

Análisis de la queja médica
en el servicio de

Odontología

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO

Dirección General de Difusión e Investigación

Grupo de análisis de información

Análisis de la Queja Médica en el servicio de Odontología 2002-2017

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, a través de la Dirección General de Difusión e Investigación se ha dado a la tarea de emprender un proyecto de análisis de información estadística sobre la queja médica, con énfasis en las principales ramas de medicina, y para el periodo 2002-2017. Su objetivo es la presentación de toda aquella información factible de obtenerse de las bases de datos generadas en el periodo de referencia por el Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED), el cuál se sustenta en los registros que son abiertos en ocasión de la presentación de una inconformidad que se constituye como queja médica y cuyo seguimiento se da en las diversas audiencias que se llevan a cabo como parte de los procesos de conciliación y arbitraje propios de la CONAMED.

El proyecto tiene como antecedente más inmediato, la necesidad de poner a consideración del público interesado el máximo de información disponible sobre los casos atendidos por la CONAMED según las diversas ramas de medicina involucradas durante el proceso de atención.

El objetivo es mostrar la evolución que han tenido las quejas médicas y la relación que guardan con las principales ramas de medicina en el periodo seleccionado, describiendo las características más relevantes en cuanto a la población afectada, las instituciones involucradas, los daños ocasionados y las conclusiones a las que llega la CONAMED en ocasión de cierre de los casos.

Cada uno de los doce documentos que componen la presente serie ha sido realizado a partir de la información proveniente de la base de datos de quejas atendidas en la CONAMED conformada durante el período de 2002 a 2017 a partir del SAQMED, y que han sido proporcionadas por la Dirección de Informática de la institución. En particular, el presente número considera todos aquellos registros correspondientes a las inconformidades presentadas en la CONAMED, que son integradas como quejas en las que se involucra a la odontología general, así como las ramas de la odontología que se desagregan de la misma con base en lo manifestado por los usuarios, tales como cirugía maxilofacial, endodoncia, exodoncia, implantología dental, odontopediatría, ortodoncia, peridoncia, y prostodoncia. En conjunto durante el periodo analizado ascienden a 2,138 casos.

El análisis de estas quejas se ha realizado utilizando todas las variables disponibles con la finalidad de desgregar detalladamente la información.

Se han incluido aspectos de identificación de los datos de los usuarios y los relacionados con los prestadores de servicios involucrados en la inconformidad. Variables como sexo del usuario, edad, sector de la institución involucrada, motivos de la queja, daño generado y nivel de gravedad, así como las distintas modalidades de conclusión de la queja se han incluido en este análisis.

Es conveniente recordar la necesidad de socializar todo tipo de análisis estadístico, ya que esta actividad es requerida en todos los ámbitos del quehacer humano, ya que permite a los involucrados, identificar áreas de oportunidad, además de favorecer la toma de decisiones con base en evidencia estadística e igualmente comprender cual es el funcionamiento de los procesos relacionados con cada una de las actividades que realizan los involucrados. En este sentido, al difundir los resultados se permite contribuir con conocimiento, propuestas que permitan rediseñar y establecer las estrategias correspondientes dirigidas a la implementación de procesos de mejora, los cuales deberán evaluarse durante la acción cotidiana.

Finalmente los resultados que ahora se presentan, buscan no solo enriquecer y complementar el acervo de información existente en la CONAMED, sino que busca fortalecer y contribuir al Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS) mediante la publicación de los resultados de las quejas derivadas de la atención médica.

Uno de los elementos de mayor importancia de los Sistemas de Salud, es la experiencia que los usuarios de éstos servicios interpretan derivado del trato y condiciones en las que se le ha proporcionado este servicio. En este contexto, es importante identificar los factores implícitos en la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios. Ante esto, resulta importante conocer el contexto local de los factores que influyen en la satisfacción de los pacientes de los servicios de salud públicos y privados, con el objetivo de proporcionarle al nivel directivo, información que le permita diseñar estrategias de solución de controversias.

Es en este sentido el presente trabajo puede justificarse a través de los siguientes planteamientos:

- El trabajo que realiza la CONAMED es fundamental para el proceso de mejora de los servicios de salud en el ámbito de calidad y seguridad del paciente.
- El contar con información estadística permite dar cumplimiento a lo manifestado en el reglamento interno de la CONAMED.
- La integración de los expedientes de la queja médica, su seguimiento y resolución representa mucho trabajo social acumulado.
- La información estadística resultante de los procesos que sigue la CONAMED representan un bien público, siendo un asunto de transparencia Y acceso para todos.
- Los datos estadísticos constituyen un insumo necesario para toda actividad: desde la planeación hasta la evaluación del otorgamiento de servicios.

Propósito principal

Informar, reflexionar y apoyar a los intereses de la población usuaria de los sistemas de salud, de los prestadores de la atención, y de las autoridades correspondientes, mediante una estadística descriptiva de los principales resultados obtenidos durante la revisión de las quejas relacionadas a la odontología durante el periodo 2002-2017. Lo anterior con el fin de que con base en dichos resultados, se tomen las decisiones que se consideren pertinentes para impactar en los procesos de mejora de la calidad de los servicios de salud así así como en el fomento continuo de la cultura de la seguridad del paciente.

Objetivos específicos

- Difundir la información existente sobre el número de quejas presentadas en relación a la odontología durante el periodo 2002-2017.
- Dar a conocer las características de las quejas en cuanto a las variables demográficas y de atención médica.
- Conocer los motivos que originaron la inconformidad que dio origen a la presentación de la queja, así como sus diferenciales entre sexo y sector de atención.
- Establecer el impacto de las quejas respecto a la gravedad y tipo del daño sufrido por el paciente.
- Dar a conocer las modalidades de conclusión de la queja y los resultados de evaluación del acto médico.

La elaboración del presente documento surge a partir de la información que se registra en el Sistema de atención de quejas médicas y dictámenes (SAQMED), aplicación informática de carácter gerencial que pretende dar seguimiento a las diversas fases y procesos que conforman el Modelo Mexicano de Arbitraje Médico. Si bien el propósito de dicho sistema no es generar información estadística, entre sus productos se encuentra la conformación de una base de datos con variables tanto cuantitativas como cualitativas.

En ese sentido, el proyecto parte del análisis de la base de datos cuantitativos, en particular de variables tales como el número de registros por año (quejas concluidas) clasificadas por edad, sexo, entidad de residencia del usuario, lugar de atención; sector de actividad, institución, ramas de la odontología, motivo y submotivo de la queja, gravedad y tipo de daño sufrido, modalidad de conclusión y evaluación del acto médico.

El manejo de la base de datos requirió la limpieza de éstas previo a los diversos procesamientos realizados a través del Excel. A partir de la obtención de cuadros simples se elaboraron porcentajes, proporciones, índices y índices cuando así se requirió. Se elaboraron gráficas y figuras que apoyaran la descripción y el análisis de la información. Se buscó en todo momento que los textos de acompañamiento fueran breves y claros y que la selección de cuadros aseguraran la mejor comprensión de los hechos que pretenden describir.

Con el fin de enmarcar adecuadamente la información que ahora se analiza, es importante establecer los alcances y las limitaciones de las cifras presentadas para el periodo de análisis 2002.2017.

La integración de la información durante el periodo en cuestión, se realizó a través de diversas versiones del sistema de registro (SAQMED), lo cual impacta en determinadas variables con un grado distinto de índices de no respuesta. Es también importante mencionar que durante esos años se registraron modificaciones en cuanto a la forma de plantear ciertas cuestiones, como por ejemplo, el motivo de la queja, que inicialmente se levantaba como “motivo principal” y al paso de los años el registro correspondía a los motivos (varios) que dieron origen a la queja, sin que sea posible la selección de uno solo.

Entre las limitaciones más serias del sistema, mencionamos los siguientes aspectos: el primero se refiere a la carencia de variables que permitan la caracterización del usuario desde el punto de vista socio económico, así como de su nivel de vulnerabilidad social, por lo que se desconocen aspectos tales como el nivel educativo, la ocupación, en nivel de ingreso o la condición de derechohabencia.

En segundo término se encuentra la falta de codificación en variables tales como el Diagnóstico que originó la inconformidad que dio lugar a la presentación de la queja; es decir si bien se cuenta con el “nombre textual” del padecimiento, la no aplicación de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la gran heterogeneidad de su inscripción en el SAQMED nos ha impedido la adecuada presentación de los resultados. En efecto, se tomó la decisión de no incluir dicha variable a pesar de los diversos intentos de simplificación, en una lista compacta, que no fue posible obtener debido a la complejidad de su agrupación y la escasa utilización que estos diagnósticos tendrían para fines del análisis real de la situación.

Concluimos este apartado mencionando los alcances más importantes que presenta el trabajo: la información a la que se hace referencia es única en su tipo, y su relevancia es mayúscula tanto para los usuarios que se interesan en la frecuencia y el tipo de las inconformidades surgidas durante el proceso de atención médica, como para los prestadores de la atención, quienes deberán cuidar de manera particular los aspectos de más riesgo en la relación médico paciente y respecto a los cuales deberá incrementarse la calidad de los servicios. Las cifras aquí analizadas deberán considerarse como un punto de partida para la profundización de situaciones específicas que sean la base de un real acercamiento a las condiciones de calidad y seguridad de los pacientes de nuestro sistema nacional de salud.

La información sobre las quejas concluidas durante el periodo 2002-2017, estructurada de esta manera será presentada a través de varias formas, representando entre breve compendio de información la primera de ellas. Se utilizarán adicionalmente otros mecanismos, como la página web de la institución y la incorporación de Infografías y reseñas estadísticas, además de los reportes a las instancias gubernamentales que así lo soliciten.

Es de gran importancia recordar que la generación de información estadística, no concluye con la etapa de difusión, sino que pretende que, mediante su análisis, se propicie la transformación de dicha información en conocimiento del fenómeno o del caso que se pretende describir; la verdadera razón de ser de la información estadística es que sea considerada como una de las bases en la toma de decisiones, siempre encaminadas al mejoramiento de las condiciones de aquello que se describió.

En este caso, nuestra mejor intención sería que el presente documento contribuyera a la mejora de los procesos de calidad y seguridad del paciente al interior de los establecimientos e instituciones del Sistema Nacional de Salud.

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, para que cada vez más y más compañeros ejerzan la profesión con apego a lo que establece el marco regulatorio para el ejercicio de la Odontología. Además debe considerarse la expresa 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.

La Ley General de Salud manifiesta en el Artículo 51 bis 3 de la que *“Las quejas que los usuarios presenten por la atención médica recibida, deberán ser atendidas y resueltas en forma oportuna y efectiva por los prestadores de servicios de salud o por las instancias que las instituciones de salud tengan definidas para tal fin, cuando la solución corresponda a su ámbito de competencia”*, asimismo, el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestaciones de Servicios de Atención Médica en el artículo 51 establece que *“Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, señalarán los procedimientos para que los usuarios de los servicios de atención médica, presenten sus quejas, reclamaciones y sugerencias, respecto de la prestación de los mismos y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos o privados.”* es en este contexto, que la CONAMED recibe quejas en las que se relacionan la odontología que por lo regular, provienen del sector privado.

Con la finalidad de contribuir a la tutela de los derechos, la CONAMED cuenta con un modelo de arbitraje médico, considerado como una herramienta para la protección efectiva de los derechos generales de los pacientes y de sus familias ante los prestadores de servicios de salud, derechos que son garantizados y tutelados en el procedimiento que contribuya a la gestión de los asuntos que presentan los usuarios y que son vistos a través de las orientaciones, asesorías especializadas y las gestiones inmediatas. Sin embargo cabe la posibilidad de que estos servicios no solventes las necesidades manifiestas, en ese caso se procede a la integración de un expediente de queja, el cual puede ser sujeto de conciliación y en su caso de arbitraje médico bajo un concepto de amigable composición y por voluntad de las partes.

Distintas publicaciones han evidenciado la problemática a la que se enfrentan los profesionales de la odontología, por mencionar las principales, iniciaremos con uno de los principales, los relacionados con la inadecuada relación entre el profesional de la salud bucal y el paciente estomatológico.

Distintas situaciones se pueden presentar bajo este rubro, tales como manifestaciones del paciente de maltrato por parte del profesional de la estomatología, así como deficiente comunicación, por ejemplo, la utilización de lenguaje técnico y poco claro tanto del diagnóstico, como de los procedimientos por desarrollar y el pronóstico, así como las limitaciones del tratamiento y la congruencia del costo/beneficio y el riesgo/complicaciones de la atención otorgada. En este sentido, las deficiencias en el proceso de la comunicación, deriva a su vez en la creación de falsas expectativas del paciente, lo cual puede ser detonante del conflicto derivado del acto médico.

Valga la pena considerar que un profesional de la salud en su actuar, nunca va a buscar un mal para sus pacientes, sino al contrario pretenderá restablecer el estado de salud en el menor tiempo posible y con las mejores alternativas, sin embargo como ser humano está expuesto a cometer errores y tomar decisiones precipitadas. Asimismo debemos recordar que los resultados exactos del acto médico no puede predecirse y que cada usuario, cada paciente es un caso irrepetible aunque presenten el mismo padecimiento.

A partir de una revisión bibliográfica se han identificado algunos otros, tales como la prescripción de medicamentos, entendida como una de las áreas donde se detectan mayor número de problemas clínicos, relacionados con los errores en la prescripción de un fármaco, ya sea por la dosis, la duración o la vía, esto puede incluso, generar reacciones adversas a medicamentos, por una pobre anamnesis registradas en la historia clínica.

Además de generar interacciones medicamentosas posiblemente por falta de conocimientos por parte del profesional que prescribe o por no tomar en cuenta los medicamentos que el paciente toma habitualmente cuando hay presencia de comorbilidades. Las dosis erróneas de medicamentos se encuentran en mayor proporción en pacientes menores y pueden ocasionar alteraciones en el metabolismo. Se ha identificado que los procedimientos quirúrgicos producen eventos adversos relacionados con errores en la planificación del tratamiento, errores relacionados con el tipo de procedimiento a realizar y con la zona en la que se va a intervenir, derivados de distracciones o interpretación inadecuada de los estudios de laboratorio o de gabinete que apoyan al procedimiento quirúrgico, pero uno de los más comunes, pueden ser los errores con la profilaxis preoperatoria en pacientes médicamente comprometido y también en el seguimiento y control de los pacientes intervenidos, no estando exentos de la presentación de infecciones del sitio quirúrgico, que no son detectadas oportunamente. Uno de los apartados que también están presentes y que demeritan la atención en odontología con seguridad enfocada en los pacientes; son los accidentes, los cuales pueden ir desde caídas de pacientes, quemaduras e incisiones accidentales, hasta la ingesta de material odontológico y daños oculares. Realizar una extracción de un órgano dentario incorrecto o tener un problema con la medicación no solo es un escenario de horror para el paciente, sino también para el dentista.

Para evitar estos incidentes debemos considerar cuales son los que nunca deberían ocurrir, siempre que se hayan tomado todas las medidas preventivas necesarias. Ya sea porque tienen graves consecuencias para los pacientes y generalmente se consideran errores evitables. En medicina, incluso en cirugía, ya existe una comprensión en este sentido; en odontología, hasta ahora no se ha encontrado.

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

Índice temático de cuadros y gráficas

I. Características de la queja médica y el usuario

Cuadros

Cuadro 1. Número de quejas totales y en odontología por año, y porcentaje representado

Cuadro 2. Total de quejas presentadas según año y ramas de la medicina

Cuadro 3. Total de quejas por año analizado y sexo del usuario

Cuadro 4. Total de quejas presentadas según edad quinquenal y sexo 2002-2017

Cuadro 5. Total de quejas concluidas del servicio de Odontología, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Gráficas

Gráfica 1. Totales de las 12 ramas de la odontología involucradas 2002-2017

Gráfica 2. Quejas por ramas de la odontología 2002-2017

Gráfica 3. Total de quejas por año en el servicio de odontología 2002-2017

Gráfica 4. Distribución porcentual de las quejas de odontología según el sexo del usuario inconforme, 2002-2017.

Gráfica 5. Pirámide del total de quejas en el servicio de odontología por edad y sexo, 2002-2017

Gráfica 6. Porcentaje de quejas por atenciones en cada entidad federativa 2002-2017

II. Atención médica y motivos que originaron la queja

Cuadros

Cuadro 6. Total de quejas en el servicio de odontología por sector e institución en donde se originó el incidente que dio lugar a la queja médica 2002-2017

Cuadro 7. Quejas presentadas de acuerdo al sector e institución involucrada y la ramas de la odontología involucrada 2002-2017

Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Odontología y sexo, 2002-2017

Cuadro 9. Sub-motivos de queja presentados en las quejas en odontología 2002-2017

Gráficas

Gráfica 7. Quejas en odontología por subsector involucrado 2002-2017

Gráfica 8. Porcentaje de motivos de queja en odontología, 2002-2017

Gráfica 9. Cinco motivos detallados principales de odontología, 2002-2017

III. Gravedad del daño ocasionado por la atención médica

Cuadros

- Cuadro 10. Gravedad del daño según sector e institución donde se presta la atención 2002-2017
- Cuadro 11. Quejas en odontología, según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017
- Cuadro 12. Muertes en el servicio de odontología 2002-2017
- Cuadro 13. Quejas con presencia de daño permanente por grupo de edad y sexo, y índice por cada 1000 quejas
- Cuadro 14. Quejas con presencia de daño permanente por sector involucrado e institución 2002-2017
- Cuadro 15. Total de casos con daño permanente en odontología por entidad federativa 2002-2017

Gráficas

- Gráfica 10. Gravedad del daño según distribución obtenida de los casos en los cuales la población usuaria hizo mención del daño, 2002-2017
- Gráfica 11. Porcentaje de quejas concluidas según la gravedad del daño y sexo del usuario 2002-2017
- Gráfica 12. Muertes ocurridas en el servicio de odontología y entidad federativa, 2002-2017

IV. Conclusión de la queja y desempeño de la institución médica

Cuadros

- Cuadro 16. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Odontología, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017
- Cuadro 17. Quejas concluidas del servicio de odontología por modalidad y sub-modalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario
- Cuadro 18. Quejas concluidas en el servicio de Odontología según modalidad de conclusión y sector 2002-2017
- Cuadro 19. Quejas concluidas del servicio de odontología según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado 2002-2017
- Cuadro 20. Laudos concluidos en odontología, según el sentido del laudo y ramas de la odontología involucrada, 2002-2017
- Cuadro 21. Laudos concluidos en odontología, según el sentido del laudo e institución involucrada, 2002-2017
- Cuadro 22. Quejas concluidas del servicio de odontología, según la evaluación del acto médico 2002-2017

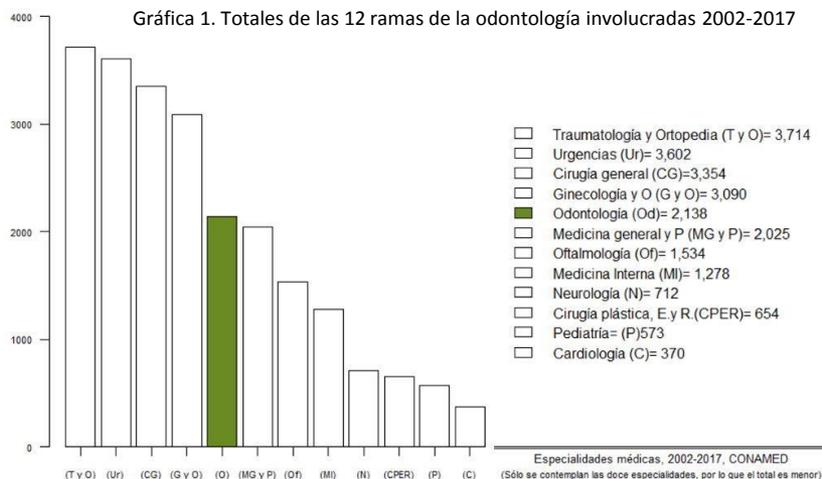
Gráficas

- Gráfica 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017 Modalidad: quejas por conciliación
- Gráfica 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017 Modalidad: quejas por emisión de laudos
- Gráfica 15. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de odontología en el sector público, 2002-2017
- Gráfica 16. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de odontología en el sector privado, 2002-2017
- Gráfica 17. Quejas concluidas del servicio de odontología, según análisis del acto médico 2002-2017

*I. Características de la queja
médica y del usuario*

El total de quejas involucradas en el servicio de odontología asciende durante el periodo 2002-2017 a 2,138 y representa 8% del total de quejas concluidas en la CONAMED (26,773) durante ese mismo lapso de tiempo. Su tendencia al igual que el peso relativo que representa es ligeramente creciente a lo largo de los años, con algunas pequeñas fluctuaciones.

En particular llaman la atención las cifras de los años iniciales 2002-2003, al denotar un comportamiento un tanto atípico, por lo bajo de sus cifras, debido probablemente al desconocimiento e inestabilidad propia de la reciente creación de la CONAMED que aún estaba en proceso de darse a conocer; a partir de este punto se mantiene un comportamiento estable con un promedio aproximado de 133 quejas por año.



Cuadro 1. Evolución del total de quejas concluidas y del servicio de odontología según año y su proporción respecto al 2002-2017

Año	Total de quejas	Quejas de odontología	%
2002	1,113	79	7.1
2003	1,309	90	6.9
2004	1,510	112	7.4
2005	1,607	109	6.8
2006	1,544	107	6.9
2007	1,665	125	7.5
2008	1,734	113	6.5
2009	1,748	125	7.2
2010	1,670	124	7.4
2011	1,792	137	7.6
2012	1,696	178	10.5
2013	1,774	120	6.8
2014	1,653	148	9.0
2015	2,022	161	8.0
2016	1,972	230	11.7
2017	1,964	180	9.2
Total	26,773	2,138	8.0

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Como podemos observar, odontología se encuentra entre las primeras cinco áreas médicas en las que más quejas se presentan, únicamente superada por Traumatología y Ortopedia, Urgencias, Cirugía general, y ginecoobstetricia; de ahí es que deriva la importancia de analizar a esta ramas de la medicina.

Cuadro 2. Total de quejas presentadas según año y ramas de la odontología involucrada 2002-2017

Año	Total	Cirugía maxilofacial	Endodoncia	Exodoncia	Implantología dental	Odontología general	Odontología pediátrica	Ortodoncia	Periodoncia	Prostodoncia
2002	79	14	8	3	0	8	1	18	0	27
2003	90	9	9	8	0	12	0	11	1	40
2004	112	4	8	9	5	5	1	30	6	44
2005	109	6	9	8	1	6	4	7	3	65
2006	107	11	12	6	4	11	0	17	0	46
2007	125	11	15	10	3	7	1	21	2	55
2008	113	7	13	4	2	10	2	18	0	57
2009	125	4	19	10	10	24	2	13	2	41
2010	124	8	18	5	12	10	0	13	0	58
2011	137	10	15	14	11	5	1	23	2	56
2012	178	11	20	11	11	32	1	28	2	62
2013	120	8	10	8	11	12	3	15	1	52
2014	148	14	18	14	10	18	0	17	0	57
2015	161	7	14	17	9	35	1	27	2	49
2016	230	13	21	19	25	24	1	22	3	102
2017	180	4	16	12	22	38	2	18	1	67
Total	2,138	141	225	158	136	257	20	298	25	878

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

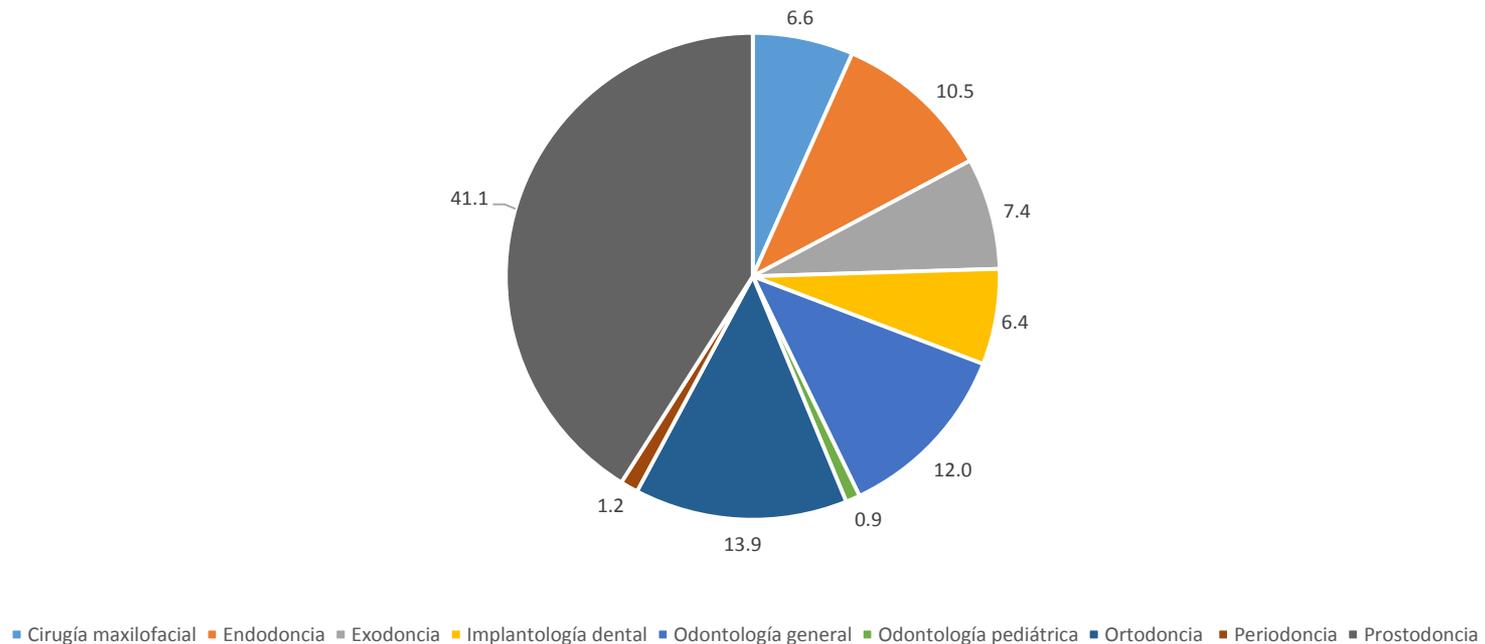
Con el propósito de analizar de manera integral todas aquellas inconformidades derivadas de la prestación de servicios odontológicos así como las ramas afines, para fines de este documento se decidió incorporar el total de quejas concluidas la desagregación según sea el vinculadas a nueve áreas específicas: cirugía maxilofacial, endodoncia, exodoncia, implantología dental, odontología general, odontopediatría, ortodoncia, periodoncia y prostodoncia.

Por el volumen de inconformidades concluidas, es de llamar la atención la gran cantidad de quejas en las que se vincula a la prostodoncia que en sí misma representa 41.1% del total de casos analizados, siguiendo en cantidad ortodoncia (13.9%), odontología general (12.0%) y endodoncia (10.5%) entre los más representativos. En su conjunto, estas cinco ramas de la odontología representa el 77.5% de los casos incluidos.

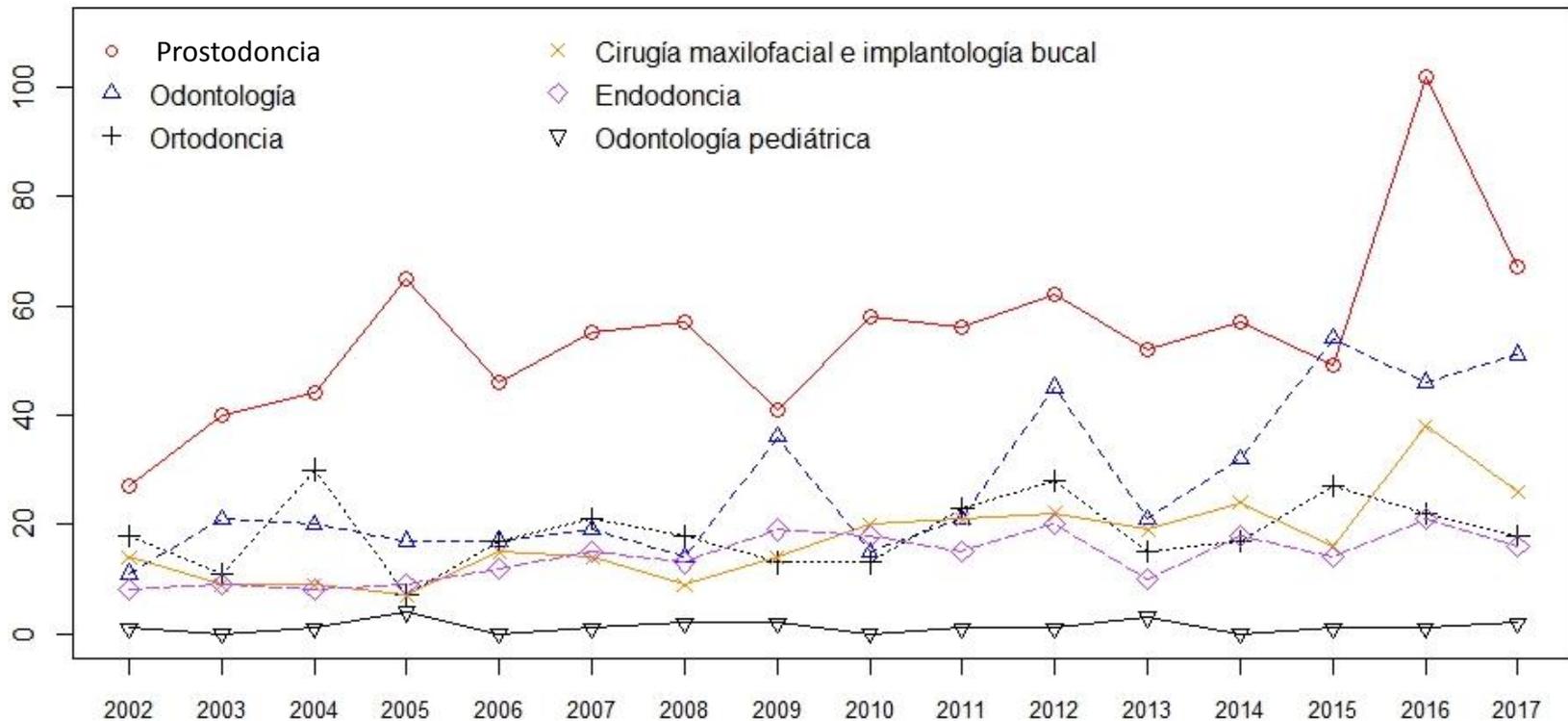
Más del 77 quejas de cada cien que son presentadas contra las especialidades del ámbito de la odontología se presentan por problemas originados con prostodoncia, ortodoncia, odontología general, y endodoncia.

Por el contrario, las 23 quejas complementarias provienen de inconformidades cuyo origen de la controversia se originó en las ramas correspondientes a la odontología pediátrica, la periodoncia, la implantología dental, la cirugía maxilofacial y la exodoncia.

Gráfica 2. Quejas por ramas de la odontología 2002-2017



Gráfica 3. Total de quejas por año en el servicio de odontología 2002-2017



Si bien a nivel nacional, las quejas se incrementan en más de 128% entre 2002 y 2017, al pasar en números absolutos (de 79 a 180 quejas entre ambos años), este comportamiento muestra notables diferencias cuando se analizan a nivel de cada una de las ramas de la odontología, distinguiéndose claramente tres escenarios:

- Incrementos notables en las áreas de prótesis (712% al pasar de 8 a 65 casos entre 2003 y 2017), odontología general (375% pasando de 8 a 38 casos), implantología dental (340% entre 2004 a la fecha, con ningún caso en los primeros años); crecimiento de la exodoncia (300%, pasando de 3 a 12 casos), y la endodoncia de 100% al pasar de 8 a 16 casos entre los años extremos del análisis.
- Decrementos notables en prostodoncia (caída de 93%, al pasar de 27 a dos casos) y cirugía maxilofacial (desciende 71% cayendo los casos de 14 a 4).
- Sin registrar movimientos mayores, la odontología pediátrica, la ortodoncia y la periodoncia.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de 60% a 90% de los escolares y casi el 100% de los adultos tienen caries dental en todo el mundo. Las enfermedades bucales pueden prevenirse manteniendo de forma constante una baja concentración de fluoruro en la cavidad bucal. Ante esto es necesario revisar como es que se desagregan estas enfermedades bucales, en este sentido, las enfermedades periodontales graves, afectan a un 15% a 20% de los adultos de edad media (35-44 años) y pueden concluir en la pérdida de órganos dentales. Asimismo, alrededor del 30% de la población mundial con edades comprendidas entre los 65 y los 74 años no tiene dientes naturales, lo que se reconocería como portadores de una prótesis dental o un tratamiento derivado de la prostodoncia.

Los problemas bucodentales, tanto en niños como en adultos, tienden a ser más frecuentes entre los grupos más vulnerables y encontramos como los principales factores de riesgo para el padecimiento de estas enfermedades la mala alimentación, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y la falta de higiene bucodental, además de la consideración de diversos determinantes sociales.

La salud bucodental, es reconocida como fundamental para gozar de una buena salud y una buena calidad de vida, definida como la ausencia de dolor orofacial, cáncer de boca o de garganta, infecciones y llagas bucales, enfermedades periodontales (de las encías), caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

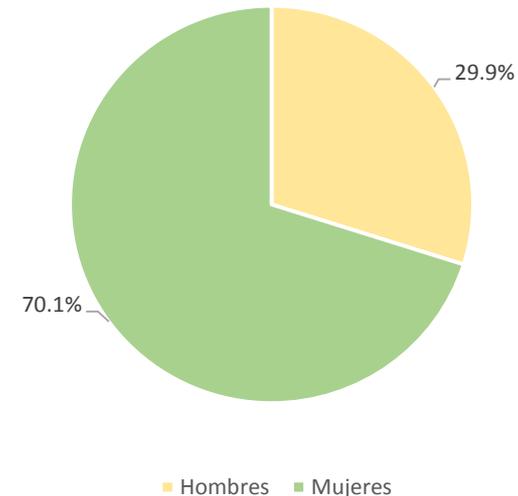
Una vez revisados los datos relacionados con las probables causas de las enfermedades dentales, así como la etiología que pudiera desencadenarlas, nos corresponde realizar un análisis respecto a la distribución de las quejas médicas en el servicio de odontología y su según el sexo del usuario inconforme, se observa que respecto al total de quejas el caso de las mujeres es superior que el caso de los hombres (70.1% por 29.9% de hombres).

Esta diferencia tan significativa, puede tener relación en gran medida a que el cuerpo de una mujer pasa por muchos cambios cuando está embarazada. En consecuencia, a nivel de la cavidad oral, las embarazadas pueden verse afectadas por cambios específicos. Sin embargo, estas alteraciones tienen en común los factores que las originan como son los hormonales, dietéticos, inmunológicos y microbiológicos. Y el hecho de que algunas mujeres no están conscientes de que, como resultado del embarazo, los dientes y las encías también sufren cambios que pueden tener consecuencias para la salud.

No obstante, este comportamiento difiere si se analiza en los diversos años, ya que el porcentaje de hombres (% de masculinidad de las quejas) puede variar de 25% (año 2014) hasta 36.5% (año 2012). Ver cuadro anexo

Cuadro 3. Total de quejas por año analizado y sexo del usuario				
Año	Total de quejas	Hombres	Mujeres	% de masculinidad
2002	79	28	51	35.4
2003	90	25	65	27.8
2004	112	40	72	35.7
2005	109	30	79	27.5
2006	107	32	75	29.9
2007	125	35	90	28.0
2008	113	30	83	26.5
2009	125	36	89	28.8
2010	124	36	88	29.0
2011	137	47	90	34.3
2012	178	65	113	36.5
2013	120	35	85	29.2
2014	148	37	111	25.0
2015	161	47	114	29.2
2016	230	66	164	28.7
2017	180	50	130	27.8
Total	2,138	639	1,499	29.9

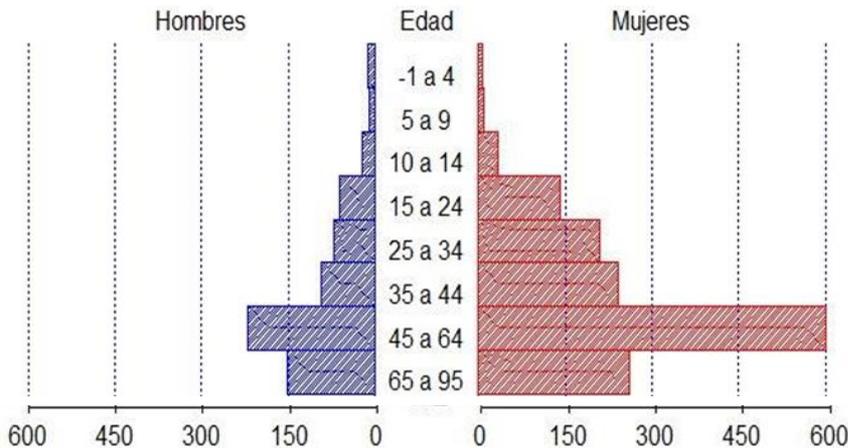
Gráfica 4. Distribución porcentual de las quejas de odontología según el sexo del usuario inconforme, 2002-2017.



Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002 - 2017

Respecto a los grupos de edad, la población que llega a presentar una queja a la CONAMED se encuentra mayoritariamente en la edad adulta, es decir 53.9% se ubica entre los 35 y los 64 años; 22.5% tiene entre 15 y 34 años; en los grupos de edad extremos se ubica en 4.2% de menores de 15 años y 19.4% 65 años y mas.

Gráfica 5. Pirámide del total de quejas en el servicio de odontología por edad y sexo, 2002-2017

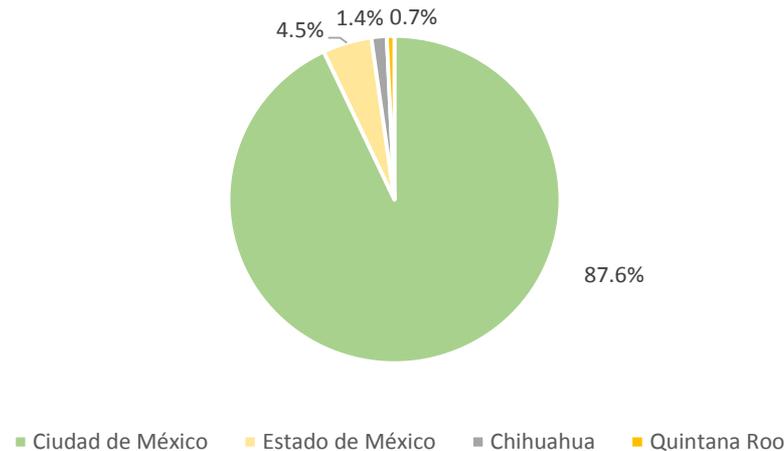


Grupo de edad	Total	Hombres		Mujeres	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Menores de 1 año	2	0	0.0	2	0.1
1 a 4 años	17	13	2.0	4	0.3
5 a 9 años	18	9	1.4	9	0.6
10 a 14 años	53	21	3.3	32	2.1
15 a 19 años	74	23	3.6	51	3.4
20 a 24 años	128	39	6.1	89	5.9
25 a 29 años	119	24	3.8	95	6.3
30 a 34 años	160	46	7.2	114	7.6
35 a 39 años	158	44	6.9	114	7.6
40 a 44 años	176	48	7.5	128	8.5
45 a 49 años	172	43	6.7	129	8.6
50 a 54 años	211	45	7.0	166	11.1
55 a 59 años	233	58	9.1	175	11.7
60 a 64 años	203	73	11.4	130	8.7
65 a 79 años	347	123	19.2	224	14.9
80 años y más	66	29	4.5	37	2.5
No especificado	1	1	0.2	0	0.0
Total	2,138	639	100	1,499	100

Fuente: Sistema de Atención de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002 - 2017

Si bien existe riesgo de problemas médico legales originados por las inconformidades surgidas entre la población y las instituciones de salud, independientemente de la edad del usuario; es esperable que dicho riesgo se incremente en la medida que aumenta el uso de los servicios médicos. En ese sentido, la población 45 a 64 años es el segmento más propenso a vivir este tipo de problemas, en la medida que sus condiciones de salud y la coexistencia de diversos padecimientos (generalmente enfermedades crónico degenerativas) y la polifarmacia tienden a elevar el riesgo de la aparición de complicación y problemas médico-pacientes.

Gráfica 6. Porcentaje de quejas por atenciones en cada entidad federativa 2002-2017



En el análisis de la queja médica se deben considerar dos variables de ubicación geográfica: la residencia del usuario (donde vive la persona afectada) y el lugar de atención (o la ubicación del establecimiento que prestó la atención).

En lo referente a la residencia habitual del usuario que presentó una inconformidad ante la CONAMED, la Ciudad de México encabeza esta lista al ser la entidad federativa con mayor número de quejas presentadas en donde se ve involucrada la odontología con 2,138 quejas concluidas en el periodo de análisis. De estas, 1,717 declararon ser residentes de la CDMX (80.3%); en segundo sitio, como era de esperarse se encuentra el Estado de México con 240 casos (11.2%) y Chihuahua con 31 casos (1.4%).

En cuanto a la distribución de las quejas según lugar de la atención (la relación que guarda con el establecimiento médico y su ubicación geográfica), se identificó que la mayoría de estos están ubicados en la Ciudad de México con el 87.6% respecto del total, seguido por el Estado de México (4.5%) y Chihuahua (1.4%).

A diferencia de otras especialidades de la medicina, las quejas se ven vinculadas en mayor proporción con el sector público, en el caso de la odontología esta tendencia se invierte, razones como el fácil acceso a los consultorios y clínicas que prestan servicios odontológicos, pudieran ser la principal causa de este factor. En el caso de la CDMX y el Edo. de Mex.

Interesante resulta las cifras de Chihuahua y Quintana Roo, aunque no son cifras representativas, dado que ocupan en sumatoria, menos del 3%.

Cuadro 5. Total de quejas concluidas del servicio de Odontología, según entidad federativa de residencia del usuario y de la ubicación del establecimiento, 2002-2017

Entidad federativa/Atención médica	Lugar de residencia																											Total general	%					
	Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Chiapas	Chihuahua	Ciudad de México	Coahuila	Colima	Durango	Estado de México	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	Michoacán	Morelos	Nayarit	Nuevo León	Oaxaca	Puebla	Querétaro	Quintana Roo	San Luis Potosí	Sinaloa	Sonora	Tabasco	Tamaulipas			Tlaxcala	Veracruz	Yucatán	Zacatecas	Se ignora
Aguascalientes	1																																1	0.0
Baja California		6																															6	0.3
Baja California Sur			8																														8	0.4
Chiapas				6																													6	0.3
Chihuahua					31																												31	1.4
Ciudad de México	1					1,709				149		3	4	1		1					4												1,872	87.6
Coahuila							3																							1		4	0.2	
Colima								1																									1	0.0
Durango									5																								5	0.2
Estado de México						5				91																							96	4.5
Guanajuato											14																						14	0.7
Guerrero												1			1																		2	0.1
Hidalgo													10																				10	0.5
Jalisco														2																			2	0.1
Michoacán															1																		1	0.0
Morelos																7																	7	0.3
Nayarit																	1																1	0.0
Nuevo León																		2									1						3	0.1
Oaxaca																			2														2	0.1
Puebla																				1													1	0.0
Querétaro																					2												2	0.1
Quintana Roo						1					1												13										15	0.7
San Luis Potosí																								10									10	0.5
Sinaloa																								2									2	0.1
Sonora																										11							11	0.5
Tabasco																											3						3	0.1
Tamaulipas						1																						2					3	0.1
Tlaxcala																												2					2	0.1
Veracruz						1																									6		7	0.3
Yucatán																														4			4	0.2
Zacatecas																														4			4	0.2
Se ignora																															2		2	0.1
Total general	2	6	8	6	31	1,717	3	1	5	240	15	4	14	3	2	8	1	2	2	1	6	13	10	2	11	3	3	2	6	4	5	2	2,138	100.0
%	0.1	0.3	0.4	0.3	1.4	80.3	0.1	0.0	0.2	11.2	0.7	0.2	0.7	0.1	0.4	0.0	0.1	0.1	0.0	0.3	0.6	0.5	0.1	0.5	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1	100.0	

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Al menos en las dos primeras entidades federativas, podemos mencionar que el gran aumento de las cifras, puede derivarse a la ubicación de la CONAMED, ya que por encontrarse en la Ciudad de México, la relación de las cifras relacionadas con la presentación de la queja y las del establecimiento de atención médica, son coincidentes, además de que, como ya se mencionó, el acceso a los consultorios dentales es mucho más sencillo.

Debe señalarse que si bien existen en 26 estados comisiones de arbitraje médico con las atribuciones de resolver conflictos surgidos del acto médico, no todas pueden ejercer en forma íntegra el proceso por lo cual se dan casos donde se remiten los casos para que sean concluidos por la CONAMED; en otras situaciones, es el propio usuario quien decide desplazarse o enviar su queja para que sea resuelta por la instancia nacional.

Cabe señalar en particular los estados que no cuentan con una comisión estatal, siendo los de Durango, Quintana Roo, Chihuahua, Baja California Sur, y Zacatecas, cuyas quejas agrupan 2.8% del total.

El conocimiento del nivel de vulnerabilidad de la población afectada sería de gran apoyo para la identificación y análisis de la problemática que se vive al interior de los sistemas de salud.

No obstante, en este caso no será posible la incorporación de estos aspectos debido a que el Sistema de información de quejas médicas y dictámenes (SAQMED) no contempla ninguna variable que pudiera apoyarnos en la segmentación de estratos sociales: no registra niveles de instrucción, ni ocupación principal, ni condición de derechohabiente, ni niveles de ingreso.

En México no existe suficiente información actualizada referente a los Profesionistas de la Odontología que exprese un panorama amplio con respecto a la situación del gremio. Hasta 1990, la información determinaba la ubicación física de los odontólogos en sus entidades federativas, en este mismo año, también se definió cuantos eran los odontólogos que trabajaban en su profesión, que opciones tenían para desarrollarse en otro tipo de labores y su situación laboral en las Instituciones de Salud Pública.

A manera de referencia, podemos mencionar que para 1970 el registro total de odontólogos en el país con cédula profesional en la SEP era de 10,3451, distribuidos geográficamente de la siguiente manera: el entonces Distrito Federal con 7,022 (67.9%).

Para el año 2010 las cifras se incrementaron notablemente existiendo un total de 151,622, correspondiendo al Distrito Federal 59,214 (39.05%), cifra que nos permite identificar que con base en los datos de la SEP, la centralización de los profesionales de la Odontología se ha diseminado en casi un 30%.

Ahora bien, el turno es para el número de consultorios que existen según el INEGI para 2009 se registran 45,455 consultorios dentales del sector privado. Para 2012, el número se incrementó a 64,408 consultorios dentales considerando datos del Servicio de Administración Tributaria (SAT).

En este sentido, las escuelas de odontología que mayor número de egresados presentan (2012) son la Universidad Nacional Autónoma de México, la Universidad Autónoma de Nuevo León, Universidad, Michoacana de San Nicolás de Hidalgo, Universidad de Guadalajara y la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

*II. Atención médica y motivos que
originaron la queja*

La salud bucal es una de las grandes temáticas que han sido olvidadas por la salud pública. El abandono de esta área ha dejado mayoritariamente en manos del sector privado la atención de las necesidades de la población en materia de atención a la salud bucodental a bajos costos, promoviendo grandes beneficios.

La cartera de servicios comunes que ofertan las grandes instituciones públicas que constituyen el sistema de salud en México se reducen a lo mínimo y dirigido en gran medida a el tratamiento de procesos agudos odontológicos en mediana proporción, tales como los procesos infecciosos, los traumatismos o extracciones de órganos dentarios. Se excluyen implantes, tratamientos de ortodoncia, tratamientos de que requieren de prótesis o del uso de la prostodoncia que devuelvan la función fonética, masticatoria y estética.

Así que la atención que el Sistema Nacional de Salud en lo que corresponde a su mayoría y en congruencia con las dificultades de acceso a la salud bucal, ofrece a los pacientes odontológicos en México de manera parcial y en desigualdad de condiciones, quienes habitan en zonas urbanas, quizá podrían tener mayor acceso a los servicios especializados que requieren de la atención de una especialidad de la odontología, pero en zonas rurales, esta posibilidad es casi nula y esto en gran medida, se relaciona con la búsqueda de la atención en el sector privado, que se encuentra con mayor oportunidad.

Un ejemplo de ello es lo incluido en el Catálogo Universal de Servicios de Salud (2016) del Seguro Popular, con apenas siete intervenciones en Odontología, a saber (número de intervención y nombre):

138. Prevención de caries dental, 139. Aplicación de selladores de foseas y fisuras dentales, 140. Restauraciones dentales con amalgama, ionómero de vidrio y resina, por caries o fractura de los dientes, 141. Diagnóstico y tratamiento de focos infecciosos bacterianos agudos en la cavidad bucal, 142. Extracción de dientes erupcionados y restos radiculares, 143. Terapia pulpar y 144. Extracción de tercer molar.

Durante el periodo analizado el número de quejas presentadas contra los servicios de odontología provenían en 13.5% de los casos de la prestación de servicios vinculados con instituciones del sector público y 86.5% de sector privado, esto puede ser derivado de la pobre oferta del sistema de salud, así como la reducida cobertura que se tiene en las instituciones respecto a las intervenciones relacionadas con la salud bucal, tanto preventivas, como curativas.

Cuadro 6. Total de quejas en el servicio de odontología por sector e institución en donde se originó el incidente que dio lugar a la queja médica 2002-2017

Institución	Total	%
Sector Público	288	13.5
IMSS	122	5.7
ISSSTE	48	2.2
SSA/SESA's	26	1.2
PEMEX	7	0.3
Asistencia Social**	85	4.0
Sector privado	1,850	86.5
Total	2,138	100.0

**Asistencia Social incluye: Servicios Médicos de Instituciones Universitarias, Servicios Médicos de la Policía Auxiliar, Servicios Médicos de la Policía Bancaria, Servicios Médicos del Transporte Colectivo Metro
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Las enfermedades bucales han sido un problema de salud pública que demandan altos costos de servicio para las instituciones del sector salud y que por lo tanto limitan su campo de acción a actividades curativas en un bajo porcentaje y mutilantes en la mayoría de los casos.

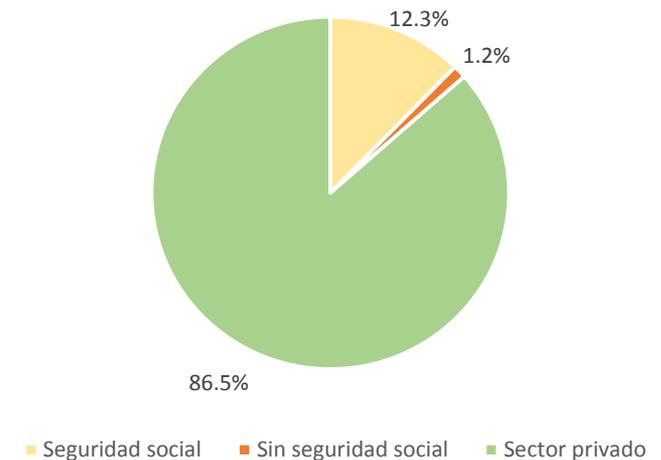
Respecto a las instituciones involucradas en la queja correspondientes al sector público, 12.3% se relacionaron con instituciones que otorgan seguridad social, y el 1.2% restante a instituciones que dentro de ese mismo sector atienden a población no asegurada.

Tal desigualdad entre las cifras llama la atención, en la medida que el número de quejas que presentan las dos mayores instituciones públicas del país (IMSS y SSA), cuyas coberturas en términos de población atendida es semejante, se debe a la existencia de rasgos culturales (en población no derechohabiente) propios de poblaciones rurales, con mayores niveles de analfabetismo y marginación y con una menor propensión a la manifestación de quejas e inconformidades.

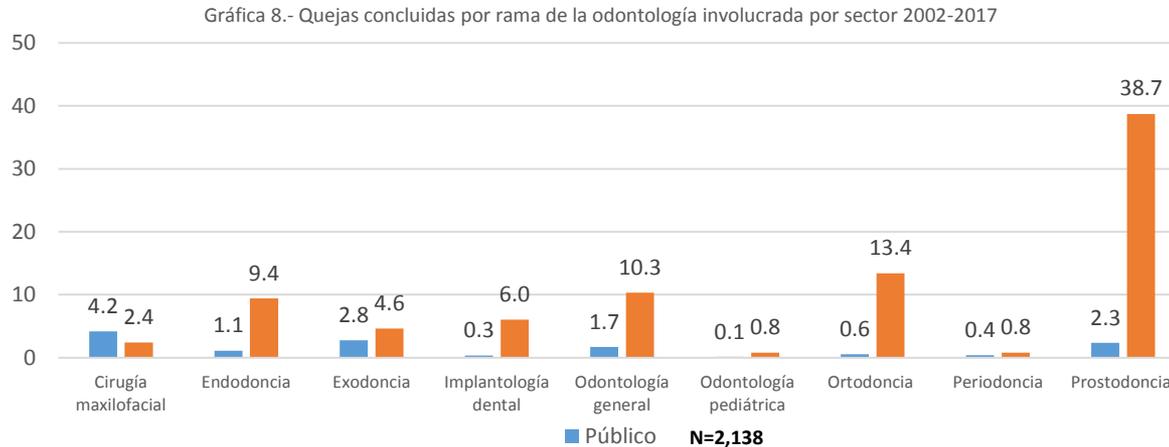
Como ya se mencionó, uno de los factores principales relacionados con las quejas en el sector privado, puede ser derivado de la oferta de servicios que se tiene en las instituciones de salud del sector público.

Agreguemos a esto los recortes presupuestales en todos los niveles de gobierno que no favorecen el desarrollo de nuevas tecnologías o la formación de suficientes recursos tanto físicos como humanos.

Gráfica 7. Quejas en odontología por subsector involucrado 2002-2017



De las 2,138 quejas el mayor porcentaje se encuentra en el sector privado con 86.5% por 13.5% restante al sector público. Ante estas cifras, resulta necesario ampliar el análisis por cada una de las ramas de la odontología involucradas en la queja que se concluye en la CONAMED. Como podemos observar en la gráfica 8, el mayor porcentaje respecto al total de quejas analizadas en el periodo, corresponde a la prostodoncia en el sector privado. Esto puede deberse como ya se mencionó, a la expectativa que genera el tratamiento respecto a lo que se le comunica al paciente por parte del profesional de la odontología.



El hecho de que el profesional de la odontología tenga conocimiento y realice procedimientos en pacientes, implica reconocer las enfermedades que estos presentan en el momento que acuden a la consulta, así como el tratamiento que, si fuera el caso, en conjunto se vaya a elegir. Se considera que esto debería ocasionar ahorro de recursos porque no se estarían utilizando innecesariamente medios de diagnósticos, se evitarían horas de consultas perdidas y la ética profesional asciende porque demuestra su competencia y desempeño profesional, considerando además que *no se maltrata al paciente y no se considera haberle creado falsas expectativas*. Sin embargo, las condiciones para que esto ocurra, no siempre están presentes y como consecuencia tampoco es posible evitar un conflicto derivado de la prestación de sus servicios a un paciente.

Esto es importante porque no solo depende de la comunicación que tenga el odontólogo con el paciente, puede haber ocasiones en las que los medios de comunicación, ofrezcan de forma directa o indirecta, a muchas personas información sobre este aspecto con informaciones minimizadas lo que obliga a los odontólogos a estar preparados para dar las repuestas correctas y/o aclarar dudas.

La población que acude a presentar una queja a CONAMED en donde se involucra los servicios de odontología, menciona en promedio 2.1 motivos por cada queja recibida.

El rubro con el mayor número de motivos fue el relacionado con el tratamiento médico, (con una frecuencia de 1,354 motivos) cuya proporción es mayor en mujeres (mas de 2.5:1). Sigue en importancia el grupo de motivos vinculados a la relación médico paciente (1,146), con mayoría en el caso de usuarias del sexo femenino. En tercer sitio se encuentran los problemas cuyo origen proviene del diagnóstico (909), también con prevalencia en las mujeres.

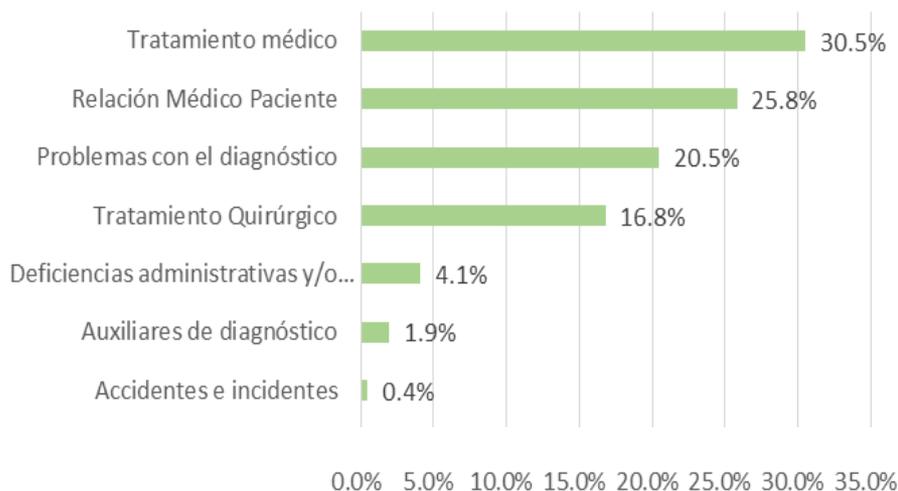
El menor número de motivos son aquellos vinculados a los accidentes e incidentes (18).

Cuadro 8. Motivos mencionados en la presentación de las quejas concluidas según grandes grupos de causas de Odontología y sexo, 2002-2017

Motivos de queja presentados	Total	Hombres	Mujeres
Accidentes e incidentes	18	5	13
Auxiliares de diagnóstico	84	22	62
Deficiencias administrativas y/o Institucionales	180	57	123
Problemas con el diagnóstico	909	275	634
Relación Médico Paciente	1,146	325	821
Tratamiento médico	1,354	384	970
Tratamiento Quirúrgico	745	214	531
Total	4,436	1,282	3,154

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 8. Porcentaje de motivos de queja en odontología 2002-2017



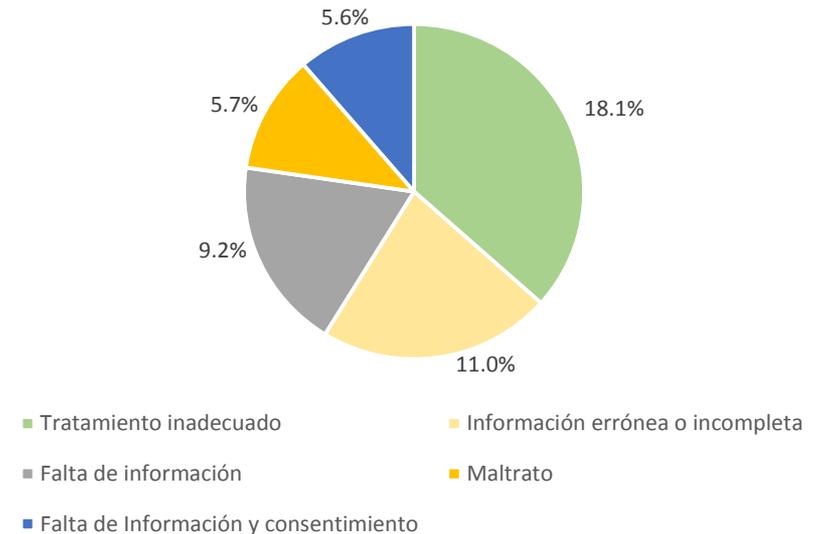
Los principales motivos que se mencionaron en las quejas médicas de odontología, son: los motivos relacionados con tratamiento médico (30.5%), relación médico paciente (25.8%), y problemas con el diagnóstico (20.5%). El mayor porcentaje de motivos de queja se enfoca en el diagnóstico, debido probablemente a la gran variación que puede presentarse en el plan de tratamiento y la congruencia que guarda con el pronóstico además de las expectativas del paciente, considerando la evolución de la enfermedad y el apego al tratamiento.

En segundo sitio se encuentra la relación médico paciente, que como ya se mencionó al inicio de esta monografía, resulta necesario apuntalar esta actividad, con recomendaciones dirigidas a favorecer el proceso de la comunicación para crear congruencia entre las expectativas del paciente y el tratamiento que se realiza.

Cuadro 9. Sub-motivos de queja presentados en las quejas en odontología 2002-2017

Motivos de queja presentados	Total	%
Accidentes e incidentes	18	0.4
Presentación de infección intrahospitalaria	6	0.1
Presentación de accidentes	11	0.2
Le administraron un medicamento que no le correspondía	1	0.0
Auxiliares de diagnóstico	84	1.9
Estudios innecesario	2	0.0
Resultados inoportunos	10	0.2
Falsos positivos	1	0.0
Secuelas	20	0.5
Diferimiento	51	1.1
Deficiencias administrativas y/o institucionales	180	4.1
Falta de Medicamento	2	0.0
Demora prolongada para obtener servicio	134	3.0
Maltrato y/o abuso por personal hospitalario no medico	5	0.1
Falta de equipo, insumos y/o personal	17	0.4
Negación de la atención	22	0.5
Diagnóstico	909	20.5
Erróneo	195	4.4
Diferimiento	161	3.6
Innecesario	68	1.5
Inoportuno	93	2.1
Falta de Información y consentimiento	248	5.6
Omisión	144	3.2
Relación Médico Paciente	1,146	25.8
Falta de información	407	9.2
Información errónea o incompleta	488	11.0
Maltrato	251	5.7
Tratamiento médico	1,354	30.5
Alta prematura del tratamiento	19	0.4
Complicaciones secundarias: Desinformación	225	5.1
Diferimiento	222	5.0
Negación del servicio	27	0.6
Secuelas: Exceso terapéutico	57	1.3
Tratamiento inadecuado	804	18.1
Tratamiento quirúrgico	745	16.8
Alta prematura de los cuidados postoperatorios	5	0.1
Complicaciones del transoperatorio	35	0.8
Complicaciones del postoperatorio	154	3.5
Secuelas	141	3.2
Diferimiento del tratamiento quirúrgico	39	0.9
Cirugía innecesaria	28	0.6
Extirpaciones erróneas	20	0.5
Tratamiento no satisfactorios: Falta de consentimiento informado	35	0.8
Tratamiento no satisfactorios: Falta de vigilancia	131	3.0
Técnica inadecuada	157	3.5
Total	4,436	100

Gráfica 9. Cinco motivos detallados principales de odontología, 2002-2017



Asimismo, resulta necesario ampliar la información de los motivos de queja. Lo que nos lleva a realizar un análisis a nivel de subcategorías, lo que nos permitió identificar que los motivos de queja con mayor frecuencia son tratamiento inadecuado (*de la categoría tratamiento médico*) con una frecuencia de 804 motivos (18.4% respecto al total), seguido por (*de la categoría relación medico-paciente*) información errónea o incompleta con 488 menciones (11% respecto al total), falta de información con 407 menciones (9.2% respecto al total), maltrato con 251 menciones (5.7% respecto al total), falta de información y consentimiento en el diagnóstico con 248 menciones (5.6% respecto al total).

Con menores frecuencias pero no menos relevantes, aparecen otros motivos que fueron mencionados en múltiples ocasiones, tales como falta de equipo e insumos (17) y negación de la atención (22).

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

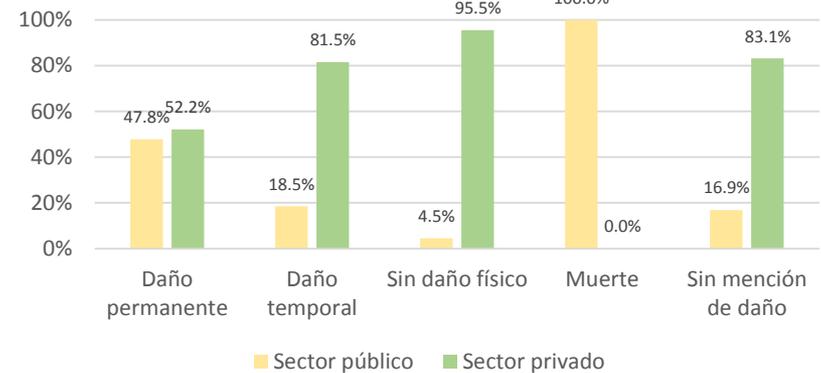
*III. Gravedad del daño ocasionado
por la atención médica*

La complejidad de la atención a la salud y el carácter falible e incierto de la práctica odontológica, concebida como una rama de la medicina, implica momentos de decisión que puede derivar en riesgos y en ciertos casos derivar en consecuencias tales como daños y en el caso más grave: la muerte del paciente.

El análisis sobre la gravedad del daño para estos casos, será comentado con relación a la población que en forma explícita, hizo mención a la ocurrencia de algún daño sufrido durante el proceso de atención médica que originó la queja.

Dicho lo anterior, iniciaremos el análisis partiendo de los usuarios sufrieron el daño máximo, es decir la muerte, situación que desafortunadamente se presentó en 3 casos, los cuales revisaremos a detalle más adelante; seguido de 2.7% de usuarios con daño permanente, 16% de daño temporal; en 80.9% de los casos no se hace mención a ningún tipo de daño secundario a la atención otorgada, lo que no implica que este pudiera estar presente o que no fuera necesariamente de carácter físico.

Gráfica 10. Gravedad del daño según distribución obtenida de los casos en los cuales la población usuaria hizo mención del daño 2002-2017



Cuadro 10. Gravedad del daño según sector e institución donde se presta la atención 2002-2017

Institución	Total	Sector público	Sector privado
Daño permanente	23	11	12
Daño temporal	135	25	110
Sin daño físico	684	31	653
Muerte	3	3	0
Sin mención de daño	1,293	218	1,075
Total general	2,138	288	1,850

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

El comportamiento del sector que otorga la atención según la gravedad de los daños reportados por la población inconforme, deja ver algunas cuestiones interesantes: 100% de los fallecimientos fueron en el sector público, casi la mitad (47.8%) de los daños declarados como permanentes también correspondió a dicho sector, en tanto que 18.5% reportaron daño temporal.

En ese mismo orden el sector privado muestra respectivamente los siguientes porcentajes respecto al total: 0% de muertes, 52.2% de daño permanente y 81.5% de daño temporal.

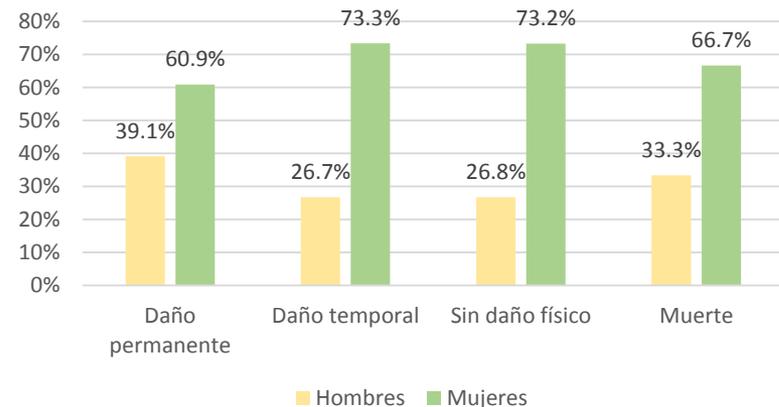
La ocurrencia de las tres muertes, como lo revisamos en la gráfica anterior, se presentaron en el sector público, una de esas tres muertes se presentó en el sexo masculino y las dos restantes en el femenino. Respecto a los daños declarados como permanentes, en 39.1% corresponden al sexo masculino por 60.9% en el sexo femenino, en tanto que 26.7% reportaron daño temporal en sexo masculino por 73.3% en el femenino. Por increíble que parezca, se registraron tres muertes en el periodo analizado dentro de la odontología, lo que representa el 0.14% del total de quejas (2,138).

Cuadro 11. Quejas en odontología, según la gravedad del daño y sexo del usuario, 2002-2017

Gravedad del daño	Total	Hombres	Mujeres
Quejas con mención de daño	845	229	616
Daño permanente	23	9	14
Daño temporal	135	36	99
Sin daño físico	684	183	501
Muerte	3	1	2
Quejas sin mención de daño	1,293	410	883
Total general	2,138	639	1,499

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 11. Porcentaje de quejas concluidas según la gravedad del daño y sexo del usuario 2002-2017



Cuadro 12. Registros de muertes en odontología 2002-2017

Institución	Modalidad de conclusión	Submodalidad de conclusión	Ramas de la odontología	Entidad del prestador	Edad en años	Sexo	Año	Modalidad de conclusión	Responsabilidad institucional
IMSS	Falta de interés procesa	Por falta de interés procesal	Cirugía maxilofacial	Ciudad de México	41	Masculino	2007	Con evidencia de mala práctica	Si
IMSS	No conciliación	Por falta de voluntad conciliatoria	Cirugía maxilofacial	Ciudad de México	70	Femenino	2007	Sin evidencia de mala práctica	No especificado
IMSS	Conciliación	Transacción	Cirugía maxilofacial	Estado de México	20	Femenino	2008	Con evidencia de mala práctica	No

Resulta sumamente extraño que la atención odontológica derive en la muerte de los usuarios de los servicios de salud, sin embargo, esta situación retoma congruencia, al identificar que la ramas de la odontología involucrada es la cirugía maxilofacial, desarrollada en gran medida en el entorno hospitalario. Identificamos además que la institución involucrada es el Instituto Mexicano del Seguro Social, y la ubicación del establecimiento está en dos casos en la Ciudad de México y uno en el Estado de México. De los usuarios fallecidos, dos corresponden a usuarios de sexo femenino; de 70 y 20 años de edad y uno al sexo masculino con 41 años de edad.

Respecto a la modalidad de conclusión, los tres casos de queja concluyen en distintas modalidades, uno es por falta de interés procesal, otro por no conciliación (por falta de voluntad conciliatoria y uno más por conciliación (transacción).

En dos de estas quejas y a partir de la evaluación del acto médico, se identificó evidencia de mala práctica, por un caso en el que no se identificó evidencia. Es necesario recordar que el IMSS (como institución involucrada en las quejas) no tiene acuerdo de colaboración con la CONAMED para someter al proceso arbitral las quejas que sus usuarios tengan a bien presentar en esta Comisión.

Asimismo, solo en uno de los casos es posible identificar información relacionada con la queja recibida por correo postal, es el caso del paciente femenino de 20 años (promovido por la madre de la paciente), el cual presentó una tumoración maxilar de un año de evolución y probable granuloma dental, diagnosticada como sialoadenitis de glándula submaxilar derecha y posterior a realización de Tomografía Axial Computarizada, se identifica tumor mixto con zonas necróticas, se le realiza la excisión quirúrgica presentando a las dos horas de concluir el procedimiento quirúrgico, dificultad respiratoria, por lo que se asiste para apoyo con ventilación mecánica la cual se dificulta por sangrado en tráquea se solicita apoyo para realizar traqueotomía la cual es difícil de realizar por sangrado activo, edema importante y desplazamiento de la tráquea por sangrado proveniente de la yugular externa, la cual estaba lesionada, se complica a neumotórax derecho y posteriormente a choque hipovolémico. Se reinterviene a la paciente encontrando sangrado activo en yugular interna derecha, además de lesión desde pilar derecho, hasta velo del paladar, se le transfundieron seis paquete globulares, así como sonda de pleurostomia.

Se traslada a Unidad de Cuidados intensivos en donde presenta hipoperfusión prolongada derivando en el fallecimiento de la paciente.

Desafortunadamente no es posible identificar los diagnósticos involucrados en los otros dos casos, ya que la base de datos de las quejas que se consideró para realizar este documento solo refiere “complicaciones de la atención médica y quirúrgica” y los expedientes tienen diez años o más de haberse abierto y esto imposibilita el hecho de poder revisarles dado que no se encuentran físicamente en el área de archivo de esta Comisión.

Una de las posibles complicaciones que derivan en muerte y cuyo origen puede derivarse de la intervención odontológica, son las infecciones oro faciales de origen odontogénico, las cuales pueden llegar a extenderse a espacios anatómicos contiguos o diseminarse hacia otras estructuras derivando en complicaciones sistémica y de manejo hospitalario. Infecciones como sinusitis maxilar, tromboflebitis yugular supurada, osteomielitis de los maxilares, infecciones intracraneales, erosión carotidea, entre otras, pueden ser las más comunes, todo esto en función de la estructura anatómica afectada, concluyendo en la infección del mediastino como una de las principales causas que pueden derivar en la muerte del paciente, aunque existen factores que pueden ser predisponentes, fundamentalmente los relacionados con inmunosupresión.

En los casos de mediastinitis y de erosión de una arteria carotidea, el desenlace puede ser fatal, ya que ambas comprometen la viabilidad de las vías respiratorias así como la vascularización cerebral.

Situaciones atípicas que pueden poner en riesgo la vida de un paciente a partir de una infección de origen odontogénico y que requiere ser atendido en un nivel hospitalario, son la dificultad respiratoria, la aparición de trismus (restricción y limitación del rango de movimiento normal de la boca), pobre respuesta al tratamiento ambulatorio previo, dificultad para hablar o deglutir, sospecha de afectación de espacios anatómicos profundos por parte del odontólogo, fiebre alta, convulsiones.

Existe otra complicación derivada de la infección bucal, la angina de Ludwig. Esta combina varios tipos de bacterias y puede llegar a ser mortal al no atenderse en el momento que dichas bacterias se encuentren en la boca, ya que fácilmente se diseminan por las vías aéreas, provocando dificultad para respirar y deglutir, así como daños a los pulmones y el corazón. Puede formar un absceso que deriva en la compresión de la vía aérea, disminuyendo así la posibilidad de respirar, ameritando como tratamiento una traqueotomía de emergencia o una intervención quirúrgica que permita la salida del aire. Además puede ocasionar la erosión de un vaso, que puede generar una hemorragia o la entrada de bacterias al torrente sanguíneo, lo que deriva en una bacteriemia o incluso una septicemia, que puede derivar en la muerte del paciente.

Demos seguimiento al análisis de los daños que mencionan los usuarios de la CONAMED al momento de presentar una inconformidad. Toca el turno para las quejas con presencia de daño permanente en el que se identificaron 23 casos, representados con apenas el 1.1% respecto al total de 2,138 quejas relacionadas a la odontología.

En este sentido y ampliando la información por grupo de edad, el grupo de 45 a 64 años se presentó el mayor número de casos con 26.1% (6) del total de quejas con daño permanente (23), y un índice de 7.3 por cada 1000 quejas concluidas, estos datos pueden deberse en cierta medida a que este grupo de edad fue en uno de los que más quejas se presentaron.

A través de la obtención del índice de daño permanente, puede observarse que existen 10.8 casos por cada 1,000 quejas presentadas en el servicio de odontología (2,138 quejas). Utilizando el mismo cálculo podemos decir que la incidencia de daño permanente es más alta en los hombres (14.1 casos por cada 1,000 quejas presentadas), a diferencia de las 9.3 casos en las mujeres.

Cuadro 13. Quejas con presencia de daño permanente por grupo de edad y sexo, y tasa por cada 1,000 quejas

Grupo de edad	Total de quejas			Total de quejas hombres			Total de quejas mujeres		
	Quejas con presencia de daño permanente	Total de quejas	Tasa*	Quejas con presencia de daño permanente	Total de quejas	Tasa*	Quejas con presencia de daño permanente	Total de quejas	Tasa*
5 a 9 años	2	18	111.1	1	9	111.1	1	9	111.1
10 a 14 años	1	53	18.9	0	21	0.0	1	32	31.3
15 a 24 años	5	202	24.8	2	62	32.3	3	140	21.4
25 a 34 años	3	279	10.8	0	70	0.0	3	209	14.4
35 a 44 años	3	334	9.0	1	92	10.9	2	242	8.3
45 a 64 años	6	819	7.3	3	219	13.7	3	600	5.0
65 años y mas	3	413	7.3	2	152	13.2	1	261	3.8
Total	23	2,138	10.8	9	639	14.1	14	1499	9.3

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Continuando con el análisis de los casos en los que el usuario hace mención de daño permanente, resulta necesario ampliar esta información por la institución involucrada, en este sentido, solo en 23 quejas se mencionó daño permanente, encabezando este análisis el sector privado con 52.2%, seguido del el IMSS y el ISSSTE con 17.4% cada uno respecto al total de casos con mención de daño permanente.

Utilizando una índice de daño permanente por cada 1,000 quejas presentadas en cada institución, podemos observar que PEMEX presenta 142.9 casos por cada 1000 quejas presentadas, seguido del ISSSTE con 83.3 casos con daño permanente por cada 1,000 quejas presentadas. Esto puede deberse en gran medida, a las pocas quejas en las que se ven relacionadas estas instituciones.

Podemos observar que del total de 23 quejas con mención de daño permanente, existen tan solo 11 quejas en el sector público, por 12 en el sector privado sin embargo, analizando el número de quejas que se presentan por sector involucrado, podemos mencionar que el número de quejas en el sector privado, supera en más de 6 veces el número de quejas en el sector público, situación por la cual se modifican las índices en este apartado, encontrando al sector público con solo 38.2 quejas con daño permanente por cada mil quejas, mientras que en el sector privado 6.5 casos por cada mil quejas.

Cuadro 14. Quejas con presencia de daño permanente por sector involucrado e institución 2002-2017

Institución	Quejas con presencia de daño permanente	Total de quejas	Tasa por cada mil quejas	% relativo a daño permanente
Sector Público	11	288	38.2	47.8
IMSS	4	122	32.8	17.4
ISSSTE	4	48	83.3	17.4
SSA/SESA's	1	26	38.5	4.3
PEMEX	1	7	142.9	4.3
Asistencia social**	1	85	11.8	4.3
Sector privado	12	1,850	6.5	52.2
Total	23	2,138	10.8	100.0

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Ahora bien, respecto a la ubicación del establecimiento relacionado con la queja y en el que el usuario hace mención de que existe daño permanente, podemos identificar que 65.2% de estas quejas ocurrieron en la Ciudad de México, 17.4% en el Estado de México, y otro 17.4% ocurrieron en el resto de las entidades federativas.

Debemos tener algunas consideraciones respecto a este análisis, inicialmente y como se mencionó al inicio de este documento, la gran mayoría de los odontólogos se concentra en la Ciudad de México y Estado de México, además de considerar que la ubicación de la CONAMED, es en la Ciudad de México, ante esto es probable que la gran cantidad de quejas relacionadas con establecimientos ubicados en estas dos entidades se deba a la coincidencia de la ubicación de la CONAMED y la concentración de consultorios odontológicos en estas entidades.

Es de llamar la atención algunos de los índices que se pueden observar en el cuadro, tal como el 333.3 de Tamaulipas, lo cual se eleva dado que el número de quejas solo son 3, caso similar con San Luis Potosí.

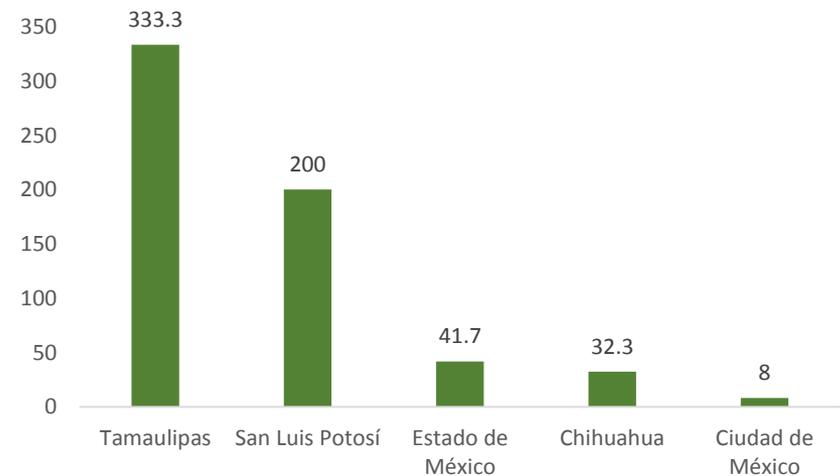
Cuadro 15. Total de casos con daño permanente en odontología por entidad federativa, 2002-2017

Entidad federativa	Quejas con presencia de daño permanente	Quejas según entidad del prestador	Tasa por cada mil quejas	% relativo a daño permanente
Ciudad de México	15	1,872	8.0	65.2
Estado de México	4	96	41.7	17.4
San Luis Potosí	2	10	200.0	8.7
Chihuahua	1	31	32.3	4.3
Tamaulipas	1	3	333.3	4.3
Total	23	2,138	10.8	100.0

Se suma 126 al total de quejas por las entidades no incluidas en el cuadro.

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 12. Muertes ocurridas en el servicio de odontología y entidad federativa, 2002-2017



Nota: tasa de mortalidad por cada mil quejas según entidad federativa del usuario

*IV. Conclusión de la queja y
desempeño de la institución médica*

Cuadro 16. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas de Odontología, según modalidad de la conclusión y tipo de sector, 2002 a 2017

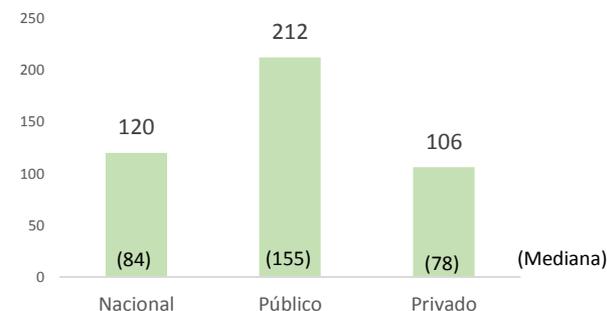
Modalidad de conclusión y tipo de sector	No. de quejas 2002 a 2017	Valores en días		Rango de días	
		Promedio	Mediana	Mínimo	Máximo
Nacional					
Total	2,138	131	87	0	1,726
Conciliaciones	2,057	120	84	0	1,726
Laudos emitidos	81	418	417	56	965
Sector público					
Total	288	222	156	29	1,302
Conciliaciones	280	212	155	29	1,302
Laudos emitidos	8	568	564	328	965
Sector privado					
Total	1,850	117	81	0	1,726
Conciliaciones	1,777	106	78	0	1,726
Laudos emitidos	73	401	414	56	753

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

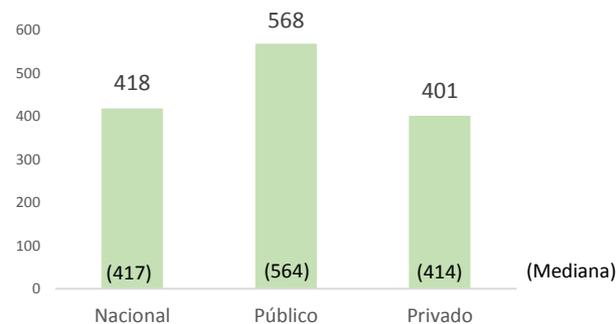
En términos generales, desde el momento que se levanta una queja y esta concluye transcurren en promedio 131 días totales; no obstante cuando esta se resuelve a través del proceso de conciliación el tiempo es menor (120 días), en tanto que si la queja no se concilia y se decide continuar el proceso mediante el arbitraje médico, el tiempo se incrementa a 418 días hasta lograr la emisión del laudo que implica la conclusión de la queja.

Las cifras anteriores muestran importante diferencias según se trate de quejas provenientes del sector público o del sector privado. En el primer caso la duración del proceso es generalmente mayor (222 días) debido a una tramitología más compleja donde intervienen no solo las unidades médicas sino también las instituciones, en tanto que en el sector privado actúan en forma más ágil, concluyéndose la queja en menor tiempo (117 días).

Gráfica 13. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017
Modalidad: quejas por conciliación



Gráfica 14. Duración promedio en días en la conclusión de las quejas, 2002 a 2017
Modalidad: quejas por emisión de laudos



Un aspecto de gran relevancia es aquel que se vincula con la modalidad de conclusión de las quejas atendidas, las cuales en general se clasifican en dos grandes apartados: quejas concluyentes y quejas no concluyentes, entendiendo por éstas lo siguiente: las quejas concluyentes son aquellas que terminan el proceso conforme a lo que se pretende idealmente, es decir que concluyen mediante la firma de un convenio de conciliación o en su caso a través del arbitraje médico con la emisión de laudo; mientras que las quejas no concluyentes, como su nombre lo indica terminan en forma inadecuada o inesperada, es decir que son quejas que no concluyen la conciliación, ni aceptan arbitraje, quedando en muchos casos proceso inconcluso por falta de interés procesal de alguna de las partes, o bien por sobreseimiento y/o acumulación de autos.

De las 2,138 quejas concluidas en las cuales se ha visto involucrado el servicios de odontología, 57.9% corresponden al concepto de “concluyentes” en tanto que 42.1% se han considerado como no concluyentes.

Cuadro 18. Quejas concluidas en el servicio de Odontología según modalidad de conclusión y sector 2002-2017

Sub-modalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
QUEJAS CONCLUYENTES	1,237	132	45.8	1,105	59.7
Conciliación	1,156	124	43.1	1,032	55.8
Laudo	81	8	2.8	73	3.9
QUEJAS NO CONCLUYENTES	901	156	54.2	745	40.3
No conciliación	326	112	38.9	214	11.6
Por falta de interés procesal	526	39	13.5	487	26.3
Sobreseimiento	49	5	1.7	44	2.4
Total	2,138	288	100	1,850	100

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Cuadro 17. Quejas concluidas del servicio de odontología por modalidad y sub-modalidad de conclusión de las quejas, por sexo del usuario

Modalidad	Total		Hombres	Mujeres
	Absolutos	%		
QUEJAS CONCLUYENTES	1,237	57.9	350	887
Conciliación	1,156	54.1	324	832
Laudo	81	3.8	26	55
QUEJAS NO CONCLUYENTES	901	42.1	289	612
No conciliación	326	15.2	114	212
Falta de interés procesal	526	24.6	158	368
Sobreseimiento	49	2.3	17	32
Total	2,138	100.0	639	1,499

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Como es lo deseable, dentro de las quejas concluyentes, la conciliación fue la principal modalidad de conclusión (1,156 quejas) al interior de dicho grupo; es decir que solo 81 quejas se concluyeron a través del procedimiento de arbitraje médico (fase decisoria, representando solo 3.8% de las quejas las que fueron resueltas mediante el arbitraje), lo que implica la emisión de 81 laudos.

En cuanto el análisis de la modalidad de conclusión por tipo de sector, del total de las quejas concluidas del sector público el 45.8% fueron concluyentes, mientras que en el sector privado, el 40.3% resultaron por algún tipo de submodalidad no concluyentes.

Los laudos constituyen una modalidad de conclusión de la queja, son el resultado obtenido al término de la etapa decisoria (arbitraje), según el resultado del análisis documental del acto médico que se realiza en la CONAMED, pueden concluir de manera absolutoria, en las que se absuelve al prestador del servicio de las pretensiones solicitadas por el usuario; si durante el procedimiento arbitral, no se logra identificar elementos constitutivos de mala práctica y/o una relación de causalidad entre la atención médica brindada y el daño y/o perjuicio presentado en el usuario.

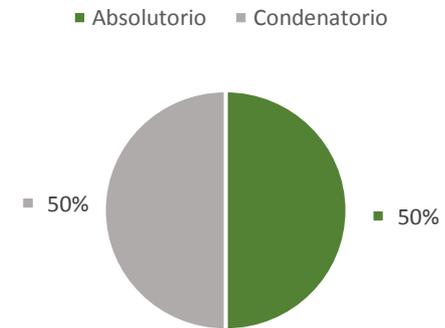
Por lo tanto, los laudos de odontología, que resultaron absolutorios de 2002 a 2017, representaron 32.1% del total de laudos emitidos (81 laudos), mientras que, los laudos condenatorios representaron 67.9%.

Cuadro 19. Quejas concluidas del servicio de odontología según veredicto de los laudos emitidos por sector involucrado 2002-2017

Modalidad de conclusión	Total	Público		Privado	
		Absolutos	%	Absolutos	%
Laudos	81	8	100	73	100
Absolutorio	26	4	50	22	30.1
Condenatorio	55	4	50	51	69.9

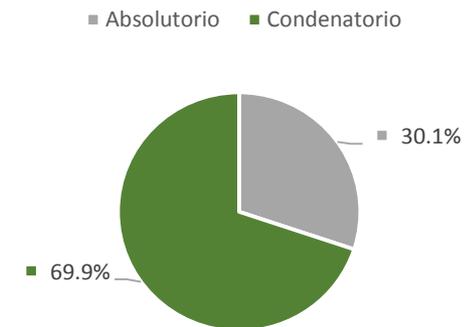
Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 15. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de odontología en el sector público, 2002-2017



Se puede observar que del total de los laudos del sector público, el 50% resultaron condenatorios, en contraste con el sector privado, donde el 30.1% resultaron absolutorios.

Gráfica 16. Porcentaje de laudos concluidos del servicio de odontología en el sector privado, 2002-2017



El análisis de los laudos emitidos según subsector nos dice que odontología general fue quien que más laudos presentó con el 43.2%, seguido de 23.5% de ortodoncia.

En cuanto el veredicto recibido, 26 de los laudos fueron calificados como absolutorios (32.1%), en tanto que 55 de ellos lo fueron en forma condenatoria, es decir 67.9%.

Cuadro 21. Laudos concluidos en odontología, según el sentido del laudo e institución involucrada, 2002-2017

Institución	Total		Absolutorio	Condenatorio
	Absolutos	%		
ISSSTE	6	7.4	3	3
Servicios médicos de instituciones universitarias	1	1.2	0	1
Servicios médicos de la policía bancaria	1	1.2	1	0
Sector privado	73	90.1	22	51
Total general	81	100	26	55

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Cuadro 20. Laudos concluidos en odontología, según el sentido del laudo y ramas de la odontología involucrada, 2002-2017

Servicio	Total		Laudos	
	Absolutos	%	Absolutorio	Condenatorio
Cirugía maxilofacial	8	9.9	4	4
Endodoncia	4	4.9	3	1
Exodoncia	6	7.4	2	4
Implantología dental	3	3.7	1	2
Odontología general	35	43.2	9	26
Odontología pediátrica	1	1.2	1	0
Ortodoncia	19	23.5	5	14
Periodoncia	1	1.2	0	1
Prostodoncia	3	3.7	1	2
Prótesis	1	1.2	0	1
Total general	81	100.0	26	55

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

El análisis por institución nos arroja, que son los asuntos originados en el sector privado los que mostraron mayores proporciones en cuanto a la modalidad de laudos emitidos: 73 laudos, teniendo 51 de ellos un sentido condenatorio (69.9%).

En contra del ISSSTE se emitieron seis laudos, la mitad de ellos fue condenatorio.

Debe recordarse que entre las instituciones no aparece el IMSS debido a que esta institución no se somete al proceso de arbitraje médico por parte de la CONAMED.

Una manera indirecta de conocer el desempeño de la institución médica, es por medio de la evaluación documental de la queja médica, ya que dicha evaluación nos acerca a entender cómo es que la práctica médica se lleva a cabo dentro de las instituciones, y en que medida se aplica la Ley Artis en todos sus procesos. Y aunque el desempeño institucional involucra más factores, en cierta medida, es el reflejo del desempeño de los prestadores de la atención de la salud.

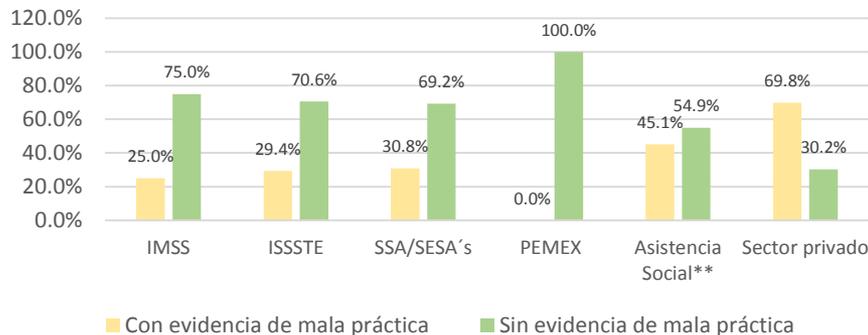
En este sentido, se encontró que la mayoría de los casos concluidos no presentaron evidencia de mala práctica (21.8% en el total) directamente vinculados a la Litis de la queja, es decir el motivo directo por el que se presentó la queja; existe lamentablemente más del 39.3% de casos que no permitieron precisar claramente las evidencias, por carecer de elementos o no especificar claramente los parámetros a ser considerados.

Cuadro 22. Quejas concluidas del servicio de odontología, según la evaluación del acto médico 2002-2017

Institución	Total	Con evidencia de mala práctica	Sin evidencia de mala práctica	No especificado	Sin elementos
Sector Público	288	59	132	15	82
IMSS	122	22	66	1	33
ISSSTE	48	10	24	3	11
SSA/SESA's	26	4	9	2	11
PEMEX	7	0	5	0	2
Asistencia Social**	85	23	28	9	25
Sector privado	1,850	772	334	127	617
Total	2,138	831	466	142	699

Fuente: Sistema Automatizado de Quejas Médicas y Dictámenes (SAQMED). CONAMED, 2002-2017

Gráfica 17. Quejas concluidas del servicio de odontología, según análisis del acto médico 2002-2017



De las quejas con o sin evidencia de mala práctica, PEMEX fue en donde más diferencia se encontró entre los casos con evidencia y sin evidencia de esta, siendo 100% de los casos sin evidencia de mala práctica. El IMSS y la Secretaría de salud, obtuvieron entre el 25 y 31% de quejas concluidas con evidencia de mala práctica. Cabe destacar el sector privado, en donde casi el 70% de los casos fueron con evidencia de mala práctica.

*V. Consideraciones finales y
recomendaciones*

La odontología es entendida como una profesión relacional, esto quiere decir que en ella se entabla comunicación con todo tipo de personas: ansiosas, sumisas, depresivas, escépticas, con dolor, con experiencias previas no muy agradables, entre otras. Es por esto importante, saber manejar la comunicación, porque el hecho de poder hablar, no quiere decir que realmente estemos transmitiendo al receptor, el mensaje que queremos que reciba. Tenemos presentes en la consulta, distintos tipos de comunicación con el paciente, sus padres, sus familiares o acompañantes que en ocasiones, proyectamos información verbal y no verbal de manera incongruente.

La estadística nos ha demostrado que la información incompleta o errónea es uno de los principales motivos de queja (segundo en la relación médico paciente) por esto debemos otorgar verbalmente todas las explicaciones necesarias al paciente respecto a la patología que presenta y el plan de tratamiento que hemos propuesto, empleando un lenguaje claro y totalmente comprensible para él, sus padres, familiares o acompañantes, apoyándonos en todo lo que esté a nuestro alcance tanto herramientas orales, como escritas o visuales. En este sentido, la comunicación no verbal es también toma gran importancia, ya que en la mayoría de las ocasiones, transmite el estado de ánimo de la persona: desinterés, rechazo, miedo, ilusión, motivación, entre otros.

También resulta importante ser observadores sobre la comunicación no verbal que el paciente maneja ya que recoge la información que quiere y que no quiere proporcionar.

La comunicación, bien aplicada, puede jugar del lado adecuado, ya que saber comunicar es el mejor recurso que se tiene para motivar, relajar, dar confianza, convencer, recibir colaboración, respeto, puntualidad y establecer en su justa medida, las expectativas de los pacientes sobre los tratamientos que se le ofrecen.

Para concluir este documento, he incluido algunas sugerencias que podrían favorecer la práctica de la odontología y reconocer además, algunos de las principales problemáticas a las que nos enfrentamos en la consulta.

Generales

- ✓ Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades odontogénicas
- ✓ Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio, en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder
- ✓ Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente, sus familiares o representantes legales
- ✓ Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado
- ✓ Utilizar una sola vez dispositivos de inyección o aplicación de anestésico.
- ✓ Mejorar la higiene de manos
- ✓ Esterilizar instrumental y equipo

Generales

- ✓ Vacunarse contra Hepatitis B, Tétanos e Influenza
- ✓ Medidas de prevención de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud Bucal
- ✓ Asegurar la documentación completa (historia clínica, recetas, consentimiento (s) informado (s))
- ✓ Medidas que garanticen el registro de cuidados e indicaciones posteriores al tratamiento por escrito
- ✓ Asegurar a pacientes alérgicos a látex o dique
- ✓ Manejo de protocolos de contención física o inmovilización (especiales o pediátricos)
- ✓ Favorecer la prescripción de medicamentos

Generales

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

Aspectos relevantes

- Reforzar las prácticas de autocuidado que favorezcan la salud bucal.
- Intensificar 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 rehabilitatorios orales preexistentes.
- Incrementar las actividades de promoción de la salud bucal en grupos de riesgo.

¿Qué previene?

- La aparición de condiciones patológicas bucodentales que al no ser diagnosticadas generan complicaciones mayores y consecuentemente quejas o inconformidades.
- La presencia de malos hábitos estomatológicos que compliquen la salud integral.
- Desconocimiento de medidas promotoras y preservadoras de la homeostasis bucal.
- La aparición y diseminación de neoplasias orales.
- La odontología mutilante.

Generales

Practicar todo acto estomatológico diagnóstico resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal.

Marco legal aplicable

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ley General de Salud. Reglamentos de cada Ley. Ley Federal de Responsabilidades de los Servidores Públicos, Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico, NOM-087-ECOL-1997, manejo de residuos biológico infecciosos, NORMA Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida...

¿Qué previene?

- El ejercicio indebido de la práctica estomatológica.
- Práctica no aceptada e ilegal
- La omisión de obligaciones de seguridad para el paciente.
- La improvisación de procedimientos rehabilitatorios.

Generales

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

Aspectos relevantes

- Establecer una comunicación suficiente, clara, oportuna, veraz, accesible y explícita, con el paciente y sus familiares.
- Siempre brindar la atención en caso de urgencia calificada.
- Enterar de las posibilidades de éxito o de fracaso de cualquier procedimiento estomatológico de sus riesgos y beneficios.
- Considerar al paciente como un ente integral y no únicamente como una boca.
- Proponer las alternativas idóneas para su tratamiento, considerando para ello la circunstancia de modo, tiempo y lugar, siempre en apego a los lineamientos éticos y científicos.
- Respetar los derechos del paciente y de otros profesionales de la salud.
- Ganar la atención y confianza del paciente, familiares o representantes legales a través de expresarle empatía e interés por su padecimiento.

¿Qué previene?

- Falsas expectativas del tratamiento.
- Maltrato y mala relación entre cirujano dentista – paciente.
- Desconocimiento del alcance del tratamiento y sus posibles limitaciones.
- La desinformación del caso riesgo, beneficio de procedimiento estomatológico.
- Inexactitudes e imprecisiones de tratamiento.
- La desconfianza en el grupo odontológico.

Generales

Integrar un expediente clínico que incluya una historia clínica, así como la elaboración de un consentimiento válidamente informado

El expediente clínico es el instrumento documental que garantiza recíprocamente la relación proveedor de los servicios de la salud bucal y el paciente, desde el punto de vista técnico científico odontológico, ético y jurídico.

- Sistematizar toda acción estomatológica y optimizar su proceder.
- Conservar el expediente clínico un mínimo de 5 años.
- Informar de los alcances reales del tratamiento.
- Aceptación recíproca (profesional de la salud bucal - paciente) de la información acerca de los riesgos y beneficios previstos, así como probables complicaciones ante el proceder diagnóstico, terapéutico y rehabilitatorio.
- Elaborar el expediente clínico de acuerdo a la normatividad existente y lo sugerido por los grupos de consenso.

¿Qué previene?

Problemas de control y seguimiento del tratamiento odontológico.

- Falta de información al paciente sobre los estudios auxiliares y diagnósticos y procedimientos terapéuticos estomatológicos a realizar al paciente.
- Se evita el manejo inadecuado por la omisión de información asignada al expediente.
- El incumplimiento de obligaciones de medios
- La remisión y delegación de la responsabilidad por parte del profesional de la salud.

Generales

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

Aspectos relevantes

- 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.
- Retraso en diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Aplicación de tratamientos injustificados y exceso terapéutico
- Evitar incertidumbre al paciente.

¿Qué previene?

Problemas de control y seguimiento del tratamiento odontológico.

- Retraso en diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.
- Aplicación de tratamientos injustificados y exceso terapéutico
- Evitar incertidumbre al paciente.
- Tratamientos innecesarios.
- Diagnósticos erróneos.
- Omisión de obligaciones de resultados.
- La práctica de la odontología defensiva.

Generales

- No use uñas postizas ni extensiones de uñas cuando entre en contacto directo con los pacientes.
- Lleve las uñas naturales cortas.

Cuidado de las manos.

- Cuide sus manos usando regularmente una crema o loción protectora, al menos una vez al día.
- No se lave sistemáticamente las manos con agua y jabón inmediatamente antes o después de usar una formulación alcohólica para el lavado de las manos.
- No use agua caliente para aclarar las manos.
- Después de lavarse las manos con formulación alcohólica o con agua y jabón, deje que se sequen por completo antes de ponerse los guantes.

Específicas

Relación odontólogo-paciente

Uno de los principales problemas que se han identificado respecto a la prostodoncia, puede ser la relación odontólogo-paciente, específicamente el proceso de comunicación, la cual podría incluso generar falsas expectativas a los pacientes. Ante esto se he incluido algunas consideraciones que favorezcan este apartado:

- ✓ No hablar distraídamente con otros compañeros o entre el odontólogo y el auxiliar cuando el paciente está en el sillón: ya que podría sentir que no es el centro de atención.
- ✓ El profesional y el personal de apoyo o su auxiliar no deben contar sus problemas al paciente porque no le interesan.
- ✓ Vale la pena considerar ejercer una distracción a los pacientes cuando estos sean nerviosos, esto puede darse hablando de otros temas de conversación diferentes al acto odontológico, por ejemplo: deportes, viajes, entre otros.
- ✓ El auxiliar debe ser aliada del paciente frente a la situación desconocida y guiarle en lo que tiene que hacer, por ejemplo: *yo voy a estar con usted, voy a facilitarte las cosas y a acompañarle.*
- ✓ El auxiliar debe presentarse cuando vea a la persona por primera vez y presentar al odontólogo para ir creando un clima conocido y más cómodo. El personal de la clínica (si existiera) debe tratarse siempre de usted delante de los pacientes y a los pacientes, a no ser que ellos den permiso para no hacerlo.
- ✓ Adaptarse al ritmo de cada paciente. Darles tiempo para modificar su conducta, valorando las capacidades y posibilidades de cada paciente. Hay pacientes que progresan rápidamente y otros pacientes a quienes les cuesta más.
- ✓ Informar al paciente sobre cuánto tiempo tendrá que esperar: 5, 10, 15 minutos...
- ✓ Ser respetuosos y tolerantes con los pacientes, no haciéndoles sentirse mal abusando de los castigos como reñirles por no cepillarse, manteniendo siempre una actitud cordial y considerada para poder ganarse su confianza.
- ✓ Estar en contacto lo más permanente posible con los miembros del equipo, conociendo todos perfectamente las características y particularidades de cada paciente, su nombre, el tratamiento que se va a realizar, sus inquietudes y expectativas.

Específicas

Manejo de abscesos de origen odontogénico

El mal estado de la cavidad bucal por falta de higiene, favorece el desarrollo de infecciones odontogénicas que pueden dar origen a abscesos profundos de cuello y comprometer estructuras más alejadas (propagación por continuidad y a distancia), por lo que se recomienda adecuada higiene bucal, detección y atención oportuna de patología bucal, con exámen odontológico de control cada seis meses, sobre todo en pacientes con riesgo de infecciones.

La diabetes mellitus es la principal enfermedad asociada en el absceso profundo de cuello, ya que descontrolada o con episodios de hiperglicemia, agravan los síntomas de enfermedades gingivales y periodontales, además del tratamiento inadecuado o la ausencia del mismo, aumenta los niveles de glicemia; seguida de portadores de VIH, lupus eritematoso sistémico, insuficiencia renal crónica y un estado metabólico descompensado favorecen los procesos infecciosos. Los datos clínicos más frecuentes en pacientes con abscesos son aumento de volumen, hiperemia, trismus, disfonía, fiebre, edema facial, entre otros, se sugiere la exploración clínica completa que permita detectar alteraciones y delimitar a tiempo la progresión del proceso infeccioso cervical, por esto se sugiere que se valore la apertura bucal con la finalidad de garantizar el acceso a la vía aérea y de no ser posible, considerar la realización de traqueostomía por drenaje abierto. En pacientes con dolor torácico, hiperemia con o sin datos de dificultad respiratoria, existe sospecha de mediastinitis, se sugiere realizar radiografía de tórax y TAC que deberá incluir cortes mediastinales hasta base de tórax, que en su caso, es indispensable para el diagnóstico suficiente para la planeación e intervención quirúrgica. En caso de no contar con TAC, se puede utilizar ultrasonografía (USG) o resonancia magnética nuclear (RMN).

Específicas

Manejo de abscesos de origen odontológico

Se recomienda iniciar el tratamiento empírico a base de cefalosporinas de tercera generación, tales como ceftriaxona, cefotaxima, ceftazidima a dosis de 1 a 2 gramos IV cada 8 horas para abordar agentes gram positivos y gram negativos, así como metronidazol 500mg IV cada 8 horas y/o clindamicina 600mg cada 8 horas para anaerobios, sin embargo el esquema puede ser modificado de acuerdo al resultado del cultivo, del antibiograma o de la evolución del paciente.

El drenaje por punción está descrito para diferentes localizaciones y extensiones del absceso, colocando sonda o catéter posterior a esto, para obtener una vía de irrigación y se monitorea a través de USG o TAC. Este abordaje debe ser realizado, como ya se mencionó en el documento, por personal calificado y en un entorno hospitalario en caso de que se requiera realizar un drenaje abierto, ya que en la mayoría de estos abscesos se encuentra dos o más espacios involucrados y de ser posible, se debe realizar al mismo tiempo, el drenaje y erradicación del foco de infección a través de la extracción del órgano dentario correspondiente o en su caso la endodoncia si así lo amerita.

Una vez drenado el absceso, se vigilará estrechamente la evolución clínica con apoyo de laboratorio y radiográfico necesario. Una vez egresado a su domicilio, se le pide acudir diario a consulta para realizar curaciones a estos abscesos.

Es muy importante diferenciar la angina de Ludwig, identificar sus síntomas y referenciar a nuestros pacientes de inmediato en caso de tener algunos de ellos, pues como ya se mencionó, al diseminarse las bacterias por la vía aérea a otras zonas del organismo puede derivar en horas, en la muerte del paciente y debemos recordar que el manejo de esta patología es intrahospitalario.

Trabajo realizado como parte del proyecto de Análisis de las quejas médicas concluidas por CONAMED 2002-2017, cuyos resultados se obtuvieron bajo la dirección del Dr. Miguel Ángel Lezana Fernández, y con la coordinación técnica de la Dra. Sonia B. Fernández Cantón y realizada por el Dr. José Noé Rizo Amézquita, con el apoyo del MPSS Alejandro Alonso Molina.



CONAMED

COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO