojas de la práctica odontológica. Tomado de: Revista Facultad de Odontología. Universidad de Antioquia. 1992.
- 19-Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "Inconformidad con los servicios médicos", Revista CONAMED, Vol. 11, No. 3, julio-septiembre, 2005.
- 20-Informe Anual de Labores 2004, CONAMED, México, 2005.
- 21-Carta de los derechos generales del cirujano dentista CONAMED, 2006.
- 22-MORALES Víctor, "Postgrado y desarrollo en América Latina", Ediciones del Centro de Estudios e Investigación sobre Educación Avanzada, (CEISEA), Vol. 4, Caracas, 2004.
- 23-<http://www.imbiomed.com.mx/Conamed/Cnv06n17/espanol/Wcn0017-01.html>, 1999.
- 24-Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998. del expediente clínico.

- 25-Génesis del conflicto médico-paciente CONAMED. 2005
- 26-Manual de Normas y Procedimientos de la CONAMED del Estado de México, 19 de Noviembre de 1998
- 27-CASAMADRID, Octavio, La atención Médica y el Derecho Sanitario, JGH Editores, México, 1999.
- 28-Artículos de divulgación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "El consentimiento válidamente informado en la práctica médica. Una visión Humanista", Revista CONAMED, Vol. 9 No. 3, julio-septiembre, 2004.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1.**

### **Glosario:**

**ACUERDOS:** Son convenios en la determinación de alguna cosa.

**ARBITRAJE:** El proceso mediante el cual un tercero imparcial escucha a ambas partes de un conflicto y emite una decisión. Se usa como alternativa al proceso judicial, que puede resultar costoso y tomar mucho tiempo.

**ASESORÍA:** Dar orientación o dictamen.

**CONCILIACIÓN:** Procedimiento en el que las partes se avienen, por mutuo acuerdo, sin necesidad de llegar a juicio o habiendo llegado a él, a través de la firma de un convenio.

**CONDONACIÓN DE ADEUDO:** Remitir una deuda.

**CONTROVERSIA:** Es una discusión larga y reiterada, es una polémica.

**DAÑO MORAL:** La afectación que una persona sufre en sus sentimientos, afectos, creencias, decoro, honor, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos, o bien en la consideración que de sí misma tienen los demás.

**DELITO:** Es el quebrantamiento de la ley, acción u omisión voluntaria, imputable a una persona que infringe el Derecho.

**DEMANDA:** Es una petición ante un juez para que mande a otra persona dar, hacer o no hacer una cosa.

**DESISTIMIENTO:** Abandonar o renunciar a un algo empezado.

**DOLO:** Intención de realizar el hecho contrario a la Ley.

**ESPECIALISTAS:** Autoridad en determinada materia.

**GESTIÓN:** Gestionar es coordinar todos los recursos disponibles para conseguir determinados objetivos, implica amplias y fuertes interacciones fundamentalmente entre el entorno, las estructuras, el proceso y los productos que se deseen obtener.

**IMPERICIA:** Falta de conocimiento, experiencia o habilidad y aún así se presta el servicio profesional.

**IMPRUDENCIA:** Culpabilidad dimanante de haber obrado sin la diligencia debida y causando algún daño previsible.

**INDEMNIZACIÓN:** Reparar o compensar un daño o perjuicio.

**JUICIO:** Orientación legal dirigida por funcionarios judiciales, para lograr la efectividad de una acción, previa la discusión, justificación y pruebas, mediante una decisión o fallo.

**JURISDICCIÓN:** Poder o autoridad para gobernar y poner en ejecución las leyes o para aplicarlas en juicio.

**JUZGADOS:** Junta de jueces que concurren a dar sentencia.

**LAUDOS:** Resolución que emite la Comisión en su carácter de árbitro sobre el fondo de la cuestión que haya sido sometida por las partes interesadas a su competencia.  
(26)

**Lex Artis:** Conjunto de procedimientos, técnicas y reglas generales de la profesión, que tiene presentes los estándares de calidad del servicio en la época de tratamiento.

**MEDICINA DEFENSIVA:** Tiene el propósito principal de reducir la posibilidad de pleitos judiciales por mala práctica médica o para proveer una buena defensa legal en caso de que un pleito judicial surja.

**NEGLIGENCIA:** Es la falta de cuidado o atención.

**ORIENTACIÓN:** Dirigir o encaminar algo hacia un fin determinado.

**QUEJAS:** Expresión de insatisfacción con la conducta o la acción de los servidores públicos o de los particulares que llevan a cabo una función estatal.

**REEMBOLSO:** Devolver una cantidad al poder de la que lo había desembolsado.

**RESPONSABILIDAD PROFESIONAL:** Del Latín *Respondere* es la capacidad de una persona para responder sobre los hechos propios realizados de manera unilateral, o que han sido encomendados a través de un mandato expreso o tácito.

**TRIBUNALES:** Lugar destinado a los jueces para administrar justicia.

## **ANEXO 2.**

**Norma Oficial Mexicana:** NOM-168-SSA1-1998.

6.1. Historia Clínica Deberá contar con:

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, exalcohólico y ex-adicto), y no patológicos, padecimiento actual (incluido el tabaquismo, alcoholismo y otras adicciones) e interrogatorio por aparatos y sistemas.

6.1.2. Exploración física.

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.

NOM-168-SSA1-1998: em su numeral 5.14. La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la NOM-013-SSA2-1994, además de lo establecido en la presente norma.

NOM-013-SSA2-1994: En su numeral 8.3.4, El expediente odontológico debe contar como mínimo com los siguientes documentos:

- Historia Clínica.
- Padecimiento actual.
- Odontograma (2) uno para el diagnóstico y otro de evolución.
- Diagnóstico y Tratamiento
- Informes de estúdios de Gabinete y Laboratório, em caso de que se requieran.
- Notas de evolución.

**Anexo 3.**

**Tablas INEGI.**

**Personal médico y no médico seleccionado en instituciones del Sistema Nacional de Salud, 1995 a 2004**

Año	Personal médico <sup>a</sup>				Personal no médico	
	Médicos <sup>b</sup>	Odontólogos	Pediatras	Gineco-obstetras	Enfermeras <sup>c</sup>	Personal en servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento <sup>d</sup>
1995	94 157	7 517	5 490	5 319	168 159	27 836
1996	96 647	7 767	5 661	5 388	171 144	31 360
1997	101 607	8 148	5 846	5 581	172 294	33 602
1998	104 464	8 449	6 165	5 980	178 429	34 164
1999	106 081	8 764	6 305	6 103	184 264	34 857
2000	110 591	8 921	5 400	4 511	190 335	36 388
2001	112 681	8 973	6 648	6 363	192 046	36 881
2002	113 098	9 108	6 728	6 516	192 828	36 575
2003	116 480	7 042	6 916	6 558	189 747	31 332
2004	124 906	7 270	7 329	7 065	199 835	20 065

<sup>a</sup> Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente.

<sup>b</sup> Comprende médicos generales, especialistas, residentes y pasantes.

<sup>c</sup> Comprende enfermeras auxiliares, generales, especializadas y otras.

<sup>d</sup> Comprende químicos, biólogos, nutriólogos, psicólogos y técnicos en manejo de equipo de diagnóstico médico, entre otros.

FUENTE: Para 1995 a 2002: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos y Servicios. Volumen I* (varios años). México, D.F. Para 2003 y 2004: SSA. *Boletín de Información Estadística. Recursos físicos, materiales y humanos. Volumen I*. Núm. 23 y 24. México, D.F.

**Personal médico y no médico seleccionado en establecimientos médicos particulares, 1995 a 2004**

Año	Personal médico <sup>a</sup>				Personal no médico	
	Médicos <sup>b</sup>	Odontólogos	Pediatras	Gineco-obstetras	Enfermeras <sup>c</sup>	Otro personal paramédico
1995	21 965	468	1 954	2 230	20 762	1 837
1996	21 308	474	1 946	2 283	21 377	2 399
1997	18 157	416	1 631	1 916	22 750	2 881
1998	17 124	358	1 386	1 650	24 578	2 518
1999	19 209	420	1 644	1 924	25 142	1 895
2000	21 565	437	1 849	2 141	26 698	2 387
2001 <sup>d</sup>	38 587	696	3 815	4 701	30 343	2 727
2002 <sup>d</sup>	43 713	766	4 337	5 315	33 206	2 667
2003 <sup>d</sup>	48 730	780	4 958	6 034	33 952	3 341
2004 <sup>d</sup>	50 375	870	5 103	5 967	34 258	3 627

<sup>a</sup> Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente.

<sup>b</sup> Comprende médicos generales, especialistas, residentes, pasantes y odontólogos.

<sup>c</sup> Comprende enfermeras auxiliares, generales, especializadas, pasantes y otras.

<sup>d</sup> A partir de 2001 la fuente presenta un desglose adicional que incluye al personal médico en nómina más el personal médico con acuerdo especial que labora en establecimientos médicos particulares

FUENTE: **INEGI**. *Estadísticas de Salud*.

**Personal médico y no médico seleccionado en instituciones del Sistema Nacional de Salud, 1995 a 2004. En la República Mexicana**

2004 e

<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>124 906</b>	<b>7 165</b>	<b>6 790</b>	<b>6 864</b>	<b>199 835</b>	<b>20 065</b>
Aguascalientes	1 769	67	166	105	2 785	222
Baja California	2 761	169	218	197	4 863	206
Baja California Sur	936	57	51	60	1 438	143
Campeche	1 304	62	67	77	1 764	152
Coahuila de Zaragoza	3 140	156	203	222	6 084	280
Colima	971	54	67	71	1 501	105
Chiapas	3 366	283	124	148	5 115	1 040
Chihuahua	3 195	154	171	184	5 741	282
Distrito Federal	18 223	1 201	1 272	1 035	30 880	1 708
Durango	2 178	79	143	107	3 285	241
Guanajuato	4 460	195	228	251	7 016	424
Guerrero	3 456	201	152	182	5 210	814
Hidalgo	2 736	164	120	141	4 096	569
Jalisco	8 376	425	453	478	13 368	722
México	9 794	810	613	681	15 255	3 347
Michoacán de Ocampo	4 114	192	183	236	5 699	393
Morelos	1 830	113	117	127	2 995	256
Nayarit	1 395	76	61	71	1 995	97
Nuevo León	4 445	219	259	254	8 221	328
Oaxaca	3 469	168	104	112	4 923	512
Puebla	5 393	331	221	192	7 876	644
Querétaro Arteaga	1 637	100	124	132	2 357	119
Quintana Roo	1 133	81	90	79	1 619	124
San Luis Potosí	2 483	190	121	131	3 994	316
Sinaloa	3 551	205	168	222	5 962	479
Sonora	3 242	184	203	209	5 601	467
Tabasco	2 901	325	142	164	4 089	529
Tamaulipas	4 162	198	262	276	6 655	592

Tlaxcala	1 358	81	76	69	1 853	114
Veracruz de Ignacio de la Llave	7 823	446	412	440	11 994	1 105
Yucatán	2 127	104	129	129	3 998	152
Zacatecas	1 541	75	70	82	2 268	141

**Personal médico y no médico seleccionado en establecimientos médicos particulares por entidad federativa, 2002, 2003 y 2004. En la República Mexicana.**

<b>Estados Unidos Mexicanos</b>	<b>50 375</b>	<b>870</b>	<b>5 103</b>	<b>5 967</b>	<b>34 258</b>	<b>3 627</b>
Aguascalientes	208	2	16	22	284	22
Baja California	2 190	97	231	276	954	41
Baja California Sur	165	7	17	18	101	6
Campeche	99	3	10	14	77	22
Coahuila de Zaragoza	962	11	104	135	741	62
Colima	229	3	25	29	138	5
Chiapas	672	8	78	80	445	10
Chihuahua	1 676	7	151	232	1 649	81
Distrito Federal	7 757	165	613	733	6 696	1 409
Durango	259	3	21	26	279	4
Guanajuato	2 821	61	303	325	1 914	118
Guerrero	733	14	72	83	509	41
Hidalgo	769	13	80	96	487	28
Jalisco	5 002	39	509	690	2 678	272
México	6 590	130	711	868	3 449	484
Michoacán de Ocampo	2 554	24	264	298	1 658	37
Morelos	595	5	70	86	480	23
Nayarit	340	1	34	57	112	5
Nuevo León	3 876	34	398	121	2 817	431
Oaxaca	731	21	65	81	496	31
Puebla	1 389	35	131	135	1 634	110
Querétaro Arteaga	1 097	18	115	228	609	61
Quintana Roo	400	18	42	49	237	11
San Luis Potosí	1 000	12	159	174	700	45
Sinaloa	768	11	82	99	652	30
Sonora	1 911	13	207	314	688	13
Tabasco	561	8	58	60	440	40
Tamaulipas	1 281	24	143	163	1 079	50
Tlaxcala	493	11	49	60	188	1

Veracruz de Ignacio de la Llave	1 910	27	200	244	1 112	68
Yucatán	717	21	83	87	635	29
Zacatecas	620	24	62	84	320	37

a Se refiere a aquellos que se encuentran en contacto directo con el paciente. Incluye al personal médico en nómina más el personal médico con acuerdo especial que labora en establecimientos médicos particulares.

b Comprende médicos generales, especialistas, residentes, pasantes y odontólogos.

c Comprende enfermeras auxiliares, generales, especializadas, pasantes y otras.

FUENTE: **INEGI**. *Estadísticas de Salud*.

**ANEXO 4.**

**Consentimiento validamente informado:**

A continuación se muestra un ejemplo de la carta de consentimiento informado, retomando la idea del C. D. Juan Medrano Morales.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Padecimiento actual: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Escribir de manera clara y explícita el procedimiento que se realizará con base en el padecimiento actual y en el diagnóstico que se dio.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Estoy informado(a) que durante la práctica de la odontología, en ocasiones existen riesgos o complicaciones, y existe la posibilidad de que se presente una emergencia odontológica; de modo que los resultados no se pueden garantizar.

Acepto el tratamiento que se me va a realizar y el C.D. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ me explicó con detalle los posibles riesgos del  
tratamiento, y sin presión de ninguna persona es mi voluntad:

Sí acepto \_\_\_\_\_ No acepto \_\_\_\_\_

Firmo al calce para dar constancia y efectos legales a que haya lugar.

Paciente y/o tutor

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Acepto. \_\_\_\_\_ No acepto \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

TESTIGO 1

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

TESTIGO 2

Nombre \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Parentesco \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

## ANEXO 5.

### Carta de los Derechos generales de los Cirujanos Dentistas:



En coincidencia al cumplimiento de cien años del reconocimiento de la Odontología como profesión en México, se unió el interés de los profesionales, de la Subsecretaría de Innovación y Calidad y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, para que la comunidad odontológica contara con un documento que hiciera explícitos sus derechos, tomando en cuenta el conjunto de principios científicos, deontológico y legales vigentes que rigen la conducta de las Cirujanas y los Cirujanos Dentistas a nivel nacional.

# 1

**Gozar de reconocimiento y prerrogativas iguales a otros profesionales del ámbito de la salud.**

La profesión de cirujano dentista es parte fundamental de los servicios de salud en México por lo cual, los profesionales de la salud bucal deben desarrollar su actividad profesional con apego a las disposiciones normativas que rigen de manera general la actuación de las ciencias biomédicas, y por lo tanto, gozarán de derechos iguales a los que tienen otros profesionales de la salud.

## 2

**Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza.**

El cirujano dentista tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico, plan de tratamiento, pronóstico y la ejecución del tratamiento y control), y su libertad prescriptiva, así como su libre decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que se sustente sobre bases bioéticas, científicas y normativas.

## 3

**Recibir trato digno y respetuoso por parte de toda persona relacionada con su trabajo profesional.**

El cirujano dentista tiene derecho a recibir del paciente, sus familiares, tutor o representante legal, trato digno y respetuoso, mismo que deberá recibir de toda persona relacionada con su trabajo profesional.

## 4

**A no garantizar resultado cierto en la atención brindada, salvo en los casos expresamente pactados.**

Bajo el principio de libertad prescriptiva y tomando en cuenta el principio de variabilidad biológica, la atención brindada por el cirujano dentista no se puede considerar, en lo general, bajo los términos de la obligación de resultados, salvo que de manera expresa así lo haya pactado con el paciente.

## 5

**Laboraren instalaciones apropiadas y seguras, así como disponer de los recursos que garanticen el desarrollo de su trabajo profesional.**

El cirujano dentista que presta sus servicios en instituciones públicas o privadas, tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, incluidas las que marca la ley. De igual forma, personal capacitado, equipo, instrumentos y materiales necesarios de calidad, para brindar el servicio conforme a los principios bioéticos, científicos y legales.

# 6

**Contar con acceso a la actualización profesional y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.**

El cirujano dentista debe ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, que se le facilite el acceso a la educación continua, con el propósito de mantenerse actualizado, aplicar sus conocimientos, habilidades, destrezas, valores y experiencias en beneficio de sus pacientes.

# 7

**Participar en actividades de investigación y docencia.**

El cirujano dentista tiene derecho, de acuerdo a su formación y a las necesidades institucionales, a participar en actividades de investigación y enseñanza apegándose a los principios bioéticos, como parte de su desarrollo y desempeño profesional.

# 8

**Salvaguardar su prestigio profesional.**

El cirujano dentista tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad, y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado.

# 9

**Asociarse para promover sus intereses profesionales.**

El cirujano dentista tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios con el fin de participar en actividades que beneficien el ejercicio profesional que promueva la superación de los miembros.

# 10

**Recibir en forma oportuna los honorarios, salarios y emolumentos que le correspondan por los servicios prestados.**

El cirujano dentista tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.