



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

LA CONAMED UN MÉTODO ALTERNO A LA
SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS EN LA PRÁCTICA
ODONTOLÓGICA

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANA DENTISTA

P R E S E N T A:

María del Carmen Estrada Pescina

Ve Bo


DIRECTOR: C.D Jesús Rigoberto Rubalcava Lerma

MÉXICO D. F.

2007



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Dedico este trabajo con amor y respeto
a mi familia que son la parte importante
de mi formación como ser humano.
Por toda su paciencia para poder llegar
a esta etapa, que es comienzo de mi lucha
en esta meta que concluyo, con esto
les expreso todo mi amor y
les doy las GRACIAS por estar siempre a mi lado.

A mi director de Tesina
C.D. Jesús Rigoberto Rubalcava Lerma
por su apoyo para la realización de este trabajo.

A la Coordinador del Seminario de Oclusión
C.D. Nicolás Pacheco Guerrero
por creer en mi como profesional.

A la Maestra Sandra Martínez López Subdirectora
de Enseñanza de la Comisión Nacional de
Arbitraje Médico, por su colaboración y
participación para la realización de este trabajo.

A todos los seres que quiero, GRACIAS.

INTRODUCCIÓN

Después de haber cumplido con el programa actual de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México decidí ingresar a la Trigésima Octava Promoción del Seminario de Oclusión, el cual es dirigido por el C.D. Nicolás Pacheco Guerrero.

Mi objetivo es tener los conocimientos básicos de esta rama de la Oclusión para obtener el Título de Cirujana Dentista y seguir posteriormente con esta especialidad en Posgrado, en mi propia alma-mater.

Mi interés por este tema son las soluciones de controversias en la Práctica Odontológica supervisadas y dirigidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico; siendo ésta una autoridad conciliadora quien actúa como reguladora y mediadora entre los profesionales de la rama médica y los pacientes en nuestro país.

La capacitación que nos brinda nuestra Facultad de Odontología en todas las áreas es suficiente y completa. Ya dependerá de cada uno de nosotros el seguirnos preparándonos asistiendo a cursos Nacionales e Internacionales, a Posgrados y Diplomados en las diferentes Universidades.

Estoy convencida que si ponemos nuestro mejor empeño como personas y sobre todo como profesionistas lograremos que la salud en nuestro país, sea de mayor calidad y se mantenga por mucho tiempo. Transmitiendo y divulgando todo lo referente a la prevención; ya que el haber estudiado en la Facultad de Odontología, de nuestra máxima casa de estudios, la honorable y querida Universidad Nacional Autónoma de México, es un privilegio que

podemos tener hoy en día, contando con los mejores académicos y con la mejor infraestructura que siempre esta a la vanguardia.

Al egresar de nuestra Facultad me da la confianza y la seguridad de poder dar una atención profesional adecuada y en forma integral a cada uno de mis pacientes.

INDICE

INTRODUCCIÓN

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

1.1 HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA	1
--------------------------------------	---

CAPITULO II

QUEJAS DE ODONTOLOGÍA EN LA CONAMED

2.1 ¿QUÉ ES LA CONAMED?	9
2.2 DECRETO DE CREACIÓN	10

CAPITULO III

3.1 RECOMENDACIONES GENERALES	25
3.2 RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA	26

CAPITULO IV

4.1 MARCO LEGAL VIGENTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA	30
4.2 NORMAS OFICIALES MEXICANAS.....	31
4.3 NORMA OFICIAL MEXICANA 168 PARA LA ELABORACIÓN, INTEGRACIÓN Y USO DEL EXPEDIENTE CLÍNICO	32

4.4 NORMA OFICIAL MEXICANA 013 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES	38
4.5 MÉTODOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS	43
CONCLUSIONES	53
BIBLIOGRAFÍA	55

CAPITULO I

HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA

Los primeros dentistas que ejercieron en México llegaron de Francia y de los Estados Unidos, durante la tercera década del siglo XIX.

En 1841 se decretó una disposición para que todo aquél que quisiera dedicarse al oficio dental, tenía que pasar un examen para titularse en la escuela de Medicina.

Debido a que México no contaba aún con escuela dental, los aspirantes a esta profesión tenían que aprender lo relacionado con el arte dental en el consultorio de algún profesional que contara ya con reconocimiento oficial.

Por trece años, los dentistas que recibieron su título en México fueron sólo extranjeros que habían aprendido la profesión en sus países de origen. Estos inmigrantes pasaron a ser los artífices de la odontología mexicana, pues enseñaron la práctica dental a los primeros dentistas mexicanos con el viejo sistema de preceptorado.

Para 1854 empiezan a titularse jóvenes mexicanos, los dos primeros fueron Mariano Chacón y Benito Acuña.

El 3 de diciembre de 1881 presentó su examen Rafael Chorné, hermano de Margarita, la primera mujer dentista; ese mismo año también ella se tituló junto con Ignacio Chacón, hijo el decano de los dentistas.

A principios de los años ochenta, la dentistería era una actividad de prestigio en pleno auge. Cerca de un centenar de dentistas ofrecían sus servicios en

las ciudades más importantes de la República Mexicana. Guadalajara, Monterrey, Puebla, Mérida, León, Veracruz, Jalapa, San Luis Potosí y Toluca contaban con dos o tres gabinetes dentales en cada lugar. Desde luego la mayor parte de estos profesionistas se establecieron en la Ciudad de México.

El concepto de salud pública, como doctrina y como práctica organizada tiene sus inicios en siglo XIX. Dos figuras fueron determinantes para la consolidación de la misma: Edwin Chadwick en Inglaterra y Lemuel Shattuck en Estados Unidos.

En 1847 el llamado informe Chadwick destacó la relación existente entre la pobreza y la enfermedad en las grandes ciudades de Inglaterra y Gales. Las recomendaciones sanitarias de Chadwick apuntaban a la necesidad de mejorar el medio y crear un cuerpo de médicos dedicados a la protección de la salud de la población.

En 1850, se elaboró en Estados Unidos un informe similar, el Informe de la Comisión Sanitaria de Massachussets, cuyo principal impulsor fue Shattuck. Este informe está considerado uno de los elementos más determinantes en la aparición y consolidación de la salud pública en Norteamérica

Con estos informes, la mayoría de los gobiernos de Europa y Norteamérica establecieron Servicios de Salud Pública, denominados entonces de Sanidad e Higiene Pública. Su objetivo era la protección de la salud de la población mediante acciones de gobierno dirigidas al medio ambiente y a la colectividad.

En esta primera etapa de la salud pública los principales problemas derivaban de la industrialización de algunas sociedades más desarrolladas y del cambio de sociedades rurales o sociedades de carácter urbano en donde

las condiciones de vida y del trabajo, la malnutrición y la falta de condiciones higiénicas favorecían la aparición y transmisión de las enfermedades infecciosas.

En la segunda etapa de la salud pública, se caracterizó, por los avances en las inmunizaciones y por tanto, en la prevención individual. Sin embargo, las bases del concepto moderno de salud pública se deben a Winslow, quien en 1920 la definió como “la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física y mental mediante el esfuerzo organizado de la comunidad “.

En los años treinta y cuarentas, los avances y la tecnificación de la medicina asistencial determinaron un aumento de su complejidad y también de su costo.

Esta tercera etapa de la salud pública se caracteriza por el inicio en muchos países, de una política de redistribución social y es la época cuando se crea el Servicio Nacional de Salud en Inglaterra o se ponen en marcha los grupos sociales de asistencia sanitaria.

SALUD COMUNITARIA

La Salud Comunitaria es un paso más en la evolución de la salud pública; de hecho, la salud comunitaria ha surgido de la salud pública, añadiéndole algunos elementos nuevos. Así incorpora la responsabilidad y la participación de la comunidad en la planificación, la administración, la gestión y el control de las acciones sanitarias.

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

La Odontología Comunitaria sería la odontología del bien común y supone la prestación de servicios preventivos y asistenciales de forma integrada a todas las personas sanas y enfermas de una comunidad. La investigación de los factores ambientales, sociales y de conducta determinante en las enfermedades, así como la promoción para su corrección son parte de la práctica odontológica comunitaria, presentando determinadas características muy diferenciadas entre si que son consecuencia de los problemas que debe resolver y de los pacientes a quienes se ha de atender.

PROBLEMAS DE SALUD PÚBLICA

Para que un problema de salud se convierta en un problema de salud pública deben determinarse características. Se describe lo siguiente: en primer lugar, que sea una causa común de morbilidad o de mortalidad; en segundo lugar, que existan métodos eficaces de prevención y control, y en tercer lugar, que estos métodos no estén siendo aplicados adecuadamente por la comunidad.

En la actualidad los criterios que definen un problema de salud pública son:

1. Aquellas condiciones o situaciones que constituyen una causa común de morbilidad o mortalidad.
2. Cuando existe la percepción por parte del público o de las autoridades sanitarias de que una determinada condición o situación constituye un problema de salud pública.

EL PACIENTE EN ODONTOLOGÍA COMUNITARIA

El Paciente en Odontología Comunitaria, son las propias características del paciente comunitario que condicionan sus actuaciones las tareas y en los métodos del profesional que trabaja en odontología comunitaria. El profesional que trabaja en odontología a nivel privado trata de maximizar las oportunidades de conseguir los mejores resultados, a menudo sin limitaciones de recursos, el trabajo en salud pública trata de minimizar las oportunidades de obtener los peores resultados.

A la exploración del paciente individual corresponde la realización de una encuesta epidemiológica del grupo, o población objeto. Si el examen del paciente y su historia clínica es el primer paso indispensable para un diagnóstico y un plan de tratamiento, en odontología comunitaria, y puesto que el paciente es una población, esa exploración previa se denomina encuesta y requiere la ayuda del método epidemiológico para su realización.

La siguiente etapa es el diagnóstico en el paciente clínico que en odontología comunitaria, denominaremos análisis de la situación, fase en la cual es imprescindible la utilización de la bioestadística.

Una vez establecido el diagnóstico en el paciente individual o el análisis de la situación en odontología comunitaria, el odontoestomatólogo podrá establecer el plan de tratamiento en el caso de la práctica individual, o el programa de actuaciones sanitarias en odontología comunitaria. En el primer caso, la aceptación por parte del paciente y los criterios del odontoestomatólogo respecto a las prioridades, las alternativas y la valoración del costo del tratamiento influirán en la puesta en marcha del mismo.

Una vez aceptado el plan de tratamiento, es necesario coordinar una serie de actuaciones, de forma ordenada y sistemática, para poner en marcha las actuaciones previamente establecidas.

ODONTOLOGÍA COMUNITARIA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La Odontología Comunitaria necesita el Sistema de Atención Primaria de la Salud.

Realiza de forma integrada funciones de promoción de la salud, de asistencia sanitaria y de trabajo social tanto en el centro de salud como en toda la comunidad.

La atención primaria de la salud fue formulada en una conferencia celebrada en 1978 en Alma-Ata suscrita por 134 naciones por numerosas organizaciones gubernamentales y no gubernamentales.

La salud es aquella que se ofrece en primera línea, cerca o junto al usuario. Es fundamentalmente asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad por medios que le sean aceptables, con su plena participación y con un costo que la comunidad y el país puedan soportar. Constituyendo el núcleo del sistema nacional de salud que pasa a formar parte del conjunto de desarrollo económico y social. Enfatizando con ello la importancia de los factores sociales, conductuales y económicos como aspectos importantes en relación con la salud.

ODONTOLOGÍA Y ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

La reciente Carta de Ljubljana sobre la reforma de los ciudadanos de salud en Europa recuerda que éstos deben estar guiados por la dignidad humana, la equidad, la solidaridad y la ética profesional, han de centrarse en las personas y tener la salud como objetivo. Las reformas basadas en esta filosofía deben asegurar que los servicios de salud de todos los niveles promuevan y protejan la salud, mejoren la calidad de vida, prevengan y traten las enfermedades, rehabiliten a los pacientes y cuiden a los que sufren y a los enfermos terminales. Facilitar que las decisiones se tomen de forma conjunta entre el paciente y los proveedores del cuidado, promoviendo la globalidad y continuidad de la asistencia dentro de su entorno cultural específico. Gana importancia el usuario, que persigue un trato más democrático, reclamando más información y capacidad de elección.

La Carta de Ottawa para la promoción de la salud analiza el proceso salud/enfermedad considerando todos los instrumentos de que dispone la sociedad para la mejora de la salud. Este enfoque social es importante en especial, para los que suelen culpabilizar a los pacientes que adoptan conductas poco saludables. Para que las intervenciones sobre promoción de salud sean efectivas deben modificarse tanto las condiciones en que vive la gente como la forma en la que vive. La salud solo se alcanza si existe una autorresponsabilización de los ciudadanos y una estrecha colaboración entre los distintos sectores sociales y sanitarios.

La función de la atención primaria de la salud es ofrecer los cuidados preventivos y curativos que le son propios, complementando y participando en las intervenciones y los programas de promoción de la salud que le afecta, en la década de los noventa, el soporte que recibe la

atención primaria de la salud obedece más a razones objetivas que a los planteamientos ideológicos que predominaban en la década anterior, obteniendo mejores resultados entendidos en términos de menores costos, inferior consumo de medicamentos, y más satisfacción y mejores indicadores sanitarios. La Organización Mundial de Salud define a esta como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no únicamente la ausencia de enfermedad”.

13 Díaz de Kuri, Martha,

CAPITULO II

2.1 QUE ES LA CONAMED?

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, creado por decreto presidencial, ubicado en el Diario Oficial de la Federación del 3 de junio de 1996, para contribuir a tutelar el derecho a la protección de la salud así como mejorar, la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Es por lo tanto, una institución que tiene por objeto contribuir a resolver en forma amigable y de buena fe los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de los mismos; que promueve y propicia la buena relación, el trato digno, los valores, el apego a la lex artis médica y la ética en la relación médico-paciente.

La CONAMED, es una instancia especializada que cuenta con autonomía técnica y tiene atribuciones para recibir quejas, investigar presuntas irregularidades en la prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, los cuales permiten solucionar los conflictos actuando con imparcialidad, confidencialidad y respeto, mediante procedimientos alternativos para la resolución de los conflictos tales como: orientación, gestión inmediata, conciliación y arbitraje (MODELO MEXICANO DE ARBITRAJE MÉDICO).

Actualmente la CONAMED atiende un promedio de 17,000 casos anuales y promueve la mejora de la práctica de la medicina a través de recomendaciones y cartas de derechos dirigidas a pacientes, médicos, odontólogos y enfermeras, así como acciones de investigación, difusión y

vinculación que retroalimentan los esfuerzos institucionales e individuales, para otorgar los servicios de salud con calidad y respeto.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

2.2 DECRETO DE CREACIÓN

Decreto de Creación

06-03-96. DECRETO por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Presidencia de la República.

ERNESTO ZEDILLO PONCE DE LEÓN, Presidente de los Estados Unidos Mexicanos, en ejercicio de la facultad que me confiere la fracción I del artículo 89 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y con fundamento en los artículos 2o., 17, 31, 37 y 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal y 2o., 3o., 13 inciso A), 23, 34, 40, 45, 48, 54, 58 y 416 al 425 de la Ley General de Salud, y

CONSIDERANDO

Que el Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000 plantea el mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia;

Que los mexicanos reciben servicios médicos en los que participan instituciones públicas y privadas, así como profesionales de la salud que ejercen libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país.

30. www.conamed.gob.mx

Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a tutelar el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos.

Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo para los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos.

Que de igual manera, es indispensable que esa instancia especializada, garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos, la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca.

Que la creación de un órgano administrativo con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que

genera la prestación de servicios médicos, ha tenido a bien expedir el siguiente.

DECRETO POR EL QUE SE CREA LA COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

ARTÍCULO 1o.- Se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico como un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, con plena autonomía técnica para emitir sus opiniones, acuerdos y laudos.

ARTÍCULO 2o.- La Comisión Nacional de Arbitraje Médico tendrá por objeto contribuir a resolver los conflictos suscitados entre los usuarios de los servicios médicos y los prestadores de dichos servicios.

ARTÍCULO 3o.- En términos del Título Tercero de la Ley General de Salud, se consideran prestadores de servicios médicos, las instituciones de salud de carácter público, privado o social, así como los profesionales, técnicos y auxiliares que ejerzan libremente cualquier actividad relacionada con la práctica médica. Los usuarios de un servicio médico son las personas que solicitan, requieren y obtienen dicho servicio de los prestadores de servicios médicos para proteger, promover y restaurar su salud física o mental.

ARTÍCULO 4o.- La Comisión Nacional tendrá las siguientes atribuciones:

- I.** Brindar asesoría e información a los usuarios y prestadores de servicios médicos sobre sus derechos y obligaciones;
- II.** Recibir, investigar y atender las quejas que presenten los usuarios de servicios médicos, por la posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios a que se refiere el artículo 3o. de este Decreto;
- III.** Recibir toda la información y pruebas que aporten los prestadores de servicios médicos y los usuarios, en relación con las quejas planteadas y, en su caso, requerir aquéllas otras que sean necesarias para dilucidar tales quejas, así como practicar las diligencias que correspondan;
- IV.** Intervenir en amigable composición para conciliar conflictos derivados de la prestación de servicios médicos por alguna de las causas que se mencionan:
 - a)** Probables actos u omisiones derivadas de la prestación del servicio;
 - b)** Probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario, y
 - c)** Aquéllas que sean acordadas por el Consejo;
- V.** Fungir como árbitro y pronunciar los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje;
- VI.** Emitir opiniones sobre las quejas de que conozca, así como intervenir de oficio en cualquier otra cuestión que se considere de interés general en la esfera de su competencia;
- VII.** Hacer del conocimiento del órgano de control competente, la negativa expresa o tácita de un servidor público de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional, en ejercicio de sus atribuciones;
- VIII.** Hacer del conocimiento de las autoridades competentes, y de los colegios, academias, asociaciones y consejos de médicos, así como de los comités de ética u otros similares, la negativa expresa o tácita de los prestadores de servicios, de proporcionar la información que le hubiere solicitado la Comisión Nacional. Asimismo, informar del incumplimiento por parte de los citados prestadores de servicios, de sus resoluciones, de

cualquier irregularidad que se detecte y de hechos que, en su caso, pudieran llegar a constituir la comisión de algún ilícito;

IX. Elaborar los dictámenes o peritajes médicos que le sean solicitados por las autoridades encargadas de la procuración e impartición de justicia;

X. Convenir con instituciones, organismos y organizaciones públicas y privadas, acciones de coordinación y concertación que le permitan cumplir con sus funciones;

XI. Asesorar a los gobiernos de las entidades federativas para la constitución de instituciones análogas a la Comisión Nacional;

XII. Orientar a los usuarios sobre las instancias competentes para resolver los conflictos derivados de servicios médicos prestados por quienes carecen de título o cédula profesional, y

XIII. Las demás que determinen otras disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 5o.- Para el cumplimiento de sus funciones, la Comisión Nacional contará con:

I. Un Consejo;

II. Un Comisionado;

III. Dos Subcomisionados, y

IV. Las Unidades Administrativas que determine su Reglamento Interno.

ARTÍCULO 6o.- El Consejo se integrará por diez Consejeros y por el Comisionado, quien lo presidirá.

Los Consejeros serán designados por el Titular del Ejecutivo Federal. La designación recaerá en distinguidas personalidades de la sociedad civil de reconocida trayectoria profesional. Los presidentes en turno de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía serán invitados a participar como Consejeros.

El cargo de Consejero será honorífico y durará cuatro años, a excepción de los presidentes de las academias mencionadas, quienes estarán sujetos al tiempo que duren en el encargo. Los demás Consejeros no podrán ser confirmados para el período siguiente.

ARTÍCULO 7o.- El Consejo sesionará por lo menos una vez cada tres meses; las decisiones se tomarán por mayoría de votos y, en caso de empate, el Comisionado tendrá voto de calidad.

ARTÍCULO 8o.- Corresponde al Consejo:

- I. Establecer las políticas generales a que deba sujetarse el órgano;
- II. Aprobar y expedir el Reglamento Interno y las demás disposiciones que regulen a la Comisión Nacional;
- III. Aprobar y expedir el reglamento de procedimientos para la atención de las quejas, observando las disposiciones jurídicas aplicables a los mismos;
- IV. Conocer de los asuntos que someta a su consideración el Comisionado;
- V. Nombrar y, en su caso, remover a propuesta del Comisionado, a los Subcomisionados;
- VI. Analizar y, en su caso, aprobar el informe que el Comisionado presentará anualmente al Titular del Ejecutivo Federal;
- VII. Evaluar periódicamente el funcionamiento de la Comisión Nacional y formular las recomendaciones correspondientes al desempeño y resultados que obtenga, y
- VIII. Las demás que le confieran otras disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 9o.- El Comisionado será nombrado por el Presidente de la República.

ARTÍCULO 10.- Para ser nombrado Comisionado se requiere:

- I. Ser ciudadano mexicano en pleno ejercicio de sus derechos políticos y civiles;
- II. Tener cuando menos treinta y cinco años cumplidos el día de la designación, y
- III. Haberse distinguido por su probidad, competencia y antecedentes profesionales en el ejercicio de las actividades que se vinculen a las atribuciones de la Comisión Nacional.

Los subcomisionados deberán cumplir los requisitos establecidos en las fracciones anteriores y tendrán las funciones que les otorgue el Reglamento Interno.

ARTÍCULO 11.- Son facultades y obligaciones del Comisionado:

- I. Ejercer la representación de la Comisión Nacional;
- II. Someter a consideración del Consejo las designaciones de los Subcomisionados, así como nombrar y remover al demás personal de la Comisión Nacional;
- III. Conducir el funcionamiento del órgano, vigilando el cumplimiento de sus objetivos y programas;
- IV. Establecer de conformidad con el Reglamento Interno las unidades de servicio técnicas, de apoyo y asesoría necesarias para el desarrollo de las funciones de la Comisión Nacional;
- V. Celebrar toda clase de actos jurídicos que permitan el cumplimiento del objeto de la Comisión Nacional;
- VI. Ejecutar los acuerdos emitidos por el Consejo;
- VII. Informar anualmente al Titular del Ejecutivo Federal sobre las actividades de la Comisión Nacional, procurando que este informe sea difundido ampliamente entre la sociedad;

VIII. Someter a la aprobación del Consejo el Reglamento Interno, el reglamento de procedimientos y demás disposiciones internas que regulen a la Comisión Nacional;

IX. Solicitar todo tipo de información a los usuarios y prestadores de servicios médicos y realizar las investigaciones pertinentes, a efecto de cumplir cabalmente con las atribuciones del órgano;

X. Llevar a cabo los procedimientos de conciliación y arbitraje a que se refieren las fracciones IV y V del artículo 4o. de este Decreto y de conformidad con el reglamento que al efecto expida el Consejo;

XI. Emitir los acuerdos, laudos y opiniones en asuntos de la competencia de la Comisión;

XII. Vigilar el cumplimiento de las resoluciones, así como de los convenios que se deriven de los procedimientos de conciliación y arbitraje respectivos;

XIII. Establecer los mecanismos de difusión que permitan a los usuarios y prestadores de servicios médicos y a la sociedad en su conjunto, conocer sus derechos y obligaciones en materia de salud así como las funciones de la Comisión Nacional, y

XIV. Las demás que establezcan otras disposiciones aplicables.

ARTÍCULO 12.- La vigilancia de la Comisión Nacional estará a cargo del Delegado designado a la Secretaría de Salud, por la Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo, quien ejercerá las funciones que establecen las leyes aplicables. El control interno de la Comisión Nacional estará a cargo de una Contraloría Interna que tendrá las facultades que establezca el Reglamento Interno, sin perjuicio de las que en los términos de las disposiciones legales aplicables le competen a la Contraloría Interna de la Secretaría de Salud.

ARTÍCULO 13.- La formulación de quejas así como los procedimientos que se sigan ante la Comisión Nacional no afectarán el ejercicio de otros

derechos o medios de defensa de los que dispongan los usuarios o prestadores de servicios médicos conforme a la ley.

ARTÍCULO 14.- La Comisión Nacional remitirá a la Comisión Nacional de Derechos Humanos la documentación y los informes que le solicite esta última, a fin de que atienda las quejas de su competencia.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- El Consejo deberá integrarse dentro de los 30 días hábiles posteriores a la fecha de entrada en vigor de este Decreto.

TERCERO.- Para efectos del artículo 6o. del presente Ordenamiento, por única ocasión, los Consejeros se designarán de la siguiente manera: dos por un año; dos por dos años; dos por tres años y dos por cuatro años, con excepción de los Presidentes de las Academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía.

CUARTO.- La Comisión Nacional de Arbitraje Médico no conocerá de las quejas o inconformidades presentadas ante la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal o de las Entidades Federativas, que ya hubiesen sido resueltas por las mismas a la entrada en vigor del presente Decreto.

QUINTO.- El Reglamento Interno a que se refiere este Decreto, deberá ser publicado en el Diario Oficial de la Federación en un término no mayor de 60 días hábiles posteriores a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto.

Dado en la Residencia del Poder Ejecutivo Federal, en la Ciudad de México, Distrito Federal, a los treinta y un días del mes de mayo de mil novecientos noventa y seis.- Ernesto Zedillo Ponce de León.- Rúbrica.- El Secretario de Hacienda y Crédito Público, Guillermo Ortiz Martínez.- Rúbrica.- El Secretario de Contraloría y Desarrollo Administrativo, Arsenio Farell Cubillas.- Rúbrica.- El Secretario de Salud, Juan Ramón de la Fuente Ramírez.- Rúbrica. 1

Las enfermedades de mayor incidencia en estomatología, acorde a 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 cuales son básicas para los tratamientos de ortodoncia. 17

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 del aparato estomatológico, que permita disminuir la incidencia y prevención de enfermedades bucales más frecuentes en la población mexicana.

Es importante señalar que la mayoría de las enfermedades estomatológicas pueden ser controladas con medicina preventiva y a través de un diagnóstico temprano. Por este motivo es necesario establecer criterios de atención a la salud bucal. Así como mejorar la calidad de la atención estomatológica que se brinda a la población.

En México, los individuos de 20 años de edad, presentan un promedio de casi 15 dientes atacados por caries dentaria. De tales dientes, solo se han restaurado 6, mientras que un promedio de 5 órganos dentarios habían sido extraídos. 31

La principal modalidad de conclusión de las quejas de odontología correspondieron a los siguientes tipos: el primer lugar fue para la conciliación (53.1%), el segundo lugar quejas enviadas a arbitraje (11.9%) y en tercer lugar, derechos a salvo, otras modalidades se observan en el cuadro.

**Modalidad de conclusión de las quejas de odontología
CONAMED 2001-2002**

Resultado	Frecuencia	%
Conciliadas	94	53.1
Enviadas a arbitraje	21	11.9
No conciliadas	20	11.3
Falta de interés de alguna de las partes	19	10.7
No concluidas	23	13.0
TOTAL	177	100.0

Se llevó a cabo un sub-análisis de 100 casos con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en el 57% existió buena práctica médica, desde el punto de vista de la valoración estomatológica integral realizada por CONADEM Y EL 43% tuvieron alguna deficiencia en atención, 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:

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 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.

En el análisis de las quejas odontológicas recibidas ante esta comisión, 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.

Así mismo, 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 en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

Al realizar el análisis de los casos (n = 100) con el fin de evaluar la presencia de conflictos por la atención estomatológica, se observó que en 75% de los casos existió buena práctica y 435 tuvieron 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 estos casos las irregularidades de mayor incidencia y frecuencia son:

1. Falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente se engloba de la siguiente manera: maltrato al paciente, el profesional 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), caer 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.
2. La emisión de falsas expectativas del profesional hacia sus pacientes, uso y manejo equivocado de materiales y procedimientos no indicados; así como tratamientos simulados.
3. El incumplimiento de obligaciones;

De medios: ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado ^{2,3,4}, carencia de auxiliares de diagnóstico (estudios fotográficos, modelos de estudios, estudios de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico) así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.

De seguridad: exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del paciente.

De resultados: insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

4. El desconocimiento del profesional de la Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas, regulan la normatividad, así como la relación con sus pacientes.
5. El anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.
6. Matización de una técnica profesional deficiente, ausencia de actualización profesional, (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas).

Finalmente, el diagnóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, ya que son las razones para el existir de la profesión. ²

Factores asociados a una mala comunicación en la atención médica:

Fricción con la familia.

Atención multidisciplinaria (parcial).

Descortesía frecuente.

Intromisión de profesionales de la salud.

Trato despersonalizado o de “clientes”

Modelo paternalista.
Cobros no acordados.
Mala comunicación m-p.
Expectativas insatisfechas.
Concepción biológica de la enfermedad.
Falta de tiempo del médico.
Cambios frecuentes de médico.
Desconfianza en los servicios de salud.
Cambios frecuentes de médico.
Desconfianza en los servicios de salud.

CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION

Son los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico terapéuticos o rehabilitatorios.

NOM-168-SSA1-1998

3. www.salud.Gob.mx

CAPITULO III

3.1 RECOMENDACIONES GENERALES

Una de las funciones institucionales más relevantes en el quehacer de la CONAMED ha sido la retroalimentación al Sistema Nacional de Salud respecto de las desviaciones, omisiones o irregularidades encontradas en los procesos de revisión de los casos de quejas.

Una tarea prioritaria se buscó dar un mayor impulso a esta retroalimentación con un enfoque académico y científico, a fin de promover una política de prevención del error y estimular la mejora continua de la calidad de la práctica médica.

Dos fueron los ejes rectores: por un lado, las actividades de enseñanza acerca de los factores que conllevan al conflicto y al error; y por e otro, la emisión de recomendaciones dirigidas a mejorar la calidad de la atención médica

Dichas actividades de enseñanza se desarrollaron en seminarios y simposios con residentes y médicos especialistas de los Institutos Nacionales de Salud y del IMSS, así como mediante cursos de posgrado en la Universidad Panamericana y un diplomado de educación continua con la Universidad Autónoma del Estado de México; tales acciones culminaron en el reconocimiento de la CONAMED como Centro Académico de Educación Médica Continua (CAEMEC-CONAMED), distinción otorgada solamente a diez instituciones en su mayoría hospitales-escuela, por la Facultad de Medicina de la UNAM.

La emisión de recomendaciones para mejorar la calidad de la medicina se inicia con el compromiso de publicar, al menos, seis documentos. ³¹

3.2 RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

1. Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas. 2

Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.

Intensificar en el ejercicio profesional una educación encaminada a la terapéutica dental preventiva.

Promover la visita al consultorio dental de manera periódica para coadyuvar a los procedimientos preventivos conservadores de integridad estomatológica así como el óptimo mantenimiento de los tratamientos bucales.

Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal especialmente en grupos de riesgo. 3

2. Practicar todo tipo de procedimiento diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.

3. Atender a los contenidos de las siguientes disposiciones: 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

Enterar de la posibilidad de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento; 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 y, 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 si procede.

Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.

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

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

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

Considerar al paciente como un ente integral.

Evitar simular o demorar tratamientos.

Solamente actuar cuando se tiene capacidad profesional.

Recurrir a una actualización continua.

Salvaguardar siempre la integridad física del paciente.

Fomentar una atención especializada y multidisciplinaria cuando el caso lo requiera.

El profesional 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. ⁸

NOM 168 SSA1-1998

(Del expediente clínico) ⁶

Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de Las profesiones en el Distrito Federal

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

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

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

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

CAPITULO IV

4.1 MARCO LEGAL VIGENTE EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA

En la preparación profesional del médico no se considera que debe ser instruido acerca del marco de leyes, reglamentos o normas que permiten su actuación, no se pretende preparar al cirujano en toda materia legal presentándole capítulos, apartados, normas y artículos referente a su profesión. Sólo es tratar de despertar el interés de los cirujanos sobre la legislación pertinente. Es indispensable insistir en la necesidad de profundizar de manera personal en el tema. 7

La Constitución Política es la ley fundamental de la organización de un Estado. En ella se establecen todas las ordenanzas o estatutos con los que se gobierna en forma general, y de ahí emana una gama amplia de leyes, normas y reglamentos que rigen la convivencia humana.

En el capítulo I de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se señalan las garantías individuales. En el artículo 4° se establece, el derecho que tiene todo individuo a la protección de la salud, y que la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y determinará la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general. Tal ordenamiento ha motivado el constante esfuerzo de las autoridades sanitarias por proporcionar cobertura total a la población en lo que se refiere, al rubro de salud con las características primordiales: universalidad, equidad, acceso y calidad. Lo anterior dio origen a la Ley General de Salud. 5

El artículo 5° y su Ley Reglamentaria, que todo profesional debe conocer, establecen que a ninguna persona se le podrá impedir dedicarse a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode, siempre y cuando

sea lícito, y, además que nadie puede ser privado del producto de su trabajo, ni se le puede obligar a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno reconocimiento. 20

El artículo 13° se señala que nadie puede ser juzgado por leyes privativas ni por tribunales especiales.

El artículo 14° que a ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna, que nadie podrá ser privado de la vida, la libertad o sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos.

El artículo 16° que nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad, y no podrá liberarse orden de aprehensión sino por la autoridad judicial y sin que preceda denuncia, acusación o querrela de un hecho determinado que la ley señale como delito.

El artículo 17° ninguna persona podrá hacerse justicia por sí misma, ni ejercer violencia para reclamar su derecho y, además, que nadie puede ser aprisionado por deudas de carácter civil.

El artículo 20° se establece que el monto y la forma de caución que se fijen deberán ser asequibles para el inculgado.

4.2 NORMAS OFICIALES MEXICANAS

Según la Ley sobre Metrología y Normalización, las Normas Mexicanas se definen como “las normas que elabore un organismo nacional de normalización, o la Secretaría, en los términos de esta Ley, que prevén para su uso común y repetido reglas, especificaciones, atributos, métodos de prueba, directrices, características, o prescripciones aplicables a un producto, proceso, instalación, sistema, actividad, servicio o método de producción u operación, así como aquellas relativas a terminología, simbología, embalaje, marcado o etiquetado”. 14

4.3 NOM-168-SSA1-1998 EXPEDIENTE CLÍNICO

Es un documento oficial que se utiliza con fines médicos, docentes, de investigación, estadísticos, administrativos y jurídicos. En este sentido, cuando existen controversias legales, éste será una de las pruebas de mayor peso. En la norma se especifican las características de forma y fondo que debe guardar inobjetablemente todo registro clínico. En un caso de controversia, el no contar con el expediente de acuerdo con la norma será, de entrada y prácticamente, un caso perdido. Entre lo que se puede resaltar se encuentran las definiciones de atención médica, carta de consentimiento bajo información, establecimientos, expediente clínico, hospitalización, interconsultas, paciente, referencia-contrarreferencia, resumen clínico, urgencia y usuario. ¹⁶

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

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

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

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

1. Objetivo

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

2. Campo de aplicación

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

3. Referencias

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

- 3.1. NOM-003-SSA2-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
- 3.2. NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de Planificación Familiar.
- 3.3. NOM-006-SSA2-1993, Para la prevención y control de la Tuberculosis en la Atención Primaria a la Salud.
- 3.4. NOM-007-SSA2-1993, Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido.
- 3.5. NOM-008-SSA2-1993, Control de la Nutrición, Crecimiento y Desarrollo del Niño y del Adolescente.
- 3.6. NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de Enfermedades Bucales.
- 3.7. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control del Cáncer del Utero y de la Mama en la Atención Primaria.
- 3.8. NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la Diabetes Mellitus en la Atención Primaria.
- 3.9. NOM-017-SSA2-1994, Para la Vigilancia Epidemiológica.
- 3.10. NOM-024-SSA2-1994, Para la prevención y control de las Infecciones Respiratorias Agudas.
- 3.11. NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica.

4. Definiciones

Para los efectos de este ordenamiento se entenderá por:

- 4.1. Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud.
- 4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un

procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Generalidades

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

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

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

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

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

5.2.4. Los demás que señalen las disposiciones sanitarias.

5.3. Los expedientes clínicos son propiedad de la institución y del prestador de servicios médicos, sin embargo, y en razón de tratarse de instrumentos expedidos en beneficio de los pacientes, deberán conservarlos por un periodo mínimo de 5 años, contados a partir de la fecha del último acto médico.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.14. La integración del expediente odontológico se ajustará a lo previsto en el numeral 8.3.4 de la

4.4 NORMA OFICIAL MEXICANA 013-SSA2-1994 PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE ENFERMEDADES BUCALES.

MALOCCLUSIONES

Es responsabilidad del cirujano dentista especialista que la protección específica grupal se oriente a la vigilancia de la erupción y a la conservación de los primeros molares permanentes, así como a conservar la longitud, anchura y relación de las arcadas.

La protección específica individual tiene como objetivo principal conservar la integridad en tamaño, función, forma, estética, y posición de las arcadas para una oclusión estable.

El tratamiento y control de las maloclusiones comprende la limitación del daño, la rehabilitación y el mantenimiento de la salud, con base en la referencia y contrarreferencia de pacientes, de acuerdo con la complejidad del padecimiento y los recursos disponibles para su atención.

Para llevar a cabo el tratamiento se debe definir la relación causa-efecto primario o secundario que ocasiona la maloclusión, a la salud física y emocional del individuo.

Se debe determinar la prioridad de invalidez de acuerdo con:

Pacientes que presentan malformaciones congénitas que impidan las funciones primarias (respiración, alimentación, masticación, deglución y fonación),

Pacientes que presenten displásias esqueléticas severas y alteraciones en su perfil emocional.

Pacientes que presenten traumatismos o secuelas de traumatismos, quemaduras y disfunciones de la articulación temporomandibular.

Pacientes que presenten alteraciones esqueléticas, dentoalveolares, de tejidos blandos y mínimas alteraciones en su perfil emocional.

El tratamiento se debe realizar de acuerdo a la severidad de invalidez y al potencial de deterioro.

El plan de tratamiento debe considerar las etapas de ejecución y sus limitaciones, las cuales deben contar con la firma de autorización del paciente, padres, tutores o representante legal en caso de personas discapacitadas.

Una vez obtenido el propósito de cada etapa se debe considerar mantener el resultado a través de la cooperación constante del paciente.

Al finalizar la etapa de tratamiento se debe haber cumplido con los propósitos programados que permitan llevar al individuo a la recuperación inmediata o mediata de las funciones de crecimiento y desarrollo y de armonía facial.

Ley General de Salud

Área Consultorio (Art. 59, NOM 178 SSA1-1998, NOM 197 SSA1-2000)

ARTICULO 59.- Los consultorios deberán contar con las siguientes áreas:

I.- De recepción o sala de espera, en la que no existan objetos o instalaciones que pongan en peligro la vida o la salud de los usuarios;

II.- La destinada a la entrevista con el paciente;

III.- La destinada a la exploración física del paciente;

IV.- Área de control administrativo;

V.- Instalaciones sanitarias adecuadas, y

VI.- Las demás que fijen las Normas Técnicas.

Deberá contar con instalaciones sanitarias adecuadas, buen estado de aseo, conservación y espacio suficiente para la atención odontológica. 4

Botiquín Urgencias (Art. 245 Reglamento Ley General de Salud)

El consultorio deberá contar con botiquín de urgencias que establecen las normas son insumos que establecen las NOM 013-SSA2-1994, NOM 178-SSA1- 1998, NOM 197-SSA1-2000. 5

Curso Básico de RCP (Art. 245 Reglamento Ley General de Salud)

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

ARTICULO 245.- Se sancionará con multa de doscientas a quinientas veces el salario mínimo general diario, vigente en la zona económica de que se trate, al responsable de cualquier establecimiento que preste servicios de atención médica, en el que se carezca de personal suficiente e idóneo o equipo, material o local adecuados de acuerdo a los servicios que presten.

En caso de reincidencia o de no corregirse las deficiencias, se procederá a la clausura temporal, la cual será definitiva si al reanudarse el servicio continúa la violación.

Receta Médica (Art. 37 y 64 del Reglamento Ley General de Salud)

Debe contener: Nombre del médico, Nombre de la Institución que la expide, Título y cédula Profesional, Domicilio y Nombre del Establecimiento y Fecha de expedición.

ARTÍCULO 37.- En toda la papelería y documentación de los establecimientos a que se refiere este ordenamiento, se deberá indicar: 6

I.- El tipo de establecimiento de que se trate;

II.- El nombre del establecimiento y en su caso, el nombre de la institución a la que pertenezca:

III.- En su caso, la razón o denominación social;

IV.- El número de la licencia sanitaria, y

V.- Los demás datos que señalen las normas aplicables.

ARTICULO 64.- Las recetas médicas expedidas a usuarios deberán tener el nombre del médico, el nombre de la institución que les hubiere expedido el título profesional, el número de la cédula profesional emitido por las

autoridades educativas competentes, el domicilio del establecimiento y la fecha de su expedición.

Instrumental y equipo (Art.245 del Reglamento Ley General de Salud)

El consultorio debe contar con personal suficiente e idóneo, equipo, material o local de acuerdo a los servicios que preste. Auxiliares y especialistas, medicamentos vigentes e instrumentos mínimos de acuerdo a la NOM 197-SSA-2000 Y NOM 178-SSA1-1998.

Normas Oficiales Mexicanas Marco Legal

NOM 013 SSA2-1994

(Para la prevención y control de enfermedades bucales)

NOM 010 SSA-1993

(Para la prevención y control de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana)

NOM 087- ECOL-1997

(Establece los requerimientos para la separación, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos peligrosos biológicos-infecciosos que se generan en establecimientos que presentan atención médico-odontológica).

4.5 MÉTODOS ALTERNOS DE SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

A propósito del grave problema de la congestión sufrida por los órganos jurisdiccionales, no sólo en el caso aislado de México, sino en una tendencia extensiva a toda Iberoamérica; saturación que provoca que los tiempos de respuesta de los juzgados y tribunales se alarguen de manera indefinida, violentando los derechos de los gobernados; en una aproximación inicial, planteamos la necesidad de privilegiar la participación de las instancias alternas de resolución de conflictos como comúnmente se les conoce para abatir tal problemática y, consecuentemente, el rezago acumulado, por constituirse en instrumentos que posibilitan respuesta en breves tiempos y reducción de costos a favor de la población que demanda justicia pronta y expedita, además de impedir que un sinnúmero de asuntos más llegue a los órganos dependientes del Poder Judicial agravando esta situación.

En nuestro país existen tres instituciones especializadas en brindar justicia alternativa: la Procuraduría Federal del Consumidor PROFECO, la Comisión para la Defensa y Protección de los Usuarios de los Servicios Financieros CONDUSEF, y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico CONAMED, creadas con finalidades similares: complementar la importante labor desarrollada por los órganos jurisdiccionales, al tiempo que brindan opciones más ágiles a favor del gobernado mediante sus procedimientos de conciliación y arbitraje, todo con el propósito de sustentar la pertinencia en el sistema jurídico-administrativo nacional de estas instituciones públicas arbitradoras.

Mediante la actuación, del árbitro una persona física o institución dirime un conflicto preexistente, al igual que un órgano dependiente del Poder Judicial, al contar con jurisdicción delegada del Estado para el ejercicio de tal

atribución administrar justicia en breves plazos, lo cual queda concretado cuando las partes que acuden al mismo suscriben un compromiso y posteriormente resuelven el conflicto. Luego, el árbitro decide un asunto específico. Lo decide jurídicamente. Dice el derecho: declara o condena. Realiza fines a cargo del ente estatal; es decir, un fin jurisdiccional y público. Y si bien el compromiso originalmente pactado es un acto voluntario, las partes suscriptoras quedan vinculadas ineludiblemente a los términos de lo resuelto, cuyas consecuencias pueden exigirse coercitivamente bastando para ello el auxilio del órgano judicial. Tales facultades jurisdiccionales le fueron conferidas mediante leyes expedidas por el Congreso de la Unión, tratándose de PROFECO y de CONDUSEF, y de un decreto del Ejecutivo, en el caso de la CONAMED, aunque de lograrse la aprobación de la iniciativa de ley que transforma esta última en organismo público descentralizado quedará colocada en similar ámbito jerárquico al de aquéllas.

De esta forma, el ente estatal por conducto del Legislativo, responsable de la emisión de normas, y del Ejecutivo, en ejercicio de la facultad reglamentaria prevista en el artículo 89, fracción I, de la Constitución general de la República, proveen al Poder Judicial de mecanismos auxiliares en la difícil tarea de administrar justicia, cuando ha considerado que ciertas controversias no guardan suficiente trascendencia para ser resueltas por los tribunales establecidos, caso de las suscitadas entre usuarios y consumidores; entre prestadores de servicios médicos y pacientes y sus familiares, y entre usuarios e instituciones financieras, cuando éstas dirimen intereses de orden privado.

Tratándose de la CONAMED, ésta tiene, además, la facultad de intervenir, ya no como instancia alterna de resolución de conflictos de orden privado, sino en su carácter de gestor público de calidad en materia de salud cuando se

suscitan cuestiones de salubridad general al emitir recomendaciones no vinculatorias.

Los procedimientos arbitrales se insertaron en nuestro sistema jurídico, en 1932, de manera obligatoria en diversas materias. Este mecanismo de justicia alternativa, a diferencia del proceso seguido ante los tribunales, cuenta con las ventajas siguientes:

1. En ellos se presta atención a los intereses de las partes en conflicto, y no solamente a sus derechos y obligaciones;
2. Tienen impacto positivo en la relación futura de los contendientes, porque fomentan la transigencia, la tolerancia y la negociación ante la posibilidad de una confrontación de carácter judicial posterior;
3. Desaparece el juez como autoridad, lo cual desinhibe a las partes para poner en la mesa de las discusiones toda la información necesaria sobre los verdaderos intereses que subyacen en la litis;
4. El tercero imparcial que interviene suele ser un especialista en la materia objeto de la controversia;
5. Los procedimientos observan mayor flexibilidad, pues la solución de las diferencias tienden a ser negociadas.
6. Se desarrollan con celeridad y escasez de formalismos;
7. Generalmente son procedimientos gratuitos, al no requerirse del patrocinio privado de un profesional para una defensa adecuada de intereses en la mayoría de los casos.

Los procedimientos, de inicio, quedaron a cargo de particulares, en algunos casos con la participación de la autoridad, empero, a partir de la creación de la PROFECO, en 1975, correspondió a una institución pública servir de arbitadora, misma que tiene como labor sustantiva la orientación y protección al consumidor a través de tres vertientes de trabajo:

- Prestar servicios de orientación, asesoría y consulta así como de conciliación y arbitraje a consumidores y proveedores.
- Realizar la verificación y vigilancia de precios y la calidad de productos y servicios.
- Elaborar programas de investigación, estudios y análisis de carácter técnico-científico y socioeconómico para que los consumidores realicen mejores compras.

Las quejas ante esta institución son presentadas por los consumidores cuando consideran que sus derechos han sido afectados en la adquisición de bienes y servicios. PROFECO cuenta con dos mecanismos para la tramitación y solución de quejas: la conciliación y el arbitraje. El primero de ellos consiste en un proceso personal de avenencia entre las partes. En tanto, el arbitraje permite resolver la controversia cuando la institución es designada por mutuo acuerdo entre consumidor y proveedor. El arbitraje puede derivarse de una queja motivada por una deficiente prestación de servicios o por el incumplimiento derivado de un contrato cuando las partes no llegan a un arreglo conciliatorio; sin embargo, existe la posibilidad de someterse a esta forma de resolución sin que exista queja o reclamación previa, tratándose del arbitraje solicitado de manera independiente.

Así, el arbitraje puede ser de tres tipos:

1. En amigable composición.
2. En estricto derecho.
3. Independiente u oneroso.

1. En amigable composición: también denominado en conciencia y buena fe guardada, resulta más fácil, flexible y económico para las partes, dado que no necesitan de la asistencia de un abogado.
2. El de estricto derecho, en tanto, se desarrolla siguiendo las formalidades o requisitos de cualquier juicio y por tanto su trámite, sujeto a las disposiciones del Código de Comercio y del ordenamiento procesal civil local aplicable, es más complejo, por lo cual es necesario el patrocinio privado de un profesional del derecho. En ambos casos, PROFECO dicta en su oportunidad el laudo respectivo que resuelve de manera definitiva la controversia planteada entre consumidor y proveedor.
3. En tanto, el arbitraje oneroso, si bien se encuentra previsto en el artículo 122 de la Ley Federal de Protección al Consumidor y su Reglamento, que establecen la posibilidad de los particulares a fin de acceder al mismo aun y cuando no exista una queja planteada a la institución, disponiendo al efecto de una lista conformada por árbitros independientes, es infrecuente.

Pero en aquellos casos en los cuales la queja no se resuelve a través de la conciliación o del arbitraje, PROFECO emite una resolución administrativa para determinar si hubo o no violación a la ley federal de la materia y, de ser el caso, impone las sanciones correspondientes. Es decir, a sus procedimientos se acude de manera vinculatoria, ya que de no asistir a la audiencia de conciliación se impone una medida de apremio al proveedor y se le cita a una segunda audiencia. De no asistir, de nueva cuenta, se le impone una segunda medida de apremio (multas administrativas que oscilan de una a dos mil quinientas veces el salario mínimo general vigente en el Distrito Federal) y se le tiene por presuntamente cierto de lo manifestado por el reclamante. Posteriormente, sea que no concilió o que no se asistió a la audiencia respectiva, se sanciona por infracciones a la ley que rige la

materia, merced a los elementos de convicción aportados por el denunciante o el reclamante en los procedimientos conciliatorio o arbitral, llegando inclusive a la clausura del establecimiento infractor, no debemos perder de vista que la institución fue creada como procuraduría encargada de la defensa y protección del consumidor; es decir, sus procedimientos se orientan a tutelar la defensa de una de las partes en la relación de consumo.

La experiencia de PROFECO, aunque con diferencias manifiestas por la ausencia de imperatividad en sus procedimientos, los cuales son de acceso voluntario para las partes en conflicto, así como por la característica de imparcialidad que los rige, es llevada posteriormente al ámbito médico con la creación de la CONAMED, propiciada por las reformas al artículo 4º constitucional que incorporaron una garantía social en favor de toda la población: el derecho a la protección de la salud.

Por ser la protección de la salud un derecho programático, en el cual no basta tan sólo la abstención del Estado para preservar la garantía en favor del gobernado, sino que exige el necesario cumplimiento por parte de aquél de una serie de obligaciones concretas para garantizar su pleno disfrute, proveyendo los medios e instrumentos necesarios para que sus prevenciones se conviertan en realidad, además de emitir una ley reglamentaria Ley General de Salud fueron expedidos diversos reglamentos y normas oficiales mexicanas en el marco de la reforma del Sector Salud y, mediante decreto del Ejecutivo Federal, como se señaló, es creada esta comisión nacional con la misión de contribuir a tutelar ese derecho por medio de la resolución de conflictos derivados de la prestación de los servicios cuando estos inciden en la salud del paciente y para elevar la calidad de los mismos.

De este modo se expresa la exposición de motivos de su instrumento de creación cuando refiere que se constituye en el ámbito de la salud, precisamente, para auxiliar a los órganos de procuración y administración de justicia sin sustituirlos. Dentro de las atribuciones conferidas destacan:

1. Intervenir a través de la gestión y la conciliación en la resolución de conflictos entre prestadores de servicios médicos y usuarios de los mismos (pacientes y sus familiares), y
2. Fungir como árbitro y emitir laudos.

Para el cumplimiento de esos propósitos se dotó a la institución de plena autonomía técnica para recibir quejas en contra de profesionales de la medicina e instituciones hospitalarias, públicas y privadas; investigar presuntas irregularidades o negativas en la prestación de los servicios; participar en la celebración de convenios y acuerdos entre los prestadores y los pacientes y sus familiares vigilando su debido cumplimiento así como para la emisión de laudos resolutorios dentro del procedimiento arbitral cuando las partes lo soliciten y suscriban un compromiso, todo ello bajo los principios de imparcialidad, especialización y equidad. Las actividades anteriores se desarrollan sin perjuicio de otras más en términos de sus atribuciones, como emitir dictámenes y peritajes médicos a solicitud de las autoridades de procuración e impartición de justicia, su intervención de oficio en problemas de salubridad general y las tareas de enseñanza e investigación en apoyo de las instituciones formadores de profesionales médicos y abogados.

De este modo, la institución ofrece a la población diversas alternativas extrajudiciales para la atención y resolución de conflictos derivados de la práctica médica, a todas ellas se accede de manera voluntaria antes de iniciado un juicio civil, durante su trámite o después de emitida la sentencia

respectiva, siempre y cuando los interesados la conocieran, a diferencia de las medidas coercitivas y sancionadoras que utiliza la PROFECO con la finalidad de que las partes en conflicto acudan a sus procedimientos y cumplieren sus resoluciones. Todos los procedimientos buscan contribuir a la mejor calidad de los servicios médicos y tienen como característica común ser gratuitos, ágiles, expeditos y confidenciales, contando cada uno de ellos con términos breves para su atención.

También bajo el esquema de instaurar instituciones alternas de resolución de conflictos por medio de una conciliación y el arbitraje se expide la Ley de Protección Defensa al Usuario de Servicios financieros y se crea otra instancia para la protección y defensa ciudadana, la CONDUSEF, organismo público descentralizado cuyo objeto es promover, asesorar, proteger y defender los derechos e intereses de las personas que utilizan o contratan un producto o servicio financiero ofrecido por instituciones que operen dentro del territorio nacional y para instaurar y fomentar una cultura adecuada respecto de las operaciones y servicios de ese tipo. A efecto de dar cumplimiento a su objeto de creación se le facultó para proporcionar asesorías y consultas a los usuarios de los servicios financieros sobre asuntos de su competencia y prestar servicios de orientación jurídica y asesoría legal a los usuarios en las controversias entabladas con las instituciones financieras ante los tribunales, además se le confirieron las atribuciones siguientes:

1. Llevar a cabo procedimientos conciliatorios en forma individual y colectiva, y
2. Actuar como árbitro, en amigable composición y en estricto derecho.

De esta forma, CONDUSEF proporciona a los usuarios de servicios financieros elementos a fin de procurar una relación más segura y equitativa con las instituciones respectivas; coadyuva con otras autoridades en materia financiera para fomentar una mejor relación entre aquéllas y los usuarios;

emite recomendaciones a las autoridades federales, locales e instituciones, al tiempo que fomenta la cultura financiera cuando difunde el conocimiento de los productos y servicios institucionales, lo cual representa una promesa en la búsqueda de un sano desarrollo del sistema en México.

A diferencia de PROFECO y CONAMED sus procedimientos no son gratuitos por esencia, sino que se elaboran estudios socioeconómicos previos para conocer la capacidad económica de los solicitantes, a partir de los cuales se determina la gratuidad o no de sus servicios.

Con sólo esta actividad queda de manifiesto su preponderante participación como auxiliares en la tarea de impartir justicia y su decidida coadyuvancia con los órganos de procuración de justicia y jurisdiccionales, lo cual permite evitar que un cúmulo de asuntos llegue al conocimiento de las agencias del ministerio público particularmente en el rubro relativo a probables errores médicos.

Por ello, se requiere de una profunda reflexión en la decisión de propiciar la difusión de las ventajas de la conciliación y el arbitraje como formas alternativas de impartición de justicia, por la necesidad de preservar y desarrollar instituciones que garanticen la promoción y el acceso a la justicia, caso de los mecanismos para la solución alternativa de conflictos, comprometiéndose a promoverlos en forma paralela a la justicia formal con la finalidad de satisfacer, en términos razonables, las demandas ciudadanas de justicia. De manera general, los compromisos asumidos por los participantes se condensan en dos grandes apartados:

a) Difundir en la población el conocimiento de las ventajas de la resolución alternativa de conflictos, en determinadas materias, y proyectar sus beneficios como mecanismo de descongestión judicial, y

b) Propiciar programas de sensibilización, concientización y ejecución de la práctica de los métodos alternativos, ante los integrantes de los propios poderes judiciales, bufetes jurídicos y sociedad en general.

La CONAMED, más que defender una postura institucional, defiende la plena vigencia de una institución jurídica que, si bien insertada desde largo tiempo en nuestro sistema jurídico, tiene todavía un largo y prometedor camino por recorrer tratándose de los conflictos derivados del acto médico.

CONCLUSIONES

Actualmente los profesionales de la salud ya contamos con Instituciones que nos permiten medir la calidad de los servicios que ofrecemos. Una de ellas es la Comisión Nacional de Arbitraje Médico quien en su objetivo fundamental, es mediar ó conciliar las quejas del paciente no satisfecho de la atención recibida.

En el caso de los Dentistas de Práctica General, en su mayoría no canalizan adecuadamente la atención del paciente a la especialidad que se necesite y consideran que pueden atender cualquier problema bucal. La práctica odontológica cuenta con diversas especialidades que cubren todo el espectro que un paciente hoy en día requiere, por lo tanto, es necesario que el Cirujano Dentista tenga como hábito, sin excepción de personas una Historia Clínica de cada paciente, cuyos objetivos fundamentales sean establecer una adecuada comunicación médico-paciente para evaluar su estado de salud.

El Cirujano Dentista tiene la obligación de informar sobre los tratamientos que no puede realizar y canalizar a la especialidad correspondiente, sin que esto demerite su capacidad sino todo lo contrario, estará dando una atención profesional y adecuada a todos y cada uno de sus pacientes; y también de informarles a sus pacientes de todas las posibilidades existentes como resultado de un buen diagnóstico.

Tocará a los pacientes decidir la opción que más convenga a sus intereses en el entendido que esto quedará firmado y plasmado en la Historia Clínica autorizado por el paciente.

La esencia de los procedimientos médicos requiere una relación médico-paciente armoniosa, con un estudio clínico completo para tener siempre un diagnóstico correcto y tener como consecuencia un adecuado plan de tratamiento para que juntos mitigan los síntomas y curen la enfermedad, pero sobre todo producir satisfacción en el paciente. Esta satisfacción no sólo se traducirá en un servicio más, sino en un servicio efectuado con la máxima expresión de calidad.

Con la finalidad de crear una alianza terapéutica en la que se haga participe de una manera activa al paciente, quien por tradición asume un papel pasivo, y deja por completo la responsabilidad de su salud y su vida a una segunda persona es decir a su médico es muy importante el rol del paciente ya que de él depende que se reúna información verídica, sin ocultar datos o situaciones que favorezcan la emisión de juicios o diagnósticos erróneos y, además, el paciente debe tener disposición para cumplir con las indicaciones que se le den para que no existan más quejas.

La mayoría de las quejas se producen por la falta de atención a la realización de un expediente clínico; ya que en el se anotarán todos los procedimientos que se realicen en el paciente, con este trámite el profesional tiene la seguridad y tranquilidad de tener todo bajo control.

Bibliografía

1. Cahn LR and Slaughter. "Oral Cancer, a Monograph for the Dentist". New York, AM. Cancer Coc., 1992.
2. Carta de los Derechos Generales de los pacientes, Diciembre, 2001 CONAMED.
3. Carrillo-Fabela LMR: Concepto de responsabilidad profesional. La responsabilidad profesional del médico. 3era ed.. México, Porrúa, 2000.
4. CONAMED, Primer Informe anual de labores Junio 96-Junio 97, salud, México
5. CONAMED, Segundo Informe anual de labores Junio 97-Mayo 98, salud, México
6. CONAMED, Tercer informe anual de labores Junio 98-Mayo 99, salud, México
7. CONAMED, Cuarto Informe anual de labores Junio 99-Mayo 2000, salud, México
8. CONAMED, Informe anual de actividades 2001
9. CONAMED, Informe anual de actividades 2002
10. CONAMED, Informe anual de actividades 2003
11. CONAMED, Informe anual de actividades 2004
12. CONAMED, Informe anual de actividades 2005

13. Diaz de Kuri, Martha, Nacimiento de una profesión: La odontología en el siglo XIX en México, Fondo de cultura Económica, 1ª. Ed. 1994, 1ª. Reimpresión 2002, México, P.192.
14. Faden R. Beauchamp TI, King NNP. "A History and Theory of Informed Consent. New York, NY, Oxford University Press, 1986.
15. Gisbert-Calabuig JA: Medicina legal y toxicología. 5 ed. España, Masson, 1998:87.
16. Holloway JA, McNeal Dr, Lotzkar S. Ethical Problems in Dental Practice. J AM CollDental, 1985, 52:12-16.
17. James T. Rule, DDS, MS, Robert M. Veatch, Ph D. "Ethical Questions in Dentistry". Quintessence Publishing Co, Inc, 1993.
18. Jong A. Heine, C.S. "The Teaching of Ethics in the dental Hygiene Curriculum". J. Dental Educ 1988, 52:306-308.
19. NOM 013-SSA2-1994. Para la prevención y control de enfermedades bucales.
20. NOM 168 para la elaboración, Integración y uso del expediente clínico. Ley General de Salud. Ed. Porrúa. P. 94.
21. Odom JG. Recognizing and Resolving Ethical Dilemmas in Dentistry. Med Law, 1985, 4:543-549.
22. Quintessence Publ Co; 1980: 115.
23. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de prestación de Servicios Ley General de Salud. Ed. Porrúa.

24. Russell, A.L. "Measures Available for the Prevention and control of oral Diseases" WB Saunders Co., 1994.
25. Salgado Ledesma, Eréndira, La defensa del árbitro institucional, Revista CONAMED, Año 5, Vol. 8, Núm. 19, abril - junio, 2001.
26. Sandowsky D. "Moral Dilemmas of Multiple Prescription in the dentistry. J. Am. CollDent, 1979, 46:235-248
27. Tenorio-González F: Responsabilidad profesional del médico. Responsabilidad profesional y jurídica de la práctica médica. México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, 1999:9
28. Veatch RM. "The Case For Contract in Medical Ethics: "The Moral Fabric of the Patient – Dentist Relationship". Dordrecht, Howand: D. Reidek Publico, 1983:105-
29. Warner R. Segal H. "Ethical Issues of Informed Consent In Dentistry". Chicago, Ill.
30. www.conamed.gob.mx
31. www.salud.gob.mx
32. Dr. Tena Tamayo, Carlos, Dr. Manuell Lee, Gabriel R., Diez años de Arbitraje Médico en México, 1ª Edición, México D. F. , 2006, Impreso y hecho en México, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Mitla N° 250 Esquina Eugenia Col. Narvarte C.P. 03020 p.p. 343,350, 382, 386