

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA.**

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA.

**PROCEDIMIENTOS JURÍDICOS EN CONTRA
DEL TRATAMIENTO DE LA ORTODONCIA MAL APLICADA
EN UN CASO CLÍNICO.**

PATRICIA NIETO RODRÍGUEZ.

**DIRECTOR DE TESIS:
MTRO: ÁNGEL FRANCISCO ÁLVAREZ HERRERA.**

**ASESOR DE TESIS:
MTRO: JOSÉ JUAN VEGA CAMBERO.**

MAYO 2007



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.

Gracias!
A mis hijitos:
Álvaro Israel
y
José Abraham
"Por ser ellos, mi propia vida"

Gracias!
A mis papitos:
Rgúl Héctor
y
Luz María
"Por su ejemplo de fortaleza y lucha"

Gracias!
A mis hermanitos:
Ernesto Ricardo
Rgúl
María de la Luz
María del Consuelo y Javier
Rebeca
José Eduardo
"Mi más sincero agradecimiento
porque de no haber sido por su gran
ayuda y apoyo, no estaría logrando
éste sueño"

Gracias!
A toda mi familia y
a mis queridos amigos.
"Por sus palabras que me animaron
cuando veían que estaba a punto de caer "

Gracias!
A mis adorados ángeles, mis profesores:
Mtrs: Ángel Francisco Álvarez Herrera.
José Juan Vega Tambero.
Raúl Flores Díaz.
Genaro Sumano Domínguez.
Carmen Mata Rgmiréz.
Sergio de la Vega Armenta.
"Por creer en mi ... y con eso, darme la oportunidad
de aprender, brindándome su confianza , su
paciencia y su amistad en todo momento "

Gracias!
A ti...
"Porque sin habértelo pedido,
estuviste incondicionalmente
a mi lado en el momento preciso "

ÍNDICE

	Págs.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	5
RESPONSABILIDAD CIVIL	15
RESPONSABILIDAD PENAL	25
NORMAS Y ESTATUTOS OFICIALES QUE RÍGEN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN MÉXICO	34
LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED) Y SU RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD BUCAL	48
LA ORTODONCIA COMO RAMA DE LA ODONTOLOGÍA	73
ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO	81
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	113
OBJETIVOS	114
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN Y MÉTODOS	115
RECURSOS	115
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	116
CONCLUSIONES	117
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	119
ANEXOS	121

INTRODUCCIÓN

La presente tesis de investigación tomará en cuenta los datos estadísticos que arroja la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, con relación a las quejas y demandas ante esta Institución, levantadas por la población motivada a una deficiente práctica odontológica en sus diferentes ramas, siendo la de mayor número hasta el año 2003, la especialidad de Ortodoncia.

A través de un caso clínico se muestra que no existió ética profesional por parte del representante de la salud bucal y que se comportó con indiferencia hacia su paciente. Por lo que serán los temas principales de este proyecto, ya que cualquiera de ellos es motivo de queja e inconformidad entre la población.

Así también describiremos la Historia de la Medicina y sus ramas; la Ortodoncia, especialidad de la Odontología, desde la antigüedad hasta la época actual a nivel mundial y en México.

Enfataremos en la responsabilidad profesional, civil, penal y en la práctica odontológica, así como en sus recomendaciones para mejorarla, con el fin de crear conciencia entre la comunidad odontológica. Mencionamos las Normas y Estatutos que rigen la práctica odontológica en nuestro país.

El Código de Ética y Bioética, su conducta en la prestación del servicio de salud, el Código de Estomatología, nos mostrarán aquello en lo que no debemos incurrir, así como en el buen desempeño del ejercicio de la profesión.

Un caso clínico de investigación, desde la historia clínica hasta el procedimiento penal, nos guiarán a través de las etapas que lo conllevan, abriéndonos el panorama legal como resultado a una demanda penal.

Por respeto y discreción hacia las partes involucradas en la difícil situación, omitiremos nombres y datos personales reales para no perjudicar a las partes, esto será de prioridad en el desarrollo de ésta tesis.

El caso clínico es referido por un ortodoncista titulado al que la demandante acude después de haber sido tratada por un cirujano dentista, tal vez de práctica general, que al realizar un tratamiento de ortodoncia durante 5 años, no se apoya en los auxiliares de diagnóstico requeridos (datos referidos por la paciente), resultando como consecuencia la deformación del perfil, produciendo biproquelia, en maxilares biprotusión y en dientes biproclinación, causando iatrogenia.

Actualmente la paciente se encuentra en proceso de recuperación después de un año del nuevo tratamiento.

JUSTIFICACIÓN

Las alteraciones estomatológicas tienen una alta incidencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en México se estima que el 90% de la población padece caries.

Identificamos los principales conflictos debido a la atención odontológica manifestados en las quejas recibidas en la CONAMED (enero de 2001 a octubre de 2002, por ser las últimas publicadas) y sus principales características. En conclusión al análisis de las mismas, se elaboraron una serie de recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de la práctica odontológica que fueron valoradas por expertos en el área y que mostraremos más adelante.¹

De 177 quejas; 63.3% correspondieron a mujeres y 36.7% a hombres. El grupo de edad más frecuente fue el de 25-44 años con el 35% de los casos; el 91% de las quejas fue dirigido hacia los servicios privados.

Por lo tanto más adelante trataremos ese tema con mayor profundidad, ya que se considera de vital importancia para el éxito del tratamiento.

Los motivos de quejas más frecuentes estaban relacionados con el tratamiento en el 75.7% de los casos. Los principales procedimientos realizados fueron: 25.6% de ortodoncia, 24.4% prótesis, 13.3% endodoncia, 12.2% exodoncia, y el 24.5% a otros tratamientos. Se conciliaron el 53.1%.¹

Hubo mala práctica en el 43% de los casos. Así también se identificaron problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente, en el 57% restante de los casos.

En esa época, la ortodoncia ocupaba el porcentaje más alto registrado en la CONAMED, con relación a las quejas recibidas. De ahí que, tomado de un caso clínico "verdadero", mostraremos por medio del diagnóstico y sus auxiliares, que se produjo un daño (reversible) a una paciente y que ésta (al verse al espejo y observar su cambio facial), toma la decisión de iniciar un proceso legal en contra del profesional de la salud.¹

Esto que presentamos y el objetivo primordial es el de crear conciencia profunda entre la población odontológica para evitar esta penosa situación.

De tal forma, que se hablará de las responsabilidades; profesional, civil y penal. Los códigos de Ética y Bioética aplicadas al odontólogo.³⁹⁻⁴⁰

Derechos de los pacientes y dentistas.⁴⁵

Hablaremos de la ortodoncia en México y en el mundo, y mostraremos una demanda para que no ignoremos el contenido de la misma.⁵²

Esperando que esta información nos sea de gran ayuda para que tomemos medidas previsoras y ejerzamos dignamente nuestra profesión, anexamos leyes, artículos, normas y reglamentos que deberán tomarse verdaderamente en cuenta y que están relacionadas al área del odontólogo.

MARCO TEÓRICO

La palabra “responsabilidad” proviene de **respondere**, cuyo significado es: prometer o pagar. En un sentido mas restringido, **respon som** (responsable), que significa “el obligado a responder por algo o de alguien”.

El término responsabilidad debe señalar a quien debe responder del cumplimiento o incumplimiento de una obligación, ejemplo: uno tiene la obligación de no dañar, por tanto, es el responsable del daño quien tiene que pagar por el.

La responsabilidad se presenta como una obligación aislada o es consecuencia de otras.²

Responsabilidad civil.- se define como la obligación de responder ante los demás, por actos propios o de quienes se encuentran a nuestro servicio, según lo que se marca en el Código Civil, es decir, la obligación de resarcir de los daños y perjuicios ocasionados con nuestro actuar o de nuestros subordinados por incumplimiento de una obligación, sea esta materia de contratos, cuasicontratos o porque así lo indica la ley.

Responsabilidad Civil Contractual.- Se define, cuando existe un acuerdo de voluntades de quien sea ya recibe la prestación, sea verbal o escrita, y Extracontractual, cuando la prestación se hace en calidad de “intermediario”, o cuando la ley indique una obligación. En cualquiera de éstas modalidades, el incumplimiento ocasiona un perjuicio o daño a alguien.

El origen de la responsabilidad civil proviene de hechos atribuidos ilícitos, como en el incumplimiento de un contrato ³

Responsabilidad Penal.- es aquella en la que se causa el daño sin existir la intención de producirlo cuando el autor estaba en posibilidad de evitarlo supone un perjuicio social, y el objetivo de la acción penal es el castigo. Dentro del proceso penal existe una situación, que permite que la persona que se vio afectada pueda estar en condiciones de resarcirse del daño físico o moral ocasionado mediante un incidente civil llevado a cabo mediante el mismo proceso penal. ⁴

Por lo tanto, la responsabilidad penal se define como la obligación de responder ante la sociedad y ante los demás, reparando el daño causado por la realización de una conducta determinada cuyo resultado, se encuentra tipificado en el Código Penal como delito. ⁵

De acuerdo al caso clínico que presentamos en nuestra tesis, el responsable de la salud, comete un ilícito y ocasiona un daño a su paciente, siendo este el motivo por el cual se realiza este trabajo. Es importante que contemplemos el tipo de responsabilidades y de normas y estatutos oficiales que rigen la práctica odontológica en México.

Sabemos ciertamente que cualquier profesión debe ser ejercida con mucha ética y evidentemente es en las áreas de la salud, en las que implícitamente siempre se espera que se obre con la mayor ética posible. Entendiendo que ética es:”la parte de la filosofía que se encarga del tratado de la moral y las obligaciones del hombre, estudia la naturaleza del bien, el origen y la validez del sentido del deber, así como el carácter y la autoridad de las obligaciones morales que abarcan todos los aspectos de la conducta humana”. ⁶

Y la bioética es: "es estudio sistemático de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales". 7

Ocasionalmente se originan controversias entre los profesionales de la salud y los pacientes, llevando a estos últimos a levantar demandas para resarcir el supuesto daño ocasionado a su persona.

Por lo anterior, el 3 de junio de 1996, se crea por decreto presidencial, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), cuya misión fundamental es la de dirimir las controversias suscitadas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, además auxilia a los órganos internos de control (contralorías de las instituciones de ser4vicios médicos), y a las instancias de corporación e impartición de justicia, mediante opiniones técnicas que emite con plena autonomía. 8 Siempre y cuando sea solicitada su intervención en el proceso penal.

Entre enero del 2001 y octubre del 2003, las principales causas de inconformidad en pacientes que recibieron atención odontológica según la CONAMED, la ortodoncias ocupaba el primer lugar, con un porcentaje mayor en comparación a otras ramas de la odontología. 9

La ortodoncia corrige las irregularidades en las posiciones dentarias. 10

Pero el tiempo prolongado de un tratamiento, ocasiona el movimiento excesivo de las piezas dentales, en perjuicio del paciente y los representantes de la salud.

El caso clínico que presentamos demuestra lo comentado en el párrafo anterior. Los auxiliares de diagnóstico, confirman desplazamiento dental.

Por tal motivo, el paciente decide demandar penalmente al representante de la salud. Presentamos la demanda inicial y el otorgamiento del más amplio perdón al representante de la salud, para que se de a conocer el desarrollo de lo que es una demanda, la presentamos con el mas amplio respeto para ambas partes, omitiendo sus nombres.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En este tema describimos como se ha desarrollado el área de la atención a la salud desde la antigüedad hasta la época actual a nivel mundial y en México, enfocándonos de igual forma al área odontológica; así también mencionamos los antecedentes históricos de las conductas y sanciones aplicadas a los representantes de la salud al incurrir en error en su práctica profesional.

Antecedentes

La responsabilidad del profesional de la salud se remonta a la antigüedad. Sus grandes conocimientos y habilidades se desarrollan con el hombre mismo, porque contribuye a su supervivencia, proporcionándole los medios para poder mantener un equilibrio entre la naturaleza y su organismo.

Los primeros antecedentes de la regulación de la práctica en atención a la salud se encuentran en culturas antiguas como la de Persia ya que, de acuerdo con Yungano, en esta cultura se extendía la autorización para ejercicio profesional después de que el aspirante demostraba que tres pacientes sometidos a su tratamiento habían sobrevivido.

Los egipcios, establecieron sus reglas de atención en sus papiros (1700 a. de C.). En sus colegios, que se denominaban santuarios de Heliópolis, Memphis y Tebas, condenaban con severas penas, y aún la muerte, al profesional de la salud que no observara sus reglas. Los papiros egipcios describen la actitud del responsable de la salud ante el paciente; se enfatizaba la potestad de decidir si se comprometía a curar al paciente o bien a desahuciarlo y a no aceptar la responsabilidad de que posteriormente muriera, si estaba seguro de que iba a morir. El ejercicio profesional estaba estrictamente reglamentado por una serie de recopilaciones legales, desde tiempos antiguos, que debían seguirse por todos aquellos responsables de la salud que ejercían y que los exponían a ser acusados por sus pacientes o por los familiares en caso de un fracaso, sobre todo cuando se habían comprometido a aceptar al enfermo para curarlo.¹¹

La antigua Mesopotamia creó también reglas que quedaron establecidas en el Código de Hammurabi, Este Código, es uno de los más antiguos que se conoce, fue promulgado por el rey babilónico Hammurabi, hacia el final de su reinado, por el año 1686 a. de C. Estipulaba la pena de muerte o la amputación de las manos para el responsable de la salud que causara daño al paciente por no haberlo atendido con prudencia y con los cuidados necesarios al producir una lesión, destruir un órgano u ocasionar la muerte.

Este documento fue grabado en un pilar de diorita negra que se conserva en el Museo del Louvre, trata todos los aspectos de la vida económica y familiar de la antigua Mesopotamia; consta de más de doscientos incisos, de los cuales once se refieren a la práctica de los representantes de la salud y veterinarios. Sanciones que iban desde el pago necesario para indemnizar al enfermo libre o al dueño de un esclavo; la amputación de las manos del profesionista a veces, cuando se consideraba que había incurrido en alguna falta grave en su ejercicio, debía pagarlo con la propia vida.

En algunas relaciones existentes en las tablillas de arcilla hay la posibilidad de identificar casos de epilepsias, de tuberculosis y de algunos otros padecimientos.¹²

En la época precolombina, entre los Aztecas o Mexicas y en el Señorío de Texcoco, se requería un examen previo y la autorización del primero de los cuatro consejos que funcionaban en dicha urbe, este consejo estaba presidido por el gobernante, quien apoyaba sus observaciones en el brujo o chaman de la aldea. En realidad, el ejercicio de algún tipo de práctica para la salud entre los antiguos pobladores de Anáhuac fue siempre modesto, sin embargo son aislados los registros de dicha prueba para obtener el título, por lo cual se mantiene a la expectativa en saber si es verdad o mentira.

En Grecia los Asclepiades, (descendientes de Esculapio) constituyeron comunidades en las vecindades de los templos. En Atenas se prohibía el aborto, la castración, abusar de la frivolidad de la mujer y divulgar lo secreto. La normativa ética culminó con Hipócrates, a quien se le considera Padre de la Medicina pues formula lo que se conoce como Juramento Hipocrático (siglo VI a. de C.), el cual establece a la ética como punto importante en la historia de la medicina y de la humanidad; otorga bases racionales y naturales a la medicina griega, constituyendo el primer testimonio que se tiene documentado de la conciencia ética del ejercicio de la medicina. El juramento forma parte del llamado Corpus Hippocraticum o conjunto de escritos atribuidos al padre de la medicina; no obstante, hay quienes aseguran que estos documentos provienen de los círculos neopitagóricos. El juramento se compone de dos partes esenciales: en la primera aborda las obligaciones del médico con sus maestros y familiares, y en la segunda trata de sus relaciones con el enfermo. En todos estos documentos se ponderan, como coincidencia, cuatro puntos fundamentales, a saber: “**primun non nocere**” ante todo no hacer daño preservar la vida humana, aliviar el dolor y propiciar la buena relación médico-paciente (sobre todo guardar el secreto profesional y no abusar sexualmente del paciente) ¹³

Existen otros documentos tales como el Juramento de Iniciación o Caraka Sanhita (siglo I a. de C.), procedente de la India; el Juramento de Asaph, de origen judío (siglo III-IV d. de C.), y el Consejo de un Médico (siglo X d. de C.), de origen árabe. Dentro de la cultura china se citan los Cinco Mandamientos y las Diez Exigencias de Chen Shih-Kung, médico chino de principios del siglo XVII. ¹⁴

En Roma (siglo VI a. de C.), la Ley Aquilia y la Ley Cornelio ya abordaban temas tan complejos como la prohibición del aborto y, en algunos apartados, las extracciones dentarias. Estas leyes castigaban con pena de muerte o con la deportación a un representante de la salud que hubiera causado la muerte a un enfermo, voluntariamente o por descuido punible.

La relación médico-paciente constituía una forma de arrendamiento de servicios. La remuneración que el médico recibía se denominaba **honor**, y podía reclamarla a través de un **cognitio extraordinaria**. La sentencia que dictaba el magistrado se llamaba **decretum** y la condena era de carácter pecuniario. Se hacía responsable al profesional de la salud que en desempeño de su oficio causaba un daño al paciente por falta de habilidad o de conocimientos. A la víctima no se le remuneraba, pero al representante de la salud se le imponía una pena. Antes del año 30 a. de C. había en Roma legislación sobre el ejercicio profesional. El entonces gobernante de Roma, Augustus, comienza a otorgar los primeros certificados para el ejercicio legal de la práctica médica. Septimus Severo somete a la prueba de examen a los pretendientes al título y constituye cátedras públicas para el estudio de esta Profesión; fundó luego el concepto

de los honorarios, llamándolos **estipendio de Honor**. Julio César concedió el derecho de ciudadanía romana a los médicos

Posteriormente, durante la era cristiana todas las leyes romanas desaparecen y la práctica del responsable de la salud pasa a manos de los sacerdotes, los cuales, bajo la justificante de que Dios es el que decide quien vive y muere, sólo podían aliviar un poco las molestias de los enfermos. En este período se da el rompimiento entre la práctica de la extracción dental como parte de la práctica médica. La extracción dental se llevaba a cabo por esclavos, sangradores, barberos, personas que basaban sus conocimientos en preceptos empíricos y no científicos, por lo tanto, era una práctica innoble para aquellos que la ejercían. ¹⁵

La Edad Media vio cómo estos barberos se propagan por todo el mundo. La legislación sanitaria de la edad media (siglo IV a XV d. de C.) fue dictaminada por los sacerdotes. En esta etapa no se publicaron documentos que legalizaran este tipo de práctica, ya que los curas eran los encargados de llevar a cabo esta honorable labor y eran los santos los que decidían quien moría o vivía. Siendo la enfermedad como consecuencia de una causa divina, no se incurrió en la ciencia y sí en el misticismo. Fue en Europa, principalmente en Inglaterra, donde se empiezan a dar los primeros movimientos para regularizar dicha práctica, mediante ordenanzas promulgadas por los reyes de Inglaterra, España y Francia. Para finales del siglo XII, en la mayoría de los países europeos era necesario contar con un título o cédula profesional que certificara la capacidad de poder ejercer la extracción dental ¹⁶

Durante el renacimiento (siglos XV a XVIII d. de C.) comienzan a surgir documentos que tratan de la liberación del hombre. La medicina acompaña a este tipo de ideología y surge en cada país de Europa legislaciones pertinentes a sus necesidades, aunque las más trascendentales han sido de índole ético.

En el siglo XIX, en Europa se fundaron los primeros "Colegios de Asociaciones de Médicos", con el interés esencial de fomentar valores éticos de la práctica profesional de sus miembros. Desde sus orígenes, la tarea más importante asignada a los colegios fue la de evaluar desde un punto de vista ético la conducta de sus miembros. Aparecen los primeros códigos deontológicos inspirados en la ética hipocrática, los cuales dirigen o señalan su ejercicio.¹⁷

En la Edad Moderna, la profesionalización de la Odontología se extiende por América, principalmente en los Estados Unidos de América, específicamente en el Estado de Alabama, donde se establece la necesidad de una licencia para ejercer esta práctica y penalidades a quien no lo hiciera.

A principios del siglo XX, en Europa, Asia y América, quedan establecidas las bases para profesionalizar la Estomatología. En 1900, Japón promulga la primera Ley Dental (específicamente la práctica dental), en la cual establece las disposiciones a que debe regirse el ejercicio profesional. ¹⁸

Mientras tanto, en México se tienen las primeras bases para profesionalizar a los barberos, al inaugurar el Consultorio de Enseñanza Dental en 1904, el cual quedó anexo a la Escuela de Medicina. En 1910 se funda la actual Escuela de Odontología y se separa de la Escuela de Medicina para, en 1914, incorporarse a la Universidad Nacional de México. Aunque las bases para profesionalizar a los barberos estaban dadas, no existía ley alguna que los obligara a acreditarse como dentistas.

Como resultado de la Revolución Mexicana se elabora la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos de 1917. Su artículo 4º establece el derecho a la salud y el 5º a la libre profesión.

Del artículo 4º Constitucional se desprende la Ley General de Salud, que establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. Esta Ley cuenta para su cumplimiento con el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Atención Médica.

Del artículo 5º Constitucional, se desprende la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al Ejercicio de las Profesiones, en la cual se establecen, entre otras cosas, las bases para obtener el título y cédula que acredita como profesional de una rama de estudio.

En las Leyes anteriores se establecen las sanciones a las que han de someterse aquellos que no cumplan con su contenido. Sin embargo, en muchas ocasiones las violaciones a las leyes sobrepasan los lineamientos establecidos. Es por ello que tanto el Código Civil como el Código Penal pueden sancionar de forma efectiva aquello que consideren como delitos. De tal forma que, para el prestador de servicios a la salud, el no conocer y no aplicar las leyes que para su práctica se han elaborado lo hace acreedor a una sanción derivada de su inobservancia.

Cabe señalar que a raíz del holocausto que fue la Segunda Guerra Mundial, en 1948 se dio a conocer la Declaración de Ginebra durante la Primera Asamblea de la Asociación Médica Mundial con el fin de actualizar la ética hipocrática. Durante la Segunda Asamblea Mundial, celebrada en 1949, se adoptó un Código Internacional de Ética Médica inspirado en la Declaración de Ginebra y en diversos códigos éticos de diversos países. A partir de entonces comenzaron a aparecer distintos códigos deontológicos en distintas especialidades médicas que hasta la fecha siguen apareciendo y, con ello, se ha particularizado la aplicación de la ética en cada área del ejercicio de la profesión en el área de la salud.

Desarrollo histórico de los lineamientos establecidos para legalizar y sancionar la práctica odontológica en el mundo.

Edad Antigua

El primer antecedente para regular mediante leyes la extracción dentaria se encuentra en Egipto (alrededor del siglo XI a. de C.). En los papiros egipcios se establecían los lineamientos para diagnosticar y establecer el tratamiento adecuado para algunas enfermedades de la boca. Cabe señalar que si el médico ó encargado de la salud bucal seguía estas reglas no se le consideraba culpable en caso de que su paciente falleciera; en cambio, si intentaba una nueva forma de tratamiento y el paciente moría, era castigado. Lo importante y lo destacable de este documento es que desde entonces existía el castigo al representante de la salud bucal por haber cometido un acto **“Irresponsable”**.¹⁹

También el Código de Hammurabi sancionaba los actos de extracción dentaria como actos médicos.

En la antigua Grecia, el médico también era quien realizaba los actos de extracción dentaria y por ello estos médicos seguían las ordenanzas éticas del juramento Hipocrático.

Al igual, en Roma, en las leyes como la de Aquiles o la Ley de Cornelia, se establecían a los médicos que al hacer una extracción sacase por equivocación otro diente, la ley lo penaba con una multa que oscilaba entre 150 y 300 ases.²⁰

Edad Media

Durante los primeros siglos de la era Cristiana, tanto la práctica dentaria como la medicina y la cirugía evolucionaron muy poco, ya que el ejercicio de la profesión estaba relegada a los esclavos, sangradores, barberos y libertos, todos ellos sin estudios y que se concretaban a recetar los más absurdos remedios empíricos; en sus manos la cirugía dental se reducía a las extracciones y a la construcción de rudimentarios aparatos protésicos.

Según Eusebio, historiador de la iglesia, Apolonia era una diaconesa que durante las manifestaciones contra los cristianos en Alejandría en el año 248 fue apresada por la turba, golpeada y se le extrajeron los dientes causándole atroces dolores, por lo que decidió arrojarse a la hoguera para terminar con su sufrimiento, convirtiéndose así en mártir.²¹

En general, en la Edad Media la cirugía dentaria era ejercida por empíricos. Ese predominio era debido a una falta de interés por la ciencia médica y por consecuencia la escasa reglamentación de la profesión, ya que los médicos menospreciaban el ejercicio de esa función operatoria, concepto que persistió durante varios siglos.

Pero en el siglo XIV, en Inglaterra, Guy de Chauliac protesta contra el hecho de que una operación como la extracción dentaria sea ejercida por charlatanes.

Es así como comienzan los primeros movimientos para regularizar la práctica de la extracción dentaria.

En el siglo XIV, diversas medidas prohibitivas de las autoridades limitaron la acción de los empíricos que, confundidos por cirujanos, se dedicaban a “arrancar dientes”. En

el año 1311, una ordenanza expresaba que, para poner término a los abusos de ciertos pseudocuradores que adornados con las insignias de médicos o de dentistas se dedicaban a la práctica de la extracción dentaria, sería en adelante obligación de los cirujanos proveerse de certificados y títulos suficientes para ejercer.

En el año 1400, el rey Enrique IV de Inglaterra nombra a Matthew Flint como “sacamuelas de nuestra ciudad de Londres” y lo designa como “delectus”, indicando que su forma de sacar dientes ya merecía su real aprobación. Era un nombramiento que debía durar toda la vida y establecía que Matthew Flint debía atender a todos los sujetos pobres que requirieran sus servicios en cualquier momento futuro sin recibir ninguna suma de dinero por su atención, pues el Tesoro Británico abonaba sus servicios.

En España, en 1500, fue promulgada en Segovia una pragmática (lo que equivale a una ordenanza del rey) exigiendo a los barberos un examen previo de capacitación profesional para ejercer legalmente la labor de sacar dientes y muelas.

Muchos eran los barberos y sangradores que después de haber rendido el examen correspondiente tenían licencia especial para extraer dientes y muelas y, equipados con su rudimentario arsenal, ejercían su profesión al aire libre, en ferias y mercados. 22

En un pequeño libro del año 1545, editado por el impresor de la Universidad de París, cuyo autor Ambrosio Paré era maestro barbero cirujano de París, se relata la situación en Francia a comienzos del siglo XVI. La relación entre el médico y el cirujano era la misma que entre el cirujano y el dentista, o sea que primero se hallaba el médico, luego venía en un plano inferior el cirujano y finalmente el dentista.

Ello nos revela que los dentistas ocupaban la última escala social de los científicos, ya que en ese entonces para ser miembro del grupo médico era necesario conocer el latín, cosa que muchos “sacamuelas” no manejaban. Sin embargo, su presencia específicamente como dentistas, en el siglo XVI, nos revela que ya se les conceptuaba como especialistas y a la odontología como rama de la medicina. Aunque no estaba registrada ni legislada como tal.

En Francia, en mayo de 1699, un edicto reglamenta la profesión y obliga a los dentistas a obtener previamente el título, dando un examen. Así se creó una subdivisión de los cirujanos: los cirujanos dentistas que no eran ni médicos ni barberos. Esta subdivisión se crea con el fin de impedir el ejercicio profesional a los charlatanes y barberos.

Posteriormente en París, La situación de los cirujanos dentistas y expertos fue reglamentada en las “Letras Patentes” de mayo de 1768, promulgada por el rey Luís XVI. Ésta emite la creación de la organización del Colegio de Cirugía

. Estas “Letras Patentes” reglamentaban el examen y el juramento profesional ante el primer cirujano del rey. El examen debía ser rendido ante el Colegio de Cirugía y obligaba a los futuros expertos a servir dos años consecutivos a un maestro en cirugía o a un experto establecido en París y sus suburbios, y tres años si era con maestros o expertos de provincias; también debía rendir dos exámenes de tipo teórico y práctico para recibirse de experto-dentista.

En el artículo 129 de las “Letras Patentes”, se preveían penalidades en caso de ejercicio ilegal. Vemos así, que en el período comprendido entre la Edad Media y la Revolución Francesa (1789), en Francia la profesión pasó sucesivamente por las manos de los barberos, los cirujanos y los expertos-dentistas, reglamentada por decretos y edictos. 23

Edad Moderna

En Alemania, hasta el siglo XVIII, los dentistas fueron los curanderos empíricos, pues los médicos sólo se dedicaban científicamente, en forma teórica, de esta materia. No había ningún apoyo ni reglamentación oficial, y cada persona podía arrogarse el título que más le agradara, y se consideraba a los dentistas como una categoría inferior entre los que practicaban la medicina.

El primer esfuerzo serio para reglamentar la práctica de la extracción dentaria en Alemania fue dado por la ley del 24 de agosto de 1825, en la cual se establecía que los candidatos al título de dentista podían prescindir de presentarse al examen si ejercían la medicina o eran cirujanos de primera o segunda clase. ²⁴

En diciembre de 1825, se permitía en Prusia la presentación de un certificado especial que constara la aprobación de un curso de anatomía, cirugía, materia médica y terapéutica, y haber estudiado el aspirante un año al lado de un dentista. De tal forma, se le otorgaba un diploma para poder ejercer libremente.

En la Ciudad de New York, el 3 de diciembre de 1834, se organizó la primera sociedad dental, "The Society of Surgeons Dentists of the City and State of New York".

El 31 de diciembre de 1841 aparece la primera legislación, la cual introducía ciertas restricciones en el ejercicio de la práctica odontológica en Estados Unidos, específicamente en el Estado de Alabama, que reformó su Ley Médica incluyendo un dentista en sus mesas examinadoras. Entre otras cosas estableció la necesidad de una licencia para ejercer en ese estado y penalidades para las infracciones.

Mientras tanto, en Inglaterra, en 1846, el derecho de ejercer la profesión era ilimitado, siendo así que individuos con muy escasos conocimientos ejercían de dentistas. Para remediar esta situación se formaron dos sociedades a fin de obtener el reconocimiento oficial de la profesión. Las dos sociedades eran la "Odontological Society of London" y el "College of Dentist of England" que, luego de dos años de desacuerdos, se fusionaron en la "Odontological Society of Great Britain". No obstante, Inglaterra se ve prestigiada en el siglo XIX por la fundación de La Escuela Dental, la primera en Europa, en 1858.

El 3 de agosto de 1859, se organizó en Niágara Falls (USA) la nueva sociedad dental, "The American Dental Association", que perdura hasta hoy. Esta sociedad se distingue por la promulgación de varios Códigos de Ética.

Más tarde, la "Odontological Society of Great Britain" obtuvo, por decreto del 3 de septiembre de 1859, el reconocimiento del diploma en medicina dental de aquellas personas que podían comprobar que habían practicado durante mucho tiempo esa profesión y que habían rendido un examen con éxito ante una mesa examinadora, que en su minoría era constituida por dentistas.

Desde septiembre de 1859, hubo un plan de estudios para los candidatos al título denominado "Licentiate of Dental Surgery" (LDS).

En 1870, en París, fueron numerosos los médicos que conceptualizando la odontología como rama de la medicina se especializaron en las enfermedades de la boca y dientes. Hicieron una especialización médica de una profesión que hasta entonces era considerada en Francia como un quehacer de artesanos. Entre los médicos que crearon la odontología en Francia como especialidad médica, debemos mencionar a Toirac, Oudet, Delabarre y Magutot. Así nace la estomatología. El primer Congreso Dental

Internacional tuvo lugar en París en 1889, y el Tercer Congreso Dental Internacional, en que se funda la Federación Dental Internacional, tiene lugar también en París en 1900.
25

Siglo XX

En España, en 1905, el rey Alfonso XII convoca al Congreso Dental Internacional celebrado en Palma, donde se presentó un Código de ética. Dicho Código fue obra de la comisión presidida por el Dr. Jaime Losada, ministro de salud de España.

En 1906 se promulga la Ley Dental del Japón, con un articulado de 30 disposiciones a que debe regirse el ejercicio profesional, siendo debidamente reconocido como persona calificada el graduado en un país extranjero.

En Italia, en 1908, específicamente en Milán, se funda el Instituto Italiano de Estomatología para la enseñanza de la odontología y de la cirugía oral. Una ley italiana de 1912 permitía la práctica temporaria de la profesión a todas las personas, aún sin título, que la hubieran ejercido en los últimos ocho años.

Así, a principios del siglo XX, los países Europeos y los Estados Unidos de Norteamérica, fueron los pioneros en imponer las bases legales para el ejercicio de la profesión estomatológica. La URSS también se destaca por su enorme incremento en conocimientos durante este siglo, fue el máximo aportador del humanismo, el cual seguía las teorías de Engels y Marx.

Sin embargo, fue después de la segunda guerra mundial cuando los países latinoamericanos se integran a este desarrollo, en cuanto a la legislación para el ejercicio de la profesión estomatológica. Tal es el caso de Chile, Colombia, Argentina, México y Brasil, entre otros. 26

Fue así como la estomatología, como rama de la medicina, se desarrolló como profesión en todo el mundo, terminando con la fama de ser charlatanes y empíricos que se atribuía a sus practicantes. Todo ello fue resultado de una lucha constante de aquellas personas que consideraban que la extracción dentaria debía tener bases científicas y que no era sólo un acto artesanal, el fin de aquellos que querían hacerse respetar como miembros de la comunidad médica, y que no sólo debieron luchar contra la calumnia y la simplificación de la profesión, debida en muchas ocasiones no sólo a los mismos miembros que hacían una mala práctica, sino también a la falta de reconocimiento de las élites médicas. En México, como en la mayoría de los países latinos, la lucha fue similar.

Desarrollo histórico de los lineamientos establecidos para legalizar y sancionar la práctica odontológica en México

El nacimiento de la estomatología en México fue resultado de un largo proceso de constante lucha para poder lograr una plena identificación profesional.

En el año de 1768, en la Ciudad de México se inauguró la Escuela de Cirugía en castellano y latín, en donde se enseñaba principalmente la medicina; indistintamente compartían las aulas los sangradores, barberos, médicos, parteros y cirujanos dentales o sacamuelas, estos últimos eran considerados como del más bajo nivel. Había así una dicotomía ancestral entre médicos y cirujanos. Es probable que tanto los primeros como los segundos encontrarán el ambiente propicio para soslayar al practicante de este tipo de odontología rudimentaria, restándole méritos al esfuerzo que hacía el barbero-sacamuelas por librarse del empirismo; se fomentaba la creación de una pared invisible que lo repelía del campo de la medicina e impedía su total aceptación dentro de la misma.

En marzo de 1799, el Virrey Hazañas hace circular una orden en la cual se esclarecen las obligaciones y prerrogativas de los barberos-dentistas de la época. Parte del documento menciona: “se ordena que aquellos barberos que puramente se ejercitan en afeitar o rasurar con navaja o tijera, no necesitan de examen, ni de licencia, con tal de que se abstenga de sangrar, sacar muelas, utilizar sanguijuelas o ventosas y practicar ninguna de las operaciones propias de arte de la flebotomía, y porque conviene que, los puros barberos, no se confundan con los sangradores y el público no padezca equivocaciones en este punto”.

Mandó que los primeros pongan indispensablemente en las puertas de sus tiendas cortina y vasija y que los segundos, barberos sacamuelas y sangradores, distingan las suyas con celosía y tarja, teniendo entendido los últimos que si se excedían sangrando o sacando muelas, el visitador, el **Porto-Medicado**, procedería contra ellos con arreglo a las leyes.

En México, debido al movimiento independiente de la Cirugía, se permitió un aletargamiento de la enseñanza de la medicina. En el campo de la odontología, en 1828, aparece el primer folleto conocido sobre odontología en México. Lo escribe el profesor dentista Guillermo S. Parto y es traducido al inglés por un tal Delante; se describían reflexiones sobre la importancia de conservar la dentadura. Un año después aparece la obra de Ricardo Le Preux, que trata de una forma muy primitiva el aspecto restaurador de la odontología.

En 1833, se reinaugura la Escuela de Medicina, pero con los mismos problemas para el que quisiera ejercer de manera exclusiva la profesión de Cirujano Dentista. No existía por parte de las autoridades la intención de modificar las normas tradicionales para “el arte de curar” que habían sido establecidas durante la colonia. 27 Las leyes para ejercer la medicina en México no cambiaron sustancialmente en esos treinta años, ya que la “Noticia de las Leyes y Órdenes de Policía que rigen a los Profesionistas del Arte de Curar”, dispuesta por el Doctor en Medicina Manuel Jesús Febles, no fue sino la prolongación del famoso edicto del Virrey Hazañas de 1799, pues persiste la distinción entre los barberos sacamuelas, con su celosía y tarja, y aquellos que hubiesen presentado examen.

Los dentistas extranjeros, que practicaban la odontología amparados por títulos de universidades de otros países o bien avalados por sus respectivas embajadas, recibían autorización para poder ejercer la profesión, lo cual propició el advenimiento de más dentistas procedentes de los Estados Unidos, Francia, Alemania e Inglaterra.

El 11 de mayo de 1854, Mariano Chacón presenta examen, convirtiéndose en el primer mexicano en obtener título de dentista egresado del Establecimiento de las Ciencias Médicas en la escuela de medicina. Como ya se dijo, hasta 1904 se fundó la primera Escuela Dental anexa a la Escuela de Medicina y era llamada Consultorio de Enseñanza Dental. En 1910 fue fundada la actual Escuela de Odontología, separada de la Escuela de Medicina, quedando incorporada a la Universidad Nacional de México el 9 de mayo de 1914, y se convirtió en facultad en el año de 1975.

La legislatura en cuanto a los requisitos para poder ejercer la estomatología, era copiada de los modelos norteamericanos y europeos; se requería título y cédula profesional. Actualmente la legislatura que rige las acciones del estomatólogo está basada en recomendaciones que emite la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual respeta la soberanía de cada país y el tipo de cultura y las costumbres que lo rigen. Así, cada país tiene su propia forma de atender al mejoramiento de la salud bucal mediante leyes, estatutos, códigos, reglamentos, entre otros; ejemplo de ello, en México, es la elaboración y publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, para la Prevención y Control de Enfermedades Bucales, y otras disposiciones legales que mencionaremos más adelante.²⁸

RESPONSABILIDAD CIVIL

En este tema mencionamos las características que tiene la responsabilidad civil, sus conceptos y artículos del Código Civil aplicables al ejercicio de la profesión del responsable de la salud; en qué consiste la teoría de la responsabilidad objetiva ó teoría del riesgo creado, la responsabilidad civil objetiva por riesgo creado y la responsabilidad civil objetiva y daño moral.

Antecedentes

La responsabilidad civil del personal de la salud es la obligación de reparar los daños y perjuicios causados al paciente por una conducta ilícita o por la acción de un riesgo.

Cuando el daño es ocasionado por una acción que carece de la intención concreta de dañar y cuando no es culpa o negligencia inexcusable del paciente, se habla de responsabilidad objetiva, ya que la profesión odontológica implica el uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismos.²⁹

La responsabilidad se refiere también a bienes inmateriales como son el honor, sentimientos, afectos o reputación, cuyo daño se causa en el ámbito de lo moral por ser derechos de la personalidad.

La visión de los pacientes respecto de la imagen que tienen de los responsables de la salud, ha cambiado gradualmente. Así, el respeto, consideración y confianza que se les profesaba al acudir en busca de sus servicios, si bien no han desaparecido del todo, si se han transformado sustancialmente.

Al mismo tiempo, la actitud de algunos responsables de la salud se ha alejado del apostolado que les era tan característico en el ejercicio de su profesión, con el consabido desencanto y enojo de sus pacientes.

Es cierto que en el paciente todavía existen actitudes de confianza y hasta cierto punto sumisión ante dicho profesional, debido a que el estado físico y/o psicológico que le produce el quebranto de su salud lo hace vulnerable, pero debe reconocerse que en la actualidad también impera un cambio en su percepción.

La responsabilidad civil constituye la ruina económica del profesional de la salud, porque va encaminada a obtener una indemnización pecuniaria y precisamente es éste el móvil del auge de las demandas contra dichos profesionales.

Al mismo tiempo, el ejercicio de los representantes de la salud enfrenta una situación compleja. Las causas son múltiples y diversas y pueden deberse a presiones económicas -personales, institucionales o ambas-, hasta la aceptación de que la práctica es cada vez más delicada y competitiva, lo que ha incrementado el costo tratándose de los servicios médicos privados y excesiva carga burocrática en los servicios públicos de salud. Por ello, no es una exageración afirmar que se ha comercializado tanto esta profesión, que para un paciente constituye un fuerte desembolso, una merma en el patrimonio de quien busca los servicios a título particular y, por tal motivo, la mayoría de las veces se acude a él en casos muy urgentes, o bien, cuando en el desempeño de la vida cotidiana el padecimiento que aqueja al paciente no puede ser de manera alguna postergado.

Pocas veces se buscará el servicio de atención a la salud para prevenir males, puesto que en nuestra cultura la prevención no es cosa de todos los días.

Por otro lado, los responsables de la salud se sienten amenazados por sus propios pacientes, llegando incluso a solicitar seguros médicos para la práctica de su profesión, situación que no hace mucho tiempo ni siquiera se imaginaba. Sin embargo, el mundo se está transformando en todos los aspectos, los medios de comunicación juegan un papel relevante en el cambio de actitudes, porque permiten a toda persona estar informada de sus derechos para el caso de alguna eventualidad y más presta a ejercerlos. Así, ante situaciones que consideren irregulares con mayor frecuencia exigen por los medios e instancias legales que tengan a su alcance, la reparación del daño causado por lo que, a su parecer, es resultado de una mala práctica odontológica.

El derecho a la protección de la salud como garantía individual se encuentra consagrado en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Asimismo, el artículo 133, también de la Carta Magna, obliga a que las leyes que de ella emanen sean consideradas como leyes supremas.

Luego entonces, la garantía individual del derecho a la salud, da origen a la llamada Ley General de Salud, su finalidad es establecer las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la federación y entidades federativas en materia de salubridad general, de aplicación en toda la República y cuyas disposiciones son de orden público e interés social.

Se pondera el contenido de algunos artículos de la ley citada que implican que, para los efectos de la misma, los servicios de salud, atendiendo a los prestadores de los mismos se clasifican en servicios públicos a la población en general; servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social, o los que con sus propios recursos o por encargo del Poder Ejecutivo Federal presten las mismas instituciones a otros grupos de usuarios, servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y otros que establezca la autoridad sanitaria. Así como lo relativo a la contratación directa o a través de seguros individuales o colectivos.³⁰

En cuanto a usuarios, éstos tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idóneas y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como al trato respetuoso y digno de los profesionales y técnicos y auxiliares.

Ahora bien, las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud establecerán procedimientos de orientación y asesoría a los usuarios sobre el uso de los servicios de salud que requieran, así como los mecanismos para que los usuarios presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias respecto a la prestación de los servicios de salud y con relación a la falta de probidad, en su caso, de los servicios públicos.

De igual forma, la ley aludida establece las sanciones que se aplican para el caso de que se niegue el profesional, técnico o auxiliar de la atención médica a prestar auxilio a una persona sin causa justificada ante situaciones de urgencia, además de la suspensión temporal o definitiva para el ejercicio de la profesión. Asimismo, se consideran servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y estarán sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

De los preceptos anteriores se infiere que la conducta humana que se realiza al solicitar, recibir u otorgar un servicio en el ámbito de la salud, encuadra dentro del ámbito jurídico y que, como consecuencia de ello, genera derechos y obligaciones, entendiendo a los primeros como el ejercicios de ciertas facultades y a los segundos como el cumplimiento de los deberes, conceptos que se mencionan de manera genérica y que se irán aplicando de manera específica durante el desarrollo, lo cual permitirá una mejor comprensión del tema que nos ocupa.

De los derechos y obligaciones se deriva a su vez entre las personas un vínculo de carácter jurídico: uno que tendrá el carácter de acreedor y otro el de deudor. El primero es el sujeto o sujetos que poseen el derecho de exigir la entrega de cosas, o prestaciones de un hecho determinado o su abstención; mientras que el sujeto activo o acreedor puede exigir al Estado la expedita función coactiva de sus órganos con el fin de obtener del deudor el cumplimiento de la obligación, a través de una conducta que podrá consistir en diversos aspectos como son: hacer, que incluye a su vez prestar, reconocer, transferir e incluso abstenerse de algo y, en algunos casos, tolerar.

Así, el vínculo existente entre el sujeto activo –acreedor- y el sujeto pasivo –deudor- produce consecuencias jurídicas llamadas convenios y contratos.

Los convenios y contratos se rigen por las disposiciones contenidas en nuestro Código Civil. En términos jurídicos se conceptúan como el acuerdo de dos o más personas para crear, transferir, modificar o extinguir obligaciones, si crea derechos y obligaciones se denomina contrato.

Por ello resulta necesario hacer las siguientes reflexiones:

La fuente entendida como origen de las obligaciones, personas o derecho de crédito, son los actos o conductas personales manifestadas externa e intencionalmente por la voluntad de las partes, con el propósito de dar vida en el ámbito jurídico a través de convenios y contratos y cuya idea de una manera generalizada se ha hecho alusión en líneas anteriores. Otra fuente de derechos y obligaciones está constituida por la propia ley, ajena a la voluntad de las partes; luego entonces, es ley la que impone de manera general y abstracta derechos y obligaciones. Ejemplo de ello sería, la imposición tributaria del pago de impuestos al fisco.

Al lado de los contratos y de la ley, existe una tercera fuente complementaria de obligaciones que surge de los hechos jurídicos, que generan vínculos legales entre las personas, sin que para lograr el resultado concurra la voluntad específica o concreta de ellas. Ejemplos clásicos son el nacimiento de una persona física, la mayoría de edad y aún su muerte. Cuando esos sucesos se generaran de manera bilateral, se les reconocía por las leyes romanas como casi-contratos o cuasi-delitos, que por su semejanza con los contratos y delitos en estricto sentido significaba que –aún estando ausente el factor fundamental de la expresión de la voluntad propia de los contratos- se acercaban tanto a ellos que las conductas que se ejecutaban no tenían la intención de crear obligaciones, pero tenían un resultado y así las determinaban, lo que propició que los jurisconsultos romanos las reglamentaran considerando por ello que tales hechos jurídicos poseían una base ética, inspirada en los principios aristotélicos que conjugan las convicciones del derecho natural de la equidad, de manera que permitían procurar una corrección al principio de la generalidad de la ley, lo que implicaba una justicia mejor que la legal, por considerar que la equidad se confundía con lo justo y que en

consecuencia resultaba superior a ello por las consecuencias relevantes en el mundo del derecho.

En síntesis, los llamados hechos jurídicos se clasificaban en hechos de orden estrictamente físicos y producto de la naturaleza y hechos que son producto de una conducta, más no de aquella en que se plasmaría la voluntad para obtener determinados resultados en el mundo de lo jurídico y que, siendo distintos a los contratos, imponían obligatoriedad aún cuando estuvieran desprovistos del elemento voluntad.

Así, los cuasi-delitos generaban obligaciones, porque si bien eran parecidos a los delitos, se diferencian de ellos porque en lugar de sancionar al culpable con una indemnización por haber obrado con intención dolosa, le castigaban por haber provocado un daño debido a su actitud culposa e imprudente.

Teoría de la responsabilidad objetiva o teoría del riesgo creado.

Las obligaciones que nacen de los actos lícitos, se basan en diversas hipótesis casuísticas, convirtiéndolas en formulas normativas que pudieran aplicarse con posterioridad con relación a los cuasi-delitos, incluyendo una responsabilidad objetiva que en el resultado de la llamada teoría del riesgo creado, y que a mejor comprensión se aludirán algunos supuestos que ya precisaba el sistema romano.

Luego entonces, el sistema romano incluía en las fórmulas cuasi-delito una responsabilidad objetiva que es el resultado de la llamada teoría del riesgo creado, reiterándose que el resultado dañoso de la acción carece de una intención concreta. Esto es, el agente activo está privado de un subjetivismo y su intención no es la de producir consecuencias en el mundo del derecho, porque si la intención se manifestara subjetivamente, es decir, que fuere evidente su intencionalidad, entonces había otra clase de responsabilidad.

Sin embargo, si su conducta es sólo objetiva, y ésta a la vez entraña un riesgo, que ha sido creado en sí y por sí mismo, de ella resultará que sus consecuencias le van a obligar aún cuando no se produzca ni como consecuencia de un delito ni como resultado de un contrato. El juez hace un proceso suyo (que significa que deja de tener una función imparcial), y considera que el que comete una falta –aunque sólo fuese por ignorancia- resulta obligado: el dueño del navío, posada o caballeriza en el que ocurra un robo, queda obligado por haberse valido de hombres malos, lo que entraña la responsabilidad objetiva. Por lo anterior, a ésta fuente de obligaciones se le denominó Teoría de la Responsabilidad Objetiva o teoría del Riesgo Creado.

En tales términos, los responsables de la salud se encuentran sujetos en la observancia de diferentes legislaciones a saber: Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ley General de Salud, Código Penal Federal y Estatal, Código Civil Federal y Estatal, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Control Sanitario de la Disposición de Órganos, Tejidos y Cadáveres de Seres Humanos; Normas Oficiales Mexicanas en materia de Salud, Ley General de Profesiones y Ley Federal de Responsabilidad de los Servidores Públicos, entre otros.

Cabe señalar que los ordenamientos legales citados con anterioridad, no son los únicos a observar por los profesionales de la salud, pero sí los más sobresalientes en el ejercicio de su profesión, la cual requiere, como todas las profesiones, que se cuente

con un título profesional y en su caso certificación de especialización expedido y registrado con la autoridad educativa competente, tal como lo dispone el artículo 5º de la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, y que en su parte conducente requiere de la autorización de la Dirección General de Profesiones, a fin de no incurrir en el delito de Usurpación de Profesiones. 31

Así entonces, tenemos que en la práctica los responsables de la salud puede ser sujetos de: a) Responsabilidad Administrativa; b) Responsabilidad Penal y; c) Responsabilidad Civil.

Si la conducta del encargado de la salud se ve afectada por negligencia, impericia o imprudencia, éste deberá responder por el ilícito penal mediante normas o sanciones represivas, o de normas o sanciones indemnizatorias establecidas como delitos en la Ley Penal anterior al hecho que se imputa, por ser ésta la única que puede sancionar penalmente; es decir, deberá responder ante conductas consideradas como delito, cuya concepción refiere el Código Penal Federal como el “acto u omisión que sancionan las leyes penales”. Si el incumplimiento fuere en el ámbito administrativo, será sancionado en los términos previstos en la Ley Federal de Responsabilidades Administrativas de los Servicios Públicos.

En materia Civil, la manera de responder es mediante la reparación de daños y perjuicios. En nuestro sistema jurídico se considerará como tal la responsabilidad de reparar los daños y perjuicios causados a otro, por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo.

Nuevamente trataremos sólo algunos conceptos generales que nos permiten clasificar el tema que nos ocupa, de tal manera que encontraremos de entre la responsabilidad médica en el ejercicio de la profesión, la de índole civil, conceptuándola como la necesidad de reparar los daños y perjuicios causados a otro por un hecho ilícito o por la creación de un riesgo.

Por su parte, los Códigos Civiles Federal y Estatal conceptúan el daño como la pérdida o menoscabo sufrido en el patrimonio por la falta de cumplimiento de alguna obligación, y el mismo ordenamiento considera como perjuicio la privación de cualquier ganancia lícita que debiera haberse obtenido por el cumplimiento de la obligación.

El resarcimiento es la reparación del daño a cargo de quien lo produjo, así entonces este último concepto implica daños, perjuicios, lesiones personales y menoscabo de la propiedad. La indemnización es la reparación del daño proporcionada por el Estado u otro fondo establecido para tal fin.

La responsabilidad civil tiene dos fuentes: la conducta jurídica culpable y dañosa, conocida como el hecho ilícito, y el riesgo creado, que corresponde a la conducta lícita de usar un objeto peligroso.

La responsabilidad civil objetiva o teoría del riesgo creado, se encuentra prevista en el capítulo Quinto, que componen los artículos del 1910 al 1934 del Código Civil para el Distrito Federal bajo el rubro de las obligaciones que nacen de los actos ilícitos.

Así, el primero de los preceptos aludidos establece que la conducta del que obrando ilícitamente o contra las buenas costumbres cause daño a otro, estará obligado a repararlo, a menos que demuestre que el daño se produjo como consecuencia, culpa o negligencia inexcusable de la víctima.

Este principio se encuentra relacionado íntimamente con lo previsto por el artículo 1913, cuya transcripción se hace necesaria y que a la letra dice: 32

Artículo 1913: “Cuando una persona hace uso de mecanismos, instrumentos, aparatos o sustancias peligrosas por sí mismas, por la velocidad que desarrollen, por su naturaleza explosiva o inflamable, por la energía de la corriente eléctrica que conduzcan o por otras causa análogas, está obligada a responder del daño que cause, aunque no obre ilícitamente, a no ser que demuestre que ese daño se produjo por culpa o negligencia inexcusable de la víctima...”

En caso de que la conducta del encargado de la salud en el ejercicio de su profesión se vea afectada por impericia, negligencia o imprudencia, es menester resaltar que el juzgamiento de la misma puede ser ventilado ante la justicia penal, si se tratare de un delito, y cuya sanción puede ir desde multa o inhabilitación hasta, en el peor de los casos, la pena de privación de la libertad, o bien, en materia civil, al pago de daños y perjuicios. Así entonces, el paciente, en la reparación del daño que se le causó, podrá reclamar su derecho para este efecto en juicio que se ventile en la vía ordinaria civil ante los tribunales del fuero común y, de resultarle favorable la sentencia que se dicte, la hará efectiva incluso sobre los bienes del responsable.

Si éste fuere servidor público en alguna institución de salud exigirá la indemnización por parte del Estado. En esta segunda hipótesis, el Estado sólo entra de manera subsidiaria a reparar el daño y no solidariamente, como en el caso de la conducta dolosa, toda vez que el representante de la salud responsable que tenga el carácter de servidor público tendrá que asumir el pago referido por su patrimonio y, de ser insuficiente, subsidiariamente el Estado responderá en lo que faltare, ello atento a lo dispuesto por el artículo 1927 del ordenamiento antes referido.

Cabe señalar que tratándose de una conducta que implique también responsabilidad civil, la reparación del daño proveniente de un delito, será demostrada dentro del propio procedimiento penal, en vía incidental; otra posibilidad para el paciente agraviado y para el caso de que el Ministerio Público decida el no ejercicio de la acción penal o si el juez dictara una sentencia absolutoria, será la de recurrir a la vía Civil en los términos de la legislación correspondiente.

El efecto deberá corresponderse al contenido del artículo 1915 del Código Federal Civil, que a la letra dispone:³³

Artículo 1915: “La reparación del daño debe consistir a elección del ofendido en el reestablecimiento de la situación anterior, cuando ello sea posible, o en el pago de daños y perjuicios. Cuando el daño se causa a las personas y produzca la muerte, incapacidad total permanente, parcial permanente, total temporal o parcial temporal, el grado de la reparación se determinará atendiendo a lo dispuesto por la Ley Federal del Trabajo. Para calcular la indemnización que corresponde se tomará como base el cuádruplo del salario mínimo diario que está en vigor en el Distrito Federal y se extenderá al número de días que para cada una de las incapacidades mencionadas, señala la Ley General del Trabajo. En caso de muerte la indemnización corresponderá a los herederos de la víctima. Los créditos de la indemnización cuando la víctima fuere asalariada son intransferibles y se cubrirán preferentemente en una sola exhibición salvo entre las partes...”

Las anteriores disposiciones se observarán en el caso del artículo 2647 de este Código.

La responsabilidad de daños y perjuicios corresponde a los patrones y dueños de establecimientos mercantiles por los causados por sus obreros y dependientes en el ejercicio de sus funciones, pero esta responsabilidad cesa si se demuestra que en la comisión del daño no les es imputable alguna culpa o negligencia, hipótesis aplicable a la prestación de servicios hospitalarios que incluye el servicio profesional del médico.

Responsabilidad civil objetiva por riesgo creado.

Por su parte, la responsabilidad civil objetiva por riesgo creado, se encuentra prevista por el artículo 1913 del Código Civil Federal anteriormente descrito.

Tal precepto legal se encuentra íntimamente ligado a la práctica profesional de los responsables de la salud, atento a lo dispuesto con el artículo 262 de la Ley General de Salud que indica lo que deberá entenderse por equipo médico, prótesis, órtesis y ayudas funcionales, agentes de diagnóstico, insumos de uso odontológico, materiales quirúrgicos y de curación y, productos higiénicos.

Así, ya relacionados los conceptos, se tiene que el responsable de la salud durante el ejercicio de su profesión necesariamente tendrá a su cargo el manejo tanto de instrumental relativo a su área como el de sustancias peligrosas; ejemplo de ellos sobran, pueden ser desde el simple uso de tijeras o bisturís, hasta la aplicación de sustancias que por sí solas implican un inminente peligro, como pueden ser las anestésicas, que por menor que sea la cantidad aplicada conllevan peligrosidad. No se trata desde luego, de causar en los profesionales de la salud una situación de terror que los inhiba en el ejercicio del servicio que prestan, nada de eso, sino simplemente de

crearles conciencia legal de lo delicado y trascendental que puede ser el uso y manejo de las sustancias o instrumentos que les son necesarios para la obtención o recuperación de la salud de sus pacientes. Quizá la simple prescripción de un medicamento lo hace vulnerable a la responsabilidad civil, que comprende la teoría del riesgo creado. Sin embargo, el tener vocación para ejercer tan honrosa profesión lo debe concientizar de las consecuencias legales que implican el error médico.

La responsabilidad civil puede darse tanto en la conducta lícita como en la ilícita, pero el factor determinante para la obligación de resarcir es el de la culpa. El elemento culpa implica, como ya se ha explicado, actuar con negligencia, impericia o imprudencia. Así, los litigios que han originado el reclamo de la responsabilidad civil del profesional de la salud se deben a situaciones que se hubieren podido prever de haberse tenido el cuidado necesario y el estricto cumplimiento a los requerimientos de un buen y oportuno diagnóstico, un historial clínico completo, la prevención para el caso de una intervención quirúrgica estrictamente necesaria para el paciente, la integración del cuerpo colegiado que en ella intervendrá; las eventualidades pre-operatorias y post-operatorias, los cuidados médicos que preceden a la intervención y la separación del profesional de la salud y paciente en el momento oportuno en que se esté en condiciones propicias para ello. Por ende, conviene resaltar que en los casos litigiosos la negligencia es la falta médica más frecuente.

Sin embargo, en un procedimiento jurisdiccional es indispensable que la conducta que se le atribuya al profesionista que prestó el servicio, sea probada mediante los elementos de convicción que la propia ley establece (prueba confesional, documentales públicos y privados, pruebas testimoniales, pruebas periciales, entre otras), con las que se acredite por parte del demandante el uso de un mecanismo peligroso, que se causó un daño, que haya una relación de causa efecto entre el hecho y el daño y que no exista culpa inexcusable de la víctima, elementos indispensables para la procedencia de la acción de responsabilidad civil que nos ocupa.

Debe ponderarse que en esta clase de litigios la importancia de la prueba pericial odontológica de la especialidad causante del daño es trascendental, puesto que se presume la pericia del profesionista en la práctica de la odontología.

En resumen, los errores de los profesionales de la salud tanto en tratamientos farmacológicos como quirúrgicos, deben estar acreditados durante el procedimiento civil correspondiente y que concluye bien en una sentencia condenatoria (que ordene al responsable el pago de daños y perjuicios, así como las demás prestaciones que se reclamen en la demanda), o en una sentencia absolutoria que exima al encargado de la salud de las pretensiones del actor o de sus familiares para el caso de muerte del paciente.

Es menester resaltar que la sentencia condenatoria deberá contener un pronunciamiento que detalle tanto la calificación de la conducta del responsable como las leyes, reglamentos y/o normas que infringió el citado profesionista y/o la institución de salud, para el caso de que éste sea servidor público.

Responsabilidad civil objetiva y daño moral.

Los conceptos legales de daños y perjuicios ya fueron mencionados en líneas anteriores y para entender el daño moral deberá estarse a la concepción que de él hace el artículo 1916 del Código Civil Federal, que a la letra dispone:

ARTÍCULO 1916: “Por daño moral se entiende 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. Se presumirá que hubo daño moral cuando se vulnere o menoscabe ilegítimamente la libertad o la integridad física o psíquica de las personas. Cuando un hecho u omisión ilícitos produzcan un daño moral, el responsable del mismo tendrá la obligación de repararlo mediante una indemnización en dinero con independencia de que se haya causado daño material tanto en responsabilidad contractual como extracontractual. Igual obligación de reparar el daño moral tendrá, quien incurra en responsabilidad objetiva conforme el artículo 1913, así como el Estado y sus servidores públicos, conforme el artículo 1927 y 1928 todos del presente Código...”.

La clase de daño que precisa el precepto legal transcrito, es esencialmente extrapatrimonial y por su naturaleza es independiente del concepto que se tiene del daño patrimonial. Ambos difieren sustancialmente, puesto que el primero comprende cuestiones de índole material mientras que el segundo se refiere al daño que se ha causado en el honor, decoro, sentimientos, afectos, reputación, vida privada, configuración y aspectos físicos o en la consideración que de la persona tienen los demás, lo que equivale al agravio que se puede sufrir en el patrimonio moral y de ello el bien jurídico lesionado por la clase de daño que se causó.

La responsabilidad civil tiene como presupuestos esenciales la existencia de daños, pero no sólo se refiere al patrimonio, sino incluso al daño moral que se ocasiona a bienes extra-patrimoniales o inmateriales, como son el honor y la reputación, entre otros, y que son bienes que no pueden ser tasables o valuables en dinero. La naturaleza de este daño es distinta a la patrimonial, se causa en el ámbito de lo moral, en los derechos de la personalidad (subjetivos), y si bien no se cuantifican de manera pecuniaria, ello no impide que jurídicamente sea posible que la reparación se dé a título de la satisfacción por el dolor moral, sin que esto implique que lo atenúe o desaparezca. Sin embargo, el sujeto que cause el daño moral no debe quedar impune, si bien no existe la reparación natural o perfecta por el agravio sufrido, es decir, no existe una sanción restitutoria, si debe cumplir al menos con una función satisfactoria. En muchos de los casos en donde se afecta el patrimonio moral de una persona, el daño puede tener un reflejo o consecuencia en su esfera patrimonial. Referiremos el siguiente ejemplo: una madre que ha sufrido la muerte de un hijo por consecuencia de un acto quirúrgico practicado con negligencia médica, nunca podrá lograr superar el sufrimiento que constituye un ataque a su afección íntima, como atributo de la personalidad digna de protección, pero sí tendrá cierta compensación con el pago de alguna suma de

dinero por parte del profesional de la salud responsable, con la satisfacción de saber que la persona que causó la muerte de su ser querido no ha quedado impune, ello con independencia que en su caso, reciba también sanciones de índole penal y/o administrativo, si fuere servidor público.

Así, la obligación de reparar el daño moral como consecuencia de la responsabilidad civil que se encuentra prevista en el Código Civil vigente, y cuyos conceptos han quedado precisados en líneas anteriores, corresponde tanto en la responsabilidad contractual como en la extra-contractual y aún al Estado cuando el servidor público no tenga bienes o los que tenga sean insuficientes, en conductas que importen actos ilícitos dolosos o culposos, según sea el caso.

Es importante precisar que en los daños y perjuicios causados por sirvientes, empleados, funcionarios y operativos, se puede repetir (recuperar) lo que se hubiere pagado. Esa obligación cesa si se demuestra que en la comisión del daño no se les puede imputar alguna culpa o negligencia. La ley dispone adicionalmente que la acción de reparación no sea transmisible a terceros por actos entre vivos y sólo pasa a los herederos de la víctima cuando ésta haya intentado la acción en vida.

El monto por la indemnización del daño moral lo determinará un juez, tomando en cuenta los derechos lesionados; el grado de responsabilidad –que equivale a la consecuencia que se dió con la negligencia, impericia o imprudencia-, la situación económica del responsable y la situación económica de la víctima; en estos dos últimos casos, ha de resaltarse el hecho de que no se trata de cambiar radicalmente la situación económica del que causó el daño ni del que lo recibió, sino de que el responsable asuma como consecuencia de su mal actuar un detrimento en su patrimonio y un aumento del mismo el que lo sufrió. El último de los aspectos a considerar por el juzgador será el de tomar en cuenta las demás circunstancias del caso, que equivale a analizar los acontecimientos que se dieron al producirse el daño moral.³⁴

Cuando el daño moral haya afectado a la víctima en su decoro, honor, reputación o consideración, el juez ordenará a petición de ésta y con cargo al responsable, la publicación de un extracto de la sentencia que refleje adecuadamente la naturaleza y alcance de la misma, a través de los medios informativos que considere convenientes. En los casos en que un daño derive de un acto que haya tenido difusión en los medios informativos, el juez ordenará que los mismos den publicidad al extracto de la sentencia con la misma relevancia que haya tenido la difusión original.

Asimismo, la Legislación Civil se ocupa de exentar de la obligación de reparar el daño moral a quien ejerza sus derechos de opinión, crítica, expresión e información indicando los preceptos constitucionales que los limita.

Conviene precisar que el daño moral si bien se da en el ámbito de lo subjetivo, debe ser probado a través de elementos de carácter objetivo como son las diversas pruebas que la ley conoce y a las que con anterioridad hemos hecho alusión, ponderándose la importancia que reviste la prueba pericial en los juicios de daño moral.

Ha de resaltarse que la legislación civil a que en múltiples ocasiones nos hemos venido refiriendo se ocupa de reglas y excepciones que deben aplicarse en esta clase de responsabilidad.

RESPONSABILIDAD PENAL

Este tema hace alusión a los conceptos que enmarcan la responsabilidad profesional penal del representante de la salud, desde el punto de vista culposo y son: impericia, negligencia, imprudencia e inobservancia de reglamentos; así también los elementos que deben integrarse para comprobar si se acredita o no un delito, los cuales son: la culpabilidad penal del profesional de la salud, la conducta ó hecho; la tipicidad, la antijuridicidad así como la culpabilidad y el juicio de reproche.

Responsabilidad culposa

La responsabilidad penal supone un perjuicio social, el objetivo de la acción penal es el castigo del delincuente.³⁵

De acuerdo con el derecho penal, la responsabilidad profesional del responsable de la salud constituye una forma de responsabilidad culposa; es decir, de aquella en que se cause daño sin existir la intención de producirlo. Como tal comprende cuatro tipos que son:

IMPERICIA: Es la ignorancia inexcusable. Consiste en la actuación profesional llevada a cabo con ineptitud técnica y física, así como también la falta de actualización sobre los avances de la ciencia médica.

NEGLIGENCIA: Es la omisión inexcusable, esto es el descuido y la desatención.

IMPRUDENCIA: Es la temeridad inexcusable. El sujeto actúa con exceso de confianza, de tal manera que constituye una falta de previsión o de precaución en la acción.

INOBSERVANCIA DE REGLAMENTOS: Es la culpa que surge de la actuación que, aunque prudente y diligencia, está vedada por una norma jurídica.

En la responsabilidad culposa, aunque el resultado no sea requerido, se ha dado en condiciones en que el autor estaba en posibilidad de evitarlo.

Culpabilidad penal del profesional de la salud.

Para determinar la culpabilidad deben tomarse en cuenta tres requisitos importantes que son:

Si el hecho es atribuible al profesional de la salud.

Que sabía que el hecho estaba prohibido por la ley y,

Que en el caso concreto el sujeto pudo tener un comportamiento distinto.

En una sociedad cada día más convulsionada es evidente que los conflictos interindividuales son también cada vez más complejos, que requieren la atención del ordenamiento jurídico, para regular las conductas de una manera que la convivencia siga siendo en armonía, ésta deberá ser la principal preocupación del Estado.

De ahí que no sea novedoso hablar de la responsabilidad profesional del encargado de la salud, como no lo debe ser la de cualquier profesionista, en virtud de que en el ejercicio de la profesión, cualquier profesionista puede en un momento dado incurrir en responsabilidad profesional.

Ahora bien, tal responsabilidad podría derivar de una falta de observancia de un reglamento en el trabajo o una infracción a un ordenamiento administrativo o bien de la inobservancia de la norma de carácter penal; en todos estos casos las consecuencias jurídicas de la no observancia de la Ley son diferentes. Por lo tanto, para entrar al estudio de la culpabilidad del prestador de servicios de la salud, debemos previamente analizar cuáles son los diferentes comportamientos del mismo en el ejercicio de su profesión y, como consecuencia, cómo se puede dar la conducta para que pueda ser objeto de interés del derecho penal.

La conducta o hecho.

En la estructura del delito, la dogmática penal responde a una doble perspectiva: por un lado, es un juicio de desvalor que recae sobre un hecho o acto humano y, por otro, es un juicio de desvalor que se hace sobre el autor de ese hecho. Al primero de estos juicios se le llama Injusto o antijuridicidad; al segundo, culpabilidad o responsabilidad. Injusto es, pues, la desaprobación del acto; la culpabilidad, la atribución de dicho acto al autor para hacerse responsable del mismo.

Previo al estudio de la conducta o hecho, tenemos un principio de legalidad previsto en el artículo 14 de la Constitución General de la República, que establece que ninguna pena se podrá imponer si no existe una ley exactamente aplicable al delito de que se trate, principio del delito penal que en latín se conoce como **Nullun crimen nulla poena sine lege**; garantía de legalidad que debemos observar. Y por otra parte, por disposición expresa del artículo 16 Constitucional, no podrá librarse orden de aprehensión sino por la autoridad judicial y sin que preceda denuncia o querrela de un hecho que la ley señale como delito, principio de legalidad que contiene un propósito para el ejercicio de la acción penal.

En consecuencia, como el derecho penal se ocupa de conductas, pero únicamente de aquéllas que sean relevantes en esta materia, habrá que atender el hecho imputado al sujeto activo del delito y, en este caso, es pertinente señalar que el hecho se puede dar de manera activa o de manera omisiva. Por lo tanto, es necesario entrar al estudio, en primer lugar, de la conducta o acción llevada a cabo por el sujeto a quien se le atribuye el hecho, para determinar la forma en que ésta se dió.

Para tal efecto, y de conformidad con el artículo 7º del Código Penal Federal, delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales. Procesalmente en los artículos 168 del Código Penal Federal de Procedimientos Penales y 122 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal se establece cuáles son los elementos del delito previsto en la ley, también denominado tipo penal, entendiendo lo mismo que establece la ley como cuerpo del delito en los artículos antes citados, por lo que éstos elementos del delito son los que tendrá que acreditar primero el Ministerio Público y, en un segundo momento el juez en el proceso, para determinar si hay o no probable responsabilidad, para posteriormente, entrar al estudio de la culpabilidad. 36

En consecuencia, el primer elemento del delito que deberá ser motivo de la investigación, y como consecuencia de prueba en la averiguación previa, es precisamente la conducta o hecho.

Tomando en consideración que la conducta se puede dar en forma de acción o de omisión, habrá que averiguar si cuando el representante de la salud realiza una actividad en el ejercicio de su profesión, está actuando dolosamente (esto es, con la intención de causar un daño a un bien jurídico protegido por la ley como, por ejemplo, la vida o la integridad corporal), o bien, si se encuentra realizando una conducta imprudente también llamada culposa, porque se ha violado un deber de cuidado que su ciencia le aconseja en el caso concreto que se le presenta. De la misma manera que habrá que analizar cuándo el profesionalista deja de realizar lo que le corresponda hacer y no lo hace ya sea por negligencia o bien porque voluntariamente ha decidido no realizar determinada actividad, causando con dicha omisión un resultado lesivo que sea relevante para el derecho penal.

Por tal razón, sólo la conducta realizada voluntariamente por el médico puede ser relevante para el derecho penal. Por otra parte, habrá que analizar si la conducta no está amparada por una excluyente de responsabilidad penal, como es el caso que señala el artículo 15 del Código Penal Federal o bien en los casos que establece el artículo 29 del Código Penal para el Distrito Federal, que en su fracción I señala la ausencia de conducta, esto es, cuando el representante de la salud no tuvo nada que ver con la producción del resultado, o cuando se presenta el estado de necesidad, como en el caso a que se refiere la fracción V, o bien ante una causa de inimputabilidad, como lo establece la fracción VII, esto es, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que se hubiera provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado producido; por ejemplo, cuando ha ingerido bebidas embriagantes o psicotrópicos, a sabiendas de que va a tener una intervención quirúrgica; otro ejemplo sería el caso del aborto tipificado en el artículo 148, fracción II, del Código Penal para el Distrito Federal, caso en el cual, de no provocarse un aborto, corre peligro la vida de la mujer embarazada.

Fuera de estos casos que señalan los artículos 15 del Código Penal Federal y 29 del Código Penal para el Distrito Federal, la conducta voluntaria que asuma el médico y produzca una lesión o ponga en peligro un bien jurídico protegido por el derecho, como es la vida o la integridad corporal, bien puede ser objeto de análisis para el derecho penal y sólo entonces se podrá afirmar que la conducta llevada a cabo tuvo una finalidad que puede resultar típica, antijurídica y culpable.

Por otra parte, si la acción desplegada por el médico se puede realizar en forma activa u omisiva, como lo señala el artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, entonces nos encontramos que los delitos de resultado material (por ejemplo las lesiones o la privación de la vida), pueden ser atribuidos también a quien omite impedirlos y en tal caso, estamos en presencia de lo que la doctrina denomina delitos de omisión impropia o comisión por omisión, si el sujeto tenía el poder jurídico de evitarlo, ya por tener la calidad de garante (por ejemplo, en el caso del profesional de la salud encargado del procedimiento postoperatorio, sí tenía el deber jurídico de evitarlo). Así también, cuando olvidó la gasa dentro del cuerpo del paciente y una vez que se

entera, no hace lo debido para retirarla, o el anestesista que deja de vigilar al paciente que está siendo operado y fallece, en este caso el cirujano podría tener responsabilidad, porque si bien es cierto que ésta no es la función del citado profesional, sin embargo, ha permitido que el anestesista se ausente del quirófano, teniendo la obligación de permanecer en constante vigilancia del paciente.

Ahora bien, desde el punto de vista procesal, corresponde al Ministerio Público la investigación de la conducta, misma que se inicia con la **noticia criminis** que llega a su conocimiento a través de dos formas: ya sea verbal, mediante comparecencia voluntaria ante el Ministerio Público Investigador, o a través de una denuncia escrita o la querrela, según se trate de un hecho delictuoso que se persiga de oficio, caso en el cual cualquier persona puede llevar dicho conocimiento al Ministerio Público o a través de la querrela que sólo puede ser interpuesta por el directamente agraviado o sus legítimos representantes. En consecuencia, se trata de los delitos que se persiguen a instancia de parte o por querrela, siendo ésta un requisito para proceder penalmente, en términos de lo dispuesto por los artículos 264 y 267 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

La ley establece que debemos entender como víctima u ofendido del delito, al titular del bien jurídico lesionado o puesto en peligro y sólo éste o sus legítimos representantes serán los que podrán querrellarse. Por lo tanto, con la denuncia o querrela se inicia la investigación y con ello la primera etapa del procedimiento penal denominada averiguación previa, que tiene como finalidad la búsqueda y aportación de las pruebas que habrán de comprobar los requisitos que exige el artículo 16 Constitucional que son el cuerpo del delito y la probable responsabilidad, entendiendo por cuerpo del delito, el conjunto de elementos objetivos o externos que constituyen la materialidad del hecho que la ley señale como delito y en los casos en que la ley incorpore en la descripción de la conducta prevista como delito un elemento subjetivo o normativo.³⁷

Como elemento constitutivo esencial, será necesaria la acreditación del mismo para la comprobación del cuerpo del delito, esto es, lo que la doctrina denomina tipo penal, de la manera en que corresponde al Ministerio Público Investigador en averiguación previa acreditar los elementos del tipo penal, deberá comprobar con el aporte probatorio que logre recabar los elementos del delito según la descripción que del mismo haga la ley penal.

Para tal efecto, es fundamental recabar, en primer lugar, la declaración del denunciante o querellante y, posteriormente, la prueba testimonial que apoye el dicho del primero; también será de vital importancia la prueba documental, consistente en la historia clínica del paciente, la bitácora que demuestra el seguimiento que se dio en el tratamiento postoperatorio, las pruebas de laboratorio y radiografías, documentales que de alguna manera acreditan el tratamiento que se dio al paciente antes y después de la intervención del médico, con la finalidad de determinar si fue el adecuado dependiendo del caso concreto.

Aunado a esta información será la prueba pericial la que en auxilio de la procuración de justicia ilustre al Ministerio Público para determinar si la conducta ha sido relevante para el derecho penal y como consecuencia si se acredita el cuerpo del delito y la probable responsabilidad penal. Es evidente que, dependiendo del caso concreto, el prestador de servicios médicos deberá aportar suficientes elementos probatorios

documentales que demuestren su calidad de experto en la materia, en virtud de que tratándose de una ciencia en la cual el órgano de investigación así como el órgano jurisdiccional no son expertos, serán las pruebas documentales las que demuestren e ilustren, en primer momento al Ministerio Público y después al juzgador, si el representante de la salud cuenta con la capacidad profesional para la intervención que tuvo, situación que desde el punto de vista procesal vendrá a ser de suma importancia.

Pruebas periciales

El aspecto más trascendental del procedimiento penal es llegar al conocimiento de la verdad histórica de los hechos en el caso sujeto a investigación, para lograr tal fin, quienes intervienen en el sistema de procuración y administración de justicia, utilizan este medio de prueba (la prueba pericial) existente en la propia legislación con el objeto de probar o desaprobar la existencia de los elementos materiales del tipo penal y de la probable responsabilidad para, en su caso, aplicar una sanción acorde al ilícito cometido.

Es así como el Ministerio Público se apoya en peritos especializados para que éstos, mediante la utilización y aplicación de sus conocimientos especiales técnicos y prácticos, formulen dictámenes periciales que lo ilustren y formen juicio en sus convicciones.

El perito debe ser experto en su materia, tendrá un carácter objetivo, analítico y científico, sus resultados deberán estar basados en una estricta metodología pues éstos sirven para demostrar la verdad. Si el experto se equivoca en su peritación, tendrá consecuencia para los efectos definitivos en una investigación. El error humano, ya sea deliberado o no, provocará falencias, imprecisiones e incertidumbre en las decisiones trascendentales, razón por la que los dictámenes deben ser lo más apegado a la conformación del hecho, aunado a que los valores bajo los cuales debe de trabajar el perito son de carácter ético, moral y de buena fe.

El dictamen pericial es un medio material de razonamiento y de juicio sobre una cosa, éstos son útiles sólo cuando cumplen con los requisitos de formalidad, cuando son técnicos-científicos y veraces, su valor probatorio estará basado en la certeza y carácter científico-técnico de su contenido. Si el dictamen no cumple con esos requisitos la víctima se encontrará desprotegida.

Todas las huellas, vestigios o indicios deberán ser examinados por los peritos especialistas en la materia a fin de contar con una explicación técnica-científica e imparcial del objeto o persona que se estudia, deberá contar mínimo con una prueba por cada objeto sujeto o análisis para así tener elementos suficientes que le ayuden a valorar en su conjunto todas las pruebas o indicios investigados.

La tipicidad

Ya manifestamos que la garantía de legalidad establecida en el artículo 16 Constitucional determina que no podrá librarse una orden de aprehensión sin que proceda denuncia o querrela de un hecho que la ley señale como delito, lo que nos obliga a realizar previamente un análisis de la conducta desplegada por el sujeto para determinar si el hecho cometido se ajusta o adecua a una norma del derecho penal

prevista como delito, principio de legalidad. Como consecuencia, sólo el hecho que coincide, que se adecua exactamente a la descripción que de tal hecho hace la ley, puede ser considerado como delito y por lo tanto a esa adecuación de la conducta al tipo penal, la doctrina la denomina tipicidad.

“**Tipo** es, por tanto, la descripción de la conducta prohibida que lleva a cabo el legislador, en el supuesto de hecho de una forma penal. Tipicidad es la cualidad que se atribuye a un comportamiento cuando es subsumible en el supuesto de hecho de una norma penal”.

Por lo anterior, el órgano investigador, el Ministerio Público deberá acreditar el tipo penal, esto es, todos los elementos del delito, por disposición expresa de los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales antes mencionados. Si falta un elemento integrante de la descripción legal del delito de que se trate, es evidente que no habrá delito y entonces la conducta será atípica; en tal virtud, para que la conducta del profesional de la salud se adecue a un tipo penal, en el ejercicio de su profesión, habrá de analizar si en el caso concreto dicha conducta es típica, esto es, si se adecua exactamente a la descripción que de la misma establece la norma penal. Por ejemplo, cuando el representante de la salud está en presencia de un lesionado y no lo atiende, realiza una operación quirúrgica innecesaria, simula la práctica de una intervención quirúrgica sin la autorización del paciente o de la persona que pueda otorgarla, ante la imposibilidad de obtener la de aquélla, realice una operación quirúrgica que por su naturaleza ponga en peligro la vida del enfermo o causa de un miembro o afecte la integridad de una función vital, suministre un medicamento inapropiado.

En estos casos, como en cualquier otro que se presente, será necesario entrar al análisis de la conducta para poder determinar adecuadamente el comportamiento asumido por el profesionista, pues es evidente que no todo comportamiento humano que resulte contrario a las normas del derecho y por lo tanto sea antijurídico, es relevante para el derecho penal. En consecuencia, atendiendo a la garantía de legalidad prevista en el artículo 16 Constitucional, así como conforme a lo dispuesto por los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales, el Ministerio Público deberá acreditar los elementos del delito, esto es, del tipo penal, y con base en el aporte probatorio que haya recabado, acreditar la probable responsabilidad del implicado. Todo esto, a nivel de la averiguación previa, en virtud de que una vez que el Ministerio Público ejercita acción penal, éste recibe la causa, radica la misma y toma la declaración preparatoria del indiciado. Y a partir del Auto de Radicación, el juez cuenta con 72, ó 144 horas si se pide la ampliación del Plazo Constitucional, para resolver la situación jurídica del inculpado, dictando una resolución que puede ser el Auto de Formal Prisión.

Por lo anterior, el juzgador deberá contar con elementos bastantes que acrediten el cuerpo del delito y hagan probable la responsabilidad del indiciado, por disposición expresa del artículo 19 Constitucional. Por lo tanto, el fundamento de esta resolución tendrá sustento en la medida en que el aporte probatorio sea bastante para que acredite los requisitos que establece dicha garantía Constitucional.

Es, en consecuencia, el aporte probatorio que logra recabar el Ministerio Público lo que podrá determinar en un momento dado, en que forma procedió el representante de la salud y por otra parte será el aporte probatorio el que determinará si su conducta está justificada, porque haya operado una excluyente de responsabilidad penal en términos

de lo dispuesto por el artículo 15 del Código Penal Federal y 29 del Código Penal para el Distrito Federal, ya sea porque el profesional no realizó la actividad o inactividad que se le imputa o bien porque la realizó sin su voluntad o porque, en el caso concreto, intervino con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando para obtener el consentimiento se cumplan los siguientes requisitos: a) Que se trate de un bien jurídico disponible; b) Que el titular del bien jurídico, o quien esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien y, c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundamentalmente, que de haberse consultado al titular del bien o a quien esté legitimado para consentir, éstos hubiesen otorgado el consentimiento (artículo 29, fracción II, último párrafo del Código Penal para el Distrito Federal).

La antijuridicidad

La violación de un ordenamiento jurídico, sea de la manera que sea, tiene diferentes consecuencias jurídicas en la vida diaria. Sin embargo, nos interesa tratar únicamente la violación a la norma penal para establecer, en el caso que nos ocupa, cuando estamos en presencia antijurídica. Para tal efecto, debemos manifestar que toda violación al ordenamiento jurídico, en principio, será una conducta antijurídica, pero para el derecho penal sólo lo serán aquellas conductas que además de violar el precepto jurídico lesionan un bien jurídico protegido por la ley penal; por ejemplo, la falta de atención a un lesionado, teniendo la posibilidad de hacerlo; la negativa de prestar asistencia a un enfermo, si se está en el caso concreto de poder hacerlo y el suministro de un medicamento inapropiado, siempre y cuando no exista una causa que justifique el haber actuado de esa manera

Al respecto, Muñoz Conde (2005)²⁷, haciendo una precisión en la dogmática jurídico penal de los términos antijuridicidad y el injusto, como conceptos que manejamos en derecho penal, dice: "... La antijuridicidad es un predicado de la acción, el atributo con el que se califica una acción para demostrar que es contraria al ordenamiento jurídico. El o lo injusto es un sustantivo que se emplea para denominar la acción misma ya calificada como antijurídica... Lo injusto es, por lo tanto, la conducta antijurídica misma, mientras que la antijuridicidad es una cualidad de la acción común a todas las ramas del ordenamiento jurídico, el injusto (a veces también llamado ilícito) es una acción antijurídica determinada: la acción antijurídica de hurto, de homicidio, de incumplimiento contractual, de infracción administrativa. Por eso se habla de injusto o ilícito penal, de injusto civil o administrativo, aunque la antijuridicidad sea unitaria para todo el ordenamiento jurídico...". Por lo tanto, si la ley penal protege bienes jurídicos como la vida y la integridad corporal, entre otros, en consecuencia, lo que la norma penal prohíbe es que una persona lesione esos bienes jurídicamente protegidos, sancionando dicha conducta con una pena. Por otra parte, como se desprende del artículo 18 del Código Penal para el Distrito Federal, las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente y como procesalmente de los artículos 168 y 122 de los Códigos Federal y Local, respectivamente, se desprende que el dolo y la

culpa deben ser analizados en el cuerpo del delito, en virtud de que dichas disposiciones legales establecen que en los casos en que la ley incorpore en la descripción de la conducta prevista como delito un elemento subjetivo, será necesaria la acreditación del mismo; por lo tanto, al ser el dolo y la culpa elementos subjetivos del delito, deberán comprobarse al nivel del tipo penal en términos de lo dispuesto en los artículos 168 y 122 de los ordenamientos procesales ya mencionados.

En tal virtud, el Ministerio Público deberá acreditar dichos elementos del delito mediante el aporte probatorio que logre recabar y de esta manera determinará si la conducta desplegada por el profesionista fue intencional, esto es, con dolo, o imprudencial, violando un deber de cuidado que su ciencia le aconseja.

La culpabilidad y el juicio de reproche

Para proceder al análisis del juicio de reproche con respecto a la conducta desplegada por el profesional de la medicina, debemos tomar en consideración que el gran reto para el Juzgador será precisamente ese juicio de reproche, en virtud de que deberá analizar al autor del delito y el hecho cometido. Sin embargo, el gran problema del fundamento de la culpabilidad ha sido fuertemente debatido en la doctrina. Al respecto, el Dr. Moisés Moreno Hernández (2004) ³⁷, siguiendo una corriente doctrinaria finalista, dice que para la formulación del juicio de reproche habrá que entrar al análisis de tres requisitos que son: a) la imputabilidad del sujeto, b) la conciencia de la antijuridicidad y, c) la exigibilidad de otra conducta.

Para que se pueda formular el juicio de reproche, habrá que determinar, en primer lugar, si el sujeto tuvo la capacidad de motivación de la norma (capacidad de reaccionar ante la prohibición de la norma), si el hecho le es atribuible y por lo tanto es imputable, es decir, que no estaba afectado de sus facultades psíquicas y que no ha operado una excluyente de responsabilidad penal; en segundo lugar, que tuvo conocimiento de la antijuridicidad de su conducta, esto es, que sabía que el hecho cometido estaba prohibido por la ley; y, por último, que en el caso concreto el sujeto pudo haber tenido un comportamiento distinto. Si se afirman estos requisitos, el sujeto de la infracción penal habrá cometido un hecho con culpabilidad y por lo tanto le es reprochable la conducta cometida.

Ahora bien, para la comprobación de la culpabilidad, además de las pruebas que se han venido mencionando, resultarán fundamentales la prueba pericial, que se rinde en auxilio de la administración de justicia por un experto en una ciencia como lo es la medicina, la psiquiatría o la psicología, dependiendo del caso concreto, y, por otra parte, la prueba indiciaria. Ambas pruebas son consideradas totalmente científicas, la primera por ser emitida por un experto y por lo tanto, perito en la materia, la segunda por corresponder a un razonamiento lógico y jurídico que tiene que realizar el juzgador en el momento de realizar la responsabilidad penal, uniendo todos los indicios que fue dejando el aporte probatorio por las partes en el proceso, que son el Ministerio Público, la coadyuvancia del Ministerio Público y la defensa.

Resulta por lo tanto, muy compleja la comprobación de la culpabilidad, de ahí que sea la prueba pericial una de las pruebas más idóneas para ilustrar al juzgador.

NORMAS Y ESTATUTOS OFICIALES QUE RÍGEN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN MÉXICO.

En este tema se citan las recomendaciones para mejorar la práctica odontológica, las disposiciones de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas; como el marco Legal; la Ley Reglamentaria del artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, así como los Códigos de Ética Profesional correspondientes a la Asociación Dental Mexicana y al Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas en el Distrito Federal; finalmente se describe el Código de Bioética para el personal de la salud.

Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica.

Publicación de la CONAMED, en el IX Simposium de México en el 2004. 38

1.- Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas a través de: reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal; intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva, promoviendo la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica, así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos rehabilitatorios bucales preexistentes, incrementando las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo.

2.- Practicar todo acto estomatológico, diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder, atendiendo a los contenidos de las siguientes disposiciones:

Ley General de Salud

Área Consultorio

(Art.59 Reglamento Ley General de Salud en materia de prestación de servicio. NOM 178 SSA1-1998, NOM 197 SSA1-2000). Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, de recepción, entrevista, exploración, administrativas, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica.

Botiquín Urgencias

(Art.63 Reglamento Ley General de Salud en materia de prestación de servicio). El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas con insumos que establecen las NOM 013-SSA2-1994, NOM 178-SSA1-1998, NOM 197-SSA1-2000.

Curso Básico de RCP

(NOM 013-SSA-2-1994) Los Cirujanos Dentistas y personal auxiliar del consultorio dental sin excepción deben contar con curso básico de RCP.

Receta Médica.

(Art. 64 del Reglamento de la Ley General de Salud). Debe contener: Nombre del Médico, Nombre de Institución que la expide, Título, y Cédula Profesional, domicilio y nombre del establecimiento y fecha de expedición.

Instrumental y equipo.

(Artículo 60 del Reglamento de la Ley General de Salud, NOM 197-SSA-2000 y NOM 178-SSA1-1998.). El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, médicamente vigentes e instrumentos mínimos.

Normas Oficiales Mexicanas. Marco Legal.

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

NOM-009-SSA2-1993.(Para el fomento de la salud del escolar).

NOM-010-SSA-1993.(Para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana).

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

NOM-087-ECOL-199.(Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que prestan atención médico-odontológico).

NOM-156-SSA1-1996.(Requisitos técnicos para las instalaciones en establecimientos de diagnóstico médico con rayos X).

NOM-157-SSA1-1996.(Protección y seguridad radiológica en el diagnóstico médico con rayos X).

NOM-158-SSA1-1996.(Especificaciones técnicas para equipos de diagnóstico médico con rayos X).

NOM 168 SSA1-1998 (Del expediente clínico).

Medios: Todos los recursos empleados para poder obtener un diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico; sobresaliendo los medios auxiliares de diagnóstico y la elaboración del expediente clínico.

Seguridad: Son todos los medios utilizados para prevenir cualquier accidente.

Resultados: La odontología en algunos procedimientos podrá comprometer resultados, pudiendo ser éstos funcionales o estéticos.

NOM-178-SSA1-1998.(Establece los requerimientos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios).

NOM-197-SSA1-2000.(Establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada).

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

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

Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.

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

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

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

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

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

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

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

Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.

Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.

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

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

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

Considerar al paciente como un ente integral, evitando simular o demorar tratamiento; solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional; recurrir a una actualización continua; salvaguardar siempre la integridad física del paciente y fomentar una atención especializada y multidisciplinaria cuando el caso lo requiera.

El profesional de la salud bucal tiene el deber de brindarse al servicio de su actuar con compasión, respeto y honestidad a la dignidad de sus colegas, de sus pacientes y sus familiares.

Código de Ética para el área de estomatología de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).

Este Código fue publicado por la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS) en el año 2005, como parte de sus atribuciones y funciones establecidas en el acuerdo de creación de la CIFRHS. Esta Comisión establece las recomendaciones que orienten la formación de recursos humanos para la salud acordes a los requerimientos de los modelos de atención del Sistema Nacional de Salud y a las necesidades de atención a la salud de la población mexicana. El Comité de Estomatología del Comité de Planeación y Evaluación de la Comisión propuso la elaboración del Código de Ética para el Área de Estomatología para su difusión en el proceso de la formación de recursos humanos en esta área, así como la integración como parte del programa académico de la asignatura de ética del plan de estudios, y al mismo tiempo, para apoyar y orientar el ejercicio de su profesión.

Este Código sobresale de todos los elaborados por las otras instituciones o asociaciones por el hecho de que unifica estos documentos y abarca todas las áreas que se vinculan con este profesional. 39

Dentro de sus objetivos se encuentran:

- 1.- Promover la difusión de los valores morales y su vinculación con las normas de responsabilidad profesionales durante el proceso de formación de los recursos humanos para la salud en todos sus niveles y especialidades.
- 2.- Fortalecer la protección de la población usuaria de los servicios estomatológicos a través del ejercicio de la profesión estomatológica con ética y responsabilidad profesional en el proceso de formación de los recursos humanos para la atención a la salud bucal.
- 3.- Promover y proteger el ejercicio del profesional de la estomatología en todos sus niveles y especialidades, tanto en la toma de decisiones como en la educación de terceros que le soliciten acciones contrarias a las que rigen su comportamiento.

Así se desglosa en 12 capítulos y 108 artículos en los cuales se enmarcan las disposiciones éticas con las cuales debe guiarse este profesional.

Al final anexa un decálogo de ética para el estomatólogo, el cual dice:

- 1.- Ejercer la profesión en beneficio del ser humano, la sociedad y el medio ambiente con ética, calidad y en forma oportuna, sin discriminación alguna.
- 2.- Conducirse con honestidad y lealtad ante sus pacientes en todo momento, aún cuando ellos sean desleales, salvaguardar los intereses de los mismos y comunicarles cuando existan riesgos en la atención a su salud.

- 3.- Demostrar responsabilidad, respeto y puntualidad en todos los asuntos relativos al ejercicio profesional, valorando el tiempo de los demás y el propio.
- 4.- Mantenerse actualizado tanto en conocimientos científicos, técnicos y humanísticos, como en las habilidades y destrezas conscientes de que la estomatología se transforma constantemente para una óptima y cada día mejor prestación de los servicios, en beneficio de sus pacientes y el propio.
- 5.- Guardar el secreto profesional, observando los límites del mismo, ante riesgos y daño a la propia persona o a terceros.
- 6.- Objetar científicamente o en conciencia las demandas irracionales o antihumanas de sus pacientes u otros profesionales de la salud.
- 7.- Procurar orden, limpieza y seguridad dentro del entorno laboral tanto para los pacientes como para quienes conforman el equipo de salud bucal.
- 8.- Evitar la competencia desleal y reconocer a sus colegas y demás profesionales de la salud como personas responsables y entendidas, sea cual fuere la relación jerárquica que exista entre ellos, a la vez que transmitirá su saber de una forma generosa.
- 9.- Amar y respetar la profesión, luchar por su desarrollo y dignificar su ejercicio.
- 10.- Fomentar la investigación para crear, modificar e implementar nuevos modelos para la atención estomatológica a la par de las investigaciones médicas y biotecnológicas.

Comportamiento ético en la práctica odontológica.

Los cirujanos dentistas deben tener una conciencia muy clara de las exigencias éticas que la profesión les demanda, tener una disposición de conocimiento, de reflexión profunda, racional y sensible para defender sus propios principios y ayudar a los pacientes en los grandes enigmas y dilemas de la salud y enfermedad que los aqueja.

El profesional de la salud bucal debe considerar el tipo de carácter, la situación y el entorno que rodea a su paciente, porque él no puede aplicar tratamientos de modo común basándose solamente en las lesiones que observa sino que debe hacerlo basándose también en el tipo de vida que lleva el paciente, que ha de conocer por medio del diálogo con él.

Cuando el Estomatólogo está conciente de las creencias que limitan su comprensión por los sentimientos de dolor del paciente, podrá cambiar el tecnicismo y el racionalismo deshumanizado por una conciencia humanista y una actitud de genuino respeto humanizado. De esta, manera el estomatólogo debe tener una conciencia humanística permanente y estar siempre alerta y atento al conocimiento de las cuestiones humanas, filosóficas y éticas, que rebasan lo puramente profesional de su carrera. 39

La relación estomatólogo-paciente es uno de los puntos clave del ejercicio de la estomatología. Todo el profesional debe tener como motivo de su actividad y objetivo primordial el dar al enfermo la mejor atención que los recursos y circunstancias pueden ofrecer. Para ello, el estomatólogo necesita conocimientos de su profesión y actualizarlos continuamente para seguir el paso del progreso médico científico.

El Estomatólogo está obligado a dar a su paciente un servicio de calidad. Una calidad de atención, es una calidad del servicio sanitario que se puede evaluar mediante sistemas similares a los aplicables a otras profesiones del sector. Incluye la calidad del acto médico junto con otras cuestiones de organización del trabajo y relaciones humanas, especialmente de hospitales, que permiten una atención no sólo correcta desde el punto de vista médico, sino eficaz en cuanto a tiempo y costo.

Para el estomatólogo, no se trata sólo de satisfacer las demandas de los usuarios y consumidores. La calidad del trabajo estomatológico pretende definir los requisitos subjetivos y objetivos de la competencia profesional confiere al estomatólogo una amplia libertad de prescripción para que su trabajo sea competente y responsable, le impone los deberes de estudiar, de basar sus actuaciones en los datos de la ciencia y de no hacer correr riesgos indebidos a sus pacientes.³⁹

El expediente clínico es la imagen de un buen estomatólogo, de sus atributos personales y profesionales y representa el cuidado que proporciona a sus enfermos. Lo frecuente es que el estomatólogo llene una historia clínica, donde se vuelcan un conjunto de datos relevantes respecto de la salud del paciente y algunas conclusiones científicas precisadas por el estomatólogo. Es un instrumento privado.

La elaboración de la historia clínica es la base fundamental en la integración del expediente, incluye todos los hechos de importancia médica en la vida del paciente hasta el momento en que acude al médico o estomatólogo, estos últimos tienen la oportunidad de establecer una relación de confianza y apoyo con el paciente, al interpretar sus inquietudes en la comprensión de su padecimiento, sus temores y esperanzas.

La inflexión de la voz, la expresión del rostro y la actitud, pueden revelar claves importantes que ayuden a entender el significado que los síntomas tienen para el paciente. Así, al escuchar su narración el Estomatólogo no sólo se entera de datos que atañen a la enfermedad, sino también del comportamiento emocional de la persona que la sufre

El secreto profesional es la obligación del médico de guardar secreto absoluto de lo que haya llegado a su conocimiento con motivo de su relación profesional con un paciente. Implica la custodia segura de las historias clínicas.

En sí, el comportamiento ético profesional del cirujano dentista empieza a partir de la instauración de un consultorio, y de la dedicación de dicho profesional en esta práctica. La calidad como persona lo determina el tiempo, pues conforme vaya avanzando en su práctica va adquiriendo más calidad humana, ampliando sus valores, y respetando a los pacientes como seres humanos, sociales y entes biológicos.³⁹

Código de Bioética para el Personal de la Salud (México 2004).

Antecedentes

La Bioética representa hoy un movimiento universal de responsabilidad profesional y por su concepción de ética global es de la incumbencia de todos los seres humanos para respetar la naturaleza, conservar los ecosistemas y favorecer la supervivencia de la biodiversidad.

Para los representantes de la salud es, además, un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como constante llamada de alerta a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona y evitar la maleficencia con los enfermos y con los seres vivos en general, incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en la justa distribución y en su utilización. 40

El presente Código de Bioética representa una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con el área de la salud.

Los principios éticos que orientan la práctica en el área de la salud han sido recopilados a lo largo de la historia en forma de Códigos y juramentos profesionales.

El más conocido y que más ha influido en la medicina occidental es el Juramento Hipocrático, cuyo aspecto ético principal menciona que el profesional de la salud debe actuar siempre en beneficio del paciente, se basa en dos componentes “**no haré daño...**” y “**actuaré en beneficio del enfermo...**”. Estos principios que siguen vigentes aún, a pesar de que en este Juramento no se menciona la capacidad determinante del paciente para participar en la toma de decisiones, ni el principio de justicia, que ya consideran los Códigos de ética Médica recientes, como el de Nuremberg y las Declaraciones de Helsinki y de Ginebra de la Asociación Médica Mundial, así como las Normas Internacionales para la Investigación Biomédica (en seres humanos y animales de laboratorio)

Estas guías de conducta ética han sido básicas para las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud y la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura UNESCO que, congruentes con la Declaración de los Derechos Humanos (ONU, 1948), se refieren al establecimiento de guías o códigos nacionales de conducta ética y otras reflexiones deontológicas necesarias.

Es oportuno considerar el carácter reciente de los principios de la Bioética, que estudia sistemáticamente lo relativo al derecho a la vida, a la salud y la dignidad de la persona, para revisar los avances científicos y tecnológicos en especial aquéllos que pudieran modificar la herencia y el destino del hombre.

Para la conformación del Código de Bioética para el personal de salud de México se ha consultado a distinguidos profesionales de la salud, académicos, investigadores, profesores y estudiantes de dicha área, así como de ámbitos sociales afines a la salud, a través de dos ejercicios: el primero a partir de abril del 2001, cuando se emitió un

anteproyecto y, posteriormente, con la recopilación de opiniones, en mayo del 2002, se difundió el documento previo a su terminación con los agregados de las consideraciones sugeridas.

En México, la Secretaría de Salud participa en el movimiento universal de la responsabilidad bioética, que obliga a un proceso dialéctico del conocimiento científico y de las reflexiones morales, siendo la Comisión Nacional de Bioética el conducto para establecer este Código en cumplimiento del derecho constitucional de protección a la salud, el que se sustenta en el Código de Ética para gobernar, establecido por el Gobierno Federal en marzo del 2002 y por el Programa Nacional de Salud 2001-2006, donde se determina en sus estrategias el compromiso de la conformación del Código de Bioética, en el que se establezcan los aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de salud, que servirán de marco referencial a las guías específicas que se consideren necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del Sector Salud, instituciones formadoras de personal para la salud e instituciones universitarias y de enseñanza superior afines a la bioética. 41

Finalmente, este Código hace válidas las acciones para la democratización de la salud en México, que consisten en: considerar que la buena salud de la población es uno de los objetivos para obtener la igualdad de oportunidades en el desarrollo, que mediante la salud se estimula la capacidad para acrecentar sus medios de vida, que el valor de la salud es un objetivo social compartido de todos los sectores para fortalecer a la sociedad.

Como toda disciplina que actúa en un mundo cambiante y con nuevos retos ante tecnologías de aparición constante, la Secretaría de Salud y la Comisión Nacional de Bioética estarán atentas para examinar los nuevos desafíos morales de la práctica en materia de salud y del derecho, dejando abierta la posibilidad de reformas a este Código de Bioética para la conducta profesional del personal de la salud.

Principios Básicos.41

1.- Toda persona tiene, en principio, derecho a la protección de su salud. Los habitantes de la República Mexicana y los mexicanos que habiten en el extranjero deben gozar de este mismo derecho. El personal de salud está obligado a buscar los medios para que cumplan los deberes de equidad y justicia, paradigma prioritario de la Bioética.

2.- Las acciones de atención a la salud proporcionadas por el personal profesional y técnico deben ser aplicadas en beneficio de la población en un marco científico y humanitario.

3.- El personal de salud debe atender a todos los que demanden sus servicios sin distinción de edad, sexo, nacionalidad, religión, ideología política, posición socio-económica; sin escatimar tiempo ni espacio, respetando siempre la dignidad y derechos humanos.

4.- El personal de salud tiene el compromiso de salvaguardar el prestigio de las profesiones que participen en las actividades de la atención médica, con atributos de honradez, capacidad y eficiencia.

5.- Es necesario afirmar que el respeto a la dignidad humana se basa en el principio fundamental de que los seres humanos poseen igual valor.

Conducta Bioética en la prestación de servicios de salud.⁴¹

1.- La población sana o enferma merece recibir del personal que presta atención a la salud lo mejor de sus conocimientos y destrezas en su beneficio, con interés genuino de mantener su salud y bienestar, y un trato amable, respetuoso, prudente y tolerante.

2.- El personal de salud tiene la obligación de participar en el ámbito de su competencia en actividades que contribuyan al beneficio de la salud de la comunidad, así como en la atención médica en casos de emergencia y desastres.

3.- La actitud del equipo de salud debe mantener e incrementar la confianza de los individuos a su cargo, especialmente de los pacientes y personal que los asiste, puesto que el humanitarismo con el que se preste la atención al enfermo contribuye directamente a su estabilización, recuperación o rehabilitación.

4.- Las instituciones de salud, conforme con sus posibilidades, deberán asignar a cada profesional de la salud, el número adecuado de personas de acuerdo con la complejidad de su atención de salud, considerando que la sobrecarga de trabajo y la fatiga son poco propicias para otorgar servicios de alta calidad.

5.- Con base en las políticas de la Institución y en casos urgentes, si el paciente es incapaz de tomar una decisión para su diagnóstico y tratamiento y en ausencia de su representante legal, el personal de salud podrá aplicar las medidas que considere pertinentes y sean profesionalmente aceptadas.

6.- Es deber de los médicos y de las instituciones de salud realizar el seguimiento de los pacientes durante una enfermedad crónica o aguda y no abandonarlos mientras dure su enfermedad o se rehabilite.

7.- El prestador de servicios de salud tiene la responsabilidad de sus enfermos a los que debe estar dispuesto a atender. Tratará de resolver cualquier diferencia o falta de afinidad con algún paciente, reconociéndole su autonomía, y presentándole alternativas en su tratamiento y, sólo cuando lo amerite por no contar con los medios adecuados, lo derivará a otro colega o nivel para su atención.

El enfermo como centro de interés de la Bioética.⁴¹

1.- Los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Esto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes.

2.- El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se expresará con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.

3.- La información que pudiera producir inquietud o daño psicológico al paciente debe proporcionársele con la prudencia debida, en el momento oportuno, en la extensión que el paciente determine y del modo que el equipo de salud considere más adecuado a las circunstancias para el beneficio del enfermo.

4.- La información de la enfermedad de un paciente debe guardarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan.

5.- La responsabilidad del manejo confidencial de los expedientes clínicos, escritos o en registros electrónicos, recae en todas aquellas personas que tienen acceso a esa información.

6.- Todo paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige. Las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal cuidará que no se quebrante.

7.- El paciente estará informado de los nombres y cargos del personal de salud que lo trata, sobre la probabilidad de ser atendido por otras personas y dónde acudir a presentar alguna queja.

8.- El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con los que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.

Potestades Bioéticas del Personal de Salud.⁴¹

1.- El personal de salud debe realizar, en coordinación con las autoridades competentes, las medidas preventivas pertinentes que sean estrictamente necesarias para el bien de la población y adicionales a la normatividad establecida, tales como saneamiento básico, agua potable, eliminación sanitaria de excretas, control de fauna nociva, inocuidad de alimentos, vacunaciones, aislamiento de pacientes infecto-contagiosos o agresivos y otras acciones que considere convenientes en provecho colectivo.

2.- Las instituciones de salud, de acuerdo con su nivel de atención, deberán proporcionar con oportunidad en calidad y cantidad suficientes, el equipo, instrumental, materiales de consumo y medicamentos que requiere el personal para proporcionar la adecuada atención.

3.- Los prestadores de servicios de salud, deben actualizar y certificar sus conocimientos y destrezas para otorgar a sus pacientes la mejor atención posible. Las instituciones oficiales o privadas donde laboran estarán comprometidas a realizar actividades académicas y proporcionar los medios de aprendizaje como libros, revistas, programas electrónicos y otros, de acuerdo con los servicios que otorguen.

4.- Es responsabilidad de los directivos y docentes de las instituciones académicas que preparan profesionales y técnicos en las ramas del cuidado de la salud, que la capacitación sea del más alto nivel, con el apoyo de las instituciones de salud.

5.- Los miembros del equipo de salud tienen derecho a percibir una remuneración adecuada por su trabajo, en relación con su capacidad profesional y el número de horas que laboran en la institución, o según el acuerdo previo que hayan tenido con un paciente privado. Esta remuneración debe tener relación con las costumbres y el nivel socioeconómico de la población, sin caer en abusos y con un espíritu de condescendencia y compasión por los pacientes con escasos recursos.

6.- El personal de salud puede expresar a las autoridades directivas y administrativas de la institución con toda libertad y respeto las ideas que considere pueden beneficiar a la institución y a los pacientes. Con este criterio, si un miembro del equipo de salud considera que algún reglamento o alguna ley son injustos, pondrá su empeño en que las instancias modifiquen esas disposiciones por los canales debidos.

7.- El personal de salud deberá contar con las instalaciones, equipos, instrumentos y materiales para el desempeño de sus actividades con las medidas de higiene, protección y seguridad. De no contar con ellos, podrá rehusarse a aplicar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, sin contravenir los principios bioéticos, manifestándolo por escrito y procurado que el paciente sea referido a otra unidad médica.

8.- El personal de salud podrá rehusarse a aplicar medidas diagnósticas y terapéuticas que a su juicio pongan en riesgo la vida, la función de los pacientes o su descendencia, bien sea a petición de los propios pacientes, de sus superiores jerárquicos o autoridades institucionales, cuando se oponga a la práctica médica comúnmente aceptada, a los principios bioéticos, a sus capacidades profesionales o a razones de objeción de conciencia.

Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes.⁴¹

- 1.- La población debe informarse del cuidado de la salud y procurar desarrollar actitudes y conductas sin riesgo para su salud y la de la comunidad.
- 2.- Los pacientes o representantes legales tienen la responsabilidad de informar con veracidad al personal de salud, así como de manifestar las dudas y preocupaciones relacionadas con su enfermedad.
- 3.- El consentimiento válidamente informado del paciente es la más sólida expresión de su autonomía, por lo que deben plantearse las alternativas de atención para la toma de sus decisiones. El consentimiento informado establece su autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública.
- 4.- El paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento. Este precepto debe aplicarse a los niños, ancianos o pacientes con trastornos mentales leves, si su estado de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente. Su aceptación en estos casos debe ser ratificada por los padres, tutores o responsables.
- 5.- El paciente, después de haber recibido la información detallada y aceptar las prescripciones médicas, está comprometido a cumplirlas con precisión. Tiene el deber de informar al personal que lo atiende cuando por cualquier motivo ha dejado de cumplir las indicaciones.
- 6.- El enfermo que sabe que tiene una enfermedad contagiosa adquiere al saberlo la obligación de evitar por todos los medios que otras personas enfermen por su contacto con él.
- 7.- La persona que se sabe portadora de información genética adversa, susceptible de transmitirse a su descendencia, adquiere el compromiso de seguir el consejo genético que se le proporcione según el caso y asume completamente la responsabilidad de sus actos.

Relaciones interpersonales del equipo de salud.⁴¹

- 1.- La capacidad de los miembros del equipo de salud, su colaboración, armonía y disposición de cooperar con los demás en beneficio de los pacientes y de la comunidad, constituyen las bases de la conducta bioética y el sustento de la calidad de los servicios de salud.
- 2.- Es deber del equipo de salud transmitir sus conocimientos a sus colegas, alumnos, pacientes y a la sociedad en general. La enseñanza y la información sobre los medios para proteger la salud han de ser considerados como unas de las obligaciones más relevantes de los prestadores de la salud.

3.- Las dicotomías o dividendos económicos entre el personal de salud por la derivación de pacientes a otros médicos, laboratorios y gabinetes, o por la prescripción de tratamientos son actos inaceptables, contrarios a la dignidad y a la ética de los profesionales y técnicos de la salud y al bienestar del paciente.

4.- El personal de salud puede señalar las fallas o desacuerdos que a su juicio se presenten con otros profesionales y técnicos, siempre con respeto, procurando no dañar el prestigio de algún colega o colaborador al hacerlo.

Bioética en la investigación en salud

1.- El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamentan en la investigación. Participar en las investigaciones es una obligación moral del personal, fuente de su propio desarrollo.

2.- Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apegarse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los comités creados ex profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

3.- Los investigadores recabarán el consentimiento informado por escrito de las personas sujetas a investigación o, en su caso, de sus apoderados o tutores. El consentimiento se obtendrá con la clara descripción del estudio, de sus riesgos, beneficios y el planteamiento del derecho del paciente a retirarse de la investigación cuando así lo desee, sin que ello afecte en modo alguno su ulterior atención médica.

4.- Las investigaciones promovidas por la industria farmacéutica u otros productores de insumos para la salud deben sujetarse estrictamente a las normas de cualquier investigación en humanos y asegurar a las personas involucradas el máximo beneficio durante la investigación, cumpliendo además con la normatividad y justificando su realización.

5.- Particular cuidado se tendrá en no emplear en una investigación como grupo de estudio o grupo testigo a personas que estén dispuestas a aceptar su colaboración sólo por su condición de subordinados o cautivos, o por el ofrecimiento de incentivos económicos.

6.- Los animales de experimentación se emplearán sólo cuando resulten indispensables y no haya pruebas alternativas confiables. En todo caso, se cumplirán las normas de protección y respeto para evitar sufrimiento innecesario.

Temas Bioéticos específicos.⁴¹

1.- La donación de órganos y tejidos para trasplantes debe ser promovida por el personal de salud y por la población en general.

2.- La interrupción de un embarazo no es jamás un acto deseable. La ley ha establecido cuáles pueden ser los casos en que no está penalizado, entre los que se encuentran los que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer gestante, que justificarían esta intervención, sin que se pueda obligar a participar al personal que manifieste cualquier objeción.

3.- Es éticamente adecuado utilizar los avances de la ciencia para ayudar a las parejas infértiles a tener hijos mediante procedimientos de reproducción asistida que tengan algún grado de seguridad para la salud de la madre y practicados por personas expertas en instalaciones que cuenten con los equipos y demás medios necesarios.

4.- La investigación genética para conocer los fenómenos biológicos de la herencia y que pueden favorecer la reproducción humana para la aplicación con fines terapéuticos debe preservar en sus métodos la dignidad y los derechos humanos.

5.- Al paciente terminal se le aplicarán los procedimientos más actuales de la medicina paliativa para aliviar en lo posible sus sufrimientos físicos y psicológicos, aunque esto pudiera acortar su vida sin que ello implique provocar su muerte.

6.- El personal de salud ejercerá la influencia moral que tiene ante la sociedad y ante las autoridades para promover las medidas de preservación de los sistemas ecológicos, la limpieza del agua, de los alimentos y de los factores que protejan la salud humana y la biodiversidad.

LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO (CONAMED) Y SU RELACIÓN CON EL PROFESIONAL DE LA SALUD BUCAL.

En este apartado se describen las funciones que desempeña la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en el caso de mala práctica odontológica, sus antecedentes, en qué momento interviene, la función del médico y abogado de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la carta de los derechos generales de los pacientes, las obligaciones del paciente, los derechos del médico (carta de los derechos generales de los médicos). Así mismo, describiremos cuáles son las principales causas de inconformidad por parte de los pacientes hacia el profesional de la salud bucal en México, con base en estudios y datos estadísticos realizados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico de acuerdo a grupos de edad, tipo de Institución, entidad federativa, a las fases de la atención que originaron las quejas y al tipo de procedimiento.

Funciones de la comisión nacional de arbitraje médico en el caso de mala práctica odontológica.

Antecedentes

La calidad en la atención médica es una filosofía de vida, que comienza con una actitud positiva, la dinámica del consultorio y la renovación constante del compromiso de brindar un servicio de alta calidad y de acuerdo a las expectativas del paciente, sin olvidar que estamos regidos por leyes, por lo que es vital conocer y cumplir con los derechos y obligaciones englobados en el marco jurídico establecido en la Ley General de Salud, las normas oficiales vigentes, así como la misión de dar respuesta a las necesidades de salud de la población.

En la actualidad, la población exige una adecuada relación médico-paciente, por lo que debemos sustentarla en la confianza, integridad, respeto, humanidad. En la parte técnica se requiere de constante actualización y la correcta utilización de las diferentes especialidades odontológicas, así como de la aplicación de estándares de calidad con lo que otorgaremos atención de alto nivel científico, técnico y humano. 42

El entorno cada vez más competitivo y demandante obliga a contar con mayor preparación en diversas materias, lo cual significará un instrumento valioso para enriquecer el desarrollo de la práctica médica. Los adelantos tecnológico y científico representan, en la mayoría de las veces, beneficios para los pacientes. Sin embargo, no se pueden hacer a un lado los riesgos generados en la atención médica.

Es importante considerar un nuevo perfil del paciente. Las tendencias transformaron su actitud pasiva en una actitud participativa y, al mismo tiempo, más exigente, sustentada en el mayor acceso a la información. Por consiguiente la relación médico-paciente dejó el tinte paternalista por la autonomía en la toma de decisiones respecto a la aceptación del tratamiento indicado por el médico. En ese sentido, el paciente manifiesta situaciones adversas producto de la atención médica. Muchas de estas son generadas por información deficiente y distanciamiento en la relación médico-paciente.

Por otro lado, algunos resultados negativos son reales como consecuencia de la falta de capacitación y actualización del personal de salud, descuido en la vigilancia y seguimiento inadecuado o carencia de recursos y uso de métodos avanzados, pero no

siempre inocuos. Es importante reconocer que dichos factores no siempre son inherentes de manera exclusiva al profesional de la salud, también se deben a la influencia de factores externos (sobredemanda en el servicio, falta de recursos, evolución natural de la enfermedad, entre otros). La inconformidad o insatisfacción del paciente no sólo se circunscribe a una simple manifestación ante el médico o la institución, pues el paciente tiene la libertad y derecho de ventilar tal situación ante las instancias de procuración de justicia, o bien, más recientemente, a poner fin a la controversia suscitada a través de la resolución alternativa de conflictos (conciliación y arbitraje).

Antes de la creación de la CONAMED, la mayoría de las inconformidades de los usuarios de servicios médicos eran resueltas en las diferentes instancias de procuración de justicia, donde el prestador de servicios era culpable y tenía la obligación de comprobar, con base en las notas y medios auxiliares de diagnóstico además de las condiciones de salud del paciente, si su terapéutica era adecuada y no si su atención clínica se apegaba a lo establecido en la literatura científica y normatividad sanitaria vigente, por lo tanto eran de esperarse los resultados: prácticamente nadie salía indemne, aunado a la molestia jurídica.

En el transcurso, se invitaba a las partes a conciliar su controversia mediante algún tipo de arreglo, sin embargo en un País en donde estamos acostumbrados a ganar o perder, no se entendía que todo o nada concluye en nada; era necesario y fundamental contar con una instancia que de manera imparcial diera la oportunidad a las partes a exponer sus puntos de vista, tratando solamente de solucionar su controversia y además otorgar elementos para detectar las fallas en donde se incurre fácilmente.

Por lo anterior el 3 de junio de 1996, se crea por decreto presidencial la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) cuya misión fundamental es la de dirimir las controversias suscitadas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, además auxilia a los órganos internos de control (contralorías de las instituciones de servicios médicos) y a las instancias de procuración e impartición de justicia, mediante opiniones técnicas que emite con plena autonomía.⁴²

Intervención de la CONAMED

En el caso específico de la relación médico-paciente, la intervención de la CONAMED garantiza un respeto absoluto de los puntos de vista de las partes, en virtud de la actuación imparcial y objetiva que condicionan a la institución.

En su estructura, está conformada por cinco Direcciones Generales fundamentales:

- * Orientación y Quejas.
- * Conciliación.
- * Coordinación Regional.
- * Arbitraje y,
- * Compilación y seguimiento.

En la Dirección General de Orientación y Quejas se recibe la queja interpuesta por un usuario de servicios médicos, se orienta al mismo acerca de la forma de solución que ofrece esta instancia. Aquí se les hace saber que la CONAMED. 43

- No es una procuraduría, por lo que no se le informará si se establece responsabilidad derivada de actos médicos.
- No es defensoría de oficio, dadas las características que le otorga el decreto de creación se instaura como una instancia de resolución de conflictos mediante la conciliación de las partes, actuando de buena fe y con absoluta imparcialidad.
- No es sancionadora, derivado de la buena fe para dar solución a una desavenencia, no se pronuncia a favor de ninguna de las partes, sino solamente facilita la conciliación de las mismas, sin embargo, como lo señala su decreto de creación: “en caso de detectar anomalías o irregularidades derivadas de la práctica médica, está obligada a dar aviso a las autoridades competentes para que sean ellas quienes apliquen las sanciones correspondientes”.

Una vez dada la asesoría se determina la relación médico-paciente, mediante documentos que el paciente aporta, tales como: presupuesto, consentimiento y otros que puedan ayudar a establecerla.

Posteriormente, si la queja es en contra de prestadores de servicios del Distrito Federal, se turna para su investigación a la Dirección General de Conciliación, o a la Coordinación Regional si procede de algún estado.

El procedimiento que sigue es: se analiza la queja y se desahoga el procedimiento en el que se solicita a los prestadores de servicios médicos involucrados, la documentación referente a la atención brindada al paciente; tal como historia clínica, fichas de control u otros registros, así como los auxiliares de diagnóstico utilizados.

Con esto el prestador está en condiciones de contestar la queja y pretensiones que el paciente hace valer en su escrito, mediante un resumen de la atención proporcionada apoyado en la historia clínica, auxiliares de diagnósticos, diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico.

También establecerá técnicamente las condiciones de salud bucal del paciente al inicio y al final del tratamiento.

Con esta información los integrantes de la Comisión y los asesores externos que analizan cada uno de los casos, están en posibilidad de ampliar el panorama de atención dado al paciente con lo que únicamente se establece si la atención odontológica se apegó a las bases científicas, y se dió cumplimiento a lo establecido en la legislación sanitaria vigente, específicamente a lo referido en el reglamentos de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Con este análisis técnico, así como de los aspectos humanos en la relación médico-paciente, se lleva a cabo una reunión de conciliación entre las partes involucradas en la que interviene la CONAMED, en estricto apego a los principios de imparcialidad, buena fe, la gratuidad y resolutive en la mayoría de los casos.

Cabe destacar que esta nueva modalidad de resolución de quejas es la opción para dar fin a una controversia en amigables términos. Así, la conciliación la hacen los involucrados directos. Un binomio importante es la participación de un médico, en este caso Cirujano Dentista, y un abogado, cuyas funciones son:

Función del Médico (dentista) de la CONAMED:

- * Dar los elementos para establecer el proceso de conciliación, es decir, determinar el motivo de queja y pretensión.
- * Evitar el abuso de las partes, del prestador de servicios por su conocimiento científico y del usuario en la mayoría de los casos por la falta de él.
- * Con base en el avance de la reunión con las partes, dar posibles formas de conciliación.
- * En compañía del abogado, establecer las condiciones en que se concluya la instancia.
- * Retroalimentación con las partes en relación a sus derechos y obligaciones.

Función del Abogado de la CONAMED:

- * Expresar el marco jurídico por el que se rige la Comisión.
- * Determinar y asesorar jurídicamente a las partes en relación a sus derechos y obligaciones jurídicas.
- * Ser moderador en proceso de conciliación y vigilar el respeto entre las partes.
- * Establecer las condiciones en las que se concluya el proceso de conciliación.
- * Elaborar los documentos que deriven del acuerdo de voluntades de las partes, y
- * Derivar a la instancia correspondiente el expediente de queja, posterior a realizar las acciones conducentes.

La Dirección General de Arbitraje, tiene como función, cuando las partes no llegan a un acuerdo satisfactorio, establecer un procedimiento llamado juicio arbitral, en el que los involucrados tendrán la oportunidad de demostrar que sus argumentos son los ciertos y posteriormente, con base en la opinión de asesores externos especialistas en cada una de las áreas del conocimiento, se establece una serie de condiciones y se dicta un laudo que es equiparable a una sentencia y que tendrán que acatar las partes dado que al inicio del procedimiento se establecen las reglas del laudo, es preciso expresar que al igual que el paciente solicita en algunos casos la reparación del daño o

indemnización, también tenemos derecho a solicitar la restitución así como el deterioro en imagen profesional, si la razón nos asiste. Esto en estricto sentido de justicia.⁴⁴

Este laudo o resolución es equiparable a la sentencia emitida por un juez, por lo que es irrevocable y tendrá que ser acatado por las partes concluyendo así la instancia arbitral.

La Dirección General de Compilación y Seguimiento, tiene como función principal la de dar continuidad a cada uno de los asuntos resueltos en la comisión cuando existen compromisos pendientes por cumplir, e informar a las partes de lo conducente en caso de no cumplir con lo establecido en el convenio entre las partes.

Si no se ha podido llegar a una resolución entre ambas partes, el laudo expuesto por la CONAMED pasa a manos del Ministerio Público, ya sea juez de lo civil o de lo penal, quien seguirá el procedimiento correspondiente para dictar una resolución. Para poder tener una buena relación médico-paciente, es necesario que ambas partes conozcan sus derechos y sus obligaciones.

Carta de los derechos generales de los pacientes.

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, publicada en diciembre del 2001, contiene las prerrogativas de cualquier persona cuando, en su carácter de paciente, recibe atención médica.

Para su elaboración participaron la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación Nacional de Colegios de Profesión Médica del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.

El Subcomisionado Jurídico de la CONAMED menciona que los derechos de los pacientes no están estrictamente relacionados con la mala práctica médica, sino que abarcan toda la atención médica, por lo que deben estar a la vista en los hospitales, las clínicas y los consultorios, con el fin de que el paciente los pueda leer antes de ser atendido. ⁴⁵

Estos son los diez derechos contemplados en la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes

- 1.- Recibir atención médica adecuada. El personal médico debe estar capacitado de acuerdo con las necesidades del estado de salud del paciente y las circunstancias en las que se brinda el servicio. Además, en caso de que necesite recibir asistencia de otro especialista, se le debe informar oportunamente.
- 2.- Recibir trato digno y respetuoso. Sin importar cuál sea el padecimiento que se presente, el paciente tiene derecho a que el médico que le brinde atención médica se identifique y le dé un trato digno, que respete sus convicciones personales, principalmente las socioculturales, las de género, y las relacionadas con su intimidad y pudor. Este trato debe hacerse extensivo a sus familiares o acompañantes.
- 3.- Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. Para facilitar el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, el médico debe expresarse en forma clara y comprensible, así como brindarle oportunamente información veraz, completa y ajustada a la realidad sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad.
- 4.- Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, si acepta o rechaza el procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido.
- 5.- Otorgar o no su consentimiento válidamente informado. Si con fines de diagnóstico o terapéuticos el paciente decide sujetarse a procedimientos que impliquen un riesgo, tendrá que hacerlo por escrito, pero antes deberá ser informado ampliamente en qué consisten estos procedimientos, los beneficios que se esperan, las complicaciones así como eventos negativos que pudieran tener.
- 6.- Ser tratado con confidencialidad. El médico tiene la obligación de manejar con estricta confidencialidad la información que la confían sus pacientes y sólo divulgarla más que con la autorización expresa de éstos, incluyendo la derivada de estudios de investigación a los que el paciente se haya sujetado voluntariamente. La única excepción es cuando la autoridad solicite dicha información en los casos previstos por la Ley.
- 7.- Contar con facilidades para obtener una segunda opinión. El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.
- 8.- Recibir atención médica en caso de urgencia. Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.
- 9.- Contar con un expediente clínico. Los datos relacionados con la atención médica que recibe el paciente deben asentarse en forma veraz, clara, precisa y legible, en un expediente. Cuando el paciente lo solicite, deben darlo por escrito un resumen clínico veraz, de acuerdo con el fin requerido.
- 10.- Ser atendido cuando se inconforme con la atención médica recibida. El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida por servidores médicos, sin importar si son públicos o privados. Asimismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁴⁶

Obligaciones de los pacientes.

- 1.- El paciente tiene la obligación de suministrar, a su entender, información precisa y completa sobre la enfermedad o motivo de su asistencia a la Unidad de Atención Médica.
- 2.- Tiene la responsabilidad de informar sobre cualquier cambio en su condición, así como informar si entiende claramente el curso de la acción contemplada y lo que se espera de él.
- 3.- El paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado, lo que incluye apegarse al reglamento de la institución.
- 4.- Es responsable de cumplir con sus citas y cuando no lo pueda hacer, debe notificar al médico.
- 5.- El paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue las instrucciones del médico responsable.
- 6.- El paciente es responsable de su conducta y de tratar con respeto y cortesía al personal.

Derechos del Médico (Carta de los derechos generales de los Médicos)

El Sistema Nacional de Salud comprende todos los prestadores de servicios médicos sin importar el sector en que se desempeñan. Su propósito es armonizar programas de salud del Gobierno Federal y los que se llevan a cabo en los Gobiernos Estatales, tanto en el público como en el privado, con la finalidad de cumplir con el derecho a la protección de la salud. Con esta premisa se desarrolló una exhaustiva consulta y análisis de la información bibliográfica y legal, mundial y nacional, y se elaboró un documento inicial como propuesta de trabajo, al tiempo que se convocaba a la conformación de un grupo conductor, cuyo objetivo era consensuar y elaborar en forma colegiada un documento que reflejara los derechos médicos en su relación con el paciente. 47

El grupo conductor estuvo conformado por representantes de diferentes instituciones: Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética, Instituto Mexicano del Seguro Social, Comisión Nacional de los Derechos Humanos, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Academia Nacional de Medicina, Academia Mexicana de Cirugía, Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidad Médica, Colegio de Médicos Lasallistas, Colegio Médico de México.

La Carta de los Derechos Generales de los Médicos se encuentra contenida en el siguiente decálogo.

- 1.- Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza: el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico (diagnóstico y terapéutica) y su libertad prescriptiva, así como la decisión de declinar la atención de algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.
- 2.- Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional: el médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que garanticen las medidas de seguridad e higiene que marca la Ley, de conformidad con las características del servicio por otorgar.
- 3.- Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional: es derecho del médico recibir del establecimiento donde presta sus servicios, el apoyo de personal totalmente capacitado, así como el equipo, los instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio por otorgar.
- 4.- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica: el médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.
- 5.- Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional. El médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud del paciente. El mismo respeto deberá recibir de sus superiores, personal relacionado con su trabajo y de los terceros pagadores.
- 6.- Tener acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional. El médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional.
- 7.- Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión, el médico tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
- 8.- Asociarse para promover sus intereses profesionales. El médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios, con el fin de promover su desarrollo profesional y vigilar el ejercicio profesional, de conformidad con lo prescrito en la Ley.
- 9.- Salvaguardar su prestigio profesional. El médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y 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. La salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada.
- 10.- Percibir remuneración por los servicios prestados. El médico 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.⁴⁷

Con respecto a las obligaciones se puede hablar en general de tres obligaciones de los profesionales de la salud: sobre los resultados, la seguridad y los medios utilizados. Al médico siempre se le exige, porque la “lex artis” lo compromete a la correcta aplicación del conocimiento en la práctica de la profesión.

La obligación de seguridad generalmente se refiere a las instituciones, pues son éstas las que deben garantizar el buen funcionamiento de los equipos y evitar siniestros. La obligación de resultados no es competencia del médico, a menos que el resultado sea consignado por escrito como algunas veces sucede en la cirugía estética. Por lo general al médico no se le pueden exigir buenos resultados, sólo a utilizar los medios científicos para tratar de ayudar al paciente, ya que la complejidad de la práctica de la medicina radica en que no hay enfermedades, sino enfermos.⁴⁸

Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas

Introducción

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, deontológicos y legales vigentes que rigen la conducta de las Cirujanas y los Cirujanos Dentistas a nivel nacional.

Para concretar lo anterior, la Comisión Nacional de Arbitraje Médico coordinó los esfuerzos interinstitucionales de un Grupo Conductor, con el propósito de llevar a cabo el proceso de elaboración de la Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas. Dicho Grupo Conductor se conformó por representantes de: Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, Dirección de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud, Coordinación del Área Odontológica de la Comisión Nacional de Bioética de la Secretaría de Salud, Coordinación de Odontología de la Academia Mexicana de Bioética, Dirección de Prestaciones Médicas, Subdirección de Regulación de Atención a la Salud y Coordinación de Atención Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Subdirección General Médica del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Subdirección General de Asistencia del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS), Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza UNAM, Instituto Politécnico Nacional Unidad Milpa Alta, Escuela Militar de Odontología, Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Xochimilco, Universidad Intercontinental, Universidad Latinoamericana, Universidad Tecnológica de México, universidad Justo Sierra, Asociación Dental Mexicana, Asociación Dental del Distrito Federal, Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas, Consejo Nacional de la Educación Odontológica, Federación Mexicana de Facultades y Escuelas de Odontología y la CONAMED. ⁴⁹

Para la elaboración del documento se llevaron a cabo ocho reuniones de trabajo. En las cuatro primeras fueron seleccionados los diez "derechos" que le dieron forma al decálogo final, que engloba los derechos generales de los Cirujanos Dentistas, y los diferentes términos con que se definen: Estomatólogo, Médico Odontólogo, Licenciado en Estomatología, Licenciado en Odontología, Licenciado en Cirugía Dental o Médico Cirujano Dentista. Así mismo se definió la redacción de las explicaciones correspondientes y se propuso la normativa nacional aplicable a cada punto como fundamento legal necesario para otorgarle validez a su cumplimiento. Una vez integrada la propuesta de trabajo, con la aportación de todos los integrantes, se acordó, en la sexta reunión, enviarla a 177 instituciones identificadas como representantes de la Odontología en México, conformadas por asociaciones, colegios, federaciones, instituciones educativas, hospitales públicos y privados para que fuera revisada, analizada y en su caso, participa con las sugerencias o modificaciones que consideraran pertinentes, encaminadas al enriquecimiento de la misma.

El insumo de trabajo del Grupo Conductor en la séptima reunión fueron las aportaciones y comentarios enviados por las instituciones participantes en el consenso nacional. Durante el desarrollo de esta reunión se confrontaron el documento original y el que integraba las modificaciones compiladas, los cambios realizados fueron avalados por el Grupo Conductor. En la octava reunión fue definida la propuesta final que se presentó para su liberación en el mes de diciembre ante el pleno del Grupo Conductor y ante la presencia y con el aval del Subsecretario de innovación y Calidad de la Secretaría de Salud y el Comisionado Nacional de Arbitraje Médico.

La emisión de este decálogo busca que el Cirujano Dentista, además de desarrollar su actividad con la debida diligencia e idoneidad en apego a las reglas que rigen la práctica odontológica, conozca sus derechos en materia de prestación de servicios de salud dental, a través de una atención estratégica que se identifique por ser más eficiente y eficaz, que apunte a los aspectos esenciales de la profesión a fin de que el gremio sea más solidario y unido, caracterizado por su liderazgo en el que se privilegien los aspectos éticos y se mejoren los referentes al proceso de comunicación.

En la identificación y selección de estos derechos, contenidos en los ordenamientos jurídicos que rigen la profesión, la respuesta por parte de las instituciones participantes fue clara, categórica y unánime, porque se logró entender que no sólo representan una posición unilateral de intereses, sino las palabras, juicios y esfuerzos de cada uno de los representantes de grupos institucionales comprometidos con su labor, para lograr el principal objetivo que es la participación en forma integral de la odontología en la salud pública y privada del país, a través del cumplimiento con toda su fuerza, creatividad y potencial de los compromisos establecidos en la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en persecución del beneficio de los pacientes.

Junto con la difusión de esta Carta de los Derechos Generales de los Cirujanos Dentistas se realizó el compromiso de promover al mismo tiempo, la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes con el interés de fortalecer la relación entre los Cirujanos Dentistas y sus pacientes.⁴⁹

CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS

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 que tienen otros profesionales de la salud.

Ley General de Salud:

Artículo 24.- Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

- I. De atención Médica;
- II. De salud pública;
- III. De asistencia social.

Artículo 27.-Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a

VII. La prevención y control de enfermedades buco-dentales.

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

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 2°. Las leyes que regulen campos de acción relacionados con alguna rama o especialidad profesional, determinarán cuáles son las actividades profesionales que necesitan título y cédula para su ejercicio.

Artículo Segundo Transitorio del decreto del 31 de diciembre de 1973 que modifica la Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones, publicado en el Diario Oficial de 2 de enero de 1974:

Segundo. En tanto se expidan las leyes a que se refiere el artículo 2°, reformado, las profesiones que en sus diversas ramas necesitan título para su ejercicio, son las siguientes:

- Cirujano dentista
- Enfermera
- Enfermera y partera
- Médico

NORMA Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

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

7.2.2.7. Los métodos de uso clínico deben ser realizados por personal profesional o por personal auxiliar debidamente capacitado.

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.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 5.- A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siendo lícito.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

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

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.

Declaración Universal de los Derechos Humanos:

Artículo 1.- Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 132.- Son obligaciones de los patrones:

VI.- Guardar a los trabajadores la debida consideración, absteniéndose de mal trato de palabra o de obra.

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.

Ley General de Salud:

Artículo 23.- Para los efectos de esta ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

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

Artículo 33.- Las actividades de atención médica son:

- I. Preventivas, que incluyen las de promoción general y las de protección específica;
- II. Curativas, que tienen como fin efectuar un diagnóstico temprano y proporcionar tratamiento oportuno, y
- III. De rehabilitación, que incluyen acciones tendientes a corregir las invalideces físicas o mentales.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones:

Artículo 33.- El profesionista está obligado a poner todos sus conocimientos científicos y recursos técnicos al servicio de su cliente, así como al desempeño del trabajo convenido. En caso de urgencia inaplazable, los servicios que se requieren al profesionista se prestarán en cualquier hora y en el sitio que sean requeridos, siempre que este último no exceda de veinticinco kilómetros de distancia del domicilio del profesionista.

Código Civil Federal:

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

Artículo 2613.- Los profesores (profesionistas) tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de los Servicios de Atención Médica:

Artículo 7.- Para los efectos de este reglamento se entiende por Atención Médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Artículo 72.- Se entiende por urgencia, todo problema médico quirúrgico agudo, que ponga en peligro la vida, un órgano o una función y que requiera atención inmediata.

5.- Laborar en 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.

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 51.- Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el trabajador:

VII.- La existencia de un peligro grave..., ya sea por carecer de condiciones higiénicas el establecimiento o porque no se cumplan las medidas preventivas y de seguridad que las leyes establezcan.

Artículo 132.- Son obligaciones de los patrones:

III.- Proporcionar oportunamente a los trabajadores los útiles, instrumentos y materiales necesarios para la ejecución del trabajo, debiendo darlos de buena calidad, en buen estado y reponerlos tan luego como dejen de ser eficientes, siempre que aquellos no se hayan comprometido a usar herramienta propia. El patrón no podrá exigir indemnización alguna por el desgaste que sufran los útiles, instrumentos y materiales de trabajo.

Ley General de Salud:

Artículo 166.- Los servicios de salud que proporcionen las instituciones de seguridad social, con motivos de riesgo de trabajo, se regirán por sus propias leyes y las demás disposiciones legales aplicables y se ajustarán a las Normas Oficiales Mexicanas en materia de salud. En este caso, las autoridades sanitarias propiciarán con dichas instituciones la coordinación de acciones en materia de higiene y prevención de accidentes.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de atención médica:

Artículo 19.- Corresponde a los responsables a que hace mención el artículo anterior (los establecimientos que presten servicios de atención médica) llevar a cabo las siguientes funciones:

II. Vigilar que dentro de los mismos, se apliquen las medidas de seguridad e higiene para la protección de la salud del personal expuesto por su ocupación.

Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales.

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

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

6.3. La participación social debe desarrollarse a través de:

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

7.3.1 El personal de salud debe adoptar medidas para su protección y la de los pacientes para evitar riesgos a la salud de tipo:

- Biológico,
- físico,
- químico,
- ergonómico,
- psicosocial.

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.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 1. Párrafo Tercero.- Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Ley General de Salud:

Artículo 89, segundo párrafo.- Las autoridades sanitarias, sin perjuicio de la competencia que sobre la materia corresponda a las autoridades educativas y en coordinación con ellas, así como con la participación de las instituciones de salud, establecerán las normas y criterios para la capacitación y actualización de los recursos humanos para la salud.

Artículo 90. Corresponde a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con estas:

Fracción 1.- "Promover actividades tendientes a la formación, capacitación y actualización de los recursos humanos que se requieran para la satisfacción de las necesidades del país en materia de salud...".

Ley Federal del Trabajo.

De la Capacitación y Adiestramiento de los Trabajadores.

Artículo 153-A Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo por el patrón y el sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.

Artículo 153-B. Para dar cumplimiento a la obligación que, conforme al artículo anterior les corresponde, los patrones podrán convenir con los trabajadores en que la capacitación o adiestramiento

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.

Ley General de Salud:

Artículo 90.- Corresponde a la Secretaría de salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, sin perjuicio de las atribuciones de las autoridades educativas en la materia y en coordinación con éstas:

IV.- Promover la participación voluntaria de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud en actividades docentes o técnicas.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica:

Artículo 6.- La Secretaría fomentará, propiciará y desarrollará programas de estudio e investigación relacionados con la prestación de servicios de atención médica.

Artículo 17.- Los establecimientos de carácter privado, en los términos del Artículo 44 de la Ley, prestarán los siguientes servicios:

VI.- Desarrollar actividades de investigación, de acuerdo a los requisitos señalados por la Ley y dentro del marco de la ética profesional.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud.

Artículo 4°. La aplicación de este reglamento corresponde a la Secretaría y a los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo al Distrito Federal, en el ámbito de sus respectivas competencias y en los términos que los acuerdos de coordinación que se suscriban para formalizar las acciones que tengan por objeto promover e impulsar el desarrollo de la investigación.

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.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 14, segundo párrafo.- Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho.

Artículo 16.- Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento.

Artículo 17.- Ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho.

Toda persona tiene derecho a que se administre justicia por tribunales que estarán expeditos para impartirla en los plazos y términos que fijen las leyes, emitiendo sus resoluciones de manera pronta, completa e imparcial. Su servicio será gratuito, quedando, en consecuencia, prohibidas las costas judiciales.

Las leyes federales y locales establecerán los medios necesarios para que se garantice la independencia de los tribunales y la plena ejecución de sus resoluciones.

Nadie puede ser aprisionado por deudas de carácter puramente civil.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 34.- Cuando hubiere inconformidad por parte del cliente respecto al servicio realizado, el asunto se resolverá mediante juicio de peritos, ya en el terreno judicial, ya en privado si así lo convinieren las partes. Los peritos deberán tomar en consideración para emitir su dictamen las circunstancias siguientes:

V. Cualquiera otra circunstancia que en el caso especial pudiera haber influido en la deficiencia o fracaso del servicio prestado.

El procedimiento a que se refiere este artículo se mantendrá en secreto y solo podrá hacerse pública cuando la resolución sea contraria al profesionista.

Artículo 35.- Si el laudo arbitral o la resolución judicial en su caso, fueren adversos al profesionista, no tendrá derecho a cobrar honorarios y deberá, además, indemnizar al cliente por los daños y perjuicios que sufre. En caso contrario, el cliente pagará los honorarios correspondientes, los gastos del juicio o procedimiento convencional y los daños que en su prestigio profesional hubiere causado al profesionista. Estos últimos serán valuados en la propia sentencia o laudo arbitral.

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.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 9.- No se podrá coartar el derecho de asociarse o reunirse pacíficamente con cualquier objeto lícito; pero solamente los ciudadanos de la República podrán hacerlo para tomar parte en los asuntos políticos del país. Ninguna reunión armada tiene derecho a deliberar.

Ley Reglamentaria del Artículo 5to. Constitucional, relativo al ejercicio de las Profesiones:

Artículo 40.- 'Los profesionistas podrán asociarse, para ejercer, ajustándose a las prescripciones de las leyes relativas... pero la responsabilidad en que incurran será siempre individual.

Artículo 50.- "Los colegios de profesionistas tendrán los siguientes propósitos:

Vigilancia del ejercicio profesional con objeto de que éste se realice dentro del más alto plano legal y moral..."

Ley General de Salud:

Artículo 49.- La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, coadyuvarán con las autoridades educativas competentes para la promoción y fomento de la constitución de colegios, asociaciones y organizaciones de profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, y estimularán su participación en el Sistema Nacional de Salud, como instancias éticas del ejercicio de las profesiones, promotoras de la superación permanente de sus miembros, así como consultoras de las autoridades sanitarias, cuando éstas lo requieran.

Código Civil Federal:

Artículo 2670.- Cuando varios individuos convinieren en reunirse, de manera que no sea enteramente transitoria, para realizar un fin común que no esté prohibido por la ley y que no tenga carácter preponderantemente económico, constituyen una asociación.

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.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos:

Artículo 5.- "... Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento, salvo el trabajo impuesto como pena por la autoridad judicial, el cual se ajustará a lo dispuesto en las fracciones I y II del artículo 123..."

Ley Federal del Trabajo:

Artículo 56.- "Las condiciones de trabajo en ningún caso podrán ser inferiores a las fijadas en esta Ley y deberán ser proporcionadas a la importancia de los servicios e iguales para trabajos iguales...".

Principales quejas de inconformidad en pacientes que recibieron atención odontológica según la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Las alteraciones estomatológicas tienen una alta incidencia de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en México se estima que el 90% de la población padece caries. ⁴⁹

De enero de 2001 a octubre de 2003, se analizaron 177 quejas relacionadas con la atención odontológicas que atendió la CONAMED, 63.3% correspondieron a mujeres y 36.7% a hombres. El grupo de edad más afectado fue el de 25-44 años (62 casos) con 35% de las quejas, el grupo de 45-64 años (60 casos) con 33.9% de las quejas, el grupo de 65 y más años (33 casos) con el 18.7% de las quejas, el grupo de 15-24 años (22 casos) con el 12.4% de las quejas. De servicios privados el 91% de quejas correspondió a 161 casos, de seguridad social el 8.5% de quejas correspondió a 15 casos y a los servicios públicos, el 5% correspondió a un sólo caso. Los motivos de queja más frecuentes estaban relacionados con el tratamiento en el 75.7% de los casos.

Los principales procedimientos realizados fueron: 25.6% de ORTODONCIA, 24.4% prótesis, 13.3% endodoncia, 12.2% exodoncia y el 24.5% a otros tratamientos. La principal modalidad de conclusión de las quejas fue la conciliación (53.1%). En un sub-análisis de (n=100) se identificó mala práctica en el 43% de los casos. Asimismo se identificaron problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente. Los factores identificados en las quejas, tales como la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, falsas expectativas de los pacientes y con el incumplimiento de obligaciones fueron considerados en las recomendaciones elaboradas. Las enfermedades de mayor incidencia en estomatología, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, son la caries dental y la enfermedad periodontal, de frecuencia media son anomalías cráneo-facio-dentales y maloclusiones, las de frecuencia variable son el cáncer oral, alteraciones de los tejidos dentales, traumatismos maxilofaciales y fluorosis dental. Por lo tanto, el modelo de atención para enfermedades bucales deberá sustentarse en el conocimiento de un complejo y dinámico conjunto de factores conocido como salud-enfermedad, así como sus aspectos preventivos para la correcta conservación de la estructura anatómico-funcional y prevención de enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana. ⁵⁰

Las alteraciones estomatológicas, por su alta incidencia, condicionan al incremento en el ausentismo escolar y laboral (ejemplo: la caries dental afecta al 90% de la población mexicana), rebasando, por su alto costo económico, la capacidad del sistema de salud y de la población. Los focos infecciosos en boca son factores de riesgo y predisponentes para la aparición de diversas enfermedades y alteraciones crónico-degenerativas que afectan la salud del individuo. Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medidas preventivas y a través de un diagnóstico temprano.

Por este motivo es necesario unificar y establecer criterios de atención a la salud bucal, con especial énfasis en la prevención, en los sectores privado y público. Así como mejorar la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población.

Menos del 5% de los individuos se ven libres del ataque de la caries dentaria, lo cual indica que posiblemente se trata de la enfermedad predominante de la humanidad. No es extraño, que el primer ataque de caries se produzca poco después de la erupción de los primeros órganos dentarios primarios. Estadísticamente, la predominancia de caries dental, suele expresarse mediante un índice llamado CPO, es decir, la suma del número de dientes permanentes con lesiones cariosas, el número de dientes extraídos y el número de dientes con restauración u obturados. En México, los individuos de 20 años de edad, presentan un promedio de casi 15 dientes atacados por caries dentaria. De tales dientes, sólo se han restaurado 6, mientras que un promedio de 5 órganos dentarios han sido extraídos. En los adultos mayores, aumenta el número de dientes perdidos por enfermedad periodontal, por consiguiente, se señala que por encima de los 50 años, faltan en promedio 20 dientes o más. Casi el 100% de la población mexicana manifiesta cierto grado de enfermedad periodontal destructiva crónica hacia los 45 años de edad. 50

A continuación se cita información relevante referente a otras patologías estomatológicas:

- 1.- El 80% de la población norteamericana padece enfermedad periodontal (gingivitis y periodontitis).
- 2.- El 13% de la población del Reino Unido, antes de cumplir los 21 años, ya ha perdido la totalidad de sus órganos dentarios.
- 3.- El 96% de la población mundial padece caries.
- 4.- El 90% de la población mexicana padece caries.
- 5.- La OMS considera a la caries y a la enfermedad periodontal, como dos de las afecciones de más alta incidencia a nivel mundial.
- 6.- El 50% de toda la población mundial presenta algún signo de disfunción de la articulación temporo-mandibular (proporción de mujeres-hombres 3:1).
- 7.- El 50% de niños sin maloclusión tienen malos hábitos que los inducen subsecuentemente.
- 8.- La prevalencia de la maloclusión en los Estados Unidos oscila entre el 60 y 65% (sólo el 35% posee oclusión normal). Maloclusión de causa desconocida 60%. Maloclusión de causa conocida 5%.
- 9.- En los Estados Unidos, el 100% de la población requiere asistir con el profesional de la salud bucal, el 40% lo hacen durante el año y sólo el 15% acude con regularidad.
- 10.- En los Estados Unidos, la proporción de curación de un cáncer oral no sobrepasa el 30%.

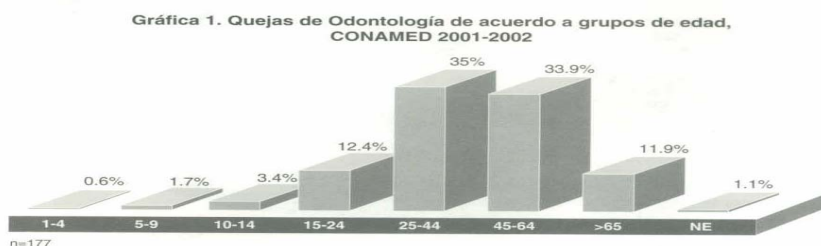
En México las estadísticas relacionadas con los servicios de odontología reportadas hasta 1999 señalan que los profesionales de la salud bucal se distribuyeron de la siguiente manera: 70.1% atienden a población abierta y 29.9% a población derechohabiente. Los profesionales de la salud bucal que atienden a población derechohabiente se distribuyen en las siguientes instituciones: IMSS (47%), ISSSTE (28%), SEDENA (14%) y el 11% restante corresponde a otras instituciones. 50

Los profesionales de la salud bucal que atienden a la población abierta corresponden a la Secretaría de Salud (55%) y el restante 45% a otras instituciones en donde se incluyen los servicios privados de odontología. A partir de las quejas recibidas

en la CONAMED y registradas en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED), se obtuvo la información sobre las quejas relacionadas con Odontología durante el período de enero del 2001 a octubre de 2002. Se analizó la información derivada del SAQMED de las siguientes variables: edad y género de los pacientes, tipo de institución en donde fue atendido, entidad federativa, tipo de procedimiento realizado, algunas características del profesional de la salud que lo atendió, el motivo de la queja y la modalidad de conclusión de cada caso. Posteriormente se analizó la Valoración Médica Integral (VMI), para obtener información más específica sobre los casos cuando esto fue posible. Para el análisis se empleó estadística descriptiva. Una vez concluido el estudio, éste fue sometido a validación externa, realizada por expertos del área de odontología, con la finalidad de analizar y consensar las recomendaciones elaboradas por la CONAMED. 50

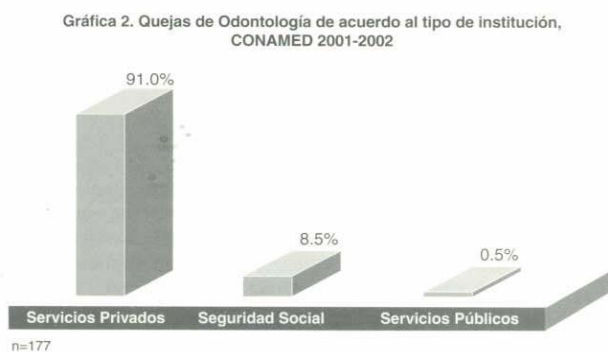
Se analizaron 177 quejas de pacientes del área de Odontología, de enero de 2001 a octubre de 2002, 114 (64.4%) correspondieron al primer año, y 63 (35.6%) al segundo. De acuerdo al género el 63.3% de las quejas correspondieron al femenino y el 36.7% al masculino.

La distribución de la edad de los pacientes por grupos fue la siguiente: el primer lugar fue para el grupo de 25-44 años con 62 casos (35.0%), el segundo lugar fue para el grupo de 45-64 años con 60 casos (33.9%), el tercer sitio fue para el grupo de 15-24 años con 22 casos (12.4%). Los porcentajes para los grupos de edad restantes se observan en la Gráfica 1.



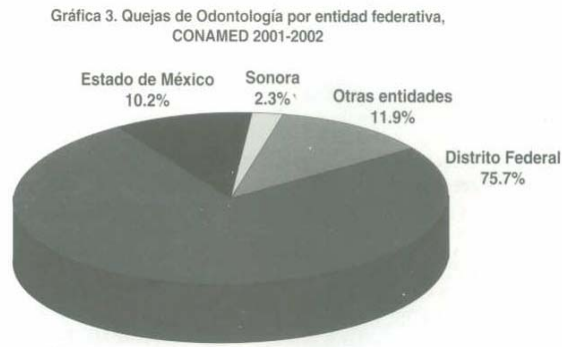
Fuente: Revista CONAMED, Vol. 8, Núm. 1, Enero-Marzo 2003.

De acuerdo al tipo de institución en donde recibieron la atención odontológica los casos se distribuyeron de la siguiente forma: en primer lugar los servicios privados con 161 casos (91%), en segundo lugar los de Seguridad Social con 15 casos (8.5%) y en último lugar los servicios públicos con un solo caso (0.5%). Gráfica 2.



Fuente: Revista CONAMED, Vol.8, Núm1 Enero-Marzo 2003.

Por entidad federativa la mayor parte de las quejas correspondieron al Distrito Federal, con 134 casos (75.7%), el segundo lugar fue para el Estado de México con 18 casos (10.2%), el tercero para Sonora con 4 casos (2.3%) y los 21 casos restantes (11.9%) correspondieron a otras entidades. Gráfica 3.



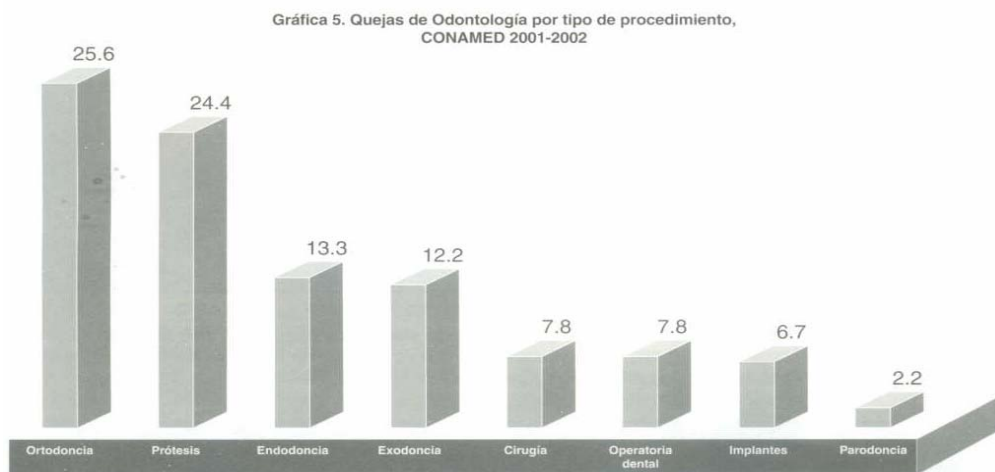
Fuente: Revista CONAMED, Vol.8, Núm1, Enero-Marzo 2003.

Los motivos de queja que refieren los pacientes están relacionados con el tratamiento de rehabilitación en el 75.5% de los casos, seguidos por quejas relacionadas con tratamiento quirúrgico con 15.8%, en tercer lugar los problemas originados en la relación dentista-paciente con 3.4%, el 1.1% correspondió a problemas en el diagnóstico, los problemas relacionados con los Auxiliares de Diagnóstico y Tratamiento fueron el 0.6% y finalmente el grupo de otros correspondió al 3.4% de las quejas. Gráfica 4. 50



Fuente: Revista CONAMED, Vol.8, Núm1, Enero-Marzo 2003

En cuanto al tipo de procedimiento realizado, se obtuvo información en 90 casos, los procedimientos realizados en orden decreciente fueron de ortodoncia (25.6%), prótesis (24.4%), endodoncia (13.3%), exodoncia (12.2%), cirugía bucal y maxilofacial, así como operatoria dental con 7.8% cada uno, implantes con 6.7% y parodoncia con 2.2%. Gráfica 5.



Fuente: Revista CONAMED, Vol.8, Núm.1 Enero-Marzo 2003.

Algunas características de los profesionales de la salud bucal que atendieron a los pacientes fueron: 28.0% del género femenino y 72.0% del masculino.

El rango de edad de los profesionales de la salud bucal que fueron motivo de queja por sus pacientes estuvo entre 27 y 62 años con el 41.7% (87 profesionales). La mayor parte de los profesionales de la salud bucal correspondieron al grupo de edad de 40-44 años con el 28.6% (24 profesionales), seguidos del grupo de 30-34 años con el 18.4% (16 profesionales), en tercer lugar los grupos de 35-39 y de 50-54 años con un 14.5% cada uno (13 profesionales), en cuarto lugar el grupo de 45-49 con 10.3% (9 profesionales) y en los últimos lugares los grupos de 25-29, 60-64 y 55-59 con 5.7%, 4.6% y 3.4% respectivamente (5, 4 y 3 profesionales).

Las principales modalidades de conclusión de las quejas de Odontología correspondieron a los siguientes tipos: el primer lugar fue para la conciliación (53.1%, 94 casos), el segundo lugar quejas enviadas a arbitraje (11.9%, 21 casos), en tercer lugar no conciliadas (11.3%, 20 casos) y, en cuarto lugar, falta de interés de alguna de las partes (10.7%, 19 casos). Durante este período el 13.0% (23 casos) no se habían concluido. 50

Al realizar el análisis de 177 casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en el 57% de los casos existió buena práctica y en el 43% hubo alguna deficiencia en la atención brindada desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por la CONAMED (manejo inadecuado o mala práctica).

En las quejas de Odontología se identifican problemas cuyo origen se encuentra en la falta de comunicación o problemas de comunicación en la relación del profesional de la salud bucal-paciente, como los problemas que se señalan a continuación: 50

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

Los casos de irregularidades con mayor frecuencia se citan a continuación:

En primer lugar, la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente que puede englobarse de la siguiente manera: maltrato al paciente, el profesional de la estomatología no se explica con términos accesibles para el usuario, no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado), se cae en inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio, así como la delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal y finalmente, la modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada

En segundo lugar, la emisión de falsas expectativas del profesional de la salud bucal hacia sus pacientes, reseñadas de la siguiente forma: uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas.

En tercer lugar, el incumplimiento de las siguientes obligaciones:

a) De medios. Ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado que se remiten en anulación del sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente, carencia de auxiliares de diagnóstico (estudios radiográficos, estudios de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico), así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.

b) De seguridad. Exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario, y

c) De resultados. Insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos a priori por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

En cuarto lugar, el desconocimiento del profesional de la salud bucal de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, que regulan la normatividad del ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con sus pacientes.

En quinto lugar, el anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.

En sexto lugar, matización de una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de intereses personales del profesional de la salud bucal a los del paciente, una ausencia de actualización profesional, al ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.

En el análisis de las quejas odontológicas recibidas ante la CONAMED, es importante enfatizar y destacar, que en nuestro País se cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado.

Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y por supuesto la inherente optimización de la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud. 50

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

Los datos que mostramos a continuación han sido proporcionados por la CONAMED a solicitud de nosotras, con la finalidad de informar el momento actual en el que se encuentran las estadísticas con relación a las demandas que se reciben en la misma Institución hasta enero de 2007 en el área de odontología:

Se informa que de acuerdo con los datos registrados en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED). Sistema de Estadística Institucional, durante el período Enero 2006 a Enero 2007, las inconformidades que ingresaron a la CONAMED relacionadas con el área de Odontología, mostraron el siguiente comportamiento:

**Inconformidades ingresadas en la CONAMED relacionadas con Odontología (materia)
2006 – Enero de 2007-04-01**

Especialidad	2006	Enero 2007	Total	%
Odontología (gral.)	115	7	122	83.0
Ortodoncia	14	2	16	10.9
Endodoncia	4	1	5	3.4
Periodoncia	2	0	2	1.4
Implantología dental	1	0	1	0.7
Prótesis	1	0	1	0.7
Total	137	10	147	100.0

Fuente: Sistema de Atención a Quejas Médicas (SAQMED) Sistema de Estadística Institucional.

En lo respecta al género y grupo de edad, se observó lo siguiente:

**Inconformidades Ingresadas en la CONAMED relacionadas con
Odontología (materia) por genero
2006 – Enero 2007**

Genero	N°	%
Femenino	102	69.4
Masculino	45	30.6
Total	147	100.0

Fuente: Sistema de Atención a Quejas Médicas (SAQMED) Sistema de Estadística Institucional.

**Inconformidades Ingresadas en la CONAMED relacionadas con
Odontología (materia) por Grupos de Edad
2006 – Enero 2007**

Grupo de Edad (años)	N°	%
5 a 14	4	2.7
15 a 14	16	10.9
25 a 34	20	13.6
35 a 44	25	17.0
45 a 49	14	9.5
50 a 54	11	7.5
55 a 64	25	17.0
65 y +	32	21.8
Total	147	100.0

Fuente: Sistema de Atención a Quejas Médicas (SAQMED) Sistema de Estadística Institucional.

En cuanto a las Instituciones Médicas Implicadas se aprecia lo siguiente:

**Inconformidades Ingresadas en la CONAMED relacionadas con
Odontología (materia) por institución Médica implicada
2006 – Enero 2007**

Institución Médica	N°	%
Servicios Médicos Privados	127	86.4
IMSS	7	4.8
ISSSTE	6	4.1
Serv. Méd. De Instituciones Universitarias	5	3.4
Asistencia Privada	1	0.7
Serv. Méd. del T. C. Metro	1	0.7
Total	147	100.0

Fuente: Sistema de Atención a Quejas Médicas (SAQMED) Sistema de Estadística Institucional.

Por ultimo en lo que concierne a las quejas concluidas por especialidad del caso durante el periodo de referencia, los resultados fueron como sigue:

**Quejas concluidas en la CONAMED, por especialidad del caso
2006 – Enero 2007**

Especialidad	2006	2007	Total
Odontología (grupo)	111	9	120
Odontología General	34	3	37
Prótesis	26	1	27
Prostodoncia	15	3	18
Ortodoncia	15	1	16
Endodoncia	13	1	14
Exodoncia	6	0	5
Implantología dental	3	0	3

Fuente: Sistema de Atención a Quejas Médicas (SAQMED) Sistema de Estadística Institucional.

Como nos hemos dado cuenta, las inconformidades ingresadas en la CONAMED relacionadas con odontología del año 2006 a enero del 2007, la odontología general es la especialidad que mayor número de demandas ha recibido la Institución, con el total de 122 casos de 147. La ortodoncia bajo sus cifras considerablemente a 16 casos de un total de 122.

El sexo femenino fue el más demandante con 102 casos de 147.

Las personas de 65 años y más de edad fueron las más afectadas por este servicio. Y los Servicios Médicos Privados tuvieron 127 demandas de 147.

Las conciliaciones en la odontología general fueron de 37 y en ortodoncia hubo 16 de un total de 120.

Cabe mencionar que cuando iniciamos nuestro trabajo, las cifras se encontraban a favor de la ortodoncia, y por así convenir a nuestro proyecto, fueron utilizadas.

Por tal motivo, mostramos las actuales cifras estadísticas, para observar en ellas el cambio de denuncias y de especialidades demandadas, así como el alarmante aumento hacia la práctica general, motivo por el cuál debemos prestar atención y tomar medidas precautorias.

La actual información puede ser consultada a través de la página de la CONAMED solicitada por nosotras a la siguiente dirección:

<http://www.sisi.org.mx> con el siguiente folio: 4220700001307.

LA ORTODONCIA COMO RAMA DE LA ODONTOLOGÍA

A partir de este tema nos enfocaremos a la Ortodoncia que es una rama de la Odontología, su historia, los personajes que intervinieron en ella, su origen y evolución, y la descripción de los Períodos del Concepto Médico, Biológico hasta el actual. Y en el siguiente tema presentamos el caso clínico, motivo de la denuncia penal ante la autoridad ministerial.

Antecedentes

Concepto: Etimológicamente "ortodoncia" procede de un término introducido por Defoulon, en 1841, derivado de los vocablos griegos orto (recto) y odóntos (diente), y que traduce su propósito de corregir las irregularidades en las posiciones dentarias.⁵¹

La Odontología en México tiene una historia muy amplia, ya que se remonta a la época Pre-Cortesiana. Sin embargo, no existe documentación al respecto. Las poquísimas obras publicadas se concentran fundamentalmente a estudios antropológicos y aspectos rituales de las mutilaciones dentarias. No existen fuentes de información sobre la época virreynal del México independiente, ni tampoco de la época Moderna, ni Contemporánea. Mucho más difícil aún es indagar sobre los antecedentes de la Ortodoncia.

Como datos sobresalientes podemos decir que en 1823 Parrott, publicó un folleto de divulgación popular en el que se hablaba de las irregularidades de los dientes. En 1824 Ricardo LePreux, "el examinador" de los barberos en México publicó un folleto en el que trataba sobre el medio de alinear los dientes con limas. (Como dato cabe recordar que el origen de los dentistas fueron los barberos).

En realidad hasta 1894 aparece en México a la luz pública la primera obra sobre Odontología con bases científicas. Y como dato curioso cabe mencionar que esta obra no fue escrita por un Dentista si no por un Maestro de Escuela de Comitán, Chiapas. El Prof. Mariano N. Ruiz. En ella se tratan por primera vez en México temas de verdadera orientación ORTODONCICA sobre etiología, prevención y tratamientos de las anomalías de posición dentarias. Recomendando que los tratamientos deban iniciarse en cuanto se descubran las anomalías y eliminando las causas que las producen. El folleto titulado: "La Dentadura natural y artificial, manera de conservarla y repararla", fue escrito como todos los de su época para divulgación popular. Pero llama la atención que en él se traten temas tan importantes como la caries, el flúor, los azúcares y los hábitos perniciosos de la boca, principalmente la succión del dedo y la manera de eliminarlos. (Datos que se escuchan en la actualidad y que fueron dichos hace cien años).

En 1904 se funda el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental como una rama de la Escuela de Medicina de México. Y en 1908 se presentan las dos primeras tesis sobre temas de Ortodoncia, la de Alejandro Cabrera sobre "Aparatos para Regularizar Dientes" y la de Manuel Correa "Aparatos de Retención para Dientes Regularizados".

Desde 1904 hasta 1940 la ortodoncia fue incluida en todos los planes de estudio en forma más o menos discreta y enseñada con titubeos por falta de profesores capacitados. Primero en el Consultorio Nacional de Enseñanza Dental 1904, y luego en la Escuela Nacional de Enseñanza Dental 1920 y después en la Escuela Nacional de Odontología 1940 y luego hasta llegar a la Facultad de Odontología en 1973.

En 1941 siendo el Director de La Escuela Nacional de Odontología, Dr. Aurelio Galindo, se aprueba un plan de estudio de 5 años para la carrera de Cirujano Dentista y la Ortodoncia queda finalmente cimentada como Cátedra obligatoria en el 5° año de la carrera, siendo designado para impartir la materia El C. D. Miguel Díaz Mercado, quien da a la enseñanza de la Ortodoncia el verdadero impulso científico al traer en aquel entonces los adelantos del Dr. Angle (USA).

En 1960 siendo Director de la Escuela Nacional de Odontología el Dr. Ignacio Reynoso Obregón se convoca públicamente al primer Examen de Oposición Abierto a la Cátedra de Ortodoncia y después de las pruebas efectuadas durante una semana el Dr. Jesús A. Sarabia Aguilar es el primer Profesor Titular Definitivo por Oposición a la Cátedra de Ortodoncia en la Historia de la Facultad de Odontología.

En 1966 siendo Director de La Escuela Nacional de Odontología El Dr. Jesús A. Sarabia, se aprueba un nuevo plan de estudios para efectuarse una verdadera Reforma Académica al cambiarse radicalmente los viejos sistemas de enseñanza que se caracterizaban por ser fundamentalmente teóricos. Se adopta un Plan de Estudios de 10 Semestres de cursos intensivos que equilibraban los programas, se nivela la enseñanza teórico-práctica y se establece el Plan de Créditos por asignatura. Se eliminaron asignaturas obsoletas y se crearon otras nuevas como Clínica Integral, Medicina Estomatológica, Cirugía Maxilofacial, Materias Optativas Básicas, Clínicas Técnicas y Culturales y se impulsa la Enseñanza Hospitalaria al impartirse la Cirugía Maxilofacial en diversos Hospitales de la Ciudad y la Cátedra de ORTODONCIA queda incluida en el 8° y 9° semestres de la carrera de Cirujano Dentista, impartándose con un total de 7 horas y media a la semana en cada semestre. Distribuidas en teoría, práctica y clínica con diversos temas y se exigía al alumno el resolver 3 casos diferentes de tratamientos interseptivos para tener derecho a examen final y se les concedía el terminar dichos casos en el 10° semestre y último de la carrera de Cirujano Dentista en la Clínica Integral (Tratamientos sencillos y funcionales durante el curso).

Esa Reforma Académica de la Escuela Nacional de Odontología determinó la creación de la División de Estudios Superiores (Hoy en día División de Postgrado e Investigación), la División de Investigación Clínica, los Departamentos de Materiales Dentales, Odontología Preventiva y Social de Recursos Audiovisuales para la Enseñanza, Fotografía Clínica, Filmoteca y Televisión. Y durante el 1° Congreso Nacional de Enseñanza de la Odontología efectuado en Diciembre de 1968 se da a conocer el proyecto de Las Clínicas Periféricas que eran para Servicio Social del Alumno cimentándose así las bases académica, científicas y administrativas y sociales para dar el paso inminente de Escuela a Facultad.

En 1967 en aquel entonces la División de Estudios Superiores de Odontología pasa a formar parte integrante del Consejo de Estudios Superiores de Facultades y Escuelas de la UNAM y al ser aprobadas por unanimidad por el H. Consejo Universitario los

primeros cursos de postgrado en la historia de la Odontología Mexicana que fueron los de ORTODONCIA y Parodontia.

Antes de esa fecha varios habían sido los intentos para impartir cursos superiores de ortodoncia para Graduados en la Escuela Nacional de Odontología con reconocimiento oficial de la Universidad habiendo fracasado todos ellos, al no poder ajustarse a lo establecido en la legislación Universitaria, destaca el impartido por el Dr. Ernest H. Hixon Profesor de Ortodoncia de la Universidad de Iowa, USA en 1961. Invitado por la Asociación Mexicana de Ortodoncia, para impartir un Curso de 2 años de duración exclusivamente para miembros de dicha agrupación, solicitando las instalaciones de la Escuela Nacional de Odontología ante la dificultad para conseguir un local adecuado para efectuarlo y siendo entonces el Director Dr. Ignacio Reynoso Obregón giró instrucciones para que se habilitara una pequeña aula con 4 sillones y un laboratorio dedicados para tal fin.

Fuera del aula universitaria la Ortodoncia en México ha ampliado enormemente sus horizontes cuando se creó el grupo de estudios de ortodoncia en 1974 que dio origen en 1979 a la creación de la Asociación Mexicana de Ortodoncia A.C. por un grupo de egresados de la Facultad de Odontología que tubo interés en que existiera en México una Asociación dedicada a divulgar dichos conocimientos correctamente trabajando sin interrupción desde 1979 a la fecha difundiendo la Ortodoncia por los más notables y prestigiados Especialistas del mundo siendo el pilar y columna vertebral de esta especialidad en la República Mexicana.

A continuación se describen las diferentes épocas de la Ortodoncia:

En la época primitiva: (CHINA, JAPÓN, EGIPTO, FENICIA) se encuentran referencias de enfermedades dentales, extracciones, restauraciones y cavidades con fines curativos u ornamentales. En Grecia destacaron Hipócrates, Aristóteles y Solón. Se hacen los primeros estudios acerca de la erupción, función, colocación y tratamiento dental. En Roma (época cristiana: Galeno, Plinio, Horacio), Celso preconizó la extracción de los dientes temporales cuando producen desviación de los permanentes y aconseja guiar éstos a su sitio por medio de presión ejercida por los dedos. Albucasis (936-1013) creó el primer instrumento ortodóntico que es una pequeña lima, en forma de pico de ave, con punta muy aguda, para desgastar dientes mal colocados y permitir que cupieran en las arcadas.

En la Época de Fauchard hasta Hunter (1728-1803). Pierre Fauchard (1728) en su libro LE CHIRUGIEN DENTISTE describe el primer aparato de ortodoncia; era una pequeña banda metálica con perforaciones que permiten el paso de hilos para sujetarla a los dientes vecinos al diente desviado. Se podía colocar por lingual o vestibular. Etienne Bourdet (1757). Creó un aparato similar al anterior, pero de mayor extensión. En casos de prognatismos indicó la extracción, ya que con ello detenía el crecimiento óseo. John Hunter (1771) se refiere, en su obra HISTORY OF DE HUMAN TEETH, a la oclusión dentaria y la reabsorción de los dientes temporales, y explica que los dientes posteriores inferiores van obteniendo espacio en el arco dentario gracias a la reabsorción del borde anterior de la rama ascendente de la mandíbula.

Época de FOX hasta DELABARRE (1803-1819). Joseph Fox (1803) describe en The Natural History of the Human Teeth un aparato parecido a los anteriores, con la banda

construida en oro, también perforada y además sujeta a ella dos bloques de marfil a la altura de los molares para levantar la oclusión.

L.J. CATALAN en 1808 generalizó el principio del plano inclinado, con un aparato inferior, formada por una lámina metálica vestibular y prolongaciones soldadas en su parte anterior para el descruzamiento de mordida anterior.

CRISTOBAL FCO. DELABARRE, en 1819 ideó una criba de alambre, se sostenía en los molares por su propia elasticidad, empleándola para elevar la oclusión. También fue un precursor en la corrección de rotaciones, mediante una banda sujeta en el diente, con un tubo en el cual entraba un resorte (elemento activo).

Época de Delabarre hasta Lefoulon (1819-1839). Maury (1828) diseñó unos ganchos pequeños en forma de S, para impedir que las ligaduras se incrusten en las encías. Thomas Bell en ese mismo año modifica el aparato de Fox utilizando cofias de oro en los molares en lugar de los bloques de marfil, lo que reducía el tamaño e incomodidad del dispositivo. Federico Cristóbal Kneisel (1836) diseña una cubeta de impresiones muy similar a las actuales y obtenía modelos en yeso con impresiones en cera. Modificó el plano inclinado empleando láminas individuales soldadas a cofias colocadas en el diente lingualizado y en el antagonista. C.J. Linderer (1807) clasificó por primera vez las posiciones en que se podían mover los dientes: hacia adentro, hacia los lados y movimiento de rotación, los cuales también pueden ser combinados.

Época de Lefoulon hasta Farrar (1839-1875). Pedro Joaquín Lefoulon, en 1840 en su obra *Nouveau Traité de l' Art du Dentiste*, refiere al tratamiento de las irregularidades dentarias denominándolo *Orthopédie Denaire* y *Orthodontosie*, y lo definió como el "Tratamiento de las deformidades congénitas y accidentales de la boca". Por lo, tanto es el primer autor en usar el término que designa a esta ciencia. Condenó la extracción dentaria como medio correctivo. Sustentó que los dientes pueden alinearse bien en los arcos dentarios ya que éstos son extensibles. Diseñó el primer arco lingual para expansión transversal en las arcadas; al mismo tiempo utilizaba un arco vestibular cuando quería ejercer una fuerza "concéntrica". J. M. A. Schange en 1841 publica una de las primeras clasificaciones de anomalías dentarias y destaca la necesidad de la retención. En sus aparatos en forma de criba emplea por primera vez la fuerza de gomas elásticas para retraer incisivos.

Désirabode, en 1843, empleó por primera vez un arco vestibular unido a un arco lingual en las bandas de anclaje. Comparación de modelos de yeso antes-después. Señaló como causas de malposición dentaria la desproporción de dientes y arcadas, el retraso en la caída de los temporales, supernumerarios, y la presión ejercida por los labios y la lengua en el mantenimiento del equilibrio bucal. Tanto Désirabode como otros contemporáneos (Schange, J.D. White, T.W.Evans), desarrollan las primeras bandas de anclaje y Evans, en 1854, suelda a la banda del molar un tubo vestibular para que reciba el arco de regulación. Esta es la primera banda moderna. Norman W. Kingsley en 1858 menciona el "salto de la articulación", refiriéndose al cambio en la relación mesiodistal de los dientes posteriores, logrado con aparatos intraorales accionados con gomas elásticas con anclaje extraoral, que ejercían su presión en los incisivos superiores.

Walter H. Coffin, en 1872, diseña una placa dividida en dos mitades, unida por una cuerda de piano en forma de "M", la cual actúa como resorte y va separando las dos partes del aparato, produciendo la expansión. John Nutting Farrar, en 1875, fue el precursor de fuerzas intermitentes en ortodoncia ya que consideró que se ajustaban más a las leyes fisiológicas durante el movimiento dentario. Ideó aparatos metálicos con tornillos y tuercas, para conseguir los distintos movimientos dentarios en lugar de gomas elásticas, las cuales pensaba eran molestas al paciente y peligrosas para las estructuras dentarias.

Época de Angle. Siglo XX. Edward H. Angle es considerado el Padre de la Ortodoncia, pues en 1900 fundó en San Louis la primera escuela de especialidad en Ortodoncia, además fundó la American Society Of Orthodontist y la revista The American Orthodontist. Su libro, Malocclusion of de teeth, definió ortodoncia como "la ciencia que tiene por objeto la corrección de las maloclusiones de los dientes". Agrupó de forma general las anomalías de la oclusión en sus tres célebres clases, la cual se extendió y permanece hasta nuestros días. Su aportación más importante fue ofrecer a la ortodoncia una serie de dispositivos cada vez más perfeccionados hasta llegar al arco de canto cuyos principios permanecen actualmente.

El objetivo primitivo de esta especialidad fue fundamentalmente estético y desde sus primeros tiempos se aplicaba sobre dientes recién erupcionados, por ser los que más fácilmente responden a las fuerzas ortodóncicas. Así, principalmente preocupaban las piezas anteriores por ser las más visibles. Pero muchas veces no era posible colocar en posición estos órganos dentarios anteriores solamente, por lo que el clínico comienza a preocuparse del arco dentario completo.

Pronto entró en juego otra denominación, "ortopedia" que deriva de los vocablos griegos orto (recto) y paidos (niño). Este término se refiere a los tratamientos que se realizan en niños. Ortodoncia y ortopedia son términos paralelos que se aplican a una especialidad inicialmente dentaria, pero que bien pronto se ocupó de la modificación de los maxilares como base de implantación de los dientes. Ante la irregularidad dentaria, por la compresión y el apiñamiento, era necesario ensanchar los maxilares para disponer de suficiente sitio para alinear los dientes.

Chapin Harris, en su diccionario de ciencia dental, definió ortodoncia como "la parte de la cirugía dental que tiene como objeto el tratamiento de las irregularidades de los dientes"; y como ortopedia, "relacionada con el tratamiento de las irregularidades de los maxilares".

Las correcciones ortopédicas potenciaron la exigencia de conocer cómo evolucionaban los maxilares con el fin de guiar terapéuticamente el crecimiento óseo y la erupción dentaria. Tanto es así que Delabarre, en 1918, proponía un tipo especial de médico que dedicara su atención al desarrollo de la boca y a la corrección de las irregularidades posicionales. Los estudios sobre el crecimiento maxilar y mandibular proliferaron en la segunda mitad del siglo XIX y las correcciones ortodóncicas se hicieron cada vez más ortopédicas en su enfoque terapéutico.

El concepto introducido por Angle de oclusión dentaria marcó un hito en la historia de la especialidad al definir un objetivo concreto para la corrección ortodóncica. En el

ánimo del clínico estaba el mejorar la condición de ajuste y relación dentaria buscando que el funcionalismo oclusal estimulara el crecimiento y desarrollo de los maxilares, para así mejorar el aspecto facial. Las maloclusiones dentarias, definidas y clasificadas por Angle, deformaban muchas veces la cara del niño, que en su aspecto externo revelaba un defecto generalizado en la implantación dentaria. Desde entonces, la ortodoncia persigue tanto el alineamiento de los dientes como el equilibrio y la belleza del rostro humano. De ahí la certera denominación de “ortopedia dento-facial” introducida por Izard.

También la corrección ortodóncica cobró una proyección profiláctica, ya que la remoción de la placa bacteriana y de restos alimenticios es difícilmente realizable cuando los dientes están mal alineados y apiñados. Por lo tanto, perdió parte de su preocupación estética para cualificarse como especialidad preventiva de las odonto y parodontopatías destructivas.

La ortodoncia es responsable de la supervisión, cuidado y corrección de las estructuras dentofaciales incluyendo aquellas condiciones que requieran el movimiento dentario o la corrección de malformaciones óseas afines. El ejercicio de la ortodoncia incluye el diagnóstico, prevención, intercepción y tratamiento de todas las formas clínicas de maloclusión y anomalías óseas circundantes. También se ocupa del diseño, aplicación y control de la aparatología terapéutica así como del cuidado y guía de la dentición y estructuras de soporte con el fin de obtener y mantener unas relaciones dentoesqueléticas óptimas en equilibrio funcional y estético con las estructuras cráneo-faciales.

Por lo tanto, el objetivo de la ortodoncia es la salud integral del aparato estomatognático.

Origen y evolución de la ortodoncia

En el origen y evolución de la ortodoncia distinguimos cuatro períodos:

Período pragmático: En Roma, Celsio proponía ejercer presión digital sobre las piezas dentarias que salían desviadas para enderezar su posición y hacerlas entrar en correcto alineamiento.

Celso recomendaba la exodoncia del diente temporal causante del problema. Cayo Plinio proponía limar aquellos dientes que sobresalían para igualarlos todos y mejorar la estética. Abulcasis preconizaba la reducción del diámetro mesiodistal para aumentar el espacio en la arcada (a este procedimiento se le conoce como stripping).

Desde mucho tiempo atrás aparecen alusiones a la importancia de la posición de los dientes en la estética de la boca, aunque el único objetivo se centra en alineamiento dentario a costa de los procedimientos más mecanicistas y cruentos. Inicialmente se intentaba cambiar la posición dentaria luxando la pieza y llevarla de forma forzada a su posición correcta, aunque pronto se comprendió la peligrosidad de la operación y la ventaja de desplazar el diente lentamente por procedimientos mecánicos.

Así Fauchard, en su libro “Tratamiento de las Irregularidades dentarias” recoge los primeros aparatos ortodóncicos que perseguían mejorar la estética de los dientes. En ese momento se inicia en la era moderna la ortodoncia clínica, cuyas bases y fundamentos científicos serían definidos por John Hunter en su obra “Tratado práctico de las enfermedades de los dientes”.

Fox preconizó el aumento del espacio de reposo. Si no era suficiente colocaba coronas para levantar la mordida. De esta manera surge una premisa en Ortodoncia y es que para mover un diente hay que quitar el impedimento que neutraliza las fuerzas (quitar el obstáculo).

También se comienza en este período a hablar de los hábitos, Fuller y Lefoulon hablan de cómo controlarlos y tratarlos.

Lintott advierte que no se deben realizar extracciones prematuras de los dientes temporales. No dice que no se deban de realizar sino que éstas deben hacerse a su debido tiempo.

Período del Concepto Médico: Bajo el liderazgo de Angle, la ortodoncia se va configurando con las dimensiones científicas que hoy la caracterizan. Fundó la primera escuela de ortodoncia.

En este período se considera la anomalía en el alineamiento y la posición dentaria como una enfermedad que tiene una etiología y necesita de un diagnóstico y tratamiento como el resto de las entidades patógenas de otras partes del organismo. A esa enfermedad Angle la denomina “maloclusión dentaria”. Describe la oclusión normal y clasifica las maloclusiones.

Angle establece un nuevo concepto de ortodoncia: “la ortodoncia es una ciencia médica que tiene por objeto el estudio y tratamiento de la maloclusión de los dientes. La oclusión es la base de la ciencia de la ortodoncia y se la describe como la relación normal de los planos inclinados dentarios cuando los maxilares se hallan en contacto mutuo. El mejor equilibrio y armonía de la boca con el resto de la cara sólo se consigue con una oclusión normal”. Con esta definición se comienza a dejar de lado el simple intento corrector de los dientes anteriores por motivos estéticos para pasar al concepto de maloclusión como anomalía en la interrelación del conjunto de la dentición. Como consecuencia de todo lo anterior surgen los primeros especialistas odontólogos que se dedican en exclusividad al tratamiento de las dismorfías oclusales y en cuyo cometido se considera debidamente la relación de los dientes con los maxilares, la lengua, las mejillas y la musculatura masticatoria.

El ortodoncista se convierte en el especialista que, sin olvidar ni menospreciar el parámetro estético, persigue la normalización del conjunto oclusal como pilar básico del equilibrio y salud del aparato masticatorio. En este período destacaron otros autores además de Angle, como Tomes que hablaba de los dientes como generadores de hueso y del equilibrio de fuerzas entre lengua y labios.

También destacó Farrar quien describió las fuerzas que debemos usar en ortodoncia, la teoría de que las fuerzas intermitentes son fisiológicamente más efectivas (fuerzas con períodos de recuperación). Bonwil describe los principios biomecánicos del aparato estomatognático. Oppenheim estudia cambios en el hueso durante el movimiento dentario.

Período del Concepto Biológico: La maloclusión comienza a considerarse como un fallo o desequilibrio en el crecimiento y desarrollo maxilofacial. El esqueleto facial es objeto de especial interés en la interpretación, pronóstico y tratamiento de la

maloclusión dentaria y el estudio del crecimiento óseo protagoniza el afán científico de clínicos e investigadores.

La aplicación de la técnica telerradiográfica para el estudio del crecimiento cráneo facial supone un paso gigantesco en la historia de la especialidad, con un cambio sustancial de la actitud diagnóstica y terapéutica al permitir cuantificar la posición dentaria, el tamaño óseo y la integración morfológica de los huesos faciales en los casos de maloclusión. Broadbent y Hofrath hacen hincapié en la importancia de la telerradiografía.

La ortodoncia se hace más ortopédica en sus objetivos y en sus medios terapéuticos. Las anomalías maloclusivas son consideradas como signos dentales de interferencias en el desarrollo facial en cuya etiología intervienen el patrón morfogenético, causas ambientales y factores sistémicos que inciden en la fisiopatología ósea. Stockard es el primero en decir que las maloclusiones tienen cierto carácter genético.

La oclusión dentaria es conceptualmente despojada de ciertos matices excesivamente mecanicistas y queda biológicamente integrada en el marco esquelético facial. En este período abundan las referencias a las maloclusiones dentales, óseas o musculares porque los medios diagnósticos permiten identificar mejor la localización de la anomalía facilitado una labor correctiva específicamente dirigida hacia el factor etiológico responsable.

Período Actual: La estomatología contemporánea se caracteriza por un renovado interés por la oclusión, que constituye el terreno común de la prótesis, la periodoncia, la odontología conservadora, la cirugía y la ortodoncia. La preocupación por mejorar las relaciones dentarias arranca de principio de siglo, pero la revitalización actual es fruto del progreso de la gnatología (ciencia que se ocupa de la dinámica oclusal). La oclusión estática descrita por Angle cobra un carácter dinámico. Se comienzan a estudiar las relaciones dentarias y la posición de los cóndilos mandibulares en el interior de las fosas glenoideas en distintas partes del ciclo masticatorio. El binomio oclusión-ATM (articulación temporomandibular), se considera muy importante en este período. Por lo tanto, se añade un factor más, además de conseguir un engranaje correcto de los dientes se debe respetar la posición condilar para así no provocar ninguna patología de la ATM.

La cefalometría se convierte en un elemento clínico de primera magnitud. Comienzan a aparecer nuevos materiales como el cromo-niquel, niquel-titanio, titanio, entre otros. Se comienzan a realizar tratamientos ortodóncicos en adultos, combinándolos con cirugía ortognática o reconstrucciones protésicas.

Dentro de la propia ortodoncia se distinguen tres tipos: preventiva (responsabilidad del odontólogo), interceptiva (responsabilidad del odontopediatra) y correctiva (responsabilidad del ortodoncista).

Los tratamientos pueden realizarse a cualquier edad. Las posibilidades son cada vez mayores y las limitaciones cada vez menores. 52

ESTUDIO DE UN CASO CLÍNICO

En este tema presentamos la historia clínica general y de ortodoncia de la paciente realizada por un Cirujano Dentista titulado y especialista en Ortodoncia, quien al valorar ortodónticamente a la paciente, describe las condiciones en que se encontraba hasta ese momento. Incluimos los auxiliares de diagnóstico en los que se apoyó y las demandas que se levantaron en contra del Cirujano Dentista que aplicó el primer tratamiento de ortodoncia.

- 1.- Historia Clínica General y de Ortodoncia.
- 2.- Fotografías de la paciente en posición de:
 - a) Frente.
 - b) Perfil.
(Interpretadas)
- 3.- Fotografías de cavidad oral interna y externa:
 - a) Con aparatología fija.
- 4.- Fotografías de los modelos de estudio en yeso.
(Interpretadas)
- 5.- Estudio radiográfico que comprende:
 - a) Radiografía lateral de cráneo.
 - b) Ortopantomografía.
(Interpretadas)
- 6.- Diagnóstico y tratamiento.
(Elaborado por el especialista).
- 7.- La declaración de la ofendida ante el Ministerio Público
(Documento acreditado)
- 8.- La declaración del testigo Cirujano Dentista
con especialidad en Ortodoncia.
(Documento acreditado)
- 9.- Documentos oficiales que siguen la evolución del caso hasta este momento.
(Acreditados)

HISTORIA CLÍNICA GENERAL

FECHA: 20 de Abril del 2005.

Nombre del Paciente L. P.V. Edad 28 años Sexo F Religión Católica.

Lugar y Fecha de Nacimiento D.F. 04-08-76 Estado Civil Soltera. Ocupación Empleada.

Motivo de la Consulta Valoración y Tratamiento Otodontico

T.A. 120/80 F.R. 16xmin. F.C. 72xmin. TEMP. 37° PESO 53 kg TALLA 1.57

Antecedentes Heredofamiliares: Cardiovascular-abuela paterna. Diabetes- abuela materna.

Antecedentes Personales no Patológicos: No refiere datos patológicos-vivienda con todos servicios

Antecedentes Personales Patológicos: Inmunizaciones completas

Alergia a Medicamentos: No Especifique: _____

Alergias a Alimentos: No Especifique: _____

Ha recibido Anestesia Dental: Si Ha presentado algún problema: No Especifique: _____

ADICIONES: Tabaco Alcohol Diazepam Solventes Cocaína Imipramina Marihuana Crack otro especifique: Ninguno.

Medicamentos utilizados cobdianamente: Por el momento no utiliza.

_____, Frecuencia de Uso: _____ Motivo: _____

Padecimiento actual: Refiere adelantamiento de Perfil, inclinación dental hacia adelante y falta sellado labial.

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS:

Digestivo Respiratorio Circulatorio Urinario Genital Nervioso Organos de los Sentidos

Describe: Al parecer sin compromiso sistémico hasta el momento.

Terapéutica empleada: _____

Inspección General: _____

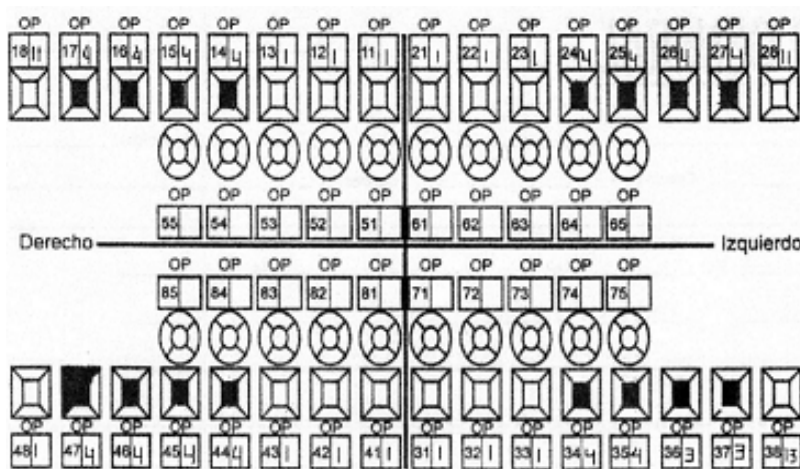
Cabeza Cuello Torax Abdomen Tacto Rectal y Vaginal Extremidades

Impresión Diagnóstica: Paciente aparentemente sano

Exploración de Articulación Temporomandibular: Chasquido en ambos lados a la apertura. Apertura Máxima: Normal

Exploración Intraoral (Describe solo anomalidades): Ninguna.

Glandulas Salivales (Describe solo anomalidades): Ninguna.



COANTOGRAMA
INSTRUCCIONES: Marque con rojo las caras con lesiones cariosas y con azul las obtusas. En los cuadros superiores e inferiores coloque el código correspondiente de CPOD, casod.
CPOD **CEO**
PERMANENTES **TEMPORALES**
 1. SANO A
 2. CARIADO B
 3. OBTURADO CON CARIAS C
 4. OBTURADO SIN CARIAS D
 5. PERDIDO E
 6. PERDIDO POR OTRA RAZON E
 7. SELLADOR / BARNIZ F
 8. APOYO PUENTE F
 9. O CORONA G
 10. ERUPCIONADO G
 11. EXCLUIDO
 12. PRÓTESIS
 13. OTROS

Examen de Laboratorio (especificar): Ninguno.

Estudios Radiograficos (especificar): Ortopantomografía y Lateral de cráneo. Modelos de estudio y fotografías completas.

Diagnostico Integral: Lesiones cariosas de primer grado en piezas 36 y 37. Chasquido bilateral en Articulación Temporomandibular.

Pronostico: Favorable.

Citas	Terapéutica Odontológica	Costo Total del Tratamiento	A cuenta	Fecha	Saldo
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

L.P.V.
 Nombre y Firma de Conformidad del Paciente o Responsable

20 de Abril del 2005.
 Fecha

HISTORIA CLÍNICA DE ORTODONCIA.

Fecha de trazo: **20 de Abril del 2005.**

Paciente: L.P.V. Edad: 28 años.

Dirección: _____ Teléfono: _____

EXAMEN BUCAL.

Oclusión de molares y caninos: Der. I / II. Izq. I / II.

Oclusión cruzada posterior: No hay. **Oclusión cruzada anterior:** No

Sobremordida Vertical (mm): 1 mm Sobremordida horizontal (mm): 1 mm.

Mordida Abierta (mm): No Tipo de Hábito:

Línea media: Superior desviada derecha. Inferior: simétrica.

Higiene bucal: Buena. Estado Parodontal: Bueno.

EXAMEN DE LA CARA.

Perfil: () Cóncavo. () Recto. (**X**) Convexo.

De frente: (**X**) Simétrico. () Asimétrico.

EXAMEN RADIOGRÁFICO.

Ausentes congénitamente: No Supernumerarios: No. Malformados: No

Quistes: No. Lesiones Periapicales: No. Incluidos: No.

Raíces anormales: No. Resorción radicular: No. 3º molares: 38.

Caries: 36 y 37. Otros: Restauraciones inadecuadas.

Motivo de la consulta: **Con fecha 20 veinte de Abril del año 2005 dos mil cinco, se presenta paciente femenino de 28 años de edad, refiriendo que su Dentista anterior le realizó tratamiento ortodóntico de 5 años de duración sin apoyarse en auxiliares de diagnóstico previos para dicho tratamiento; así como una Endodoncia en el 36 con duración de 1 un año; extracciones del 18, 28, y 48 apoyándose en radiografías periapicales para las mismas ; y saneamiento básico en general, pero que ella se dio cuenta que su perfil labial sufrió daños pues se encontraba adelantada su porción bucal.**

Diagnóstico: **Paciente femenino de 28 años de edad, dolicocefala, con crecimiento cw, perfil convexo, retrógnata, biproclinación y biprotusión dentoalveolar, clase I molar bilateral, clase II canina bilateral, sobreexpansión en arcada superior e inferior, línea media superior desviada hacia la derecha, presencia de tercer molar (38) en posición horizontal, restauraciones inadecuadas, apiñamiento ligero; y biproquelia.**

Por dicho de la paciente y apoyados en los auxiliares de diagnóstico realizados en ésta clínica, se confirma que la paciente, presenta una iatrogenia a causa de un tratamiento prolongado e inadecuado de ortodoncia.

Plan de tratamiento: **Ortodóntico:**

Extracción de primeros premolares superiores e inferiores; colocación de bandas y tubos en primeros molares superiores e inferiores; colocación de aparatología fija (brackets), con técnica Tip-Edge.

Plan de retención: Tratamiento a 24 meses como mínimo. Al término de éste se colocará placa circunferencial superior y spring-aliner en arcada inferior.

Pronóstico: Favorable.

STEINER.

SNA	82°	82°
SNB	80°	74°
ANB	2°	8°
SND	76°	72°
1-NA mm.	4 mm.	8 mm
1-NA°	22°	28°
1-NB mm.	4 mm.	14 mm
1-NB °	25°	42°
Po-NB	--	0
Po & NB dif.	--	14
> Interincisal	131°	103°
Oc-SN	14°	18°
GoGn-SN	32°	44°
SL mm	51°	18°
SE mm	22°	29°

JARABAK.

	63-64%	58%
>S	123 (5)	124
> Ar	143 (5)	162
>Go	130 (5)	120
>Go Sup.	55 (3)	39
>Go Inf.	75 (3)	81
Resultante	396	406
1- GoGn	90 (5)	104
1-SN	103 (5)	110
SNA	80 (5)	81
SNB	78 (5)	74
ANB	2	7
AFA mm	-----	123
AFP mm	-----	72
LCM mm	71 (3)	70
LBCA mm	71 (3)	59
LBCP mm	32 (3)	32

Línea Estética de Ricketts.

Superior	0-2	+ 1
Inferior	0+2	+ 8

DOWNS.

	Norma	Mínimo	Máximo	
> Facial	87.8	82	95	81°
> Convexidad	0	- 8.5	10	- 12°
> Plano AB	- 4.6	0	- 9	- 10°
> Mandibular	21.9	17	28	41°
Eje Y	59.4	53	66	41°
> Oclusal	9.3	1.3	14	11°
> Interincisal	135.4	130	150.5	103°
1- Oclusal	14.5	3.5	20	73°
1- Mandibular	91.4	81.5	97	104°
1- AP mm.	2.7	1	5	13 mm
1- AP mm (RW)	0	--	--	10 mm

TWEED

FMA	25 (5)	36
FMIA	65 (5)	40
IMPA	90 (5)	104

WITTS	+ 6

Nombre del paciente: L.P.V.

Edad: **28 años.** Sexo **Femenino.**

Teléfono: _____ Fecha de inicio: **04-05-2005.**

Suma mesio-distal de incisivos superiores: **6.5 + 8.5 + 8.5 + 6.5 = 30.**

Suma incisiva.	Longitud de arco.	4: 4	6: 6
27	16	32	41.5
27.5	16.3	32.5	42.3
28	16.5	33	43
28.5	16.8	33.5	43.8
29	17	34	44.5
29.5	17.3	34.7	45.3
30	17.5	35.5	46
30.5	17.8	36	46.8
31	18	36.5	47.5
31.5	18.3	37	48.5
32	18.5	37.5	49
32.5	18.8	38.2	50
33	19	39	51
33.5	19.3	39.5	51.5
34	19.5	40	52.5
34.5	19.8	40.5	53
35	20	41.2	54
35.5	20.5	42	54.5
36	21	42.5	55.5

SUPERIOR	Es	Debe	Diferencia
Longitud de arco.	15	17.5	- 2.5
4 : 4	37	35.5	+ 1.5
6 : 6	48	46	+ 2.0

INFERIOR	Es	Debe	Diferencia
Longitud de arco.	13	- 2 = 15.5	- 2.5
4 : 4	39	35.5	+ 3.5
6 : 6	49	46	+ 3.0

FOTOGRAFÍAS DE LA PACIENTE

1.- Fotografía de frente:



Paciente femenino en el cual observamos simetría en los tres tercios faciales horizontales, buena simetría vertical tanto izquierda como derecha, esfuerzo en el cierre peribucal notándose la hipertonicidad del músculo borla de la barba, cráneo Mesocefálico y de tez morena clara.

2.- Fotografía de perfil:



En la fotografía de perfil observamos tipo facial mesocéfalo (relación de cráneo vertical-horizontal normal).

Un perfil totalmente convexo. Incompatibilidad labial y biproquelia (ambos labios en posición adelantada).

3.- Fotografía de sonrisa:



Se observa paciente con aparatología fija, con sonrisa agradable y no existe simetría en línea media dental

4.- Fotografía intraoral de frente:



Se observa aparatología fija ortodóntica incompleta, ya que no se observan bandas y tubos en la parte posterior, además, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

No existe apiñamiento dental, la línea media dental se observa asimétrica.
Buen estado parodontal (encías).
Buena higiene.

5.- Fotografía intraoral lateral derecha:



Se observa aparatología fija ortodóntica incompleta, ya que no se observan bandas y tubos en la parte posterior, además, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

Clase I molar, clase II canina, buen estado parodontal.

6.- Fotografía intraoral lateral izquierda:



Se observa aparatología fija ortodóntica incompleta, ya que no se observan bandas y tubos en la parte posterior, además, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

Clase I molar, clase II canina, buen estado parodontal.

7.- Fotografía intraoral arcada superior:



Se observa aparatología fija ortodóntica incompleta, ya que no se observan bandas y tubos en la parte posterior, además, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

Se observa arcada paraboloides. Obturaciones con resina inadecuadas.

8.- Fotografía intraoral arcada inferior:



Se observa aparatología fija ortodóntica incompleta, ya que no se observan bandas y tubos en la parte posterior, además, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

Arcada paraboloidal, Segundo premolar derecho fuera de arcada.
Lengua normal. Obturaciones inadecuadas.

9.- Fotografía intraoral perfil sobremordida:



Se observa aparatología ortodóntica, las ligas están colocadas solamente en dos aletas de los brackets.

Sobremordida vertical de 1mm.

Sobremordida horizontal de 1mm.

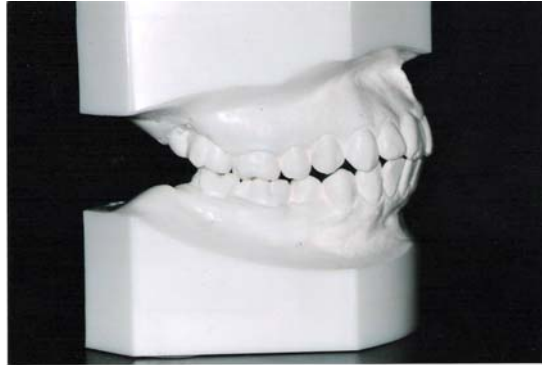
FOTOGRAFÍAS DE MODELOS DE ESTUDIO

10.- Fotografía intraoral de frente: *(NOTA: Para la mejor elaboración y obtención de una mejor calidad en los modelos de estudio, se ordena el retiro de aparatología fija).*



En esta fotografía observamos un apiñamiento ligero, línea media superior desviada hacia la derecha, frenillos labiales con buena inserción.

11.- Fotografía de modelos en lateral derecha:



En esta fotografía observamos clase I molar, clase II canina.

12.- Fotografías de modelos en lateral izquierda:



En esta fotografía observamos clase I molar, clase II canina.

13.- Fotografía de arcada superior:



En esta fotografía observamos arcada paraboloide, apiñamiento ligero, presentes los 14 dientes permanentes.

14.- Fotografía de arcada inferior:



En esta fotografía observamos arcada parabolóide, apiñamiento ligero, presentes los 14 dientes permanentes, no se observa frenillo lingual

15.- Fotografía de modelos en sobremordida:



En esta fotografía observamos que al momento de medirla tenemos un overbite (sobremordida vertical) de 1 mm, y un overjet (sobremordida horizontal) de 1 mm.

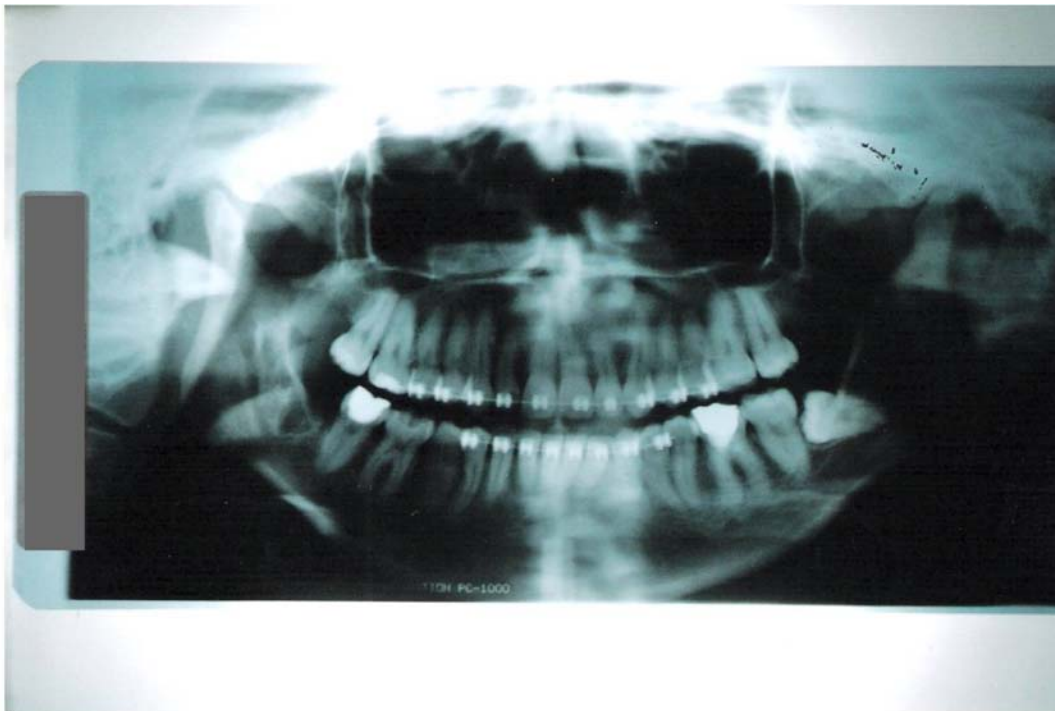
16.- Fotografía de modelos en una vista posteroanterior:



En esta fotografía observamos una desviación de la línea media superior hacia la derecha, no se observa frenillo lingual, y la bóveda palatina de tamaño normal.

RADIOGRAFÍAS

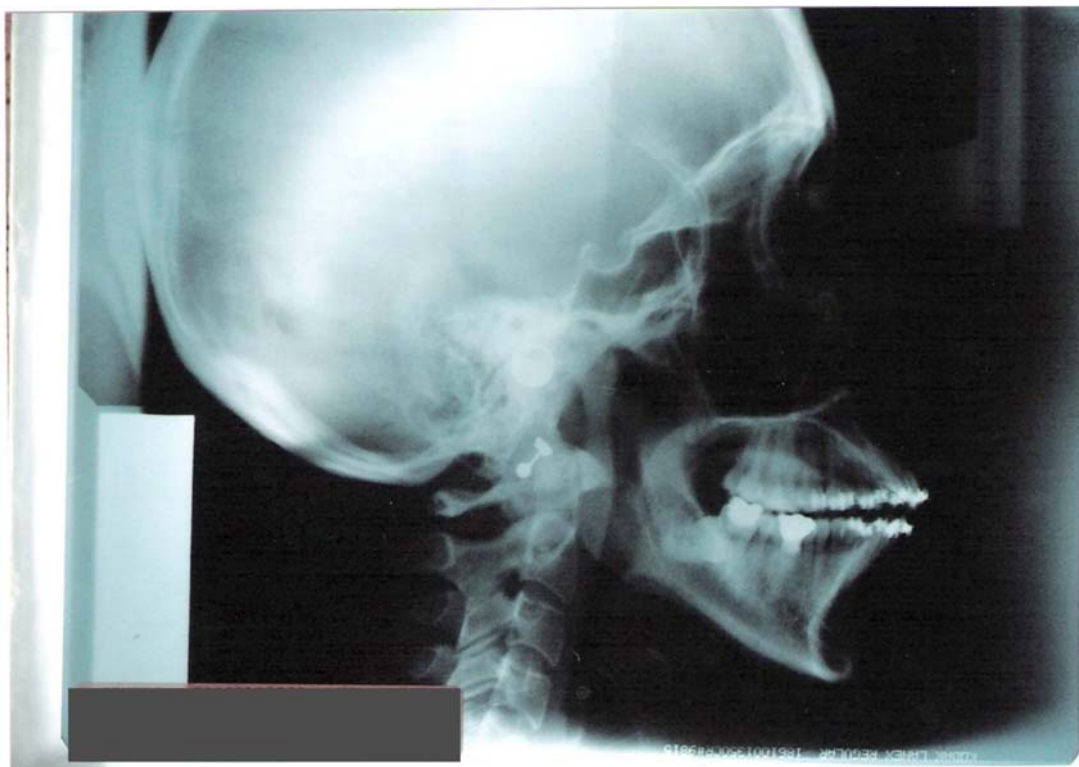
17.- Radiografía panorámica:



Presencia de 29 órganos dentarios con raíces normales, (mediante una radiografía periapical, se corrobora el tamaño radicular de los dientes incisivos inferiores). Obturaciones metálicas en primer molar inferior izquierdo, segundo molar inferior derecho y primer molar superior derecho.

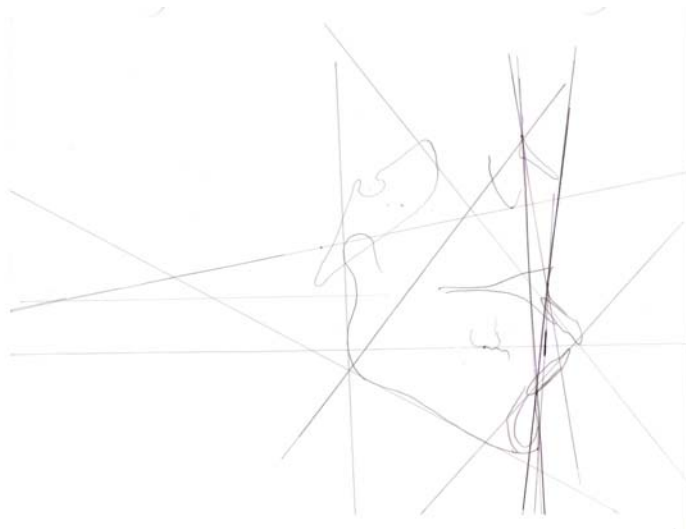
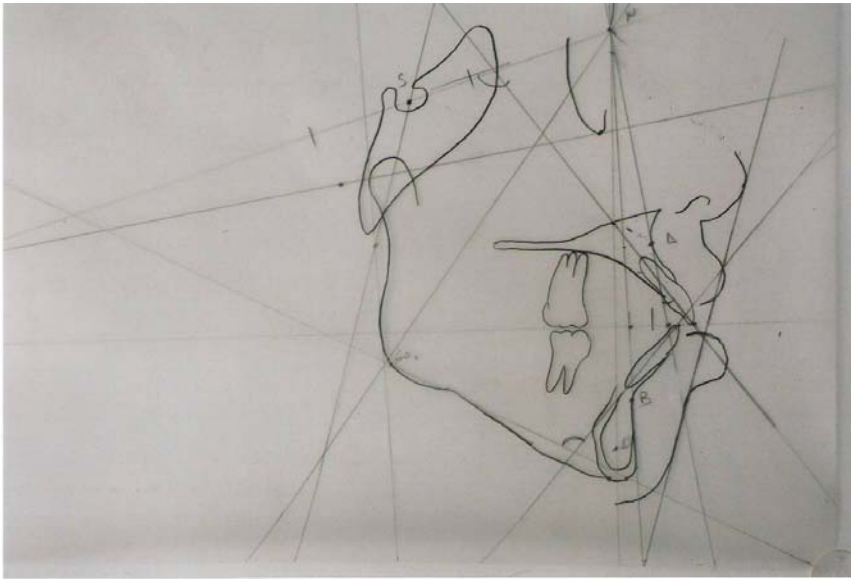
Aparatología fija de segundo premolar superior derecho a segundo premolar superior izquierdo. Y de primer premolar inferior derecho a primer premolar inferior izquierdo. Presencia de tercer molar inferior izquierdo en posición horizontal. Buena densidad ósea tanto mandibular como maxilar.

18.- Radiografía lateral de cráneo:



Se observa incompatibilidad labial, molar inferior horizontal, todas las estructuras óseas sin ninguna alteración, y se procede a trazar cefalométricamente para diagnóstico ortodóntico.

19.- Trazos cefalométricos:



Se elabora trazo cefalométrico de Steinner, Jarabak, Downs, Twedd y algunas otras mediciones necesarias para el diagnóstico cefalométrico del paciente.

Los resultados se encuentran en la historia clínica

Diagnóstico:

Paciente femenino de 28 años de edad, dolicocefalo, con crecimiento clock wise (a favor de las manecillas del reloj), perfil convexo, retrógnata, biproclinación y biprotusión dentoalveolar, clase I molar bilateral, clase II canina bilateral, sobreexpansión en arcada superior e inferior, línea media superior desviada hacia la derecha, presencia de tercer molar inferior izquierda (38), en posición horizontal, restauraciones inadecuadas, apiñamiento ligero y BIPROQUELIA.

20.- Fotografías extraorales de perfil comparativas:



El estado actual de la paciente después de 12 citas, una por mes, presenta una mejora en el perfil la cual se documenta en las fotografías que se muestran.

Procedimiento ante el Ministerio Público.

La autoridad responsable del proceso penal y de la aplicación de las penas por responsabilidad penal es el Juez de Primera Instancia del Ramo Penal (fuero común) o el Juez Penal Federal (fuero federal).

Los procedimientos que se realizan ante el Ministerio Público y los que se llevan a cabo ante los juzgados penales son:

a) Averiguación previa.

Durante este procedimiento es el Ministerio Público la autoridad facultada para realizar las diligencias necesarias para evidenciar y recabar los elementos que integran el delito, las cuales incluyen la ratificación de la denuncia o querrela, declaración de testigos probables o responsables, exámenes periciales y todos los documentos concernientes al caso.

Determinados los elementos, se decide sino se ejercita acción penal o no, al encontrarse los elementos del delito o encontrados éstos, se realiza la consignación ante el juez penal para iniciarse el proceso penal como tal.

Compete al Ministerio Público Federal integrar la averiguación previa y ejercer, en su caso, la acción ante los tribunales.

En la averiguación previa, corresponde al Ministerio Público:

- 1.-Recibir las denuncias, acusaciones o querrelas que se le presenten en forma oral o por escrito sobre hechos que puedan constituir delito.
- 2.-Practicar y ordenar la realización de todos los actos conducentes a la comprobación de los elementos de tipo penal y a la demostración de la probable responsabilidad del inculpado, así como a la reparación del daño.
- 3.-Solicitar a la autoridad jurisdiccional las medidas precautorias de arraigo, aseguramiento o embargo que resulten indispensables para la averiguación previa, así como las órdenes de cateo que procedan.
- 4.-Acordar la detención o retención de los presuntos responsables cuando así proceda.
- 5.-Dictar todas las medidas y providencias necesarias para proporcionar seguridad y auxilio a las víctimas.
- 6.-Asegurar o restituir al ofendido en sus derechos en los términos del artículo 38 del Código Penal.
- 7.-Determinar la reserva o el ejercicio de la acción penal.
- 8.-Acordar y notificar al ofendido o víctima el no ejercicio de la acción penal y en su caso, resolver sobre la inconformidad que aquellos formulen.
- 9.-Conceder o revocar, cuando proceda, la libertad provisional del indiciado
- 10.-En caso procedente promover la conciliación de las partes.

b) Preparación del proceso penal o preinstrucción.

Es la etapa en la que se realizan las actuaciones para determinar los hechos, materia del proceso, la clasificación de éstos conforme al tipo penal aplicable y la probable responsabilidad del inculpado o en su caso, la libertad de éste por falta de elementos para procesar.

Una vez consignado ante el Juez, éste valora los elementos que integran la averiguación previa y, a petición del Ministerio Público, libra la orden de aprehensión o comparecencia según sea, si la pena es prisión o alternativa,

Recibida la averiguación previa, se dicta un auto de radicación del proceso, donde ésta autoridad hace al Ministerio Público, al acusado y a su defensor, que se encuentran sujetos a su potestad para efectos del proceso. En ésta etapa, se toma la declaración preparatoria del acusado y se le indica el motivo de su detención o de su presentación. Este proceso comprende desde el auto de radicación hasta la determinación de la situación jurídica, es decir, hasta que se dicte el auto de formal prisión, auto de sujeción a proceso, auto de libertad por falta de elementos o auto de no sujeción a proceso.

c) Instrucción.

La etapa de instrucción abarca las diligencias practicadas ante y por los tribunales con el fin de averiguar y probar la existencia del delito, las circunstancias en que hubiese sido cometido y las peculiares del inculpado, así como la responsabilidad e no responsabilidad penal de éste. Esta etapa la realiza el Juez de primera instancia y durante ella el Ministerio Público precisa su pretensión y el procesado de los elementos para su defensa ante el tribunal. Este valora las pruebas y pronuncia sentencia definitiva. Es el momento procesal en el cual la defensa del indiciado ofrece los elementos probatorios, dictámenes médicos, análisis del expediente y de sus actuaciones. Se presentan la declaración, testimoniales, dictámenes, médicos, expediente clínico que igual ayuda o complica el caso si el documento no está legible o en el orden conforme lo dicta la normatividad sanitaria.

Al término de la etapa de instrucción, si considera el Juez que se han desahogado y presentado los elementos por ambas partes, tanto el Ministerio Público como la defensa o el indiciado, presentaran al Juez sus conclusiones con base en las constancias que obre en el expediente.

Una vez leído el expediente y tomadas en consideración las circunstancias y elementos se dicta sentencia.

d) Ejecución de la sentencia.

En el procedimiento de ejecución de la sentencia, el Poder Ejecutivo, por conducto del órgano que la ley determine, ejecutará las penas y medidas de seguridad decretadas en la sentencia hasta su extinción, lo cual comprende desde el momento en que cause ejecutoria la sentencia de los tribunales hasta la extinción de las sanciones aplicadas.

Como ocurre en el proceso civil, las sentencias pueden apelarse hasta la segunda instancia en un tribunal superior, en el que se efectúan las diligencias y actos tendientes a resolver los recursos interpuestos, como en el caso de la apelación.

En términos generales, si se considera que la sentencia en primera instancia no beneficia al acusado porque no se estudiaron a fondo los elementos o por errores del procedimiento, se procede a la apelación, la cual se lleva a cabo ante el tribunal de segunda instancia o de “apelación” el cual puede modificar la sentencia, ratificarla o revocarla.

Si aún se considera, dados los elementos existentes, que se vulneran las garantías otorgadas por la Constitución como son el derecho a un juicio justo y las consecuencias que de esto emanen, se puede promover un juicio de amparo, donde tribunales federales resolverán acerca del asunto y la presunta violación de las garantías que consagran la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

En lo que se refiere a las instancias primera y segunda y, para hacerlo más comprensible, hay que concebirlas como si se tratara de las diferencias que existen entre una unidad médica de primer y segundo nivel, donde la segunda resuelve sobre los criterios de aplicación de las normas jurídicas tanto en el fondo del asunto como en el procedimiento.

En el caso de un juicio de amparo ante tribunales federales (aunque también existen procesos penales federales en determinadas circunstancias, como cuando los delitos los cometen servidores públicos en ejercicio de sus funciones), las autoridades antes mencionadas están facultadas por la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación para resolver las controversias que se susciten por leyes o actos de autoridad que violen las garantías constitucionales.

Sin duda alguna, uno de los procedimientos más difíciles de llevar a cabo para el odontólogo, es el que lo involucren en un proceso penal, ya que las sanciones lo pueden privar de su libertad.

Lo prioritario en cualquier circunstancia, es realizar una buena práctica profesional. Sin embargo, las acciones que pueden ocurrir dentro del consultorio dental, en muchas ocasiones ponen en riesgo la salud del paciente, para evitar las desagradables sanciones que pueden contravenir por una demanda penal por poner en riesgo la salud, es necesario prever todo lo que puede ocurrir con nuestro paciente sin menospreciar el más absurdo accidente.

Somos profesionistas encargados de velar por la salud, pero no siempre es posible y cuando fallamos las sanciones son graves, pero ante todo debemos ser concientes que ante la ley somos como cualquiera, es decir, podemos salvar mil vidas, pero si perdemos una, merecemos la sanción que determinen las autoridades competentes e inclusive la cárcel.

Si observamos la declaración que la paciente del caso clínico que mostramos hace contra el odontólogo que la atiende por primera vez ante el Ministerio Público, nos daremos cuenta de que no se llevaba un control de citas, parte importantísima en el caso y que ambas partes no respetaron. Por tal motivo el tratamiento se sale de control y se lleva un total de 5 años.

La relación odontólogo-paciente fue muy desgastante para ambos ya que la demandante notó que su boca estaba cambiada, que no podía juntar de manera natural sus labios y que presentaba tensión muscular alrededor de su boca. Entonces, busca a otro especialista para que opine sobre el tratamiento que ha recibido y le solicita la atención para reparar el daño (reversible) que ha sufrido.

La paciente molesta, levanta su denuncia ante el Ministerio Público y expresa detalladamente lo que recuerda y que está escrito en la primera parte de las demandas que presentamos.

El Ministerio Público solicita la presencia del segundo odontólogo para reunir las pruebas necesarias y comprobar que el tratamiento recibido anteriormente le había cambiado su expresión facial.

Ya reunidos los elementos y puesto que las lesiones simples ocasionadas no se contemplan de manera precisa en la legislación, porque ésta se refiere más a pérdidas importantes en las funciones orgánicas y que son irreversibles, se tipifica el delito como **fraude**, suponemos (y esto por el otorgamiento del más amplio perdón hacia el odontólogo que ocasionó la lesión), que el odontólogo se acreditó con título y cédula o diploma de especialidad en ortodoncia avalado por la SEP (sino caería en el delito de usurpación de profesión), que presentó su Historia Clínica debidamente llenada, sus auxiliares de diagnóstico completos y su tratamiento como el adecuado y que hubo una conciliación por ambas partes para que ella lo perdonara, o simplemente la paciente se desistió evitándose así la continuidad del procedimiento penal.

No lo sabremos! Lo importante es reconocer que ambos cometieron errores y que sobre todo hubo mala comunicación entre ellos, ocasionándose un problema. Ejemplo que nos alerta para observar de manera cautelosa esa conducta para mejorarla o corregirla.

Resumiendo el procedimiento penal, quedaría de la siguiente manera:

- a) El usuario de un servicio presenta demanda. ante el MP.
- b) El MP realiza la averiguación previa y recaba pruebas (éstas pueden ser la Historia Clínica, la notificación de la CONAMED, fotografías, radiografías, estudios de laboratorio y auxiliares de diagnóstico).
- c) El MP prepara el proceso pericial y solicita comparecencia de las partes involucradas.
- d) El MP evalúa y determina responsabilidad sobre el delito.
- e) Si fuese culpable se emite sentencia (multa o prisión).
- f) Si fuese inocente se finaliza el procedimiento penal.
- g) El inculpado rechaza la sentencia y presenta recurso de inconformidad, apelando la sentencia.
- h) El MP ratifica, modifica o revoca la sentencia.
- i) Se finaliza el procedimiento penal.



FISCALIA DESCONCENTRADA EN VENUSTIANO CARRANZA.
 AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: VC-1
 UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 1 CON DETENIDO
 SEGUNDO TURNO
 INDAGATORIA No.:
 DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
 COMPARECENCIA
 DIRECTA

RAZON.- En la Ciudad de México Distrito Federal, siendo las 11:28 ONCE HORAS CON VEINTIOCHO MINUTOS del día 21 VEINTI UNO del mes de FEBRERO(02) del año 2006 DOS MIL SEIS, el personal que actúa, con fundamento en el Artículo 37, 265 y 282 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

HACE CONSTAR
 Que: ---- LA DENUNCIANTE SOLICITA QUE SE LE TOMA SU DECLARACION SIN LLENAR EL FORMATO DE INICIO DE DENUNCIA DE AVERIGUACIONES PREVIAS DIRECTAS.. POR LO CUAL SE PROCEDE A RECABAR SU DECLARACION...

DECLARACION del: DENUNCIANTE(s) -Que siendo las 11:30 ONCE HORAS CON TREINTA MINUTOS horas del día 21 VEINTI UNO del mes de FEBRERO(02) del año 2006 DOS MIL SEIS, estando presente en el interior de esta oficina el DENUNCIANTE(s) quien dijo llamarse a quien tomándosele protesta en términos de ley conforme al Artículo 280 del Código de Procedimientos Penales Vigente para el Distrito Federal, que a la letra dice ¿Protesta usted bajo su palabra de honor y en nombre de la ley declarar con verdad en las diligencias en que va a intervenir? y habiendo contestado -Si Protesto y advertido de las penas a que se hacen acreedores los que declaran faltando a la verdad ante una autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, tal y como lo prevén los artículos 311 y 312 del Nuevo Código Penal Vigente para el Distrito Federal que a la letra dicen: Artículo 311, quien al declarar ante autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad en relación con los hechos que motivan la intervención de ésta, será sancionado con pena de dos a seis años de prisión y de cien a trescientos días multa. Si la falsedad en declaración se refiere a las circunstancias o accidentes de los hechos que motivan la intervención de la autoridad, la pena será de uno a tres años de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. Artículo 312, a quien con el propósito de inculpar o exculpar a alguien indebidamente en un procedimiento penal, ante el Ministerio Público o ante la autoridad judicial, declare falsamente en calidad de testigo o como denunciante, además de la multa a que se refiere el primer párrafo, será sancionado con pena de cuatro a ocho años de prisión si el delito materia de la averiguación previa o del proceso no es grave. Si el delito es grave, se impondrá de cinco a diez años de prisión. La pena de prisión se aumentará en una mitad para el testigo falso que fuere examinado en un procedimiento penal, cuando su testimonio se rinda para producir convicción sobre la responsabilidad del inculpado, por un delito no grave. Si se trata de delito grave, la pena de prisión se aumentará en un tanto.

Hecho, lo anterior el DENUNCIANTE(s) SI DESEA QUE SUS GENERALES SE AGREGUEN EN SOBRE CERRADO. Manifestó llamarse como ha quedado escrito, ser de sexo tener años de edad, estado civil instrucción ocupación, originario de que pertenece al grupo étnico y habla la lengua nacionalidad con domicilio actual en teléfono CURP y que en este acto se identifica con CREDENCIAL DE ESTUDIANTE expedida a su favor por INDETERMINADO, con numero de folio misma que tiene una fotografía a color en su parte PARTE IZQUIERDA, la cual concuerda con los rasgos fisonómicos del emitente, y en relación a los hechos que se investigan.

DECLARO
 que: - - - QUE SE PRESENTA EN ESTAS OFICINAS EN FORMA VOLUNTARIA, MANIFESTANDO LO SIGUIENTE :: QUE LA EMITENTE SE PRESENTO EN EL AÑO 1996 AL CONSULTORIO DENTAL UBICADO EN LA CALLE DE NUMERO

HOJA 2



FISCALIA DESCENTRALADA EN VENUSTIANO CARRANZA
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.; VC-1
UNIDAD DE INVESTIGACION No. 1 CON DETENIDO
SEGUNDO TURNO
INDAGATORIA No. [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

[REDACTED] DE LA COLONIA [REDACTED] DE LA DE DELEGACION
DONDE EL CIRUJANO DENTISTA DE NOMBRE [REDACTED]
LE TRATO UNA ENDODONCIA TARDANDOSE UN AÑO
APROXIMADAMENTE, Y COMO ES VECINO DE LA EMITENTE, LO SIGUIO
FRECUMENTANDO, Y CUANDO LA DE LA VOZ SE PERSENTABA EL DENTISTA LE
DECIA QUE HABIA UN PAQUETE DE PROMOCION, QUE SI JUNTABA CINCO
PERSONAS PARA QUE LES PUSIERA BRAKETS LE IBA A DAR UN DESCUENTO, EL
DENTISTA LE DECIA QUE TENIA QUE USAR BRAKETS POR QUE SUS DIENTES
ANTERIORES SUPERIORES ESTABAN CHUECOS ES DECIR, ESTABAN HACIA
ADENTRO, POR CAUSAS ECONOMICAS LA DE LA VOZ NO FUE A PONERSE LOS
BRAKETS, SINO FUE HASTA EL DIA CINCO DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2000,
QUE LA DE LA VOZ FUE A VER AL DENTISTA MENCIONADO, Y LE DIO CIENTO
PESOS PARA INICIO DE TRATAMIENTO, Y POSTERIORMENTE LE DIO LA
CANTIDAD DE MIL VEINTICINCO PESOS MONEDA NACIONAL, Y EL DIA QUINCE
DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2000, LA EMITENTE NUEVAMENTE VIO AL
DENTISTA Y LE DIO CIENTO PESOS MAS, Y ESE MISMO DIA QUINCE DE MAYO
DEL AÑO 2000, EL DENTISTA [REDACTED] LE COMENZO A
COLOCAR LOS BRAKETS EN LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES, EL DIA
MIERCOLES 21 DEL MES DE MAYO DEL AÑO 2000, LA DE LA VOZ LE DIO
QUINIENTOS PESOS MAS AL DENTISTA Y LE COLOCO BRAKETS EN LOS DIENTES
ANTERIORES INFERIORES, Y LE DIJO QUE EL TRATAMIENTO IBA A DURAR UN
AÑO, Y QUE EN TOTAL LE IBA A COSTAR LA CANTIDAD DE CUATRO MIL PESOS
MONEDA NACIONAL, POR LO QUE EN EL MES DE OCTUBRE DEL AÑO 2000, EL
DENTISTA LE TERMINO DE COLOCAR LOS BRAKETS A LA EMITENTE, EN LOS
DIENTES INFERIORES Y SUPERIORES EN SU TOTALIDAD, Y QUE LAS VISITAS
QUE LA DE LA VOZ TENIA CON EL DENTISTA NO ERAN CONSTANTES POR QUE EN
OCASIONES NO ESTABA EL DOCTOR Y SE POSPONTA LA CITA, ASI PASARAN
DOS O TRES MESES SIN ATENCION ALGUNA, FUE ESTO EN UN PERIODO DE
CINCO AÑOS A PARTIR DEL AÑO 2000, Y CADA CITA QUE LA EMITENTE TENIA
CON EL DENTISTA LE DABA DINERO, SIENDO EL DIA DOS DEL MES DE
JUNIO LE DIO LA CANTIDAD DE TRECIENTOS PESOS, EL 24 DE JUNIO
DOSCIENTOS PESOS, EL 30 DE JUNIO TRECIENTOS PESOS, EL 18 DE JULIO
DOSCIENTOS PESOS, EL PRIMERO DE AGOSTO DOSCIENTOS PESOS, EL 18 DE
AGOSTO CIENTO CINCUENTA PESOS, EL 31 DE AGOSTO DOSCIENTOS PESOS,
EL 13 DE OCTUBRE DOSCIENTOS PESOS, EL TRES DE NOVIEMBRE CIENTO
PESOS Y EL CINCO DE DICIEMBRE CIENTO PESOS, TODOS DEL AÑO 2000 DOS
MIL, SUMANDO LA CANTIDAD TOTAL DE \$3,575.00 PESOS MONEDA
NACIONAL, AGREGANDO QUE EN EL MES DE ENERO DEL AÑO 2005, COMO LA
DE LA VOZ TRABAJA EN LA EMPRESA SKY, EL DENTISTA LE DIJO A LA DE LA
VOZ QUE EN LUGAR DE DARLE DINERO MEJOR LE PAGARA SU MENSUALIDAD Y
ADEUDO DEL SERVICIO DE TELEVISION DE PAGA SKY, POR LO CUAL LA
EMITENTE PAGO, SIN RECORDAR POR EL MOMENTO LA CANTIDAD EXACTA, PERO
LA DE LA VOZ LO HIZO EN TRES OCASIONES CON CARGO A TARJETA DE
CREDITO SANTIANDER SERFIN DE LA EMITENTE, AGREGANDO LA DE LA VOZ
QUE ANTES DE ESTOS PAGOS, EL DENTISTA LE PIDIO A LA DE LA VOZ LA
CANTIDAD DE DOS MIL PESOS MONEDA NACIONAL PARA COMPRAR UN APARATO
DE NOMBRE TRINNER PARA CONCLUIR SU TRATAMIENTO ODONTOLOGICO, PERO
ESTE APARATO NUNCA LO CONSIGUIO Y POR LO TANTO NO SE LO COLOCO A LA
DE LA VOZ, PERO QUE EN ABRIL DEL AÑO 2005 EN SEMANA SANTA, EL
DENTISTA LE PIDIO A LA DE LA VOZ LA CANTIDAD DE MIL CIENTO
VEINTICINCO PESOS MONEDA NACIONAL, PARA CUBRIR LA CIRUGIA DE TERCER
MOLAR INFERIOR DEL LADO DERECHO, LA EMITENTE LE DIJO QUE SE COBRARA
DEL APARATO TRINNER QUE NUNCA CONSIGUIO, Y COMENZARON CON PROBLEMAS,
YA QUE EL DENTISTA LE DIJO QUE IBA A MANDARLE AL PROVEEDOR PARA QUE
LE SACARA A LA DE LA VOZ LAS CUENTAS DE TODO LO QUE LE HABIA HECHO
DE CAMBIOS DE LIGAS, BRAKETS Y ARCOS, POR LO TANTO LA EMITENTE EN
ESTA FECHA 26 DE MARZO O SEA EL SABADO SANTO DEL AÑO 2005 LO DEJO
DE VER POR ESTOS PROBLEMAS, Y QUE LA DE LA VOZ SE PERCATO QUE
SU PERFIL LABIAL HABIA CAMBIADO, QUE LOS LABIOS NO SE JUNTABAN Y
QUE SENTIA MUCHA TENSION AL DESPERTAR, Y QUE AL VERSE EN EL
ESPEJO SE VEIA TROMPUDA, POR LO CUAL EL DIA 20 DEL MES DE ABRIL
DEL AÑO 2005, LE RECOMENDARON A OTRO DENTISTA DE NOMBRE [REDACTED]
EL CUAL AL REVISAR A LA DE LA VOZ, LE DIJO QUE



FISCALIA DESCENTRALADA EN VENUSTIANO CARRANZA.
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: VC-1
UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 1 CON DETENIDO
SEGUNDO TURNO
INDAGATORIA No. [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

EL TRATAMIENTO QUE TENIA LA EMITENTE ESTABA MUY MAL , QUE TENIA BRAKETS DE DISTINTAS MARCAS COLOCADOS EN LAS PIEZAS DENTALES , Y QUE DEBERIA CAMBIAR TODOS LOS APARATOS, YA QUE PRESENTABA UNA IATROGENIA , QUE ES UN LESION EN LA CAVIDAD BUCAL, POR LO QUE EN ESTE MOMENTO SE PRESENTA A DENUNCIAR HECHOS QUE PUEDEN SER CONSTITUTIVOS DE ALGUN DELITO, COMETIDOS EN SU AGRAVIO Y EN CONTRA DEL QUE SABE RESPONDE AL NOMBRE DE [REDACTED]. Siendo todo lo que desea manifestar y previa lectura de su dicho lo ratifica y firma al margen de la hoja para efectos de constancia legal.



FISCALIA DESCONCENTRADA EN VENUSTIANO CARRANZA.
 AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: VC-1
 UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 1 CON DETENIDO
 SEGUNDO TURNO
 INDAGATORIA No.: [REDACTED]
 DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
 COMPARECENCIA
 DIRECTA

RAZON.- En la Ciudad de México Distrito Federal, siendo las 10:10 DIEZ HORAS CON DIEZ MINUTOS del día 27 VEINTI SIETE del mes de FEBRERO(02) del año 2006 DOS MIL SEIS, el personal que actúa, con fundamento en el Artículo 37, 265 y 282 del Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal.

HACE CONSTAR

Que: - - - SE PRESENTA EN ESTAS OFICINAS LA DENUNCIANTE DE NOMBRE [REDACTED] QUIEN PRESENTA A DECLARAR AL DOCTOR [REDACTED] Y SE PROCEDE A RECABAR SU DECLARACION...

C O N S T E

DECLARACION del: COMPARECIENTE(S) [REDACTED] Que siendo las 10:15 DIEZ HORAS CON QUINCE MINUTOS horas del día 27 VEINTI SIETE del mes de FEBRERO(02) del año 2006 DOS MIL SEIS, estando presente en el interior de esta oficina el COMPARECIENTE(S) quien dijo llamarse [REDACTED] a quien tomándosele protesta en términos de ley conforme al Artículo 280 del Código de Procedimientos Penales Vigente para el Distrito Federal, que a la letra dice ¿Protesta usted bajo su palabra de honor y en nombre de la ley declarar con verdad en las diligencias en que va a intervenir? y habiendo contestado -Si Protesto- y advertido de las penas a que se hacen acreedores los que declaren faltando a la verdad ante una autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, tal y como lo prevén los artículos 311 y 312 del Nuevo Código Penal Vigente para el Distrito Federal que a la letra dicen: Artículo 311, quien al declarar ante autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad en relación con los hechos que motivan la intervención de ésta, será sancionado con pena de dos a seis años de prisión y de cien a trescientos días multa. Si la falsedad en declaración se refiere a las circunstancias o accidentes de los hechos que motivan la intervención de la autoridad, la pena será de uno a tres años de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. Artículo 312, a quien con el propósito de inculpar o exculpar a alguien indebidamente en un procedimiento penal, ante el Ministerio Público o ante la autoridad judicial, declare falsamente en calidad de testigo o como denunciante, además de la multa a que se refiere el primer párrafo, será sancionado con pena de cuatro a ocho años de prisión si el delito materia de la averiguación previa o del proceso no es grave. Si el delito es grave, se impondrá de cinco a diez años de prisión. La pena de prisión se aumentará en una mitad para el testigo falso que fuere examinado en un procedimiento penal, cuando su testimonio se rinda para producir convicción sobre la responsabilidad del inculpado, por un delito no grave. Si se trata de delito grave, la pena de prisión se aumentará en un tanto. Hecho lo anterior el COMPARECIENTE(S) [REDACTED] SI DESEA QUE SUS GENERALES SE AGREGUEN EN SOBRE CERRADO. Manifestó llamarse como ha quedado escrito, ser de sexo *****, tener ** ***** años de edad, estado civil *****, instrucción *****, ocupación *****, originario de ** *****, que pertenece al grupo étnico ** ***** y habla la lengua ** *****, nacionalidad *****, con domicilio actual en **** ***** ****, ***** ** ***** ***** ***** ****, ***** teléfono ***** CURP ***** y que en este acto se identifica con CREDENCIAL DE ELECTOR expedida a su favor por INSTITUTO FEDERAL ELECTORAL, con número de folio ***** misma que tiene una fotografía a color en su parte PARTE DERECHA, la cual concuerda con los rasgos fisonómicos del emitente, y en relación a los hechos que se investigan.

D E C L A R O

que: - - - QUE SE PRESENTA EN ESTAS OFICINAS EN FORMA VOLUNTARIA Y A PETICION DE LA C [REDACTED] Y SU COMPARECENCIA ES CON EL

HOJA: 8



FISCALIA DESCONCENTRADA EN VENUSTIANO CARRANZA.
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: VC-1
UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 1 CON DETENIDO
SEGUNDO TURNO
INDAGATORIA No. [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

FIN DE MANIFESTAR LO SIGUIENTE: QUE EL DE LA VOZ ES CIRUJANO DENTISTA TITULADO, ORTODONCISTA TITULADO, MAESTRO EN CIENCIAS PENALES, CON ESPECIALIDAD EN CRIMINALÍSTICA EGRESADO DEL INSTITUTO DE CIENCIAS PENALES SIN TITULACION, ACADEMICO DE LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO, Y PROFESIONISTA EN SU CONSULTORIO Y QUE SU CONSULTORIO DENTAL SE ENCUENTRA UBICADO EN LA CALLE DE [REDACTED] NUMERO [REDACTED] DE LA COLONIA [REDACTED] DE LA DELEGACION VENUSTIANO CARRANZA, Y QUE EL DIA 20 DE ABRIL DEL AÑO 2005, SE PRESENTO EN SU CONSULTORIO LA SEÑORITA [REDACTED] A EFECTO DE SOLICITAR UNA VALORACION DENTAL ORTODONTICA, AL MOMENTO DE LA REVISION EL EMITENTE OBSERVO LA MAYORIA DE LOS DIENTES CON APARATOLOGIA FIJA, BRACKETS EDGE WISE, SIN BANDAS NI TUBOS EN PRIMEROS MOLARES TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES, SE PERCATA TAMBIEN DE UN PERFIL MUY ADELANTADO EN SU PORCION BUCAL, ADEMAS DE UNA INCOMPATIBILIDAD LABIAL Y UNA HIPERTONICIDAD DE MUSCULO BORLA DE LA BARBA, Y SE MANDA A TOMAR LOS ESTUDIOS DE RIGOR, RADIOGRAFIA LATERAL, RADIOGRAFIA PANORAMICA, MODELOS DE ESTUDIO EN YESO, Y FOTOGRAFIAS EN PAPEL, UNA SEMANA DESPUES SE LE ENTREGAN AL DE LA VOZ LOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, SE HACE TRAZADO CEFALOMETRICO Y SE OBSERVA UNA GRAN INCLINACION HACIA ADELANTE, DE LOS INCISIVOS SUPERIORES DE SIETE GRADOS Y DE LOS INCISIVOS INFERIORES DE CATORCE GRADOS, AFECTANDO POR LO TANTO EL PERFIL BUCAL DE LA PACIENTE, VIENDOSE ELLA TROMPUDA, DESPUES DE CHECAR TODOS LOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, SE LLEGA A LA CONCLUSION DE QUE ES UN PACIENTE FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD, DOLICOCEFALA, CON CRECIMIENTO A FAVOR DE LAS MANECILLAS DEL RELOJ, PERFIL CONVEXO, MANDIBULA RETROGNATA, BIPROCLINACION Y BIPROTUSION DENTOALEOLAR, CLASE I MOLAR BILATERAL, CLASE II CANINA BILATERAL, SOBRE-EXPANSION EN LA ARCADA SUPERIOR E INFERIOR, LINEA MEDIA SUPERIOR DESVIADA HACIA LA DERECHA, PRESENCIA DE TERCER MOLAR INFERIOR IZQUIERDO EN POSICION HORIZONTAL, RESTAURACIONES INADECUADAS, APINAMIENTO LIGERO, Y BIPROQUELIA, AUNADO A UNA COLOCACION INADECUADA DE APARATOLOGIA FIJA, POR DICHO DE LA PACIENTE Y APOYADOS EN LOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO, LA PACIENTE PRESENTA UNA IATROGENIA (ES DECIR UN ERROR MEDICO) A CAUSA DE UN TRATAMIENTO PROLONGADO E INADECUADO DE ORTODONCIA, SE INICIA EL TRATAMIENTO ORTODONTICO CON EXTRACCION DE PRIMEROS PREMOLARES SUPERIORES E INFERIORES, COLOCACION DE BANDAS Y TUBOS EN PRIMEROS MOLARES SUPERIORES E INFERIORES, COLOCACION DE APARATOLOGIA FIJA (BRACKETS) CON TECNICA TIP-EDGE, TRATAMIENTO A 24 MESES COMO MINIMO, AL TERMINO DE ESTE TRATAMIENTO SE COLOCARA PLACA CIRCUNFERENCIAL SUPERIOR Y SPRING-ALINER EN ARCADA INFERIOR, EL PRONOSTICO DEL TRATAMIENTO ES TOTALMENTE FAVORABLE, EN ESTE MOMENTO ANEXA COPIAS A COLOR DE AUXILIARES DE DIAGNOSTICO CORRESPONDIENTES A LA PACIENTE [REDACTED] EN LA CUAL VA AGREGADA COMO ULTIMA HOJA LAS FOTOGRAFIAS COMPARATIVAS DEL INICIO DEL TRATAMIENTO Y SU EVOLUCION, DESPUES DE DOCE CITAS CON EL EMITENTE, AGREGANDO EL EMITENTE QUE SU PACIENTE LE COMENTO QUE AL DENTISTA QUE LA ESTABA TRATANDO ANTERIORMENTE, LE ESTABA PAGANDO POR MEDIO DE UN CONTRATO DE SKY, ASI COMO TAMBIEN PAGO EFECTIVO SIN SABER CUANTO PAGO, PERO SI LE PAGO EN VARIAS OCASIONES EN PAGOS DIFERIDOS, TAMBIEN LE COMENTO QUE TENIA CINCO AÑOS DE TRATAMIENTO ORTODONTICO SIENDO QUE UN TRATAMIENTO DE ESTE TIPO SE NECESITAN DE 24 A 30 MESES, Y EN ESE TIEMPO FUE CUANDO SU PERFIL CAMBIO, LE COMENTO QUE LE HICIERON UNA ENDODONCIA EN UN TIEMPO DE UN AÑO, TRATAMIENTO QUE SE HACE NORMALMENTE EN MAXIMO CINCO O SEIS CITAS, ES DECIR MES Y MEDIO, ADEMAS DE QUE RADIOGRAFICAMENTE NO SE OBSERVA NINGUNA ENDODONCIA ELABORADA EN ALGUNA PIEZA DENTARIA TAMBIEN LE COMENTO QUE LE HABIA REALIZADO VARIAS CIRUGIAS DE TERCEROS MOLARES, PERO A PARRCER DEL EMITENTE ESTAN BIEN REALIZADAS Y SI ERAN NECESARIAS.....

Siendo todo lo que desea manifestar y previa lectura de su dicho lo

HOJA: 9.



FISCALIA DESCONCENTRADA EN VENUSTIANO CARRANZA.
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: VC-1
UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 1 CON DETENIDO
SEGUNDO TURNO
INDAGATORIA No.: [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

ratifica y firma al margen de la hoja para efectos de constancia legal.

HOJA: 10.



PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL
FISCALÍA DESCONCENTRADA EN COYOACAN.
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DOS SIN DETENIDO.
COORDINACIÓN TERRITORIAL COY-3.
DELITO: DENUNCIA DE HECHOS
AVERIGUACIÓN PREVIA NUMERO : [REDACTED]

ASUNTO SE REMITE AV. PREVIA .

C. FISCAL PARA SERVIDORES PUBLICOS
P R E S E N T E .

0456

POR MEDIO DEL PRESENTE, ME PERMITO REMITIR A USTED LA AVERIGUACIÓN PREVIA NÚMERO: [REDACTED] CONSTANTE DE 25 (VEINTICINCO) FOJAS ÚTILES, DONDE APARECE COMO DENUNCIANTE: Y COMO PROBABLE RESPONSABLE

CON FUNDAMENTO EN LO DISPUESTO POR LOS ARTÍCULOS 1, 2 Y 3 DE LA LEY ORGÁNICA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL 1, 2 Y 14 FRACCIÓN II DEL REGLAMENTO DE LA LEY ORGÁNICA DE LA PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL, Y 28 FRACCIÓN 11 DEL ACUERDO A/003/99 EMITIDO POR EL C. PROCURADOR GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL.

LO ANTERIOR PARA LOS FINES DE SU RADICACIÓN CONTINÚE EN PERFECCIONAMIENTO LEGAL.

APROVECHO LA OCASIÓN PARA ENVIARLE UN CORDIAL SALUDO.

ATENTAMENTE,
SUFRAGIO EFECTIVO, NO REELECCIÓN,
MÉXICO, D.F., A 09 DE MARZO DEL 2006.
EL C. AGENTE DEL MINISTERIO PÚBLICO.

LIC. MIGUEL SORIA GONZALEZ.

V/o. B/o.
C. RESPONSABLE DE LA COORDINACIÓN TERRITORIAL COY-3.

LIC. GERARDO MONROY ROSAS.
Mcoch



RECIBIDO
FISCALÍA DESCONCENTRADA COYOACAN
OFICIALÍA DE PARTES
13 MAR 2006



FISCALIA DESCONCENTRADA EN COYOACAN,
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: COY-3
UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 2 CON DETENIDO
TERCER TURNO
INDAGATORIA No.: [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

CONSTANCIA.- En la Ciudad de México Distrito Federal, siendo las 11:26 ONCE HORAS CON VEINTISEIS MINUTOS, del día 04 CUATRO del mes de JULIO(07) del año 2006 DOS MIL SEIS, el personal que actúa, con fundamento en el artículo 37, 265 y 282 del Código de Procedimientos Penales Vigente para el Distrito Federal, HACE CONSTAR que QUE SE PRESENTA EN ESTA OFICINA EN FORMA VOLUNTARIA LA QUE EN SU ESTADO NORMAL DIJO LLAMARSE: [REDACTED] QUIEN SOLICITA QUE SE LE TOMÉ SU DECLARACION CORRESPONDIENTE, LO QUE SE ASIENTA PARA CONSTANCIA LEGAL..

----- C O N S T E -----
AMPLIACION DEL: DENUNCIANTE(S) [REDACTED] Siendo las 11:27 ONCE HORAS CON VEINTISIETE MINUTOS horas del día 04 CUATRO del mes de JULIO(07) del año 2006 DOS MIL SEIS, estando presente en estas oficinas el DENUNCIANTE(S) que dijo llamarse [REDACTED] quien protestado en términos del artículo 280 del Código de Procedimientos Penales Vigente para el Distrito Federal, a efecto de que se conduzca con verdad en la presente diligencia en que va a intervenir, bajo la siguiente formula ¿Protesta usted bajo su palabra de honor y en nombre de la Ley declarar con verdad en las diligencias en que va a intervenir? y habiendo contestado en sentido afirmativo y advertido de las penas a que se hacen acreedores los que declaran faltando a la verdad ante una autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, tal como lo prevén los artículos 311 y 312 del Nuevo Código Penal Vigente para el Distrito Federal que a la letra dicen: Artículo 311, quien al declarar ante autoridad en ejercicio de sus funciones o con motivo de ellas, faltare a la verdad en relación con los hechos que motivan la intervención de ésta, será sancionado con pena de dos a seis años de prisión y de cien a trescientos días multa. Si la falsedad en declaración se refiere a las circunstancias o accidentes de los hechos que motivan la intervención de la autoridad, la pena será de uno a tres años de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa. Artículo 312, a quien con el propósito de inculpar o exculpar a alguien indebidamente en un procedimiento penal, ante el Ministerio Público o ante la autoridad judicial, declare falsamente en calidad de testigo o como denunciante, además de la multa a que se refiere el primer párrafo, será sancionado con pena de cuatro a ocho años de prisión si el delito materia de la averiguación previa o del proceso no es grave. Si el delito es grave, se impondrá de cinco a diez años de prisión. La pena de prisión se aumentará en una mitad para el testigo falso que fuere examinado en un procedimiento penal, cuando su testimonio se rinda para producir convicción sobre la responsabilidad del inculpaado, por un delito no grave. Si se trata de delito grave, la pena de prisión se aumentará en un tanto. Y que en este acto se identifica con credencial CREDENCIAL DE ESTUDIANTE con folio número ***** , y en relación a los hechos que se investigan.

----- D E C L A R O -----
Que el de la voz comparece de manera voluntaria manifestando que: QUE COMPARECE ANTE ÉSTA REPRESENTACION SOCIAL, EN FORMA VOLUNTARIA Y EN ATENCION A LA CITA QUE RECIBIO, POR LO QUE ENTERADA DEL MOTIVO POR EL CUAL COMPARECE AL RESPECTO MANIFIESTA: QUE RATIFICA EN TODAS Y CADA UNA DE SUS PARTES EL CONTENIDO DE SU DECLARACION QUE RINDIO EN FECHA 21 DE FEBRERO DEL AÑO 2006, DOS MIL SEIS, POR CONTENER LA VERDAD DE LOS HECHOS, RECONOCIENDO LA FIRMA QUE APARECE AL MARGEN DE SU DECLARACION, POR HABERLA PUESTO DE SU PUÑO Y LETRA, SIENDO LA QUE UTILIZA EN TODOS SUS ACTOS TANTO PUBLICOS COMO PRIVADOS: POR LO QUE REFIERE QUE YA NO TIENE NINGUN INTERES JURIDICO EN CONTINUAR CON LA PRESENTE INDAGATORIA, Y EN ESTE MOMENTO FORMULA SU QUERRELLA POR EL DELITO DE FRAUDE COMETIDO EN SU AGRAVIO Y EN CONTRA DEL C. [REDACTED] PERO POR CONVENIR ASI A SUS INTERESES EN ESTE MOMENTO ES SU DESEO

HOJA: 26.



FISCALIA DESCONCENTRADA EN COYOACAN.
AGENCIA INVESTIGADORA DEL M.P.: COY-3
UNIDAD DE INVESTIGACION No.: 2 CON DETENIDO
TERCER TURNO
INDAGATORIA No.: [REDACTED]
DENUNCIA DE HECHOS - OTROS
COMPARECENCIA
DIRECTA

OTORGARLE SU MAS AMPLIO PERDON QUE CONFORME A DERECHO PROCEDA EN FAVOR DEL [REDACTED] LO ANTERIOR EN TERMINOS DE LO PREVISTO POR EL ARTICULO 100 DEL NUEVO CODIGO PENAL VIGENTE PARA EL DISTRITO FEDERAL, QUE NO TIENE MAS QUE DECIR Y PREVIA LECTURA DE SU DICHO LO RATIFICA Y FIRMA AL MARGEN PARA CONSTANCIA LEGAL. -----
Motivos por los cuales en este acto presenta su formal CONCLUYE DECLARACION por hechos probablemente constitutivos de algún delito, cometido en agravio del DENUNCIANTE(S) [REDACTED] y en contra del PROBABLE(S) RESPONSABLE(S) [REDACTED] siendo todo lo que desea manifestar y previa lectura que hace de su dicho lo -----

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS JURÍDICOS QUE GENERALMENTE SE UTILÍZAN PARA DEMANDAR A UN PROFESIONAL DE LA SALUD QUE HA INCURRIDO EN IRRESPONSABILIDAD PROFESIONAL?

OBJETIVOS.

GENERAL:

- _ Describir los procedimientos legales que siguen a una mala práctica de un tratamiento de ortodoncia contra el responsable de la salud bucal y sus consecuencias.

ESPECÍFICOS:

- Describir la regulación de la práctica médica y la ortodoncia como rama de la odontología.
- Describir la historia de los responsables de la salud desde la antigüedad hasta la época actual.
- Describir las características de responsabilidad profesional.
- Definir responsabilidad penal.
- Definir responsabilidad civil.
- Presentar gráficas elaboradas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.
- Describir las Normas y estatutos oficiales que rigen la práctica odontológica en México.
- Describir el Código de Estomatología (CIFRHS 2005).
- Describir el Código de Bioética para el personal de la salud en México en el 2004.
- Presentar el caso clínico de paciente femenino de 28 años de edad que se sometió a tratamiento ortodóntico inadecuado, con un cirujano dentista de práctica general con duración de 5 años, sin apoyarse en estudios de diagnóstico previos correspondientes, ocasionando lesiones en su función masticatoria y produciendo un cambio facial

DISEÑO DE LA INVESTIGACION Y METODOS.

TIPO DE ESTUDIO: Caso clínico

RECURSOS.

HUMANOS:

- 2 pasantes de la carrera de Cirujano Dentista de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México.
 - a) Guadalupe Cortés Hernández.
 - b) Patricia Nieto Rodríguez.
- Director de tesis: C.D. Ángel Francisco Álvarez Herrera.
- Asesor de tesis: C.D. José Juan Vega Cambero.

FISICOS

- Computadoras
- Dirección General de Servicios Periciales
- INACIPE
- Asociación Dental Mexicana
- Colegio Nacional de C.D.
- Agencias del Ministerio Público en las Delegaciones Venustiano Carranza, Coyoacan y Fiscalía para Servidores Públicos del Tribunal Superior de Justicia en el Distrito Federal.

MATERIALES

- Revistas de la ADM
- Revistas de la CONAMED
- Fotocopias de libros
- Impresiones
- Radiografías
- Fotografías
- Modelos de estudio

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO	2005-2006						MES	
	Nov	Dic	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun
ACTIVIDAD								
Aprobación del tema	X	X	X					
Recopilación de la Información	X	X	X	X	X	X		
Visitas a:								
CONAMED	X	X	X	X	X	X		
Dirección General De Servicios Periciales	X	X	X	X				
INACIPE	X	X	X	X				
ADM			X	X				
Colegio Nacional de C.D.			X	X				
Agencias de Ministerio Público en las Delegaciones: Venustiano Carranza. Coyoacan.						X		X
Fiscalía Especializada para Servidores Públicos de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal								X
Análisis de la información			X	X	X	X		
Presentación de resultados					X	X		
Presentación de primer Borrador.						X		

CONCLUSIONES.

“ Procedimientos Jurídicos en contra del tratamiento de la ortodoncia mal aplicada en un caso clínico”

- 1.-Es importantes, la difusión, análisis, comprensión y aplicación de la normatividad vigente en materia sanitaria, durante la etapa de formación profesional.
- 2.-La responsabilidad profesional, es el ejercer nuestra profesión con respeto, objetividad y justicia, así como el actuar siempre bajo los principios éticos y con estricto apego a todo ordenamiento legal, civil, moral y profesional.
- 3.-Ser responsable es cumplir con la sociedad; las instituciones de procuración de justicia; los consejos y asociaciones de profesionales.
- 4.-Todo estomatólogo con interés en ejercer la práctica profesional, debe actualizarse de forma continua en su área, así como en todas las disposiciones que enmarcan al ejercicio profesional.
- 5.- La Ley General de Salud señala varios lineamientos para el ejercicio de la práctica médica, y considera a la práctica estomatológica como tal. Es por ello la importancia de conocer y aplicar esta Ley y su Reglamento.
- 6.- El no atender a las diferentes disposiciones de la normatividad vigente para la práctica profesional, nos hace acreedores a una sanción, la cual puede ser tomada del Código Civil y del Código Penal, dependiendo el tipo y naturaleza de la falta que se haya cometido.
- 7.-Las Normas Oficiales son lineamientos de calidad, se utilizan para determinar lo mínimo necesario para ejercer una actividad o profesión, y para la SSA no cumplir con ellas es motivo de sanción sanitaria.
- 8.-Todo profesional de la salud debe observar y cumplir con las normas éticas y morales, ya sea con el paciente, con un colega, con las instituciones, etc.
- 9.-Los códigos de ética actuales se relacionan con la normativa civil, penal administrativa, entre otras, por lo que es importante cumplir con estos parámetros de conducta.
- 10.-El actuar bajo los principios éticos, es actuar con humanismo, es reconocer el valor humano, como el más preciado tesoro, que es la vida, es el actuar sin daño, es busca siempre del bienestar mismo del paciente, de nuestra profesión, del ser humano en general.

11.-La conciencia es importante, cuando surge una queja por parte del paciente, de tal forma que si se es consciente de que se cometió un error, es preferible contribuir a un acuerdo con el paciente y hacernos responsables de nuestros propios actos.

12.- Es importante promover y fortalecer la relación médico-paciente ya que permite a este último involucrarse en su tratamiento, ya que él mismo es parte importante del régimen, ya sea por sus hábitos o su conducta. Este acercamiento, fomenta la confianza y la comprensión en caso de producirse un resultado inesperado.

13.-Parte importante de la relación médico-paciente es que ambos conozcan sus derechos y obligaciones en atención a la salud, esto proporciona información para que no se excedan los límites y se respeten los derechos.

14.-Cuando ocurre una demanda lo mejor es enfrentar el caso de forma honorable y responsable.

15.-En cuanto a la tesis realizada, cabe aclarar que se trata de un compendio que reúne los artículos que involucran al estomatólogo en todas las leyes anteriormente presentadas, y no corresponde a un análisis ni crítica de las mismas, por lo cual es recomendable que generaciones posteriores opinen y realicen un seguimiento al cuestionamiento existente de cada una de las leyes.

“no haré daño...” y

“actuaré en beneficio del enfermo...”

“Por mi raza, hablará el espíritu”

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
(U. N. A. M.)**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-CONAMED. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Revista CONAMED. 2003 año 8. Núm. 1. Pág. 109-115.
- 2.-Tenorio G. F. Responsabilidad profesional del médico. Responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica. México. Comisión Nacional de Arbitraje Médico 1999:9. Pág.12, 45, 49, 57-59.
- 3.-Pizarro M. B. Procedimiento Civil. Editorial Trillas. México, 1999. Pág. 55-58.
- 4.-Irving D.L. La responsabilidad en el ejercicio medico. Editorial el manual Moderno, 2° edición, 2002. Pág. 27.
- 5.-Frenk J. ¿Negligencia Médica, una nueva epidemia? Editorial Mundi, México, 1998. Pág. 11
- 6.-Código de Ética para el área de la estomatología. CIFRHS. 2005.
- 7.-Encyclopedia of Bioethics New York 1978.vol. I. p. XIX.
- 8.-Tena T. C. en: www.conamed.gob.mx/articulos/derechogeneraldelmédico.
- 9.-Secretaría de Salud. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Su quehacer. Programa de acción: Consolidación del arbitraje Médico. México. Secretaría de Salud, 2001;47.
- 10.-Graber T. Ortodoncia, principios fundamentales y práctica. Ediciones científicas y técnicas; Barcelona, España; 1999. Pág. 19-22.
- 11.-García V. A. Historia de la Medicina. Editorial Interamericana, México, 1987. Pág. 33-44, 56.
- 12.-López P J. Medicina, Histórico-Social, Antología Clásicos Médicos. Editorial Ariel, Barcelona, 1979. Pág. 45-48.
- 13.-Santiago L. T. Historia del siglo XX. Editorial Santiago, Chile 1998. Pág. 12-33
- 14.-Vargas P. M. Historia de la Medicina. Méndez Editores, México 1999. Pág. 205-215.
- 15.- Henry J. M. La tradición jurídica, romano-canónica. Fondo de Cultura Económica. México, 1999. Pág. 35-40.
- 16.-González B. A. Historia de la Medicina Social. Editorial Imesa, México, 1984. Pág. 36.
- 17.-Castro J. K. Historia de la Medicina. Grupo Editorial RAF, México 2003. Pág. 5-9
- 18.-Guy C. M. La Medicina Impugnada: La práctica social de la medicina en la sociedad capitalista. Editorial Salvat, México 1999. Pág. 78, 80-88.
- 19.-Phill J. L. History of dentistry. Quintessence, Chicago, 1998. Pág. 10-18.
- 20.-Lerman M. L. Historia de la Odontología y su legislación, Editorial Mundi; SAIC, Buenos Aires Argentina, 3° Edición, 1974. Pág. 102, 297, 235-238.
- 21.-Fernández J. G. Historia de la Odontología en México, Editorial el manual Moderno, 1988. Pág. 12-14.
- 22.-Mariano P. G. Historia de la Odontología. Editorial Trillas, México, 1999. Pág. 71-78.
- 23.-Carriaga J. H. La práctica odontológica. Editorial Interamericana, Argentina, 1978. Pág. 101-109.
- 24.-Canavria M. P. Historia y desarrollo de la odontología. Editorial Mundi, España, 1996. Pág. 34, 36-39.
- 25.-Imaldi H. G. La nueva odontología. Editorial IMESA, México, 1999. Pág. 23-25

- 26.-Hernández A. L. Práctica Dental. Editorial Trillas. México, 1992. Pág. 54-57.
- 27.-Seminarios de integración para séptimo y octavo semestre de la carrera de cirujano dentista, Facultad de Estudios superiores Zaragoza, 1985. Pág. 33-36.
- 28.-García S. A. Historia de la Odontología. Editorial Trillas, México, 1978. Pág. 22, 23.
- 29.-Pizarro M. B. Procedimiento Civil. Editorial Trillas. México, 1999. Pág. 55-58.
- 30.-Dobler I. La responsabilidad del ejercicio médico. México, D. F. Editorial Trillas 2002. Pág. 41-46.
- 31.-Zaffaroni E. Tratado de derecho penal. México, D. F. Editorial Ediar, 1981.
- 32.-Código Civil para el Distrito Federal México, D. F. Editorial Porrúa. 2004.
- 33.-Código Federal Civil. México, D. F. Editorial Porrúa. 2004.
- 34.-Agenda Penal del Distrito Federal. México, D. F. Editores Fiscales. Isef.2004.
- 35.-Muñoz F. Código Penal. México, D. F. Editorial Ariel. 2005.
- 36.-Código de Procedimientos Penales para el Distrito Federal. México, D. F. Editorial SISA, 2005.
- 37.-Moreno M. Retos y propuestas para la transformación del sistema procesal penal en México. México, D. F. Editorial Fontana. 2004. Pág. 79-83.
- 38.-CONAMED. Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica en México. Revista CONAMED. 2003. Año 8. Núm. 1. Pág. 109-115.
- 39.-Código de Ética para el Área de la Estomatología. CIFRHS.2005.
- 40.-Garza G. R. Bioética. La toma de decisiones en situaciones difíciles. . Editorial Trillas México, D. F. 1997. Pág. 9-21.
- 41.-Kuthy P. J. Introducción a la Bioética. Editorial Méndez, México, 1999. Pág. 21-23.
- 42.-Saturno P. Simposium Internacional por la calidad de los servicios médicos y la mejoría en la relación médica del paciente (revista). México, D. F. Dirección General de difusión e investigación de la CONAMED. 2006.
- 43.-Tena T. C. En: www.conamed.gob.mx/articulos/derehogeneraldelmedico.
- 44.-CONAMED, "Legislación Sanitaria", Revista CONAMED. Año1.Núm.2. 1997. Pág. 14-16.
- 45.-CONAMED. Carta de los derechos de los pacientes. México 2001.
- 46.-Sandra S. A. Los pacientes también tienen derechos. Editorial Trillas. México. 2003. Pág. 45, 46.
- 47.-CONAMED. Carta de los derechos de los médicos. México. 2001.
- 48.-Tena T. C. Derechos de los médicos. Experiencia mexicana para su determinación y difusión . CONAMED. México 2003. Pág. 145, 146.
- 49.-CONAMED. IX Simposium de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México 2004
- 50.-Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica. Revista CONAMED. Vol.8 No.1 2003. Pág. 109.115.
- 51.-Rakosi T. Jonas I. Atlas de ortopedia maxilar. Diagnóstico. Ediciones Científicas y Técnicas. Barcelona. 1998. Pág. 106-108.
- 52.-Graber T. Ortodoncia, principios fundamentales y práctica. Ediciones científicas y técnicas. Barcelona España.1999. Pág. 29, 30.

- A)** Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Editorial Alfaro México. D. F. 2005.
- B)** Código Civil Federal. 14° Edición, Editorial Porrúa, México, 2000.
- C)** Código Penal Federal, 12° Edición, Editorial Porrúa, México, 2002.
- D)** Ley Reglamentaria del artículo 5° Constitucional. Relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal, Diario Oficial de la Federación. Secretaría de Salud. Editorial Porrúa. México. 2002.
- E)** Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México. 2002.
- F)** Normas Oficiales Mexicanas Publicadas en el Diario Oficial de la Federación. Secretaria de Salud. México. D. F. 2005.

G L O S A R I O

CONTRACTUAL: Hay algo pactado entre el médico y el paciente. Se realiza en todas las prácticas a requerimiento del paciente. Muchas veces conviene imponer este punto de vista frente a posibles demandas.

CULPOSO: No hay intención de producir daño. Son los analizados y de los que se acusa al médico.

BIOÉTICA: Área de investigación que valiéndose de una metodología interdisciplinaria tiene por objeto el examen sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y de la salud, analizando esta conducta a la luz de los valores y principios morales.

DAÑO: Es el efecto de dañar. Su concepto es causar perjuicio, dolor o molestia.

DEONTOLOGÍA MÉDICA: Es el estudio de las obligaciones y deberes, de todo aquél que desarrolla una actividad relacionada con el arte de curar y se halla comprendido en ella.

DEONTOLOGÍA MÉDICA UNIVERSITARIA: Se ocupa de los deberes y derechos de estudiantes y docentes entre sí, en relación de la institución y a los pacientes que deben atender en las cátedras y hospitales escuela. Anteriormente a estas épocas velaban por las leyes de ejercicio profesional.

DEONTOLOGÍA MÉDICA JURÍDICA: Denominada clásicamente como Jurisprudencia médica. Fija normas para el ejercicio de la medicina.

DOLOSO: Hay intención de producir daño.

ÉTICA: Estudio filosófico de los fundamentos de la conducta buena y mala.

HISTORIA CLÍNICA: Es un documento con valor médico legal en el que se elabora el diagnóstico, fundamenta el pronóstico y documenta el tratamiento y la evolución del paciente.

IATROGENIA: Efectos que en el paciente origina la intervención del médico. El término se relaciona solamente con las condiciones patológicas inevitables que se producen a pesar del ejercicio apegado a las reglas de *lex artis* de la medicina.

IMPERICIA: Actuación profesional llevada a cabo con ineptitud técnica y física por falta de conocimiento, talento o instrucción, capacidad o aptitud.

IMPRUDENCIA: Es una falta de previsión o de precaución en la acción pues el sujeto actúa con exceso de confianza.

INOBSERVANCIA DE REGLAMENTOS: Culpa que surge de la actuación que está vedada por una norma jurídica.

MALA PRÁCTICA: Actuación profesional causante de daño corporal en el paciente al no conducirse con pericia, prudencia, diligencia y observancia de normas.

NEGLIGENCIA: Descuido, omisión o falta de aplicación en una tarea donde que nos hemos comprometido realizar, implica abandono, desidia, dejadez.

RESPONSABILIDAD CIVIL: Se encuadra dentro del concepto de responsabilidad común a todos los individuos. Si se daña se debe reparar. Afecta al patrimonio.

RESPONSABILIDAD PENAL: Afecta a las personas. La pena que se aplica es la prisión.

RESPONSABILIDAD ADMINISTRATIVA: No tiene nada que ver con las dos anteriores responsabilidades. La pena que se aplica es el apercibimiento o la inhabilitación.