



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA QUEJA ANTE CONAMED EN EL ÁREA
ODONTOLÓGICA Y SU RELACIÓN CON LA MEDICINA
DEFENSIVA (ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE 1996 A 2009)

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

C I R U J A N A D E N T I S T A

P R E S E N T A:

ANA LINDA SOTELO LÓPEZ

TUTOR: Mtro. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

ASESORA: C.D. MIRIAM ORTEGA MALDONADO



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.

INDICE

| | |
|---|----|
| INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1. MARCO TEORICO..... | 2 |
| 1.1. LA QUEJA..... | 2 |
| 1.2. LA QUEJA ANTE CONAMED..... | 2 |
| 1.2.1. Requisitos para presentar una queja..... | 3 |
| 1.2.2. Quejas o asuntos no competentes ante CONAMED..... | 4 |
| 1.2.3. Los motivos de inconformidad en el servicio odontológico privado..... | 5 |
| 1.2.4. Seguimiento de una queja..... | 5 |
| 1.3. MEDICINA DEFENSIVA..... | 6 |
| 1.4. LA PRACTICA PROFESIONAL..... | 7 |
| 1.4.1. Carta de los derechos generales de los cirujanos dentistas..... | 9 |
| 1.4.2. Comunicación con el paciente..... | 10 |
| 1.4.3. Carta de los derechos generales de los pacientes | 11 |
| 2. ANTECEDENTES..... | 13 |
| 2.1.1. Época prehispánica | 13 |
| 2.1.2. Época colonial | 13 |
| 2.1.3. Época de la Independencia | 14 |
| 2.1.4. Época de la revolución | 14 |
| 2.1.5. Época contemporánea | 14 |
| 2.1.6. El derecho a la salud en México..... | 15 |
| 2.1.7. Los derechos humanos y la salud..... | 16 |
| 2.2. CREACION DE LA CONAMED..... | 17 |
| 2.3. FUNCIONES DE LA CONAMED..... | 17 |
| 2.3.1. Orientación..... | 18 |
| 2.3.2. Asesoría especializada..... | 18 |
| 2.3.3. Admisión de la queja..... | 19 |
| 2.3.4. Gestión inmediata..... | 19 |
| 2.3.5. Arbitraje | 19 |
| I. Etapa conciliatoria..... | 20 |
| II. Etapa decisoria | 20 |
| III. Resolución arbitral o laudo..... | 21 |
| 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 22 |
| 4. JUSTIFICACION | 23 |
| 5. OBJETIVO..... | 24 |
| 6. MATERIAL Y METODOS..... | 25 |
| 7. RESULTADOS..... | 28 |
| 8. DISCUSION..... | 36 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 38 |
| 10. BIBLIOGRAFIA..... | 39 |

Dedico esta tesis a Dios y a mi madre,
Gracias Malenita por enseñarme a
Seguir adelante y perseverar
Para conseguir el éxito.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia tan querida que me acompañaron en este proceso:

Ceci, Dany, Andy y Susy por todos los abrazos y cariño.

A la familia Reséndiz Sotelo: Rafa, Benny, Eva, Liz e Isaías, por nutrirme día a día.

A la Familia Sotelo Robles por haberse prestado a ser mis pacientes.

A la familia McLean: Alan, Susy, Leslie y Evan, por todas sus oraciones y apoyo que desde lejos sirvieron para concretar este proyecto.

A Edgar Wallace por darme de todo corazón ayuda cuando la necesite.

A la Sra. Lulú y Don Pepe, por preocuparse por mi bienestar.

A la Familia Dueñas de la Cruz, por todas las bendiciones compartidas.

A Erica, Dany y Ricardo por todo el amor que me brindaron.

A Raúl y Susy por ser un ejemplo a seguir.

Y a mis amigos entrañables que siempre estuvieron sosteniéndome, animándome, Consolándome y que el día de hoy se alegran por un triunfo más en la historia de nuestra amistad: Balthus, Ray, Angel, Julio, Pedro, Paul, Willy, Araceli, Pilar, Adrian, Yamel, Elizabeth, Dulce, Erick, Iván, Pamela, Vielka, Ross, Aldo, Tania, Nora, Adolfo, Rox y Cris.

Y a mis abuelos aunque ya no están, la promesa ha sido cumplida.

INTRODUCCIÓN

Actualmente los profesionales enfrentan retos en la práctica médica y odontológica por los servicios que prestan a la población, los cuales exigen a mejorar su calidad de atención y realizar una praxis médica óptima según los estándares de la medicina y ética.¹

Uno de los órganos autónomos que regula la práctica desde un punto de vista médico y legal, y pretende, mediante la conciliación, resolver problemas de carácter médico, es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED),² donde desde su creación en 1996 asume las funciones que en algún tiempo tuvo la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH)³ a diferencia de que la CONAMED obtiene carácter jurídico por la vía civil, al establecer convenios de solución entre el paciente y el médico, lo cual se logra a través del análisis de las quejas y los procedimientos establecidos para la solución de estas.

La queja como indicador nos permite reconocer las debilidades en la atención del servicio que el médico otorga y así plantear soluciones o emitir recomendaciones sobre las necesidades a satisfacer en su práctica diaria.¹

La práctica odontológica no está exenta de fallar en algún procedimiento del área, lo que convierte al profesional en un candidato potencial para enfrentar una demanda⁴ ante la CONAMED o Ministerio Público, debido a una inconformidad del paciente.

Las atribuciones de la CONAMED, permiten que esta inconformidad pueda solucionarse por la vía civil, entendiéndose ésta como un convenio entre las partes, que siendo de mutuo acuerdo actúan conforme a la ley, evitando así trámites innecesarios en una instancia judicial.⁵

Por lo anterior, el propósito del presente análisis es identificar las especialidades que generan más quejas ante la CONAMED y quienes reportan mayor número de controversias médicas entre los odontólogos de práctica general y con especialidad.

1. MARCO TEORICO

1.1. LA QUEJA

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española definen “queja” como: Expresión de dolor, pena o sentimiento; resentimiento, desazón.

En el área médica, específicamente en la odontología las quejas no sólo se reducen a errores médicos, negligencia ó mala práctica, en realidad una queja es un indicador de inconformidad con la calidad de la atención médica,¹ entendiéndose ésta “*al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud*”.⁶ Las quejas no son representativas de todos los efectos adversos ya que no todas las quejas tienen fundamento respecto al resultado médico, sino a la falta de información, problemas administrativos o directamente por la relación médico paciente.

La insatisfacción surge como falta de congruencia entre las expectativas del paciente, modalidad y resultados de la atención médica recibida. En algunas situaciones la decisión de quejarse depende de la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que recibió, si existió algún “evento adverso” o simplemente porque piensa que el médico es moralmente culpable de lo que pueda haberle sucedido, esto ultimo depende de la relación médico-paciente, es decir, si a percepción del usuario el médico actuó de forma deshonesto (al no informar de una manera completa acerca del procedimiento a realizar u omitir mencionar los riesgos de los mismos, etc.) el usuario espera que el médico reconozca su falta y se disculpe, las personas necesitan entender que fue lo que les sucedió y que la explicación tenga sentido para ellos, de manera que si una enfermedad o la curación de esta, altera la vida del paciente, pueden sentirse vulnerables y canalizar sus sentimientos sobre ese cambio en una queja respecto a su atención o calidad de atención recibida.¹

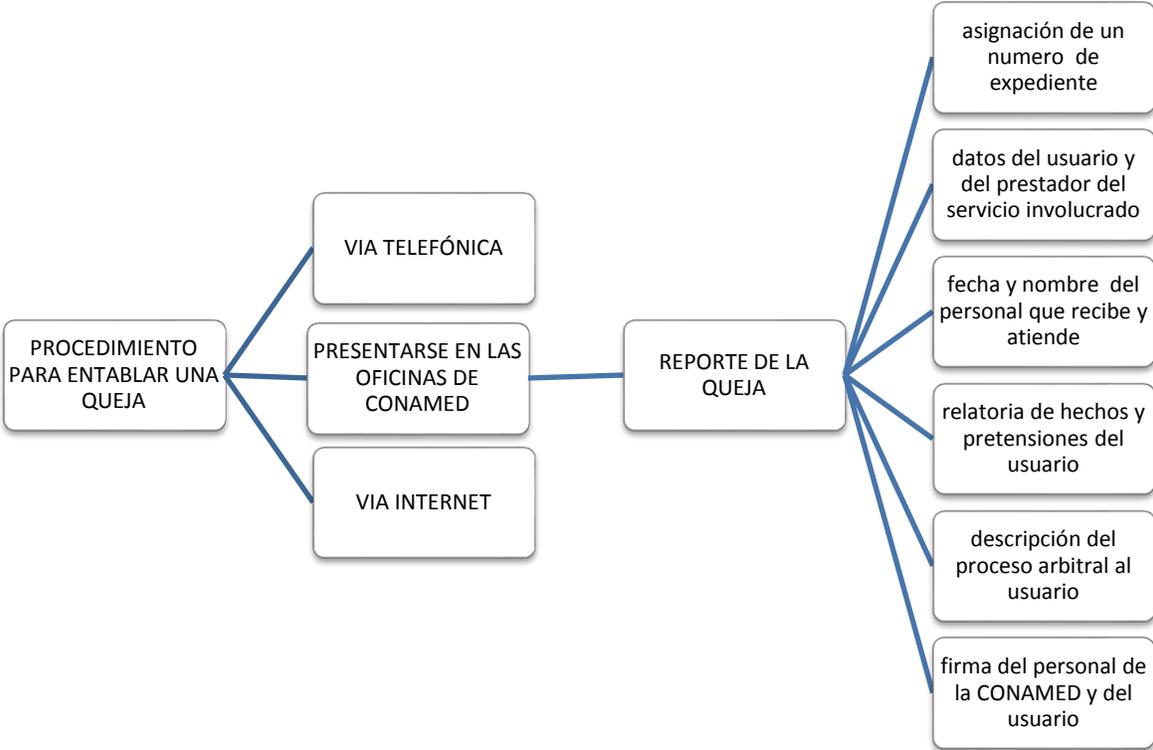
1.2. LA QUEJA ANTE LA CONAMED

En la CONAMED, la queja se entiende como la presentación de una inconformidad ante un juez o tribunal competente acerca de los servicios de salud, es la base más importante para elevar la calidad de los servicios médicos, ya que refiere los principales motivos que definen donde hay una irregularidad, negligencia o descuido de los proveedores de salud.⁷ Aportando datos que deben reforzar las instituciones públicas o privadas para una mejor atención de las afecciones en la comunidad.

En el artículo 2º, fracción XVIII del Reglamento de procedimientos de la CONAMED,⁸ la queja es definida como una petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED en razón de impugnar la negativa de servicios médicos, o la irregularidad en su prestación”.

Las inconformidades presentadas se analizan minuciosamente en dos hechos básicos, uno es la narración de los hechos y el motivo de la queja, y el otro, son las pretensiones que reclama el inconforme para darle fin a la controversia. (Ver Fig. 1)

Fig. 1. Diagrama de flujo para presentar una queja en CONAMED.



Fuente CONAMED.

1.2.1 Requisitos para presentar una queja

La CONAMED como organismo dedicado a atender asuntos de controversias médicas ya sea en instituciones públicas o privadas, se interesa en la inconformidad o queja del usuario de los servicios médicos, brindándole orientación y asesoría para la admisión de la queja.

El trámite para la presentación de una queja ante CONAMED, contiene las siguientes características: número de expediente, fecha de emisión, datos del usuario, datos del prestador del servicio médico, especialidad, lugar y fecha, personal que recibe y atiende la

inconformidad, motivo, relato de hechos, pretensiones, descripción del proceso arbitral y la firma.⁹

Lo anterior permite determinar si una queja procede o no. La CONAMED, provee asesoría al usuario en relación a las inquietudes que tenga, le informa de los derechos y obligaciones que posee, las alternativas legales que puede utilizar en su caso y la canalización a las dependencias que se pueden encargar de su queja (si no compete a la CONAMED).^{10 11}

Si la queja no cumple con los requisitos ya sea por información incompleta, narración imprecisa, ambigua o contradictoria de los hechos, la CONAMED le pedirá al usuario por escrito que aclare o complete los datos necesarios dentro de 10 días hábiles a partir de su notificación, de no hacerlo se descartará su queja por falta de interés.

Se le notifica al proveedor del servicio médico, por medio de una carta de invitación para que acuda a una audiencia explicativa donde se reunirá la documentación solicitada y se conocerá su postura respecto a la queja. En caso de aceptar se elabora un acta de comparecencia ó cláusula compromisoria.

1.2.2 Quejas o asuntos no competentes ante CONAMED

En la CONAMED se utilizan diversos formatos que también actúan como filtros, de tal manera que la información proporcionada en el formato por el usuario permite identificar el tipo de procedimiento que se realizará en esta institución. Dentro de estos formatos se encuentran: el de información y asesoría, presentación de una queja y conciliación, entre otros. En cuanto a su función como filtro permite interceptar aquellos asuntos que no correspondan a la CONAMED para diferir y orientar al usuario a la instancia correcta para resolver su asunto.

Los asuntos no competentes ante CONAMED son:

- Cuando en la queja se pretenda castigar o sancionar al médico en lugar de conciliar.
- Cuando la queja ya se encuentre en procedimiento judicial o esté sometida a conocimiento de tribunales. Para ser competencia de la CONAMED las partes deben renunciar al procedimiento judicial y someterse al arbitraje de la Comisión.
- Asuntos de controversias de competencia de autoridades del trabajo.
- Cuando el objetivo de la queja sea el de preparar u obtener pruebas para iniciar un proceso judicial, civil o administrativo.
- Cuando el quejoso no tenga la finalidad de conciliar, sino sancionar al prestador del servicio.
- Cuando el interés de la queja sea sobre el monto de servicios derivados de la atención médica.
- Cuando el asunto no sea relacionado a la prestación del servicio médico.

1.2.3 Los motivos de inconformidad en el servicio odontológico privado

Las situaciones que más quejas generaron desde la fundación de la CONAMED en 1996 en el Distrito Federal, fueron las relacionadas con:

- **Ámbito Público:** En las áreas de Traumatología, Ortopedia, Gineco-obstetricia y Cirugía General.
- **Ámbito Privado:** En el área de Odontología.

De las cuales, los motivos de inconformidades que recibe la CONAMED son los siguientes:

- Por tratamiento quirúrgico
- Tratamiento médico
- Diagnóstico
- Atención de parto y puerperio inmediato
- Auxiliares de diagnóstico y tratamiento
- Relación médico paciente
- Atención inicial

Dentro del área Odontológica estas inconformidades están relacionadas con:

- Falta de comunicación
- Mala práctica
- Diagnóstico
- Tratamiento

La falta de comunicación médico-paciente,³ se entiende como: falta de confianza del enfermo en su médico, interpretación errónea por parte del enfermo acerca de la terminología médica, la indiferencia o falta de comprensión de las indicaciones médicas, así como poco apego al tratamiento terapéutico por parte del paciente y la mínima participación del paciente sobre las decisiones en el tratamiento de su salud.

Asimismo, la mala práctica profesional puede definirse como: la omisión por parte del médico a prestar apropiadamente los servicios a los que está obligado en su relación profesional con su paciente y que da por resultado daños o perjuicios a éste.

1.2.4 Seguimiento de una queja

Como se ha mencionado la CONAMED formula a solicitud de quien lo pida (instancias legales), la expedición de informes periciales que muestren la apreciación técnica de la Comisión sobre el acto médico.

Emite opiniones técnicas de oficio, en las que se establecen recomendaciones para el mejoramiento de la calidad en la atención médica, no como resolución de cuestiones en litigio sino para asuntos de interés general. Cabe señalar, que todos los servicios son gratuitos y procuran ser ágiles y expeditos.

La CONAMED, logra estas atribuciones mediante la interdisciplinariedad, ya que Médicos y Abogados trabajan conjuntamente para analizar los principios científicos y jurídicos del acto médico.

Las atribuciones por lo tanto, siguen diversos procedimientos que pueden clasificarse como procedimientos específicos, que involucran la orientación, la asesoría especializada, la admisión de la queja, la gestión inmediata, el proceso arbitral, la conciliación y el arbitraje, mismos que se describen a continuación.

1.3. MEDICINA DEFENSIVA

Las quejas y las demandas forman parte de la vida cotidiana en cualquier ámbito y profesión,⁴ para lo cual se ha necesitado crear organismos autónomos y descentralizados que se ocupen de resolver estas situaciones de queja y demandas, algunos de estos organismos son: tribunales y juzgados, Procuraduría Federal del Consumidor (PROFECO), Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH), Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), entre otros.

En casos de quejas médicas, la CONAMED (organismo descentralizado de la Secretaría de Salud), se encarga de resolver estas controversias, promoviendo la conciliación y arbitraje entre las partes involucradas.⁹

Actualmente la ciudadanía tiene mayor acceso a la información por los medios de comunicación como: televisión, periódicos, revistas e Internet. Por lo que están más conscientes de sus derechos y los ejercen, es por eso que al encontrarse ante una inconformidad o desacuerdo en la prestación del servicio médico que se les otorga, presentan una queja ante el organismo competente.

Estas quejas tienen consecuencias importantes en la práctica profesional, ya que ante la posibilidad de ser acusado o demandado, el profesional toma medidas legales de protección como: el consentimiento informado, en el cual el profesional se ampara ante cualquier queja, contrata seguros contra demandas o refiere a otro profesional la atención médica de pacientes que puedan ser potenciales demandantes.

Estas situaciones han dado origen a una “cultura litigiosa” o medicina defensiva. En la cual el trato al paciente ya no es prioridad, sino la protección ante la demanda. Dentro de esta cultura litigiosa los asesores jurídicos de las compañías de seguros, exigen que el profesional cumpla con determinados trámites como: carta de consentimiento informado,

dependiendo de la profesión y el riesgo al que se expone, la prima de seguro que puede ser muy elevada, esto es muy común en países como Estados Unidos y Canadá donde las demandas son millonarias y no se puede ejercer una profesión médica sin un seguro que lo avale.³

La medicina defensiva se define como el conjunto de cambios que realiza el médico, en la práctica de su profesión, para defenderse de controversias y demandas en su contra, originadas durante el desarrollo de su ejercicio profesional.³

Se compone de tres factores: el paciente, el profesional y la sociedad.

El paciente ha perdido la confianza en su médico, y cuestiona sus acciones en la consulta clínica, desconfían de su experiencia, habilidad y hasta de la institución académica de la que egresó, las medicinas que le prescribe, la integración de elementos computarizados o equipos modernos, las exigencia estética es cada vez mayor atribuida a la saturación de los medios de comunicación y cuando no es posible cumplir la expectativa del paciente entonces surge la inconformidad.

Sin embargo, no todo es culpa del paciente, el profesional ha propiciado la práctica de la medicina defensiva, ya que no fomenta la comunicación con ellos al hablar en términos médicos que no pueden entender, por lo que el tratamiento puede fracasar, la deficiencia de conocimiento o preparación del médico provoca un mal diagnóstico, tratamiento y como resultado se expone la vida del paciente.⁴

En la sociedad, las leyes son fundamentales para un goce pleno de los derechos de la población, y promete que los servicios médicos sean oportunos y de calidad, pero en realidad no se cuenta con la infraestructura necesaria para proveerlos.⁴⁰ En cuanto a los médicos, la sociedad impone reglamentos y leyes que en ocasiones obstaculizan la prestación del servicio oportuno por la tardanza en la realización de trámites o papeleo exagerado, así mismo, cuando hay una controversia o acto de negligencia y se involucra a un personaje o institución reconocida, los medios de comunicación influyen negativamente en la ciudadanía ya que la mayoría de las veces culpan al médico y recomiendan desconfiar del médico o de algunos procedimientos quirúrgicos.³⁷

El resultado de la medicina defensiva es la elevación de los costos de la prestación del servicio, la desconfianza del paciente hacia su médico, el recelo del médico hacia su paciente y por ende la disminución de la calidad en los servicios médicos.

1.4. La Práctica profesional

La práctica es muy importante en el desarrollo de una profesión ya que permite aprovechar los recursos que la persona posee y de este modo aplicarlos con eficiencia al ejercer su profesión.

Una persona como ciudadano mexicano obtiene derechos y obligaciones;¹² el derecho de dedicarse a lo que más le convenga siempre y cuando sea legal y con la obligación de sujetarse a los lineamientos correspondientes para el ejercicio o práctica de las profesiones¹³ (como la obtención de un título o cédula profesional, realización del servicio social, sanciones e infracciones), y poner todos sus conocimientos y recursos al servicio de su cliente.

La ley en el caso particular de las profesiones médicas puede sancionar por usurpación o incumplimiento de funciones y en el caso de haber dañado al paciente los cargos serían por negligencia, impericia o dolo.¹⁴ Estas últimas pueden ser el motivo más frecuente de la presentación de una queja o inconformidad ante CONAMED. La institución para efecto de sus procedimientos ubica a la negligencia, impericia o dolo como irregularidades en la prestación de servicios médicos o negativa en la prestación de servicios médicos.

Juan Velázquez³ define:

“La negligencia es la omisión de la diligencia o cuidado que debe ponerse en los negocios, en las relaciones con las personas y en el manejo o custodia de las cosas; es el abandono, la desidia, la falta de aplicación, la falta de atención, el olvido de las órdenes o precauciones.

... impericia es la falta de conocimientos o de la práctica que cabe exigir a uno en su profesión, arte u oficio; es la torpeza, la inexperiencia...

...el dolo es la resolución libre y consciente de realizar voluntariamente una acción u omisión prevista y sancionada por la ley.”

Dentro de sus atribuciones y funciones, la CONAMED esta preparada para dictaminar si un profesional actuó acorde a la ética o contraria a esta, por medio de dictámenes médicos de su personal calificado ya sea para instituciones públicas, privadas o requeridos por algún juez.¹¹

Muchas de las quejas por mala práctica pueden ocurrir cuando el profesional ofrece resultados que no puede cumplir, realiza cobros inadecuados, no presta atención adecuada a su paciente y debido a eso comete errores que pueden comprometer la salud del paciente, falla del equipo por falta de mantenimiento , entre otros, originando la medicina defensiva.³

Se puede disminuir el índice de mala práctica por parte del profesional y de su personal, capacitándose regularmente,³ tomando medidas de higiene y optimización del equipo que utiliza, actuar de acuerdo a la ética y sobre todo mantener una buena relación médico-paciente esforzándose en explicar alternativas de tratamientos, aclarar dudas sobre procedimientos, ser objetivos acerca de las expectativas que podemos obtener utilizando un lenguaje que el paciente pueda entender.

1.4.1. CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS CIRUJANOS DENTISTAS¹⁵

“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.

2. EJERCER LA PROFESIÓN EN FORMA LIBRE Y SIN PRESIONES DE CUALQUIER NATURALEZA

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

3.-RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO POR PARTE DE TODA PERSONA RELACIONADA CON SU TRABAJO PROFESIONAL

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

4.- A NO GARANTIZAR RESULTADO CIERTO EN LA ATENCIÓN BRINDADA, SALVO EN LOS CASOS EXPRESAMENTE PACTADOS

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

5.-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.

6.-CONTAR CON ACCESO A LA ACTUALIZACIÓN PROFESIONAL Y SER CONSIDERADO EN IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA SU DESARROLLO PROFESIONAL

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

7.-PARTICIPAR EN ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

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

8.-SALVAGUARDAR SU PRESTIGIO PROFESIONAL

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

9. ASOCIARSE PARA PROMOVER SUS INTERESES PROFESIONALES

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

10. RECIBIR EN FORMA OPORTUNA LOS HONORARIOS, SALARIOS Y EMOLUMENTOS QUE LE CORRESPONDAN POR LOS SERVICIOS PRESTADOS

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

1.4.2. Comunicación con el paciente

Por medio de la comunicación el odontólogo pueden recoger datos clínicos significativos, como menciona María Isabel Luengas Aguirre:¹⁶ “Para que una persona acuda al médico o al dentista tiene que haber un problema, que es percibido y valorado personalmente, esta percepción depende no solo del dolor o malestar, sabemos por experiencia en el caso de la odontología, que aunque haya dolor la gente se resiste a ir al dentista y en ocasiones los padres llevan a sus hijos a la consulta, porque no los “dejan dormir”, no porque la criatura esté sufriendo”, lo anterior denota la posibilidad de interacción con el paciente al escuchar e interesarnos en sus motivos, exigencias y pretensiones.

Como profesionales de la salud bucal debemos tomar en cuenta que el paciente tiene derechos y debemos respetarlos.

1.4.3. CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES^{17,4}

“1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando quiera referencia a otro médico.

2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3.- RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad 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

El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR 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 de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.”

2. ANTECEDENTES

El desconocimiento de los derechos y obligaciones¹⁸ que poseen los odontólogos, provoca que no se otorgue un servicio de excelente calidad. Para contrarrestar lo anterior no hay nada mejor que la información y el estudio de los antecedentes históricos y legales por los que atravesó México para entender como han evolucionado las instituciones responsables de la salud hasta la Comisión Nacional de Arbitraje Médico en la actualidad.¹⁹

En México, fue particularmente difícil el inicio del profesional en odontología, no tanto por falta de médicos que se interesaran por el estudio del área bucodental o personas capaces de ejercer la profesión, sino por las circunstancias políticas y sociales en las que se ha encontrado México, desde la conquista española, hasta nuestros días.

2.1.1. Época Prehispánica

Se sospecha que en la época prehispánica los indígenas debieron tener alguna organización de tipo jurídico, los códices son la principal fuente de información de la época prehispánica, y lamentablemente la mayoría de ellos fueron destruidos durante la conquista,²⁰ en la actualidad se conservan cráneos con dientes tallados e incrustaciones de piedras preciosas, que no necesariamente se realizaban con fines terapéuticos, mas bien estaban dirigidos a sacerdotes o personas con un rango social importante.²¹

El Códice Badiano y la Historia General de las cosas de la Nueva España, son recopilaciones importantes acerca de la medicina indígena.²²

2.1.2. Época Colonial

Desde los inicios del periodo Virreinal, la Nueva España fue regida bajo las mismas leyes que en España, aunque no todas se podían aplicar igual, debido a que Europa tenía una cultura totalmente diferente a la existente en Mesoamérica. Por ejemplo la medicina española, de muy alto nivel, era muy distinta al sistema médico desarrollado en esta área de América. Por lo cual, se tuvieron que realizar algunos ajustes para que el régimen español, pudiera aplicarse a la Nueva España; estas reformas dieron inicio al Derecho Novohispano o Derecho Indiano, y se aplicaron durante los trescientos años que duró la ocupación española en México. A partir de 1553, aparecen las primeras instituciones dedicadas a la protección y cuidado de la salud como la Junta del Protomedicato, culminando con la primera institución con poder jurídico: El Tribunal del Protomedicato instaurado en 1628, que después se convierte en la Facultad Médica del Distrito Federal y más tarde en el Consejo Superior de Salubridad cuya función fue la de atender la salubridad pública y se le confiere la tarea de integrar un código sanitario.²³

2.1.3. Época de la Independencia

A principios del año 1800 en México, se inició un movimiento rebelde el cual promovía la Independencia de México de la monarquía española. A partir de ese momento México, comenzó a construir las bases de su esquema social, político, administrativo y por supuesto jurídico. Durante la lucha por la Independencia, el tema de salud fue casi olvidado, más bien dicho no era prioridad de los mandatarios de ese momento. Las Juntas, Consejos, Actas o Planes que se organizaron en este periodo, dieron origen a documentos importantes que fueron parte esencial en la creación de una constitución, la de 1824 tuvo mejor aceptación aunque debido a las luchas políticas y desacuerdos entre presidentes, emperadores y líderes liberales estuvo vigente de manera itinerante.²⁴

La asistencia pública fue atendida por la Iglesia o clero mediante dispensarios, fundaciones y hospitales como la Sociedad de Beneficencia ya que no existió otra institución con carácter jurídico dedicado a la salud desde la instauración del protomedicato en la época colonial.

Benito Juárez al separar a la Iglesia del Estado, los hospitales y establecimientos de salud que eran manejados por el clero serían ahora responsabilidad de la Secretaría del Estado y llevadas a cabo por medio de la Administración del Ayuntamiento y Municipios.

2.1.4. Época de la Revolución

En 1894, Porfirio Díaz da a conocer sus Normas Administrativas, dentro de las cuales se incluye el Primer Código Sanitario que es el primer documento formal de carácter jurídico en relación con la Salud. Durante esta dictadura se inaugura La primer escuela de enseñanza dental: El Consultorio Nacional de Enseñanza Dental el 19 de abril de 1904 y que contaba con personalidades que dejaron huella en la historia de esta profesión tales como: Ricardo Crombé, José Rojo, Ricardo Figueroa, Alfredo de la Reguera, entre otros.²²

En 1917, se consolidó la Constitución de los Estado Unidos Mexicanos (que actualmente nos rige y continúa en proceso de reformas) obtenida a partir de cambios realizados a la constitución de 1824.

2.1.5. Época Contemporánea

En este periodo se inician una serie de cambios muy favorables en el rubro de la salud.

En 1937, se crea la Secretaría de Asistencia Pública, encargada de la prestación de servicios y creación de establecimientos de asistencia pública y que se coordinaba con el Consejo de Salubridad General, permitiendo la construcción de varios Institutos de Especialidades Medicas, como el Instituto de Salubridad, de Cardiología y Nutriología entre otros.²⁵

En 1943, se fusionan la Secretaría de Asistencia Publica y el Consejo de Salubridad General convirtiéndose en la Secretaría de Salubridad y Asistencia. En este mismo año se crea la Ley del Seguro Social (art.123 constitucional) que mas tarde daría vida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en 1947 se crea la Ley de Pensiones Civiles creándose así el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores de

Estado (ISSSTE). La creación de estas instituciones de salud, solo proveían el servicio médico a una parte de la población (derechohabientes), siendo la Secretaría de Salubridad el órgano Federal responsable de toda la demás población.

La salud de la población ha sido tema dentro de las políticas sociales a nivel nacional y un reto a las necesidades debidas al crecimiento demográfico, prevención de epidemias y control de nuevas enfermedades, por medio de la institucionalización de los servicios de salud a nivel local, rural y federal, por lo cual se realizaron Programas Nacionales de Desarrollo que atendían las afecciones y necesidades principales de la población en cada periodo presidencial, para continuar el plan de desarrollo del gobierno anterior, iniciando a la vez nuevas propuestas a favor de la comunidad en materia de salud pública.

2.1.6. El Derecho a La Salud en México

En México en el año 1984, durante el gobierno del presidente Miguel de la Madrid Hurtado, se elevó a rango constitucional el derecho a la salud en el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que propició una serie de reformas para consolidar el Sistema Nacional de Salud mediante la institucionalización del sector salud y la descentralización de los servicios de salud hacia toda la población, para lo cual se formó un gabinete de Salud y se modernizó la Secretaría de Salubridad y Asistencia.²⁶

La ley General de Salud es el principal documento que legisla el servicio de Salud, en Instituciones, personal de Salud y todos aquellos materiales que se utilicen o relacionen con ella.

En México, las instituciones y dependencias que prestan servicios de salud, enfrentan la problemática de atender las necesidades médicas de la población.²⁷ Si el usuario de estos servicios médicos quería presentar una queja, recurría al Ministerio Público, donde se levantaba un acta en la cual se narraba el motivo del descontento (averiguación previa) en la mayoría de los casos la queja no procedía por falta de pruebas y el caso se descartaba. De tener pruebas suficientes y dependiendo de la falta cometida, el caso se enviaba al juzgado correspondiente (civil o penal). Este trámite es muy largo, tedioso y costoso y el resultado no siempre beneficiaba a ninguna de las partes involucradas en este proceso legal.

Una alternativa para la presentación de quejas fue la **Comisión Nacional de Derechos Humanos**, la cual reportó que las quejas más frecuentes fueron: la negación al servicio de salud, negligencia médica y presuntas violaciones a los derechos humanos. En esta instancia solo se emitían recomendaciones hacia las Instituciones involucradas y no solucionaban la queja. Fue entonces cuando se concibió la idea de crear una Institución que atendiera asuntos de controversias médicas a nivel Institucional y Privado, además de orientar y solucionar quejas del usuario del servicio de salud.

La legislación en materia de Salud en México es relativamente joven y ha tenido grandes avances en esta área. La creación de la **Comisión Nacional de Arbitraje Médico** en 1996, ha sido un gran acierto ya que es una de las primeras instituciones en el mundo dedicadas a la conciliación y arbitraje en asuntos relacionados con las quejas médicas.²⁸

2.1.7. Los derechos Humanos y la Salud

En la comunidad Internacional, los derechos humanos han adquirido gran importancia, debido a la necesidad de equidad entre los pueblos y países, esta lucha por los derechos humanos ha tenido como resultado la creación de documentos que protegen el bienestar de las personas como: el derecho a la salud.

En la Declaración Universal de los Derechos Humanos,²⁹ proclamada el 10 de diciembre de 1948 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que fue redactado a consecuencia de las arbitrariedades cometidas a las personas durante la Segunda Guerra Mundial.

Esta declaración otorga en su artículo 25, el derecho a la salud de la siguiente manera “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, que se llevo a cabo el 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata,³⁰ URSS, se redactó una declaración que tiene como propósito proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

Por lo tanto la protección de la salud es considerada un derecho fundamental por la comunidad internacional, que exhortó a los gobiernos a realizar los cambios pertinentes para garantizar este derecho a su población.

2.2. CREACIÓN DE LA CONAMED

En 1996, el Lic., Ernesto Zedillo Ponce de León, mediante un Decreto presidencial crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico el día 3 de junio,³¹ por propuesta del Dr., Juan Ramón de la Fuente (en ese entonces Secretario de Salud), con el objetivo de orientar el derecho a la protección de la salud y contribuir en elevar la calidad de la atención médica, además de poseer autonomía técnica²⁵ y administrativa para recibir, analizar, dictaminar y resolver quejas de los servicios prestados a los usuarios de salud.

Se planteó la creación de una Procuraduría de la Salud, pero el gremio médico estuvo en desacuerdo, ya que se pensó que una procuraduría tendría carácter jurídico o policial con funciones persecutorias y no conciliatorias (aunque esos no eran sus objetivos). Se decidió cambiar el nombre a uno más adecuado (Comisión Nacional de Arbitraje Médico), que se pareciera a un Tribunal, y que tratara en forma amigable cada asunto con profundidad, imparcialidad y profesionalismo, para dar resoluciones satisfactorias y justas para las partes involucradas en controversias medico- pacientes, no afectando otros derechos y leyes que les son otorgadas y que además pudiera coordinarse con las demás dependencias de salud.

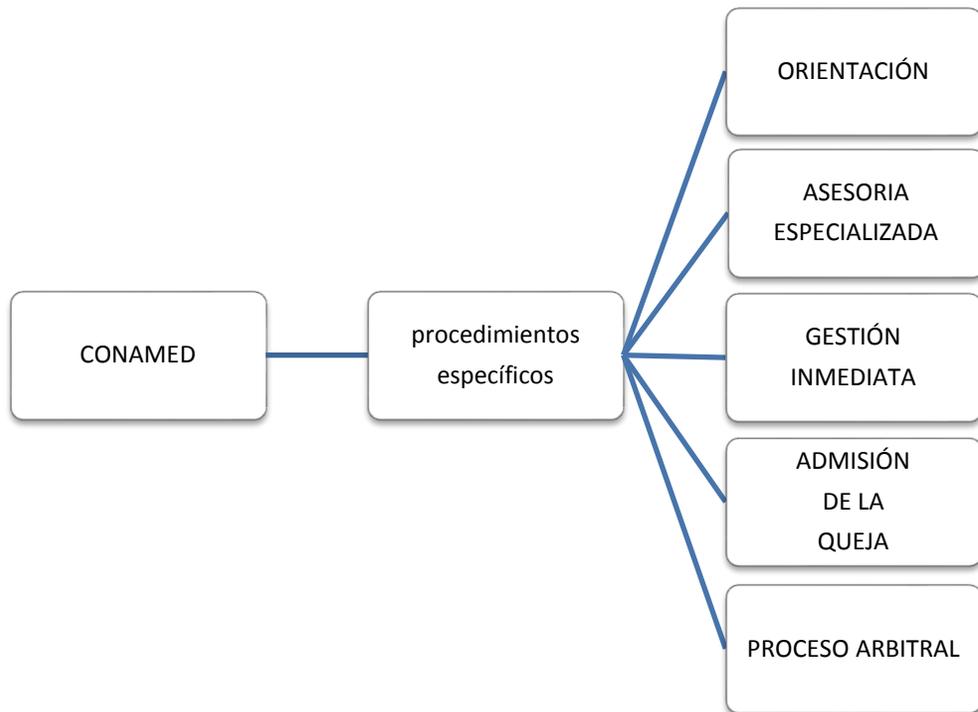
2.3. Funciones de la CONAMED

La CONAMED es una Institución de la Administración Pública, que equilibra la imparcialidad (característica del estado de derecho) y que respeta la autonomía de las partes. Además de que no solo emite recomendaciones, sino también opiniones técnicas. El Presidente de la República designa a ocho representantes de la sociedad civil para integrar el Consejo de la CONAMED, además de un representante de la Academia Nacional de Medicina y otro de la Academia Mexicana de Cirugía (estos representantes son los presidentes de dichas instituciones).

Uno de los principales objetivos de la CONAMED, es solucionar las controversias que surgen entre los usuarios del servicio de salud y los prestadores de este servicio por medio de vías alternas a la judicial; elevar la calidad de los servicios médicos (medicina asertiva), evitar la cultura litigiosa (medicina defensiva) y fortalecer la relación médico paciente.

La CONAMED, dio a conocer sus características y servicios, utilizando como medios de difusión: carteles, trípticos, calendarios, producción de videos informativos, notas periodísticas, anuncios en radio y televisión. También en espacios para la difusión de CONACULTA, en delegaciones de PROFECO y hasta en vagones del Metro por medio de carteles.²

Fig. 2. Diagrama de flujo de procedimientos ante CONAMED.



Fuente CONAMED.

De las funciones que tiene la CONAMED están:

2.3.1. *ORIENTACIÓN*

Consiste en dirigir, informar o encauzar al usuario para la atención de su duda o inconformidad,² no requiere ser documentada y puede ser proporcionada por vía telefónica. El usuario ya informado puede decidir ingresar o no una queja ante CONAMED o acudir a otra instancia competente, según el caso.

2.3.2. *ASESORIA ESPECIALIZADA*

Es otorgada por personal médico y abogados, realizando un exhaustivo y minucioso análisis de la inconformidad, refiriendo al paciente expectativas realistas, ventajas y desventajas de probables alternativas de solución, es una instancia que actúa como filtro y evita que se abran expedientes que no tengan fundamento.⁷

2.3.3 ADMISIÓN DE LA QUEJA

Si la inconformidad compete a la CONAMED, se llena un formato con los datos del paciente y del médico, una relatoría de hechos y lo que pretende el paciente al presentar la queja, se contacta al médico para que se presente en las oficinas de la CONAMED, se aclara la situación que motivó la queja para llegar a una solución del problema.

2.3.4. GESTIÓN INMEDIATA

Promueve la resolución del conflicto en forma pronta o inmediata, esta forma de solución es aplicada a casos de:

Urgencia calificada, referencia a otra unidad, cambio de médico, diferimiento de la atención, falta de insumos o medicamentos, negativa de atención, revaloración médica. La gestión inmediata se logra en casos que no generan conflictos normativos, legislativos o reglamentarios. La solución es aceptada por las partes involucradas por la intervención de organismos o autoridades competentes. A todos los casos de gestión inmediata se les dará seguimiento, para verificar el cumplimiento de los compromisos pactados.

2.3.5. ARBITRAJE

El Arbitraje es un procedimiento mixto donde se privilegia la voluntad de los interesados bajo la intervención de una institución. Es un medio de solución de controversias que puede nacer de la voluntad de las partes o de la voluntad de la ley, donde las partes consienten en que un tercero ó “arbitro” que no forma parte del poder judicial emita una resolución o laudo por la cual se solucione el conflicto y que será obligatorio el cumplimiento por los involucrados. ² (Ver Fig. 3)

CONAMED define como arbitro a:

“La persona que por su honorabilidad es escogida por aquellas personas que están en conflicto, para que lo resuelva en buena fé y en equidad (arbitraje en conciencia) o ante lo probado y fundado en la ley (arbitraje en estricto derecho)”

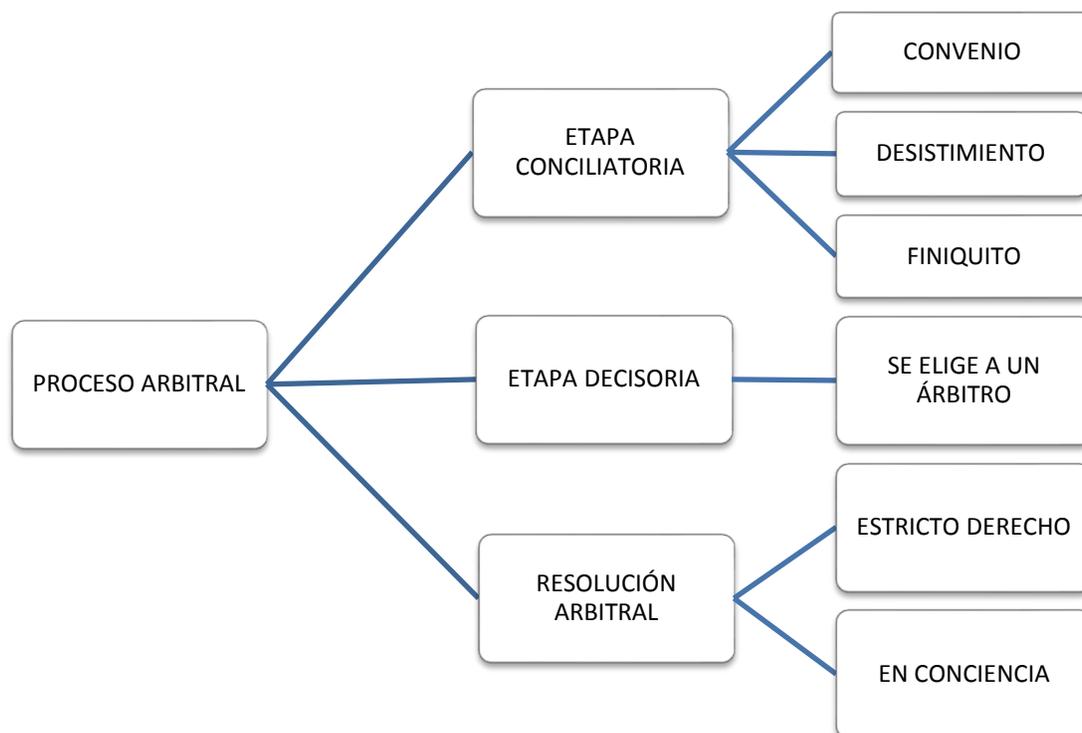
El Arbitraje médico se encarga de las siguientes necesidades jurídicas: ¹⁰

- Permite a las partes fijar el procedimiento y evitar tramites innecesarios
- Señala la legislación aplicable
- Las partes designan al juez competente para la ejecución del laudo
- Permite la conciliación en cualquier momento
- Es un procedimiento mas rápido
- Confidencialidad
- Posibilidad de expresión oral
- Permite la participación de especialistas
- Acorta instancias (renuncia de apelación)
- Mejor apreciación del acto médico
- Protocolo especial para conocimiento y resolución del caso

Así mismo, el proceso arbitral se compone de las siguientes etapas:⁷

- Conciliatoria
- Decisoria y de,
- Laudo o resolución arbitral

Fig. 3. Diagrama del Proceso Arbitral en la CONAMED.



Fuente CONAMED.

I. ETAPA CONCILIATORIA

En la conciliatoria, el árbitro ha revisado el motivo de la inconformidad y propone vías de arreglo entre los involucrados,¹⁰ que si son aceptadas firman un convenio terminando con ello la controversia (por desistimiento, convenio o finiquito) y confiere el término de cosa juzgada.

II. ETAPA DECISORIA

La decisoria, se aplica cuando no llegan a conciliación las partes involucradas, en ésta la comisión resuelve como árbitro (en estricto derecho o en conciencia) apoyándose de ser necesario en personal externo tales como asesores médicos, especialistas en la materia, entre otros. Este personal de apoyo externo evaluará el caso, determinaran si existió mala práctica o no, y sobre la información obtenida, el árbitro dará una resolución de la controversia.

Las partes requieren haber suscrito:

Cláusula compromisoria.-¹¹ En la cual las partes designan a la CONAMED para resolución arbitral

Compromiso arbitral.- En esta, se invita a someterse al arbitraje si no hay conciliación, CONAMED presentara una propuesta de solución y que las partes analicen las alternativas sin entrar en litigio. La comisión aceptará las pruebas y alegatos pertinentes.

III. RESOLUCIÓN ARBITRAL O LAUDO

El laudo es el pronunciamiento por medio del cual la CONAMED resuelve las controversias, poniendo fin al proceso arbitral, y puede o no resolver el fondo del conflicto. Deberá ir asentado en el acta el pronunciamiento o laudo firmado por la autoridad competente de la CONAMED. En el art. 2º del reglamento de procedimientos de la CONAMED se define los tipos de laudo o resolución que utilizara la comisión, estos son:

“ARBITRAJE EN ESTRICTO DERECHO.- Procedimiento para el arreglo de una controversia, entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual la CONAMED resuelve la controversia según las reglas del derecho, atendiendo a los puntos debidamente probados por las partes

ARBITRAJE EN CONCIENCIA.- Procedimiento para el arreglo de una controversia entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual la CONAMED resuelve la controversia en equidad, bastando ponderar el cumplimiento de los principios científicos y éticos de la práctica médica

AMIGABLE COMPOSICIÓN.- Procedimiento para el arreglo de una controversia entre un usuario y un prestador de servicio médico, en el cual la CONAMED propone la solución o alternativa a ésta”.

El laudo resuelve solamente asuntos de carácter civil, considerándose legal siempre y cuando se haya resuelto con conocimiento de causa, mediante la intervención de la CONAMED y en los términos pactados entre las partes en el compromiso arbitral, otorgando a la resolución de su asunto como sentencia o cosa juzgada.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El crecimiento demográfico ha revelado que uno de los principales problemas que enfrenta el servicio médico en el ámbito público es la evidente solicitud de estos servicios de salud por parte de la población quienes exigen que los servicios brindados sean rápidos, eficientes y de calidad. La gran exigencia de servicios médicos han rebasado las capacidades de las instituciones comprometiendo la calidad de los servicios de salud por falta de infraestructura, medicamentos o de personal, entre otros, causando la queja del usuario del servicio.³⁷

El descontento del paciente también está presente en el sector privado y a veces en mayor grado, ya que el usuario paga por el servicio y exige el derecho de ser atendido de manera adecuada. Estas inconformidades se generan por diversos motivos, algunos de los cuales son: la falta de comunicación médico-paciente, disminución en la calidad de sus servicios o hasta negligencia médica.

La práctica odontológica como una profesión que ofrece sus servicios a las demandas de salud bucal de la población, es vulnerable de cometer errores involuntarios, tales como: elaborar un mal diagnóstico, rehabilitar o restaurar de forma incorrecta una pieza dentaria, omitir detalles en relación al procedimiento o cuidados post operatorios que requerirá el paciente, así como cualquier otra situación que provoque daño, ya que de estas puede derivarse la queja.⁴

Por lo anterior, la queja en relación a los servicios dentales privados puede evidenciar una falla en la prestación de estos servicios. Sin embargo, no todas las quejas tienen fundamento, por lo que conocer los elementos que conforman una queja, hacen posible sistematizar su conteo y clasificarlas de acuerdo a las especialidades que están involucradas.

Las quejas han provocado que el odontólogo utilice la medicina defensiva³² como medio de protección para evitar inconformidades por parte del usuario como: obligar al paciente a firmar la carta de consentimiento sin haberle explicado el procedimiento en detalle, escoger o diferir pacientes con salud comprometida o utilizar auxiliares de diagnóstico costosos y a veces innecesarios, elevando el costo de los servicios otorgados.

Por lo que nos planteamos las siguientes preguntas de investigación:

¿Cuáles son las especialidades odontológicas que generan con mayor frecuencia quejas ante CONAMED? ¿Cuál es la relación de las quejas y la medicina defensiva?
Entre odontólogos generales y con especialidad ¿Quiénes tienen mayor índice de quejas por mala práctica profesional comprobada ante la CONAMED?

4. JUSTIFICACION

El estudiante de Odontología y el profesionalista tienen la obligación de conocer lo más relevante en cuanto a la Ley General de Salud y Normas Oficiales que sean de su incumbencia, con la finalidad de informarse y capacitarse para evitar la mala práctica y situaciones adversas a la ética profesional y así aumentar la eficiencia del tratamiento otorgado.

Al Identificar el tipo y la frecuencia de las quejas en el servicio odontológico privado ante CONAMED dará la pauta para mostrar las debilidades del profesionalista, ya sea en cuanto a su práctica o ejercicio profesional por ejemplo: falta de habilidad o experiencia, así como la falta de conocimiento e información acerca de procedimientos para evitar iatrogenias o actualización en relación al equipo e instrumental del consultorio.

La medicina asertiva,³ son todas aquellas acciones que se enfocan a contener la medicina defensiva como: comunicarse con el paciente en una forma que el pueda entender los beneficios y riesgos en un procedimiento, aclarando sus dudas y mostrando alternativas de tratamiento, utilizar la carta de consentimiento como una oportunidad de ganar la confianza del paciente, con la finalidad de ejercer la profesión odontológica de una forma confiada y respetuosa.

Promover y apoyar la práctica de la medicina asertiva en la odontología impulsará la aplicación de los principios científicos y éticos de esta profesión, lo que beneficiará a la sociedad, al paciente y al profesional, ya que al aumentar la calidad en la prestación del servicio odontológico, probablemente disminuya la incidencia de quejas por parte del usuario, logrando un desempeño deseado por ambas partes.

Con base a lo expresado en este proyecto se propone estructurar un manual de apoyo que refuerce el conocimiento en la práctica odontológica, apoyándose en recomendaciones acerca de cómo enfrentar una queja ante CONAMED y disminuir consecuencias o situaciones que puedan ser sancionadas. Este manual permitirá que el profesional o estudiante de odontología evite situaciones que generen quejas, promoviendo la medicina asertiva, y en caso de estar en un proceso de queja ante CONAMED, permitirá que el profesional pueda familiarizarse con el procedimiento de conciliación, disminuyendo la inseguridad del odontólogo durante la resolución de la queja.

5. OBJETIVO

Objetivo General

Identificar la frecuencia de las quejas asociadas con la práctica odontológica (incluyendo las especialidades) que fueron reportadas ante la CONAMED en el periodo de junio de 1996 a diciembre de 2009, en el distrito Federal y su relación con la medicina defensiva.

Objetivos Específicos

1. Determinar la frecuencia y el porcentaje de las quejas presentadas ante CONAMED del sector odontológico privado en el periodo de estudio.
2. Identificar cuales especialidades odontológicas generan más quejas ante CONAMED.
3. Comparar las quejas ante CONAMED por mala práctica profesional comprobada entre la consulta general y la consulta por especialistas.
4. Informar al estudiante y cirujano dentista de las ventajas del uso de la Medicina Aseriva contra la Medicina Defensiva.

6. MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en las instalaciones de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, ubicada en: Calle Mitla 250 esquina con Eje 5 Sur (Eugenia) Col. Vertiz Narvarte, C.P. 03020, México Distrito Federal. Para lograr los objetivos del proyecto se dividió en cuatro fases:

La primera fase consistió en realizar una investigación acerca de las funciones y estructura de la institución, para identificar de una forma mas específica los protocolos de atención, gestión e información en cuanto a la atención de las quejas. Se destaca la importancia de los aspectos éticos que tiene la institución acotados en su reglamento interno en cuanto a la confidencialidad de la información contenida en las actas, por lo cual algunas variables no pudieron ser evaluadas y fueron descartadas por ser información restringida.

En la segunda fase con el permiso del Departamento de Informática, se estudió el funcionamiento del sistema de informática y análisis estadísticos de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico para conocer el manejo de las estadísticas por medio del software: Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos (SAQMED), del cual se obtuvieron las variables respecto a las quejas de la práctica odontológica documentada desde la creación de la institución hasta diciembre del 2009 en el Distrito Federal, para realizar un tipo de estudio Transversal. Es importante mencionar que el sistema SAQMED tuvo modificaciones importantes en el año 2002 en las cuales se añadieron la variable de práctica médica y se clasifica por el tipo de institución, especialidades de los médicos tratantes y especialidades de los casos. Por lo que se presentaron las variables de 1996 - 2001 y otras a partir de 2002-2006. Durante el año de 2006 también se modificaron variables que fueron aplicadas en el 2007 respecto al estatus de las quejas y se presentaron estadísticas de 2007-2009 con los cambios ya integrados.

Durante la tercera fase, se identificaron las quejas referentes a las especialidades de la práctica odontológica privada para determinar cual especialidad obtuvo mayor porcentaje de quejas. Se utilizó la base de datos del Sistema de Atención a Quejas y Dictámenes Médicos (SAQMED) de la CONAMED, para acceder a los registros sobre las quejas recibidas en el Distrito Federal, durante el periodo del estudio.

La cuarta fase consistió en comparar los resultados de las quejas presentadas en la variable de práctica general y por especialista en odontología para conocer en que área existe un mayor porcentaje de quejas. Estas estadísticas se presentan a partir del año 2002, debido a las modificaciones del sistema SAQMED.

6.1 Población:

Se integró por todas las quejas reportadas ante CONAMED

6.2 Muestra

Se integró por todas las quejas reportadas ante CONAMED del servicio odontológico privado desde 1996 hasta diciembre de 2009 en el Distrito Federal.

6.3 Criterios de inclusión

- Quejas presentadas ante CONAMED desde junio de 1996 hasta diciembre de 2009 referentes a la práctica odontológica privada (general y de especialidad) en el Distrito Federal.

6.4 Criterios de exclusión

- Quejas no competentes ante CONAMED por ser de índole diferente a una controversia médica
- Quejas que no poseían elementos para iniciar un proceso de conciliación ante CONAMED
- Quejas que iniciaron un proceso vía legal o jurídica ya que no hay posibilidad de conciliación.
- Quejas o inconformidades que involucraron Instituciones Médicas
- Quejas de otro estado de la República Mexicana

6.5 Variables

6.5.1 Variable independiente

- Práctica profesional = odontología

6.5.2 Variable dependiente

- Queja = reportada ante CONAMED por el servicio odontológico privado

6.6 Descripción de las variables

| VARIABLE | CONCEPTUALIZACION | OPERACIONALIZACION | ESCALA |
|----------------------|--|--|---|
| Práctica profesional | Realización habitual a título oneroso o gratuito de la prestación de cualquier servicio propio de cada profesión. ²⁸ | Se obtendrá al categorizar las variables como práctica general y de especialidad. Y posteriormente se Identificarán las quejas por especialidad de mayor frecuencia. | Cualitativa nominal Categorías 0=práctica general 1=Especialidad |
| Queja | Petición a través de la cual una persona física por su propio interés o en defensa del derecho de un tercero, solicita la intervención de la CONAMED en razón de impugnar la negativa de servicios médicos, o la irregularidad en su prestación. ²⁴ | Se obtendrá a partir de expedientes que cumplan con los requisitos del formato para la admisión de la queja | Cualitativa Nominal 1= queja |

6.6 Recolección y análisis de la información

El procesamiento estadístico de la información fue obtenida del Sistema de Atención a Queja Medicas (SAQMED), de la Comisión Nacional de Arbitraje Medico. Para que una queja pueda ingresar a este software, se completa un formulario como parte de los protocolos de atención de la Institución, una vez que la queja es ratificada y cumple con los lineamientos requeridos, se asigna un número de folio y se integra al SAQMED. El formulario obtenido por medio de internet se encuentra disponible en: http://207.249.9.190/correos/form_orientacion.php

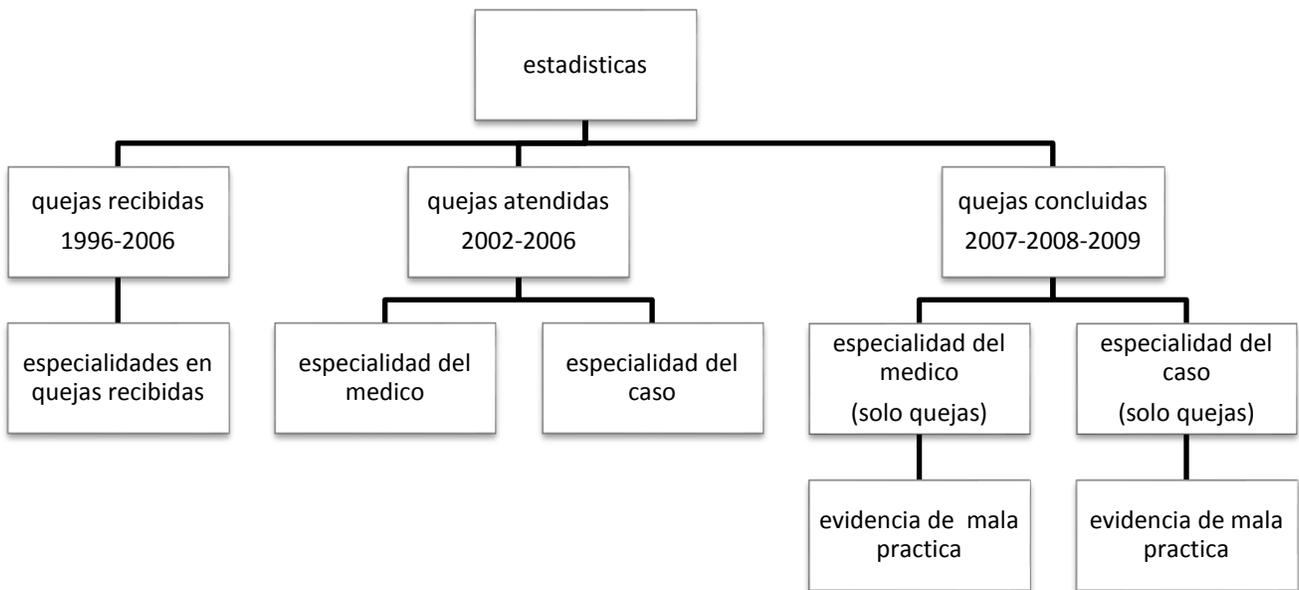
Los textos, las tablas y gráficos se realizaron por medio de una computadora con software Windows XP utilizando el programa Word XP.

7. RESULTADOS

Las estadísticas fueron obtenidas de la CONAMED a través de su sistema SAQMED y se presentan a continuación como: *quejas recibidas* (periodo de 1996-2006), *quejas atendidas* (periodo 2002-2006) y *quejas concluidas* (periodo 2007-2009), debido a las modificaciones realizadas al Sistema de Atención a Quejas Medicas (SAQMED) en el año 2002 y 2006.

Se aclara que Cirugía Maxilofacial no es considerada como una especialidad odontológica por la CONAMED, para este proyecto si fue tomada en cuenta, aunque contabilizada fuera del grupo de odontología.

El Siguiete cuadro representa la forma en la que se dividieron las estadísticas para su análisis.



Quejas recibidas. 1996-2006

La especialidad con mayor número de quejas recibidas desde 1996 -2006 fue: Odontología general con 1049 quejas, en contraposición con odontología pediátrica que solamente recibió 2 quejas durante el mismo periodo

Respecto a la odontología como grupo, es decir sin desglosar las especialidades odontológicas, fue en el año 2005 en el cual se obtuvo el mayor número de quejas con 139, y en el año 1996 el menor número de quejas con 41. (Cuadro 1)

Cuadro 1. Especialidades odontológicas implicadas en quejas recibidas 1996-2006

| ESPECIALIDAD | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | TOTAL |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 41 | 85 | 99 | 110 | 111 | 114 | 79 | 131 | 112 | 139 | 133 | 1154 |
| ENDODONCIA | - | - | - | - | - | 2 | 1 | 3 | 2 | 2 | 4 | 14 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 2 | 1 | 1 | 5 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 41 | 85 | 99 | 100 | 108 | 97 | 74 | 116 | 89 | 126 | 114 | 1049 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | - | - | - | - | - | - | 1 | - | - | 1 | - | 2 |
| ORTODONCIA | - | - | - | 10 | 2 | 13 | 3 | 11 | 19 | 3 | 12 | 73 |
| PERIODONCIA | - | - | - | - | 1 | 1 | - | - | - | - | 1 | 3 |
| PROSTODONCIA | - | - | - | - | - | - | - | 1 | - | 3 | - | 4 |
| CIRUGÍA MAXILOFACIAL | 0 | 0 | 0 | 2 | 4 | 4 | 3 | 2 | 4 | 5 | 9 | 33 |

Fuente CONAMED

Quejas atendidas. 2002-2006

En el periodo comprendido del año 2002-2006. El Odontólogo General obtuvo el mayor número de quejas con 156 quejas durante el periodo de 2002-2006 y solamente una queja en exodoncia en el mismo intervalo de tiempo. (Cuadro 2)

Cuadro 2. Especialidades del odontólogo

| ESPECIALIDAD | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | TOTAL |
|------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 27 | 5 | 5 | 98 | 91 | 226 |
| ENDODONCIA | 3 | - | - | 4 | 3 | 10 |
| EXODONCIA | 1 | - | - | - | - | 1 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 3 | - | 1 | 80 | 72 | 156 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | - | 1 | - | 4 | - | 5 |
| ORTODONCIA | 9 | 3 | 4 | 8 | 15 | 39 |
| PERIODONCIA | - | - | - | 2 | 1 | 3 |
| PROSTODONCIA | 11 | 1 | - | - | - | 12 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 2 | 5 | 0 | 0 | 1 | 8 |

Fuente: CONAMED

Quejas atendidas. 2002-2006

La especialidad del caso o tipo de tratamiento con el mayor número de quejas pertenece a la Prostodoncia con 111 quejas durante 2002-2006.

El tipo de tratamiento con menor número de quejas fue: Periodoncia con 7 quejas, en el mismo periodo de tiempo. (Cuadro 3)

Cuadro 3. Especialidad del caso

| ESPECIALIDAD | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | TOTAL |
|------------------------|------|------|------|------|------|-------|
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 65 | 81 | 123 | 111 | 111 | 491 |
| ENDODONCIA | 8 | 9 | 10 | 11 | 13 | 51 |
| EXODONCIA | 3 | 8 | 6 | 8 | 5 | 30 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | - | - | 5 | 1 | 3 | 9 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 8 | 12 | 34 | 15 | 34 | 103 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 1 | - | 2 | 5 | - | 8 |
| ORTODONCIA | 18 | 11 | 25 | 6 | 15 | 75 |
| PERIODONCIA | - | 1 | 3 | 3 | - | 7 |
| PROSTODONCIA | 27 | 32 | 16 | 21 | 15 | 111 |
| PROTESIS | - | 8 | 22 | 41 | 26 | 97 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 14 | 9 | 4 | 7 | 8 | 42 |

Fuente CONAMED

Quejas concluidas 2007-2009

En el periodo comprendido del 2007-2009 la Odontología General fue la especialidad con mayor numero de quejas. En contraposición con ninguna queja recibida se encuentran la Implantología Dental y Prostodoncia. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Especialidad del odontólogo

| ESPECIALIDAD | 2007 | 2008 | 2009 | total |
|------------------------|------|------|------|-------|
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 36 | 26 | 74 | 136 |
| ENDODONCIA | 2 | 1 | 3 | 6 |
| EXODONCIA | - | - | 1 | 1 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | - | - | - | - |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 20 | 14 | 58 | 92 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 1 | 1 | 1 | 3 |
| ORTODONCIA | 11 | 9 | 8 | 28 |
| PERIODONCIA | - | - | 1 | 1 |
| PROSTODONCIA | - | - | - | - |
| PROTESIS | 2 | 1 | 2 | 5 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 1 | - | 3 | 4 |

Fuente CONAMED

Quejas concluidas. 2007-2009

La especialidad del caso o tratamiento con mayor número de quejas durante el periodo de 2007-2009 fue Prótesis con un total de 115 quejas, Ortodoncia registró un descenso en el número de quejas en el año 2009, no así con la Odontología General ya que cada año aumento el número de quejas. La odontología pediátrica y Periodoncia registraron el menor número de quejas. (Cuadro 5)

Cuadro 5. Especialidad del caso

| ESPECIALIDAD | 2007 | 2008 | 2009 | total |
|------------------------|------|------|------|-------|
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 118 | 115 | 124 | 357 |
| ENDODONCIA | 14 | 12 | 17 | 43 |
| EXODONCIA | 8 | 3 | 10 | 21 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | 2 | 2 | 8 | 12 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 20 | 25 | 33 | 78 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 1 | 1 | 2 | 4 |
| ORTODONCIA | 19 | 18 | 12 | 49 |
| PERIODONCIA | 2 | - | 2 | 4 |
| PROSTODONCIA | 17 | 9 | 5 | 31 |
| PROTESIS | 35 | 45 | 35 | 115 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | 11 | 6 | 6 | 23 |

Fuente CONAMED

Quejas concluidas según evidencia de mala practica. 2007-2009

Las siguientes estadísticas se generaron al no haber conciliación entre las partes involucradas en una queja médica y a petición de estos fue necesario un proceso de Arbitraje o dictamen Pericial en el cual se define la presencia o no de mala práctica durante un procedimiento o intervención.

El especialista que generó el numero mas alto de casos con evidencia de mala practica fue el odontólogo general en el año 2007, la cifra aumentó a 24 en el año 2009, en ese mismo año los casos sin suficientes elementos para definir fue aún mayor con 28 casos. La odontología como grupo mantiene lo descrito antes, en el 2007 se reportaron 17 casos con evidencia de mala práctica y aumentaron a 28 en el 2009. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Especialidad del odontólogo involucrado según evidencia de mala práctica

| ESPECIALIDAD | Sin evidencia | | | Con evidencia | | | No hay elementos para definir | | |
|------------------------|---------------|------|------|---------------|------|------|-------------------------------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 10 | 6 | 14 | 17 | 7 | 28 | 9 | 13 | 32 |
| ENDODONCIA | - | 1 | 1 | 2 | - | - | - | - | 2 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 6 | 2 | 6 | 8 | 3 | 24 | 6 | 9 | 28 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 1 | - | 1 | - | - | - | - | 1 | - |
| ORTODONCIA | 2 | 3 | 3 | 6 | 4 | 3 | 3 | 2 | 2 |
| PROTESIS | 1 | - | 2 | 1 | - | - | - | 1 | - |

Fuente CONAMED

La evidencia de mala práctica y sin mala práctica comprobada en las quejas concluidas por especialidad del odontólogo durante el periodo de 2007-2009, denota un porcentaje mayor de evidencia con mala práctica durante los tres años. El endodoncista obtuvo el mayor porcentaje durante el año 2007, mientras que el odontólogo general reportó primer lugar durante el año 2008 y 2009 respecto a los porcentajes de mala práctica.

En el caso de sin mala práctica el odontopediatra refiere el 100 por ciento en ese apartado durante los tres años. Empatando en primer lugar en el 2008 y 2009 con el protesista y el endodoncista. (Cuadro 7)

Cuadro 7. Porcentaje entre los casos sin mala práctica y con mala práctica durante 2007-2009 por especialidad del odontólogo

| ESPECIALIDAD | Sin mala práctica % | | | Con mala práctica % | | |
|------------------------|---------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 37.04 | 46.15 | 33.33 | 62.96 | 53.85 | 66.67 |
| ENDODONCIA | - | 100 | 100 | 100 | - | - |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 42.86 | 40 | 20 | 57.14 | 60 | 80 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 100 | - | 100 | - | - | - |
| ORTODONCIA | 25.00 | 42.86 | 50 | 75.00 | 57.14 | 50 |
| PROTESIS | 50.00 | - | 100 | 50.00 | - | - |

Fuente CONAMED

Quejas concluidas según evidencia de mala practica. 2007-2009

El número de quejas con evidencia de mala práctica en el 2007 fue de 51, aumentando en el 2008 y disminuyo en el 2009. En el apartado de no hay elementos suficientes para definir las cifras aumentaron del 2007-2009, mientras que en los casos sin evidencia de mala practica se mantuvieron sin cambios durante 2008 y 2009. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Especialidad del caso o tratamiento

| ESPECIALIDAD | Sin evidencia | | | Con evidencia | | | No hay elementos para definir | | |
|------------------------|---------------|------|------|---------------|------|------|-------------------------------|------|------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 36 | 29 | 29 | 51 | 54 | 42 | 31 | 32 | 53 |
| ENDODONCIA | 4 | 2 | 5 | 7 | 9 | 8 | 3 | 1 | 4 |
| EXODONCIA | 6 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | 4 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | 1 | - | 2 | 1 | 2 | 3 | - | - | 3 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 6 | 5 | 6 | 4 | 5 | 3 | 10 | 15 | 24 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 1 | 1 | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| ORTODONCIA | 7 | 4 | 6 | 10 | 7 | 2 | 2 | 7 | 4 |
| PERIODONCIA | - | - | - | 1 | - | 2 | 1 | - | - |
| PROSTODONCIA | 5 | 3 | 1 | 8 | 4 | 4 | 4 | 2 | - |
| PROTESIS | 6 | 13 | 6 | 19 | 26 | 16 | 10 | 6 | 13 |
| CIRUGIA MAXILOFACIAL | | 3 | | | 3 | | | - | |

Fuente CONAMED

En los tratamientos de odontología como grupo, el porcentaje de casos con mala práctica ha sido mayor que en los casos sin mala práctica, durante el periodo de 2007-2009, registrándose el mayor porcentaje de mala practica durante el 2008.

Solamente los casos de odontología pediátrica durante los 3 años del periodo obtuvieron el 100% sin evidencia de mala práctica.

La especialidad de prótesis y endodoncia fueron los casos que registraron mayor porcentaje de mala practica durante 2007-2009. (Cuadro 9)

Cuadro 9. Porcentaje entre los casos sin mala practica y con mala practica durante 2007-2009 por especialidad del caso o tratamiento.

| ESPECIALIDAD | Sin mala practica % | | | Con mala practica % | | |
|------------------------|---------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | 2007 | 2008 | 2009 | 2007 | 2008 | 2009 |
| ODONTOLOGIA (GRUPO) | 41.38 | 34.94 | 40.85 | 58.62 | 65.06 | 59.15 |
| ENDODONCIA | 36.36 | 18.18 | 38.46 | 63.64 | 81.82 | 61.54 |
| EXODONCIA | 85.71 | 50 | 33.33 | 14.29 | 50 | 66.67 |
| IMPLANTOLOGIA DENTAL | 50.00 | - | 40 | 50.00 | 100 | 60 |
| ODONTOLOGIA GENERAL | 60.00 | 50 | 66.67 | 40.00 | 50 | 33.33 |
| ODONTOLOGIA PEDIATRICA | 100 | 100 | 100 | - | - | - |
| ORTODONCIA | 41.18 | 36.36 | 75 | 58.82 | 63.64 | 25 |
| PERIODONCIA | - | - | - | 100 | - | 100 |
| PROSTODONCIA | 38.46 | 42.86 | 20 | 61.54 | 57.14 | 80 |
| PROTESIS | 24.00 | 33.33 | 27.27 | 76.00 | 66.67 | 72.73 |

Fuente CONAMED

8. DISCUSION

La eficacia de la CONAMED ha sido motivo de varios debates,³⁷ debido a que en esta institución se da prioridad a la conciliación entre las partes involucradas en una queja, permitiendo que se resuelvan de una manera amigable, el debate consiste en que el paciente no puede ejercer una acción legal una vez que ha aceptado someterse al arbitraje, además que el odontólogo puede o no cumplir con lo pactado en dicho arbitraje, con lo cual se ha puesto en duda la eficiencia de la conciliación ya que no hay seguimiento en que dicho convenio sea cumplido, a diferencia con lo que ocurre en una instancia legal, en esta, lo que dictamine el juez (sentencia) debe cumplirse y de no hacerlo habrá consecuencias legales, ya sea, multas, declaración de rebeldía o hasta cárcel.³³

En la CONAMED, se apela a la buena voluntad de las partes de resolver el conflicto por lo que se hace una minuciosa investigación de las expectativas que busca el paciente del medico demandado ante la institución y de esa forma orientarle para que acuda a la vía legal o a la conciliación.³

A nivel mundial, no hay información detallada acerca del numero de quejas obtenidas en casos de conciliación de controversias medicas, debido a que no todos los países cuentan con instituciones homologas a la CONAMED y las que si cuentan con ellas por ejemplo en el caso de Chile Fundación de Asistencia Legal Medica (FALMED)³⁴ sus protocolos difieren con los de la institución mexicana, aunque sí existe la conciliación como parte de un proceso judicial en otros países.

Las grandes diferencias entre la CONAMED y FALMED radica en que la institución mexicana fue creada por medio de un decreto presidencial y FALMED fue creada por el Colegio de Médicos de Chile, la CONAMED recibe quejas solamente de pacientes o usuarios del servicio de salud y la institución chilena en realidad se dedica a defender a los médicos de quejas y demandas,³⁵ para lo cual debe ser miembro del Colegio Medico.

Cabe mencionar que a pesar de que la CONAMED es una institución nacional, no todos los estados de la republica mexicana cooperan con esta,³⁶ por ejemplo: Sonora y Guanajuato, en el primero los médicos coinciden en que la instauración de la CONAMED en ese estado acrecentaría la inseguridad laboral ya que el gremio medico reclama que no existe una precisión en cuanto a la descentralización del sector salud en ese estado, por lo cual consideran que no existe autoridad federal o local debidamente identificada que regule la instalación de la CONAMED, señalando este hecho como políticas poco transparentes. En Guanajuato se considera una amenaza la instalación de la CONAMED, sobre todo en el sector publico ya que en algunas instalaciones de atención en salud no se operan con todas las reglas de seguridad o equipos suficientes que permitan obsequiar una calidad en la atención, por lo que observan que la CONAMED tiene carácter inquisitorial y pretende denigrar al medico.³⁷

Las quejas del usuario de salud son un indicador de que existe alguna falla en la prestación del servicio, algunos motivos pueden ser: tiempo de espera entre citas, trato del personal de salud, diagnóstico, explicación acerca de su tratamiento, calidad en la atención y la relación medico-paciente.^{38, 39}

En este proyecto los resultados acerca de las especialidades con mayor número de quejas en el área odontológica fueron: odontología general, ortodoncia, cirugía maxilo facial y endodoncia. (Cuadro 1)

Los odontólogos generales fueron los que más quejas recibieron en la CONAMED en comparación con los odontólogos que poseen una especialidad, de estos últimos los que más quejas registraron fueron los ortodoncistas. (Cuadro 2)

En cuanto al porcentaje de mala práctica comprobada en los arbitrajes de la CONAMED el resultado fue mayor al 50% de los casos desde 2007 al 2009. (Cuadro 3)

La relación medico-paciente es el punto focal donde puede derivarse la queja, ya que los usuarios tienen una idea de lo que esperan recibir, y si el personal de salud, no explica hasta donde pueden ser satisfechas o no estas expectativas, el usuario puede sentirse descontento con el resultado del tratamiento y demandar al medico.^{39, 40}

Dado lo anterior el personal de salud comienza a emplear diversas herramientas y procedimientos con el fin de evitar una demanda, ejerciéndose la Medicina Defensiva, que se define como el conjunto de cambios que realiza el medico, en la practica de su profesión para defenderse de controversias y demandas en su contra, originadas durante el desarrollo de su ejercicio profesional.³³ De tal modo que: un mal resultado obtenido-demanda, descredito y posible indemnización- medicina defensiva, se convierte en un circulo cerrado.⁴¹

Esta medicina Defensiva permite la judicialización de las demandas, es decir el medico comienza a utilizar contratos de servicio redactados por un abogado, de modo que le confiera un tipo de seguridad ante una demanda,⁴¹, eleva el costo de sus servicios al exigir en algunas ocasiones, auxiliares de diagnostico o exámenes de laboratorio a fin de prevenir cualquier complicación ante un paciente sea de alto riesgo o no³³, el consentimiento informado pasa a segundo termino porque no se le explica al paciente las probables complicaciones de su tratamiento pero se le exige la firma, de existir algún evento indeseado utilizarlo como "amparo"³⁵, además de obtener mala fama por la practica de estas acciones. Las compañías aseguradoras tomando ventaja de esta situación otorgan seguros con un alto costo a fin de evitar controversias médicas.³⁷

9. CONCLUSIONES

La creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, originó una alternativa de resolución de quejas sin acudir a una instancia judicial, por medio de la conciliación y arbitraje, beneficiando al Odontólogo y al paciente al acortar el tiempo durante el proceso de resolución de su inconformidad, y brindando la oportunidad de explicar la situación que generó la queja llegando a un acuerdo amigable entre las partes involucradas.

La CONAMED fue una de las primeras instituciones encargadas de la resolución de quejas a nivel mundial y que arroja resultados positivos en cuanto a conciliación de problemas de carácter médico y también recomiendan mejorar la calidad en la atención para evitar los motivos que generaron dichas quejas. Su objetivo no solo se concentra en conciliar, sino en hacer propuestas a instituciones públicas y privadas, y al personal dedicado al área médica, elaborando manuales, cartas de los derechos del personal médico, instando a practicar la bioética y regirse en la práctica diaria mediante un respeto a la profesión y a los pacientes.

La queja es el principal medio por el cual se puede registrar una inconformidad ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la asesoría del personal de la Institución, provee la oportunidad de conciliación y resolución de la queja de forma amigable, respetuosa y rápida en comparación con la vía judicial. Además de funcionar como un medio para mejorar la calidad de atención ya que la queja puede denotar falla en la prestación de un servicio que el paciente o usuario percibe. Estas inconformidades pueden prevenirse aceptando recomendaciones para elevar la calidad del servicio odontológico y así disminuir la incidencia de quejas por parte del paciente.

Conocer las especialidades odontológicas que están involucradas de forma frecuente en las quejas, nos indica que puede existir un problema en esas áreas lo que permite que se tomen las medidas necesarias para prevenir la queja.

El odontólogo, debe informar al paciente de las ventajas y desventajas en un tratamiento, utilizando un lenguaje claro y sin tecnicismos, que pueda entender el paciente, aclararle cualquier duda que surja antes, durante y después del tratamiento, para evitar que cualquier duda pueda convertirse en una queja.

Es necesario insistir en que una queja ante CONAMED no es una situación donde se ponga en tela de juicio la eficiencia de su trabajo como profesional de salud bucal, sino tal vez la falta de comunicación con su paciente provoque mal entendidos que culminan en la presentación de una queja.

10. BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Infante C. Quejas médicas: la insatisfacción de los pacientes con respecto a la calidad de la atención médica. México, D.F.: Editores de Textos Mexicanos, 2006
- ² Diez años de Arbitraje Médico en México. México, D.F.: CONAMED; 2006.
- ³ Valle A. Arbitraje Médico. México, D.F.: Trillas; 2005.
- ⁴ Palma J. Implicaciones éticas y jurídicas de la práctica odontológica. Revista Odontológica Mexicana 2007 Junio; Vol.11 (Núm. 2): 62.
- ⁵ Fajardo G, Hernández F, Santacruz J, Hernández M, Kuri P, Gómez E. Perfil epidemiológico general de las quejas médicas atendidas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Pública de México 2009 Marzo-abril; Vol.51 (Núm.2): 119-125
- ⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html> Consultado agosto de 2010
- ⁷ Triana E. Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED. Revista Odontológica Mexicana 2007 Junio; Vol.11 (Núm.2): 103-108
- ⁸ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Disponible en: [URL:http://www.conamed.gob.mx](http://www.conamed.gob.mx) Consultado agosto de 2010
- ⁹ Hernandez, M. Derechos del Personal de la Salud. México: Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM 2002
- ¹⁰ Reglamento de Procedimientos. México: CONAMED. 2006
- ¹¹ Tena C. Sotelo .J. Malpractice in Mexico: arbitration not litigation. BMJ 2005 August; Vol. 331 (20-27): 448-451
- ¹² Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. México: Trillas 2008
- ¹³ Ley de Profesiones. México: Publicaciones Administrativas Contables Jurídicas. 2007
- ¹⁴ Ley General de Salud. México: Ediciones Fiscales Isef. 2008
- ¹⁵ Carta de los derechos de los Cirujanos Dentistas. Disponible en: <http://www.conamed.gob.mx/index.php> Consultado Agosto de 2010
- ¹⁶ Luengas M. La bioética en la relación clínica en odontología. Revista de la Asociación Dental Mexicana 2003 Noviembre-diciembre, vol. 60 (Núm. 6): 233-239

-
- ¹⁷ Carta de los Derechos Generales de los pacientes. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/espanol/e-htms/e-medcri/e-ti2002/e-ti02-5/em-ti025d.htm>
Consultado agosto de 2010
- ¹⁸ Gherardi C, Gherardi N. La judicialización del acto médico y la generación de nuevos conflictos. *Medicina* 2007; Vol. 67 (Núm. 5): 502-510 Argentina
- ¹⁹ Aréchiga H. El postgrado médico en los hospitales privados de México. *Acta Médica Grupo Ángeles* 2003 Julio-Septiembre; Vol. 1 (Núm. 3): 177-182
- ²⁰ Soberanes Fernandez, J.. *Historia del Derecho Mexicano* (Decimotercera ed.). México: Porrúa, 2007.
- ²¹ Pompa y Padilla J. El embellecimiento dentario en la época prehispánica. *Arqueología Mexicana* 1995, *Vol.III* (No.14), pp.62-65.
- ²² Díaz de Kuri, M. *El Nacimiento de una Profesión*. México: Fondo de Cultura Económica 2002
- ²³ Yañez Campero, V.. *La administración pública y el derecho a la protección de la salud en México*. México: Instituto Nacional de Administración Pública 2000
- ²⁴ Perrusquía González, A. *Tiempos Lugares y Gente*. México: Fernández Editores. 1994
- ²⁵ López F. Evolución de los Servicios de Salud de la Secretaría de Salud. *Salud Pública de México* 1993 Septiembre-Octubre, Vol.35 (Núm. 5), Editorial.
- ²⁶ Soberón Acevedo, G., Díaz Alfaro, S., Zertuche Muñoz, F., Kaplan, M., Ruiz Massieu, J. F., Laguna García, J. et al. *Derecho Constitucional a la Protección de la Salud*. México : Porrúa 1983
- ²⁷ Soberón C, M.G. La descentralización de los servicios de salud en México en la década de los ochenta. *Salud Pública de México* 1996 Septiembre-Octubre; Vol. 38 (Núm. 5): 371-378
- ²⁸ México, pionero mundial del arbitraje médico. Disponible en: http://fox.presidencia.gob.mx/buenasnoticias/?contenido=20252&pagina=1&fecha_desde_dia=24&fecha_desde_mes=8&fecha_desde_year=2005&palabras=conamed
- ²⁹ Declaración Universal de los Derechos Humanos. (s.f.). Recuperado el 2008, de <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/dudh.htm>
- ³⁰ Declaración de Alma-Ata Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm Consultado agosto de 2010
- ³¹ Roberts R. Montezuma's treasure. Has Mexico found malpractice gold in conciliation-arbitration? *BMJ USA* 2005 November-december; Vol. 5: 495
- ³² Paredes Sierra, Raymundo y Octavio Rivero Serrano. *Medicina Defensiva*. En A. V. González, *Arbitraje Médico. Fundamentos teóricos y análisis de casos representativos*. México: Trillas. 2005 p. 146-154

-
- ³³ Federación Mexicana de Colegios de Anestesiología A.C. Disponible en:
<http://www.fmca.org.mx/art/art.php?id=1055>
- ³⁴ Welch Eduardo. Problemas del ejercicio medico: Realidad actual. Revista Chilena de Pediatría 2003 Septiembre; Vol. 74 (Núm. 5): 463-467. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062003000500001&script=sci_arttext
- ³⁵ Fundación de Asistencia Legal Colegio Médico. Disponible en :
<http://www.falmed.cl/Qui%C3%A9nesSomos/NuestraHistoria/tabid/59/Default.aspx>
- ³⁶ Nigenda G, Ruiz J.A. y J. Montes. Nuevas tendencias en la regulación de la profesión médica en el contexto de la reforma del sector salud: el caso de México. Revista médica de Chile 2001 Noviembre; Vol. 129 (Núm. 11). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001100017&script=sci_arttext
- ³⁷ Abrantes Pego, Raquel y Sofía Arjonilla Alday. Descentralización del sector de salud y conflictos con el gremio médico en México. Rev. Saúde Pública Sao Paulo 2002 Junio; Vol. 36 (Núm. 3):324-329. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102002000300011
- ³⁸ Aranguren Ibarra, Z. Medición de la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Instituto de Previsión del profesorado de la Universidad Central de Venezuela, durante el último trimestre del 2004. Acta Odontológica Venezolana 2009; Vol. 47 (Núm. 1): 1-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.ve/pdf/aov/v47n1/art09.pdf>
- ³⁹ Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) Motivos de quejas. Disponible en :
http://www.conamed.gob.mx/estadistica/boletin/quejas_X_motivo.htm
- ⁴⁰ Saliba Garbin, C.A., Isper Garbin, A.J., Adas Saliba, M.T. y Paula Dossi, A. Actitud del cirujano dentista en cuanto al tipo de contrato realizado en la prestación de servicios. Acta Odontológica Venezolana 2009; Vol. 47 (Núm. 1) Disponible en:
http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S000163652009000100019&script=sci_arttext
- ⁴¹ Hernández Moreno J., Hernández Gil M.L. y A. Hernández Gil. Responsabilidad por mal praxis médica: la vía extrajudicial. Cuadernos de Medicina Forense 2002 Abril; Núm. 28. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062002000200002