



RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO, COLEGIO MÉDICO, A.C.
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD

COMISIÓN DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE JALISCO
ASOCIACIÓN MÉDICA DE JALISCO
UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
HOSPITAL CIVIL DE GUADALAJARA
2002

Primera edición, 2002

D.R. © 2002, Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco
Rayón 135, Colonia Americana Oriente
44100, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Asociación Médica de Jalisco
Sierra Nevada 910, Colonia Independencia
44340, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario de Ciencias de la Salud
Sierra Mojada 950, puerta 7, Colonia Independencia
44340, Guadalajara, Jalisco, México

D.R. © 2002, Hospital Civil de Guadalajara
Coronel Calderón 777, El Retiro
44280, Guadalajara, Jalisco, México

ISBN: 970-27-0170-8

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
INTRODUCCIÓN	
Alfredo Ramos Ramos	11
RELATORÍA DEL PANEL-FORO	
«RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD»	
José Antonio Beas Nava	17
RESPONSABILIDAD PROFESIONAL	
EN ENFERMERÍA	
Laura Carrillo Ibarra	23
LOS RIESGOS	
DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA	
Linda Angélica Flores Durán	37
LOS RIESGOS	
DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA	
Héctor Ochoa Velásquez	45

RESPONSABILIDAD LEGAL
EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

César Martínez Ayón

51

PREGUNTAS DEL AUDITORIO

55

PRESENTACIÓN

«¿Quieres ser médico, hijo mío? Aspiración es esta de un alma generosa, de un espíritu ávido de ciencia. ¿Deseas que los hombres te tengan por un Dios que alivia sus males y ahuyenta de ellos el espanto? ...»

«... Tienes fe en tu trabajo para conquistar una reputación; ten presente que te juzgarán, no por tu ciencia, sino por las cualidades del destino, por el corte de tu capa, por la apariencia de tu casa, por el número de tus criados, por la atención que dediques a las charlas y a los gustos de tu clientela. Los habrá, que desconfiarán de ti si no te gastas barba; otros, si no vienes de Asia; otros, si crees en los dioses; otros si no crees en ellos...»

«... No cuentes con el agradecimiento; cuando un enfermo sana, la curación es debida a su robustez; si muere, tú eres el que lo ha matado. Mientras está en peligro, te trata como a un dios, te suplica, te promete, te colma de halagos; no bien está en convalecencia, ya le estorbas; cuando se trata de pagar los cuidados que le has prodigado se enfada y te denigra...»

«...Piénsalo bien mientras estás a tiempo. Pero si, indiferente a la fortuna, a los placeres, a la gratitud, si sabiendo que te verás solo entre las fieras humanas, tienes alma lo bastante estoica para satisfacerse con el deber cumplido sin ilusiones; si juzgas pagado lo bastante con la dicha de una madre con una cara que sonrío porque ya no padece (por su hijo enfermo), con la paz de un moribundo a quien ocultas la llegada de la

muerte; si ansías comprender al hombre, penetrar todo lo trágico de su destino, (entonces) hazte médico, hijo mío».

Seleccionamos estos párrafos de los consejos de Esculapio, el Dios de la Medicina Griega, para expresar la preocupación que compartimos quienes editamos este documento. Es claro que Esculapio pretende transmitir las injusticias que se cometen con los médicos en el ejercicio profesional en salud (ahora diremos, «con los profesionales de la salud»: médicos, odontólogos, enfermeras y psicólogos entre otros, según la Ley General de Salud).

Estos consejos de Esculapio, pintando el panorama del ejercicio profesional en salud de hace miles de años, se sienten de total actualidad, sin embargo como complemento debemos señalar lo que de manera caricaturesca relata el doctor en derecho Sergio García Ramírez al iniciar su libro *La Responsabilidad Penal del Médico*, cuando en el Capítulo «Derecho y medicina» reseña una expresión del decano de la Universidad de Columbia, en Nueva York, en su discurso para la ceremonia de graduación de médicos y abogados: «no faltará trabajo a los abogados; lo proveerán los médicos».

En síntesis ésta es la realidad del ejercicio profesional en salud y es lo que motiva a la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico (AMJ), a proponer la realización del Panel-foro «Responsabilidad Profesional en Salud» en el marco de la cincuentenaria Asamblea Médica de Occidente, bajo la planeación y coordinación de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL) y la colaboración institucional del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara y del Hospital Civil de Guadalajara

Este documento incorpora los riesgos de incurrir en un asunto de responsabilidad profesional, para cuatro de las más importantes disciplinas de las ciencias de la salud; medicina, odontología, enfermería y psicología, con el atributo enriquecedor de que los aspectos legales existentes en las leyes, reglamentos y normas, son planteados desde la perspec-

tiva de los profesionales de cada una de estas disciplinas, basados estrictamente en su experiencia profesional; que se complementan al incorporar un capítulo con las preguntas del auditorio y la respuesta de los panelistas.

Quienes participamos en la planeación, organización y desarrollo de este evento, decidimos extender el efecto de esta vivencia académica y beneficiar con ello a un mayor número de profesionales de la salud ya formados, así como a los que se encuentran en el proceso de formación profesional, provocando sus reflexiones respecto a esta temática, de tal forma que con su lectura descubran una motivación para la mejoría en la calidad de los servicios que prestan a sus pacientes; esta es la finalidad más importante de la elaboración de este testimonio escrito que ofrecemos a la comunidad de las ciencias de salud.

Dr. Alfredo Ramos Ramos
*Comisionado
de Arbitraje Médico
del Estado de Jalisco*

Dr. Alfonso Aceves Escárcega
*Presidente
Asociación Médica de Jalisco
Colegio Médico, A.C.*

Dr. Raúl Vargas López
*Rector del Centro Universitario
de Ciencias de la Salud
Universidad de Guadalajara*

Dr. Leobardo Alcalá Padilla
*Director General
Hospital Civil de Guadalajara*

INTRODUCCIÓN

En el mes de junio de 1996, en el *Diario Oficial de la Federación* se publicó el decreto presidencial respecto a la creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), otorgándole atribuciones para la resolución de conflictos entre usuarios y prestadores de servicios de salud de todo en territorio nacional.

En el Artículo 4º de dicho decreto, en su fracción XI, se atribuye a la CONAMED la facultad de promover la creación de delegaciones en las entidades federativas, para el desahogo de los conflictos en su ámbito territorial correspondiente.

Aun cuando comenzó la creación de delegaciones en diferentes estados de la República Mexicana, en Jalisco las bases institucionales y los colegios médicos se manifestaron en contra de la intención del decreto presidencial, al mismo tiempo que se integraron propuestas alternativas como la que presentó la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C. (AMJ) en diciembre de 1996 con el nombre de Comisión Técnica Consultiva de Arbitraje en Salud (COMTECASA), que no fue tomada en cuenta; sin embargo, no prosperó tampoco la iniciativa de la CONAMED.

Esta situación se mantiene a pesar de las presiones sociales como reflejo del aumento de las comisiones estatales, y de la insistencia de los medios de comunicación sobre la necesidad de una instancia específica para la investigación y resolución de los problemas de la práctica médica.

Estos dos factores de presión social se juntaron en el primer semestre de 2000 al presentarse un incidente en Puerto Vallarta por todos conocido, e independientemente de que la conclusión descarta la negligencia médica, este suceso funciona como un detonante de manifestaciones diversas pidiendo la creación de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico. El Sr. gobernador en ese momento, el Ing. Alberto Cárdenas Jiménez, convoca a las instituciones del Sector Salud, a las instituciones de educación superior y a la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C., entre otras asociaciones civiles de profesionistas, para la elaboración de una propuesta colegiada sobre la creación de la Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Ante la convocatoria del titular del Poder Ejecutivo del Estado y bajo la conducción del secretario de Salud, Dr. Cristóbal Ruiz Gaytán López, se elaboró un plan de sesiones de trabajo y se invitó a las instituciones participantes a presentar propuestas. Es importante señalar que solamente la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) y la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C. (AMJ) presentaron propuestas escritas para la conformación de la ley.

La SSJ presentó como propuesta la adecuación del decreto de creación de la CONAMED a la nomenclatura y características estatales. La AMJ retomó la propuesta que había presentado (COMTECASA, 1996) y, con algunas modificaciones, entregó como propuesta en una de las sesiones de trabajo.

Las instituciones convocadas, presididas por el coordinador de Hospitales y Jurisdicciones de la Secretaría de Salud de Jalisco, Dr. Alfonso Petersen Farah, adoptaron estas dos propuestas como punto de partida y, con base en este esfuerzo interinstitucional, y se logró la integración del documento: «Propuesta de Ley de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco», el cual, firmado por todos los representantes institucionales, se entregó en una sesión especial al Secretario de Salud, quien asistió representando al Gobernador del Estado de Jalisco. El do-

cumento fue posteriormente enviado al H. Congreso del Estado como iniciativa de ley.

El Poder Legislativo recibió la iniciativa y, aun cuando la transformó en una adición a la Ley Estatal de Salud, conservó en esencia la propuesta del grupo interinstitucional. En consecuencia, el 31 de enero de 2001, mediante el Decreto 18936, se aprueba la «Reforma y adición de diversos artículos de la Ley Estatal de Salud», que se publica en el periódico oficial *El Estado de Jalisco* con fecha del 13 de marzo del mismo año, donde se establece el objetivo, las atribuciones y la estructura de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Es así como la relación directa que ha existido de hecho entre la AMJ y el arbitraje médico estatal se convierte en una relación de derecho, dado que ahora la Ley Estatal de Salud, en su Artículo 91 E, establece la estructura del Consejo, órgano máximo de gobierno de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco (CAMEJAL), y en el Apartado II se señala la representación de la Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C.

Dicho de otra manera, las políticas de desarrollo de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, por su origen, se encuentran fuertemente ligadas a las políticas de las agrupaciones de profesionistas de la salud, de tal forma que consideramos importante participar activamente en iniciativas como la Asamblea Médica de Occidente, a fin de cumplir con lo que indica la legislación: difundir, divulgar, orientar y asesorar sobre los derechos y obligaciones de los usuarios y prestadores de servicios de salud.

Sobre la temática y organización de este panel-foro

En ese contexto es donde ubicamos la temática del foro «La responsabilidad profesional en salud»: buscamos transmitir al auditorio la experiencia clínica personal, que dimensione adecuadamente la importancia de la observación de los aspectos legales y éticos en el ejercicio profesional.

Naturalmente que el tema no tiene en sí mismo ninguna novedad. La AMJ ha organizado otras actividades similares en la Asamblea Médica de Occidente y la Reunión Nacional de la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica (FENACOME). En estos dos trascendentes encuentros, la *responsabilidad profesional* fue el interés central, sin embargo, en ambos casos la temática ha sido planteada preferentemente por abogados o licenciados en derecho, lo cual es adecuado en términos generales, pero tiene un inconveniente: los aspectos legales abordados de esa manera se alejan del interés de los profesionales de la salud y son recibidos como información importante, pero lejana a su disciplina, de tal forma que no son atractivos para la actualización y menos para quienes están en formación, y por lo tanto, la asistencia a este tipo de discusiones es reducida.

Para esta ocasión se invitó como panelista a un representante de las profesiones de la salud que cuentan con asociaciones, sociedades o colegios en la AMJ, es decir, enfermería, psicología, odontología y medicina, con la propuesta de los organizadores de que tanto los panelistas como los asistentes reflexionen sobre la aplicación a su propia experiencia de los aspectos legales que se desprenden del concepto *responsabilidad profesional*, ya sea en forma general o de acuerdo a las propias vivencias, a fin de que se analice el impacto de las leyes, reglamentos, normas, manuales y todos los preceptos legales que de ellos se desprenden con aplicación al ejercicio profesional, pero ya no en la teoría, sino en el ejercicio cotidiano.

Participación del auditorio

En la dinámica del panel-foro se planteó la participación activa de los asistentes mediante la elaboración escrita de sus opiniones, comentarios o preguntas para los panelistas, quienes, del mismo modo por escrito, hacen comentarios a los puntos planteados. Esta comunicación indirecta entre público asistente y panelistas se incluye en este documento como

un apartado especial. Es importante señalar que hay preguntas que fueron contestadas por más de un panelista, lo cual enriquece esta dinámica debido a la diferencia de perspectivas que ofrecen respuestas complementarias.

Relatoría del panel-foro

Los organizadores de esta actividad consideramos importante la incorporación de un académico que elaborara un comentario integrador de las exposiciones de los panelistas, de tal manera que se incorpora en este documento la relatoría que realizó el Dr. José Antonio Beas Nava, quien sintetizó las diferentes participaciones en esta sesión, por lo que la ofrecemos antes de las ponencias de los panelistas.

La Asociación Médica de Jalisco, Colegio Médico A. C., y la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco ofrecen este documento a la comunidad de profesionales de la salud con el propósito de colaborar a la formación de una cultura de reflexión, respeto y seguimiento a la ley, reglamentos y normas oficiales, que beneficien el ejercicio profesional y permitan el establecimiento de una relación médico-paciente de confianza y conciencia que redunde en resultados óptimos.

Alfredo Ramos Ramos
Comisionado CAMEJAL

RELATORÍA DEL PANEL-FORO «RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN SALUD»

José Antonio Beas Nava
Subcomisionado Médico, CAMEJAL

Los participantes en este foro, reconocidos profesionales de la salud en cada una de la disciplinas, que si bien no son todas, sí son la más representativas, fueron la enfermera, especialista en pediatría y licenciada en derecho Laura Carrillo Ibarra; la licenciada en psicología Linda Angélica Flores Durán; el cirujano dentista Héctor Ochoa Velásquez y el doctor César Martínez Ayón, y como moderador de este panel-foro el doctor Alfredo Ramos Ramos. Cada uno ellos en su campo disciplinar y práctico expresó lo que consideraron como trascendente en esta nueva forma de manifestar el sentir de los usuarios por la insatisfacción de un servicio de salud recibido, resaltando también las recomendaciones más simples para que estas inconformidades no se den.

El doctor Alfredo Ramos hizo referencia a la nueva cultura de la atención médica —entiéndase prestación de servicios de salud—, a la oportunidad que tienen los usuarios de los servicios de manifestar su inconformidad por la insatisfacción de recibir dichos servicios, que se ha venido llamando «la cultura de la queja», pero también resaltó la responsabilidad de los prestadores de servicios para garantizar un trato de calidad a los pacientes, dejando establecido el papel que la Comisión de Arbitraje Médico de Jalisco representa en los momentos que se den las insatisfacciones, la equidad, la promoción de la amigable solución los conflictos entre las partes y finalmente la emisión de laudos producto del arbitraje.

La enfermera en pediatría Laura Carrillo resumió en unos puntos los posibles riesgos de incumplimiento de la responsabilidad profesional de la enfermera, así como sus respectivas recomendaciones en cuanto a la aplicación de medicamentos: recomienda que todo medicamento prescrito por el médico y aplicado por la enfermera se registre en la hoja correspondiente del expediente clínico y en cárdex.

Respecto al trato al paciente, como el personal de enfermería tiene el mayor contacto con el paciente sano o enfermo, en particular con los hospitalizados, que quedan bajo su custodia y su responsabilidad, recomienda el trato amable, siempre explicando los procedimientos que realizarán para mantener al paciente informado. En relación a la seguridad, es este personal el que provee los cuidados generales y específicos y tiene que proporcionar la protección a su paciente en todos los aspectos, como son evitar caídas, aplicar los procedimientos establecidos que prevengan las infecciones cruzadas; de manera importante señala evitar las *equivocaciones* con el paciente al realizar un procedimiento o al aplicar medicamentos, entre otras recomendaciones. Cuando los pacientes en un momento les confían alguna intimidad, el personal de enfermería debe sustraerse de revelar dichos secretos, mucho menos hacer bromas sustentadas en esa confianza. El personal de enfermería jamás se debe negar a otorgar atención de salud a una persona, independientemente de su condición social. También debe mantenerse en permanente preparación, que le permita realizar su trabajo con eficiencia y siempre sustentado en sus conocimientos y en la normatividad vigente. El personal de enfermería jamás deberá contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familiar, compañeros de trabajo o de su jefe inmediato o mediato, siempre deberá mostrar lo mejor de su carácter para la solución de cualquier conflicto. Le recuerda a todo el personal de enfermería que las notas que deban realizar cumplan con la normatividad vigente, debido a que es el más importante de los recursos de defensa en un supuesto de ser motivo de una demanda.

Por su parte la licenciada en psicología Linda Angélica Flores Durán comenzó su exposición enunciando que a la humanidad le gusta pensar en términos de extremos opuestos. La psicología como ciencia, a lo largo de su desarrollo histórico ha oscilado entre diversos planteamientos teórico-metodológicos, opuestos algunos; debido a su estrecha vinculación con la ciencia médica, se pierde de vista el marco referencial de la psicología, afectando seriamente la calidad y confiabilidad de su ejercicio profesional. Planteó algunos puntos que pueden generar las inconformidades, primero, en la enseñanza universitaria el aprendizaje es eminentemente teórico, hay ejercicio práctico profesional limitado y supervisión inadecuada o nula, lo que conlleva al segundo punto: en una gran cantidad de casos no se realiza un adecuado diagnóstico, se sustenta en algunas pruebas proyectivas o una entrevista inicial y la revisión de casos similares brilla por su ausencia. La gran mayoría ignora la existencia de los manuales de diagnóstico CIE10, que dedican apartados especiales a esta disciplina. Señaló que entonces, una vez con paciente, «adaptan» su necesidad al «modelo» teórico, independientemente de que éste realmente satisfaga la demanda del paciente.

La licenciada Flores Duran hizo referencia al modelo YAVIS, relacionado al éxito del tratamiento terapéutico, en donde se buscan alternativas, pero sucede a menudo que se *casan* con determinados modelos dejando de lado elementos básicos para la comprensión de la problemática referida, concentrándose en su sintomatología, aislando al sujeto de su esfera socio-familiar, con lo cual no sólo se mutila la posibilidad de realizar una intervención más eficiente, sino que también se corre el riesgo de individualizar lo que es eminentemente social, generando entonces una atención anti-ética, generando inconformidad y molestias. A esto debemos aunar el desconocimiento que sobre las leyes y sus respectivas normativas, cuya vigilancia es de carácter obligatorio incluso para el ejercicio profesional privado y que, sin embargo, su ignorancia no libera de esa responsabilidad. Se generan entonces los problemas

de carácter civil o incluso penal por una demanda de un paciente insatisfecho.

Por su parte, el doctor Héctor Ochoa Velásquez, manifestó que si bien es cierto que en la carrera de cirujano dentista existe una cantidad importante de procedimientos para la curación o restauración del aparato estomatognático, perfectamente estudiados, también es cierto que las «condiciones individuales» de la salud bucal de cada uno de los pacientes obligan al odontólogo a elegir, de entre todas estas opciones, la más indicada para cada caso en particular; destaca las «condiciones individuales», en las que se enmarcan no sólo las que se refieren a la estructura dentaria y los componentes de todo ese sistema; reclama que los odontólogos deben considerar no sólo las condiciones de salud bucal, sino también aspectos como el nivel sociocultural, las condiciones económicas, los hábitos y su posible relación con los aspectos psicológicos, y darse tiempo para conocer cuáles son las expectativas del paciente en relación del trabajo dental. Asimismo, enfatizó que debe tenerse en cuenta las condiciones económicas del paciente y debe tratarse con especial atención debido a que muchos colegas pueden confundir un tratamiento barato con un tratamiento mal hecho, sin dejar de reconocer que en nuestro país existe un grado importante de pobreza, y los daños bucales van al parejo de esta situación. Hizo referencia a la interrelación con otras disciplinas, dando especial atención al componente psicológico como es el caso principalmente del bruxismo. Señaló que resulta de gran importancia conocer qué es lo que espera el paciente de los profesionales de la odontología, es decir, cuáles son sus expectativas, qué espera de su tratamiento, qué es lo que le interesa, la función, la estética, o ambas.

Otro asunto que destacó es el referente al ofrecimiento de servicios profesionales para los que no se está capacitado cabalmente. Finalmente se refirió a algunas consideraciones que, desde su punto de vista, ayudan a evitar la mala práctica profesional y, en consecuencia, la posibi-

lidad de tener que enfrentar alguna inconformidad o demanda: realización correcta de la historia clínica, definir lo mas preciso posible, y preferentemente por escrito, lo que realmente se puede ofrecer al paciente, y que él lo entienda, no realizar trabajos para los que se esté perfectamente preparado, de ser posible registrar fotográfica y radiográficamente las condiciones en las que llegó el paciente y las finales. Todo lo anterior debe ser firmado en un documento *ex profeso*.

Por su parte el doctor César Martínez Ayón comenzó su participación haciendo referencia a una situación personal que vivió y lo motivó a aceptar su participación en este foro; él nos dijo que en la medicina, como una ciencia de incertidumbre y arte de probabilidades, es claro que el error acecha a cada momento. Imposible creer que es factible la infalibilidad del ser humano, particularmente cuando se enfrenta a las variables infinitos con las que se originan y manifiestan los enfermedades. Esta premisa es ineludible para que los médicos, todos, seamos el blanco potencial para ser señalados y eventualmente enjuiciados, a solitud expresa de los pacientes o sus familias. Otro aspecto que mencionó es la adopción, en la cultura occidental, de la solución de los enfermos con la utilización exagerada de la tecnología y dijo que a esta situación ha venido a complicarse más con la intervención de otros actores, como abogados (ellos nos dicen cómo elaborar la historia clínica) y que las compañías de seguros son los grandes ganadoras de las controversias. En otros tiempo era la relación médico-paciente la fundamental en la atención médica y en estos momentos se orienta la atención médica a la de defensa contra una posible demanda, por una probable mala práctica profesional, en la cual los médicos somos los perdedores.

El doctor Martínez Ayón reflexionó y dijo que las máquinas (de cualquier tipo y costo) no han podido superar la capacidad de un observador experto al revisar un simple extendido de sangre periférica ni transmitir al enfermo la importancia de sus resultados para el tratamiento específico de su enfermedad, por eso remarca que con la preparación

académica, inteligencia y sensibilidad necesarias el médico mantendrá el interés en los pacientes y pondrá su capacidad en la aplicación adecuada de la ciencia y la tecnología médicas. Asimismo resaltó que todos los pacientes tienen el derecho de ser debidamente informados y, sobre todo, a no ser abandonados.

Esto no es tan fácil hacerlo como decirlo, pero consideremos que la medicina, sobre todo la institucional, deja a la atención médica como un simple número que posteriormente es traducido como la «productividad del médico», si le agregamos que cada atención requiere de recursos y el presupuesto siempre es insuficiente, entonces lo que se debe utilizar no es lo necesario sino lo que existe en el almacén o farmacia. Todo esto debe ser sometido al análisis y discusión de una manera amplia y detallada con los pacientes y sus familias y dejar constancia de ello. Este panorama desalentador y angustioso para el médico debe ser enfrentado con decisión: invito a las organizaciones médicas a que fortalezcan las actividades académicas, pero pugnando por un marco legal más justo y equitativo, y no solamente que el médico sea culpable hasta demostrar lo contrario. Esto permitirá que muchos médicos no sean dañados en su vida profesional y personal.

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA

Laura Carrillo Ibarra

Coordinadora de la Carrera de Enfermería, CUCS-UdeG

El papel que juega la enfermería dentro del Sector Salud es de suma importancia, ya que está en contacto directo con el usuario sano o enfermo, en los casos de hospitalización las 24 horas del día está bajo su custodia y bajo su responsabilidad, por lo que es necesario que el personal esté actualizado en cuanto a los conocimientos técnicos y científicos, pero además debe conocer las implicaciones legales en las que puede incurrir al ejecutar su trabajo.

¿Cuales son los problemas con los que el personal de enfermería se puede enfrentar?

1. En la aplicación de medicamentos.
2. En el trato directo al usuario.
3. En la seguridad del paciente.
4. En la falta de orientación en todos los aspectos al usuario.
5. Revelar secretos.
6. El negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano.
7. El realizar su trabajo con negligencia por falta de conocimiento
8. El contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familiar, compañeros de trabajo o de su jefe inmediato o mediato.
9. El omitir o hacer de forma incompleta la nota de enfermería, entre otros.

La aplicación de medicamentos

Está normada en el Artículo 226 de la Ley General de Salud que, a la letra dice, en la fracción I «Medicamentos que sólo pueden adquirirse con receta médica»; II «Medicamentos que requieren para su adquisición receta médica» y III «Medicamentos que solamente pueden adquirirse con receta médica[...]». Asimismo en el Artículo 240 en la misma ley antes mencionada, se dice: «Sólo podrán prescribir estupefacientes (grupo de medicamentos) los profesionales que a continuación se mencionan, siempre y cuando tengan título registrado por las autoridades educativas competentes, los médicos cirujanos, los médicos veterinarios, los cirujanos dentistas, los pasantes de medicina durante la prestación del servicio social».

De lo anterior se desprende que el enfermero, sólo tiene facultades para «administrar los medicamentos», por lo que estos deben registrarse en el documento correspondiente, en las indicaciones médicas, hojas de tratamiento, cárdex o receta médica; nunca debe administrarse un medicamento por orden verbal, mucho menos si indica por teléfono, y siempre que se administre debe cuidarse la «regla de oro» y nunca olvidar el registro del fármaco, su respuesta y evolución.

El trato directo al usuario

Considero que en la forma de dirigirse al usuario estará la respuesta que obtendremos de él. El enfermero debe dirigirse en forma amable, explicándole lo que va a realizarse, como se ordena en el artículo 51 de la Ley General de Salud, que dice: «Los usuarios tendrán derecho a obtener servicios de salud oportunos y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares». De tal suerte que si se otorga la atención con amabilidad y responsabilidad, podrían decir nuestros pacientes: «No me fue bien en mis problemas de salud, pero me trataron bien y fueron amables».

Seguridad del paciente

Definitivamente la enfermería juega un papel muy importante en la seguridad del paciente, ya que es la proveedora de cuidados generales y específicos, y tiene que prever la protección del enfermo en todos los aspectos, como son evitar caídas de su cama o al caminar, infecciones cruzadas, equivocaciones con el paciente al realizar un procedimiento o al aplicar medicamentos, quemaduras con colochón eléctrico, tener cuidado al bañarlos, etcétera. El artículo 54 de la misma ley reglamenta lo siguiente: «Las autoridades sanitarias competentes y las propias instituciones de salud, establecerán procedimientos de orientación u asesoría a los usuarios o solicitantes para que presenten sus quejas, reclamaciones o sugerencias respecto de la prestación de los servicios de salud y en relación a la falta de probidad, en su caso, de los servidores públicos». No todas las instituciones de salud, públicas o privadas, son protectoras de su personal, por lo que es necesario que los enfermeros en todas sus categorías cuiden que los procedimientos indicados se realicen con eficacia, para no ser víctimas de alguna queja o reporte que les pueda acarrear problemas de índole penal o laboral.

Falta de orientación al usuario

El paciente puede presentar una denuncia argumentando que no le explicaron cómo realizar algún procedimiento o cómo tomar los medicamentos; cabe señalar como ordenamiento legal el artículo 51 de la Ley General de Salud antes citado.

Revelación de secretos

Estos pueden ser de carácter confidencial—algunos de los pacientes nos confían asuntos personales—, o bien, puede ser de carácter institucional, para los cuales la sanción está establecida en el Artículo 143 del Código Penal del Estado de Jalisco, donde dice:

Se impondrán de dos meses a un año de prisión al que sin justa causa, con perjuicio de alguien y sin consentimiento, revele algún secreto o comunicación reservada que conoce o ha recibido con motivo de la confianza en él depositada. Estos casos sólo se perseguirán por querrela de la parte ofendida. Cuando la revelación punible sea hecha por cualquier servidor público, que preste servicios profesionales o técnicos, o cuando el secreto revelado o publicado sea de carácter industrial, se impondrán de uno a tres años de prisión y suspensión de profesión o cargo, de dos meses a un año.

El enfermero conoce algunas veces aspectos íntimos de los pacientes, o bien, de procedimientos mal realizados por otros profesionales de la salud, y no le corresponde hacerlos del conocimiento de terceros, en todo caso, para su protección, deberá comunicarlos a su jefe inmediato y registrarlos en la hoja de enfermería.

Además, quien infrinja lo anterior estaría poniendo en riesgo su empleo ya que el artículo 47° de la Ley Federal de Trabajo es una causal de rescisión de la relación laboral sin responsabilidad para el patrón la fracción IX: «Revelar el trabajador los secretos de fabricación o dar a conocer asuntos de carácter reservado, con perjuicio de la empresa».

Negarse a otorgar atención de salud a un ciudadano

Si el enfermero se negara a otorgar atención de salud a un ciudadano, estaría infringiendo el Artículo 469 de la Ley General de Salud, que a la letra dice:

Al profesional técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por la falta de intervención, podrá imponerse además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional, a juicio de la autoridad judicial.

El profesional de la enfermería no debe negarse a otorgar la atención, sin olvidar que debe de proporcionarla de acuerdo a su nivel de competencia, esto es, si le llaman para la aplicación de un medicamento por cualquier vía debe solicitar la receta médica, si el paciente está en malas condiciones de salud debe solicitar el traslado a un hospital o si está en la vía pública debe otorgarle los primeros cuidados mientras llega el personal paramédico, etcétera.

Realizar su trabajo con negligencia por falta de conocimiento

Cuando el personal de enfermería desconozca el manejo de algún aparato, de un medicamento o bien de alguna patología, es importante que pregunte antes de provocar un problema al paciente, puesto que el desconocimiento no lo exime de su responsabilidad y, en este caso, podría incurrir en delito culposo, que el Código Penal en su artículo 6° señala: «Es delito culposo cuando se comete sin dolo, pero por imprudencia o negligencia».

En el Artículo 48 del mismo Código se señala que:

Los delitos culposos se sancionarán con prisión de tres días a ocho años y suspensión hasta por dos años para ejercer profesión u oficio, en su caso inhabilitación hasta por tres años para manejar vehículos motores, maquinarias o elementos relacionados con el trabajo, cuando el delito se haya cometido al usar alguno de esos instrumentos.

Cuando se causen homicidios a consecuencia de actos u omisiones culposos calificados de graves, imputables a quienes regular o accidentalmente conduzcan vehículos, que transporten personas o cosas en servicio al público, con o sin autorización, la sanción será de tres a diez años de prisión e inhabilitación para manejar hasta por un tiempo igual al de la duración de la pena privativa de la libertad. Sin embargo, ello no les impedirá el derecho al beneficio de la libertad caucional, ya que sólo para este efecto, se estará a la pena que señala el primer párrafo del presente artículo.

Por todo lo anterior es importante que el personal dirigente este atento de lo que realiza su personal, porque dado el caso de que estén implicados tendrían que deslindar su responsabilidad.

Contestar alguna agresión

En el caso de contestar alguna agresión ya sea verbal o física por parte del paciente, su familiar, compañeros de trabajo o de su jefe inmediato o mediato, se incurriría en doble problema legal, el primero en el plano laboral y el segundo en el penal. En el laboral, la Ley Federal de Trabajo en su Artículo 47 señala:

Son causas de rescisión de la relación de trabajo, sin responsabilidad para el patrón:

II. Incurrir el trabajador, durante sus labores, en faltas de probidad u honradez, en actos de violencia, amagos, injurias o malos tratamientos en contra del patrón, sus familiares o del personal directivo o administrativo de la empresa o establecimiento, salvo que medie provocación o que obre en defensa propia.

III. Cometer el trabajador contra alguno de sus compañeros, cualquiera de los actos enumerados en la fracción anterior, si como consecuencia de ello se altera la disciplina del lugar en que se desempeña el trabajo.

IV. Cometer el trabajador, fuera de servicio, contra el patrón, sus familiares o personal directivo o administrativo, alguno de los actos a que se refiere la fracción II, si son de tal manera graves que hagan imposible el cumplimiento de la relación de trabajo.

Por lo anterior, el enfermero no debe contestar agresiones, tampoco colocarse de tal forma que se le continúe agrediendo. El jefe inmediato juega un papel importante puesto que debe mediar la situación, o bien el resto de compañeros.

En el aspecto penal incurriría en lesiones, que están reglamentadas en el numeral 206 del Código Penal el Estado de Jalisco,

Artículo 206°. Comete el delito de lesiones, toda persona que por cualquier medio cause un menoscabo en la salud de otro.

Artículo 207°. Al responsable del delito de lesiones que no pongan en peligro la vida, se le impondrán:

I. De diez días a siete meses de prisión o multa por el importe de dos a ocho días de salario cuando las lesiones tarden en sanar un tiempo no mayor de quince días. Si tales lesiones son simples, sólo se perseguirán a querrela del ofendido;

II. De tres meses a dos años de prisión cuando las lesiones tarden en sanar más de quince días.

Omitir o hacer de forma incompleta la nota de enfermería, entre otros

Cabe hacer el señalamiento que la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico, se considera a éste como un documento que contiene registros de los elementos técnicos esenciales para el estudio y solución de los problemas de salud del usuario, involucrando acciones preventivas, curativas y rehabilitatorias, asimismo regula y permite el uso, médico, jurídico, de enseñanza, investigación, evaluación, administrativo y estadístico.

Dentro del expediente clínico se encuentra la hoja de enfermería, que deberá elaborarse por el personal de turno según la frecuencia establecida por las normas del instituto y las órdenes del médico, y deberá de contener como mínimo: *habitus* exterior, gráfica de signos vitales, administración de medicamentos, fecha, hora, cantidad y vía, procedimientos realizados y observaciones.

La hoja de enfermería demuestra el trabajo del personal y, de acuerdo a su información, es un documento legal que para todos los usos ayuda u origina problemas. Ésta debe ser clara y entendible para todos, por lo que se debe tener conciencia de su importancia y su llenado en forma correcta, ya que delimita las acciones de responsabilidad de todos los involucrados en el cuidado del paciente. Por todo lo anterior, el personal de enfermería debe conocer como obligatorias las siguientes nor-

mas: la Ley General de Salud, en donde se marcan las obligaciones y derechos como servidores de la salud; la Ley de Profesiones; la Ley Federal de Trabajo; el Código Penal del Estado de Jalisco y las normas específicas editadas por la Secretaría de Salud de acuerdo a la actividad, como son la NOM-007-SSA2-1993 «Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio del recién nacido», NOM-168-SSA1-1998; del expediente clínico NOM-010-SSA2-1993, «Prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana», y otras que intervienen en el quehacer de enfermería.

Ley general de salud

Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general dirigidas a promover, y restaurar la salud de la persona y la colectividad. Los servicios de salud se clasifican de tres tipos: de atención médica, de salud pública y de asistencia social

Atención médica

Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo con el fin de proteger, promover y restaurar su salud. Las actividades de atención médica son:

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

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico

Representa el instrumento para la regulación del expediente clínico y orienta el desarrollo de una cultura de calidad, permitiendo los usos

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

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

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

Hoja de enfermería. Deberá elaborarse por el personal de turno, según la frecuencia establecida por las normas del establecimiento y las órdenes del médico, y deberán contener como mínimo.

1. *Habitus* exterior.
2. Gráfica de signos vitales.
3. Ministración de medicamentos, fecha, hora, vía, cantidad.
4. Procedimientos realizados
5. Observaciones

Atención materno infantil. Tiene carácter prioritario y comprende las siguientes acciones:

- I. La atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio;
- II. La atención del niño y la vigilancia de su crecimiento y desarrollo, incluyendo la promoción de la vacunación oportuna, y
- III. La promoción de la integración y del bienestar familiar.

En los servicios de salud se promoverá la organización institucional de comités de prevención de la mortalidad materno-infantil, a efecto de conocer, sistematizar y evaluar el problema y adoptar las medidas conducentes.

Norma Oficial Mexicana 007-SSA2-1993, atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido

La mayoría de los daños obstétricos y de los riesgos para la salud de la madre y del niño pueden ser prevenidos, detectados y tratados con éxito mediante la aplicación de procedimientos normados para la atención, entre los que destaca el uso del enfoque de riesgo, la eliminación de prácticas rutinarias que aumentan los riesgos y la realización de prácticas eminentemente preventivas. Las acciones propuestas tienden a favorecer el desarrollo normal de cada una de las etapas del proceso gestacional y prevenir la aparición de complicaciones, a mejorar la sobrevivencia materno-infantil y la calidad de vida y, adicionalmente, contribuyen a brindar una atención con mayor calidez.

De esta manera, procedimientos frecuentemente usados para aprontar el parto, tales como la inducción del mismo con oxitocina o la ruptura artificial de la membrana amniótica han sido revalorados en vista que no aportan beneficios y sí aumentan la morbilidad y mortalidad materno-infantil, por lo que su uso debe quedar limitado a ciertos casos muy seleccionados. Otros, como la anestesia, implican riesgos adicionales y su uso debería limitarse a casos electivos. Estos procedimientos aun

persisten como parte en las rutinas de atención del parto, por lo que deben modificarse en las instituciones.

Estas acciones pueden ser reforzadas si la madre recibe la orientación adecuada sobre los cuidados prenatales y los signos de alarma que ameriten la atención médica urgente, y de este modo se corresponsabiliza con el médico en el cuidado de su propia salud.

Especificaciones: disposiciones generales

1. La atención de una mujer con urgencia obstétrica debe ser prioritaria y proporcionarse en cualquier unidad de salud de los sectores público, social y privado. Una vez resuelto el problema inmediato, y que no se ponga en peligro la vida de la madre y del recién nacido, se procederá a efectuar la referencia a la unidad que le corresponda.

2. La atención de la madre durante el embarazo debe vigilarse estrechamente la prescripción y uso de medicamentos con efectos indeseables en el feto.

3. La atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y el recién nacido debe ser impartida con calidad y calidez.

4. Las mujeres y los niños remitidos por las parteras tradicionales o agentes de salud de la comunidad deben ser atendidos con oportunidad en las unidades en que sean referidos.

5. La unidad de atención deberá disponer de un instrumento que permita calificar durante el embarazo el riesgo obstétrico en bajo y alto, el cual servirá para la referencia y contrarreferencia.

6. Las actividades que se deberán realizar durante el control prenatal son:

- Elaboración de historia clínica
- Identificación de signos y síntomas de alarma (cefalea, edemas, sangrados, signos de infección de vías urinarias y vaginales).
- Medición de peso y talla.
- Valoración del riesgo obstétrico

- Valoración del crecimiento uterino
- Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL.
- Determinación de grupo sanguíneo ABO y Rho, examen general de orina desde el primer control, así como preferentemente en las semanas 24, 28, 32 y 36.

- Detección de Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH en mujeres de alto riesgo.

- Prescripción de medicamentos (sólo por indicación médica, no en las primeras 14).

Aplicación de por lo menos dos dosis de toxoide tetánico rutinariamente, la primera en el primer contacto con la paciente y la segunda a las cuatro u ocho semanas posteriores, aplicándose una reactivación en cada uno de los embarazos subsecuentes o cada cinco años, en particular en áreas rurales.

- Orientación nutricional.

- Promoción de la lactancia materna exclusiva y planificación familiar.

- Autocuidado de la salud

- Establecimiento del diagnóstico integral.

El control prenatal debe estar dirigido a la detección y control de los factores de riesgo obstétrico, a la detección, prevención y tratamiento de la anemia, preeclampsia, infecciones cérvico-vaginales e infecciones urinarias, las complicaciones hemorrágicas del embarazo y retraso del crecimiento intrauterino.

La embarazada de bajo riesgo debe recibir como mínimo cinco consultas prenatales, iniciando preferentemente en las primeras 12 semanas de gestación y atendiendo al siguiente calendario:

1^a consulta: en el transcurso de las primeras 12 semanas

2^a consulta: entre las 22-24 semanas

3^a consulta: 27-29 semanas.

4^a consulta: entre las 33-35 semanas

5ª consulta: entre las 38-40 semanas.

En las unidades de salud que den atención obstétrica deben establecer procedimientos escritos para la prevención, detección oportuna del riesgo y manejo adecuado de la prematurez y el bajo peso al nacimiento (retrazo del crecimiento intrauterino).

LOS RIESGOS DE RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN PSICOLOGÍA

Linda Angélica Flores Durán
*Secretaria Técnica del Consejo Estatal
para la Prevención y Atención de la Violencia Intrafamiliar*

La humanidad gusta de pensar en términos de extremos opuestos. Está acostumbrada a formular sus creencias bajo la forma de «o esto o lo otro», entre los que no se reconoce posibilidades intermedias, cuando se la fuerza a reconocer que no cabe optar por los extremos, todavía sigue inclinada a mantener que son válidos en teoría, pero que en las cuestiones prácticas las circunstancias nos obligan a llegar a un compromiso.

John Dewey, *Experience and Education*, I, 1938.

La psicología como ciencia a lo largo de su desarrollo histórico ha oscilado entre diversos planteamientos teórico-metodológicos, opuestos algunos, complementarios otros y excluyentes entre sí la mayoría, lo cual le ha restado credibilidad, aunado a ello el ejercicio irresponsable de algunos psicólogos, ha propiciado que el rango de científicidad de dicha materia ante los ojos de algunos autores sólo sea una pretensión sin más base que su popularidad ni más consistencia que la que recibe prestada de otras ciencias. En el caso concreto de la aplicación clínica de la psicología, su estrecha vinculación con la ciencia médica nos lleva en ocasiones a quienes la ejercemos, a perder de vista nuestro propio marco referencial, permaneciendo a la sombra de lo establecido en el diagnóstico clínico, o bien a la espera de la instrucción del médico de cabecera, lo cual afecta seriamente la calidad y confiabilidad del ejercicio profesional que prestamos y, lo que es más grave, pone en entredicho el compromiso y la responsabilidad del psicólogo ante su paciente o cliente, según se

quiera ver. Siendo entonces eje de la temática que hoy nos reúne precisamente el compromiso profesional del psicólogo, expongo ante ustedes aquellos elementos que en mi opinión son los errores que con mayor frecuencia cometemos y que redundan en un mal servicio al usuario.

Partamos de una premisa básica: «la intervención del psicólogo no es neutral, o es para mejorar o es para empeorar la situación del usuario». Teniendo en mente este planteamiento analicemos el proceder profesional del psicólogo promedio, en el ámbito clínico:

Primero, desde la enseñanza universitaria nuestro aprendizaje es eminentemente teórico, altamente cognoscitivo en su naturaleza, con un ejercicio práctico profesional limitado y sin supervisión adecuada, todo esto debido en un gran número de casos a devastadoras combinaciones en los programas de adiestramiento no sistemáticos, llevados por educadores que carecen a su vez de las habilidades básicas de ayuda para el usuario. Dicha situación genera profesionales teóricos que brincan de la educación estrictamente académica a la práctica clínica, siendo responsables del tratamiento de clientes, tarea misma que no recibe supervisión alguna por jefes inmediatos. Se carece pues de modelos de evaluación sobre el desempeño de los psicólogos, situación respaldada en la diversidad de modelos teóricos existentes, por una parte, y, por otra, en la habilidad de los propios psicólogos para transferir el peso del fracaso del tratamiento al usuario; es muy fácil justificar nuestro mal trabajo con sentencias tales como: «el paciente se resiste», «abandonó la terapia antes de tiempo», «estaba poco motivado», etcétera.

Segundo, derivado de lo antes expuesto, nos topamos con el hecho de que en una gran cantidad de casos los psicólogos no realizamos un adecuado diagnóstico previo a la atención del usuario, o bien, hacemos una intentona de diagnóstico sustentado en la aplicación de alguna prueba proyectiva y una incipiente entrevista inicial, pero no cotejamos la infor-

mación recabada con manuales de diagnóstico tales como el DSM IV o el CIE 10 apartado F, porque simple y sencillamente no sabemos utilizarlos, en el mejor de los casos, o ni siquiera estamos enterados de su existencia, como es el caso del segundo manual (CIE 10), ya que raros son los psicólogos que lo conocen y utilizan en forma adecuada.

Tercero, una vez con el usuario frente a nosotros, «adaptamos» su necesidad al «modelo» teórico que aprendimos desde las aulas, independientemente de que éste realmente satisfaga la demanda del usuario e ignorando incluso que al igual que algunos medicamentos alopáticos, existen modelos de intervención no adecuados o contraindicados para el tratamiento de algunos problemas de recurrente presencia en el consultorio. Ejemplo de ello es abordar a una familia que vive violencia intrafamiliar severa con un modelo sistémico de terapia familiar, acción que lejos de sacar a la familia del problema le da más elementos al agresor para victimizar a los receptores, al mismo tiempo que coloca en situación de mayor vulnerabilidad e indefensión a estos últimos.

Cuarto, el usuario preferido de algunos psicólogos es aquel que Schofield (1964) denomina el paciente YAVIS, por sus siglas en inglés, es decir, *young, attractive, verbal intelligent and successfull* (joven, atractivo, verbalmente inteligente y exitoso), lo que garantiza de alguna manera el éxito experimentado en el proceso terapéutico. ¿Pero qué es lo que sucede cuando el paciente no reúne estos requisitos? ¿qué sucede cuando la problemática del usuario constituye todo un embrollo? Con la mano en la cintura canalizamos o derivamos a otros servicios de salud, orientación, intervención en crisis (de los que realmente desconocemos sus funciones), iniciando así un auténtico vía crucis para el usuario ya que éste se verá en la necesidad de acudir a uno y otro lugar en busca de la ayuda anhelada, cayendo con ello en la desesperanza al no encontrar apoyo solidario y, por el contrario, toparse con una estructura burocrática inflexible y agresiva.

Quinto, ante nuestra incapacidad para dar una atención adecuada, por las carencias formativas antes referidas, recurrimos en ocasiones a medios alternativos de curación para el usuario, con lo cual en primer término adoptamos el modelo médico salud-enfermedad —de manera irreflexiva—, lo que automáticamente niega la dimensión social del problema origen de la consulta y, segundo, hacemos uso de técnicas que en ocasiones ni siquiera hemos estudiado a fondo o de las cuales sólo hemos tomado algún curso breve e introductorio. Permítaseme aquí marcar una diferencia entre aquellos psicólogos que en forma responsable sí se especializan en medios alternativos de curación, como la homeopatía, y que la trabajan exitosamente, y aquellos a los que hago alusión, que son auténticos improvisados y cuyo impacto en la atención del usuario lejos de ser benéfico es nocivo para su salud.

Sexto, producto de la limitada visión que nos da el *casarnos* con tal o cual modelo teórico —que no forzosamente conlleva un modelo práctico— y quererlo aplicar en todos los casos, dejamos de lado elementos básicos para la comprensión de la problemática referida por el usuario, de tal suerte que nos concentramos en su sintomatología y trabajamos con ella, aislando al sujeto de su esfera socio-familiar, ambiental en una palabra, con lo cual no sólo mutilamos nuestra posibilidad de realizar una intervención más eficiente, sino que también corremos el riesgo de individualizar lo que es eminentemente social. Y así, lejos de ser la psicología una herramienta para potenciar el desarrollo y plenitud personal del individuo, se convierte, por el contrario, en un mecanismo de enajenación social, lo que incrementa incluso la sintomatología existente, o bien, genera otra.

Séptimo, acción conjunta a la anteriormente descrita es el no aceptar el trabajo interdisciplinario como una herramienta básica para el éxito en nuestra intervención, razón por la que desdeñamos en ocasiones el apoyo

de otras disciplinas —trabajo social por ejemplo—, al considerarlo infructuoso, o bien, creer que nuestro propio ejercicio es sólo complementario del trabajo realizado por el médico, delegando en éste último la responsabilidad de sacar adelante en forma exitosa al usuario del servicio, por lo tanto el abordaje es únicamente multidisciplinario y desarticulado internamente. Esto a nivel institucional, en la práctica privada definitivamente obviamos el trabajo con otros profesionistas, proclamando al usuario como propio a partir de que se ha convertido en nuestro paciente.

Octavo, he dejado por último este aspecto en virtud de considerarlo de vital trascendencia, amén de las acciones antes descritas, que nos llevan a brindar un servicio antiético al usuario generando en éste inconformidad y molestia. Existen acciones realizadas por psicólogos con desconocimiento de las leyes penales, civiles, asistenciales y procesales que constituyen delitos y actos punibles, que por desgracia poco o nada denuncia el usuario, porque al igual que el psicólogo desconoce las leyes vigentes, por una parte, y, por otra, aun cuando en ocasiones está consciente del daño recibido, no cuenta con los medios probatorios necesarios para proceder por la vía penal, o con los elementos básicos para armar un buen alegato y sustentar una demanda por la vía civil, de tal suerte que se cometen atropellos a los derechos legalmente tutelados de los sujetos, e incluso a sus derechos humanos.

Por desgracia, quienes con recurrencia caen en este tipo de procesos terapéuticos corruptos son las víctimas de delito, en cualquiera de sus modalidades, y, muy especialmente, las víctimas de delitos sexuales y violencia intrafamiliar, en función de su vulnerabilidad y de las carencias teórico-metodológicas del psicólogo para brindarle una ayuda eficiente y solidaria; de tal suerte que se *doblevictimiza* al usuario, cayendo éste en un proceso de desesperanza aprendida que no le permite entender lo que está sucediendo dentro de la relación terapeuta-paciente —es decir no tiene la capacidad para asimilar los procesos de transferencia y

contratransferencia de los cuales está siendo objeto— ni mucho menos le permiten tomar acciones legales en contra del terapeuta. Aunando a su confusión, la habilidad del psicólogo para atribuirle el fracaso del proceso —de lo que ya se hizo mención anteriormente— y de la habilidad de éste para evadirse de la responsabilidad ante las autoridades, con argucias tales como el no colaborar con procesos de investigación alegando un excesivo celo del secreto profesional, por ejemplo.

Otra variante del desconocimiento legal, que se da entre el personal prestador de servicios de salud a nivel institucional —y no habló aquí únicamente de psicólogos— es el desconocimiento de las normas oficiales de salud cuya vigilancia es de carácter obligatorio, incluso para el ejercicio profesional privado y que, sin embargo, se ignoran y en algunos casos incluso se transgreden deliberadamente. Para muestra basta un botón: recientemente el 8 de marzo de 2000 se dio a conocer la NOM 190-SSA1-1999, «Prestación de Servicios de Salud, Criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar», cuyo objetivo es establecer los criterios a observar en la atención médica y la orientación que se proporcionan a los usuarios que se encuentren involucrados en situaciones de este tipo y que, por desgracia en Jalisco, no ha sido sino hasta ahora —a más de un año de su presentación—, que se ha iniciado la capacitación del personal de la Secretaría de Salud. Éste ha mostrado una gran renuencia a acatar los lineamientos y postulados propuestos por la NOM 190, sustentando tal negativa en posturas idiosincrásicas personales, encontrando una particular resistencia entre los psicólogos por temor a modificar sus patrones habituales de atención de los usuarios, por una parte, y, por otra, por ser una temática en la que incluso ellos se encuentran inmersos en su vida privada, transfiriendo su conflictiva personal al ámbito que debiera ser eminentemente profesional. Al respecto Carkhuff y Berensen apuntan que en un estudio realizado entre terapeutas «experimentados» la capacidad para la orientación es de bajo nivel, debido a la situación antes descrita.

En gran medida, lo anterior se debe al salto que se da del aula al consultorio sin pasar previamente por un proceso de resolución de conflictos personales, por una parte, y por otra, en función de que no buscamos capacitarnos para la adecuada atención ni de agresores ni de receptores de violencia en general, ni mucho menos de este tipo concreto de manifestación del control del poder y la subordinación en el hogar.

Lo antes expuesto nos lleva con tristeza a darnos cuenta de que mientras en otras asignaturas, como la medicina, la responsabilidad civil profesional, consagrada además en el Código Civil del Estado, es materia de preocupación y vigilancia a través de instancias tales como la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco, en el ámbito de la psicología no existen ni siquiera mecanismos de supervisión del quehacer profesional de quienes ejercemos esta carrera, y esta limitante incluso se vincula a la diversidad antes citada de modelos de abordaje e intervención, e incluso de concepciones del hombre, de la psicología misma y de nuestro objeto de estudio.

No obstante lo anterior, esa diversidad de modelos de abordaje y de concepciones no debe ser de manera alguna justificación para psicólogos antiéticos, razón por la que me pronuncié partidaria, primero, de la denuncia de los actos indebidos en el ejercicio profesional de colegas y, segundo, del adecuado asesoramiento de los usuarios, para que a su vez denuncien los actos punibles de los cuales sean objeto por parte de los prestadores de servicios de salud. Asimismo considero menester impulsar la difusión de las leyes y códigos vigentes en nuestro estado y de los lineamientos federales —caso concreto: las normas de salud— entre los psicólogos, porque si bien el desconocimiento de la ley no nos exime de responsabilidad, sí es factor propiciatorio de una mayor incidencia en la comisión de conductas indebidas, culposas e incluso dolosas.

Por otra parte, la supervisión del ejercicio profesional de los psicólogos, debe impulsarse desde ellos mismos, no como una acción persecutoria para descalificarnos entre sí o para privilegiar uno u otro mo-

delo teórico-metodológico, sino para propiciar, en primer lugar, la necesidad de mantenernos actualizados en materia de nuestra competencia y, en segundo, para estar en condiciones de rebatir con elementos sólidos las posibles quejas e inconformidades del público usuario de nuestro servicio.

Por último, quiero terminar esta intervención retomando las palabras de John Dewey citadas en un principio para recalcar que «en las cuestiones prácticas las circunstancias nos obligan a llegar a un compromiso», porque el no asumirlo frente a los usuarios de nuestros servicios denigra a la propia psicología, a nuestra persona, pero, sobre todo, nos convierte en agentes de alienación y sometimiento social. Y en un contexto convulso como el que vivimos hoy en día, donde la crisis caracteriza todo escenario político, ideológico, religioso, axiológico, entre otros, el psicólogo debe eruirse como un agente de cambio, elemento clave para aquellos que confíen en sus manos su propio equilibrio y salud mental. Sea entonces éste un exhorto para conjuntar esfuerzos y hacer del ejercicio de la psicología una responsabilidad asumida con ahínco y ética profesional en el más amplio sentido de la palabra.

LOS RIESGOS DE LA RESPONSABILIDAD PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA

Héctor Ochoa Velásquez

Profesor investigador,

ex-coordinador de la carrera de Odontología del CUCS-UdeG

Cuando se trata a un ser humano, fisiológicamente cambiante, no es posible establecer procedimientos de curación estandarizados que nos garanticen en todos los casos, de manera universal, el éxito del tratamiento. La odontología, al igual que las demás disciplinas de las ciencias de la salud como medicina, psicología y enfermería, queda atrapada en este concepto. Si bien es cierto que en la carrera de cirujano dentista existe una cantidad importante de procedimientos para la curación o restauración del aparato estomatognático, perfectamente estudiados y descritos en la bibliografía convencional, también es cierto que las «condiciones individuales» de la salud bucal de cada paciente obligan al odontólogo a elegir, de entre todas estas opciones, la mas indicada para cada caso en particular.

La reflexión anterior nos debe hacer comprender, como profesionales de la salud, que, en lo que me permito llamar «condiciones individuales», se enmarcan no sólo las que se refieren a la estructura dentaria, como pueden ser el estado de integridad de los tejidos que conforman el diente, o las condiciones en las que se encuentran los tejidos periodontales, o tal vez la presencia de patologías bucodentomaxilares de difícil diagnóstico y tratamiento, o los problemas de maloclusión, estética, reabsorciones óseas, dolor y, en pocas palabras, a las que se refieren específicamente al estado de salud bucal desde el punto de vista fisiológico, funcional y estético, sino a todas aquellas que, de manera un tanto

circunstancial, pueden influir para que el tratamiento realizado en la cavidad bucal de nuestro paciente, aunque sea técnicamente perfecto, no logre satisfacer al mismo y, en consecuencia, nos veamos en la penosa necesidad de enfrentar un proceso de demanda o inconformidad ante el Ministerio Público o, en el mejor de los casos, ante la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Jalisco.

Así pues, el odontólogo moderno debe crear conciencia de que en el proceso de atención de su paciente debe considerar no sólo las condiciones de salud bucal, sino también aspectos como el nivel sociocultural, las condiciones económicas, los hábitos y su posible relación con los aspectos psicológicos, y debe darse tiempo para conocer cuáles son las expectativas del paciente en relación del trabajo que se le va a hacer en la boca.

El nivel sociocultural de los pacientes que llegan a la consulta no debe ser considerado por el dentista como bueno o malo de manera arbitraria, es decir, no debemos encajonar en un concepto muy particular a los pacientes de acuerdo a nuestro criterio, sólo debemos averiguar dicho nivel para poder ofrecer opciones de tratamiento que estén de acuerdo al medio ambiente del paciente, para que el trabajo no corra el riesgo de ser mal criticado por sus familiares o amigos con las consecuencias ya conocidas, que hacen que un trabajo bien realizado e indicado no deje conforme al paciente.

Tal es el caso de las coronas 3/4 que a algunos nos parecen horribles y que, sin embargo, existen muchas personas que solicitan este tipo de restauración. Las condiciones económicas deben ser tratadas con especial atención por parte del profesional de la odontología, debido a que muchos colegas pueden confundir un tratamiento económicamente barato con un tratamiento mal hecho.

En este sentido vale la pena reflexionar y analizar muy bien las condiciones de salud bucal de nuestro paciente, en relación con las opciones de tratamiento, y estos dos aspectos en relación con las condiciones

económicas del paciente. Sabemos que en nuestro país existe un grado importante de pobreza, negarlo sería absurdo, también sabemos que algunos tratamientos dentales pueden ser caros, y lo que es peor, es la relación que parece existir entre la pobreza económica con condiciones lamentables de salud bucal.

En estos casos debemos poner en práctica todos nuestros conocimientos, analizando con detalle las posibilidades que nos permitan realizar el mejor tratamiento posible al menor costo, y aunque esta claro que estudiamos una carrera con la finalidad de vivir decorosamente de las ganancias que nos puede brindar, también debemos considerar la posibilidad de sacrificar parte de nuestras ganancias cuando nos toque atender a alguna persona económicamente insolvente. Es en este grupo social en donde, en términos generales, se realizan los tratamientos menos indicados y en donde prácticamente nunca se analiza el futuro, sólo se van dando soluciones urgentes a problemas actuales; como ejemplo de esta práctica sólo es necesario recordar cuántas extracciones dentales hemos hecho cuando la endodoncia y la restauración eran lo indicado. Sin embargo, no deja de ser una mala práctica profesional por la cual un paciente podría inconformarse y ante lo cual el dentista no tendría mucho que objetar.

Especial atención debemos tener también con los hábitos bucales y el componente psicológico de los mismos, tal es el caso principalmente del bruxismo. Este mal hábito no solamente contraindica una importante cantidad de técnicas de restauración, sino que nos impide pronosticar las condiciones en las que va a estar esa boca unos cuantos meses después. Estas condiciones nos obligan a planificar perfectamente nuestro tratamiento seleccionando las técnicas y materiales mas adecuados y estableciendo con toda claridad a nuestro paciente los riesgos que, por su hábito, corren los trabajos de su boca.

También es importante que se oriente al paciente para recibir atención psicológica con la finalidad de corregir el hábito ya que, como se ha

descrito, es de todos conocido que una gran cantidad de hábitos orales tienen que ver con trastornos de la conducta o se deben al ritmo acelerado de la vida moderna.

Resulta de gran importancia conocer qué es lo que espera el paciente de nosotros como profesionales de la odontología, es decir, cuáles son sus expectativas, qué espera de su tratamiento, qué es lo que le interesa, la función, la estética, o ambas. Una vez que conocemos lo que el paciente desea, es importante que no formemos falsas expectativas y que se le diga qué es exactamente lo que podemos ofrecer. Todos sabemos que en muchas ocasiones no es posible cumplir cabalmente con lo que el paciente desea. Esto se debe generalmente a condiciones fisiológicas o a grados avanzados de destrucción de los tejidos dentales y periodontales, lo cual impide cumplir con expectativas estéticas y/o funcionales, que el paciente no puede comprender porque para él solo importa volver a tener una dentadura como «cuando tenía quince años o igual a la de su amiga».

Nunca será suficiente recalcar a todos mis colegas la importancia de establecer junto a nuestro paciente las dimensiones reales que puede abarcar el tratamiento, explicando con sencillez las causas que determinan las limitaciones del tratamiento y dejando en claro lo que es posible realizar.

Otro asunto que debemos considerar es el referente al ofrecimiento de servicios profesionales para los que no estamos capacitados cabalmente, porque si bien es cierto que al estudiar la carrera se nos prepara para ejercer la odontología de práctica general, también es cierto que, debido generalmente a necesidades económicas o a deseos mal fundados de involucrarnos en determinados campos de la carrera, comenzamos tratamientos para los que no estamos formalmente capacitados y corremos el riesgo del fracaso, tal es el caso muy común en la actualidad de tratamientos de ortodoncia, cirugía bucal, endodoncia y rehabilitación, principalmente.

Recordemos que ahora los pacientes ya cuentan con un organismo al cual acudir a presentar su inconformidad, en donde serán atendidos debidamente y se le dará seguimiento a su petición, lo cual nos obliga como profesionales de la odontología, sin mencionar de momento los aspectos éticos, a ofrecer sólo los servicios para los que estemos debidamente preparados.

Con el afán de recordar algunos tratamientos en los que resulta relativamente fácil demostrar que el dentista se equivocó, o definitivamente no los realizó de forma adecuada, y sin la pretensión de mencionar todos los posibles, me permito citar a continuación los que podrían resultar mas frecuentes y que, en consecuencia, pueden poner en entredicho nuestro prestigio profesional:

- Restauraciones desajustadas.
- Prótesis totales desajustadas.
- Endodoncias mal realizadas.
- Extracciones no indicadas.
- Restauraciones en mal oclusión.
- Tratamientos de ortodoncia deficientes.
- Desgaste de dientes naturales antagonistas de restauraciones mal ajustadas.
- Parestesias posquirúrgicas.
- Fragmentos dentarios alojados por el dentista en el seno maxilar.
- En odontopediatría, restauraciones proximales únicas abarcando dos órganos dentarios.
- Coronas de acero de gran tamaño o que corresponden por su forma a otro diente.

Estoy seguro de que existen más y que seguramente los colegas que estén leyendo este documento podrán recordarlos de acuerdo a las características de su propia práctica, sin embargo, la intención de mencionarlos es para recordar algo nunca debemos olvidar: «El prestador de servicios en el área de las ciencias de la salud, por tener la deferencia de

atender seres humanos, no puede darse el lujo de equivocarse, porque en su práctica existe la obligación implícita de ofrecer a sus pacientes el don más preciado por el hombre: la salud».

Por último, voy a referirme a algunas consideraciones que desde mi punto de vista ayudará al odontólogo a evitar la mala práctica profesional y, en consecuencia, la posibilidad de tener que enfrentar alguna inconformidad o demanda por parte de los pacientes que atiende.

En principio está la realización correcta de la historia clínica, la cual deberá cubrir todos los requisitos estipulados por la Norma Oficial Mexicana. Establecer de la forma más precisa posible, y preferentemente por escrito, el motivo de la consulta, lo que el paciente espera de su tratamiento y, en contraposición a lo anterior, lo que realmente podemos ofrecer.

Realizar el diagnóstico de las condiciones de salud bucal del paciente, sin olvidar mencionar la posibilidad de que el plan de tratamiento puede tener variaciones de acuerdo a imponderables que pueden presentarse en el transcurso del mismo. Como ejemplo de lo anterior es conveniente recordar cuántas veces, al estar realizando una preparación, nos vemos en la necesidad de realizar un tratamiento de endodoncia que no estaba programado.

No realizar trabajos para los que sabemos que no estamos preparados. De preferencia, registrar fotográfica y radiográficamente las condiciones en las que llegó el paciente, y las finales.

El paciente debe firmar personalmente, si es mayor de edad, o sus padres si no lo es, la aceptación del plan de tratamiento, en el cual deben especificarse la calidad de los materiales a utilizar, el tipo de restauraciones, los riesgos de fracaso del mismo y los cuidados que el paciente debe tener con su boca, que garanticen la estabilidad de lo que realizamos.

RESPONSABILIDAD LEGAL EN EL EJERCICIO DE LA MEDICINA

César Martínez Ayón

*Jefe del Departamento de Hematología
del Antiguo Hospital Civil de Guadalajara «Fray Antonio Alcalde»*

En el mundo actual, con su incontrolable tendencia a la globalización, se cierne una amenaza de convertir en una pandemia las demandas contra los médicos, con razón o sin ella, por supuestos o evidentes errores en la atención de los enfermos.

Entendida la medicina como una ciencia de incertidumbre y arte de probabilidades, es claro que el error acecha a cada momento. Imposible creer que es factible la infalibilidad del ser humano, particularmente cuando se enfrenta a las variables infinitos con las que se originan y manifiestan las enfermedades.

Bajo estas premisas, es ineludible que los médicos, todos, seamos el blanco potencial para ser señalados, y eventualmente enjuiciados, a solicitud expresa de los pacientes o sus familias.

A esto habrá que añadir que en la cultura occidental se cree que lo tecnología se ha convertido en la solución de gran parte de los problemas de lo vida moderna, contribuyendo así a la negación de la realidad y a su aceptación.

El envejecimiento puede disimularse eliminando las arrugas de lo piel mediante una cirugía plástica y, en casos extremos, es posible transplantar un órgano y posponer la muerte. Esta situación conflictiva ha venido a complicarse más con la intervención de otros actores, como abogados y compañías de seguros, que son los beneficiarios directos de ella.

Se ha desarrollado gradualmente una estructura organizada que capitaliza los quejas por mala práctica profesional, en la cual los médicos somos los *perdedores*, aunque no únicos.

La que fue una relación de confianza entre el médico, los pacientes y sus familias, bajo esta nueva realidad se ha deteriorado gradualmente, surgiendo la llamada «medicina a la defensiva».

Ahora, además de intentar hacer un diagnóstico y un tratamiento efectivos, hay que investigar todas las posibilidades, por remotas que pudieran parecer.

Todo eso consume enormes recursos económicos que tienen que pagar los pacientes, sus familias o las instituciones de salud.

Aquí, de nuevo, los beneficiarios son otros, no los que deben interesarnos más, nuestros pacientes. Aún así, la medicina tecnificada no es mejor que la ejercida con la preparación académica, inteligencia y sensibilidad necesarias.

Las máquinas electrónicas de muy alto costo, no han podido superar la capacidad de un observador experto al revisar un simple extendido de sangre periférica. Tampoco han podido transmitir al enfermo la importancia de sus resultados para el tratamiento específico de su enfermedad.

Por ello, la medicina tendrá que seguir siendo una actividad con un profundo contenido humano. Si ésta continúa como una profesión u oficio, depende en gran parte de la capacidad de los médicos para reafirmar su profesionalismo.

Ser profesional implica no sólo tener un amplio conocimiento técnico ni tener títulos de postgrado, sino aplicar el vasto conocimiento con sensibilidad, elegancia y buen juicio, para recobrar y mantener la salud de los enfermos.

Para evitar conflictos con los enfermos es indispensable recordar qué esperan del médico:

- a) interés en ellos como seres humanos;

b) amplia capacidad en la aplicación de la ciencia y la tecnología médicas;

c) ser debidamente informados y

d) no ser abandonados

Estas expectativas del enfermo, tan simples de enunciar, no son tan fáciles de cumplir. La medicina institucional es un claro ejemplo de ello. Los médicos y pacientes son, a veces, tan sólo números que entran en las estadísticas de productividad. Allí frecuentemente la relación es impersonal y precipitada por el volumen de trabajo, generando tensión.

Los recursos de diagnóstico y tratamiento son usualmente limitados, exponiendo a los médicos al error y a los pacientes a sufrir las consecuencias.

Por ello, el análisis y discusión de los problemas de salud debe hacerse de una manera amplia y detallada con los pacientes y sus familias.

Las personas que sufren de padecimientos terminales suelen ser abandonadas como consecuencia de la frustración del médico al no poder vencer la enfermedad. Jamás debe procederse de esa manera, porque siempre habrá algo que hacer para que los pacientes alivien o mejoren sus síntomas.

Todo este panorama, desalentador unas veces y otras angustioso para el médico, debe ser enfrentado con decisión. Es necesario que las organizaciones médicas sigan promoviendo las actividades académicas, pero deben pugnar por lograr un marco legal más justo y equitativo, evitando así que muchos médicos sean dañados en su vida profesional y personal.

Habrà que difundir el concepto de que el cuidado de la salud es responsabilidad de todos y no sólo del médico. Si cada uno cumplimos con la parte del compromiso social que nos corresponde, la relación cordial y humanista entre los médicos y pacientes volverà a restablecerse.

PREGUNTAS DEL AUDITORIO

Con las preguntas del auditorio se elaboró un documento que fue entregado a los cuatro panelistas con la invitación de que le dieran respuesta, dejando a su libre decisión abordar todas las cuestiones o realizar una selección de acuerdo a su propio interés. Como resultado se obtuvo un número de respuestas variable, pero lo mejor fue que con esta dinámica podemos ofrecer varias respuestas a una misma pregunta, variando tan sólo la perspectiva disciplinar del panelista.

RESPUESTAS DE ENFERMERÍA

¿Qué actitudes deberán asumirse cuando se recibe una agresión de un paciente?

R. No debe contestarse la agresión, simplemente hay que tratar de tranquilizar al paciente con la intervención de otras personas, como el jefe de piso, el sub-jefe de enfermeras, trabajo social, etcétera. Ahora bien, si fue agredida físicamente puede denunciar este hecho en la Procuraduría de Justicia, ante el Agente del Ministerio Público, previa lesión de partes, y seguir el juicio hasta la reparación del daño. Esto es por separado, no tiene que intervenir la institución laboral.

¿Cuál es la responsabilidad del prestador del servicio de salud cuando la participación de la otra parte —el paciente o su familiar— no cumple con la suya?

R. Cuando el paciente no acepta el tratamiento debe registrarlo en la hoja de enfermería y notificarlo a su jefe inmediato; el médico debe pedirle al familiar, por escrito, la no aceptación, porque de esta manera se protege el personal y la institución.

¿Qué se hace a nivel institucional para normar este tipo de práctica profesional?

R. Cada institución tiene su propia normatividad, lo importante es conocerla para pedir o, en un momento dado, exigir su aplicación; por lo tanto, pregunte cuál es el marco normativo, y si no lo tienen, debe apegarse a lo general, como la Ley Federal de Trabajo, la Ley General de Salud, entre otras.

Una de las políticas de salud más importantes del presente sexenio es la «Cruzada por la calidad» ¿de qué manera puede contribuir este tipo de reflexiones sobre la responsabilidad profesional para el logro de esa política?

R. Definitivamente, este programa es sobre la calidad, si ésta se da como tal le aseguro que no habría implicaciones legales, puesto que se trabajaría apegado a las normas establecidas, y al haber calidad en la atención no habrá denuncias de parte del usuario.

¿Cuál es el nivel de adecuación de los procedimientos administrativos e institucionales a la NOM 168 del Expediente Clínico?

R. La norma general es para todas las instituciones, cada institución tiene sus políticas y particularidades, de acuerdo a ellas hacen las adecuaciones, pero para mejorarla y nunca para realizar menos; además que la norma debe ser revisada y analizada en forma colegiada para poder llegar a realizar las adecuaciones.

¿Qué hacen los departamentos jurídicos en las instituciones de salud para promover la observancia de la norma?

R. Los departamentos jurídicos aplican la norma, pero la obser-

vancia de la misma nos compete a todos, y para poder hacer la observancia debemos de conocerla.

Hay médicos que más que trabajar para la salud, trabajan para los laboratorios, promoviendo medicamentos que no cumplen con el objetivo, ¿cómo regulan esto?

R. Esta normado en la Ley General de Salud todo lo referente a medicamentos, y quien tiene la facultad para supervisar el buen uso y calidad de los mismos es la Secretaría de Salud.

El futuro de la práctica médica debe ser: ¿preparar médicos-abogados, que aprendan todo tipo de argucias para librarse de problemas legales, o preparar médicos en toda la extensión de la palabra, que reduzcan o desaparezcan las demandas legales por parte de los pacientes?

R. En lo personal estoy de acuerdo con lo segundo, porque le aseguro que si el médico trabaja con responsabilidad y calidad no va a tener demandas, y definitivamente esto comienza desde su formación.

¿Qué significa ser debidamente informados?

R. Conocer las leyes que rigen nuestro quehacer profesional, como la Ley Federal de Trabajo, la Ley General de Salud, la Ley de Profesiones, el Código Penal y las normas editadas por la Secretaría de Salud, que regulan los procedimientos que se realizan a diario.

Desde el punto de vista legal, ¿a quién le corresponde dar la información de la enfermedad o padecimiento al paciente? ¿Dónde está reglamentado?

R. El que conoce el fundamento científico de la patología que aqueja al usuario es el médico, por lo tanto él es quien debe informar al paciente, y en cuanto a dónde esta reglamentado, las leyes son generales, pero la formación y el nivel de competencia en cuanto al manejo del paciente no.

Menciona «...nunca aplicar un medicamento sin la indicación por escrito...» Sería conveniente que aclarara qué pasa cuando el médico realiza reanimación (masaje cardiaco) y no puede dar la indicación por escrito por razones obvias, y que no se aplica el *nunca*. Son situaciones muy especiales y que se presentan debido a la emergencia, y en la cual participan varias compañeras y la jefe del servicio, por lo tanto, en esos momentos no hay problema, puesto que hay varios testigos.

¿Qué hacer cuando un médico indica un medicamento que sabemos, con conocimiento de causa, puede hacerle daño del paciente? La pregunta es como jefe inmediato del personal operativo de enfermería, ya que como tal se le dice a la enfermera que no lo aplique, pero ¿después?

R. Si usted sabe que ese medicamento va a causarle un daño al paciente, debe comunicarlo al jefe del médico de ese servicio y juntos tomar una decisión, si es correcta la orden o no.

¿Cuál es el papel de los colegios o asociaciones de psicólogos ante la problemática expuesta?

R. Con los psicólogos no sé, pero con enfermería, el papel que juegan es sobre la orientación y asesoría en el momento dado que se requiera; además de que los colegios deben de impartir educación sobre estos temas, entre otras actividades que tienen.

Las ordenes médicas no siempre tienen al calce la firma del médico, la cédula, el registro y la hora, ¿con qué se ampara la enfermera?

R. Esto es una irregularidad que debe corregir el jefe del servicio del área médica, a petición de la jefa de piso en enfermería, por lo que siempre, al revisar las indicaciones, el personal de enfermería debe verificar si reúne los requisitos, y si no, debe comunicarlo a su jefe inmediato, y como se ampara la enfermera es haciendo ver la irregularidad para que se corrija.

RESPUESTAS DE PSICOLOGÍA

¿Qué actitudes deberán asumirse cuando se recibe una agresión de un paciente?

R. El terapeuta, habiendo realizado con anticipación la evaluación y diagnóstico del paciente, deberá estar en condiciones de anticipar la posibilidad de recibir alguna agresión por parte de éste, por lo tanto, deberá establecer las medidas de seguridad necesarias, tales como no trabajar a puerta cerrada con él o ella, hacer del conocimiento del superior inmediato el plan de trabajo con dicho paciente y las posibilidades existentes de agresión; si se trabaja en instituciones en donde es común la posibilidad de la agresión (sistema penitenciario, pospenitenciario, instituciones psiquiátricas), solicitar la presencia de custodios al lado del consultorio.

Cuando la agresión no es previsible en los términos antes descritos y ésta se presenta en consulta, se evitará repelerla con agresión física y debe solicitarse de inmediato la intervención de terceros, miembros del personal operativo de la institución para la cual se labore; salvo que se esté en peligro grave, se admite la agresión física como legítima defensa, debiendo proceder inmediatamente a la presentación de la denuncia penal si así lo amerita el caso.

¿Cuál es la responsabilidad del prestador del servicio de salud cuando la participación de la otra parte —el paciente o su familiar— no cumple con la suya?

R. Antes del comienzo del tratamiento, y una vez realizada la debida evaluación y diagnóstico del caso, se deberá establecer un «contrato», por así llamarlo, con el paciente y sus familiares (si así fuere necesario), en el que se deberán estipular los lineamientos a seguir durante el tratamiento y la responsabilidad de una y otra partes, así como la meta deseada al concluir el mismo, quedando a su vez establecido que en caso del incumplimiento de dichas responsabilidades se concluirá el tratamiento independientemente de haber llegado a la meta final o no. Dicho acuer-

do preferentemente deberá hacerse en forma escrita y se agregará al expediente del usuario.

¿Qué se hace a nivel institucional para normar este tipo de práctica profesional?

R. Desgraciadamente en el rubro del ejercicio de la psicología clínica, las instituciones suelen no tener regulación alguna sobre el trabajo de los psicólogos, siendo ésta una situación delicada si consideramos que al darse un ejercicio indebido por parte de estos profesionistas, la institución a la que pertenecen es subsidiariamente responsable del daño que se pueda generar al usuario, por lo tanto considero que un primer ejercicio a realizar para superar dicha situación sería la estandarización de procedimientos, seguido de la supervisión semanal de expedientes y avance en los casos, la asesoría semanal de los mismos preferentemente en forma interdisciplinar —si la estructura de la institución así lo permite—, considerando la asesoría externa de casos si la gravedad de estos así lo requiriese.

Una de las políticas de salud más importante del presente sexenio es la «Cruzada por la calidad» ¿de qué manera puede contribuir este tipo de reflexiones sobre la responsabilidad profesional para el logro de esa política?

R. En el caso concreto de la psicología clínica el solo hecho de poner sobre la mesa de discusión dicha temática es comenzar un ejercicio autocrítico con miras a buscar la optimización del quehacer profesional, ya que hasta ahora, poco o nada se aborda el tema, o bien, se deja al libre albedrío de quienes ejercemos la psicología en cualquiera de sus áreas de aplicación, no sólo en el ámbito clínico.

¿Cuál es el papel de los colegios o asociaciones de psicólogos ante la problemática expuesta?

R. Si la esencia de los colegios de psicólogos es buscar elevar a nivel de excelencia el ejercicio profesional de sus agremiados, es menester

que al interior de estos se generen las discusiones necesarias que se traduzcan en programas de actualización, especialización y evaluación continua de éstos, de otro modo su existencia es banal desde mi punto de vista y sólo sirve para legitimar malas prácticas profesionales.

RESPUESTAS DE ODONTOLOGÍA

¿Qué actitudes deberán asumirse cuando se recibe una agresión de un paciente?

R. En este sentido puedo comentar que las agresiones por parte de pacientes en odontología no son un aspecto común y que, por lo general, los desacuerdos de parte de los pacientes mas bien se manifiestan abandonando el tratamiento, algunos pacientes pueden exigir que se les reintegre el dinero que han aportado para su tratamiento y otros simplemente dejan de asistir a la consulta. Debo recalcar que lo anterior se debe principalmente a la falta de explicación por parte del dentista en relación a lo que realmente puede ofrecer al paciente, y a las expectativas que el mismo tiene de cómo va a quedar su boca. Sin embargo, si llegara a suceder que un paciente se comporte de forma agresiva, creo que la actitud, como todo en la vida, debe ser de prudencia, es decir, no se debe contestar la agresión y se debe tratar de calmar al paciente y explicarle cuál o cuáles son las causas de que el tratamiento no esté cumpliendo con sus expectativas; si después de esto no se llega a ningún acuerdo, lo conveniente es negociar con el paciente el aspecto económico y permitir que cambie de dentista.

En este sentido vale la pena retomar, sobre todo para las odontólogas, el aspecto de otro tipo de agresión que es el acoso sexual por parte de algún paciente. Por comentarios de compañeras de profesión me he dado cuenta que esto es algo más o menos común en su práctica profesional. Ellas mismas comentan que a pesar de comportarse de forma profesional, no pueden evitar que algún varón que están atendiendo se

comporte inadecuadamente en este sentido. La recomendación está orientada a que hablen con su paciente, explicándole de manera amable que su relación es simplemente profesional y no va a pasar de ahí; si el paciente insistiera en su actitud vale la pena dejar de atenderlo.

¿Cuál es la responsabilidad del prestador del servicio de salud cuando la participación de la otra parte —el paciente o su familiar— no cumple con la suya?

R. He mencionado antes la importancia de establecer con el paciente la parte que a él le corresponde. Todos sabemos que los trabajos que el dentista realiza necesitan de cuidados en el hogar —cepillarse los dientes, uso del hilo dental, etcétera— y de un mantenimiento por parte del profesional, el cual debe ser periódico y metódico. Los dentistas debemos establecer estas condiciones por escrito y recabar la firma del paciente, para evitar desavenencias en este sentido. Por último, debemos aclararle a nuestros pacientes que nuestra responsabilidad termina cuando él no responde a los cuidados acordados y firmados.

Una de las políticas de salud más importante del presente sexenio es la «Cruzada por la calidad», ¿de qué manera puede contribuir este tipo de reflexiones sobre la responsabilidad profesional para el logro de esa política?

R. La responsabilidad profesional no es cuestión de política sexenal, es un programa que debe de ser permanente y se debe de aplicar en todos y cada uno de nuestros pacientes. En este sentido, vale la pena hacer una reflexión que frecuentemente hago con mis alumnos: les explico que la diferencia entre ser uno de los profesionales de la odontología de fama y respeto, que tal vez ellos conocen, y ser otro dentista más, consiste en realizar todos los días el mejor y mayor esfuerzo en la atención a cada uno de nuestros pacientes, empleando siempre los mejores materiales y las mejores técnicas, para lo cual debemos estar constantemente actualizados, por lo que debemos pertenecer a algún colegio de nuestra profesión y asistir por lo menos a dos congresos al año. Esto

garantizará a la larga la fama y el prestigio. Aparte, me permito llamar la atención en el sentido de que la responsabilidad profesional es una cuestión de ética, imprescindible en el trato y en el tratamiento de nuestros pacientes. La pregunta que en lo personal me hago siempre que voy a atender a un paciente es: ¿me gustaría que un dentista con mis conocimientos y mi forma de ser, en cuanto al trato con mis pacientes, me atendiera? Si la respuesta es afirmativa debo proseguir con el trabajo, si la respuesta es negativa, significa que no estoy preparado para hacerlo y, en consecuencia, debo buscar y recomendar a mi paciente con el profesional indicado.

Hay dentistas que más que trabajar para la salud, trabajan para los laboratorios, promoviendo medicamentos que no cumplen con el objetivo, ¿cómo regulan esto?

R. Ciertamente, por lo menos, hasta donde yo conozco, no existe regulación al respecto. Sin embargo, en este sentido, mi comentario se refiere más a la incapacidad de los profesionales de la odontología que, por su falta de conocimientos, aceptan las sugerencias de los representantes de los laboratorios sin analizar las ventajas, desventajas o las condiciones de aplicación de los productos en relación a sus pacientes. Estoy seguro de que los profesionales bien capacitados saben elegir de entre los productos a su disposición, los adecuados y/o indicados, y nunca se dejan influir por los representantes y de los laboratorios.

RESPUESTAS DE MEDICINA

¿Qué actitudes deberán asumirse cuando se recibe una agresión de un paciente?

R. En la práctica médica cotidiana hay siempre un tipo de pacientes que son difíciles en su trato personal. Algunos de ellos se manifiestan claramente agresivos. En tales casos, el médico debe mantener una actitud profesional. Esto implica la serenidad necesaria para identificar la

razón de ese proceder. Eventualmente, puede tratarse de casos con padecimientos neurológicos o psiquiátricos que deben ser diagnosticados con precisión.

¿Cuál es la responsabilidad del prestador del servicio de salud cuando la participación de la otra parte —el paciente o su familiar— no cumple con la suya?

R. La responsabilidad del médico se limita a las consecuencias derivadas de sus acciones y nada más.

¿Qué se hace a nivel institucional para normar este tipo de práctica profesional?

R. A nivel institucional hay normas que rigen el proceder de los médicos y muy poco se escriben respecto a las obligaciones de los pacientes y sus familiares.

Una de las políticas de salud más importante del presente sexenio es la «Cruzada por la calidad» ¿de qué manera puede contribuir este tipo de reflexiones sobre la responsabilidad profesional para el logro de esa política?

R. La llamada «Cruzada por la calidad», para tener éxito, requiere de mejorar la infraestructura para brindar mejor atención. Entre otros factores, es necesario aumentar los presupuestos para este objetivo, mejorar el nivel de educación médica del público en general e impulsar el mayor nivel académico posible de los médicos.

El futuro de la práctica médica debe ser: ¿preparar médicos-abogados, que aprendan todo tipo de argucias para librarse de problemas legales, o preparar médicos en toda la extensión de la palabra, que reduzcan o desaparezcan las demandas legales por parte de los pacientes?

R. Más que preparar híbridos médicos-abogados, es más importante que haya médicos de alto nivel de preparación, que sepan aplicar sus conocimientos con buen juicio, manteniendo una buena relación con los pacientes y sus familias. En estas condiciones, aquellos errores por

acción u omisión que no tengan consecuencias mayores para la salud, pocas veces darán origen a una demanda.

¿Qué significa ser debidamente informados?

R. Ser debidamente informado significa que el médico haga del conocimiento, del paciente y su familia, todo lo concerniente a su enfermedad, posibilidades de tratamiento, efectos colaterales de éste y el pronóstico.

Desde el punto de vista legal, ¿a quién le corresponde dar la información de la enfermedad o padecimiento al paciente? ¿Dónde está reglamentado?

R. La información que se da al paciente en relación a su enfermedad debe ser dada siempre por el médico tratante. Independientemente de que esté o no legislado, el paciente solicita la consulta a quien considera es su médico de confianza. Además, es el que, se supone, más sabe de su problema de salud.

¿Qué hacer cuando un médico indica un medicamento que sabemos, con conocimiento de causa puede hacerle daño del paciente? La pregunta es como jefe inmediato del personal operativo de enfermería, ya que como tal se le dice a la enfermera que no lo aplique, pero ¿después?

R. Todos los medicamentos tienen efectos potenciales adversos; siempre deberá hacerse el análisis de la relación entre riesgo y beneficio antes de tomar la decisión.

Responsabilidad profesional en salud

terminó de imprimirse en abril de 2002 en Editorial Pandora S. A. de C. V.,

Caña 3657, La Nogalera, 46170, Guadalajara, Jalisco, México.

Se tiraron 2000 ejemplares mas sobrantes para reposición.

Composición tipográfica, cuidado de la edición:

RAYUELA, DISEÑO EDITORIAL

Este documento busca ser una aproximación a los riesgos de incurrir en un asunto de responsabilidad profesional en cuatro de las más importantes disciplinas de las ciencias de la salud: medicina, odontología, enfermería y psicología, con el atributo enriquecedor de que los aspectos legales existentes en las leyes, reglamentos y normas, son planteados desde la perspectiva de los profesionales de cada una de estas disciplinas, basados en su experiencia profesional. Esta visión se complementa al incorporar un capítulo con las preguntas del auditorio y la respuesta de los panelistas participantes en el Panel-foro «Responsabilidad profesional en salud».

Quienes participamos en la planeación, organización y desarrollo de este Panel-foro, decidimos extender el efecto de esta experiencia académica y beneficiar con ello a un mayor número de profesionales de la salud ya formados, así como a los que se encuentran en el proceso de formación profesional, provocando sus reflexiones respecto al tema, de forma tal que con su lectura descubran una motivación para la mejoría en la calidad de los servicios que prestan a sus pacientes. En última instancia, esta es la finalidad más importante de la elaboración de este testimonio escrito que ofrecemos a la comunidad de las ciencias de salud.

