

ÉTICA Y ODONTOLOGÍA. UNA INTRODUCCIÓN

Centro Interdisciplinario
de Estudios en Bioética (CIEB)

Carmen Cardozo, Eduardo Rodríguez,
Fernando Lolas y Álvaro Quezada

- César Abadía • Carolina Álvarez de la Cadena •
Clemencia Bermúdez • Blanca Bórquez • Ana Buendía
- Luis Ciocca • Cristina Deangelillo • Francy García
- Rina Guerra • Roberto Irribarra • Alicia Losoviz •
Fernando Romo • María Angélica Torres-Quintana
- Jorge Triana • Carolina Valdebenito

ESCRITOS DE BIOÉTICA
N° 2, 2006

ÉTICA Y ODONTOLOGÍA. UNA INTRODUCCIÓN

Centro Interdisciplinario
de Estudios en Bioética (CIEB)

Carmen Cardozo, Eduardo Rodríguez,
Fernando Lolas y Álvaro Quezada

• César Abadía • Carolina Álvarez de la Cadena •
Clemencia Bermúdez • Blanca Bórquez • Ana Buendía
• Luis Ciocca • Cristina Deangelillo • Francy García
• Rina Guerra • Roberto Irribarra • Alicia Losoviz •
Fernando Romo • María Angélica Torres-Quintana
• Jorge Triana • Carolina Valdebenito

Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Universidad de Chile

ÉTICA Y ODONTOLOGÍA. UNA INTRODUCCIÓN

© CIEB, Universidad de Chile
Primera edición, noviembre de 2006

<http://www.uchile.cl/bioetica/>
e-mail: c-bio@uchile.cl

Registro de Propiedad Intelectual N° 159.671
ISBN: 956-19-0549-3

Diseño y diagramación: Fabiola Hurtado Céspedes

Impreso Andros impresores.
Impreso en Chile

Los editores no son responsables de las opiniones vertidas por los autores en cada uno de los capítulos.

Ninguna parte de esta publicación, incluyendo el diseño de la cubierta, puede ser reproducida, almacenada o transmitida por medio alguno, ya sea eléctrico, químico, mecánico, óptico, de grabación o fotocopia, sin autorización previa el editor.

Escritos de Bioética

Nº 2, 2006

ÉTICA Y ODONTOLOGÍA. UNA INTRODUCCIÓN

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB)

Carmen Cardozo, Eduardo Rodríguez,
Fernando Lolas y Álvaro Quezada

• César Abadía • Clemencia Bermúdez • Blanca Bórquez • Ana Buendía • Luis Ciocca • Cristina Deangelillo • Francy García • Rina Guerra • Roberto Iribarra • Alicia Losoviz • Fernando Romo • María Angélica Torres-Quintana • Jorge Triana • Carolina Valdebenito

Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
Universidad de Chile

Índice

AUTORES	9
NOTA PRELIMINAR	11
PRESENTACIÓN	13
INTRODUCCIÓN	15
ÉTICA, BIOÉTICA, LEY: CONCEPTOS BÁSICOS	19
Ética	19
Ética profesional en odontología (deberes del dentista)	21
<i>Componente moral</i>	21
<i>Componente intelectual</i>	22
<i>Componente organizacional (interrelación profesional y con la comunidad, códigos de ética y asociación profesional)</i>	23
Bioética	25
Ley	30
ODONTOLOGÍA: PROFESIÓN DE RIESGO	33
Introducción	33
La experiencia de CONAMED	34
Tipos de riesgo	37
<i>Riesgos que afectan la esfera psíquica</i>	37
<i>Riesgos que afectan la esfera física</i>	37
Riesgos que afectan al profesional y al personal auxiliar en odontología	38
¿Cómo se gestionan los riesgos en odontología?	38
¿Qué aspectos involucra la gestión de riesgos?	38
Recomendaciones que pueden ayudar a evitar el riesgo de demandas de mala práctica	39
EL CONCEPTO “SALUD-ENFERMEDAD ORAL”: DEL EJERCICIO INDIVIDUAL A LA SALUD COLECTIVA. UN DILEMA PARA EL ODONTÓLOGO ACTUAL	45
¿Por qué un nuevo concepto?	45
Un nuevo paradigma	49

ANTROPOLOGÍA MÉDICA: APROXIMACIÓN A LA SALUD ORAL	53
Definiendo antropología médica	53
Evolución de las prácticas en salud	53
Oralidad, identidad y salud	55
Conclusión	57
LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD Y ATENCIÓN EN AMÉRICA LATINA Y LOS EFECTOS EN EL EJERCICIO DE LA ODONTOLOGÍA: INEQUIDAD E INJUSTICIA	59
¿Cuál es la relación entre las desigualdades sociales y la salud?	60
Protocolos de manejo: ¿cómo manejan la odontología y la medicina las desigualdades sociales?	62
La odontología como práctica que fomenta las desigualdades sociales	64
Prevención para los pobres y tratamiento para los ricos	67
Propuestas de la salud oral para la salud pública: límites del flúor y de los programas educativos	68
Dos mitos de la odontología: los tratamientos odontológicos son costosos y prevención vs. tratamiento	69
Conclusión: los mercados y la práctica odontológica	71
EL DIÁLOGO Y LA COMUNICACIÓN: UNA TAREA URGENTE DEL CUERPO ODONTOLÓGICO PARA UN EJERCICIO COLECTIVO	75
La salud colectiva: una visión complementaria e indispensable	75
Modelos de relación clínica	75
BIOÉTICA E INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGÍA	79
Introducción	79
Selección de individuos para un estudio	81
Estándares éticos para la investigación	82
Consentimiento informado (CI) en investigación odontológica	83
Respeto a poblaciones vulnerables	84
Comités de ética de la investigación biomédica y odontológica	85
<i>Los aspectos éticos</i>	86
<i>Protección de los sujetos en estudio</i>	86
CUESTIONAMIENTOS BIOÉTICOS EN ODONTOLOGÍA. APROXIMACIÓN A LOS TÉRMINOS	89
Aproximación al significado de los términos	90
Planteamiento de cuestionamientos bioéticos	94
LOS DILEMAS TÉCNICOS, CIENTÍFICOS Y ÉTICOS QUE ENFRENTA LA ODONTOLOGÍA ACTUAL. LA FUNCIÓN DE LOS CÓDIGOS DE ÉTICA	99
Dilemas técnicos, científicos y éticos	99
Competencias de los códigos profesionales en odontología	100

Importancia del código de ética	102
Fundamentos del código de ética	102
Códigos de ética de la odontología norteamericana	103
EL ODONTÓLOGO FRENTE AL CONSENTIMIENTO INFORMADO:	
¿QUÉ HACER?	105
Definición del consentimiento informado	106
La información	107
La voluntariedad	110
La capacidad	112
El menor de edad	114
LOS PROGRAMAS DE FORMACIÓN ÉTICA EN ODONTOLOGÍA	
Diagnóstico ético actual	118
Diagnóstico situacional	119
Importancia de incluir la bioética en la estructura curricular	119
Consideraciones en la enseñanza de la bioética	122
Propuesta para integrar bioética al currículo de odontología	124
BIOÉTICA, BIOSEGURIDAD Y RESPONSABILIDAD SOCIAL:	
NUEVO CAMPO DE REFLEXIÓN PARA EL ODONTÓLOGO	
Bioseguridad en odontología	129
Principios básicos de bioseguridad	130
Responsabilidades del odontólogo	130
<i>Con el medio ambiente</i>	130
<i>Con los pacientes</i>	131
<i>Con el personal</i>	131
<i>Con la sociedad</i>	132
<i>En la formación</i>	132
Malla curricular de soporte para la bioseguridad	133
Enfermedades trasmisibles en la práctica odontológica	134
Precauciones cuando se presentan lesiones accidentales	135
Recomendaciones prácticas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes en salud oral	135
Clasificación de instrumental odontológico	137
SIDA Y CONFIDENCIALIDAD EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE	
La enfermedad del SIDA	139
Dilemas	140
El manejo de la información	140
Confidencialidad	141
El profesional expuesto	143
Reflexiones finales	145

ANEXOS	
GLOSARIO	147
EJEMPLO DE CÓDIGO DE ÉTICA PARA ODONTÓLOGOS EN LATINOAMÉRICA: CÓDIGO DE ÉTICA DE COLOMBIA (1989)	153
OTROS CÓDIGOS DE ÉTICA EN ODONTOLOGÍA	167
RECOMENDACIONES DE BIOSEGURIDAD EN ODONTOLOGÍA	169
ÍNDICE ANALÍTICO	193

AUTORES

César Ernesto Abadía Barrero
Odontólogo. *Oral Health Department, Harvard University*. United States.

Carolina Álvarez de la Cadena
Odontóloga. Profesora de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma. México.

Clemencia Bermúdez de Caicedo
Odontóloga. Especialista en Bioética de la Universidad Javeriana. Jefe de la Sección de Promoción y Prevención. Colombia.

Blanca Bórquez Polloni
Abogada. Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial 2005-2006. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Chile.

Ana Laura Buendía
Odontóloga. Comisión Nacional de Bioética de México. Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial 2004-2005. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. México.

Carmen Alicia Cardozo de Martínez
Odontóloga. Profesora asociada de la Universidad Nacional de Colombia. Programa Internacional de Formación en Ética de

la Investigación Biomédica y Psicosocial 2005-2006. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Colombia.

Luis Ciocca Gómez
Odontólogo. Jefe del Área de Medicina Legal Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Chile.

Cristina Alicia Deangelillo
Odontóloga especialista en Odontopediatría. Directora del Grupo de Investigación y Coordinadora del área de Bioética del Círculo Argentino de Odontología. Argentina.

Francy García
Odontóloga. Servicio de Salud La Serena. Chile.

Rina Ana Guerra
Odontóloga. Especialista en Ortopedia Maxilar y Ortodoncia. Radióloga Dental, Universidad Nacional de Cuyo. Argentina.

Roberto R. Irribarra Mengarelli
Odontólogo. Profesor Asistente, Clínica Integral del Adulto, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Chile.

Fernando Lolas Stepke
Médico Psiquiatra. Profesor titular de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Director del Centro Interdisciplina-

rio de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Chile.

Alicia Losoviz

Médica Psiquiatra. Coordinadora General del Capítulo de Bioética y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina, Docente Adscripta a Bioética, Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Eduardo Rodríguez Yunta

Doctor en Biología Celular y Molecular. Master en Teología, especialidad Ética. Coordinador del Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Chile.

Fernando Romo

Odontólogo. Clínica Integral del Adulto y Departamento de Patología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Chile.

María Angélica Torres-Quintana

Odontóloga. Clínica Integral del Adulto y Departamento de Patología, Facultad de Odontología, Universidad de Chile. Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial 2004-2005. Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile. Chile.

Jorge Triana Estrada

Odontólogo. Director de Estomatología, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, México.

Carolina Valdebenito Herrera

Antropóloga. Magíster en Salud Pública. Colaboradora del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile. Chile.

Nota preliminar

Fernando Lolas Stepke

Desde su creación (1993) y su posterior incorporación al proyecto conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1994), el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) ha generado numerosos procesos de investigación y promoción de la interdisciplinariedad.

En este período se han publicado boletines, artículos y monografías que constituyen una fuente insustituible de informaciones sobre las interfaces entre las ciencias biomédicas, las ciencias sociales, la bioética y procesos diversos de enseñanza y aprendizaje¹. Cuando en 2004 se celebró la primera década del Programa de Bioética OPS/OMS se podía mirar hacia un conjunto de realizaciones que han contribuido a un mejor conocimiento de las realidades del continente latinoamericano y presentar una modesta pero sólida lista de

aportaciones concretas². Los miembros del Centro han participado en docencia e investigación en programas de la Universidad de Chile y otras universidades del continente. Cabe mencionar las Universidades Nacionales de Córdoba y Cuyo, en Argentina; San Marcos, Cayetano Heredia y Ricardo Palma, en Perú; el Instituto Tecnológico de Santo Domingo, en República Dominicana; la Universidad Javeriana, en Colombia; la UNAM y la Universidad Autónoma de Chiapas, en México, por sólo citar algunas instituciones. Los vínculos con universidades de Estados Unidos y Europa han producido proyectos conjuntos y contribuyeron a afianzar el estudio sistemático de las humanidades en los campos biomédico y psicosocial.

El tema de la salud oral y las profesiones vinculadas a la odontoestomatología se presentó originariamente en el marco de un proyecto financiado por los *Nacional Institutes of Health*, de Estados Unidos, especialmente el *Fogarty International*

1 Inicialmente se editó el boletín “*Diálogo*” (ISSN 0717-3466), del cual aparecieron dos números en 1997 y 1998. Luego, al fusionarse más estrechamente las actividades de CIEB y del Programa de Bioética OPS/OMS, este boletín dejó de publicarse y las noticias se incorporaron al boletín “*Bioética Informa*” (ISSN 0717-6112), que puede leerse en <http://www.paho.org/bioetica>

2 Cf. Lolas F. (editor) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004 (disponible en www.paho.org/bioetica).

Center, su brazo de operación internacional. Este proyecto permitió desarrollar un programa de entrenamiento y formación en aspectos éticos de la investigación científica en salud en el que hasta 2006 habían tomado parte más de treinta profesionales de países latinoamericanos. Parte de la expansión hacia el área de la salud oral se debió a una ampliación de ese programa que permitió la realización de un primer coloquio sobre odontoestomatología y bioética en Santiago de Chile, en noviembre de 2004, seguido de un seminario en Buenos Aires en septiembre de 2006 y la publicación de un boletín especial “Salud Oral-Bioética” (ISSN 0718-2392), destinado a recoger las inquietudes de profesionales y bioeticistas sobre temas de interés. Paralelamente, se pudo entrenar a algunos odontólogos en temas bioéticos resultando así un grupo de intereses y una comunidad de práctica de la que esperamos un desarrollo sostenible y sustentable.

Sin descuidar los aspectos conceptuales, la primera y más urgente necesidad es de difusión de conceptos fundamentales. Por ello, dedicamos un número especial de nuestra revista “Acta Bioethica” (ISSN 0717-5906) a las relaciones entre odontoestomatología y bioética. Nos complace comprobar que esta publicación ha tenido una excelente acogida entre los profesionales y se encuentra disponible gratuitamente en el sitio <http://www.paho.org/bioetica> y en la base de datos SciELO (Scientific Electronic Library On Line) <http://www.scielo.cl/scielo.php>.

Esta segunda característica la convierte en un vehículo apropiado y solvente para acoger publicaciones de alta calidad.

El presente texto se debe al empuje y tenacidad de un grupo de adelantados y adelantadas en estas tareas de difusión y reflexión. Carmen Alicia Cardozo dinamizó con su presencia los trabajos del CIEB y a ella se debe buena parte del material que compone este libro. Los otros colaboradores y colaboradoras que participan en este esfuerzo verán coronados sus desvelos si concitan interés y mueven a otras personas a emularlos. Al editarlo, esperamos que la situación de relativa pobreza en estudios bioéticos que muestran las facultades de odontología de nuestra Latinoamérica sea superada y ceda paso a un interés por parte de profesionales e investigadores en esta área “pontifical” de la bioética. Pues se trata justamente de tender puentes; entre profesiones, entre racionalidades, entre grupos de personas.

Para el Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética editar esta publicación pionera significa invitar a todos quienes tengan interés a sumarse a los estudios y trabajos que le ha correspondido liderar. Advirtiéndole que su tarea es abrir derroteros e inspirar, porque son los profesionales de cada área de las ciencias de la salud quienes deben, finalmente, cultivar aquellos aspectos que su práctica cotidiana y sus intereses de conocimiento les revelan como fundamentales.

Presentación

Carmen Alicia Cardozo de Martínez

La construcción de un diálogo legítimo y transparente que promueva el reconocimiento de diversos conceptos de salud y enfermedad, de avance y desarrollo tecnológico y de responsabilidad social del equipo a cargo de la salud oral como problema integral del bienestar humano, son algunas de las preocupaciones de quienes construyen el campo de la bioética como un escenario de encuentro plural, tolerante y abierto, que ayude a una mejor y más armónica convivencia humana, y que se preocupe permanentemente por las generaciones venideras.

Este libro responde a una urgencia planteada por el cuerpo odontológico reunido en Santiago de Chile, en el seminario sobre “Ética y Odontostomatología”, en 2004. Allí se expuso la necesidad de conocer, de manera amplia y sencilla, un conjunto de conceptos bioéticos –tanto para profesionales como para personal del equipo de salud oral–, con el fin de facilitar el diálogo, mecanismo indispensable para un ejercicio profesional de mayor calidad, acorde con los rápidos cambios del medio.

El Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile mantiene –como una de sus áreas prioritarias– el estudio e investigación sobre dilemas éticos en odontología,

como una manera de construir –con participación de la comunidad– nuevas miradas, posturas, decisiones y sugerencias en torno al ejercicio profesional y al encuentro con el paciente. Tampoco olvida la interrelación con el personal técnico y auxiliar, creando espacio para los estudiantes como actores de un proceso actual y futuro de ejercicio clínico, que se debate entre la eficiencia, la calidad y la calidez.

El presente compendio se ha construido a partir de puntos de vista universales y acuerdos internacionales, poniendo énfasis en la conformación de un glosario básico que promueva un diálogo adecuado, con aportes de miembros del CIEB y de autores que han abordado el encuentro de ética y odontología.

Comprende, entre sus variados temas, una introducción a la ética, ubicando al lector en el contexto latinoamericano, dado que estos desarrollos distan mucho de los avances norteamericanos, europeos y australianos¹. Se describen los dilemas centrales, los puntos de conflicto y se citan conceptos que pueden ser motivo de análisis por parte del cuerpo odontológico.

1 De acuerdo con estudios realizados por OPS/OMS en 2003, que pueden ser consultados en www.uchile.cl/bioetica

Además de ser una compilación de consulta fácil y flexible, constituye un instrumento que convoca de manera amplia a la generación de un debate sobre los dilemas que interesan al odontólogo,

al personal auxiliar y a todo el equipo de trabajo en salud oral. Por tanto, esperamos comentarios y aportes que sigan enriqueciendo el trabajo en este campo de la salud.

Introducción

Carmen Alicia Cardozo de Martínez

La odontología tiene su origen en el desarrollo de una técnica inicialmente ejercida por “operarios” que no tenían interacción con el grupo médico, el que, a su vez, consideraba que la boca y sus alteraciones, cambios o enfermedades no tenían relación con el resto del organismo humano. El reconocimiento de la odontología como profesión de nivel equiparable a la medicina es algo relativamente reciente en los países latinoamericanos, un fenómeno que, en la mayoría de ellos, no pasa de un siglo (tiempo escaso para el desarrollo colectivo de una ciencia, si lo comparamos con la física o las matemáticas). En algunas regiones latinoamericanas, sin embargo, el trabajo del odontólogo todavía conserva carácter técnico y no ha logrado la conformación de equipos interdisciplinarios como lo plantean los ideales de su ejercicio e investigación.

El advenimiento de la medicina oral a mediados del siglo XX empezó a conducir el ejercicio de la odontología hacia un trabajo integral e integrado con el cuerpo médico, que promovió la formación de especialistas en el campo de la patología oral, la periodoncia y la

cirugía maxilofacial. Posteriormente, los estudios de Harold Loe en los años 60 evidenciaron la interrelación de los microorganismos y la patología periodontal, en una situación única e irrepetible en relación con el resto del organismo humano. Este hecho dio cabida a la periodoncia y a la odontología en general en la investigación básica y, particularmente, en la inmunología, la bioquímica y la microbiología, lo cual permitió su ingreso, conjuntamente con toda la ciencia biomédica, a los ámbitos de la biología molecular, la genética y, en la actualidad, la nanotecnología.

La investigación básica biológica permitió una discusión que se inició hace más de 60 años en las escuelas de odontología; las representaciones sociales de la salud oral y sus repercusiones en la salud total lograron un posicionamiento del mismo nivel que cualquier patología general. La evidencia de que las endocarditis bacterianas tenían su origen, en muchas ocasiones, en la cavidad oral y que las bacterias asociadas a la caries podían llevar a la muerte a un niño desnutrido o inmunosuprimido obligó a la conformación de equipos de salud

integrados ya no sólo por odontólogos, sino por médicos, fisiatras, terapeutas del lenguaje, sicólogos, antropólogos y biólogos, en una interacción permanente que promueve, desde cada saber, una mejor calidad de vida, abriendo al mismo tiempo espacios de debate sobre la tradición del quehacer odontológico.

Una discusión permanente se refiere al uso del flúor y su efecto como agente anticaries. Por un lado, la caries como problema de salud pública debe ser resuelta, pues ha sido considerado como un indicador de poco desarrollo y maltrato infantil; por esta razón, muchos estudios muestran la efectividad del uso del flúor. Otros, en cambio, consideran que el desconocimiento de la patogenia y del origen social, político, biológico y genético de la caries no debería permitir que el flúor se siguiera usando. Hay estudios que evidencian la presencia de fluorosis sistémica en las poblaciones en las cuales ha sido usado (ya sea en cremas de dientes, en los acueductos y en la dieta cotidiana), por lo que su sobredosis, que clínicamente se manifiesta como una enfermedad osteomuscular, puede derivar en artritis.

Nuestra tradición, inicialmente técnica, promovió esquemas de formación en el mismo sentido: aprender la morfología del diente para reproducirla tantas veces como fuera necesario, con el fin de restablecerla y devolverle su funcionalidad mecánica. Esto llevó al diseño de planes de estudio que privilegiaron el trabajo práctico. Pero los cambios a los que ha-

cía referencia condujeron al odontólogo a reflexionar sobre su verdadera función dentro de un equipo integral, obligándolo a pensar en nuevas definiciones para su quehacer cotidiano, al igual que ha llevado a profesores y estudiantes a reformular sus programas de formación y aprendizaje.

El odontólogo actual ya no es ajeno a la definición de políticas públicas en salud y a la definición de prioridades de acción y atención, como tampoco al desarrollo científico y tecnológico. La participación de la comunidad en la definición de las acciones de los profesionales ha obligado al odontólogo a aprender de su entorno, de las tradiciones culturales, de las creencias y mitos, lo cual ha tornado muy complejo tanto el ejercicio de la profesión como su enseñanza. Los cambios en los sistemas de seguridad social han enfrentado al odontólogo a nuevos esquemas de atención: del ejercicio individual, dentro de un consultorio —en el que muchas veces el odontólogo estaba solo con el paciente—, se ha pasado a los servicios colectivos donde se comparte el mismo espacio no sólo con expertos de otras ramas de la especialidad sino con profesionales del equipo de salud que tratan de dar solución a los múltiples problemas que aquejan a la población. La interrelación entre causalidad intraindividual, interindividual, mitos, creencias y conocimientos, y las alteraciones, cambios, ajustes o terapéutica oral promueven una postura que obliga al odontólogo a pensar no sólo en el tratamiento puntual de una lesión, sino en

acciones colectivas que susciten cambios sustanciales en la calidad de vida.

Este marco referencial le obliga a asumir roles que anteriormente no cumplía: se sentaba frente al paciente y, de acuerdo con su nivel de conocimiento, trataba de solucionar sus quejas aplicando la tecnología desarrollada hasta el momento. Los dilemas eran limitados pues había poco desarrollo de opciones o posibilidades: si las lesiones por caries eran restaurables por medio de los materiales disponibles, se procedía a hacerlo; de lo contrario, se pensaba en extraer los dientes y, raramente, existía preocupación por su reemplazo.

En la actualidad conocemos mejor la fisiología oral, la importancia de la bioquímica salivar y las modificaciones inherentes a los desequilibrios bacterianos, pues la boca, como sistema ecológico abierto, se enfrenta a cambios sustantivos en la composición de la flora y, por ende, el comportamiento oral de cada persona es distinto. Ahora sabemos que los cambios de edad de las mujeres tienen sus propias características bacteriológicas (de pH, de humedad, de recambio celular, de adaptación, de permeabilidad tisular); por lo tanto, no es lo mismo tratar a una mujer embarazada que a una en estado menopáusico. Estos factores han aproximado más al odontólogo y al médico, quienes comparten esquemas de trabajo articulado para beneficio del paciente. ¿Están todos los profesionales del equipo de salud preparados para esta integración?

Las propiedades de la saliva la han calificado, particularmente en los casos de los pacientes de SIDA, como un medio de diagnóstico de patologías y como un instrumento de detección precoz de cambios sistémicos antes desconocidos. Esto quiere decir que el odontólogo debe ser un experto en saliva y trabajar con bioquímicos que ayuden a descifrar sus misterios como agente mediador del equilibrio oral. La saliva artificial, el síndrome de ardor bucal y los sustitutos glandulares salivares constituyen parte del mundo actual del odontólogo; por ende, la integración de estos equipos requiere un trabajo formativo diferente en las escuelas de odontología latinoamericanas. ¿Cuánto se ha avanzado en esto?

El agua, la contaminación ambiental, los tóxicos y la dieta son factores que inciden directamente en la salud oral y sus posibles alternativas terapéuticas, lo que implica que el odontólogo debe insertarlos en el mundo de la salud y de las políticas públicas para contribuir a su estudio y orientación. ¿Qué análisis se han realizado en nuestras escuelas para promover el trabajo del odontólogo con quienes definen los programas de alimentación y nutrición, y con los químicos y medioambientalistas que determinan niveles tóxicos en el agua y los ajustes para mejorarla?

Estas circunstancias obligan al odontólogo a transitar desde un papel pasivo individual a uno colectivo más proactivo, de liderazgo y de conocimiento profundo del sistema estomatognático y sus

interrelaciones sociales y biológicas. El odontólogo de consulta privada individual dejó de existir y fue reemplazado por un equipo en el cual: a) el auxiliar debe tener un conocimiento adecuado de la importancia de su labor como apoyo al desarrollo de tratamientos y de esquemas de bioseguridad para el paciente; b) el técnico de laboratorio debe brindar la seguridad del mejor empleo de materiales y las mejores aleaciones según las condiciones de saliva y medio oral; c) el grupo de imagenología debe aconsejar al clínico en el diseño de exámenes que suministren un mejor diagnóstico; d) el equipo del laboratorio clínico debe desarrollar, conjuntamente con el odontó-

logo, pruebas para evaluar la calidad y tipo de la saliva, la clase de descamación de los tejidos, los cambios sanguíneos, los cambios microbiológicos, etc.

Las opciones terapéuticas son tan amplias y variadas que el odontólogo está obligado a conocer una multiplicidad de opciones, algunas de las cuales puede que él mismo no domine, razón por la cual debe remitir a su paciente y pedir ayuda a sus colegas médicos, nutricionistas, bioquímicos, entre otros. Esto implica deponer los intereses particulares de la consulta privada a favor de un servicio que ofrece mayores posibilidades.

Ética, bioética, ley: conceptos básicos

Blanca Bórquez Polloni

Luis Ciocca Gómez

Fernando Lolas Stepke

Fernando Romo

María Angélica Torres-Quintana

Los términos que usamos en este libro tienen múltiples definiciones o interpretaciones. Por esta razón, este capítulo analiza y define los conceptos que nos servirán de base para el estudio de las relaciones entre bioética y odontología.

Ética

El origen de la palabra “ética” se encuentra en el griego “*ethos*”, que significa conducta, carácter o ser interior, disposición de la persona. Se relaciona con el término “moral”, derivado a su vez del latín “*mor*” (costumbre).

Permite calificar los usos, costumbres o actos humanos desde su carácter de “buenos” o “malos”. Podemos decir que la ética es una reflexión metódica sobre los valores humanos, personales y colectivos; por ello, promueve una reflexión permanente sobre la conducta moral. También, que es el estudio del comportamiento humano desde la aplicación de principios y valores, esto es, cómo la conducta interpreta y aplica el respeto, la tolerancia, la diversidad, la libertad, la justicia, entre otros valores.

Estos conceptos pertenecen a la cultura

occidental y las disciplinas éticas son herencias ético-filosóficas de ésta. Los primeros atisbos filosóficos (siglo VI a.C.) fueron dirigidos hacia la naturaleza. En aquel momento la idea generalizada era que ésta constituía un conjunto ordenado de cosas (un cosmos); a la naturaleza pertenecen, como propiedades formales, la verdad, la bondad y la belleza.

La tradición socrática sostenía que los seres humanos tienen una predisposición a buscar el bien; si actúan mal es por desconocimiento, locura o enfermedad. Ello significa que la bondad es cordura o juicio y la enfermedad es contranatural, es la causa de la incapacidad de juicio del hombre y lo que provoca que se desvíe del bien; en consecuencia, el enfermo es considerado no sólo un incapacitado físico, sino también moral, lo que le impide tomar (o participar en) decisiones relacionadas con su propia vida.

Esta concepción dio lugar al modelo paternalista en la relación médico-paciente. En éste el médico aplica el concepto de mayor bien para el enfermo según su propia comprensión, ya que el enfermo carece de autonomía.

A la inversa de la ética médica griega, de carácter naturalista, la ética moderna opone de forma radical lo moral a lo físico. Locke señala que los hombres, al pasar del estado de naturaleza al civil, renuncian a la ley natural; por lo tanto, son los mismos individuos quienes deben convenir las leyes que los gobiernen y establecer criterios para la protección de su colectividad. El bien de la comunidad es producto de un acuerdo entre voluntades individuales. La salud, por ejemplo, es un derecho individual porque depende únicamente de la iniciativa de los individuos cuidar su integridad, con la condición de que no se atente contra la vida o la salud de otro. Al poseer todos los hombres los mismos derechos civiles y políticos, están facultados para dirigirse autónomamente, dando paso a sistemas más democráticos y participativos.

Tras la influencia de los principios liberales se comienzan a socavar poco a poco los fundamentos del paternalismo en la relación médico-paciente, porque el enfermo cobra mayor autonomía. En todo este proceso adquieren gran importancia las decisiones judiciales; por ejemplo, tras la segunda guerra mundial algunas sentencias de tribunales norteamericanos definieron el sentido del delito de agresión técnica por parte del médico. Así se va conformando paulatinamente el consentimiento informado, entendido como un derecho del paciente y un deber del médico. Todos estos elementos permitieron que se originara esta nueva ética, la bioética, que sólo

podía proliferar en un escenario más pluralista y democrático, consecuencia necesaria de principios que afirman el carácter autónomo del ser humano, en los ámbitos político espiritual y moral.

En el área médica se ha procurado apuntar hacia una mayor especificidad de la ética filosófica, es decir, hacerla más una ética aplicada. De este modo, han surgido la ética profesional y la ética clínica; también éticas especiales, como la de atención al paciente geriátrico, terminal, discapacitado, entre muchas otras. Como expresión concreta de esta especificidad, se han creado Códigos y Normas de Ética, y Declaraciones Internacionales y Nacionales, frente a los múltiples y variados temas involucrados en la medicina (y en la odontología como parte de ella). Se es o no ético en los grandes y también en los pequeños momentos: cuando tomamos una decisión que tiene una enorme repercusión social o cuando en la soledad de nuestra consulta realizamos una pequeña obturación.

Cabe recordar la diferencia entre la ética y sus áreas especiales o derivadas y la ley. La determinante final de la ética es la conciencia, es decir, se es ético como expresión y forma de vida, como parte de un compromiso con nuestros congéneres y con la sociedad. Por otra parte, la ley prescribe, prohíbe o permite, por su propio imperio (aunque no esté internalizada en la conciencia) y su infracción significa soportar una pena, una pérdida de derechos. Quien falta a

la ética sufre la sanción de su conciencia; pero quien falta a la ley sufre una pena prescrita por un cuerpo legal.

Ética profesional en odontología (deberes del dentista)

Desde siempre las personas han mostrado preocupación por la limpieza y cuidado de sus dientes, así como por el diseño y construcción de herramientas para disminuir o eliminar los daños de la enfermedad dental. Pierre Fouchard (1678-1761), a quien se considera el padre de la odontología moderna, decía: “He perfeccionado e inventado muchas piezas artificiales para sustituir una parte de los dientes y para remediar su pérdida completa (...) y, en beneficio de la humanidad, doy a continuación la descripción más exacta posible de éstos”. Se sostiene que, al contrario de otros profesionales de su época, él decidió compartir sus conocimientos; mostró absoluto desacuerdo con los charlatanes dentistas y en su libro expuso algunas técnicas consideradas peligrosas, como también los mitos en torno al ejercicio, tales como el uso de ácido nítrico y sulfúrico para remover tártaro, lo cual terminaba con extracción dental.

Las profesiones contemporáneas, en tanto instituciones que responden a necesidades y demandas sociales, no sólo comparten una base cognoscitiva (“*un saber*”) que le da autoridad a la profesión, sino que presentan otras dos características fundamentales: primero, el acceso a un “*saber hacer*”, una praxis, un modo de acción calificado

por un agente responsable e informado por una teoría. Se trata de un saber-hacer y cuándo hacer, lo que conduce a la prudencia, la máxima virtud de los profesionales. Segundo, un “*saber estar*”, es decir la dignidad que requiere profesar este saber, ya sea respecto de los pares (*etiqueta*) o de aquellos que piden el servicio (*ética*)(1). A principios del siglo XX, la reforma de la educación médica en EEUU resumió estos elementos en: servicio a la humanidad, educación de excelencia y automejoramiento / autorregulación, designándolos respectivamente como componente *moral, intelectual* y *organizacional* de la profesión. Para las profesiones médicas resulta característico tener competencia técnica en su especialidad, basada en una tradición de aprendizaje avanzado, por el cual serían moralmente responsables al ubicar esta maestría al servicio de la humanidad(2).

Veamos cómo se plantean estos elementos en la práctica de la odontología.

Componente moral

El primer deber moral que asume el dentista es “hacer el bien” a sus pacientes, esto específicamente en el área de la salud bucal. Sin embargo, la decisión del odontólogo frente a un caso clínico dependerá tanto de la técnica como de la ética. Técnicamente, lo que se considera “bueno” está determinado por estándares dados por la práctica y la investigación, pero lo que se refiere al componente ético no es muy claro. La mayoría de las reflexiones en ética den-

tal tiene sus raíces en las antiguas teorías sobre la virtud, propuestas por Platón y Aristóteles, que inspiraron la escuela hipocrática, pilar de la ética médica. El médico hipocrático veía al enfermo como *in-firmus*, alguien falto de firmeza, tanto física como moral; por tanto, pese a desear su bien, no debía contar con su voluntad, ya que carecía, por principio, de autonomía moral. El paternalismo hipocrático era *paternal* (al impedir que el paciente decidiera sobre su propia enfermedad), *maternal* (al hacerle lo menos ingrata posible su enfermedad) y *sacerdotal* (al actuar como mediador con la divinidad y tener poder sobre la vida y la muerte)(3).

Esta visión también involucró a los odontólogos por largo tiempo, por cuanto el alto grado de conocimiento especializado relacionado con el tratamiento comprensivo de las enfermedades dentales agudizó la dependencia del paciente. La calidad de la protección estuvo relacionada sólo con el mantenimiento, por parte del dentista, de un elevado nivel profesional, ideales altruistas y un esmerado desempeño.

Dicha relación perduró por siglos, pero el extraordinario avance tecnológico repercutió en la sociedad y en la medicina. El advenimiento de una sociedad pluralista y de movimientos liberales exaltó las diferencias individuales respecto de valores morales fundamentales y de la interpretación del significado de la vida, la muerte, el sufrimiento, la dependencia y la atención en salud. El mayor ac-

ceso a la información ha revelado numerosos casos de prácticas poco éticas. Las encuestas públicas han demostrado que está disminuyendo la confianza de los pacientes en la integridad personal y profesional de médicos y dentistas. Como consecuencia, muchos ciudadanos de países desarrollados han asumido mayores responsabilidades en el cuidado de su salud dental. Estos hechos han afectado la tradicional relación según la cual los profesionales elegían las terapias adecuadas para sus pacientes(4). Ello significa que la decisión acerca de “lo bueno” en una intervención clínica está determinada actualmente por algo más que la información científica y tecnológica: debe equilibrarse con la elección y demanda del paciente.

Desde fines de la década del 60 la norma aceptada de práctica dental en Estados Unidos ha girado en torno a un modelo de evaluación y elección compartida entre el profesional y el paciente, en lo que se refiere al tratamiento. Aquí nace la necesidad de un “consentimiento informado”, instrumento que refleja una norma mínima para la toma de decisión compartida.

Componente intelectual

Cada profesional está obligado a mantener la capacidad necesaria para realizar sus tareas profesionales y a desarrollar sólo las de su competencia. En la práctica, debe decidir si tiene o no los conocimientos para realizar un diagnóstico particular o para llevar a cabo tra-

tamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas, especialmente cuando esto involucra procedimientos que no son de rutina.

En caso de necesidad, la comunidad odontológica –y no la comunidad en general– es la que determina los detalles de las normas de competencia, ya que se necesitan conocimientos especializados. Pero la comunidad, con razón, puede pedir información sobre los procedimientos involucrados, especialmente en lo que se refiere al intercambio entre calidad y acceso al servicio.

Respecto de la enseñanza de la ética en odontología, las responsabilidades de las facultades odontológicas son muy claras; sin embargo, existen datos que muestran que su efectividad es menor a la deseada. Muchos estudiantes acusan que sus actitudes hacia la profesión experimentan transformaciones en sus objetivos durante el período de práctica clínica. Esto ha ocurrido durante generaciones, lo que sugiere que la parte clínica necesita una sensibilización hacia los valores humanos en el cuidado dental. En las instituciones de educación dental existen pocos o ningún docente cuyo único o principal objetivo sea la enseñanza de la ética odontológica. La mayor parte son profesionales que han desarrollado un interés en las cuestiones éticas o que, a pesar de no tener ningún interés en el tema, han sido arbitrariamente elegidos para dar clases sobre la materia. Urgidos por los cambios en la educación médica, que incluyen mayor estudio de la ética

médica, algunos educadores han ejercido presión para que tal expansión se implemente en la educación odontológica. Pero las demandas de los cursos técnicos establecidos actualmente ponen trabas al reconocimiento, apoyo económico y consideración ideológica de nuevos cursos(5,6).

*Componente organizacional
(interrelación profesional y con
la comunidad, códigos de ética y
asociación profesional)*

Cada profesión tiene normas, generalmente implícitas y no declaradas, en relación con la correcta vinculación entre los miembros que la comparten. Desde fines de 1970 y dentro de la odontología organizada de países desarrollados, se observó un crecimiento sostenido del nivel de interés en materias más elaboradas de la ética profesional. A causa de la subestimación del problema, en las décadas pasadas hubo poca voluntad para enfrentar los dilemas éticos en áreas sensibles de la práctica odontológica. Así como en otras profesiones, las obligaciones hacia el paciente son generalmente mandatorias; sin embargo, este principio no brinda respuestas automáticas a las complejidades generadas. La profesión dental tiene obligación de controlar la calidad del trabajo e informar y referir el de mala calidad así como las prácticas no éticas. Todos entienden que los profesionales odontólogos se deben respeto mutuo, pero la mala praxis es un hecho de difícil manejo: un dentista podría informar a su paciente acer-

ca de un trabajo mal realizado o bien ocultárselo; asimismo, puede contactarse con el dentista que realizó el trabajo o posiblemente con la sociedad dental local. No obstante, estos protocolos no son enseñados y tampoco están establecidos en el gremio odontológico de los países latinoamericanos.

Las relaciones coprofesionales entre un dentista empleador y uno empleado pueden atraer conflictos éticos cuando normas de rendimiento internas obligan al dentista empleado a brindar un servicio inferior al que considera adecuado. Se ha comenzado a discutir estas relaciones como cuestiones éticas y no como asuntos prácticos o de negocios. En países desarrollados, académicos, dentistas y sus organizaciones representativas han hecho un esfuerzo conjunto para formular una base ética alcanzable que sustente el suministro de un servicio de sanidad bucal de alta calidad. Así, y respondiendo a nuevos y significativos argumentos que se generan dentro de un clima social que cambia rápidamente, la Asociación Dental Americana, luego de un considerable debate, presentó en 1992 una cantidad de revisiones y correcciones a los *Principios de Ética y Código de Conducta Profesional*(7).

La evaluación objetiva y la reorganización ordenada de las doctrinas de varios códigos, adaptados a la idiosincrasia de cada pueblo, deberán alcanzarse dentro del marco de una moralidad que reconozca las fluctuaciones del comportamiento humano.

Los dentistas, en forma individual, y la profesión dental como un todo actúan como educadores de salud dental, ya sea con esfuerzos educacionales directos o monitoreando la dependencia y efectividad de los productos de salud dental comercializados. Las relaciones de los dentistas con la comunidad implican responsabilidades respecto de las normas correctas para la publicidad profesional y referidas al acceso a la atención dental y a las necesidades dentales insatisfechas, lo que puede obligar al gremio a ser política y educacionalmente activo cuando se formulen las políticas sociales que determinen la distribución de los recursos para la asistencia en salud.

El incremento de los gastos en el cuidado de la salud continúa ocupando una parte importante de la atención al público. Quienes utilizan los servicios hospitalarios se quejan de que los costos crecen el doble en relación con el costo de vida; los de odontología son aún mayores y aparece el problema de qué es justo para la atención odontológica actual. En nuestra sociedad de libre mercado y con el creciente interés por reducir los costos de cuidado de la salud a través de la competencia, se ha fomentado la posibilidad de hacer publicidad, pero no se ha implementado una real legislación al respecto. La publicidad del profesional dental ha quedado como ejemplo de la práctica no ética y, dadas las características sociales actuales, valdría la pena reevaluar estas prácticas y analizar sus verdaderas consecuencias.

El paciente en el sillón del dentista es, seguramente, su principal cliente. Pero los dentistas también tienen obligaciones profesionales con los pacientes de la sala de espera e, indiscutiblemente, con toda la comunidad en aspectos que tienen que ver con la salud pública. Por lo tanto, el papel de los profesionales de la salud es triple: brindar la mejor atención a los pacientes en forma individual, preocuparse por la comunidad en la que se desempeñan y utilizar los recursos en la forma más efectiva.

La sociología de las profesiones alude a un “compromiso de servicio” o “compromiso con el público”. Las propias descripciones de la odontología son similares. Pero estas expresiones admiten varias interpretaciones con implicancias distintas en la práctica real; por ejemplo, los tipos de sacrificios que los dentistas están profesionalmente comprometidos a realizar por sus pacientes o los tipos de riesgos de vida y salud, de bienestar financiero o de reputación que un dentista está obligado a enfrentar. Las preguntas vinculadas con la correcta relación entre empresariado y compromiso con el paciente, y el sacrificio de los propios intereses involucrados han sido discutidas en todos los períodos de la profesión. Ciertamente, el consenso es que —especialmente en situaciones de emergencia— el paciente oral y el de la salud en general demandan sacrificios importantes que afectan las conveniencias personales y los intereses económicos del profesional. Desde la aparición del HIV y del SIDA, las implicancias

son aún más urgentes en relación con la obligación de priorizar al paciente.

Bioética

Algunos factores que influyen en su nacimiento y desarrollo son, por ejemplo, las transformaciones sociales en el siglo XX. Particularmente después de la Segunda Guerra Mundial, ellas conducen a un renacer de la consideración ética en el desempeño de las actividades humanas, entre las cuales se encuentra la medicina.

En segundo término, el cambio de la estructura socioeconómica mundial influye en la relación médico-paciente, con lo cual empieza una espiral de querellas por responsabilidad médica.

En tercer lugar, la aparición de temas no legislados, posibilitada por el avance científico —clonación, eutanasia, ingeniería genética, fertilización asistida, utilización de seres humanos en la investigación, entre otros—, permite que surjan éticas aplicadas, ya sea a la jurisprudencia, a la política, a la economía, al periodismo y, muy primariamente, a la biología y a la medicina(8).

En un estadio premoderno, las acciones de las personas afectaban escasamente a la naturaleza de las cosas y no planteaban un daño a la integridad del orden natural. La *techné*, comprendida como actividad, se establecía como una relación entre necesidad y tributo pagado, y no como progreso en el cual el ser humano depositara el máximo esfuerzo.

Esto ha cambiado: la técnica ha introducido cambios tan novedosos que la antigua ética no puede enfrentarlos. Pese a que los antiguos preceptos –caridad, honradez, justicia, etc.– siguen vigentes, la acción y el efecto, sin embargo, ya no son los mismos. Es necesario que se imponga una nueva ética que considere las condiciones globales de la vida humana, más aún, la existencia misma de la especie, y que tenga en cuenta una nueva concepción de derechos y deberes.

En los años 70, Potter, un oncólogo norteamericano, introduce el término “bioética” para referirse a la disciplina que enlaza la biología con las humanidades.

La Enciclopedia de Bioética (New York, 1978) define esta actividad como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, a la luz de los valores y principios”. En definitiva, aquella parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en el campo de la medicina y de las ciencias biológicas. Ambas definiciones configuran los cuatro rasgos definitorios de la bioética moderna:

- 1) se trata de un marco de reflexión ética interdisciplinaria y transdisciplinaria;
- 2) es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la medicina y su entorno, cuyos principales protagonistas son el médico y el paciente;
- 3) se trata de una reflexión ética que

conduce a decisiones de salud pública de gran repercusión social y legal, y

- 4) nadie puede permanecer ajeno a la bioética, porque determina una praxis en el campo de la salud e involucra comportamientos que someten a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad(9).

La bioética tiene un carácter *interdisciplinario*, ya que no solamente tiene como fuentes principales a la ética y a la medicina, sino que también se nutre de otros saberes (antropología, psicología, derecho, entre otros). No consiste simplemente en aplicar los principios o procedimientos elucidados previamente a partir de una ética general, sino también en indagar qué principios y valores se han ido generando en cada ámbito concreto. Esta necesidad de interdisciplinariedad se ve claramente expresada en los llamados “comités de ética hospitalarios”, integrados por profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, kinesiólogos), filósofos, abogados, sociólogos, representantes de las principales religiones y miembros de la comunidad. Una de sus funciones es analizar desde distintas ópticas los problemas bioéticos para intentar llegar a soluciones posibles.

La bioética tiene también un carácter *transdisciplinario*. Es menester recordar las diferencias entre “multidisciplinario”, “interdisciplinario” y “transdisciplinario”.

Multidisciplinario	Se comparte el objeto de estudio, pero las disciplinas permanecen como compartimentos estancos
Interdisciplinario	Se comparte el objeto de estudio y se establecen “vasos comunicantes” entre las distintas disciplinas
Transdisciplinario	Se comparte el objeto de estudio y el contexto. Se borran las fronteras entre las disciplinas y se construye un lenguaje común para dar cuenta del objeto de estudio

Hoy se advierten dos tendencias en la bioética: una tiende a homologarla con la ética médica como si fuese un todo; sin embargo, no se advierte una argumentación suficiente, lo que la hace aparecer “simplista”. Otra señala que la bioética va más allá de la ética médica y que debe ser preocupación no sólo del médico sino de otros profesionales, tanto del área de la salud como de la industria, el medio ambiente, las humanidades, entre otros.

Como lo expresa Diego Gracia: “La bioética, desde hace más de treinta años, ha promovido incesantemente la participación democrática en el ámbito de la relación sanitaria, mediante procedimientos que permiten adoptar decisiones en las cuales se expresa el parecer y los intereses de todos los involucrados. Estos procedimientos dan cuenta de una práctica constante de deliberar en conjunto, con el fin de lograr las soluciones en la medida que es necesario y urgente corregir los déficit democráticos, logrando que ésta no sólo sea participativa sino que también deliberativa”.

La importancia de la bioética radica en generar un campo reflexivo sobre valores que involucren a todos los seres huma-

nos, independientemente de su origen, credo, formación o nivel socioeconómico. La discusión, por lo tanto, es amplia, participativa, interdisciplinaria, intersectorial, intergeneracional y transdisciplinaria, y no queda supeditada a los médicos, odontólogos, teólogos o economistas, sino que, al contrario, ha de ser la sociedad en su conjunto la que reflexione y decida..

El cirujano dentista no puede permanecer ajeno a esta área del conocimiento. Debe interesarle especialmente la relación profesional-paciente y la investigación científica, sobre todo la que requiera experimentación con seres humanos.

La bioética antecede a la ley (es prejurídica), es fuente de derecho aplicado a la problemática actual, recurso útil para el juez frente a la carencia de ley. La bioética y la ética médica deben ser consideradas como fundamentos del juicio a las conductas, junto con las formalidades que configuran faltas o delitos, prescritos en la ley positiva.

Tal como la ética, la bioética debe ser un elemento preventivo: debe transformar a la medicina y, por ende, a la odontología, influyendo para que sean

un “modo de vida” que proteja los valores sociales.

La falta de tratamiento específico de la responsabilidad del odontólogo se debe a que, históricamente, se han ignorado los alcances de trabajar en forma directa sobre el paciente y la aplicación de instrumentos y tecnología en cualquier tratamiento estomatológico, siendo que, como principio constitucional, el cuidado de la salud es uno de los temas prioritarios de nuestra sociedad y se inscribe en el marco más amplio de la protección a la persona por ser uno de sus derechos fundamentales(10).

Debido a que la sociedad actual es pluralista y compleja, el odontólogo necesita nuevas herramientas en la toma de decisiones y una actitud más participativa en políticas de salud pública. La bioética emergió para clarificar valores y elecciones, tanto de pacientes como de profesionales de la salud; nació como disciplina en la cultura norteamericana, en gran número de universidades y centros de enseñanza. Esta dimensión norteamericana, difundida rápidamente por el entorno médico, fundamentalmente a través de la teoría principialista, no representa el único modo de respuesta moral ante los modernos dilemas éticos de la medicina.

Los cuatro principios clásicos de la bioética norteamericana (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) uniforman bases de análisis y reflexión y suponen un nuevo enfoque metodológico

y procedimental para juzgar las acciones médicas, aunque son discutibles.

Los principios son una regla intermedia entre las grandes generalizaciones filosóficas y las reglas de conducta, de modo que su interpretación y aplicabilidad dependen de factores fuera de ellos mismos(1).

En el modelo denominado “*principialismo jerarquizado*”, Diego Gracia(3) planteó ciertas modificaciones al modelo originario de los principios dotándoles de mayor racionalidad ética y solidez doctrinal. Gracia considera que los principios de no-maleficencia y justicia son, de algún modo, independientes del principio de autonomía y jerárquicamente superiores a él porque obligan moralmente siempre, incluso contra la voluntad de las personas: por ejemplo, nadie puede quitar la vida a un enfermo (principio de no-maleficencia). En este primer escalón se postula la mayor exigencia del “bien común” sobre el “bien particular” de la autonomía.

En el segundo, el principio de beneficencia no es enteramente separable del de autonomía. La no-maleficencia expresa, por otra parte, el criterio universal de hacer el bien a todos no haciéndoles el mal, mientras que la beneficencia proporciona un concepto de bien que parece referirse, en la concepción del autor, a un bien particular. Por eso ese bien particular está densamente adherido a la autonomía. El primer escalón o nivel 1, constituido por no-maleficencia

y justicia representa una “*ética de mínimos*”, lo mínimamente exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario y siempre constituye un verdadero deber. Beneficencia y autonomía constituyen el nivel 2, y cuando siguen al nivel 1 convierten el acto médico en una “*ética de máximos*”, transformando la acción de cumplir el mero deber en satisfacción del paciente, en felicidad. El primer nivel es exigible por el Derecho, el segundo sería específico de la moral. El nivel 1 sitúa el acto médico ante un deber universal, de universalización; el 2 en un rango de exigencia ética mayor, pero de particularización.

En el ámbito odontológico estos principios proporcionan un conjunto de valores que determinan y/o establecen

parámetros para la mayor parte de los aspectos de las evaluaciones del profesional. En primer lugar, la vida del paciente, su salud general, y su salud bucal —entendida como un funcionamiento apropiado y sin dolores— constituirían la ética de mínimos. La autonomía del paciente, en la medida posible, el confort, el costo, las consideraciones estéticas y otros valores, las preferencias de los dentistas por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales), consideraciones estéticas —desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales—, observaciones de eficiencia que puedan incluir, por parte del dentista, argumentos sobre el costo, se insertarían dentro de la ética de máximos.

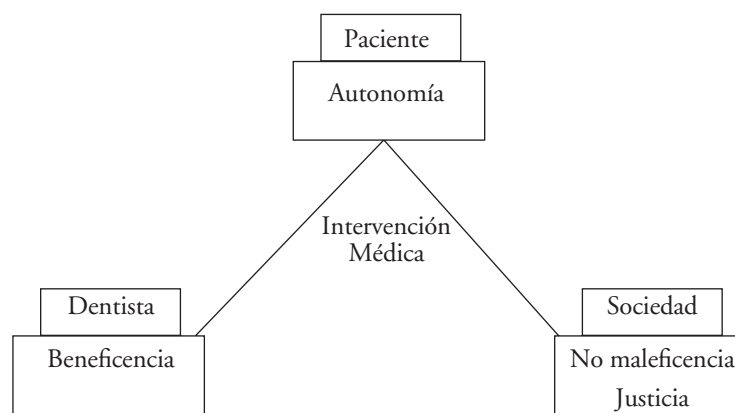


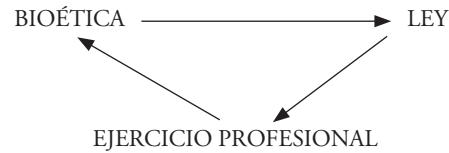
Figura 1: Objeto de la intervención médica

Durante su ejercicio profesional los cirujano dentistas tienen que afrontar situaciones con gran contenido ético. En la mayoría de los casos, los procedimientos

involucran complejos diagnósticos y habilidades técnicas. La manera de aplicar estos criterios se basa en los juicios, tanto del cirujano dentista como del paciente.

Ley

El Derecho no puede desentenderse u oponerse a la moral. Tampoco debe identificarse con ella, puesto que no debe condenar todo lo que es inmoral o imponer todo lo que la moral exige. Pero no puede perder nunca su relación con los valores fundamentales de la persona y, por tanto, con la moral. Mientras la ley moral regula el obrar del individuo preocupado por la bondad de sus propios actos, la ley civil regula las relaciones entre individuos orientados hacia el bien común, por lo que tiende a la paz, la libertad y la justicia. El Estado debe proteger los valores en los cuales se cimienta el orden social. La ética sobrepasa al derecho porque un derecho es satisfecho por el respeto a la norma en el marco de una interpretación estricta. La ética exige del médico que sea igualmente bueno, honesto y desinteresado –en la interpretación más amplia del concepto–, lo que ningún derecho puede garantizar.



Salvo algunas excepciones, no hay legislación en Latinoamérica en relación con eutanasia, clonación y fertilización asistida (que involucra arriendo de vientres, derecho sobre el producto de la concepción, conservación y propiedad de embriones, etc.). Tampoco en el tema de bioseguridad en el ejercicio profesional de odontología ni en la eliminación de desechos de prácticas odontológicas.

Algo más se ha avanzado en legislación sobre experimentación en humanos, trasplantes y término de la vida. En tanto, persiste la discusión sobre el aborto, trato a prisioneros, tortura, etc., temas más cercanos a la ética aplicada que a la actual concepción de la bioética.

Referencias

1. Lolas Stepke F. *Bioética: El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Universitaria; 1998: 86.
2. Nash DA. The oral physician. Creating a new oral health professional for a new century. *Journal of Dental Education* 1995; 59(5): 587-597.
3. Gracia Guillen D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo: el paternalismo médico. En: Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema Universidad; 1989: 23-45.
4. Agranatti P. Bioética en odontología. *Odontomarketing* 2001; 02(9). [Sitio en Internet] Disponible en http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_18_ENE_2001.htm Último acceso el 27 de julio de 2006.
5. Nash DA. A pragmatic primer lessons from natural science for the profession of dentistry. *Journal Public Health Dent* 1996; 56(5-SN): 291-300.

6. Nash DA. The profession of dentistry: the University of Kentucky's curriculum in professional ethics. *Journal American College of Dentistry* 1996; 63(1): 25-29.
7. Principles of Ethics and Code of Professional Conduct, with Official Advisory Opinions. *American Dental Association*, January 2005.
8. Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Universitaria; 1995.
9. Escribar A. Raíces de la bioética. *Anales de la Universidad de Chile* 1998; Sexta Serie, N° 8.
10. Weingarten C. *Responsabilidad por prestaciones odontológicas*. Buenos Aires: Astrea; 1997.

Odontología: profesión de riesgo

*Blanca Bórquez Polloni y
Jorge Triana Estrada*

Introducción

La odontología ha sido calificada por expertos juristas como una profesión de riesgos diarios, especialmente desde el punto de vista jurídico-sanitario. Gracias a un trabajo interdisciplinario adecuado, éstos se pueden identificar, analizar, evitar, suprimir, reducir o transferir.

El riesgo ha sido evidenciado por las compañías aseguradoras principalmente desde la perspectiva económica, dando lugar a la contratación de seguros de responsabilidad civil, tanto institucionales como profesionales, lo que ha llevado a las instituciones prestadoras del servicio a buscar la gestión frente al riesgo cotidiano. Se consideró, en un principio, que el ejercicio clínico individual no se podría asimilar a los fenómenos que vive el médico en su servicio asistencial, circunstancia que se ha hecho cada vez mas evidente como necesidad, dados los actuales conceptos de salud enfermedad, responsabilidad, proyección social y pertinencia de la odontología como un derecho humano.

Durante el acto odontológico se crean

interacciones entre paciente y profesional, de las cuales surgen derechos, deberes y relaciones recíprocas, lo que implica responsabilidades para ambas partes.

En términos generales, podemos decir que al odontólogo le corresponde garantizar la seguridad, prevención, tratamiento y control de los procesos y procedimientos relacionados con las enfermedades de su competencia, lo que le obliga al manejo adecuado de normas éticas, sanitarias, comunicacionales y técnicas, y a adoptar las precauciones necesarias para evitar daños innecesarios al paciente. Al paciente, en cambio, le asiste el deber de observar y seguir los reglamentos institucionales, las indicaciones y los cuidados que el odontólogo le recomiende, y la obligación de retribuir económicamente la prestación del servicio recibido según términos previamente acordados.

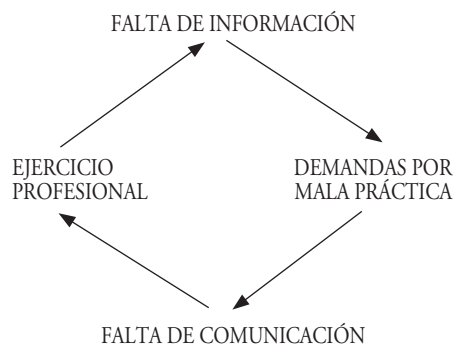
En cuanto a derechos de uno y otro, el paciente tiene el de exigir la atención convenida y el odontólogo el de exigir su pago. Ambos tienen derecho a su autonomía, de tal suerte que el paciente no pueda ser coaccionado por el profesional ni éste pueda ser obligado a realizar

una prestación contraria a sus principios o valores.

Esta conjunción de derechos y deberes no es otra cosa que un contrato, que se rige por normas de tipo jurídico, ético, comercial, deontológico y, particularmente, por medidas de protección o resguardo de derechos de los pacientes.

Se considera que la odontología, al realizar como parte de su actividad procedimientos invasivos y/o peligrosos –utilización de anestésicos, prescripción de medicamentos, atenciones de urgencias, uso de sustancias contaminantes, peligro de presentación de infecciones cruzadas (hepatitis, SIDA, herpes, candidiasis por mencionar algunas)– es una profesión de riesgo.

La inobservancia de principios de seguridad ha llevado a los pacientes a demandar a odontólogos, técnicos y personal auxiliar, en razón de procedimientos con efectos adversos desconocidos, secuelas de tratamientos que no les fueron advertidos, lesiones faciales u orales permanentes, consecuencias de tratamientos efectuados en condiciones inadecuadas, entre otras acciones. Por citar un ejemplo, en Chile, durante 2000, fueron entabladas 19 demandas por mala práctica; mientras que en México, entre 2001 y 2002, se presentaron 177, de los cuales el 25% correspondía a tratamientos de ortodoncia. La evaluación global mostró que en algunos existía buena práctica clínica, pero en el 43% de los casos hubo deficiencia en la atención, manejo inadecuado o mala práctica.



La experiencia de CONAMED

En México existe la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), encargada de vigilar el desempeño de la profesión de la salud y mediar entre prestadores de servicios y usuarios por probables actos, omisiones o negligencias(1). Las demandas que recoge ejemplifican claramente los problemas morales que surgen en la relación clínica en odontología. En los últimos años, a partir del análisis de las inconformidades o quejas recibidas, se aprecia una disminución en la calidad de los servicios de la atención odontológica, lo que ha generado pérdida de la confianza de la población. Se ha observado también la aplicación inadecuada e indiscriminada de procedimientos que promueven expectativas falsas o inalcanzables y, sobre todo, el incumplimiento y desconocimiento parcial o total del marco normativo que regula el ejercicio de la profesión, así como la matización de una ética profesional deficiente.

Lo anterior ha hecho surgir seguros de responsabilidad profesional, aplicación de la medicina defensiva y, en muchos

casos, mala práctica, incrementada por la falta de supervisión en los numerosos consultorios privados en los que se brinda atención odontológica, y en los que el ejercicio de la profesión puede ser desarrollado por personal no calificado o carente de títulos universitarios.

En las quejas odontológicas se identifican problemas cuyo origen se encuentra, en la mayoría de los casos, en problemas de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, como los que se señalan a continuación:

- Maltrato al paciente.
- Falta de información y explicación comprensible al paciente y/o a sus familiares sobre el tratamiento.
- No se enfatiza o explica el alcance y las limitaciones del tratamiento.
- No se informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (probabilidades de fracaso del tratamiento).
- Inexactitudes e imprecisiones por parte del prestador del servicio.
- Delegación de responsabilidades por parte del profesional de la salud bucal en personas que no son idóneas para esas tareas.
- Modificación de convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

Además de los aspectos anteriores se ha encontrado:

- Incumplimiento de las obligaciones profesionales, tales como falta de diligenciamiento de la historia clínica y de consentimiento informado válido, deficiencia en la

interpretación de los factores pronósticos del caso en relación con el plan de tratamiento, exposición del paciente a riesgos innecesarios, insatisfacción del paciente ante ofrecimientos hechos inicialmente, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

- Desconocimiento, por parte del profesional, el personal técnico y el auxiliar, de las normas de tipo ético y legal vigentes.
- Aplicación de técnicas y procedimientos mutilantes de preferencia a los preventivos y conservadores.
- Falta de actualización permanente y de autorreconocimiento de las capacidades, competencias y limitaciones del campo de ejercicio profesional.

En estos casos, las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia radican en la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente, que se traduce en inútiles explicaciones técnicas alejadas de la realidad cotidiana de éste.

Por una parte, el profesional no reconoce en la persona que atiende a un interlocutor válido, que comprende los procedimientos que debe realizar y las opciones positivas o negativas que ello conlleva. Por otra, el paciente se siente “alienado” o “avasallado” por el tratante, quien hace acopio de los títulos o sitios donde ha estudiado para acallar cualquier posibilidad de duda.

En algunas ocasiones, el odontólogo no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento, no informa del costo y riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de rango de fracaso del procedimiento otorgado), cae en inexactitudes e imprecisiones o delega responsabilidades y, finalmente, modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada. Por tradición, no ha existido la formulación de un contrato escrito, incluyendo condiciones de pago y “garantías” que se brindarán al paciente, todo lo cual induce a confusión.

En otras, el profesional de la salud bucal genera falsas expectativas en sus pacientes, por uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como por tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas. No existe tradición de actualización permanente, por parte del cuerpo odontológico, en temas como garantía de calidad, normas ISO, auditorías, control de calidad, entre otras materias, razón por la cual los avances en nuevos materiales se conocen a través de vendedores, casas comerciales y, en el mejor de los casos, por Internet.

Otros antecedentes refieren el incumplimiento de obligaciones en aspectos tales como omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado, que se traduce en anulación del sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente, carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, exáme-

nes de laboratorio clínico, evaluación sistémica, referencia de interconsulta e inadecuado manejo farmacológico), así como la subsecuente deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.

Por último, se reporta también exposición al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando su integridad física, clínica y psicológica; por ejemplo, en casos de infección cruzada, manejo inadecuado de desechos tóxicos y asepsia y antisepsia.

En general, el profesional de la salud oral desconoce el sistema de seguridad social y las regulaciones de su ejercicio clínico; además, no existen mecanismos de seguimiento y evaluación permanentes de la práctica clínica.

El sistema mismo –los programas de formación y los indicadores de evaluación asistencial– ha hecho que se otorgue preeminencia a los procedimientos rutilantes en la atención clínica, debido al concepto mercantilista de la práctica, que asume al paciente como usuario rentable, olvidando los principios de promoción y prevención de la salud, así como el carácter noble de servicio de esta profesión.

El diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud estomatológica e integral. La profesión odontológica debe percibir los derechos del paciente no sólo como un deber, sino, además, como un escenario de encuentro entre

dos personas que se necesitan y que pueden crecer material y socialmente en ese encuentro.

Tipos de riesgo

Riesgos que afectan la esfera psíquica:

- Confidencialidad de la información relativa al paciente.
- Necesidad de informar al paciente.
- Obtención del consentimiento informado válido.
- Acceso a la historia clínica.

Riesgos que afectan la esfera física:

- Vulnerabilidad de las barreras naturales que protegen al paciente, como la piel y las mucosas a partir de la realización de procedimientos invasivos; por ejemplo, la colocación de una prótesis o implante dental. El riesgo está en la posibilidad de transmisión de una infección, ya sea de origen externo o endógeno (del medio ambiente o de flora patógena de focos sépticos activos).
- Uso de agentes anestésicos. En ocasiones, la administración de una sustancia anestésica puede producir reacciones alérgicas las que, excepcionalmente, pueden dar lugar a parálisis faciales, insensibilidad permanente del área afectada e, incluso, puede llevar al shock anafiláctico.
- Violación de principios de biose-

guridad en la utilización de protocolos de desinfección y esterilización de instrumental de operatoria, endodoncia, periodoncia y cirugía, por desconocimiento no sólo de los protocolos vigentes, sino de sistemas y mecanismos de validación (control microbiológico, evaluación de jabones detergentes, desinfectantes o esterilizantes).

- Infecciones cruzadas. El trabajo en presencia de más de 400 diferentes especies de microorganismos, expuestos a cambios propios de su comportamiento bacteriano, en cuanto a modificación de su genoma, su resistencia y virulencia, es un campo propicio para la transmisión de infecciones cruzadas: SIDA, hepatitis, herpes, candidas y otra serie de infecciones, dentro de las cuales la de mayor comportamiento incremental ha sido el bacilo de la tuberculosis.
- Efectos colaterales o tóxicos de los medicamentos. La prescripción poco detallada de un medicamento puede generar reacciones alérgicas, parálisis, intoxicaciones, al igual que la interacción medicamentosa en la utilización simultánea de algunas hormonas y antibióticos, por ejemplo.
- Exposición a agentes químicos, físicos o biológicos, como en el caso del glutaraldehído, óxido nitroso y algunas sustancias usadas para desinfección o esterilización, desconociendo los protocolos para su uso. Igualmente, en las radiaciones de

luz o de láser existe la posibilidad de aspirar agentes patógenos durante los procedimientos.

Riesgos que afectan al profesional y al personal auxiliar en odontología

Afectan al personal los riesgos derivados de la atención a pacientes portadores del VIH o pacientes de SIDA, hepatitis, herpes y similares, los provenientes del uso y manejo de sustancias contaminantes o aquellos asociados a factores ocupacionales, posturales o ergonómicos.

¿Cómo se gestionan los riesgos en odontología?

Ante este panorama de posibles denuncias, imagen negativa ante la comunidad y lesiones laborales personales, es indispensable pensar en la responsabilidad personal y con la comunidad. La gestión de riesgos en odontología fundamentalmente busca:

- Proporcionar seguridad al paciente.
- Brindar atención de calidad.
- Crear un ambiente de seguridad y tranquilidad profesional.
- Aumentar la eficacia y estabilidad financiera.
- Disminuir los costos.

Los programas de gestión de riesgos ayudan a disminuir reclamos, demandas y querrelas y contribuyen a mantener la estabilidad financiera de las instituciones y profesionales, mientras humanizan la

atención. Además, fortalecen la relación odontólogo paciente, ayudando a crear relaciones sanas, duraderas y beneficiosas, proporcionando, a la vez, un antecedente valioso en casos de juicio por responsabilidad institucional, inclusive incidiendo en la rebaja en los valores de pólizas de seguros.

¿Qué aspectos involucra la gestión de riesgos?

- Realización de auditorías jurídico odontológicas, de preferencia por organismos especializados, para identificar los riesgos institucionales y profesionales.
- Diseño de planta física adecuada en sus aspectos estructurales, de seguridad, iluminación, ventilación, disposición de desechos, etc.
- Suministro de equipos e insumos suficientes en calidad, cantidad y condiciones de funcionamiento.
- Establecimiento de claros criterios de selección y actualización del personal.
- Acreditación de profesionales.
- Implementación de sistemas y procesos de información a pacientes y familiares.
- Conocimiento y aplicación adecuados y válidos del consentimiento informado.
- Adecuado manejo y control de historia clínica y archivos.
- Correcto manejo de técnicas de asepsia, antisepsia y bioseguridad.
- Evaluación de calidad asistencial mínima requerida.

- Actualización formal de conocimientos y capacitación de profesionales y personal auxiliar.
- Utilización del conocimiento de otras áreas de la salud para mejorar estándares de calidad: implementación de normas técnicas para el control de infecciones, almacenamiento y control de materiales y medicamentos, precauciones universales para el uso de sangre y fluidos corporales, eliminación de desechos cortopunzantes y otros.

Recomendaciones que pueden ayudar a evitar el riesgo de demandas de mala práctica(2)

Escuchar al paciente. El dentista no debe creer saber lo que el paciente quiere o necesita.

Pocas personas saben escuchar. Se estima que el 75% de la comunicación oral es ignorada, malentendida o se olvida fácilmente. Hay varios conceptos erróneos acerca de escuchar; por ejemplo, que escuchar y oír son la misma cosa, ¡Y no es así! Oír es un proceso en el cual las ondas del sonido golpean el tímpano y causan una vibración que es transmitida al cerebro. Escuchar ocurre cuando el cerebro interpreta estos impulsos electroquímicos y les da significado. Otro mito predica que escuchar es igual que respirar —una actividad natural que la gente realiza en forma automática. ¡Nuevamente un error! Uno debe aprender a escuchar. Incluso después de entender los principios fundamentales,

toma dedicación y práctica volverse un buen oyente. Un tercer mito explica que escuchar es una actividad pasiva. ¡Una vez más no es así! Oír es un proceso pasivo mientras que escuchar es un proceso activo que involucra oír como uno de sus componentes, es una habilidad multidimensional que debe desarrollarse. Escuchar implica oír, entender, interpretar y evaluar las habilidades para hacerlo. Algunos de los errores más frecuentes son: interrumpir a los pacientes a la mitad de una oración, cambiar el tema para que se adapte a la agenda u horario del dentista, distraerse mientras ellos están hablando, manifestar signos de impaciencia, no hacer contacto directo a los ojos, mantener una postura de cuerpo lejano, sentirse nervioso, fingir atención.

Hay muchas barreras para ser un buen oyente —incluyendo distracciones, actitud defensiva, ruidos físicos en el consultorio—, mientras que los problemas psicológicos propios pueden bloquear. Se asume que el hablar tiene más ventajas y, de esta manera, con frecuencia se piensa más en ensayar lo que se quiere decir en detrimento de enfocarse en lo que se está hablando. Juzgar es también una barrera, ya que resulta en no aceptar a la gente una vez que se la ha etiquetado. Desde que escuchar es a menudo “una habilidad olvidada” en una comunicación formal, la falta de entrenamiento también se puede considerar una barrera.

Dar instrucciones post-operativas, verbalmente y por escrito. El dentista no debe asumir que su paciente entendió lo que puede pasar durante el tratamiento.

Si el dolor post-operativo o sensibilidad es una posibilidad, se debe avisar al paciente de antemano. Cuando éste experimenta eventos inesperados asume que algo anda mal y la mayoría exige más información; de esta forma, mientras más información se entregue mejor se seguirán las instrucciones y mejor será el resultado. Es necesario escribir las instrucciones post-operativas, ya que las personas olvidan en gran parte lo entregado en forma oral; lo escrito refuerza el mensaje verbal y da al paciente una fácil referencia. Las instrucciones post-operativas deben incluir un número telefónico donde el dentista pueda ser localizado en caso de preguntas o por emergencia.

Asegurarse de que las expectativas del paciente sean reales. Nunca hacer promesas que no se puedan cumplir.

Durante la cita inicial se enfocan tres objetivos: (1) desarrollar una relación con el paciente, (2) obtener información, y (3) evaluar su comportamiento. Se deben aclarar tempranamente sus expectativas y los conceptos erróneos respecto del tratamiento; por ejemplo, si un paciente prefiere la anestesia total, puede no saber que un dentista general probablemente no satisfará sus expectativas; si quiere que se arregle lo que se ha arruinado, pero no acepta responsabilidad sobre el resultado –o no quiere

cancelar el tratamiento– sus expectativas son irreales. Es importante identificar lo antes posible cualquier discrepancia respecto del nivel de información del paciente. También hay muchas variantes que no se pueden controlar, como el nivel de cuidado y el uso o abuso en su restauración: si el paciente sabe que la vida media de una corona es de siete a ocho años, pero que puede ser mayor o menor debido a factores fuera del control del dentista, entonces no se ha incurrido en promesas que no se pueden cumplir.

Ser minucioso al examinar y diagnosticar. Nunca se deben comprometer los parámetros de salud por los intereses económicos.

Se estima que el 40% de los dentistas no guarda pruebas periodontales en sus fichas; en ocasiones, colocan ocho unidades de prótesis en preparaciones de dientes con movilidad clase III y bolsas de 10 mm, ya que el tratamiento se dio sin un adecuado diagnóstico periodontal. No constituye una sorpresa que los pacientes se sientan descontentos cuando el tratamiento fracasa uno o dos años más tarde. Generalmente, el dentista piensa que les hace un favor al reducir los costos de tratamiento si evita un juego completo de radiografías o no articula los modelos de estudio. El dinero que se intenta ahorrar puede ser muy costoso a largo plazo. Hay ocasiones en que las demandas de mala práctica alegan el fracaso del diagnóstico; esto usualmente surge cuando el doctor compromete su minuciosidad durante este examen.

Conocer las limitaciones propias. Nunca realizar tratamientos fuera de la zona de conocimiento propio.

No existe sustituto para la experiencia. Muchas de las escuelas dentales preparan con un nivel mínimo en la mayoría de las áreas y se inicia la práctica con ciertas preferencias basadas en el entrenamiento y preparación. Uno de los beneficios de la práctica dental consiste en elegir los procedimientos. Los dentistas pueden tener problemas cuando les gusta un área determinada –como la ortodoncia– y, sin los conocimientos especiales del área, tratan de buena fe a cualquier paciente. Esto ocurre también cuando el dentista toma un curso de fin de semana en un área específica –como implantes o endodoncia con instrumentación rotativa– y se siente capaz de tratar casos. Cuando un odontólogo general quiere referir a un paciente a un especialista y él no lo acepta, el profesional se siente responsable por esta decisión: la madurez y experiencia enseñan que “no” es una respuesta aceptable para el bienestar del paciente y para la tranquilidad mental, emocional, física y financiera del dentista.

Otra razón por la que algunos dentistas pueden ignorar sus limitaciones se relaciona con una discrepancia entre sus ingresos y egresos; si el carácter lucrativo está por encima de los resultados puede ser difícil referir a un paciente y dejar que la ganancia potencial se dirija hacia otro consultorio.

Informar al paciente cuando las situaciones o resultados sean adversos. Nunca intentar esconder lo que ha pasado.

De acuerdo con los cánones de la ley, los dentistas, como proveedores de salud, no son garantes del éxito: aun bajo las mejores circunstancias, situaciones adversas pueden ocurrir. Un ejemplo es quebrar un instrumento endodóncico o fracturar dos o tres milímetros de la punta de la raíz durante una extracción; pero es importante informar al paciente acerca de cualquier resultado adverso. No obstante, hay que distinguir entre “informar” y admitir que fue un error. Algunos dentistas eligen no cobrar cuando los resultados son adversos, creyendo que, de este modo, el problema desaparecerá; pero cuando alguien lo descubra, el paciente querrá saber por qué se le ocultó la información.

Tener un archivo escrito de lo que se ha hecho o dicho. El dentista no debe asumir que se acordará de todo lo que realizó y nunca debe alterar un archivo del paciente.

En algunos casos, el archivo total del tratamiento de un paciente atendido 20 años atrás había sido escrito en una ficha 4 x 6 y, con frecuencia, los dentistas olvidan firmar y creen que recordarán exactamente lo que hicieron años atrás. Se debería establecer no solamente lo que se practicó al paciente, sino también resumir lo que se le dijo. Puede que el personal entregue una copia del archivo sin que el dentista se entere. El dentista se dará cuenta de lo útil que

hubiera sido tener algunos detalles adicionales archivados y siente el impulso de añadir información a la ficha después de que ha recibido el aviso de la demanda. Cada clínica debería tener un reglamento que establezca que ninguna copia del archivo de un paciente debiera abandonar la clínica sin una nota de solicitud por escrito del paciente o de los padres en caso de un menor de edad; el dentista debiera ser informado de esas solicitudes (a quién y con qué propósito se ha entregado la copia). Nunca debe entregarse los expedientes originales, radiografías o modelos, a menos que lo pida una orden del juzgado; tampoco se debe destruir un archivo en respuesta a una investigación o petición, ya que resulta más útil tener un archivo que no tenerlo. Si el dentista recuerda algunos detalles específicos de un incidente o procedimiento, puede escribir una nota por separado y registrarla como “confidencial: privilegio cliente-abogado”.

Discutir los costos y hacer los arreglos financieros con anterioridad. Nunca demandar al paciente sin considerar primero las repercusiones.

En ocasiones, un plan de tratamiento extenso concluye antes de que se advierta al paciente del costo; es importante discutir los costos antes de iniciar el tratamiento y tener disponibles múltiples opciones de pago. Cualquiera de las opciones que se provean, las normas y su aplicación deben ser firmes; cuando el paciente deja que se acumulen sus cuentas, puede ser frustrante, desmoralizan-

te y costoso. No se debe demandar al paciente antes de evaluar los costos de la demanda. Es mejor evaluar la calidad del trabajo, lo completo y detallado de la ficha, el nivel de satisfacción y la calidad de la relación dentista-paciente y, basándose en eso, tomar una decisión acerca de cuál es el mejor interés para continuar el cobro. Muchas demandas alegando mala práctica ocurren porque el paciente se enoja en respuesta a ser demandado. Cuando se entrega un servicio se ganan con justicia los honorarios y el derecho a cobrarlos.

Discutir alternativas, riesgos y complicaciones. Nunca proceder sin el consentimiento informado del paciente.

Se debe informar sobre los procedimientos cuyos riesgos y complicaciones constituyan una posibilidad real; por ejemplo, una explicación antes de extraer un diente, ya que puede involucrar riesgos potenciales como la fractura del diente, daño en la pieza adyacente o a las estructuras de soporte, y complicaciones como infección, sangrado prolongado, inflamación, contusión, parálisis, dolor, etc. Discutir opciones es muy importante. Éstas varían desde no realizar el tratamiento a uno provisional para sustituir el original o la referencia a un especialista; la discusión debe incluir los beneficios potenciales y consecuencias de la elección de tratamiento. Es mejor tener un consentimiento por escrito cuando se realizan procedimientos como extracciones, cirugía, tratamientos de endodoncia, implantes u otros cuyos

riesgos son altos o cuyo procedimiento es más invasivo. No es suficiente entregar el formulario al paciente y pedirle que lo firme sin discutirlo y sin permitirle plantear preguntas. Como mínimo, la ficha del paciente debe reflejar la discusión de riesgos, complicaciones y alternativas de tratamiento. Muchas demandas por negligencia profesional son acompañadas de alegatos por falta del consentimiento informado. Hoy el proceso de consentimiento asume mayor importancia como medio educativo del paciente, en la comunicación odontólogo-paciente y en el manejo de casos de riesgo. La relación se fortalece en la medida en que se considere al paciente como una persona independiente, que tiene ciertos conocimientos y capacidad de decisión respecto a su salud oral.

Los pacientes que conocen los riesgos son menos propensos a reclamar una mala práctica si ocurre uno de los peligros descritos. La documentación del proceso del consentimiento informado provee la mejor defensa contra las demandas de los pacientes que fueron adecuadamente informados acerca del tratamiento propuesto y del daño que podrían sufrir.

Referencias

1. CONAMED. *Preguntas y respuestas sobre la CONAMED*. México: CONAMED; 1998.
2. Coy K, Stratton R. Avoiding your greatest fear-malpractice. *Journal of Oklahoma Dentist Association* 2002; 93:18-27.

Desarrollar y mantener con el paciente una relación basada en el mutuo respeto y confianza. No tratar al paciente como a un extraño

Es muy fácil etiquetar a los pacientes según los procedimientos, números o ubicación, pero es muy impersonal. Ellos deben ser saludados por su nombre desde el momento en que entran a la clínica. Se debe ser cordial, receptivo y comprensivo, y demostrar interés real por sus deseos y pensamientos, su familia, su ocupación y pasatiempos. Hay que encontrar algún modo de elogiarlo: si han pasado diez años desde su última visita, felicitarlo por haberse decidido a regresar; los pacientes no reaccionan de manera positiva a la crítica. El mejor detalle son las llamadas “de interés”. Algún empleado de la clínica –o de preferencia el odontólogo– puede llamar al paciente la noche antes de algún procedimiento quirúrgico o al día siguiente de uno de rutina; no hay mejor modo de mantener una excelente relación con el paciente que hacerle sentir “usted nos importa”. En concreto hay que aplicar la regla de oro: tratar a los demás como uno quiere ser tratado.

El concepto “salud-enfermedad oral”: del ejercicio individual a la salud colectiva. Un dilema para el odontólogo actual

Carmen Alicia Cardozo de Martínez

¿Por qué un nuevo concepto?

Las tendencias en salud y en investigación en salud, en las distintas instituciones nacionales e internacionales, se fundan en un concepto de ser humano integral: buscan y promueven la igualdad, equidad y democracia, y articulan, al menos en lo teórico, los conceptos biológicos con los conceptos sociales (el ser humano como biosicosocial). En la actualidad, vemos que la salud ya no es ausencia de enfermedad –y menos de enfermedad física exclusivamente– y, por tanto, la tarea de los profesionales de la salud no consiste en formarse sólo para curar enfermedades, sino también para prevenirlas y contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de la persona.

Sentirse bien y verse bien son dos conceptos que han determinado en muchos momentos la existencia de una patología, aunque no exista enfermedad, lo que ha significado, desde el punto de vista práctico, que, aunque se desarrolle un cambio orgánico o molecular en un órgano o tejido, solamente cuando afecta la vida de relación o la estética, la autoestima o la autoaceptación se establece el desequilibrio o enfermedad.

El concepto de salud predominante en el actual sistema y para la mayoría de la población es el de “ausencia de enfermedad”, de manera que se confunde salud con servicios de atención médica. Esta perspectiva médico-asistencial desconoce las relaciones entre salud, enfermedad y factores económicos, sociales y culturales que implican cierta calidad de vida; tiende a negar la subjetividad y la existencia de una gran diversidad étnica y cultural en el campo de la salud. Calidad de vida, subjetividad y diversidad cultural requieren ser reconocidas como condicionantes de salud en Latinoamérica.

La salud está inmersa en la dinámica social, política y económica de la sociedad. En América Latina implica discutir el tipo de sociedad que queremos, para construir nuevos pactos sociales y políticos y consolidar la salud como un derecho esencial. Por ello, se considera fundamental el diálogo interdisciplinario permanente sobre los problemas nacionales y sobre las posibles alternativas y formas de interactuar con la comunidad; el cuerpo odontológico debe incorporarse en la discusión, asumiendo como suya esta responsabilidad de actuar.

La sociología de la salud ha ganado espacio como campo de investigación y de docencia al proporcionar nuevos elementos de análisis de las causas y condiciones sociales de la salud, así como de las dinámicas culturales y sociales que la acompañan. Cada vez es más aceptado que el concepto de salud es social, definido como la gradación de estados de satisfacción, felicidad colectiva o excelencia grupal, en el sentido de la delimitación de los ámbitos sociales en los cuales pueden optimizarse los equilibrios y minimizarse los conflictos. Los científicos sociales trabajan en indicadores de sociometría que permitan evidenciar el nivel de salud social de una comunidad. Por otra parte, es necesario que el proceso de formación de profesionales de la salud se ligue con la comunidad a la cual se vinculará profesionalmente, lo cual permitiría superar la perspectiva del biologismo individual acerca del paciente.

La antropología social y cultural y la etnología son campos relacionados directamente con la salud y la calidad de vida. La antropología médica, la medicina tradicional y popular, la etnobotánica y la etnofarmacología son campos de acción que permiten la recuperación del conocimiento tradicional y, en muchas ocasiones, su incorporación a los servicios de salud. Los últimos adelantos de la antropometría han abierto un amplio campo de investigación y desarrollo con aplicaciones cada vez más prometedoras en el área de la salud, particularmente en salud oral.

La psicología de la salud ha permitido conformar equipos interdisciplinarios que han mejorado los procesos de promoción, prevención y tratamiento de diversas enfermedades. Se aplica al manejo del dolor crónico, prevención primaria, mal comportamiento, tabaquismo, abuso del alcohol, obesidad, miedos, autoagresión, etc. Actividades relacionadas con el área de psicología de la salud son: análisis de la susceptibilidad a la enfermedad y habilidad para enfrentarla; diseños educativos para facilitar el control de enfermedades; preparación de profesionales en los procesos de comunicación médico-paciente; definición y manejo del estrés y aprendizaje en la inmunidad a la enfermedad. Algunas áreas de trabajo son: psicología clínica, psicoimmunología, psicooncología y escuela saludable.

El trabajo social está orientado a mejorar las condiciones de calidad de vida de la población, principalmente de aquella más desprotegida. A través del diseño de estrategias de intervención, desarrolla su acción en la formulación, administración y evaluación de proyectos destinados a mejorar las condiciones de bienestar. Contribuye en forma importante en la solución de problemas sociales. Específicamente, con relación al campo de la salud, las asignaturas que estructuran el trabajo social en su totalidad están enfocadas hacia el bienestar de salud emergente proactivo, en el cual la mujer y el hombre son sujetos de deberes, derechos y responsabilidades. Algunas líneas de trabajo son: desarrollo local y territorial

en salud; protección del menor en condiciones de vida irregular; salud, trabajo y calidad de vida, y atención individual y familiar.

La geografía y la historia hacen importantes aportes al campo de salud y calidad de vida: la primera, a través del manejo del espacio y el territorio, dinámicas poblacionales y ubicación espacial, organización urbano-regional, análisis de riesgos naturales y sus potenciales impactos, entre otros temas; la segunda aporta importantes conocimientos, por ejemplo, a través de la historia social de las ciencias y, específicamente, de la medicina y de las instituciones de la salud.

Por otra parte, la eficiencia y la eficacia están directamente relacionadas con la gestión empresarial; a este campo del conocimiento le interesa mucho si las instituciones encargadas de la salud –que tienen que ver con calidad de vida– son sostenibles o no. La gestión de recursos financieros es un campo de suma importancia en el área de la salud. Por esto se requieren nuevas modalidades de gestión pública y privada que permitan aumentar el nivel de financiamiento, principalmente por parte de las entidades públicas, haciéndolo más progresivo y racional. Las entidades prestadoras de servicios de salud requieren tomar decisiones basadas en la medición, evaluación, rendimiento, análisis e interpretación de la información financiera, sin descontextualizar su rentabilidad social. Este campo corres-

ponde a los profesionales de la contaduría pública y puede contribuir con el área de la salud en: diseño de canastas básicas de atención con criterios de costo/beneficio; análisis de costos de las funciones de producción en atención en salud; análisis de los esquemas de financiamiento de la seguridad social en general y de los servicios de salud en particular; informatización de los procesos contables y de procesos auxiliares, como pagaduría, manejo de las droguerías, inventarios, facturación, cartera de clientes, etc.

La producción de alimentos, como campo propio de la agronomía, tiene incidencia directa sobre la salud y calidad de vida, puesto que dentro de su campo de aplicación está la producción de alimentos para los seres humanos. Su área de acción tiene que ver con qué y cómo se produce, cómo se comercializa y cómo se incentiva el consumo. Se puede afirmar que, en la medida en que se produzcan alimentos que ayuden a mantener una sociedad adecuadamente nutrida, se contribuye a una buena salud y, por ende, a una mejor calidad de vida. Estos campos del conocimiento apoyan a la producción agropecuaria en lo que sea pertinente a las necesidades alimenticias de la población: variada, de bajo costo y alta calidad. Igualmente, sus trabajos aportan a las condiciones del entorno natural y artificial, de manera que los impactos ambientales deben tender a cero. Ejes temáticos son: sostenibilidad de los suelos, mantenimiento de las fuentes de agua, elimina-

ción de la contaminación de los suelos y del ambiente, entre otros.

Por otra parte, en cuanto a los procesos de producción, el sector agrícola tiene presente: adecuación de tierras y su utilización, selección adecuada de los insumos, manejo sostenible del agua, control de plagas, sanidad vegetal –desde el inicio del cultivo hasta la producción–, abono racional de las tierras, recolección y manejo poscosecha. En el campo de la zootecnia su temática es: selección de especies, sanidad animal, adecuado manejo de la infraestructura, engorde, reproducción, conservación y sacrificio.

La comercialización e industrialización de los productos agropecuarios requiere conocimientos sobre: formas de empaque y transporte del producto, y sistemas de almacenamiento y tiempo estimado para consumo. Este campo tiene relación con otras disciplinas, como la ingeniería de alimentos y la administración agropecuaria, donde cobra una importancia poco reconocida la salud oral y sus procesos relacionados.

Las disciplinas relacionadas con el arte –arquitectura, diseño industrial, música y artes plásticas– tienen una relación directa con la calidad de vida y la salud, dado que son las que permiten desarrollar contextos espaciales que transformen las obras y paisajes creados en elementos básicos de esparcimiento, recreación y solaz, aspectos que están generando nuevos modelos de atención y motivación en odontología. Una arquitectura con enfoque social permite la in-

tegración entre aspectos psicosociales y físicos, manejo de espacios, condiciones básicas de habitabilidad (iluminación, ventilación), uso de materiales de construcción, ubicación correcta (geobiología), condiciones sanitarias adecuadas. Igualmente, son de su atención los desarrollos urbanísticos, paisajísticos, el manejo del espacio público y comunal, la valoración de espacios según su uso, entre otros.

La determinación de la forma de los bienes que se producen industrialmente requiere tener presente la relación ser humano-objeto-contexto. El diseño industrial provee conocimientos relativos al uso de los productos y de los elementos que constituyen la forma de dichos productos, todo lo cual incide sobre aspectos de salud y calidad de vida. El diseño industrial provee conocimientos de ergonomía y su incidencia, por ejemplo, sobre la columna vertebral, aspectos decisivos para el ejercicio profesional del equipo de salud oral.

Un campo nuevo respecto de la salud es el de la música, que juega un papel importante en el manejo de los procesos salud-enfermedad, particularmente en salud oral y en la prevención y tratamiento de problemas físicos, emocionales y mentales. El impacto emocional de la música, por débil que sea, puede provocar respuestas fisiológicas, así como influir en el aprendizaje de niños y adultos. En este sentido, los efectos de la músico-terapia se extienden al plano educativo al corregir limitaciones del

aprendizaje; al laboral, al favorecer procesos de salud ocupacional; al geriátrico, al lograr respuestas de autoestima y recuperación de ancianos.

Por último, las artes plásticas, fuera de su papel fundamental en el aumento de la calidad de vida, sirven también como terapia. La línea de conocimiento pretende establecer las potencialidades curativas relacionadas con los procesos psicológicos que son activados por el trabajo creativo. En el caso de los niños, el arte parece tener poderes especiales para movilizar energías; tiene un valor esencial para aquellos cuyo trastorno limita la capacidad para participar en ciertas actividades.

Las reglas del juego de una sociedad se expresan en un contrato social –representado en la Constitución– y se desarrollan a través de normas que, obedeciendo al espíritu del contrato, deben ser debidamente aplicadas y cumplidas. En este sentido Derecho, salud y calidad de vida tienen una relación directa y una interacción recíproca permanente.

En el debate existente entre diferentes posiciones ideológico-políticas y entre diversas prácticas sanitarias, la salud es entendida y atendida como una obra benéfica, como una mercancía sujeta a las leyes del mercado o como un derecho humano y un bien público. La caracterización de la atención a la salud como derecho básico, en conexión con el derecho a la vida y asociado al ejercicio de otros derechos –como al trabajo y la educación– pone de relieve la res-

ponsabilidad del Estado en su garantía y de la sociedad en su reclamo, vigilancia y cuidado.

Los desarrollos científicos y tecnológicos en el campo de la salud tornan imprescindible la actualización de las normas, pero, más aún, se requiere que la norma anticipe las consecuencias de dichos desarrollos para la sociedad. En este sentido, hay una relación estricta entre bioética y Derecho, y entre producción científica y tecnológica y propiedad intelectual, ámbito en el cual se estudian y proponen aquellos aspectos relacionados con su implementación.

Hablar de salud y calidad de vida es, al mismo tiempo, hablar de ingeniería y de desarrollo tecnológico. El progreso en salud no sería viable sin los avances de las ingenierías. Nos encontramos frente a un nuevo paradigma tecnoterapéutico, en el cual las enfermedades son las mismas pero la manera como se tratan ha variado en forma considerable. Esto se debe a los desarrollos tecnológicos derivados de la investigación en ingeniería.

Un nuevo paradigma

En la reflexión contemporánea, una postura destaca la manera en que el desarrollo debe estar estrechamente relacionado con el mejoramiento de la calidad de vida, lo cual dependerá de las posibilidades que tengan los sujetos para satisfacer adecuadamente sus necesidades fundamentales y, particularmente, las relacionadas con la salud.

Desde los planteamientos de Manfred Max-Neef, es preciso diferenciar entre necesidades y satisfactores de esas necesidades. Aquellas constituyen un sistema, es decir, se interrelacionan e interactúan; la salud, entonces, es un satisfactor de las necesidades de protección, de participación, de afecto, de comunicación, entre otras. No guarda correspondencia biunívoca con una sola necesidad, pues un satisfactor puede simultáneamente contribuir a la satisfacción de diversas necesidades o a la inversa. De la misma manera, las relaciones entre necesidades y satisfactores no son fijas, pueden variar con el tiempo, el lugar, la cultura y las circunstancias. Los medios para satisfacer las necesidades son dinámicos, los niveles e intensidades de satisfacción son diversos. Por esta misma causa, los contextos en los cuales se satisfacen las necesidades se diferencian por ser *intra-humanos* (en relación consigo mismo), *interhumanos* (con el grupo social) y *extrahumanos* (con el medio ambiente).

Amartya Sen entiende el concepto de calidad de vida íntimamente relacionado con las categorías de libertad y desarrollo. Este último no es concebido como algo exclusivamente económico, sino como el proceso integral mediante el cual se produce la expansión de las libertades reales de las que disfrutaban los individuos: éstas son su fin y su medio. El desarrollo requiere la eliminación de las principales fuentes de privación: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones

sociales sistemáticas, el abandono de los servicios públicos, la intolerancia y el exceso de intervención de los estados represivos. Este concepto posee una dimensión individual y una social pues en la medida en que la persona tiene mayor libertad el Estado y la sociedad le ofrecen mayores oportunidades.

Sen señala a las oportunidades económicas, a las libertades políticas, a los servicios sociales, a las garantías de transparencia y a la seguridad protectora como libertades instrumentales fundamentales, interdependientes e interrelacionadas, para hablar de desarrollo y de calidad de vida.

Las necesidades humanas, al no ser satisfechas de manera adecuada, producen problemas de salud, tanto en el individuo como en el grupo social. En tal sentido, se entiende la salud colectiva como el reconocimiento de la existencia de determinantes que la propician o no; muchos de los problemas se derivan de crisis socioeconómicas y de la acumulación histórica de inequidad, para lo cual es necesario pensar y desarrollar alternativas de solución desde cada área del conocimiento. Esta mirada reconoce que la salud colectiva no es la sumatoria de las condiciones de salud de los individuos.

Desde la perspectiva medio ambiental, analizar la salud implica abordar problemas tales como: el manejo de los desechos biológicos, la salud y el trabajo, la biocompatibilidad, la contaminación, la fluorización y las relaciones en y con la

vida, entre otros, observándolos como una red de procesos y fenómenos interconectados e interdependientes, en una trama que determina o posibilita la salud o la enfermedad. Implica analizar, además, no sólo la responsabilidad con nuestra persona, sino con los demás y, como lo plantea Hans Jonas, con las generaciones venideras.

Lo anterior plantea la necesidad de definir algunos escenarios en los cuales sea posible estudiar los procesos de desarrollo humano e intervenir positivamente en el campo de la salud, incluida la salud oral, replanteando así la mirada tradicional y buscando la conformación de campos de acción, que pueden ser:

- La vida cotidiana, entendida como el contexto en el cual se expresan y pueden estudiarse todas las interacciones que tienen que ver con la salud.
- La ciudadanía y civilidad, escenario en el cual se dan las relaciones sujeto-Estado, apropiándose el individuo de sus deberes y derechos. Incluye a los diferentes actores sociales y comunitarios, gubernamentales y no gubernamentales.
- Las políticas públicas, desde las cuales es posible reorientar programas y proyectos en distintos ámbitos locales, regionales y nacionales. En América Latina se han cambiado los conceptos de justicia y medicina social por los de usuario y rentabilidad; es decir, ha mudado el concepto de la salud como derecho humano por el de un servicio

público que, además, debe ser rentable para quienes lo manejen.

El concepto “calidad de vida” es mucho más amplio que el de salud. Si los programas de formación en el área de la salud no han sufrido cambios radicales es porque sigue habiendo una mirada excesivamente biologista en torno al proceso salud-enfermedad. Se ha intentado hacer cambios sustanciales en los programas, que pretenden dar una amplia formación humana y social, pero, en la práctica, se quedan al nivel de la teoría, pues en los escenarios de trabajo sigue existiendo el enfoque básico —lo clínico y el equilibrio biológico— sin articular aspectos correspondientes a las propias percepciones, miradas, creencias, mitos y realidades, y sin abordar lo interdisciplinario.

Ha existido por tradición el enfoque que lleva a establecer una relación causa efecto entre un cambio biológico y una respuesta biológica, sin tener en cuenta que los problemas obedecen a múltiples causas que no pueden verse de manera aislada.

La sociedad ha impuesto normas para la salud y normas para la enfermedad, situación que debe abordarse si se quiere entender la calidad de vida por medio de otros indicadores: ¿qué se entiende por salud y cuál es la perspectiva de calidad de vida? ¿Es sólo saber que no hay síntomas clínicos? ¿O que solamente la felicidad es salud? ¿Hay calidad de vida si se puede caminar, correr y nutrirse aunque no se tenga libertad de expre-

sión y pensamiento así como tampoco personalidad propia?

Aunque se percibe un cambio de mirada del profesional de la salud en torno a los aspectos sociales y humanos, en general su tiempo no está dedicado al estudio de estos factores pues los sistemas de formación y atención están diseñados para que el énfasis sea fundamentalmente biológico, tanto en la atención como en el abordaje conceptual. Los aspectos relacionados con lo humano, social, cultural se ha dejado en manos de quienes, por tradición, han sido los expertos: sociólogos, filósofos y antropólogos, con quienes no se mantiene un diálogo permanente sobre los cambios propios del ser humano. Se hace incluso una diferenciación entre los indicadores y métodos de evaluación de los compor-

tamientos sociales y aquellos de los procesos biológicos.

La salud pública exhibe cuatro modelos a través de la historia: el de la higiene pública, en el cual se pensaba que la enfermedad se producía por miasmas y se trataba entonces de neutralizarlas; el del positivismo, que afirmó el conocimiento monocausal y, por lo tanto, que el tratamiento era igual para todos los individuos; la del proceso salud-enfermedad como multicausal, incluidos los factores económicos y los estándares y factores de riesgo; finalmente, la epidemiología social, en la que nacieron las posibilidades de análisis estructural y de problemas, pero que se ha constituido en una postura minoritaria que genera resistencia en los grupos tradicionalistas.

Antropología médica: aproximación a la salud oral

Carolina Valdebenito

Definiendo antropología médica

La antropología médica es una rama de la antropología que se relaciona con la aplicación teórica y metodológica a las percepciones sociales en salud y a las respuestas sociales que se desarrollan. Nació en el seno de la antropología sociocultural y derivó en estudios relacionados sobre distintos tipos de medicina, cuidado de la salud y aspectos psicológicos.

Habitualmente se llevan a cabo estudios, comparando las relaciones sociales en torno a un problema específico en salud. La metodología utilizada –cualitativa-etnográfica– busca establecer paralelos en profundidad, relativos al sentido de las prácticas entre distintos grupos humanos, más que buscar la representatividad estadística; por ejemplo, estudios etnológicos, rural/urbano, etarios, de género, así como de otras categorías sociodemográficas sobre un mismo tema.

Otra forma de aproximarse a la antropología médica ha sido la paleopatología, que es el estudio de los rastros de enfermedad dejados en fósiles y momias. Incluye también el estudio de los sig-

nos relacionados con la enfermedad en objetos arqueológicos. Permite deducir que la enfermedad existe en la tierra desde antes de la aparición del hombre y, probablemente, desde la aparición de la vida en la tierra, y que las formas de enfermedad han variado, dado que parece probable que no siempre hayan existido las mismas.

Evolución de las prácticas en salud

Uno de los aspectos fundamentales en el análisis antropológico es el concepto de identidad, que define lo que se es por oposición a lo que no se es. En antropología médica este tema no es menor, dado que las significaciones e interpretaciones de la salud/enfermedad están insertas en un dominio cultural propio de cada grupo humano.

Desde esta perspectiva, se pueden definir varios estadios a partir de lo que distintos grupos han definido por salud/enfermedad a lo largo de la historia.

La medicina primitiva, por ejemplo, culturalmente es propia de los grupos humanos en la Edad de Piedra. Lo que parece esencial en estos pueblos, en

cuanto a la medicina, es la idea de la enfermedad como fenómeno sobrenatural por acción de demonios o por encantamiento, debido a una falta cometida por el enfermo. La enfermedad tiene, por lo tanto, un valor moral.

En la medicina egipcia arcaica se puede destacar la separación de los elementos religioso, mágico y empírico. Había, por lo tanto, sacerdotes, magos y médicos, y el ciudadano podía recurrir a uno o a otro. Heródoto –historiador contemporáneo de Hipócrates– quedó impresionado de la medicina egipcia, entre otras cosas por la existencia de especialistas, es decir, un tipo de médico para cada enfermedad.

La medicina pre hipocrática se basa en los dos elementos característicos de la práctica médica arcaica: lo sobrenatural y lo puramente empírico. Se rinde culto a Apolo como al dios del que se origina la enseñanza del arte de curar, y se diviniza a Esculapio o Asclepio, a los que se dedican santuarios por toda Grecia.

La tradición hipocrática ha influido fuertemente en la práctica moderna de la medicina alopática. Para ejercer su arte, el médico hipocrático debía hacerse una representación mental de la enfermedad del paciente en todo el curso temporal (pasado, presente y futuro). Esta representación es en verdad el pronóstico, la prognosis. El acceso al pasado lo buscaba interrogando al paciente sobre los comienzos de su afectación, esto es, a través de la anamnesis. El estado presente, la diagnosis, lo establecía

usando todos sus medios de percepción de los signos y síntomas de enfermedad, cuyo estudio es la semiología.

Durante la Edad Media la figura que marcó el pensamiento de aquella época fue la de San Agustín, que vivió en los siglos V y VI. La nueva concepción se orientaba hacia el más allá, con la mira puesta únicamente en la salvación eterna del alma, restando, por tanto, importancia a lo corruptible del cuerpo y de la vida terrenal. La vida religiosa reclamaba toda la atención del hombre. La vida de este mundo, la ciudad terrena, era desdeñable y todos los ramos del saber estaban subordinados a los fines religiosos. Es una visión radicalmente diferente del mundo respecto de la concepción griega.

Europa y Occidente en general se vieron fuertemente influidos por la medicina árabe. Ésta tenía con la medieval algunos rasgos comunes: sujeción a los autores considerados autoridades, abandono de los estudios anatómicos, desinterés por la cirugía, apego a la cauterización, observancia de la tesis del *pus laudabilis* en cirugía

Pero, ya en el siglo IX, la medicina árabe propiciaba una formación general del médico, se estimulaba la observación, se fomentaba la salud pública, se abogaba por un control central de la medicina. Algunos de los progresos aportados por esta medicina fueron la construcción de hospitales, nuevas observaciones clínicas, especialmente en enfermedades infecciosas y oculares, y la ampliación de la farmacopea.

Durante el Renacimiento se vuelve la mirada a las enseñanzas griegas y ello influye ciertamente la época, siendo definida como del pensamiento anatómico (cirugía y anatomía patológica). La disección de cadáveres humanos ya se practicaba ocasionalmente en los siglos XIII y XIV con fines médico-legales o de estudio del cuerpo humano por algunos artistas italianos.

Oralidad, identidad y salud

Uno de los aspectos central en la evolución sociocultural es la comunicación humana vía bocal-auditiva, además de la proxémica y kinésica.

En esta sección nos centraremos en la relevancia de la oralidad en el desarrollo social desde una perspectiva sistémica. En este contexto, es relevante comprender la comunicación como el intercambio necesario de códigos para operacionalizar los sistemas sociales en el entorno circundante(1).

Estos códigos son, ciertamente, culturales; son aprendidos y aprehendidos a través de la endoculturización, aculturación, re-socialización, etc., y su función es permitir la sobrevivencia del sistema, el cual tiene un sentido y una identidad retroalimentada por las entradas y salidas de información en su sistema y con el entorno(2).

A medida que aumenta el tamaño de la sociedad, las relaciones sociales se vuelven más complejas y, por ello, la complejización a través de códigos sociales

permite una descomplejización de la complejidad social.

Para formar parte de un sistema se deben conocer los códigos, ya sea que se quiera participar en el sistema económico, político, religioso, entre otros. De ahí la importancia de la comunicación social como sustrato de las redes sociales.

La comunicabilidad oral no es la única, también están las expresiones físicas, como la kinésica, y las espaciales, como la proxémica.

La oralidad involucra el idioma, los modismos, los acentos, el timbre de voz y el color de la voz. Una voz masculina suele identificarse con un timbre más grave que el agudo asociado a una mujer. El volumen de la risa, la expresión de la boca, llevarse elementos a la boca, comerse las uñas, son actos que reflejan un comportamiento social aprendido y que, a su vez, tiene sentido en un contexto social que pueda interpretarlos.

Muchas culturas han puesto especial interés en la oralidad, no sólo a través de sus dialectos, cantos y poemas, sino también a través de la importancia en el ornamento de sus bocas. En la cultura diaguita del norte grande de Chile se puede identificar así la "tembeta", una especie de tableta de madera que insertan en el labio inferior como símbolo de belleza. En los Maasai, de Kenya, en el norte de Tanzania, existe la temprana extracción de los dos dientes delanteros como rito de pasaje de la niñez a la adultez. En la sociedad mesoamericana,

adornarse los dientes con metales, como plata u otras piedras, es símbolo de estatus social.

Esto cobra sentido con lo señalado sobre la identidad cultural que busca cada grupo —y cada individuo dentro de su grupo—, de manera de hacerse único en la globalidad: solamente distinguiendo lo que no se es se logra identificar lo que se es.

La sociedad contemporánea es un claro reflejo de la complejidad de sistemas en permanente interacción, entre ellos y con el entorno. Es esta complejidad la que da pie a la globalización aparentemente unificadora, que busca establecer cierto sustrato en el cual sea posible la convivencia y la sobrevivencia de cada sistema social, a pesar de la complejidad creciente de la sociedad. Prueba de ello es que resulta posible ir a la cultura más lejana y practicar el comercio, pues se conocen códigos universales: la divisa, la compra-venta, la oferta y la demanda.

Es posible que un portugués, un chileno y un francés puedan comunicarse en inglés en China —a pesar de lo cercano de sus lenguas— en un contexto totalmente diferente del occidental, pues acuden a un código común que hace posible la operatividad en el sistema social.

En este proceso de globalización, aparentemente homogenizador, surge la imperiosa necesidad de la diferenciación y, en ello, la comunicación kinésica se vuelve muy esencial para el asentamiento de la identidad grupal e individual.

Los tatuajes, piercing, cortes, la lengua bífida, inserción de piedras en los dientes son algunos de los medios que las personas buscan para desarrollar su identidad, y, si bien no ostentan el sentido religioso de las culturas originarias, siguen teniendo un sustrato identitario. Las personas que acuden a distintas formas de distinguirse de los demás, a la vez se identifican con el grupo de personas que se adornan como ellos, y que se reconocen muchas veces por estas señales físicas.

Sin embargo, hay otros aspectos de la oralidad que tienen que ver con la salud bucal, y con el impacto que pueden tener el desarrollo de las políticas públicas en salud oral.

En una sociedad altamente competitiva, como la sociedad occidental neoliberal, la apariencia, la búsqueda del cuerpo perfecto, la juventud, la belleza, son códigos que se deben manejar para ser un interlocutor en el sistema actual, no en el sentido griego de la armonía, sino en el utilitarista mercantil que considera a las personas como productos de consumo, deseables o no de acuerdo con su manejo de tales códigos.

Es así como la carencia de alguna pieza dental o algún defecto en la sonrisa presenta una clara falencia a la hora de buscar un empleo, de asistir a una reunión social o de buscar pareja. Siendo la sociedad actual una sociedad de las imágenes⁽³⁾, de lo inmediato, de lo instantáneo, la primera impresión es la que determina la viabilidad de las personas en el sistema.

Esto, a su vez, conduce a la sectorización y segmentación de grupos sociales: aquellos que proyectan una imagen casi perfecta, los que se mutilan o adornan voluntariamente o quienes involuntariamente poseen alguna carencia.

En ello la antropología médica ha avanzado describiendo los sistemas políticos en salud y estableciendo categorías que discriminan entre los sistemas de priorización de acuerdo con el desarrollo de cada país(4). En términos epidemiológicos, los países subdesarrollados o tercermundistas cuentan entre sus prioridades el control de epidemias, mortalidad infantil y morbilidad mortalidad por infecciones; mientras que los desarrollados y en desarrollo, aquellas patologías relativas a estilos de vida y envejecimiento de la población. En estos últimos países la priorización de la salud bucal se vuelve relevante, dado que depende de la calidad de vida no de la sobrevivencia de la población.

Dentro de los países en desarrollo, la salud bucal es sectorizada de acuerdo con los sistemas de seguro de salud de la población, lo que redundará nuevamente en la identidad de grupo. Las personas que pueden pagar por mantener o mejorar su dentadura y acercarse a los estándares de lo casi perfecto se distancian de los grupos que deben esperar en el sistema público por una extracción molar de urgencia o por una prótesis de mala calidad, que impide una buena deglución de los alimentos, entre otros problemas nutricionales, por no mencionar el es-

tigma social de los grupos menos favorecidos.

Conclusión

Este capítulo ha apuntado hacia una definición de la antropología médica y hacia sus aportes a la salud(5). Podemos identificar tres aspectos fundamentales en esta disciplina: primero, la descripción etnográfica de las representaciones sociales de distintos grupos en relación con salud y enfermedad, y las respuestas sociales que dan a ellas, desde lo mágico religioso hasta el método científico; segundo, una aproximación etnológica que compara los distintos sistemas sociales y los códigos desarrollados para su operatividad en salud: cuáles son las formas de acceder a la salud, cómo son interpretadas las necesidades sociales y cuáles prácticas parecen satisfacer la demanda y, por tanto, son eficaces, y, tercero, desde una perspectiva de las políticas públicas, la indicación de que éstas son influidas en su diseño por el contexto sociocultural y, por tanto, afectan a la salud de la población.

En términos de salud pública –la priorización(6) de las necesidades de la población–, se destaca que la salud oral es una prioridad para los países desarrollados y en vías de desarrollo, pues tiene que ver con calidad de vida y con envejecimiento de la población. En consecuencia, el impacto que pueda tener la antropología médica en la salud oral depende de advertir que serán desarrolladas las políticas públicas adecuadas que prioricen

a la salud oral cuando el contexto cultural, socioeconómico y la capacidad de los centros de atención de salud aumente, y estén dirigidos a mejorar la calidad de vida de los pacientes y no solamente a la atención primaria.

La utilidad de considerar el peso cultural y social en el desarrollo de las

políticas públicas puede redundar en una reducción de la segmentación de grupos, que distingue entre quienes pueden y quienes no pueden pagar por salud, y que, por lo tanto, limita la interacción de estos últimos en los sistemas sociales en una sociedad altamente competitiva.

Referencias

1. Luhmann N, Raffaele G. *Teoría de la sociedad*. México: Triana /U.BEO/ITESO; 1998.
2. Arnold M, Rodríguez D. *Sociedad y teoría de sistemas*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1999.
3. Castells M. La era de la información. En: *Economía, sociedad y cultura*. Vol. 2. Madrid: Alianza; 1998.
4. *Las Prioridades de la salud*. Washington, D.C.: OPS/OMS; 26 de septiembre de 2006.
5. Trostle J. *Epidemiology and Culture*. New York: Cambridge University Press; 2005.
6. Daniels N, Sabin JE. *Setting Limits Fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford, UK: Oxford University Press; 2002: 170.

Los sistemas de seguridad y atención en América Latina y los efectos en el ejercicio de la odontología: inequidad e injusticia

César Ernesto Abadía Barrero

En Latinoamérica, las reformas del sector salud de las últimas décadas han fomentado la privatización de los servicios siguiendo principios de corte liberal. A diferencia de un sistema de medicina social, en el cual se eliminan las barreras de acceso y se enfatizan respuestas que obedezcan a las necesidades en salud, en sistemas privados el acceso de las personas a los servicios depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo. Como resultado de este tipo de medicina, las personas con más recursos tienen menos riesgo de enfermar y de que sus enfermedades se agraven, ya que pueden comprar servicios de salud. Por el contrario, las que viven en la pobreza no solamente son más vulnerables, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan. Esta situación es peor aún en temas de salud oral, en los cuales se requiere un debate con la bioética como interlocutora para proponer sistemas de equidad.

Los niveles de pobreza de la región latinoamericana, históricamente alar-

mantes, continúan en aumento en vez de disminuir:

- En 1980, el 41% de los latinoamericanos vivía en condiciones de pobreza.
- En 2002, el porcentaje de pobres ya alcanzaba el 44% (221 millones); 97 millones de ellos (19,4% de la población) viviendo en la pobreza extrema o indigencia(1).

Tales niveles están asociados a la inmensa desigualdad social, la mayor del mundo. Esto significa que minorías ricas concentran la mayor parte de los recursos del país, mientras que la gran mayoría de los habitantes tiene muy poco. Para disminuir estas desigualdades se requieren medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos. Desafortunadamente, en la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos, sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que la pobreza y la brecha entre ricos y pobres se han incrementado en las últimas décadas.

¿Cuál es la relación entre las desigualdades sociales y la salud?

Debemos partir por reconocer que la salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales, y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de la gente, sino de las interacciones entre ella y su entorno. Este último favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que el enfermo reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Aquellos con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, los de menos recursos y peores condiciones de vida tienen mayores riesgos.

Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y salud. Si los sistemas de salud y las políticas públicas destinan más recursos y servicios para los pobres, se puede compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.

Los sistemas que prestan especial atención a la relación entre condiciones de vida y salud enfatizan los programas y servicios de promoción y prevención, promueven medidas de saneamiento básico y desarrollo comunitario, y

priorizan el tratamiento en un sistema interconectado de servicios con varios niveles de atención, según la complejidad de la enfermedad. Este tipo de sistemas, basado en las necesidades de los individuos y las comunidades, tiene una gran trayectoria académica y práctica en la región latinoamericana, con varias vertientes de un movimiento conocido como medicina social, medicina comunitaria o medicina colectiva(2). Por lo general, este tipo de medicina se basa en sistemas públicos de salud, los cuales, mediante recolección de impuestos, ofrecen acceso igualitario a servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación a toda la población. Nacieron del ejemplo de los sistemas de bienestar social europeos, pero se han desarrollado como un movimiento social latinoamericano desde la década de los setenta, oponiéndose a las muchas dictaduras de la región y a gobiernos elegidos por voto popular que han fomentado las desigualdades sociales e impactado negativamente en la salud, debido a políticas públicas y manejos económicos inadecuados.

En el otro extremo se encuentran sistemas basados en el mercado o “de pensamiento liberal”, que consideran los servicios de salud como mercancías de consumo privado —es decir, basadas en las leyes de la oferta y la demanda; por tanto, responsabilizan a cada persona por su cuidado y situación de salud y por la búsqueda de servicios para su tratamiento. Este tipo de sistemas no contempla respuestas frente a los factores

sociales de los procesos salud-enfermedad ni reconoce necesidades específicas en salud de poblaciones más vulnerables; por el contrario, reflejan y afianzan desigualdades sociales de raza, género y condición socioeconómica(3).

En la región latinoamericana, las reformas del sector salud de las últimas décadas –siguiendo las políticas y presiones de organismos financieros internacionales, en especial del Banco Mundial– están desmantelando los sistemas públicos y fomentando la privatización de los servicios. Estas reformas, que siguen principios de pensamiento liberal (ahora revitalizado en el modelo conocido como neoliberal), han traído resultados muy negativos en varios países, mostrando retrocesos significativos en indicadores de salud pública(4,5). El informe del Banco Mundial de 1993, *Invirtiendo en salud*(6), abrió la posibilidad de que el modelo privatizante de los Estados Unidos, conocido como atención gerenciada (*managed care*), fuera exportado a la región latinoamericana, una vez que las compañías multinacionales de seguros en salud vieron que su mercado en ese país se había saturado(7,8).

Ante este panorama de pobreza, desigualdades sociales y sistemas de salud, surgen varias preguntas para la profesión odontológica/estomatológica:

- ¿Cuál ha sido su aporte en Latinoamérica y el Caribe?
- ¿Cuáles son las respuestas que ha brindado frente a esta realidad y

las estrategias que se han planeado para enfrentarla?

- ¿Cómo ve la tradición odontológica este debate entre medicina social y medicina basada en los mercados?

En este capítulo, más que responder a estas preguntas, se pretende plantear algunos puntos de discusión que esperamos nos permitan desarrollar líneas de reflexión e investigación y comenzar a generar alternativas frente a la alarmante situación de pobreza y desigualdad social, haciendo especial hincapié en la salud oral de Latinoamérica y el Caribe.

La odontología no se refiere exclusivamente a sus practicantes, sino, también, a una actividad construida históricamente, a la población en general, a los gobiernos –a través de sus leyes y programas sociales en salud– y a los mercados nacionales e internacionales de la salud, representados por seguros privados y por compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales. Por tanto, redimensionemos a la profesión odontológica como esta amalgama de actores y acciones que interactúan y en el que compiten dos paradigmas:

- salud como derecho humano fundamental y universal de la vertiente de la medicina social, y
- salud como mercancía individual de consumo y supeditada a las leyes del mercado de la vertiente liberal.

Protocolos de manejo: ¿cómo manejan la odontología y la medicina las desigualdades sociales?

En medicina, los parámetros de tratamiento están claramente definidos desde el punto de vista biológico y los protocolos de manejo clínico buscan minimizar las posibilidades de error humano. Siguiéndolos, los profesionales de la medicina hacen una evaluación de signos y síntomas y, apoyándose en medios diagnósticos, establecen pautas terapéuticas iguales para todas las personas que padecen de una misma condición, independientemente de su raza, filiación religiosa, lugar de procedencia o capacidad de pago. Los protocolos buscan que los parámetros de excelencia sean únicos y su manejo y seguimiento se relaciona con las competencias que la sociedad occidental ha impuesto en el ejercicio de los profesionales de la medicina⁽⁹⁾. Sin embargo, en tal búsqueda de perfeccionamiento los médicos pierden la libertad de negociar su práctica de forma más individualizada y, a pesar de que consideren que otras alternativas sean mejores que los protocolos, pueden ser castigados si no siguen parámetros estrictos⁽¹⁰⁾. En la práctica clínica no hay posibilidad de ensayar o individualizar el tratamiento; los ensayos forman parte de investigaciones que terminan formulando, con el tiempo, nuevos protocolos.

Los protocolos de manejo clínico, por tanto, se ubican en una negociación intermedia difícil, en la cual se restringen las libertades médicas para realizar tra-

tamientos más individualizados, pero se intenta que todas las personas sean tratadas según los parámetros que se consideran óptimos para cada condición/ patología. Cabe resaltar que este énfasis en el mejor tratamiento representa un sesgo hacia un tipo de conocimiento específico que le otorga más peso a los tratamientos y a los resultados biológicos medibles y reproducibles en lugar de a la prevención, es decir, hacia una corriente de pensamiento positivista que se ha afianzado en la biomedicina con la medicina basada en la evidencia (MBE). Lejos de ser la panacea que muchos consideran, este método forma parte de un esquema de negociación y percepción del mundo que, a través de intereses comerciales de industrias privadas –como la farmacéutica, biotecnológica y de seguros–, está dictaminando el accionar de la medicina basándose más en los intereses de grupos económicos que en las realidades y necesidades de los procesos salud-enfermedad o en el bienestar de las comunidades⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

Los reportes de la MBE dejaron de ser confiables, ya que se sabe que estos poderes económicos en salud (siendo, empero, la industria farmacéutica el sector más estudiado recientemente) sesgan y manipulan los resultados de los reportes publicados, incluso en las revistas científicas más prestigiosas, y coartan la libertad de los investigadores y centros universitarios al financiar sus investigaciones, con el fin de mostrar resultados que aumenten el lucro por la venta de sus productos^(13,15).

En sistemas de servicios de salud que obedecen a las leyes del mercado es posible entender como la condición socioeconómica del paciente determina su tratamiento. Es decir, alguien sin capacidad de pago no recibirá indicación que no pueda pagar, a pesar de que ésta sea la prescrita por el protocolo clínico. Sin embargo, mantener parámetros de calidad es importante, ya que calidad y mercados van de la mano. La tensión entre brindar el tratamiento que la persona necesita y asegurar que el cliente pague por los servicios se soluciona en la medicina de los mercados separando la atención del pago. Los profesionales deben aplicar los protocolos de manejo clínico en forma igualitaria a todas las personas, y los departamentos de cobro se encargan de que cada uno pague por sus tratamientos, ya sea mediante su póliza privada de seguro, mediante seguros subsidiados con fondos públicos, a través de planes de financiación individual cuando se carezca de póliza privada o seguro público, o, en algunos casos, mediante fondos para tratamientos gratuitos.

A pesar de la pérdida de libertad en la práctica clínica, los protocolos pueden ser positivos si pensamos que a un paciente con un cuadro específico se le debe brindar el mejor tratamiento disponible, independientemente de su raza, condición socioeconómica o lugar de procedencia. Sin embargo, estudios recientes realizados en Estados Unidos muestran que, a pesar de los protocolos, profesionales de la salud ofrecen

tratamientos inadecuados o menos alternativas terapéuticas a personas que pertenecen a minorías raciales(16). Es decir, dos pacientes, uno de raza negra y otro de raza blanca, con el mismo cuadro clínico, género, edad y con la misma capacidad de pago, reciben tratamientos diferentes, uno considerado inadecuado y el otro adecuado. Esto se explica analizando la cultura de la salud en occidente y las relaciones entre desigualdades sociales, razas y privilegios que han producido una mirada sesgada en los profesionales de la salud, la cual los obliga a ofrecer tratamientos inadecuados a personas de minorías raciales(17).

¿Presenta la odontología un sesgo similar en cuanto a raza y condición socioeconómica? Un estudio con minorías raciales en Estados Unidos (afroamericanos y latinos) parece señalar que así es: se descubrió que la combinación entre condición socioeconómica y raza conduce a los odontólogos a ofrecer menos alternativas de tratamiento a pacientes de minorías raciales. A pesar de presentar el mismo grado de severidad y avance en sus patologías, a las personas de minorías raciales se les ofrecen menos opciones terapéuticas y se les sugieren extracciones en vez de otras elecciones que sí se ofrecen a pacientes blancos(18). Este estudio sugiere que el sesgo médico frente a la raza y a la condición socioeconómica también se presenta en la odontología. Sin embargo, en la sección siguiente se examinan los protocolos de manejo clínico que se aplican en odontología y se analiza si la

práctica odontológica tiene parámetros universales similares a los de la medicina o si se sugiere que cada tratamiento debe ser individualizado.

La odontología como práctica que fomenta las desigualdades sociales

¿Cuáles son las respuestas que como profesión de salud se ofrecen a quienes viven en la pobreza? La práctica odontológica consiste en actividades diagnósticas y terapéuticas que se realizan en consultas privadas, consultas públicas o de servicios de seguridad social de empresas, cooperativas o del Estado. Las consultas en servicios de salud públicos (que no necesariamente son gratuitos en muchos países) ofrecen cuidados considerados básicos y su calidad depende de cada programa, los recursos y las leyes de cada país. Tratamientos de rehabilitación, ortodoncia y estéticos, con algunas excepciones, no son contemplados en estos servicios y las personas se ven forzadas a utilizar servicios privados para terminar con su plan de tratamiento, incluyendo rehabilitaciones simples y complejas. Los profesionales que practican la odontología en el sector privado negocian con la capacidad de pago de cada individuo y, en muchos casos, los profesionales practican su profesión en varios sectores sociales y combinan las consultas privada y pública.

La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo del solicitante. De esta for-

ma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población, en la cual los ciudadanos tienen acceso a servicios según su capacidad de pago. Círculos odontológicos parecen aceptar diferentes estándares de manejo para las personas según su condición socioeconómica. Un grupo de odontólogos de varios países que discutió los aspectos éticos y de equidad, y la responsabilidad de la profesión comentó que las mejores prácticas (el tratamiento ideal) puede ser un factor de confusión en las escuelas de odontología, ya que hablar de tratamientos ideales parece implicar que “bajo cualquier circunstancia, un cierto tipo de ‘prácticas’ siempre serán las mejores. En un mundo con unas variaciones enormes en características económicas, ambientales, sociales y culturales, tal concepto es difícilmente realizable. En cambio, se considera que la lista de ‘mejores prácticas’ hace referencia más a las metas hacia las cuales esperamos llegar, si todos los otros factores son iguales(19)”.

Los factores que debemos tener en cuenta para la equidad en salud oral, según los mismos autores, son los aspectos socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, de religión, de lenguaje y discapacidad. Claramente hay una diferencia con la medicina, ya que aquí se favorece el análisis individual y no los protocolos universales. Parece que los protocolos se reconocen como las “mejores prácticas” o “tratamiento ideal”, pero se acepta que esto se aplica sólo a unos pocos que cumplen con determinadas características.

Si bien podemos estar de acuerdo en que esta propuesta relativista de la odontología puede ser útil frente a parámetros culturales y religiosos (aunque es difícil saber de qué modo los autores diferencian estos aspectos), diferencias de género (pensando en que algunos tratamientos pueden ser modificados en caso de embarazo), raciales (por ejemplo tratamientos odontológicos deben tener en cuenta la raza en la transformación de la apariencia de la sonrisa y el rostro) y la discapacidad (no tanto porque a los discapacitados no se les puedan ofrecer los mejores tratamientos, sino porque ciertas limitaciones físicas pueden favorecer ciertos tipos de tratamientos que requieren cuidados más simples), no es muy satisfactorio un abordaje relativista cuando se plantea que diferencias de condición socioeconómica generan prácticas diferentes. Según esta postura, pareciera que la profesión odontológica acepta que sus prácticas tienen que seguir un quehacer liberal, ligado al mercado y a la capacidad de pago individual, y, por tanto, no existe un planteamiento ético sobre las necesidades en salud oral de la población que vive en pobreza.

En los consultorios privados, en el proceso de balancear oferta de servicios con capacidad de pago de los pacientes, los odontólogos entregan una lista de servicios que van desde los ideales o adecuados hasta los cuidados mínimos o emergenciales, pasando por múltiples combinaciones, incluyendo medidas que intentan llegar lo más cercanamente posible al tratamiento ideal. El plan

de tratamiento se organiza en cuatro acciones:

- 1) *Urgencias*: acciones emergenciales que, generalmente, se relacionan con episodios de dolor.
- 2) *Urgentes*: que necesitan atención a corto plazo y que, habitualmente, incluyen la eliminación de focos infecciosos.
- 3) *Rehabilitación simple*: medidas que ameritan atención en un plazo entre corto y medio y que dependen de la capacidad de pago de la persona.
- 4) *Rehabilitación compleja*: medidas de largo plazo que dependen mucho más de la capacidad de pago (por ejemplo incrustaciones, prótesis o implantes).

Otros tratamientos pueden ubicarse en la transición de varias categorías; por ejemplo, los tratamientos de conductos pueden iniciarse como una urgencia, son evidentemente urgentes, pero la posibilidad de acabar con el tratamiento, debido a sus altos costos, hace que se demore y siga una relación tiempo/capacidad de pago similar a la rehabilitación simple.

Las leyes del mercado y el enfoque liberal han igualado la práctica odontológica con otros bienes de consumo. Para cumplir con un plan de tratamiento se exige a los pacientes pagos mínimos y, cuando no pueden cancelar sus cuotas, el tratamiento se aplaza; en estas negociaciones varios profesionales sienten que su trabajo no es valorado y cuando

deciden trabajar con sectores de bajos recursos económicos las actividades terapéuticas que pueden desarrollar son limitadas. En sectores pobres el tipo de tratamiento ofrecido se limita a las urgencias, el tratamiento ideal se reemplaza por otros más agresivos (por ejemplo, extracciones) y se deja de lado la posibilidad de realizar procedimientos más complejos o rehabilitaciones. La negociación entre profesional y paciente es difícil ya que, por un lado, el dentista, aún consciente de las limitaciones económicas de quienes asisten a su consulta, sabe que las necesidades en salud sobrepasan lo que los enfermos pueden pagar; por otro, los profesionales también tienen que cumplir con las obligaciones económicas y administrativas de manejar un consultorio privado y se ven obligados a reducir o abandonar los tratamientos subsidiados o gratuitos.

Adicionalmente, grandes empresas con ánimo de lucro se están apropiando de la prestación de servicios de salud oral privada y se ve una competencia de precios y atenciones con los consultorios particulares. La “calidad” y el “costo” son las variables utilizadas en las campañas de mercadeo y publicidad de las grandes empresas, las cuales, por lo general, son suficientes para liquidar o para desterrar de una región a los consultorios particulares. Como resultado de este nuevo tipo de práctica los odontólogos han visto un cambio en su condición laboral de trabajadores independientes a trabajadores subcontratados, habitualmente bajo la modalidad

de porcentaje. Si existe sobreoferta de odontólogos, debido a una falta de planeación y regulación estatal frente a las escuelas de formación de profesionales en salud, las empresas aprovechan las leyes del mercado en la contratación y, en algunos países, los profesionales han visto que los salarios disminuyen constantemente y las condiciones laborales empeoran (mayores jornadas, equipos y materiales deficientes y menor pago). En estos casos, los odontólogos también pierden la libertad de decidir sobre los mejores tratamientos, ya que no sólo las limitaciones económicas del paciente sino también los intereses económicos de las empresas se traducen en una práctica en la cual los servicios ofrecidos (diagnósticos y terapéuticos) no son los ideales sino los más rentables.

De ahí que los tratamientos odontológicos incluyan desde opciones ideales hasta opciones mínimas que, se sabe, no cumplen con los parámetros de tratamiento ideal. En este proceso, en el que compiten intereses de la industria de materiales dentales y de las empresas privadas con ánimo de lucro, y que dependen de las diferentes capacidades de pago del paciente, las desigualdades sociales se perpetúan y aumentan. Este gran dilema moral del acceso a tratamientos adecuados no recibe la atención que merece y, al parecer, la profesión satisface sus necesidades de responder a la población sin recursos con propuestas de salud pública que se enfocan en promoción y prevención.

Prevención para los pobres y tratamiento para los ricos

Estudios recientes muestran que la prevalencia de enfermedades orales es mayor en personas que viven en la pobreza. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la pobreza y las desigualdades sociales juegan un papel fundamental en la presencia de enfermedades orales y en la posibilidad de recibir tratamientos. Por ejemplo, países en vías de desarrollo muestran una incidencia mucho mayor de cáncer bucofaríngeo y el Noma, asociado a desnutrición, es casi exclusivo de África y el Sudeste Asiático, las regiones más pobres del mundo(20). En Occidente la caries y la enfermedad periodontal parecen ser un buen predictor de la pobreza en los niños y adultos, ya que el alto consumo de azúcares refinados y medidas higiénicas deficientes son más comunes en la población pobre. Un estudio realizado en Nueva Zelanda, y que siguió a un grupo de niños por 26 años, encontró que las enfermedades orales no sólo eran más prevalentes en los niños de sectores más pobres, sino que, cuando adultos, ellos presentaban mayor presencia de enfermedades cardiovasculares y menor desarrollo físico; asimismo, continuaban presentando mayor presencia de enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival)(21). Otro hallazgo interesante fue que, incluso si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan

presentando mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos.

¿Cuál ha sido el planteamiento político de la profesión odontológica frente a las desigualdades sociales? Desde las escuelas de odontología se ve claramente la disyuntiva. Los departamentos de salud pública y comunitaria (que, al igual que en medicina, son marginados y reciben menor atención que los departamentos clínicos) se dedican a enseñar acciones de promoción y prevención mediante propuestas que incluyen la fluoración de la sal, agua, o pastas dentífricas, campañas educativas y sellantes. Los departamentos clínicos enseñan todas las actividades terapéuticas y enfatizan un plan de tratamiento que sigue las necesidades biológicas orales (como ya fue planteado: urgencias, rehabilitación simple y rehabilitación compleja, que dependen de la capacidad de pago de la persona, y redes privadas o de seguridad social en salud). Por otro lado, los departamentos de investigación en ciencias básicas biológicas ven su quehacer investigativo coartado por los intereses de las empresas de materiales dentales y por el énfasis creciente en exigir que los centros educativos (privados y públicos) sólo realicen investigaciones rentables económicamente, lo cual se mide mediante la creación de productos patentables para uso y explotación comercial. Todo esto

sin mencionar la falta de estrategias para integrar las investigaciones clínicas con aquellas en ciencias básicas biológicas y sociales.

En esta práctica, basada en los mercados y que privilegia la atención clínica, los círculos de profesionales discuten que los odontólogos más exitosos no son necesariamente aquellos con más conocimientos o los que logran reducir los índices de morbilidad oral, sino quienes se muestran competentes en la práctica privada y son buenos comerciantes y administradores (algunos de ellos de las nuevas empresas en salud). Los considerados como menos exitosos, desde el punto de vista económico, se reconocen habitualmente como personas que tienen dificultades relacionándose con las leyes del mercado y se describen a sí mismos como profesionales que no saben cobrar, que dedican sus carreras al servicio de poblaciones pobres, cuestionan en su práctica cotidiana la falta de acceso de la mayoría de la población a servicios integrales y adecuados de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, sufren de dilemas morales ante la ausencia de recursos propios y de sus pacientes, y se enfrentan, como pueden, a las leyes de los mercados en la salud, es decir, a las leyes de la oferta y la demanda.

Propuestas de la salud oral para la salud pública: límites del flúor y de los programas educativos

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha participado en actividades

preventivas de salud oral en la región, principalmente impulsando el programa de fluoración de la sal que ha reducido la morbimortalidad oral en los países que lo han implementado. La fluoración del agua ha sido reconocida como una de las medidas de salud pública más importantes en la historia, no sólo porque ha conseguido disminuir la presencia de caries en la población, sino porque asegura que sus efectos se extiendan a toda la población y, por tanto, es una medida efectiva para contrarrestar los vínculos entre desigualdades sociales y salud oral. Si bien la fluoración del agua disminuye desigualdades, la región latinoamericana debe considerar que municipios más pobres pueden no recibir agua fluorada por falta de desarrollo(22) y que aún se debate el riesgo/beneficio entre el flúor como agente protector de caries y como agente causante de fluorosis oral, esquelética y sistémica. Además, es evidente que, incluso con medidas de flúor, la población sufre aún un elevado índice de morbilidad y mortalidad por las dos enfermedades orales más comunes: caries y enfermedad periodontal, ambas prevenibles.

Recientemente se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales(23); sin embargo, se sigue enfatizando en el flúor y en los comportamientos individuales cuando se trata de promoción y prevención en salud oral. Dicho enfoque hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones se vea

reducido a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que estas últimas son profundamente sociales. Sin restar importancia a la educación como estrategia de prevención, la literatura odontológica carece de conceptualizaciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano y en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, no se han planteado alternativas para contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales.

La literatura odontológica de factores de riesgo y su énfasis en los comportamientos individuales más que en las condiciones sociales podría beneficiarse con las nuevas teorías en medicina social y enfermedades infecciosas, que reconocen que la vulnerabilidad de personas y grupos poblacionales a las enfermedades infecciosas dista mucho de ser un factor individual exclusivamente y que depende de una compleja relación entre factores individuales, institucionales y sociales(24). En esta nueva línea teórica se entiende que cuando se enfatiza la responsabilidad individual en forma exagerada se termina culpando a las víctimas de sus enfermedades(25). La literatura en salud oral sigue haciendo hincapié en los factores de riesgo individual, los hábitos alimenticios y las medidas de higiene e insiste en que cambios de mentalidad mediante educación van a resultar en éxitos preventivos(20). Tal estrategia se ha mostrado históricamen-

te como muy poco efectiva y las nuevas teorías sociales permiten entender que educación sin condiciones que propicien que lo aprendido sea llevado a la práctica, no alcanza sus objetivos.

Dos mitos de la odontología: los tratamientos odontológicos son costosos y prevención vs. tratamiento

La estrategia global para la salud oral de la OMS plantea que los tratamientos tradicionales para las enfermedades orales son muy costosos en los países industrializados e imposibles en la mayoría de países de bajos y medianos ingresos. Frente a los costos en aumento y los recursos limitados, la OMS insiste en la prevención y el control. Sin embargo, no existe un análisis de costos adecuado que nos permita examinar cómo se distribuye el lucro generado en la consulta odontológica y si, de verdad, es imposible ofrecer tratamientos adecuados para toda la población. Si hacemos un paralelo con las nuevas investigaciones en medicina social que apuntan al lucro excesivo y a la influencia de la industria farmacéutica en la práctica clínica, podríamos pensar que otro tanto ocurre con las compañías multinacionales de materiales dentales y que los costos reales de los tratamientos odontológicos son desconocidos ya que dependen de las leyes del mercado.

La nueva estrategia regional de la OPS incluye servicios de salud oral *eficaces* en función del *costo*, destinados a eliminar las disparidades en el tratamiento y au-

mentar el acceso de la población a los servicios. Sin embargo, se ha mostrado que ciertas propuestas en salud pública basadas en análisis “costo-beneficio-efectividad” no son adecuadas, porque siguen los intereses de los que manejan los mercados de salud, no responden a las necesidades en salud de la población y, en lugar de aumentarlo, reducen el acceso a los tratamientos de las poblaciones pobres(3). Una discusión parecida ocurrió en el tratamiento de la epidemia del SIDA, de la cual la salud oral podría aprender mucho.

El Banco Mundial, en su informe sobre inversión en salud (1993), señaló que las terapias para el SIDA eran muy costosas para países en vías de desarrollo y recomendó centrar recursos y esfuerzos únicamente en prevención, ya que se consideraban más costo-efectivos. Brasil, contrariando esta propuesta, decidió ofrecer tratamiento universal y gratuito a todas las personas que lo necesitaran y mostró, con el tiempo, que no solamente los esfuerzos preventivos se favorecerían, sino que ofrecer métodos adecuados logra que las personas sufran menos enfermedades y menos complicaciones y, por tanto, se puede ahorrar costos(26). Mientras el Banco Mundial estimó que Brasil iba a tener 1,2 millones de personas infectadas en el cambio de siglo, este país, integrando prevención con tratamiento, a finales del 2001 sólo contaba con 600.000 infectados, mostrando una reducción del 50% en las estimativas previstas y un control efectivo de la epidemia(27,28).

En cuanto al costo, a pesar de que el de la terapia anti-retroviral efectiva es muy alto (US \$10.000 por paciente al año en países desarrollados), una serie de estrategias permitió a Brasil disminuir los costos a menos de US \$2.300 por paciente al año. Por un lado, el país comenzó a fabricar versiones genéricas de medicinas cuyas patentes habían expirado y logró disminuir los precios significativamente. Para las medicinas más nuevas, aún protegidas mediante leyes comerciales internacionales, el país alcanzó reducciones significativas de precios al centralizar las compras y negociar rebajas sustanciales con las compañías dueñas de las patentes. Además de estos ahorros, Brasil mostró que, en la lucha contra el SIDA, el acceso universal y gratuito a los procedimientos ayudó a miles de brasileños a mejorar su calidad de vida, y el país estima que entre 1997 y 2001 se ahorraron más de mil millones de dólares al evitar hospitalizaciones y tratamientos más complejos(26).

Un enfoque similar podría aplicarse en la odontología y deslegitimar dos tabúes afianzados en la práctica de la profesión y en las políticas públicas. Los tratamientos odontológicos no deben ser vistos como costosos y la prevención debe siempre ir ligada al tratamiento. Si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos se disminuiría la presencia de enfermedades orales, se evitaría su avance y la aparición de complicaciones más graves y debilitantes, y se disminuiría la necesidad de sistemas más costo-

sos. Esto es mucho más relevante para el caso de la salud oral, no sólo porque las más comunes de estas enfermedades son prevenibles, sino porque intervenciones oportunas son mucho más fáciles, controlan y eliminan la enfermedad y evitan complicaciones más graves y métodos más complejos.

Conclusión: los mercados y la práctica odontológica

La odontología surgió como rama de la medicina y en algunos países todavía es una subespecialidad. A pesar de que se ha caracterizado por ser una profesión liberal, y tal vez sea ésta la principal característica que lleva a muchas personas a escogerla, los procesos de institucionalización que se vivieron en la medicina también afectaron a algunas prácticas odontológicas (principalmente en el sector público y de seguridad social, y, más recientemente, en empresas de salud con ánimo de lucro que subcontratan a los odontólogos para que presten servicios). En este panorama de mercados en el cual la odontología está inmersa los profesionales han visto que su práctica dejó de ser liberal y que su calidad de vida empeoró. Por otro lado, la población sigue sin acceso adecuado a servicios de salud oral.

Con esta revisión muy rápida de cómo las leyes del mercado y las desigualdades sociales impactan el ejercicio de la profesión odontológica, esperamos que sea posible ver de qué manera la odontología refleja las leyes del mercado y fomenta y afianza las desigualdades so-

ciales. Asimismo, que se haya podido apreciar que la discusión sobre el papel de la odontología en la región latinoamericana es política y tiene que ver con redefinir (o definir) la profesión y sus estrategias para responder a las necesidades de salud oral. Si bien es importante seguir avanzando en la producción de tratamientos sofisticados, la profesión necesita mucho más de medidas, programas y políticas para mejorar las condiciones precarias de salud oral de la mayoría de la población.

El reto ético más importante de la profesión odontológica consiste en decidir si posicionarse políticamente como profesión de la salud que sigue los principios de la medicina social o continuar como práctica que depende de las leyes del mercado. Organismos de salud internacionales parecen enfatizar el enfoque liberal e individualista de la salud y desconocen otras opciones como aquellas propuestas por la tradición de la medicina social. La OMS sigue insistiendo en que la caries y la enfermedad periodontal se pueden controlar y prevenir mediante la combinación de acciones comunitarias, profesionales e individuales que enfaticen la educación y los cambios de comportamiento(20). En cuestión de políticas, la OMS ha insistido, desde 1994, en que una medida de salud pública de interés puede ser la exención de impuestos y aranceles para ciertos productos cosméticos –pastas dentífricas con flúor, por ejemplo– para que su precio sea más razonable(20,29). Tal recomendación es muy sospechosa.

¿Por qué un organismo internacional de salud sugiere políticas públicas que benefician a ciertas compañías multinacionales de cosméticos? La propuesta de la OMS también parece sospechosa y equivocada, considerando los niveles de pobreza y el poco poder adquisitivo en estos países, y que no se sabe con claridad si se deben combinar los beneficios de las pastas dentífricas con flúor cuando existe una cantidad adecuada de flúor en el agua o en la sal (el debate entre riesgo de fluorosis vs. riesgo de caries).

Ante la falta de pastas dentífricas con flúor, dado el caso de que esta estrategia sea más adecuada o complementaria a la fluoración del agua o la sal, organismos internacionales en salud pueden sugerir diferentes estrategias: producción local o regional de pastas dentífricas en vez de importación y aumento de las ganancias de las compañías multinacionales, o suministro gratuito y universal de pastas en lugar de confiar en que la capacidad individual de compra de familias pobres les permita beneficiarse con los efectos del flúor en las pastas dentales. El ejemplo de las estrategias brasileñas frente al SIDA es evidencia de que estas dos alternativas (la producción local y la distribución gratuita) son mucho más efectivas que la sumisión al poder económico de las compañías multinacionales y el desconocimiento de los impedimentos económicos causados por la pobreza.

La recomendación de la OMS frente a las pastas dentífricas con flúor es mucho más sospechosa cuando en sus reportes se expresa, en forma elocuente, que dos factores principales son los responsables de la presencia de caries en la población: la falta de flúor y el alto consumo de azúcares refinados. Para este último, sin embargo, la OMS no tiene recomendaciones en salud pública similares a aquellas de los cosméticos, es decir, aumentar las medidas arancelarias y de impuestos a las bebidas con azúcares refinados. Por el contrario, la OMS propone que se implementen consejerías nutricionales para que se disminuya el consumo de azúcares. El sesgo en la balanza es claro.

Recordemos que organismos financieros y grupos económicos han penetrado diferentes organismos de las Naciones Unidas, incluyendo a la OMS, y que las últimas políticas, análisis y recomendaciones de este organismo han sido criticados fuertemente por mostrar un viraje peligroso desde velar por la salud como derecho humano universal e integral a favorecer intereses particulares de compañías farmacéuticas, biotecnológicas y de seguros(11). Algo parecido ha sucedido en la odontología desde hace mucho tiempo y estamos en condiciones de comenzar a discutirlo y hacer algo al respecto.

Referencias

1. División de Desarrollo Social, Estadísticas y Proyecciones Económicas, CEPAL. *Panorama Social de América Latina* 2004. New York: CEPAL-Naciones Unidas; 2004. [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.eclac.org>. Último acceso 31 de julio de 2006.
2. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health* 2001; 91(10): 1592-1601.
3. Rylho-Bauer B, Farmer P. Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly* 2002; 16(4): 476-502.
4. Ameida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 905-925.
5. Armada F, Muntaner C. The Visible Fist of the Market: Health Reforms in Latin America. In: Castro A, Singer M, (eds.) *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press; 2004: 29-42.
6. The World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.
7. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin, H. Managed Care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine* 2001, 52: 1243-1253.
8. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The Exportation of Managed Care to Latin America. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(14): 1131-1136.
9. Good MJD. *American Medicine: The Quest for Competence*. Berkeley and Los Angeles, London: University of California Press; 1995.
10. Schraiber LB. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
11. Navarro V. The world situation and the WHO. *The Lancet* 2004; 363(April 17): 1321-1323.
12. Pellegrino ED. The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy* 1999; 24(3): 243-266.
13. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *PLoS Med* 2005; 2(5): e138.
14. Weiss L. *Private Medicine and Public Health: Profits, Politics, and Prejudice in the American Health Care Enterprise*. Cumnor Hill: Westview Press; 1997.
15. Angell M. *The truth about drug companies: How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House; 2005.

16. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, (eds.) *Unequal Treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, The National Academies Press; 2003.
17. Good MJD, James C, Good BJ, Becker AE. The Culture of Medicine and Racial, Ethnic and Class Disparities in Health Care. In: Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, (eds.) *Unequal Treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington, D.C.: Institute of Medicine, The National Academies Press; 2003: 594-625.
18. Gilbert G, Duncan R, Shelton B. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38(6): 1843-1862.
19. Hobdel M, Sinkford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(Suppl. 3): 167-178.
20. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: WHO; 2003.
21. Poulton R, Caspi A, Mine B, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *The Lancet* 2002; 360: 1640-1645.
22. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil-the inverse equity hypothesis revisited. *Social Science & Medicine* 2004; 58: 1181-1189.
23. Hobdel M, Sinkford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(Suppl. 3): 167-178.
24. Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley and Los Angeles.: University of California Press, Ltd.; 1999.
25. Castro A, Farmer P. El SIDA y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* 2003; 17: 31-49.
26. Ministry of Health of Brazil. *Response: The experience of the Brazilian AIDS Programme*. Brasilia: Ministry of Health; 2002.
27. Piot P, Coll Seck AM. International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 1106-1112.
28. Reardon C. AIDS: How Brazil Turned the Tide. Can others emulate its success? *Ford Foundation Report* 2002; 33(3): 8-13.
29. Petersen, PE, Lennon M. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32: 319-321.

El diálogo y la comunicación: una tarea urgente del cuerpo odontológico para un ejercicio colectivo

*Carmen Alicia Cardozo de Martínez y
Eduardo Rodríguez Yunta*

La salud colectiva: una visión complementaria e indispensable

Históricamente ha existido el predominio de enfoques centrados en la enfermedad y en lo orgánico, con una visión estática y monocausal. Los principales debates mundiales sobre el concepto de salud-enfermedad muestran la íntima relación de la salud con la calidad de vida de las personas y los grupos sociales. Mientras un departamento de salud oral resulta vital académicamente para continuar desarrollando el acumulado histórico de la odontología, uno de salud colectiva permite afianzar (recordemos que éste es un campo de aparición más reciente en el área de la salud y en la odontología) y profundizar en el estudio, la comprensión, la explicación y la transformación de los determinantes sociales de la problemática de salud, visión complementaria e indispensable si la universidad desea cumplir su compromiso ético-político con los problemas sociales más significativos.

Así como es necesario el estudio de los fenómenos biológicos de las principales patologías orales y su solución desde los enfoques de las ciencias naturales,

así también el estudio de la salud oral como un campo político y social requiere el aporte de investigadores del área de la salud que indaguen desde los marcos explicativos e interpretativos de otras disciplinas como las ciencias sociales. El centro de su preocupación es y será, seguramente, las diferencias en la manera como los hombres y los colectivos viven, enferman y mueren. Michel Foucault y Didier Fassin afirman que el orden social se traduce en el cuerpo de los hombres; la manera como las personas enferman, interpretan y solucionan sus problemas de salud se da en una trama de relaciones sociales e históricas.

Otra dimensión política del campo sanitario la constituye la gestión de la vida, la salud y la enfermedad (políticas públicas), campo en el que la universidad, mediante sus procesos académicos, puede contribuir en la formulación y en la reorientación de las políticas de salud en general y de salud oral en particular.

Modelos de relación clínica

Para que un modelo de relación dentista-paciente se acerque más a un equilibrio entre la confianza que el paciente

otorga al odontólogo y su capacidad de tomar decisiones tras haber sido informado, deberá establecerse un diálogo y una relación de mutua confianza desinteresada. En las presentes circunstancias se propone que el diálogo sea interpretativo o deliberativo, dependiendo de las circunstancias y de las capacidades y habilidades del odontólogo y del paciente(1,2). En circunstancias ordinarias, tomar decisiones es tarea de ambos, respetando siempre la integridad de la persona.

Bajo el modelo interpretativo, la función del odontólogo consiste en elucidar los valores del paciente y lo que realmente quiere, y ayudarlo a seleccionar una intervención en consonancia con ello. El odontólogo tiene la obligación de proveer información al paciente sobre la naturaleza de su condición y los riesgos y beneficios de posibles intervenciones; toma la responsabilidad de interpretar el diagnóstico para el paciente en un lenguaje que éste pueda entender y que sea capaz de acoger emocionalmente; actúa como consejero, pero es el paciente el que toma la decisión; valora su autonomía como la de un sujeto en proceso de conocerse a sí mismo y capaz de tomar decisiones médicas compartidas; desarrolla la sensibilidad para entrar en comunicación con el paciente y apreciar detalles íntimos de su vida respetando sus emociones; requiere habilidad para escuchar, destreza que envuelve todos los sentidos; debe estar atento al lenguaje del cuerpo (lenguaje no verbal) para detectar contradicciones con el lenguaje

verbal o un estado de estrés o angustia, y no puede manipular, forzar o engañar al paciente en la toma de decisiones.

Debe ser capaz de entender tanto el problema médico como la persona que se halla detrás de los síntomas, con su personalidad, sus características familiares, su tipo de educación y sus relaciones sociales. Este modelo adquiere mayor relieve cuando el paciente tiene dificultades para comunicarse, ya sea por cultura o por carácter. Se debe exhortar al paciente a tomar sus propias decisiones, pero si delega ese derecho en la persona del odontólogo, éste debe esforzarse en encontrar lo mejor para el paciente de acuerdo con sus características personales.

Bajo el modelo deliberativo, el odontólogo actúa como maestro o guía moral que recomienda al paciente la mejor opción desde el punto de vista médico; tiene la obligación de delinear la información pertinente a la situación clínica, ayudar a aclarar los valores implícitos en las diferentes opciones clínicas y sugerir, por persuasión, la opción más digna desde el punto de vista moral. Debe tener en cuenta que los datos de la ciencia por sí solos no son suficientes, ya que ella opera con probabilidades estadísticas y, por tanto, el tratamiento y diagnóstico más adecuados dependen de la persona del paciente como individuo único. Debe cuidarse de crear incertidumbre en el paciente o de producirle ansiedad por miedos infundados; no debe amenazarlo infundiéndole miedo con

múltiples prohibiciones para que actúe de la forma que él cree más saludable, sino motivarlo de forma constructiva y con autoridad. El paciente debe definir su vida y seleccionar los valores que el odontólogo le ha expuesto.

Un odontólogo sin habilidades comunicacionales no podría desarrollar este método, porque debe tener cuidado con las palabras y adaptarlas al tipo de persona que tiene delante. Comunicar todo el estado de la ciencia con proba-

bilidades sobre una particular enfermedad o síntoma no es bueno, hay que ir a lo esencial. También debe ser capaz de transmitir esperanza. El paciente debe sentir que el odontólogo está interesado en él como persona, lo que facilita compartir aspectos que son íntimos y dolorosos. El profesional valora el paciente como un sujeto autónomo, capaz de desarrollo moral y de tomar decisiones compartidas sobre valores relacionados con la salud.

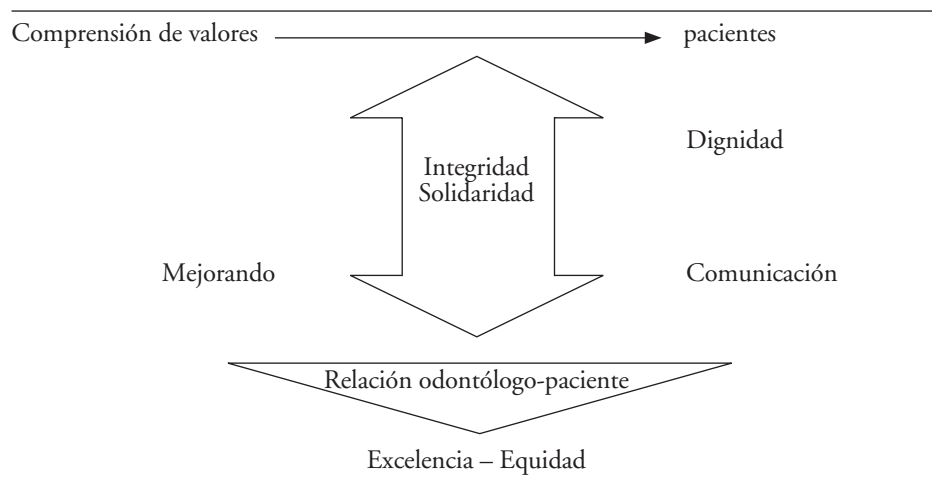


Figura 2: Comunicación en la relación odontólogo-paciente

Referencias

1. Rodríguez Yunta E. Relación médico-paciente y la práctica médica. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y Cooperación en Salud. Diez Años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004: 61-72.
2. Emanuel E, Emanuel L. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *Journal of the American Medical Association* 1992; 267(16): 2221-2226.

Bioética e investigación en odontología

María Angélica Torres-Quintana

Introducción

El trabajo de los científicos no puede separarse de sus propias ambiciones y aspiraciones. La investigación está condicionada e influenciada en cada etapa por valores personales, profesionales, y sociales. Mantener la calidad y la integridad de la investigación es una de las responsabilidades primarias de los científicos(1).

La interdependencia cada vez mayor entre ciencia, gobierno e industria, y el aumento del poder de la tecnología para cambiar el ambiente natural, han planteado nuevas preguntas sobre las responsabilidades sociales y profesionales de los investigadores. Por ello, los aspectos éticos de su quehacer preocupan a la sociedad, en especial cuando se relacionan con la salud.

La investigación médica no es un suplemento opcional en la agenda profesional; se ata de cerca a la naturaleza fundamental de la empresa hipocrática: “El día que dejamos de hacer investigación es el día en que dejamos de vigilar sobre el sufrimiento causado por las insuficiencias de nuestros métodos actuales(2)”.

Así, una profesión médica responsable realiza investigación clínica sobre sujetos humanos e investigación básica en la función biológica y humana.

El desarrollo científico, tecnológico y social de este último período produjo rápidos cambios en las ciencias biológicas y en la asistencia sanitaria. El público, más informado, tomó conciencia de sus necesidades de bienestar e hizo más evidentes sus demandas por una mayor responsabilidad por parte de la comunidad científica. Esto se ha manifestado, por ejemplo, en la adopción de regulaciones por gobiernos del mundo entero para la seguridad en el trabajo de laboratorio y en el tratamiento de seres humanos y animales en investigación(3,4). Es importante recordar que la autonomía profesional no es un derecho sino, más bien, un privilegio concedido por la sociedad. A cambio de éste ella espera que la comunidad científica contribuya al bienestar social y conduzca sus asuntos de manera consecuente con altos valores y con “responsabilidad científica”, entendida como un comportamiento responsable en la investigación básica, en la comunicación de sus resultados y

en el uso del conocimiento. Un investigador es un agente moral que participa en la creación y/o difusión del conocimiento en nombre de la sociedad(5). Sin embargo, debe considerarse que la noción de ciencia es culturalmente limitada y que sus connotaciones difieren en distintas sociedades. Además, los científicos cumplen en sus respectivas comunidades papeles distintos y esa diferencia debe ser elaborada y estudiada para los fines del control social y ético de la investigación científica(6).

Dentro del contexto de esfuerzos científicos y técnicos, y en el mismo ámbito de discusiones sobre la investigación cardiaca, hepática, o renal, la investigación en odontología también implica “ciencia”. Los razonamientos éticos se aplican igualmente a todos los investigadores; por lo tanto, las preguntas que enfrentan los investigadores dentales son similares a las de otros ámbitos científicos. Sin embargo, los dilemas morales de la odontología no han sido discutidos ampliamente en la literatura de ética biomédica(7). La “Guía para el uso de seres humanos en investigación dental”(8,9), aprobada por la Asociación Dental Americana, muestra la influencia de otros sectores de la comunidad biomédica en sus principios éticos y reglas. La terminología ética usada en biomedicina también puede y debe ser aplicada para la discusión y diálogo bioético en odontología.

La investigación en odontología, como entidad independiente y establecida, es una ciencia joven en países desarrolla-

dos. Estados Unidos, Canadá y los países Nórdicos tienen el más alto nivel de investigación en ciencias odontológicas. En Estados Unidos se creó el Instituto Nacional de Investigación Dental (NIDR), hace casi 60 años (1948), influido en gran parte por la Asociación Dental Americana y por el reconocimiento, por parte del Congreso, del pésimo estado de la salud bucal de los militares reclutados durante la segunda guerra mundial(10). Diez años más tarde se fundó la Asociación Internacional de Investigación Dental (IADR), con el fin de promover la investigación en todos los aspectos bucales y ciencias relacionadas, para estimular el desarrollo y mejorar los métodos para la prevención y el tratamiento de enfermedades orales y dentales, mejorar la salud oral del público en general y facilitar la cooperación entre investigadores y la comunicación de resultados e implicaciones a través del mundo. El mismo año se creó, también, la Asociación Americana de Investigación Dental (AADR) y muchos movimientos de este tipo se desarrollan después en Europa (COST) y en América Latina.

No obstante, la situación de la investigación odontológica en Latinoamérica muestra un enorme retraso. Esto nos recuerda que la ética se ocupa no sólo de acciones sino también de omisiones, ya sea por negligencia, mala planificación o falta de visión. El precio de no hacer investigación resulta muy alto para un país.

En general, en Latinoamérica no se ha fomentado la formación de investigado-

res en las diferentes y variadas áreas que atañen a la odontología. Aquellos que por propia iniciativa lograron formarse y consolidarse, se encuentran insertos en grupos de otras especialidades biomédicas(11). En particular, la odontología chilena(12) ha planteado una estrategia respecto de la investigación, que permitiría calificar personas, grupos y experiencias en ejecución y asegurar su coherencia con el Plan Nacional de Salud Bucodental(11). En este país siempre ha sido considerado del mayor interés orientar y canalizar apropiadamente los recursos nacionales e internacionales en el campo de la investigación científica, específicamente en el campo odontológico. Los recursos de investigación deben conducir a adquirir más conocimiento sobre las enfermedades prevalentes, su etiología y forma de prevención, y sobre la influencia del estatus de salud bucal en la calidad de vida de la población.

La terminología usada en la literatura ética en biomedicina también aparece en la ética de la investigación en odontología: selección de individuos para un estudio (asignación de los tratamientos e implicaciones del cegamiento; riesgo y consentimiento informado, participación verdaderamente voluntaria, derechos y bienestar de los participantes, respeto a la confidencialidad); respeto a poblaciones vulnerables, uso de placebo y comités de ética de investigación biomédica y odontológica. Otros aspectos que causan polémica en este mismo ámbito son los relativos a la presentación de resultados y publicación de investi-

gación, conflictos de interés –relevantes no sólo para la investigación, sino para la propia práctica clínica–, la difícil relación del investigador y del médico clínico con las industrias relacionadas, y la integridad de la investigación.

Selección de individuos para un estudio

La Declaración de Helsinki distingue entre la investigación terapéutica y no terapéutica. La primera tiene la ocasión de beneficiar al individuo participante, no así la segunda. Hay también una diferencia entre los pacientes y los voluntarios sanos. Los pacientes tienen un estatus diferente, respecto del riesgo de participación, del de un voluntario sano, quien, por definición, es participante de investigaciones no terapéuticas. El paciente tiene acceso a algo que potencialmente lo beneficiará y puede, por tanto, tomar una decisión racional para obtener la oportunidad, incluso donde hay un riesgo implicado(2).

Cuando se trata de ensayos clínicos controlados, la selección de los individuos para el estudio se realiza en forma aleatoria en busca de validez; podría pensarse que esta selección es opuesta al principio del consentimiento informado; sin embargo, tal oposición es más aparente que real: en la mayoría de los casos se puede llegar a acuerdos satisfactorios con técnicas adecuadas de comunicación(3).

En toda investigación hay un conflicto potencial (al menos en el caso de la investigación terapéutica) entre los derechos

de los individuos y lo que aparece como bueno para la sociedad. La consideración de cualquier proyecto de investigación requiere analizar y balancear los intereses individuales y sociales, tal como lo hace cualquier legislación. Toda investigación médica debe evitar el daño previsible a los participantes y requiere obtener libre consentimiento informado.

Resulta difícil justificar un riesgo en vista de las posibles ventajas de la investigación. Se podría dejar a los pacientes decidir para sí mismos y sólo entregar toda la información sobre potenciales peligros y ventajas de la investigación. Sin embargo, los pacientes son muy influenciados y, en la mayoría de los países, tienden a estar de acuerdo con lo que el médico o el investigador sugieren. Esto significa que, en investigaciones terapéuticas, se debe ejercer una alta supervisión sobre los riesgos a los cuales se verán expuestas las personas. Se ha propuesto que una buena forma de asegurar el buen entendimiento es asesorarse por un comité constituido por entendidos y laicos en el tema de investigación(3). En la mayoría de los países desarrollados existen áreas de revisión ética para investigaciones biomédicas generales, pero, a menudo, la investigación dental carece de una fuente instruida para esta clase de valoración(2).

Estándares éticos para la investigación

Deben incluir un análisis estricto de los riesgos y ventajas de una investigación. Algunos proyectos requieren solamente

de un monitor experimentado y divulgar los resultados de una manera controlada y científica. La investigación observacional no implica daño para los individuos, aparte de la posible amenaza a su “privacidad” provocada por la necesidad de revisar expedientes o fichas de casos. Se respeta la confidencialidad, asegurando el anonimato de los datos y el uso de métodos estadísticos para los reportes de resultados; ello ofrece la suficiente protección para los intereses personales implicados(2).

En la investigación intervencional—donde un tratamiento es cambiado o instituido de forma que se supone ventajosa para los pacientes— hay riesgos directos no sólo para la privacidad, sino también para el bienestar de los individuos; por lo tanto, los estándares relevantes deben ser más estrictos. Primero, se deben presentar pruebas de que el tratamiento experimental es, como mínimo, tan bueno como el mejor tratamiento convencional. Los estándares para asegurar esto, en relación con drogas y otras sustancias, están bien documentados internacionalmente(2). En segundo lugar, se debe asegurar que el grupo sin tratamiento recibirá el mejor cuidado convencional. Esto garantiza, desde el inicio del ensayo, que en la investigación no se perjudique a los pacientes seleccionados al azar para un grupo control¹. Tercero, el tema de

1 Tiene el efecto agregado de asegurar que el nuevo tratamiento está comparado con los mejores métodos existentes e imposibilita las demandas de la superioridad basadas en evidencia falsa e indirecta.

la investigación debe ser completamente informado al participante antes de la inscripción en el ensayo. Esta información debe incluir:

- 1) Riesgos o ventajas relevantes respecto de su participación.
- 2) Seguridad de que su tratamiento no se verá perjudicado por su eventual negativa a seguir participando.
- 3) Seguridad de acceder a las remuneraciones adecuadas en la eventualidad de daño relacionado con el ensayo.

Consentimiento informado (CI) en investigación odontológica

La Directiva 2001/20/EC del Parlamento Europeo, relacionada con la implementación de las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) en la conducción de estudios con productos medicinales, define al CI como la decisión por escrito, fechada y firmada, de participar en un ensayo clínico, adoptada voluntariamente, tras haber sido quien la adopta debidamente informado de su naturaleza, importancia, implicancias y riesgos, y adecuadamente documentado por una persona capaz de dar su consentimiento o, si se trata de una persona que no está en condiciones de hacerlo, por su representante legal. Si la persona no está en condiciones de escribir, podrá dar, en casos excepcionales, su consentimiento oral en presencia de, al menos,

un testigo, tal como esté estipulado en la legislación de cada país².

Desde el punto de vista ético, la doctrina del consentimiento informado presta especial atención a la interacción entre el médico y el paciente en un clima de respeto mutuo (principio de autonomía). Éstos deben negociar respetando la independencia y condición humana de cada uno.

La pregunta que se hace siempre en relación con el CI es hasta qué grado los pacientes deben ser informados sobre los riesgos, teniendo en cuenta que la posibilidad de que ellos rechacen participar aumenta si las solicitudes de consentimiento son demasiado rigurosas. En general, los requisitos son mayores en la investigación que en el tratamiento clínico. Nunca se debe llegar a acuerdos tácitos con los pacientes y es preciso incluir lo que sea de importancia material para una persona razonable. Esta importancia se define en términos del conocimiento que una persona razonable necesitaría para tomar una decisión. El profesional debe brindar al paciente la siguiente información como paso previo a un procedimiento(13):

2 *The European Parliament and the Council of the European Union. Directive 2001/20/EC of the European Parliament and of the Council on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to implementation of good clinical practice –GCP– in the conduct of clinical trials on medicinal products for human use. Directive 2001/20/EC. Official Journal of the European Communities. April 4, 2001.*

- Naturaleza, características y objetivos del procedimiento.
- Tipo de estudio: si se trata de observacional o experimental, con o sin placebo, etc.
- Procedimientos de investigación: si son invasivos o si hay molestias involucradas.
- Beneficios esperados y probabilidades relativas de éxito (pronóstico).
- Protección de la confidencialidad.
- Posibilidad de que el sujeto se retire del estudio en el momento en que lo desee, sin que ello implique daños a su atención médica.
- Riesgos posibles: en el ámbito local no existen pautas fijadas para determinar qué riesgo debe ser calificado como grave o frecuente, quedando tal determinación a cargo del profesional y, en su caso, del juez.

Debe distinguirse entre el consentimiento informado y sus medios de implementación. En caso de tratamiento clínico, los formularios constituyen una manera expedita de documentar la autorización para un tratamiento, pero no la única, pudiendo ser reemplazados por anotaciones en la historia clínica con firma del paciente. En investigaciones, en cambio, es recomendable contar con un documento adecuado y garantizar un proceso de información-consentimiento acorde con una buena relación investigador-paciente. Por otro lado, la sola firma del formulario, cuando ni siquiera se ha dado al paciente la posibilidad de formular preguntas sobre su contenido, puede resultar insuficiente.

Para que el consentimiento informado tenga validez no debe disponer de bienes fundamentales (vida) ni ilícitos; debe ser previo o concomitante; libre, no coaccionado, y expreso, no presunto. El paciente debe estar informado adecuadamente y debe ser mayor de edad y mentalmente apto (competente).

Respeto a poblaciones vulnerables

Es necesario proteger a los grupos vulnerables cuando sean objeto de investigaciones. Los niños, los prisioneros, las personas con poca educación, los pobres o los que tienen acceso limitado a los servicios de asistencia médica son ejemplos de estos grupos. Las mujeres también pueden considerarse como grupo vulnerable porque, en ciertas culturas, deben atenerse a la voluntad de los hombres en el proceso de toma de decisiones, lo cual dificulta el verdadero consentimiento voluntario.

La investigación con menores de edad ha permitido grandes avances en el conocimiento y tratamiento de las enfermedades propias de la infancia (vacunas, cánceres, prevención de caries); sin embargo, los niños no son adultos pequeños a los cuales se pueda explicar alguna fórmula simplista para atenderlos médicamente. Si bien es deseable proteger a los niños de riesgos potenciales durante el desarrollo de un medicamento, el valor de extrapolar directamente los resultados de estudios realizados en adultos es incierto. Cuando los niños reciben millones de prescripciones de medica-

mentos aprobados es imprescindible disponer de evidencia científica para su correcta indicación y dosis.

El trabajo en investigación clínica en una población vulnerable como la pediátrica exige la participación de toda la comunidad, representada por los comités de ética interdisciplinarios –no vinculados directamente con el equipo de investigación–, para garantizar la conducción de la investigación dentro del marco ético-legal. La difusión, discusión, reelaboración y aplicación del citado marco es un insumo fundamental para alcanzar el éxito de la necesaria empresa que es la investigación clínica farmacológica en pediatría(14).

Comités de ética de la investigación biomédica y odontológica

Son organismos que regulan la investigación biomédica en las instituciones de salud; sus objetivos son la revisión, aprobación y asesoría de los protocolos que les son presentados. Cada centro hospitalario debe tener constituido formalmente su propio comité, con el fin de tener una visión global de lo que ocurre en cada departamento en materia de investigación. Los comités deben tener fundamento legal y bases filosóficas y políticas bien definidas(3).

Su función fundamental es ponderar los aspectos metodológicos, éticos y legales del protocolo de investigación propuesto, así como el balance de riesgos y beneficios. Los problemas a analizar

deben ser clarificados jerárquicamente y acompañados de un detallado estudio de factibilidad, de modo que el comité debe estar convencido de que conviene realizar el proyecto y de que existen los medios para el desarrollo del mismo, asegurando así la congruencia. El comité puede también brindar apoyo metodológico a las investigaciones mal diseñadas para que puedan ser estructuradas adecuadamente.

Para cumplir con su cometido, el comité debe evaluar la idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y la justificación de los riesgos y molestias previsibles en función de los beneficios que se esperan para los sujetos y la sociedad. También, la idoneidad del equipo investigador, teniendo en cuenta su experiencia y capacidad investigadora en función de sus obligaciones asistenciales y de otros posibles compromisos previamente adquiridos con otros protocolos de investigación. Debe valorar la información escrita para los posibles sujetos de la investigación, o para sus representantes legales, la forma en que se proporcionará dicha información y el tipo de consentimiento que se pretende obtener del sujeto (escrito o verbal ante testigos).

Además, es necesario que compruebe la previsión de compensación y tratamiento que se ofrecerá a los sujetos participantes en caso de lesión o muerte atribuibles al ensayo clínico, y el seguro o indemnización para cubrir las posibles responsabilidades, tanto del promotor

como del investigador; también, que conozca y evalúe la compensación económica que el promotor ofrecerá a los investigadores y a los sujetos de la investigación por su participación; finalmente, que realice el seguimiento del ensayo clínico desde su inicio hasta la recepción del informe final³.

Los aspectos éticos

La regulación que realizan los comités, mediante la identificación y clasificación jerárquica de los problemas de conocimiento, debe incluir acciones que garanticen que dichos proyectos se encuentren dentro de lineamientos legales, éticos, operacionales y con apoyo teórico sólido. Los aspectos económicos deben ser vigilados atentamente por el comité, pues pueden tener implicancias éticas serias. La correcta utilización de los recursos, casi siempre limitados, debe ser responsabilidad también de esta supervisión.

Protección de los sujetos en estudio

El comité está obligado a realizar un balance cuidadoso de los daños que se

pueden ocasionar a quienes participan. Los riesgos pueden ser físicos, psicológicos, sociales y económicos. El consentimiento informado de la persona, o del representante legal, y la selección de los individuos de estudio son aspectos muy importantes que el comité debe considerar.

En los proyectos donde exista un grupo control, el comité debe supervisar que los tratamientos o pruebas diagnósticas nunca deben ser de calidad inferior a la mejor alternativa disponible hasta el momento (*gold standar*).

Los individuos del estudio también deben quedar protegidos de aquellos proyectos que tienen el propósito de adquirir experiencia o destreza en algunas técnicas, justificándose por la labor de servicio que prestan y que, muchas veces, son de pésima calidad.

Los comités de ética tienen la obligación de definir, además, la manera en que serán sancionados aquellos investigadores que incurran en procedimientos inmorales y las compensaciones por daños eventuales.

³ Sarrias Lorenz, Xavier *Decisión de grupo y responsabilidad asistencial comités éticos asistenciales* (CEA). [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.aceb.org/comit.htm> Último acceso en noviembre de 2006.

Referencias

1. Frankel MS. Ethics in research: current issues for dental researchers and their professional society. *J Dent Res* 1994; 73(11): 1759-1765.
2. Gillett GR. Ethics and Dental Research. *J Dent Res* 1994; 73(11): 1766-1772.
3. Hernandez Arriaga JL. *Ética de la Investigación Biomédica*. México: El Manual Moderno; 1999.
4. Council for International Organizations of Medical Sciences. *Proposed International Ethical Guidelines for Biomedical Research involving Human Subjects*. Geneva: CIOMS; 2002.
5. Shah RM. Ethics in dental research. Toward developing a code of ethics. *J Dent Res* 1994; 73 (11): 1783-1787.
6. Lolas F. Investigación que involucra a sujetos humanos: dimensiones técnicas y éticas. *Acta Bioethica* 2004; 10(1): 11-16.
7. Branson R. The ethics of dental research: an overview of basic principles. *J Dent Res* 1980; 59(C): 1214-1220.
8. Council on Dental Research. *Guidelines for the use of human subjects in dental research*. *J Am Dent Assoc* 1979; 98(1): 86-88.
9. Gibson WA. Human subjects in dental research: coping with the regulations. Council on Dental Research. *J Am Dent Assoc* 1985; 110(2): 243-246.
10. Mandel ID. On Being a Scientist in a Rapidly Changing World. *J Dent Res* 1996;75(2): 841-844.
11. Colin Montandon J. La investigación en odontología. En: *Anales de la Universidad de Chile* 2000; 12, Sexta Serie.
12. Plasschaert AJ, Wilson NH. Research directions and output in European dental schools. *Int Dent J* 1995; 45(2): 129-134.
13. Agranatti P. Herramientas fundamentales frente al riesgo legal de Mala Praxis: Consentimiento Informado. *Revista Virtual Odontología Ejercicio Profesional* 2002; 3 (21).
14. Cardoso P, Calabró PD. Investigación clínica farmacológica en pediatría: ¿Es ético y legal experimentar con niños? *Arch argent pediatr* 2005; 103(1):46-50.

Cuestionamientos bioéticos en odontología. Aproximación a los términos

Carolina Álvarez de la Cadena Sandoval

La ética no tiene como tarea principal defender la vida. Estudia los actos humanos y señala un comportamiento ideal que exalta los valores fundamentales del hombre. Con el análisis filosófico y el recurso a la experiencia lleva a cabo su misión. La bioética es una reflexión sobre la vida humana integral y, por lo tanto, requiere de indicativos que hagan de su reflexión un auxilio indispensable para las ciencias positivas, especialmente las relacionadas con la vida humana.

Entre las ciencias de la salud está la odontología. Su ejercicio también ha planteado dilemas éticos y ha exigido del cirujano dentista una elevada calidad moral, como lo demuestra la historia de la odontología desde sus inicios hasta la actualidad. Sin embargo, en ninguna otra época se habían planteado tantos y tan complejos problemas morales a los cirujanos, y nunca como ahora se ha requerido con tal urgencia una adecuada formación ética en los profesionales odontólogos. Esto explica que, tanto los cursos sobre deontología ética, las publicaciones—con los códigos de ética incluidos— y la elaboración de un cuerpo de doctrina bioética sea hoy

indispensable en la formación de un buen profesional.

En la práctica de la odontología surgen cuestionamientos sobre el actuar profesional y la actividad odontológica. Éstos los podemos descubrir en la relación entre odontólogo y paciente, con los compañeros de profesión, con la misma sociedad, con la institución de salud donde se labora, con otras personas relacionadas con el área de la salud, con instituciones educativas y/o con instituciones gubernamentales.

En este trabajo se abordaran las interrogantes que brotan de las relaciones odontólogo-paciente, con compañeros de profesión y con la sociedad.

1. En el aspecto de la relación odontólogo-paciente, las cuestiones podrían ser: ¿existe la discriminación en la atención a pacientes? ¿De qué tipo? ¿Racial, de preferencia sexual, social o política? ¿Se indican series radiográficas sin necesidad clínica, sólo por percibir dinero? ¿Qué tipo de atención se le debe al paciente si hemos encontrado reticencias en tratamientos anteriores? Si no se

- han cubierto completamente los honorarios por trabajos ya realizados o si el paciente continuamente se retrasa o cancela sus citas, ¿hay que continuar dando el servicio?
2. Con los compañeros de profesión: ¿qué hacer cuando, en un consultorio compartido, descubrimos que un colega se encuentra alcoholizado o drogado? Cuando un paciente quiere que nosotros lo sigamos atendiendo y fue derivado por un colega, ¿es correcto hacerlo? ¿Es adecuado solicitar los honorarios correspondientes por atención y servicios entre colegas?
 3. Con la sociedad: ¿se debe atender a un paciente de nulas posibilidades de cubrir económicamente sus consultas? En el mismo caso antes señalado, ¿qué criterios se podrían seguir? ¿Quiénes serían los favorecidos? ¿Personas cercanas, recomendadas o quien lo solicite? ¿Cada cuanto? ¿Un paciente a la semana, al mes o con qué frecuencia? ¿Qué tipos de tratamientos? ¿Preventivos, restaurativos o de emergencias? En caso de brindar el servicio sin remuneración alguna, ¿es correcto usar materiales de baja calidad y bajo costo? ¿Qué sería preferible para estos casos? ¿Darles atención con materiales de segunda o no brindar atención alguna?

Más adelante plantearemos veinticinco preguntas específicas que abundarán en lo anterior.

Ante estos y otros interrogantes, el odontólogo puede preguntarse si es posible y conveniente llevar a cabo una clasificación y jerarquización de los cuestionamientos bioéticos, de manera que pueda ubicarlos y catalogarlos. Pero, como un medio para llevar a cabo esta tarea, puede ser necesario que primero intentemos descubrir la verdadera identidad de los cuestionamientos. Es posible que estemos frente a un dilema o un problema, o que encaremos una aporía o una duda, que pueda ser un aporema o una antinomia. ¿En qué se distingue la percepción del pensamiento y de la reflexión? Es posible que sea un cuestionamiento inútil o que nos enfrentamos a una ignorancia que puede ser vencible o invencible, culpable o no culpable. Todas estas precisiones son pertinentes.

Aproximación al significado de los términos

Las siguientes son síntesis de definiciones y significados que encontramos en los diccionarios filosóficos de Nicola Abbagnano(1) y Ferrater Mora(2).

Dilema es el nombre de un antiguo argumento presentado en forma de silogismo con dos filos. Como casi todos los ejemplos de dilemas presentados en la lógica tradicional tienen en su conclusión una proposición disyuntiva cuyos dos miembros son igualmente afirmados. Un ejemplo de este argumento es el siguiente: Los hombres llevan a cabo los asesinatos que proyectan o no los llevan a cabo. Si los llevan a cabo, pecan

contra la ley de Dios y son culpables. Si no los llevan a cabo, pecan contra su conciencia moral y son culpables. Por lo tanto, tanto si llevan a cabo como si no llevan a cabo los asesinatos que proyectan, son culpables (si proyectan un asesinato)(1).

El dilema se usa para señalar los razonamientos insolubles o convertibles. Por ejemplo, el dilema del cocodrilo: un cocodrilo roba a un niño y promete al padre restituírselo en caso de que adivine lo que el cocodrilo va a hacer: restituir o no al niño. Si el padre responde que el cocodrilo no lo restituirá, nace el dilema para el cocodrilo; en efecto si no lo restituye haría verdadera la respuesta del padre y, por el pacto, tendría que restituir al niño, pero si lo restituye haría que la respuesta del padre fuera falsa y, por tanto, cesaría su derecho a la restitución(2).

Duda: Significa primariamente irresolución, perplejidad. En la duda hay siempre, por lo menos, dos proposiciones o tesis entre las cuales la mente se fluctúa; va, en efecto, de una a otra sin detenerse. Por este motivo la duda no significa falta de creencia sino indecisión respecto de las creencias. El estado de duda puede entenderse de varios modos: como actitud, como método o como elemento necesario para la fe.

De la duda se dice que es el método filosófico por excelencia, en tanto que la actividad filosófica consiste en aclarar todo género de “supuestos” (lo cual no puede hacer sin someterlos a la duda)(1).

Aporía significa literalmente sin camino, o camino sin salida. En sentido figurado, la aporía es entendida casi siempre como una proposición sin salida lógica, como una dificultad lógica insuperable.

Para Aristóteles, se trata de un problema por resolver. Para los lógicos modernos, se trata de una dificultad lógica de la cual no se puede salir, una objeción o un problema insoluble; una imposibilidad de paso o de medio, un impedimento, un callejón sin salida.

Se usa en el sentido de “duda racional”, es decir de dificultad inherente a un razonamiento y no de estado subjetivo de incertidumbre. Por lo tanto, es la efectiva dificultad de un razonamiento o de una conclusión, a la cual pone fin un razonamiento(1).

Aporema: Aristóteles llama aporema a un razonamiento de contradicción. Consiste en un hallarse sin recursos, sin saber a qué atenerse: es un estar en dudas(1). Lo define como un razonamiento dialéctico que concluye en una contradicción y que, por lo tanto, no permite establecer cuál de las dos partes de la contradicción misma se deba elegir(2).

Disyuntiva es el enunciado que contiene una alternativa, ya sea en un sentido inclusivo (“uno u otro camino conducen a Roma”) o en uno exclusivo (“o es de día o es de noche”)(1).

Problema. En general, es toda situación que incluya la posibilidad de una alter-

nativa. El problema no tiene necesariamente carácter subjetivo; no es reducible a la duda, aun cuando también la duda sea, en cierto sentido, un problema. Es más bien el carácter propio de una situación que no tiene un único significado o que incluye de cualquier manera alternativas de cualquier especie. El problema es la situación que constituye el punto de partida de cualquier investigación, es decir, la situación indeterminada, no resuelta; se hace problemática en el proceso mismo de ser sometida a la investigación(2).

“La diferencia entre el problema y la proposición depende del modo como se plantea la cuestión. Si se dice, por ejemplo, ¿no es verdad que animal pedestre y bípedo es la definición del hombre? Tenemos una proposición o una definición propuesta. Si se dice en cambio: ¿es o no la definición del hombre animal pedestre y bípedo?, tenemos un problema” (Aristóteles). Mantiene con ello que mientras una definición propuesta es algo “dado” que se trata de aceptar o rechazar, probar o refutar, un problema no es propiamente una proposición (o una definición).

En el problema se admiten dos tesis distintas y opuestas y, por consiguiente, no puede ni aceptarse ni rechazarse, ni probarse ni refutarse lo que se presenta como un problema. Sólo puede aceptarse o rechazarse el problema mismo (por ejemplo, declarando que es insoluble, que carece de significado, o que es insignificante o absurdo)(1).

Reflexión. Es el acto o procedimiento en que el hombre toma en consideración sus propias operaciones.

Aristóteles dice que el entendimiento “puede pensarse a sí mismo” y esto sería la reflexión. Santo Tomás: “Ya que el entendimiento reflexiona sobre sí mismo, según esta reflexión, entiende tanto su entender como la especie mediante la cual entiende”. Locke: “La percepción de las operaciones interiores de nuestra mente, cuando nuestra alma reflexiona sobre ellas y las considera, proveen al entendimiento de otra serie de ideas que podrían haberse derivado de cosas externas: de percepción, de pensar, de creer, de razonar, de conocer, etc.”. Vauvenargues: “La reflexión es el poder de replegarse sobre las ideas, examinarlas, modificarlas o combinarlas de modos diferentes; es gran principio del razonamiento, del juicio, etc.”. Leibniz: “La reflexión no es más que la atención a lo que está en nosotros, en tanto que los sentidos no nos dan, en efecto, lo que nosotros ya llevamos ya con nosotros”. Kant: “La reflexión no mira a los objetos mismos para adquirir directamente los conceptos, sino que es ese estado del espíritu en que comenzamos a disponerlos para descubrir las condiciones subjetivas que nos hacen posible llegar a los conceptos. Es la conciencia de la relación entre las representaciones dadas y las diferentes fuentes de conocimiento”(2).

Pensamiento. Cualquier actividad mental o espiritual, la actividad del entendimiento o de la razón en cuanto es

diferente de la de los sentidos y de la voluntad.

Descartes. “Con la palabra pensar entiendo todo lo que sucede en nosotros de tal modo que lo percibimos inmediatamente por nosotros mismos: por lo tanto, no sólo entender, querer, imaginar, sino que, también, sentir es lo mismo que pensar”. Leibniz: “Una percepción unida a la razón, percepción que los animales, en cuanto podemos ver, no poseen”. Wolf: “Decimos que pensamos cuando conocemos lo que ocurre en nosotros y representamos las cosas que están fuera de nosotros”(2).

Percepción. Tres significados: i) uno muy general, por el cual la palabra designa cualquier actividad cognoscitiva (lo que puedo aprehender); ii) uno más restringido que designa el acto o la función cognoscitiva en la que está presente un objeto real (lo que puedo conocer de un objeto); iii) uno específico o técnico, por el cual designa una operación determinada del hombre en sus relaciones con el ambiente(2).

Ignorancia. En el transcurso de nuestra vida muchas veces experimentamos el desconocimiento y la ignorancia frente a diversas situaciones. Por esa razón actuamos, en ocasiones, incorrectamente. La ignorancia puede estar o no presente en nuestras decisiones y acciones y así se puede modificar la responsabilidad ética de nuestro actuar.

La ignorancia subjetiva es ignorancia docta o científica, que conoce los lími-

tes del conocimiento, o es ignorancia común (ignorancia del ignorante). La ignorancia es disculpable en las cosas en que el conocimiento sobrepasa el horizonte común, pero es culpable en las cosas en que el saber es necesario y alcanzable(2).

Según Austin Fagothey(3), hay varios tipos de ignorancia. Una persona capaz de tener un conocimiento podrá tener o no la obligación de tenerlo. Ni un capitán de barco ni un odontólogo necesitan saber astronomía o música. Estas ignorancias no tienen trascendencia ética (serían ignorancias no censurables). Pero el caso sería distinto si el capitán no supiera navegación y el odontólogo no supiera distinguir los diferentes materiales dentales. La ignorancia es en estos casos una falta de conocimiento y es punible.

Por otra parte, la ignorancia es o no susceptible de superación, es decir, podemos o no vencerla. La ignorancia que puede superarse adquiriendo el conocimiento requerido se designa como ignorancia vencible. Y la ignorancia que no puede superarse, porque el conocimiento no puede adquirirse (por diferentes motivos), se designa como ignorancia invencible.

De la ignorancia invencible no tenemos responsabilidad. Por lo tanto, aquello que se realiza bajo una ignorancia invencible no es voluntario. El dentista que pone una amalgama de pésima calidad (y sufre corrosión) porque en el depósito dental se la vendieron como de

excelente calidad no comente ningún mal ético. En efecto, su acción de obturar con amalgama es voluntario pero no el hecho de hacerlo con una de mala calidad. En el caso de la ignorancia vencible, la persona sabe que es ignorante y que puede obtener el conocimiento, pero deja deliberadamente de hacer el esfuerzo suficiente, quiere permanecer en la ignorancia y provoca voluntariamente determinados efectos. Por ejemplo, un cirujano, sabiendo que no posee todavía el conocimiento ni la habilidad suficiente para llevar a cabo una operación difícil, decide efectuarla, aunque podría diferirse sin daño para el paciente; la lleva a cabo de todos modos y mata al paciente. Aunque no quería que el paciente muriera lo expuso deliberadamente a un peligro grave e innecesario, siendo responsable, por consiguiente, de su muerte. Sin embargo, aunque reconoce su ignorancia, no está seguro de sus efectos. Es menos culpable, por consiguiente, que aquel que proyectara deliberadamente matar a un quirófano(3).

Planteamiento de cuestionamientos bioéticos

A continuación enumeramos veinticinco cuestionamientos bioéticos que se pueden presentar en la práctica odontológica y que, en realidad, pueden ser dilemas, dudas, aporías, aporemias, disyuntivas, problemas o simples reflexiones, pensamientos o percepciones, y pueden presentar una ignorancia invencible o una vencible. Esta enumeración no es

exhaustiva sino sólo enunciativa. Sería interesante el análisis y la discusión de cada cuestionamiento en particular.

1. ¿Nos interesa reflexionar acerca de las responsabilidades morales que implica el ejercicio de nuestra profesión?
 - a) Si existe este interés, ¿es suficiente el juicio moral personal para ello?
 - b) ¿Se tienen las herramientas necesarias para resolverlos?
 - c) Si no nos interesa, ¿nuestra práctica odontológica será necesariamente de mala calidad?
2. ¿Qué tanto se profundiza en las actitudes bioéticas que deben estar presentes en la relación odontólogo-paciente?
3. ¿Qué actitud se toma ante el paciente que se presenta con una patología bucal? ¿Se deriva o se intenta atenderlo por miedo a perderlo si se le envía a otro profesional de la salud?
 - a) ¿Cuál es la actitud cuando se ha confundido el diagnóstico entre, por ejemplo, un carcinoma epidermoide y una candidosis en lengua?
 - b) ¿Hasta dónde deben abarcar nuestros conocimientos en el área de materias básicas?
4. ¿Qué obligaciones tiene un dentista y ante quién, cuando se entera que un colega es dependiente de alguna sustancia que, posiblemente, afecte el cuidado que debe brindar a sus pacientes?

- a) ¿Debe discutirlo con él, con sus familiares, con sus pacientes, con las autoridades o con la asociación dental a la que pertenece?
- b) ¿Qué procede si además comparten el mismo lugar de trabajo?
- c) ¿Debe atender a sus pacientes cuando se encuentre en estado inconveniente (alcohol, droga, psicotrópicos etc.)?
5. ¿Qué debería hacer el dentista cuando el tutor de un menor o de un paciente adulto no competente se rehúsa a aprobar el mejor tipo de terapia para el paciente?
- a) ¿Debe tratar de convencerlo, negarse a hacer algún tratamiento o aceptar lo que el tutor o familiar le pide?
6. ¿Qué debería hacer un dentista para tratar a un paciente discapacitado que necesita atención dental pero que no es controlable en el consultorio?
- a) ¿Debe solicitar ayuda? (¿De quién?), no atenderlo o atenderlo sedado siempre en el consultorio o en una clínica?
7. ¿Qué tanto se practica o fomenta la discriminación en los pacientes?
- a) Se toma en cuenta prioritariamente la dignidad del paciente?
8. Al examinar a un nuevo paciente, un dentista encuentra evidencia de un mal trabajo bucal o de una iatrogenia realmente importante, ¿qué es lo que el odontólogo debería hacer?
- a) ¿Debería decirle al paciente o contactar al dentista anterior y discutir el tema?
- c) ¿Qué actitud tomar si hay antecedentes similares previos?
- d) ¿Qué hacer si además el dentista anterior le refirió al paciente?
- e) ¿Debería contactarse con la sociedad odontológica local y con la universidad que formó al dentista anterior?
9. ¿Conocemos y aplicamos en la investigación con seres humanos normas bioéticas?
- a) ¿Existe respeto por la dignidad, la vida y la salud del paciente?
10. ¿Existe una conciencia bioética al elaborar el protocolo de investigación?
- a) ¿Existe siempre un consentimiento validamente informado, si es que la investigación va a implicar a seres humanos?
- b) ¿Existe el debido respeto por los animales, si éstos están implicados?
- c) ¿Hay cuidado ecológico con los desechos tóxicos, en caso de que existan?
11. ¿Cómo consideramos a la dicotomía? (4)¹.
- a) ¿Qué tanto está presente en odontología?

1 La dicotomía es “la partición oculta de los honorarios entre dos o más médicos o entre médicos y miembros de otras profesiones sanitarias, con el objeto de obtener ganancias económicas”.

12. ¿Consideramos la bioseguridad en odontología sólo como una norma o nos cuestionamos bioéticamente sus implicaciones?
 - a) ¿Se cumplen estas normas únicamente para evitar sanciones de orden legal o estamos comprometidos con nuestro medioambiente en un espíritu ecológico?
13. ¿Usamos todas las precauciones recomendadas para protegernos y proteger al paciente contra enfermedades infectocontagiosas?
 - a) ¿Tenemos todas las vacunas que necesitamos para nuestra práctica odontológica?
 - b) ¿Acatamos estas recomendaciones con conciencia bioética?
 - c) Si no se realizan, ¿es por pereza, negligencia, o por los costos?
14. ¿Puede un odontólogo, ética y legalmente, rehusarse a atender un paciente con una enfermedad agudamente infecciosa?
 - a) ¿Qué tanto cambiaría la decisión ante una emergencia?
15. ¿Se da una importancia amplia y prioritaria al secreto profesional?
 - a) ¿Se guarda absoluto secreto del contenido del expediente clínico, de los comportamientos y actitudes del paciente en el consultorio, y de las confidencias que recibimos mientras damos atención dental?
16. ¿Qué obligaciones tiene un dentista con la información que posee acerca de un de paciente que tiene una enfermedad infecciosa?
 - a) ¿Sabemos cuál es la legislación vigente al respecto?
 - b) ¿Qué tanto nos preocupamos por el conocimiento del área legal y forense en odontología, y de las implicaciones bioéticas que pueden contener?
17. ¿Nos preocupamos como cirujanos dentistas de nuestra formación bioética para poder participar en los comités de ética hospitalarios e institucionales?
 - a) ¿Conocemos los mecanismos de toma de decisiones?
18. ¿Qué responsabilidad tenemos como cirujanos dentistas de conocer los avances de la tecnociencia en nuestra profesión?
 - a) ¿Se debe intentar usar todos los materiales y las técnicas nuevas?
 - b) ¿Tenemos responsabilidad acerca de la calidad de los materiales que empleamos?
 - c) ¿Nos dejamos seducir por todos los materiales nuevos o investigamos fuera de la publicidad de los propios fabricantes?
19. ¿Qué actitud tomamos frente a familiares cercanos de un paciente que nos debe honorarios de atenciones pasadas (y que ya no frecuenta el consultorio) que quieren iniciar su atención odontológica con nosotros?
20. Si el cirujano dentista comente una iatrogenia por accidente, ¿debe co-

- brarle al paciente las consecuencias de ésta?
- a) ¿Debe reintegrarle el dinero al paciente?
21. ¿Puede un profesional de la salud afirmar con certeza (y así publicitarse) que su tratamiento es el mejor para éste paciente y garantizar un aspecto estético impecable, una funcionalidad exacta sin ningún tipo de molestia posterior?
22. ¿Habría alguna justificación para que un cirujano dentista pueda alterar los datos en un formulario de seguro médico?
23. ¿Existen implicaciones bioéticas al adquirir un seguro contra mala praxis?
- a) ¿Estaríamos a favor o en contra de adquirir éste tipo de seguro en Latinoamérica?
24. ¿Pueden los cirujanos dentistas con mucha práctica, experiencia y habilidad acerca de un área específica (endodoncia, por ejemplo) publicitarse como especialistas, aunque no hayan realizado los estudios de posgrado correspondientes?
25. Ante el envejecimiento de la población mundial, ¿qué se está haciendo para preparar los odontogeriatras que nos atenderán en el futuro?
- a) ¿Qué atención y cuidado se les está dando en este momento a los ancianos?
- b) ¿Se respeta siempre su dignidad de personas?

Estos son sólo algunos de los cuestionamientos que se pueden presentar en la práctica odontológica. Algunos son verdaderos dilemas, otros problemas por resolver, en algunos casos simples disyuntivas, en otros sólo serían dudas que se pudieran aclarar.

Sin embargo, estamos convencidos de que los cuestionamientos bioéticos de toda clase se deben estudiar, discutir y aclarar por medio del pensamiento y la reflexión, características fundantes y fundamentales de la persona humana.

Referencias

1. Ferrater J. *Diccionario de Filosofía*. Barcelona: Editorial Ariel; 1994.
2. Abbagnano N. *Diccionario de Filosofía*. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
3. Fagothey A. *Ética Teoría y Aplicación*. México: McGraw Hill; 1980.
4. Besio M. *Dicotomía en la Práctica Médica*. Santiago de Chile: Documento del Grupo de Trabajo en Ética del Departamento de Obstetricia, Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. [Sitio en Internet] Disponible en <http://escuela.med.puc.cl/deptos/Bioetica/Publ/Dicotomia.html> Último acceso en marzo de 2007

Bibliografía

Alvarez de la Cadena C. *Ética Odontológica*. México: Editorial Juan Pablos; 1998.

Comité de Planeación y Evaluación. *Código de Ética para el Área de Estomatología*. México: Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud; 2005.

Gracia D. Planteamiento General de la Bioética. En: Vidal M. *Conceptos Fundamentales de Ética Teológica*. Madrid: Editorial Trotta; 1992.

Los dilemas técnicos, científicos y éticos que enfrenta la odontología actual. La función de los códigos de ética

Carmen Alicia Cardozo de Martínez

Cristina Alicia Deangelillo

Eduardo Rodríguez Yunta

Dilemas técnicos, científicos y éticos

Los dilemas éticos en odontología se relacionan, en general, con aspectos del ejercicio profesional. Grupos de diferentes países han formulado códigos que han servido de referentes para que los tribunales de ética definan conductas en relación con quienes incumplen sus postulados. Mientras no exista una violación flagrante de los principios ni una denuncia específica no se accede a estos preceptos, especialmente en lo relacionado con el ejercicio cotidiano. Debido a ello, existe una preocupación respecto de la formulación de códigos de ética y de que sean reconocidos y promuevan un ejercicio profesional más responsable y contextualizado, todo ello desde el punto de vista de los valores culturales y sociales locales.

Aunque los dentistas raramente enfrentan decisiones de vida o muerte, en su ejercicio profesional expresan valores que inciden en la cultura, creencias y mitos de quienes atienden, por ejemplo, aquellos relacionados con su percepción de la estética, de la función y del concepto salud-enfermedad, generados en

sus escuelas de formación y en un marco habitualmente descontextualizado de los aspectos sociales.

La preeminencia de la técnica, los orígenes de la profesión como un oficio heredado de padres a hijos –desconectado del concepto teórico o científico– y el incremento sustancial de herramientas informáticas y de producción han impulsado el ejercicio profesional técnico sin sustento sociocultural. Aunque en muchas escuelas de odontología estas nociones se han ido introduciendo progresivamente, aún falta mucho camino por recorrer.

Los mecanismos de autorregulación social no han sido suficientemente fuertes para lograr cambios sustanciales en los dilemas entre pacientes y profesionales, y entre profesionales entre sí, razón por la cual se requiere siempre la intervención de un tercero y esto, por lo general, se hace tomando como referente el código de conducta.

Se presenta una contradicción entre los postulados y la esencia misma de la ética, puesto que, mientras en la teoría se señala que los dilemas y desencuentros

se deben resolver a través del diálogo y la deliberación, en la práctica se impone un código o reglamento de conducta elaborado desde una sola perspectiva, condicionando la visión de aquellos terceros que, finalmente, deciden qué se debe hacer al respecto. Aquí surge una franja poco definida entre lo legal y lo legítimo, pues mientras desde los códigos cotidianos puede considerarse legítimo que un dentista acepte un paciente que haya estado en tratamiento con otro, en la práctica no existe un mecanismo que obligue a un paciente a terminar un tratamiento con el mismo profesional con el que lo ha iniciado.

Estos códigos, entonces, adquieren un carácter formal de referencia sobre conducta y aplicación de principios morales en el ejercicio profesional, que son tomados en cuenta por quienes tienen en sus manos su aplicación: en general, los tribunales de ética o, en su defecto, las instancias legales según la interpretación jurídica de quien los emplee.

Competencias de los códigos profesionales en odontología

Al hacer un análisis de los aspectos morales del ejercicio profesional —que involucra al profesional, al personal de apoyo, al auxiliar, y al paciente y su familia, al igual que al entorno— podríamos considerar algunos escenarios para el análisis situacional dentro del cual cabrían varias posibilidades:

- El rol del paciente en la toma de decisiones, su autodeterminación.

- El rol del profesional orientado al beneficio del paciente.
- El cambio del modelo paternalista en la relación paciente-profesional.
- El rápido progreso de la capacidad tecnológica en las últimas décadas, sin saber cómo y cuándo aplicarla.
- La tendencia a hacer públicas, y eventualmente llevarlas a la justicia, decisiones que deberían quedar entre el paciente y el ámbito de la atención práctica.
- La existencia de presiones para reducir costos de la atención en salud, con costos limitados que obligan a decidir sobre las consideraciones éticas.
- El problema de la inequidad en el acceso a tratamientos odontomatológicos.

Teniendo en cuenta estos factores, un dentista enfrenta a menudo numerosos dilemas éticos que no se pueden desligar de aspectos técnicos y científicos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

1. Práctica del consentimiento informado con pacientes competentes para lograr una elección de intervención realmente compartida, lo que podría considerarse altamente positivo, responsable y coherente con los principios de la profesión.
2. Tratamiento de pacientes no competentes para dar un consentimiento informado. Por ejemplo, asegurarse de que las decisiones del apoderado se tomen en el mejor interés del paciente, o cómo tomar

- decisiones con un paciente que tiene capacidad mental disminuida. Igualmente, de qué modo analizar los factores culturales que se involucran en las decisiones de los pacientes, en especial las relacionadas con la estética en situaciones que contravienen principios bajo los cuales ha sido formado el especialista.
3. La justificación de la manipulación de datos en los formularios de seguro médico, para ayudar al paciente a asegurar un tratamiento que, de otra manera, no podría pagar.
 4. Jerarquización de valores en la práctica odontológica (vida, salud, no maleficencia, justicia, autonomía del paciente, beneficencia, preferencias profesionales, consideraciones estéticas, consideraciones de eficiencia), en el contexto latinoamericano sobre todo, pensando en el principio de protección particularmente dirigido hacia los grupos vulnerables.
 5. Competencia profesional para realizar las intervenciones y saber derivar cuando no se tiene el instrumental ni la experiencia necesarios
 6. El tratamiento de pacientes transmisores de enfermedades altamente contagiosas y las condiciones de bioseguridad de los consultorios como requisito sin el cual no debería ejercerse la profesión. También, en el caso de pacientes con riesgo de transmisión, la ruptura del principio de confidencialidad para prevenir males mayores.
 7. Las relaciones entre pares cuando un dentista comprueba que un colega ha realizado un pobre trabajo en su paciente. El desarrollo sistemático de una conducta que no evalúe las condiciones de trabajo del colega sin conocer las circunstancias que lo permitieron. La existencia de pruebas y exámenes de competencia por parte de los países para garantizar idoneidad o para establecer mecanismos de evaluación continua.
 8. La publicidad engañosa que asegura sonrisas alegres y dientes atractivos para promocionar el ejercicio de la odontología. Más bien, la discusión permanente sobre ética y comunicación: una comunicación transparente y auténtica en un medio que, por tradición, ha sido ajeno y difícil para la comunidad en general.
 9. El papel de los dentistas en la advertencia contra comportamientos no saludables para prevenir enfermedades, como fumar o consumir drogas. La consideración del odontólogo como educador, como promotor de mejores formas de vida, integrante de equipos de salud que fomenten una existencia con mayor calidad.
 10. Obligaciones hacia los miembros de la comunidad dental profesional y de la comunidad civil.
 11. Relación con el empresariado y compromiso con el paciente: la injerencia de conflictos de interés en la práctica odontológica.

12. Respeto por los sujetos de investigación odontostomatológica, acogiendo y cumpliendo todos los principios y preceptos de una investigación que propenda a la calidad y la calidez humana.

Importancia del código de ética

Para el desarrollo de toda sociedad el bienestar resulta condición fundamental y, dado que la salud es primordial para todos los ciudadanos, se determinará como de la mayor justicia que la oferta (tanto en el ámbito público como privado) sea de la mejor calidad posible. Esto obliga a los profesionales de la salud a buscar alternativas en su saber, en su práctica y en su forma de responsabilidad ética para un desempeño de calidad y profunda conciencia profesional.

Las instituciones de formación profesional deben asegurar a la sociedad, como garantía de interés público, las cualidades de sus egresados. El profesional adquiere un compromiso con las normas legales y éticas que deben regular su comportamiento, sus acciones, decisiones y opiniones, en el marco del deber ser.

Es relevante reconocer que las normas éticas son las que determinan la responsabilidad personal, de conciencia y de voluntad. Un código de ética tiene un valor intrínseco, que torna explícitos los propósitos primordiales, los valores y obligaciones, tocando y despertando la conciencia del profesional al combatir la deshonestidad en la práctica.

Desafortunadamente, los códigos de ética se han asumido como referentes de evaluación de principios y valores individuales con repercusiones en el colectivo, pero no se ha logrado establecer un mecanismo que impulse un trabajo de cuerpo profesional más armónico con las necesidades de las comunidades. Es decir, ¿cómo evaluar las acciones globales de los odontólogos respecto de la disminución de la caries y la enfermedad periodontal, imponiendo de manera masiva responsabilidades y tareas por el bien común?

Fundamentos del código de ética

Al basarse todo código de ética en el ser humano el primer principio debiera ser el respeto a su dignidad, entendiéndose como la suma de derechos y el valor particular que tiene la naturaleza humana por su uso libre de la razón. El valor inviolable del ser humano se halla en su condición de ser persona insustituible e irreplicable. La dignidad es el valor de la persona en sí y por sí, en tanto racional, perfectible, única, autónoma y sensible.

El código de ética debe incluir los derechos fundamentales de la persona consagrados en la Constitución de cada país, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU), en la Declaración de los Derechos del Niño, en la Declaración de La Haya, en el Pacto de San José de Costa Rica y en otros instrumentos universales. Como asimismo en los principios democráticos universalmente aceptados.

Códigos de ética de la odontología norteamericana¹

En Norteamérica la odontología ya poseía un código de ética en el siglo XIX (1866), en respuesta a la necesidad planteada por las asociaciones odontológicas. En su inicio existían muchas similitudes con el código de ética de los médicos. Al igual que éstos, los dentistas deben expresar firmeza, bondad y simpatía hacia las personas que requieren sus servicios; deben ser moderados, no realizar falsas promesas y explicar sus procedimientos. Un dentista nunca debe criticar las prácticas de sus colegas. Es necesario que médicos y dentistas eviten conflictos interprofesionales reconociendo las diferencias de especialización.

En 1880 la Asociación Odontológica Norteamericana adoptó el código de requisitos obligatorios para postular a esa entidad, tal como lo habían hecho los médicos alrededor de 25 años antes.

En 1922 la Asociación Dental Norteamericana incorporó un nuevo código de ética. Se omitieron los requerimientos anteriores sobre deberes mutuos entre profesionales y público y sobre deberes interprofesionales entre dentistas y médicos. Las declaraciones sobre las obligaciones de los dentistas hacia los pacientes fueron resumidas en un único artículo. Las otras secciones del código tenían que ver exclusivamente con transacciones entre los dentistas. Una nueva

sección en el código revisado de 1928 demandaba a los dentistas reportar a las autoridades competentes “conductas ilegales, corruptas o deshonestas por parte de cualquier miembro perteneciente a la odontología”. Se describió un mecanismo para juzgar y castigar a los dentistas no éticos en una nota adjunta al código. El código de 1928 urgió a los dentistas a ser buenos ciudadanos y a conducirse como miembros de una carrera cuyo primer propósito era servir a la humanidad.

Una revisión de 1936 incluyó secciones sobre patentes, contratos y trabajos grupales. El deber de reportar conductas ilegales y no éticas fue omitido en la revisión de 1944, como también el llamado a ser buenos ciudadanos y servir a la humanidad. Los códigos de 1928, 1936 y 1944 se caracterizaron por una importante renuncia: los ideales de estos códigos no “debieran cubrir todo la esfera de la ética para los miembros de la profesión”. Se añadieron dos artículos importantes en el código de 1944: “Existen muchas obligaciones adoptadas por aquellos que asumen a la odontología como trabajo, adicionadas a las incluidas en las declaraciones anteriores. Para conocer las respuestas a casi todas las preguntas no incluidas en este código lo único que se necesita es guiarse por la regla cristiana de hacer a los demás lo que nos gustaría que los demás nos hagan a nosotros”. Esta conclusión permitió un pluralismo ético e interpretaciones liberales pero, al mismo tiempo, fue una invitación a simplificar en

¹ Burns Ch. *The Evolution of Professional Ethics in America Dentistry*. New York: Science History Publications; 1974.

exceso los conflictos éticos generados por las complejidades sociales y técnicas emergentes del ejercicio odontológico en el siglo XX.

En 1950 el código se volvió a escribir con los principios no modificados. Posteriormente, el Consejo Legal de la Asociación Dental Norteamericana transformó un grupo de “principios éticos” en secciones, lo que fue aprobado en 1955 y ligeramente modificado en 1958. Los ideales tradicionales de lealtad profesional y honor fueron mantenidos, pero cambios importantes reflejaron nuevas demandas de educadores, profesionales vinculados y paraprofesionales, al igual que crecientes demandas de la comunidad y grupos gubernamentales para dar mayor atención a la salud dental en forma amplia, incluyendo fluoración y

prevención. Se revisaron los principios en 1960 y, posteriormente, en 1974. El Consejo Legal de la Asociación Dental Norteamericana continúa ofreciendo asesoramiento basándose en las interpretaciones de estos principios.

En forma repetida, revisando y reelaborando sus códigos, los odontólogos norteamericanos han elaborado normas que protegen derechos para la autorregulación profesional y que proporcionan medios para el desarrollo de políticas intraprofesionales. Para los odontólogos, como individuos, un grupo de principios es un elaborado juramento de lealtad, y la desobediencia lleva al deshonor y a la desafiliación. Estos principios también constituyen una ley de derechos profesionales.

El odontólogo frente al consentimiento informado: ¿qué hacer?

Francy García

El consentimiento informado es el producto de un proceso generado durante el siglo XX, primero en el campo jurídico y, posteriormente, en el campo ético, que asume el respeto de los derechos de los enfermos y el reconocimiento de la autodeterminación de éstos sobre su estado de salud.

En Norteamérica se establece el reconocimiento de los derechos de los pacientes, según afirma Diego Gracia. “Fue en 1969 cuando las organizaciones de consumidores entraron en contacto con la Asociación Americana de Hospitales, a fin de que el nuevo reglamento de esta Asociación recogiera en su texto las opiniones y deseos de los usuarios y consumidores de su red hospitalaria, redactados en forma de catálogo de derechos. Surgió así el primer código de derechos de los enfermos, cuya aparición coincidió, y no por azar, con la aplicación de ciertas tecnologías sanitarias, como los aparatos de diálisis renal, las nuevas técnicas de soporte vital, las unidades de cuidados intensivos, etc.(1,2)”.

El recorrido histórico de su evolución a través del siglo lo presenta Pablo Simón en tres etapas: el *derecho al consentimien-*

to simple, el *derecho a la información* y el *derecho al consentimiento informado*(3), cada una de las cuales hace referencia a casos que marcan pautas en el campo legal.

El *derecho al consentimiento simple*. En los veinte primeros años del siglo XX se manifiestan cuatro sentencias en las que se reconoce el derecho del paciente a autorizar de manera específica la intervención médica propuesta por el profesional y, por otra parte, el deber del médico a solicitarla: los casos *Mohr vs. Williams* (1905), *Pratt vs. Davis* (1906), *Rolater vs. Strain* (1913) y, especialmente, el de *Schlöendorff vs. Society of New York Hospitals* (1914).

El *derecho a la información*. Entre los años treinta y cincuenta del siglo XX se consolida el derecho al consentimiento simple y la obligación del clínico de entregar información veraz sobre la que se genera el consentimiento. Si éste se basaba en una información equivocada, fraudulenta o falsa estaba viciado y carecía de valor, siendo el médico procesado por intervenir en el consentimiento del paciente. En esta etapa la decisión de brindar información acerca del proce-

dimiento es opcional, pero si se entrega debe ser veraz.

El *derecho al consentimiento informado*. Durante la segunda mitad del siglo XX se establece la obligación del profesional de la salud de brindar información acerca de la intervención propuesta para que el paciente pueda tomar la decisión de aceptarla o rechazarla. En 1957 se usa por primera vez el término “consentimiento informado” en la sentencia del caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*. En este caso se juzgaban las responsabilidades por una paraplejía producida por una aortografía translumbar, cuyos riesgos no habían sido advertidos al paciente antes del procedimiento. Durante este período, además, se desarrolla la teoría del consentimiento informado y se determinan los estándares para considerar la información como suficiente.

Definición del consentimiento informado

Es el proceso mediante el cual a un paciente se le proporciona la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca del procedimiento propuesto. Es otorgado por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basado en su entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad de realizar el tratamiento, los beneficios y riesgos de éste, la existencia de cualquier procedimiento alternativo disponible y los riesgos de la no-aceptación del tratamiento.

No caben los consentimientos generales, ya sea que el paciente:

- Autorice en forma indiscriminada a un equipo de salud a realizarle todas las intervenciones diagnósticas y terapéuticas necesarias para su recuperación. El personal no tiene la capacidad de preverlas ni el paciente de conocerlas en su totalidad. La autorización debe darla al clínico responsable de la atención del paciente y no en forma general al equipo sanitario de una institución de salud.
- Rechace una(s) intervención(es) diagnóstica(s) y/o terapéutica(s) específica(s) en forma permanente, puesto que la voluntariedad del paciente puede cambiar de acuerdo con la nueva información existente, el vertiginoso avance científico y tecnológico, los deseos, creencias y valores del paciente, y las circunstancias del momento(4).

Es un requisito ético y legal de obligatoria obtención para el personal de salud en el ejercicio clínico, excepto en los siguientes casos: “a. Cuando la urgencia no permita demoras; b. Cuando el no seguir el tratamiento suponga un riesgo para la salud pública; c. Cuando exista imperativo legal; d. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables(5)”.

La discusión del consentimiento informado es el primer paso en la expectativa

de los resultados del tratamiento y reduce los malos entendidos. Los pacientes que conocen los riesgos son menos propensos a reclamar una mala práctica. La documentación del proceso del consentimiento informado provee la mejor defensa contra las demandas de los pacientes que fueron adecuadamente informados acerca del tratamiento propuesto y de sus eventuales daños.

La validez del consentimiento informado involucra los siguientes requisitos fundamentales(6):

- Que haya información médica adecuada para que el paciente tome la decisión suficientemente informado.
- Que el paciente realice el consentimiento de forma voluntaria y sin presiones.
- Que el paciente sea competente y/o capaz.
- Que sea el mismo sujeto del acto médico quien lo otorgue (concepto de titularidad).
- Que propósito y causa del consentimiento sean recuperar la salud del enfermo.
- Que el proceso tenga una forma externa (verbal o escrita).
- Que el tiempo de obtención sea previo a la realización del acto médico.

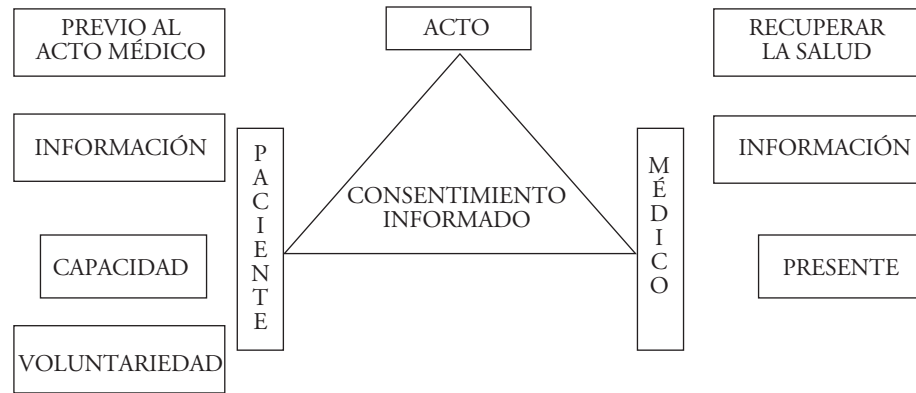


Figura 1: Requisitos fundamentales para la validez del consentimiento informado.

La información

Para ser válido, el consentimiento informado debe considerar dos aspectos básicos: la información suministrada

por el odontólogo –determinada por el estándar de información que se considere como válido– y su comprensión por parte del paciente(4).

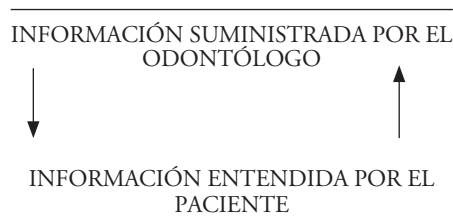


Figura 2: Elementos de la información.

Actualmente, el criterio más aceptado es “dar la información que una persona razonable en las circunstancias del paciente necesitaría para tomar una decisión(6, p. 387)”. Para ello, la información técnica suministrada debe ser actualizada, pertinente, suficiente y veraz; la comunicación, clara, prudente, oportuna y adecuada a las condiciones del paciente, teniendo en cuenta sus características físicas, cognitivas, psicológicas, morales y culturales.

El profesional de la salud debe asegurarse de que el paciente ha comprendido suficientemente la información recibida, complementarla a través de preguntas sobre lo informado y solicitar que la repita con sus propias palabras. Igualmente, debe animarle a exponer sus dudas o temores al respecto. Durante todo el proceso es importante comprender las situaciones particulares del paciente (familiares, laborales, entre otras), así como respetar sus creencias culturales y religiosas.

El número de sesiones y el tiempo variarán de acuerdo con la situación clínica, el tipo de procedimiento propuesto y las personas involucradas. Muchas veces, ante la propuesta de procedimientos

complejos, es deseable varias sesiones de entrevista con el paciente antes de que tome una decisión; en ellas puede requerirse, incluso, la participación de otros miembros del equipo de salud (psicólogos, radioterapeutas, sacerdotes, por ejemplo), o personas allegadas al paciente, de acuerdo con lo manifestado por este último.

Desde el punto de vista técnico, la información debe tener en cuenta los siguientes aspectos generales(7):

- Diagnóstico de la patología. Explicar por qué el diagnóstico justifica la necesidad del tratamiento así como describir anticipadamente sus beneficios.
- La descripción del procedimiento, objetivos y forma de realizarse; beneficios a corto, mediano y largo plazo; incomodidades previstas; riesgos físicos, psíquicos y sociales; efectos secundarios, como la duración de la estancia hospitalaria, el tiempo esperado de la recuperación, las restricciones en las actividades diarias; consecuencias seguras derivadas de la realización del procedimiento, cicatrices y otras. El riesgo se define como la mayor probabilidad de padecer un daño. Deben tenerse en cuenta los riesgos típicos o inherentes al procedimiento, así como los individuales derivados de las propias condiciones patológicas del sujeto; asimismo, la gravedad y frecuencia de ocurrencia de los riesgos. En general, se recomienda informar de

los riesgos de común ocurrencia, de mayor y menor gravedad, y los de menor frecuencia pero de mayor gravedad. Los riesgos de menor gravedad y menor frecuencia deberían ser informados en aquellas situaciones en que haya una mayor posibilidad de ocurrencia.

- Información sobre las opciones alternativas pertinentes, sus beneficios, incomodidades, riesgos y efectos secundarios, incluyendo la alternativa de no realizar el tratamiento. No hay obligación de enumerar todas las alternativas disponibles para tratar el caso, pero se deben presentar aquellas que tienen un mejor pronóstico, que son menos costosas, que requieran menos tiempo o que sean menos riesgosas. Algunos ejemplos son: casos quirúrgicos o no quirúrgicos, extracción o no-extracción y aparatos removibles o aparatos fijos.
- Explicación de las consecuencias de la negación o tardanza en el tratamiento.
- Criterios de preferencia del médico. Son uno de los elementos básicos de la información a que tiene derecho el paciente; a través de ellos el clínico expresa su opinión respecto de los méritos de una recomendación, respaldado por argumentos racionales. Esta declaración le da al paciente información adicional para que él tome libremente la suya. Los pacientes deben entender en qué etapa del tratamiento ciertas alternativas ya no están disponibles, como en los casos de extracción.
- El requisito de la voluntariedad del consentimiento informado no implica que los médicos deban abstenerse de persuadir a los pacientes para aceptar un consejo(6, p. 391).
- Posibilidad de ampliar la información. El paciente debe conocer su derecho a solicitar datos al equipo de salud cuantas veces lo requiera en el proceso de atención.
- Libertad para reconsiderar la decisión. El paciente tiene la prerrogativa de reconsiderar su decisión en cualquier etapa de la relación clínica, sin que ello conlleve al detrimento en la calidad de su atención. Además, se le reconoce legalmente su derecho a dar por terminada tal relación en cualquier momento.
- Aspectos económicos relacionados con el procedimiento. El paciente tiene el derecho de conocer los costos que el procedimiento conlleva y los demás aspectos relacionados con el tema (costos directos e indirectos, porcentaje de cobertura de su seguro, formas de pago, entre otros). En la información se debe incluir la retención y un estimado del tiempo del mismo, asegurándose de comunicar al paciente cuando haya un cambio de costo, tiempo o pronóstico.

La información es un elemento necesario para la toma autónoma de decisiones por parte del paciente; sin embargo, puede haber excepciones a este derecho:

el *privilegio terapéutico* y la *renuncia a la información* por parte del paciente(8).

El *privilegio terapéutico* se refiere a “la reserva de información por parte del médico al paciente durante el proceso de consentimiento, en la creencia de que esta información podría causar daño o sufrimiento al paciente(6, p. 389)”, en caso de enfermedades graves. Este privilegio era la regla general en la relación sanitaria paternalista. Actualmente, ese privilegio no puede ser invocado de manera indiscriminada y sólo puede aplicarse a casos particulares en los que se encuentre plenamente justificado(9).

La *renuncia a la información* alude al derecho del paciente para rehusarse en forma voluntaria a recibir información por parte del equipo de salud acerca de su estado de salud o de los procedimientos a efectuársele, en forma parcial o total, en ejercicio de su autonomía. “Varios estudios demuestran que hasta el 60% de los pacientes no quieren saber nada sobre los riesgos de los procedimientos médicos y que sólo un pequeño porcentaje utiliza la información que se les ha facilitado para tomar una decisión(4, p. 154)”.

En estas dos situaciones de excepción, en especial en situaciones de grave riesgo para la salud del paciente o intervenciones de carácter extraordinario, el profesional deberá dejar constancia por escrito del hecho en la historia clínica del paciente y solicitar su autorización para informar a un tercero y proceder

a la obtención de un consentimiento diferido.

En un estudio realizado en pacientes programados para intervenciones quirúrgicas, más del 80% expresó su deseo de conocer la naturaleza de su enfermedad, la razón de la cirugía, la duración esperada de la estancia hospitalaria, las probabilidades de un resultado exitoso, el tiempo para reiniciar sus actividades cotidianas, etc. Sólo un 18% no deseaba conocer ésta información(10). En otro estudio, realizado en usuarios de un Centro de Salud, un 78,6% manifestó su deseo de ser informado del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad en caso de padecer cáncer algún día(11). Además, se encontró que la rutina de información exclusivamente verbal no es efectiva completamente, siendo necesario complementar con otro tipo de información como la escrita o la audiovisual. De igual forma, se insiste en que la información no debe darse en forma aislada, en un solo momento de la relación médico paciente, para que sea considerada suficiente. Los pacientes deben ser alentados a hacer preguntas acerca del tema y a expresar en sus palabras lo que han entendido de la información suministrada. El odontólogo debe documentar cada discusión, anotando las preguntas de los pacientes y cómo éstas fueron contestadas(6, p. 391).

La voluntariedad

Se refiere al derecho del paciente a tomar sus propias decisiones, libre de cualquier

influencia indebida, de carácter interno o externo. Dentro de la primera, deben tenerse en cuenta las alteraciones agudas del estado emocional o mental de la persona, tales como el sufrimiento intenso, físico o psicológico, los estados

postraumáticos, la exposición a drogas psicotrópicas y otras. Los factores externos legalmente reconocidos que vician el consentimiento son el error, la fuerza y el dolo¹.

INTERNOS	EXTERNOS
Sufrimiento físico o psicológico	Error
Alteraciones agudas emocionales o mentales	Fuerza
Drogas psicotrópicas	Dolo

Figura 3: Factores de interferencias a la voluntariedad

El error se produce cuando la causa principal del consentimiento se basa en una concepción incorrecta del propio paciente respecto de lo que realmente se le ofrece, ya sea en la *naturaleza del acto*, la *calidad del objeto* o la *persona*. Se trata de un error en la *naturaleza del acto*, por ejemplo, cuando el paciente se somete a una biopsia para efectos diagnósticos creyendo que es una resección de quiste apical; en la *calidad del objeto*, cuando el paciente accede a realizarse un perno intraradicular creyendo que es una implante; en la *persona*, cuando el paciente accede a ser atendido por un dentista general creyendo que es un especialista.

La fuerza es la presión que se ejerce sobre una persona para obtener su declaración de voluntad en determinado sentido. Esta presión puede ser ejercida por un tercero a la relación (los padres, el cónyuge, los hijos, el guía espiritual, entre otros).

El dolo es la acción de engaño propiciada por uno de los contratantes sobre el otro en un tema relevante del problema, con el propósito de obtener su declaración de voluntad en determinado sentido.

Algunas acciones para favorecer unas condiciones mínimas que le permitan al paciente realizar su consentimiento informado en forma libre y espontánea son: establecer una comunicación abierta y dinámica con el paciente; brindar una información clara, veraz y suficiente; animar al paciente a expresar sus dudas y temores; comprobar el grado de comprensión del paciente acerca del problema; conocer en forma integral al paciente² y, en personas con alteraciones temporales de conciencia, tomar

1 Caso de República de Colombia. *Código Civil*, Artículo 1508. Bogotá; Legis Editores; 2000.
 2 ¿Cuáles son sus creencias, valores y temores? ¿Cuál es su condición socioeconómica y cultural? ¿Cuáles son sus relaciones interpersonales significativas?, por ejemplo.

las medidas terapéuticas necesarias para restablecer su equilibrio mental o emocional previo al consentimiento, si las circunstancias lo permiten.

Con el propósito de preservar la calidad del consentimiento informado, este proceso podrá llevarse a cabo:

- gradualmente o en su totalidad;
- de acuerdo con las circunstancias particulares de cada paciente;
- en una o varias sesiones;
- en la primera consulta o posponerse, en espera de mejores condiciones del paciente, y
- en forma directa o diferida, a través de terceros o mediante la utilización de los testamentos vitales.

La capacidad

La capacidad o competencia se define como la habilidad del paciente para entender la información pertinente para la toma de una decisión y prever razonablemente un resultado aproximado de su decisión(6, p. 1086).

Este proceso es considerado como una función mental superior, resultado del proceso de desarrollo del intelecto humano en todas sus dimensiones –razonamiento lógico, percepción social, razonamiento moral, entre otros–, que sucede en forma simultánea, progresiva e individualizada(12). Por ello, debe ser establecida para cada persona en la situación problema.

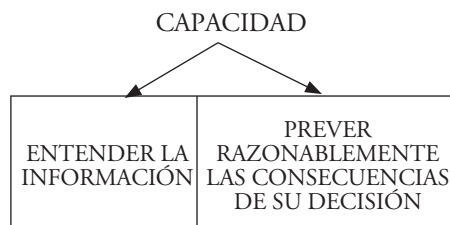


Figura 4: Determinantes de la capacidad

La capacidad es específica a las decisiones particulares e, incluso, puede variar en el tiempo. Al respecto, Beauchamp y Childress señalan: “Siempre que la palabra “competencia” es utilizada correctamente el concepto de base es el mismo. Este significado es: ‘habilidad para realizar una tarea’. Sin embargo, los criterios sobre las competencias específicas varían en función del contexto, ya que dependen de cuáles sean las tareas concretas. Los criterios para determinar la competencia para ir a juicio, criar perros, firmar cheques o impartir clases a los estudiantes de medicina son totalmente diferentes. La competencia para decidir depende, por tanto, de cuál vaya a ser la decisión que debemos tomar. Es más, nadie debería ser considerado incompetente para todo (...) Decir que ‘X no es competente para hacer Y’ no implica necesariamente que X también sea incompetente para hacer Z, es decir, que no sea competente para realizar cualquier acto salvo Y. A veces personas competentes, capaces de seleccionar los medios apropiados para conseguir sus objetivos, actúan de una forma incompetente en circunstancias concretas(4, p. 126)”.

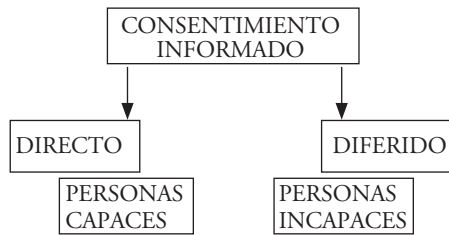


Figura 5: Consentimiento informado según la capacidad

Cuando exista duda acerca de la capacidad de una persona, el equipo de salud debe realizar una valoración cuidadosa antes de solicitar el consentimiento informado(6, p. 1086). Determinar la calidad de la información brindada y el grado de comprensión alcanzado por el paciente es relevante, especialmente si se tiene en cuenta el contexto en cuanto a valores y creencias características de su caso en particular.

El objetivo de valorar la capacidad del paciente es determinar su habilidad para entender la información y sopesar las consecuencias de su decisión. Existen pruebas específicas para determinar esta capacidad, las cuales tienen limitantes: pruebas cognitivas, pruebas de evaluación específica de la capacidad(13) y evaluación general de la capacidad del personal clínico especializado (psiquiatras o psicólogos clínicos)(3,4).

Cuando el paciente no pueda tomar sus decisiones por sí mismo el profesional de la salud procederá a la obtención de un consentimiento informado diferido, cuyos propósitos fundamentales son:

- Garantizar que la decisión sea la que tomaría el paciente si fuera

capaz (respeto al principio de autonomía), teniendo en cuenta sus deseos específicos o sus valores y creencias culturales y religiosas. Por ello, estas decisiones deben ser tomadas por la persona o personas con mayor conocimiento del paciente.

- Buscar el mayor bien del paciente en la situación específica (respeto al principio de beneficencia), basándose en las estimaciones del beneficio objetivo y los riesgos del tratamiento.

Las personas autorizadas para otorgar consentimiento informado diferido son, en el caso de los menores de edad y los dementes, sus representantes legales; y para las personas capaces pero en estado de incapacidad de hecho (inconsciencia o estado transitorio de incapacidad), aquellas que para tal efecto hayan sido nombradas como representantes o designadas por la autoridad competente. En caso de no contar con ninguna de ellas, se deberá considerar a las personas más cercanas al paciente.

Sin embargo, en algunos casos la normatividad no garantiza una toma de decisión de acuerdo con el pensamiento, creencias y valores del enfermo, especialmente en aquellas situaciones en que el individuo se ha independizado de su familia y ha convivido por mucho tiempo en un núcleo social diferente.

En el caso de personas incapaces relativas, se les reconoce cierto grado de autonomía de acuerdo con su nivel de

capacidad, y es indispensable el consentimiento de familiares responsables o tutores legales para todo procedimiento de carácter extraordinario.

El menor de edad

La toma de decisiones por parte del individuo debe cultivarse desde la infancia. Es obligación de los profesionales de la salud y de los padres involucrar al niño desde sus primeros años en el consentimiento informado. Debe entregarse la información de los procedimientos propuestos y permitírsele participar en las decisiones de acuerdo con su capacidad.

En los países desarrollados se están elaborando metodologías para hacer participar a los niños también de las decisiones médicas⁽¹⁴⁾. En algunos países, como Canadá, no se contempla una edad límite por debajo de la cual una persona es considerada como incapaz. Un menor puede dar su consentimiento siempre y cuando sea capaz de entender la información suministrada acerca del procedimiento y de apreciar las posibles consecuencias de su elección, basándose en los principios de autonomía y justicia: a iguales condiciones, iguales derechos^(6, p. 828).

En los países latinoamericanos, si bien se reconoce el derecho del menor a “expresar su opinión libremente, a conocer sus derechos”³ y a participar activamente en la relación clínica de acuerdo a su nivel de capacidad⁴, se limita su derecho de toma de decisiones de acuerdo con su edad. Esta posición “paternalista” supone la incompetencia del menor y la necesidad de que un adulto asuma estas responsabilidades, primando el principio de beneficencia sobre el de autonomía de la persona, característica de las sociedades tradicionales.

Para intervenir médica o quirúrgicamente a menores de edad en estos países se requiere el consentimiento informado de sus familiares responsables o tutores legales, excepto en situaciones de urgencia o emergencia.

El criterio que debe primar en la adopción del consentimiento diferido en el menor de edad es el de beneficencia (el mayor bien posible), en defensa del derecho a la vida y de la salud del menor. En caso de que el profesional esté en desacuerdo con la decisión de éste y de sus representantes legales, y se considere que, con ella, se está poniendo en grave riesgo su salud física o mental, tiene obligación de exigir la intervención de la autoridad competente, con el fin de proteger al menor.

3 República de Colombia. Ministerio de Salud Pública. Decreto 2737/89. “Por el cual se expide el Código del Menor”. Artículo 10. En: Código Civil. Bogotá: Legis Editores; 2000.

4 República de Colombia. Ley 12 de 1991. Artículo 12. Bogotá: Mimeógrafo, 1993.

Referencias

1. Gracia D. *Bioética Clínica. Los cambios de la Relación Médico-Paciente*. Bogotá: El Búho; 1998: 55.
2. Simón P. El Consentimiento Informado: Abriendo Nuevas Brechas. En: *Problemas Prácticos del Consentimiento Informado*. Barcelona: Editorial Fundación Víctor Grífols i Lucas; 2002: 11-62.
3. Simón P. *El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica*. Madrid: Editorial Triacastela; 2000.
4. Beauchamp T, Childress J. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Editorial Masson; 1999.
5. Castaño M. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Bogotá: Temis; 1997: 117.
6. Etchells E, et al. Bioethics for clinicians. *CMAJ* 1996; 155(2): 177.
7. Garzón F. *Bioética. Manual Interactivo*. Bogotá: 3R Editores; 2000: 89.
8. Kant I. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Barcelona: Editorial Ariel, Filosofía; 1996.
9. Sánchez M. El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos de Programa Regional de Bioética OPS/OMS 1998; 5: 78-92.
10. Dawes P, Davinson P. Informed consent: What do patients want to know? *JR Soc Med* 1994; 87: 149-152.
11. Simón P. ¿Querría usted saber que tiene cáncer? *MEDIFAM* 1994; 4(3): 127-135.
12. Kohlberg L. *Psicología del desarrollo moral*. Madrid: Biblioteca de Psicología, 1994.
13. Etchells E et al. Reliability of a decisional aid for assessing capacity to consent to treatment (abstract). *J Gen Intern Med* 1995; 10(suppl.): 41.
14. Harrison Ch, Kenny NP, Sidarous M, Rowell M. Bioethics for clinicians: Involving children in medical decisions. *Can Med Assoc J* 1997; 156: 825-828.

Los programas de formación ética en odontología

Clemencia Bermúdez de Caicedo

Ana Laura Buendía

Cristina Alicia Deangelillo

Rina Ana Guerra

Como en otras disciplinas del campo de la salud, la bioética forma parte de la práctica diaria en odontoestomatología: en la decisión tomada con cada paciente, en cada elección de tratamiento y su técnica adecuada. Por esta razón, resulta sorprendente que todavía en la mayoría de los currículos de odontología se deje muy poco lugar a la formación en bioética, convirtiendo a la carrera sólo en aprendizaje técnico y, por tanto, dejando a los profesionales sin preparación en la toma de decisiones éticas, de tanta importancia en el contexto social actual.

Cada vez con mayor frecuencia se habla en los ámbitos educativos de la brecha generacional y de las dificultades que ésta acarrea, y se la responsabiliza en repetidas ocasiones de los fracasos en el cumplimiento de los objetivos de formación.

Esta diferencia generacional no es otra cosa que el resultado de las transformaciones en los valores sociales a través de la historia, reflejadas en el cambio de actitudes, de conocimientos, tradiciones y de prácticas o comportamientos de los individuos y de las instituciones de las

que ellos forman parte, como son la familia, la sociedad y el Estado.

Los valores que identifican a la sociedad del nuevo milenio no se comparan con los de épocas anteriores. Los cambios están ocurriendo a una gran velocidad, los períodos de la historia ya no son largos y relativamente homogéneos, la aceleración del conocimiento y la forma de socialización a través de los medios de comunicación globalizados acortan y diversifican los períodos históricos.

La formación en bioética para los futuros odontólogos permitirá, temprana y eficientemente, alcanzar los objetivos de su enseñanza, los cuales son, según Diego Gracia(1), alcanzar conocimientos, habilidades y actitudes; los dos primeros tienen carácter de medios respecto del tercero, que es el auténtico fin de todo el proceso moral. Esta atención a medios y a fines es lo que hoy debe entenderse por “ética de la responsabilidad”; en torno a ella gira todo el proceso educativo.

Los conocimientos, habilidades y, sobre todo, actitudes tendrán más posibilidades de desarrollarse si se incluyen como objetivos desde los comienzos de

la formación de grado. Es en los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y fundamentalmente pacientes donde se desarrollan normas de conducta éticamente correctas, de la mano de una adecuada fundamentación teórica. Así se podrán entender en forma concreta la ética de las instituciones, de la relación clínica, de la investigación, la deontología, entre otras.

De acuerdo a Beauchamp y Childress(2), de la éticamente correcta relación profesional de la salud-paciente, o investigador-sujeto de investigación, surgen principios y reglas, como la veracidad, uso adecuado de la información, confidencialidad, respeto a la intimidad, por ejemplo. Si bien se considera tácito el consentimiento informado para un examen odontológico de rutina, es importante que el alumno sepa de ello cuando lo está poniendo en práctica y, más adelante, que entienda cuál es el mejor tratamiento para ese paciente, no sólo desde el punto de vista clínico sino también desde el humano. Todo acto médico-odontológico es también un acto moral y merece ser considerado como tal. Al considerar la relación investigador-sujeto de investigación, hay que introducir tempranamente al alumno en las pautas internacionales de la ética de la investigación con seres humanos.

Diagnóstico ético actual

Según Peláez(3), dentro de la crisis ética que caracteriza el nuevo milenio, se ha

entendido la moral como una acomodación a la costumbre socialmente aceptada, lo cual es muy peligroso, porque hay prácticas equivocadas que se van infiltrando en las instituciones y se consideran normales porque son generalizadas, efecto –muchas veces– de intereses de grupos que manipulan la opinión pública. Por otro lado, se ha identificado lo legal con lo moral, pero debemos tener en cuenta que no todo lo legal es moral y no todo lo que consideramos moral está avalado por las leyes. La escala de valores invertida ha llevado a que el dinero se haya convertido en el dios sobre cuyo altar se sacrifica todo: salud, tranquilidad, amigos, familia, patria, etc. No se ha trabajado el concepto de ciudadanía, los hombres no se sienten protagonistas de los procesos sociales ni responsables de lo público; no se otorga importancia al bien común. Los protagonistas de los procesos sociales han olvidado su misión: los padres de familia han pasado a ser sólo proveedores; los educadores se han limitado a ser instructores y los dirigentes políticos y empresariales trabajan sólo por sus intereses. En esta realidad, tiene razón de ser la educación bioética, como espacio de reflexión transdisciplinaria que orienta en la toma de decisiones responsables.

Para poder tomar decisiones libres y responsables ante situaciones conflictivas o dilemas, acorde al contexto y respetando las diferencias de un mundo pluralizado, la formación moral debe dar los elementos necesarios para que se entienda la razón de ser de las normas y que

sean asumidas y puestas en práctica no por conveniencia sino por convicción; sólo así, a través de la adopción crítica de la norma, se estará en condiciones de cuestionarla y cambiarla si es necesario.

Sólo por el camino de la autonomía, que supone libertad y responsabilidad, puede haber un aumento gradual de la conciencia que permita la autotranscendencia y la autenticidad. “Sólo la elección de valores plenamente humanos puede asegurar la supervivencia de la humanidad en un proceso ascendente hacia la plena y más perfecta realización de sí misma(4)”.

Diagnóstico situacional

El lugar que ocupa la bioética en las facultades de odontología de las universidades latinoamericanas es limitado(5,6) y hay suficiente evidencia de que la atención por estos temas en la educación dental es escasa e, incluso, inexistente(6,7). Los estudiantes egresan con un nivel mínimo de esta clase de conocimientos: por ejemplo, el proceso del consentimiento informado en la relación con el paciente(8).

Tomando como ejemplo Argentina(9), la bioética como materia o actividad curricular se dicta solamente en dos universidades, de las doce que ofrecen el título de odontólogo. En las restantes diez universidades se dicta como unidad, eje temático o tema aislado en las materias afines, a saber: Odontología Legal y/o Forense, Deontología, Odontología Social, Odontología Sanitaria,

Ejercicio Profesional, Ética, Psicología, Introducción a la Odontología Legal, Historia de la Odontología, entre otras. Estas asignaturas se presentan en distintos ciclos de los planes de estudios y varían en las distintas facultades y/o escuelas de odontología. Otra forma de presentación es también dentro de los currículos o en paralelo, como seminario, taller, etc. Extracurricularmente, además, toma la forma de seminario, taller o Ateneo para estudiantes y docentes de odontología o, en otros casos, con la participación de integrantes de otras facultades. Finalmente, se presenta como actividad de posgrado como curso o maestría. Actualmente, podría considerarse mínima la expresión de la bioética como materia curricular en la formación del odontólogo en el proyecto educativo argentino.

Importancia de incluir la bioética en la estructura curricular

La ética médica responde a una experiencia humana básica y universal y no a la fuerza de una moda(10). Para generar conocimientos, habilidades y actitudes se requiere un proceso educativo gradual, tanto en contenidos como en tiempo de cursado, que acompañe al alumno en sus materias a lo largo de toda su formación. Este proceso va evolucionando y se transfiere de lo social a lo académico; es decir, la sociedad comienza a interesarse por los temas de la bioética y, a partir de ello, se crea la necesidad académica. Esto ocurre en los

países latinoamericanos con diferentes velocidades de desarrollo. Los organismos supranacionales, como OPS/OMS a través del Programa de Bioética, propician esta evolución en Latinoamérica y el Caribe desde hace más de una década(11,12).

Desde su etapa de estudiante el odontólogo se enfrenta diariamente con dilemas que le plantea su práctica y será su formación en ética la que le aportará un enfoque más humanitario y humanístico. Dicha formación es más eficiente dentro de la preparación técnico-científica y clínica de los primeros años de estudio y no debería relegarse al posgrado.

Entonces, como una forma particular de articular la bioética, la odontología necesita, en primera instancia, conocer las bases filosóficas y principios fundamentales de esta disciplina, para llevarlos a una práctica clínica racional y más consciente del paciente como persona y no como una entidad bucal. A ellas debe sumar el conocimiento de la normativa que rige a la profesión, con el fin de mantener un equilibrio entre las necesidades reales del paciente y los deberes para con él. Para que “un médico sea un buen médico, no sólo necesita una técnica correcta sino ética adecuada(13)”.

El primer lugar donde debe ser introducida la reflexión ética es en la misma universidad, que es en donde el alumno aprende y desarrolla habilidades inherentes a su carrera. Es allí donde adquiere modelos de conducta que aplicará al comenzar su vida profesional indepen-

diente y que seguirá usando durante su trayectoria(14,15).

También es interesante destacar que la bioética, como materia básica o clínica, debería integrar conocimientos generales y prácticos de manera dinámica y aplicable, con el fin de interesar al alumno de una carrera eminentemente biotécnica.

Se trataría de introducir tempranamente en el alumno la idea de nexo entre dos mundos: el de los valores éticos y el de los hechos biológicos, e invitarlo a transitar este puente como espacio de reflexión, promoviendo el trabajo transdisciplinario(5).

Es necesario despertar en él la conciencia sobre la cultura del Derecho y la responsabilidad(16), es decir, iniciar una cultura bioética para elevar la calidad de la atención odontológica en todos los sentidos: hacia el paciente, entre colegas, con el personal auxiliar, para con las instituciones y colegios, así como elevar su calidad humana, entre otros.

También es relevante desarrollar herramientas que le permitan no sólo un buen manejo técnico, como es lo acostumbrado, sino también el desarrollo de habilidades cognitivas(5), entendidas como “una actividad consciente intelectual, que incluye pensamiento, razonamiento y juicio(17)”. El currículo de esta carrera se ha convertido en principalmente técnico, lo que ha llevado a que el razonamiento cognitivo sea reemplazado por recetas para situaciones

diversas(5,18). Aunque aquí el desarrollo de la técnica es de vital importancia, vale la pena, sin embargo, pensar en una propuesta de transformación y en los beneficios que traería consigo, debido a que la profesión no sólo demanda un “qué” y un “cómo”, sino también un “por qué” de las aplicaciones técnicas, en un ambiente donde los factores sociales y morales son cada día más demandantes y complejos.

Según Bebeau, un programa de enseñanza de la ética elaborado cuidadosamente para la educación profesional hará que la gente involucrada convierta sus experiencias de aprendizaje en habilidades, desarrollando también una sensibilidad ética: “la habilidad de reconocer los problemas éticos en las situaciones de confrontación”, diferente de la habilidad de elaborar un argumento moral bien razonado(19).

Algunos autores(19) piensan que la mejor manera de enseñar bioética es por medio de ejemplos derivados de reportes de odontólogos, de situaciones que se presenten con frecuencia y que se consideren realistas, relevantes y estimulantes para discutirlos, pudiendo ser una buena forma de estar alerta y desarrollar ciertas habilidades.

Bebaeu, tras evaluar programas de ética y las actitudes que generan, encontró lo siguiente:

- Suceden transformaciones notorias en las estrategias mediante las cuales los adultos jóvenes enfrentan temas éticos.

- Estas transformaciones se relacionan con la reconceptualización de cómo una persona entiende su sociedad y su rol en ésta. Kohlberg también hace referencia a este desarrollo de actitudes de un individuo para con su sociedad, sosteniendo que las personas interpretan y definen problemas morales de acuerdo con la diferente etapa del desarrollo en la que se encuentran, dando como resultado intuiciones diferentes de lo que es correcto y justo. Por ejemplo, las personas que no entienden los principios de beneficencia o autonomía tienden a no aplicarlos(20), debido a que no han tenido contacto con ellos.
- Esas modificaciones en conceptos llevarán al sujeto a nuevas situaciones, debido a la alteración del sistema fundamental de valores, resultando de ello diferentes experiencias y oportunidades para la reflexión y el comportamiento, aún en profesionales maduros.
- El desarrollo del juicio moral está fuertemente asociado con la educación universitaria. Incluso, cuando una persona deja la escuela, la tendencia a desarrollar este juicio queda estacionaria. Por otro lado, las personas que tienen más desarrollado un juicio moral tienden a ser más reflexivas e interesadas en continuar su propio desarrollo y educación, teniendo al mismo tiempo la disposición de saber más acerca de temas sociales y participar en ellos.

- La enseñanza de la ética intenta influenciar la conciencia sobre los problemas morales y su razonamiento para solucionarlos y juzgarlos. Por medio de la discusión con los colegas acerca de los dilemas que se enfrentan en la profesión se pueden producir ganancias significativas entre los veinte y los treinta años. Por el contrario, cursos orientados sólo teóricamente parecen no ser muy efectivos, al igual que las intervenciones cortas en clase de menos de tres semanas e, incluso, exceder de 12 semanas no aumenta ganancias proporcionales al tiempo dedicado.
- No hay diferencias entre género y juicio moral, sino que éste depende básicamente del nivel de educación.
- La religión se relaciona con el juicio moral en el balance entre ideologías liberales y conservadoras. Las liberales aumentan en el individuo la responsabilidad por un balance en dilemas morales; las conservadoras, la obediencia hacia autoridades y doctrinas externas.
- El comportamiento actual está relacionado con la percepción moral y el juicio moral.

En el estudio se encontró que dentistas profesionales y estudiantes con ética en su currículo demostraron tener mucho mayor sentido de responsabilidad que aquellos que no la tenían(20).

Otra de las ventajas de contar con un

programa de bioética dentro del currículo universitario del odontólogo es que las decisiones éticas serán formuladas en el “ambiente protegido del salón de clases en vez del aislamiento de sus consultorios(5)” y, así, sus percepciones pueden ser dialogadas sistemáticamente y con el apoyo de otros colegas.

Los profesores deben ser también ejemplos morales y haber recibido entrenamiento en el sistema del modelo de enseñanza(21). En un estudio que se realizó en México sobre corrupción se detectó que, para la mayoría de las personas entrevistadas, los profesores que tuvieron a lo largo de su vida fueron importantes ejemplos y modelos a seguir, tanto en los aspectos positivos como en los negativos(21,22).

Consideraciones en la enseñanza de la bioética

Diego Gracia(23), quien se ha dedicado, entre otras muchas actividades, a la especialización de la enseñanza de la bioética, afirma que ésta debe basarse primordialmente en la deliberación, ya que la considera, incluso, una escuela de vida. Es decir, que los programas de bioética, más que enseñar a resolver problemas, instruyan al estudiante sobre métodos y procesos de toma de decisión. Roberto Mancini(24) sostiene que el método de enseñanza deliberativo es, incluso, más moral que la enseñanza de la bioética doctrinaria o que la informativa y neutral. La enseñanza doctrinaria –en la cual se trata de imponer al alum-

no lo que está “bien” sin estimular ni dar pie a la reflexión— incurre en una práctica inmoral.

Es necesario incluir, además, temas interdisciplinarios(21,25) en la enseñanza de la bioética, para permitir que los odontólogos trabajen integradamente en la resolución de casos junto con filósofos, abogados, enfermeras, bioeticistas, entre otros.

Para que llegue a ser eficiente y no un simple entrenamiento, será necesario orientar la educación bioética hacia el aprender a ser (aspecto socio-afectivo), aprender a aplicar (aspecto procedimental) y aprender a aprender (aspecto cognitivo).

Se debe implementar un nuevo enfoque educativo en el saber odontoestomatológico, conducente al proceder con una correcta técnica, basado en un amplio conocimiento científico y sin olvidar los valores de las personas (actitudes).

La salud buco-dental debe estar orientada hacia la conservación, en busca de una mejor calidad de vida con los principios de integridad y dignidad de la persona. Para ello se necesita de los distintos grupos de acciones en salud, como son la promoción y el cuidado (función educadora), la prevención primaria (controles y exámenes periódicos) y la secundaria (impedir la extensión de la enfermedad e indicar el tratamiento adecuado), la recuperación (proceso funcional mediante el cual se busca que el enfermo recobre la actividad del ór-

gano afectado) y la rehabilitación (proceso humano a través del cual se trata de devolver al enfermo la actividad funcional).

Para elaborar el currículo se debe considerar tanto las demandas profesionales sociales y científicas como el perfil del egresado resultante de ellas.

Demandas profesionales:

- Conocer los límites éticos de su praxis respecto de los avances de la tecnociencia.
- Reconocer los nuevos problemas que se plantean a raíz del avance de la tecnociencia y resolverlos con la mirada que la bioética presenta.
- Entender el nuevo código de la relación odontólogo-paciente, reconociendo al paciente como persona en su dignidad, respetando su autonomía a través del consentimiento informado y de la creciente horizontalización de esta relación.
- Conocer y aplicar normas vigentes de respeto por la vida y salud en investigación sobre seres humanos.
- Incorporar en las asociaciones profesionales el conocimiento y respeto por los principios y valores de la bioética.
- Distribuir con justicia la asignación de recursos en el área de gestión en salud.
- Realizar auditoría en salud con fundamentos bioéticos.
- Participar activamente en los comités de ética hospitalarios e ins-

titucionales, conociendo los mecanismos de toma de decisiones con una actitud de diálogo, apertura, tolerancia y juicio crítico.

- Promover la existencia de comités de bioética y ética de la investigación.
- Entender lo interdisciplinario y lo transdisciplinario como una necesidad real.
- Aplicar y transmitir el código de ética profesional.
- Conocer la situación actual en odontoestomatología legal y forense.
- Tener conocimiento de temas de bioseguridad en odontoestomatología, tales como las normas sanitarias para evitar la transmisión de infecciones y la regulación sobre desechos tóxicos.

Estas nuevas demandas profesionales abarcan todos los ámbitos del quehacer profesional generando así un nuevo perfil del egresado.

Perfil del egresado:

El profesional deberá ser capaz de:

- Rejerarquizar la relación odontólogo-paciente centrándola en la persona y en su dignidad.
- Resolver en forma argumentada los conflictos éticos que aparezcan en su práctica profesional.
- Participar en forma significativa, con apertura y juicio crítico, en comités de bioética y/o investigación.

- Respetar los límites éticos en investigación.
- Poseer juicio crítico para decidir en el ámbito de las asociaciones profesionales, deontológicas, gremiales y/o gubernamentales, con elementos de argumentación basados en los fundamentos bioéticos.
- Trabajar en equipos inter y transdisciplinarios en forma civil, pluralista, racional y procedimental.
- Entender los avances de la tecnología en beneficio del paciente y de la sociedad.
- Divulgar estos nuevos principios a pacientes, colegas, instituciones y alumnos.

Propuesta para integrar bioética al currículo de odontología

Luego de lo argumentado, se justificaría agregar a la bioética en la estructura curricular, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones sobre su implementación:

Duración	Asignatura anual y/o semestral y unidades dentro de asignaturas afines
Características	Una parte obligatoria y otra optativa
Estrategia educativa	Distintas metodologías de enseñanza-aprendizaje
Ubicación temporal	Año del plan de estudios

La ubicación temporal debería responder a la complejidad de los contenidos que el alumno está cursando; vale decir, conjuntamente con las materias básicas

en el segundo o tercer año se dictaría “bioética fundamental” y en el último semestre o año “bioética clínica” con las especialidades clínicas. Otra posibilidad sería atravesando todas las especialidades o materias afines, como interdisciplina en unidades o ejes temáticos en forma fragmentada, aplicada a los contenidos de cada una de ellas. O bien, una combinación de las anteriores.

Duración	Dos semestres no consecutivos
Ciclo básico	1 ^{er} semestre: Bioética fundamental, ubicada en el segundo año de la carrera
Ciclo clínico	2 ^o semestre: Bioética clínica, ubicada en el quinto año de la carrera
Modalidad	Seminario y/o curso teórico-práctico
Carácter	Obligatorio
Evaluación	Auto, co y heteroevaluación

El desarrollo de la bioética en el currículo comienza con los conceptos, fundamentos de la ciencia, su historia y evolución —con el fin de lograr un lenguaje básico de comunicación—, conjuntamente con las materias básicas y generales del currículo, y se retoma en el último semestre de la carrera para refrescar estos conocimientos y relacionarlos con las especialidades que se cursan en ese momento, pudiendo los alumnos extraer ejemplos de su propia práctica clínica.

En este nivel de la carrera, habiendo tenido contacto con las especialidades clínicas y hospitalarias el alumno podrá:

- reconocer los conflictos éticos;
- identificar los principios éticos que aparecen en ellos;
- realizar un análisis crítico;
- aplicar conceptos de interdisciplina y transdisciplina

Contenidos

Bioética fundamental	1. Introducción interdisciplinaria y transdisciplinaria de la bioética.
	2. Historia de la bioética.
	3. Fundamentos de la bioética.
	4. Método de la bioética.
	5. Bioética, calidad, gestión y diálogo
	6. Equidad en el acceso a la salud en odontoestomatología.
	7. Seminario clínico, análisis documental y bibliográfico.
Bioética clínica	1. Ética de la relación clínica.
	2. Ética de las instituciones.
	3. Ética de la investigación.
	4. Temas de bioseguridad en la práctica de odontoestomatología.
	5. Bioética y odontoestomatología legal y forense.
	6. Seminario de aplicación inter y transdisciplinaria.
	7. Análisis de casos clínicos en todos los temas.

Metodología de enseñanza aprendizaje:

- Exposición dialogada.

- Guías de aprendizaje para estudio de casos.
- Seminarios de investigación de un tema.
- Elaboración de trabajos de investigación y/o monografías.
- Grupos de discusión.

Referencias

1. Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santafé de Bogotá: El Búho; 1998: 192.
2. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson; 1999: Cap 7.
3. Pelaéz JH. S.J. *La Ética en la Universidad*. Simposio Permanente sobre Universidad, Conferencia XXXI. Bogotá: Universidad Javeriana; 1999: 2-3.
4. Abel F. Bioética. Un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. *Labor Hospitalaria* 1985; 196: 24.
5. Odom JG, Beemsterboer P, Pate T, Haden NK. Revisiting the status of dental ethics instruction. *Journal of Dental Education* 2000; 64(11): 772-783.
6. Buendía-López. A. *Situación de la Bioética como asignatura en escuelas y facultades de odontología y Propuesta de un Código de Bioética para odontólogos*. México, DF: UNAM; 2004.
7. Bertolami C. Why our ethics curricula don't work. *Journal of Dental Education* 2005; 68(4): 414-25.
8. Buendía-López AL, Álvarez de la Cadena Sandoval C. Nivel de conocimiento de la bioética en dos universidades de odontología de América Latina. *Acta Bioethica* 2006; 12(1): 41-48.
9. Guerra RA. Bioética en la malla curricular de odontología. *Acta Bioethica* 2006; 12(1): 49-54.
10. Taboada P. Ética clínica: principios básicos y modelo de análisis. *Boletín de la Escuela de Medicina PUC* 1998; 27(1).
11. Lolas F. La Bioética como tarea. En Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004; 9.
12. León Correa FJ. Diez años de Bioética en América Latina: historia reciente y retos actuales. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2004: 146.
13. Ladrière J. Del sentido de la Bioética. *Acta Bioethica* 2000; 6(2):197-217.
14. Drane FJ. *Origen y Evolución de la Bioética en Estados Unidos*. Santiago de Chile: CIEB; 2004.

15. II Simposium interuniversitario. *La Bioética, un reto del tercer Milenio*. México; Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2002: 9.
16. Luengas-Aguirre M. *La Bioética en la relación clínica odontológica*. ADM 2003; Nov-Dic: 233-239.
17. Merriam-Webster, editor. *Collegiate Dictionary*. Eleventh ed; 2003.
18. Koerber D, Albazzas M, Doshi S, Rinando V. Enhancing ethical behaviour: views of students, administrators and faculty. *Journal of Dental Education* 2005; 69(2): 213-224.
19. Bebeau M. Yamoore C. Measuring Dental Student's Ethical Sensitivity. *Journal of Dental Education* 1985; 49(4): 225-235.
20. Gracia D. *La educación en Bioética. Principios Fundamentales*. Seminario Taller Educación en Bioética. Concepción: Programa Regional de Bioética OPS/OMS - Asoc. de Facultades de Medicina de Chile - Facultad de Medicina Universidad de Concepción; 1995.
21. Berk N. Teaching ethics in dental schools: Trends, techniques, and targets. *Journal of Dental Education* 2004; 65(8): 744-750.
22. SECODAM A, SEP. *Ética, responsabilidad social y transparencia. Para construir un México íntegro*. México: Comité Editorial de la Administración Pública; 2003.
23. Gracia D. La enseñanza de la Bioética. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004: 23-38.
24. Mancini R. Formación en Bioética en América Latina y el Caribe. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004: 161-172.
25. Lolas F. Bioética. *El diálogo moral de las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Universitaria; 1998.

Bioética, bioseguridad y responsabilidad social: nuevo campo de reflexión para el odontólogo

Roberto Irribarra Mengarelli

Eduardo Rodríguez Yunta

María Angélica Torres-Quintana

Bioseguridad en odontología

Bioseguridad es el conjunto de medidas preventivas para proteger la salud y seguridad personal de los profesionales y pacientes frente a los diferentes riesgos producidos por agentes biológicos, químicos y mecánicos. Se trata de desarrollar una serie de actitudes, estrategias y conductas que disminuyan el riesgo del trabajador de la salud y del paciente de adquirir infecciones en el medio laboral. Se busca disminuir errores y la posibilidad de accidentes, y, si ocurren, disminuir sus consecuencias.

La odontología es una profesión de alto riesgo, por el carácter médico de su práctica profesional. En el ejercicio de la odontología, especialidad preferentemente quirúrgica, la posibilidad de contaminar a los pacientes, al personal o a quien esta prestando la atención, es muy alta. El medio bucal es el hábitat normal de 300 especies distintas de microorganismos que están presentes cuando el dentista realiza sus tratamientos.

El paciente y el personal que trabaja con el odontólogo desconocen las características de la flora de la boca, los mecanis-

mos de transmisión de las enfermedades susceptibles de ser contraídas en la atención dental y las consecuencias de estas enfermedades; por lo tanto, la responsabilidad de velar por la seguridad de todo su entorno es del cirujano dentista.

Los profesionales de la odontología están expuestos a una gran variedad de microorganismos –esporas, bacterias, hongos, virus y protozoarios– que pueden estar en la sangre y saliva de los pacientes. Cualquiera de estos microorganismos puede causar una enfermedad infectocontagiosa: gripe, neumonía, hepatitis B, tuberculosis, herpes y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida(1).

Las normas de bioseguridad están destinadas a reducir el riesgo de transmisión de microorganismos –de fuentes reconocidas o no reconocidas de infección– vinculado a accidentes por exposición a sangre y fluidos corporales en servicios de salud.

Los objetivos de estas recomendaciones son establecer las medidas de prevención de accidentes del personal de salud que está expuesto a sangre y otros líquidos biológicos, y la conducta a seguir frente

a un accidente con exposición a dichos elementos.

Lo habitual en odontología, así como en otras especialidades de la medicina, es que el profesional asuma un rol vertical y que lo que él dictamina para su paciente o para los procedimientos que se realizan bajo su dirección debe ser acatado sin mucho cuestionamiento por parte del resto de los involucrados. Ello, en bioseguridad, es aun más marcado. El conocimiento profundo y la experiencia en la aplicación de las normas de bioseguridad no son habituales en odontología. Se han hecho progresos importantes: el uso de barreras, como la mascarilla y los guantes de procedimiento, prácticamente es de aplicación universal; sin embargo, falta todavía por implementar otras de mayor importancia. La bioética es de crucial importancia para crear conciencia respecto de la aplicación de normas de bioseguridad.

El uso de normas efectivas de control y prevención, así como las medidas de protección universal –desinfección, asepsia, esterilización y protección del profesional y personal auxiliar– permitirán evitar la contaminación cruzada entre pacientes, del personal auxiliar del consultorio y hasta de pacientes al profesional de la odontología o al asistente y viceversa(2). La bioseguridad debe constituirse en norma de conducta de todos los agentes de salud involucrados y con todos los pacientes.

Principios básicos de bioseguridad(3)

- **Universalidad:** implica considerar que toda persona puede estar infectada y que todo fluido corporal puede estar contaminado. Se deben tomar precauciones para todas las personas sin excepción, sea profesional de la salud o paciente, para prevenir la exposición de la piel y de membranas mucosas a fluidos corporales
- **Uso de barreras de material adecuado** que representen obstáculos para impedir la exposición directa a la sangre y otros fluidos orgánicos corporales potencialmente contaminantes.
- **Medios de eliminación de material contaminado:** dispositivos y procedimientos a través de los cuales los materiales utilizados en la atención de pacientes se depositan y eliminan para evitar riesgo de contagio. Se pretende que el personal de salud asuma la normativa como un comportamiento ético, que garantice su propia salud y la del paciente; esta es su responsabilidad como actor principal del proceso asistencial.

Responsabilidades del odontólogo

Con el medio ambiente

Al igual que todas las actividades humanas, la actividad odontológica produce desechos que pueden afectar al medio ambiente. Desde la manufactura de

los equipos e instrumental dental hasta la aplicación de medidas preventivas como la fluorización del agua potable o las aplicaciones que hacemos directamente a la población mediante colutorios, barnices o el flúor presente en los materiales de restauración, tenemos subproductos que van a interactuar con el medio ambiente e influir en los procesos naturales. La ecoética debe estar presente en todos los niveles de la actividad odontológica. Son innumerables los trabajos que entregan evidencia sobre distintos efectos de los biomateriales sobre el medio ambiente; a modo de ejemplo, la posibilidad de aumentar el mercurio residual en los cursos de aguas servidas⁽⁴⁾ y cómo ello puede influir en el mercurio presente en los alimentos provenientes del mar.

Con los pacientes

Ya que la odontología es una actividad quirúrgica, sobre tejidos duros o blandos de la cavidad bucal, existe la posibilidad de contaminar a nuestro paciente con microorganismos patógenos. Para disminuir este riesgo existen protocolos de atención para todas las acciones que se realizan en odontología. Estos protocolos han extremado la aplicación de barreras e implican asignación de recursos.

A partir de lo anterior, y por la generalización de aplicación de políticas económicas de libre mercado, en las dos últimas décadas se ha producido el siguiente cuadro:

- Los pacientes se informan del riesgo de contaminarse en las consultas dentales y exigen clínicas limpias y uso de guantes durante la atención. Preguntan por la esterilización del instrumental.
- Los dentistas toman conciencia y temen contagiarse mientras atienden a sus pacientes. Implementan normas de bioseguridad.
- La economía mundial se vuelca hacia políticas de libre mercado y la salud entra en procesos de libre competencia.
- Los costos de la aplicación de normas de bioseguridad son asumidos con cargo a las utilidades de los dentistas o servicios dentales y los aranceles de referencia de las prestaciones dentales no son recalculados.
- Ante la baja evidencia de contagio durante la atención dental aparecen cuestionamientos a la aplicación universal de las normas de bioseguridad por el costo que ellas implican.

Ante esta situación, la seguridad de los pacientes depende sólo del convencimiento del dentista de aplicar las normas de manera universal

Con el personal

Los cirujano dentistas habitualmente deben delegar una serie de tareas que se realizan en el consultorio. Esto debe ser así por la imposibilidad de realizar todas las acciones personalmente y por la ma-

yor eficiencia que se logra en la entrega de los servicios.

El personal que realiza labores de aseo de los consultorios, preparación del instrumental quirúrgico, preparación del recinto de atención y asistencia al profesional, a menudo no tiene la capacidad de comprender la importancia de las normas de bioseguridad. El odontólogo adquiere entonces el carácter de depositario de las capacidades necesarias para organizar la atención, capacitando a su personal y controlando que ellos no incurran en conductas de riesgo.

Las facultades de odontología de todo el mundo incluyen en sus contenidos curriculares la capacitación en microbiología y patología oral. No ocurre lo mismo en los planes de estudio de los asistentes y laboratoristas dentales, o, por lo menos, con el rigor académico usado en odontología. La responsabilidad del equipo de salud bucal recae entonces en el dentista, el único con la capacidad para evaluar los riesgos en que pueda incurrir su personal.

Con la sociedad

Si los cirujano dentistas tomaran conciencia de la responsabilidad que asumen al ejercer la odontología estarían convencidos de que:

- durante el ejercicio de su profesión no pueden hacer daño a sus pacientes ni al medio ambiente;
- todas sus acciones deben realizarse de la misma manera a todos sus pacientes;

- las prestaciones que realizan para curar las patologías son la mejor indicación y significarán una mejor calidad de vida;
- durante la entrega de sus servicios deben usar todos los elementos disponibles para proteger al personal, a sí mismos y al medio ambiente;
- la sociedad les ha entregado la responsabilidad de los cuidados de la salud bucal, tanto preventivos como restaurativos.

Si el ejercicio de la odontología se realiza según los puntos planteados, se estarán aplicando los principios básicos de la bioética y, como consecuencia de ello, la bioseguridad necesaria en su práctica estará solidamente soportada en esos principios. Sus pacientes se beneficiarán por sus acciones, sus pacientes serán atendidos en igualdad de condiciones y no serán perjudicados por ellas.

En la formación

Dado que el mercado regula la atención odontológica prácticamente en todo el mundo, también lo hace en la oferta de formación de cirujano dentistas, con el riesgo de que las faltas a la ética que se producen en el ámbito financiero se produzcan también en la actividad de las escuelas dentales. Esto ha provocado que autores como Whitehead y Novak propongan la aplicación de modelos de auditoría ética a las escuelas dentales(5).

Por otra parte, entre los responsables de formar a los nuevos dentistas existe

la inquietud por cuestionar y analizar la forma en que se entregan los principios éticos y cómo sus alumnos los aplican en sus vidas(6).

Los alumnos prestan servicios en salud bucal a los pacientes que les son derivados para realizar sus programas clínicos. La dirección de la escuela debe entregar los elementos necesarios para que la práctica de los alumnos sea segura para todos los actores involucrados; ello debe ser procesado por el sistema económico y administrativo de la institución, siendo este un factor que puede producir distorsiones en los niveles de bioseguridad que deben aplicarse, principalmente por el costo que dichas medidas implican.

Ya que los valores individuales son el soporte para que los cirujano dentistas apliquen diariamente y en todo momento las normas de bioseguridad, ellos deben ser entregados o reforzados en la formación de pregrado de las escuelas dentales en todo el mundo, formando una malla o modelo moral que, aplicado por cada uno de los cirujano dentistas, permita tomar *conciencia* de los riesgos y crear estrategias para enfrentarlos.

Malla curricular de soporte para la bioseguridad

Todos los miembros del equipo de salud bucal deben ser competentes para enfrentar los dilemas que plantea a diario la bioseguridad en la atención de pacientes. Más que conocimientos teóricos —que deben ser actualizados, ya que se validan científicamente en todo

momento—, los miembros del equipo de salud bucal, y principalmente el cirujano dentista, deben reconocer los riesgos en su entorno y evitar que ellos provoquen un contagio a sus pacientes.

El cirujano dentista debe mantener actualizados sus conocimientos de microbiología, directamente relacionados con su práctica profesional. La formación de pregrado debe apuntar a tomar conciencia de los riesgos y entregar todos los elementos curriculares para enfrentarlos, diseñando las medidas más seguras para ser aplicadas en su práctica. Todo esto se debe sustentar en la obligatoriedad: *si conozco el riesgo, si se como evitarlo, tengo la obligación de evitarlo*. Se puede llegar a la obligatoriedad recurriendo a la ética heterónoma y, en ese caso, la formación en las escuelas de pregrado debe inculcar el respeto irrestricto a las normas que dicta el Estado; o, bien, fomentando un comportamiento que esté más de acuerdo con la ética autónoma, en el cual la obligación se derive de la libertad para querer y obrar conforme al deber: el verdadero acto moral implica la libertad del individuo para obrar de acuerdo con su conciencia, en plena autonomía(7).

Así como el contagio de un paciente obedece a la ley del todo o nada —es decir, cuando un paciente adquiere el virus del SIDA o la hepatitis no lo adquiere sólo para una parte del cuerpo—, las normas de bioseguridad deberían ser absolutas y de aplicación universal: las mismas normas deben ser considera-

das positivas por todos los individuos, deben tener como fin la protección del ser humano y la acción moral que esa norma determine debe tener carácter universal.

Los contenidos y competencias que se asocian a la bioseguridad y a la bioética deben ser introducidos en la malla curricular de pregrado como materia de interés básico en todo el desarrollo de la carrera. Esto contribuirá a la creación de un modelo moral que soporte la práctica diaria de la bioseguridad.

La obligación emanada de normas cuya aplicación se deja a la buena voluntad de los profesionales no tendrá efecto alguno si estos profesionales no tienen un modelo moral basado en las costumbres, en el consentimiento generalizado,

en la autoridad y en el bienestar humano y del medio ambiente.

Enfermedades transmisibles en la práctica odontológica

Las siguientes enfermedades se pueden adquirir o diseminar con relativa facilidad en los consultorios odontológicos.

- Causadas por virus: hepatitis B, C, Delta, E; conjuntivitis herpética; herpes simple; herpes zoster, mononucleosis infecciosa; sarampión, rubeola, SIDA (HIV), papilomavirus humano (HPV).
- Causadas por bacterias: neumonía, infecciones por estafilococo, estreptococos, pseudomonas, klebsiella, enfermedades de transmisión sexual.

Tabla 1: Principales agentes biológicos asociados con las vías de contaminación en las áreas de riesgos biológicos.

Agente patógeno	Enfermedad	Vía de contaminación	Donde pueden encontrarse	Local donde el personal de estomatología esta más expuesto.
Bacillus anthracis	Ántrax	Inoculación accidental	En la sangre, en la piel, en exudados de lesiones, , en el esputo.	Área clínica y esterilización.
Brucellas	brucelosis	Inoculación accidental y aerosoles hacia los ojos, nariz y boca.	En sangre, fluido.	Área clínica.
Pseudomonas pseudomallei		Exposición de aerosoles y gotitas infecciosas, autoincubación.	En esputo, sangre, exudados de heridas.	Área clínica.
Leptospira interrogans	leptospirosis	Contacto directo e indirecto de la piel y fluidos corporales	Sangre, tejidos humanos infectados	Área clínica
M. leprae	Lepra	Contacto directo de la piel, membranas mucosas con material infeccioso.	Tejidos y exudados de lesiones de humanos infectados	Área clínica.

M. tuberculosis	Tuberculosis	Exposición a aerosoles	Los bacilos pueden presentarse en el esputo y en lesiones de varios tejidos.	Área clínica
Streptococcus pyogenes	faringitis, amigdalitis, anginas	Aerosoles	Saliva, el aliento	Área clínica
Virus de la hepatitis B	Hepatitis B	Aerosoles, salpicaduras, inoculación accidental.	Sangre y saliva	Área clínica
Otras infecciones que puede adquirir el trabajador de odontología en su entorno son varicela, herpes simple, rotavirus y meningococo (por exposición a mucosas de secreción). Fuente: Ludmila Beltrán González, Policlínica Santa Lucía. Rafael Freyre. Holguín. Cuba.				

Precauciones cuando se presentan lesiones accidentales

- En caso de sufrir lesión accidental con elementos punzantes o cortantes potencialmente infectados, inmediatamente se debe realizar un lavado minucioso con agua y jabón.
- Previamente se debe presionar los bordes de la herida para favorecer la salida de sangre por la misma.
- Si es necesario colocar un apósito, evitar frotar la zona con cepillos debido al riesgo de originar microlesiones.
- En el caso de exposición de los ojos, lavarlos de inmediato con agua y después irrigarlos con solución salina estéril.
- Si se producen manchas de sangre, secreciones o fluidos, lavar acuciosamente la zona con agua y jabón.
- Si se decide que la lesión es significativa (según resultado de ficha de accidentes), se debe seguir la evaluación del paciente y, previa consejería, se deben realizar las pruebas de VIH y hepatitis B en los invo-

lucrados e informar del accidente al responsable de bioseguridad del consultorio o clínica.

- Si el resultado del paciente es positivo para hepatitis B, es recomendable que reciba el tratamiento con inmunoglobulinas de inmediato y la primera dosis de vacuna contra hepatitis B.
- Es recomendable que todo trabajador en riesgo de exposición a sangre u otros fluidos, este vacunado contra la hepatitis B.

Recomendaciones prácticas para desarrollar actividades vinculadas a la asistencia de pacientes en salud oral

Para evitar accidentes laborales, es obligatorio desechar los materiales cortopunzantes –aguja, bisturí, instrumentos puntiagudos, láminas, etc.– en recipientes de desecho rotulados luego de su uso. Se recomienda:

- No volver a poner el capuchón protector a las agujas.
- No doblarlas.
- No romperlas.

- No manipular la aguja para separarla de la jeringa.
- De ser posible, usar pinzas para manipular instrumentos cortantes y/o punzantes.
- Los recipientes de desechos deben estar lo más próximo posible al área de trabajo.

Recipientes de desecho:

- En los recipientes de desecho se depositan, con destino a su eliminación por incineración, todos los materiales corto-punzantes.
- El contenido de estos recipientes no debe ser reutilizado bajo ninguna circunstancia.
- Deben estar hechos con material resistente a los pinchazos y ser compatibles con el procedimiento de incineración de manera que no afecte al medio ambiente.
- Es recomendable que tengan asa para su transporte, de manera que se puedan manipular sin tocar su abertura.
- La abertura debe ser amplia de forma tal que, al introducir el material de desecho, la mano del operador no sufra riesgo de accidente.
- El recipiente de desecho debe tener tapa para que se pueda cerrar en forma segura cuando se llene hasta las tres cuartas partes de su volumen.
- Se recomienda que sean de color amarillo, tengan el símbolo de material infeccioso y una inscripción—de dimensiones no menores a un tercio de la altura mínima de la

capacidad del recipiente y con dos impresiones— advirtiendo que se manipulen con cuidado.

El manejo apropiado de los artículos de desecho minimiza la propagación de las infecciones al personal de salud y a la comunidad local, protege de lesiones accidentales a quienes los manipulan y proporciona un ambiente agradable

Los desechos que se deben eliminar son de tres tipos:

- Comunes o no contaminados: no representan riesgo de infecciones para las personas que los manipulan, tales como papeles, cajas, botellas no usadas para muestras, recipientes plásticos, etc.
- Infecciosos o contaminados: con grandes cantidades de microorganismos y, si no se eliminan en forma apropiada, son de un riesgo potencial alto. Muchos de ellos están contaminados con sangre, pus, y otros fluidos corporales.
- Especiales: elementos radiactivos y líquidos tóxicos, tales como sustancias para revelado de rayos X, insecticidas, etc.

Cubiertas desechables: reducen el tiempo dedicado a limpieza-desinfección de superficies que no puedan ser descontaminadas con facilidad entre atenciones, como el sillón dental, bandejas, mesas de trabajo, entre otros. Pueden ser: hojas de aluminio, bolsas de polietileno, compresas de papel forradas en plástico, etc.

La persona que elimina las cubiertas desechables contaminadas debe usar guantes de goma gruesos, mascarilla y protectores oculares.

Material de curaciones (gasas, torundas): luego de su uso deberán colocarse en una bolsa de plástico (de color amarillo) que se cerrará adecuadamente, previo a su incineración directa o envío como residuo hospitalario.

Limpieza diaria: todo el ambiente asistencial debe ser higienizado con agua y detergentes neutros, utilizando utensilios de limpieza que, al tiempo de facilitar la tarea, protejan al trabajador.

En caso de existir sangre y fluidos corporales, se indica el tratamiento local previo con uso de compuestos clorados.

El personal de servicio deberá usar uniformes adecuados con guantes de limpieza y demás utensilios (equipamiento de protección individual).

Clasificación de instrumental odontológico

Con el fin de mantener rigurosas medidas de limpieza y desinfección de los equipos, instrumental y materiales, éstos se clasifican, de acuerdo al sistema Spauling, según el siguiente criterio:

- Crítico: materiales o instrumentos que entran directamente en contacto con áreas habitualmente estériles del cuerpo, al penetrar en los tejidos del paciente o directamente en la sangre. Estos deben

esterilizarse. Por ejemplo, instrumental quirúrgico y/o de curación como agujas para anestesia, hojas de bisturí, agujas de sutura, fresas para hueso, exploradores, espejos, fresas para operatoria dental, pinzas quirúrgicas, instrumentos de periodoncia, cánulas de succión de sangre, escobillas para profilaxis, eyectores usados en cirugía, etc.

- Semi crítico: entran en contacto con membranas mucosas o la saliva del paciente; pueden esterilizarse o desinfectarse con desinfectantes de alto nivel (glutaraldehído). Por ejemplo, piezas de mano, turbinas, micromotores, eyectores de saliva usados en operatoria dental, fresas de alta y baja velocidad, porta-amalgamas, porta-matrices, espátulas, discos, cubetas de impresión, porta-diques de goma, alicates de ortodoncia, etc.
- No crítico: no establecen contacto directo con la sangre o saliva de los pacientes, pero pueden ser contaminados a través de las manos del operador, por contacto con instrumentos ya contaminados o por la piel del paciente o el profesional y el personal. Los materiales o instrumentos que entran en contacto con la piel íntegra, deben limpiarse con agua y jabón y desinfectarse con un desinfectante de nivel intermedio o de bajo nivel. Por ejemplo, equipos, sillones, taburetes, escupideras, bandejas, armarios, botones eléctricos del sillón o palancas des-

plazadoras, tiradores de los cajones de los armarios, lavatorios, grifos de agua, jabones, toallas, jeringas de agua y aire, turbinas, micro-motores, lámparas de campo operatorio, equipos de rayos X, teléfonos, libreta de citas y demás elementos del consultorio.

Luego de usarse, todos los materiales deben sumergirse en un detergente enzimático o neutro durante un mínimo

de 5', posteriormente cepillados y enjuagados en agua potable corriente para retirar todo resto de materia orgánica presente. Luego de secarse, y de acuerdo con la categorización del material, deben ser esterilizados o desinfectados. Los críticos deben ser esterilizados, los semi críticos pueden ser procesados con desinfectantes de alto nivel (glutaraldehído al 2% en un tiempo mínimo de 20') y los no críticos mediante desinfección de nivel intermedio o de bajo nivel.

Referencias

1. ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *Journal of American Dental Association* 1996; 127: 672-680.
2. American Dental Association. *ADA Guide to Dental Therapeutics*. ADA pub., 1st Edition, 1998.
3. Papone V. Normas de Bioseguridad en la Práctica Odontológica. Ministerio de Salud Pública. Facultad de Odontología. Universidad de la República Oriental del Uruguay; 2000. [Sitio en Internet] Disponible en www.odon.edu.uy/nbs/Papone.htm Último acceso: 12 de agosto de 2006.
4. Conley JF. A perennial controversy. *Calif Dental Association Journal* 2001; 29: 475-477.
5. Whitehead AW, Novak KF. A model for assessing the ethical environment in academic dentistry. *Journal of Dental Education* 2003; 67: 1113-1121.
6. Bertolami CN. Why our ethics curricula don't work. *Journal of Dental Education* 2004; 68: 414-424.
7. Escobar-Valenzuela G. *Ética. Introducción a su Problemática y su Historia*. 3ra edición. México: McGraw-Hill; 1994: 123.

Sida y confidencialidad en la relación odontólogo-paciente

Alicia I. Losoviz

La enfermedad del SIDA

El SIDA es una enfermedad cuya infección se transmite por contacto a través del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y que lleva a la muerte por agotamiento. Sus vías de transmisión son: sexual, sanguínea, por trasplantes de tejidos o por transmisión vertical, materno fetal/perinatal.

Ciertas prácticas consideradas de desviación —como la homosexualidad masculina, la prostitución o adicciones a drogas endovenosas— constituyen las denominadas conductas de riesgo del HIV-SIDA. Es necesario aclarar que, si bien la ley¹ se refiere a grupos de riesgo, preferimos hablar de *conductas de riesgo* por la impronta discriminatoria que implica designar como grupos de riesgo a ciertos sectores.

La condición de inmunodeficiencia de pacientes infectados por HIV provoca la

aparición de enfermedades oportunistas, hallándose caries y enfermedad periodontal entre las frecuentes infecciones bacterianas(1). La atención odontológica puede derivar en un alto nivel de complejidad si personas sanas (sin que formen parte de los grupos con conductas de riesgo) pueden llegar a convertirse en portadores. De allí la aspiración de construir una verdadera transdisciplina(2), con el fin de prevenir aplicaciones inapropiadas de la práctica.

Por otra parte, las soluciones terapéuticas trascienden las específicas cuestiones derivadas del diagnóstico o tratamiento, pues su morbilidad también queda desplegada en el campo de las relaciones humanas, con profunda afectación de vínculos interpersonales. El SIDA es una enfermedad infecto-contagiosa crónica, con deterioro del sistema inmunitario, ante la cual el profesional debe enfrentar no sólo la patología clínica y emocional del paciente, sino también los conflictos que surgen de la trama familiar y los prejuicios sociales de la discriminación social, laboral y aún escolar.

Se trata de desmontar los usos metafóricos que aplican las sociedades ante

¹ En la República Argentina, la Ley 23.798 es Ley Nacional, sancionada por el Congreso de la Nación el 16 de agosto de 1990 y publicada en el Boletín Oficial el 20/9/90. Fue reglamentada por Decreto del Poder Ejecutivo 1244 del 1/7/91, publicado el 8/7/91.

la existencia de ciertas patologías, que conducen, en mayor o menor grado, a la estigmatización de los enfermos, casi desconociéndose el sentido de una enfermedad como un aspecto insoslayable y constitutivo de la condición humana(3).

Dada la dimensión infecciosa del cuadro, el paciente infectado con HIV –o la persona enferma de SIDA– queda entonces en una situación de vulnerabilidad para “defender sus derechos(4,5)” determinada por:

1. la condición biológica de la enfermedad;
2. un imaginario social de enfermedad estigmatizante con grados de marginación, discriminación y prejuicios sociales que marcan al paciente con la condena moral subyacente: “*alguna culpa tendrá de haberse enfermado*”, y
3. el padecimiento físico del paciente que repercute en su estabilidad emocional, generando posibles trastornos de identidad y un tortuoso replanteo de ideales de vida.

Dilemas

El SIDA ha planteado situaciones que enfrentan al profesional de la salud con una trama de conflictos éticos de lealtad y de valores, con dilemas que oponen, por un lado, los derechos individuales del paciente (por ejemplo, que no sea divulgada su intimidad) y, por otro, los derechos comunitarios (como el cuidado del contagio a terceros).

El secreto profesional hacia infectados y enfermos de SIDA no puede ser considerado como absoluto pues, en razón de implicaciones epidemiológicas y clínicas de la infección, el médico debe informar a aquellos otros profesionales que posean un alto riesgo de ser infectados en el desempeño de su profesión (como odontólogos, bacteriólogos, enfermeros, etc.). En otros términos, no debe ser informado a terceros el estado serológico del paciente sin una razón profesional relevante.

El manejo de la información

Constituye una de las cuestiones éticas que se presentan en el ejercicio de la práctica profesional. Temas como revelación de la verdad, derechos del paciente competente adulto o los derechos del paciente en relación con la información a terceros en condición de peligrosidad, deben ser dirimidos en el campo de la ética de la información². También, en cuestiones tales como la naturaleza de la información al paciente en términos de veracidad sobre infección, transmisión del virus o bien el derecho a ser asistido; por último, el derecho al consentimiento para la realización de pruebas serológicas(6).

Dado que principios bioéticos y reglas morales no siempre son de aplicación lineal, si el profesional se enfrentara a una

2 Losoviz Alicia. “*Consideraciones psiquiátricas y éticas, acerca del SIDA y la persona VIH positiva*”. XX Congreso Centroamericano de Psiquiatría, V Congreso de la Sociedad Panameña de Psiquiatría, Panamá, 19 a 22 de abril 2006.

eventual ruptura de confidencialidad –en el sentido de determinar si la regla de confidencialidad debiera constituir parte del secreto profesional o bajo qué condiciones revelar al mismo–, la resolución de tensiones dilemáticas puede llegar de la mano de actitudes creativas en el manejo de la información.

Confidencialidad

En condiciones ideales, un profesional es el que da respuesta, desde su conocimiento disciplinario, a los problemas de salud que el paciente le plantea. En la relación contractual que pacten, odontólogo y paciente intentarán, en un objetivo coincidente, lograr la cura o alivio del malestar que aqueja a este último.

La confianza es un componente esencial de cualquier relación humana, constituyendo un importante requisito para el establecimiento de una fluida relación entre profesional y paciente.

Al igual que en cualquier otra consulta médica, el *quantum* de información que un paciente revele a su odontólogo, sea en contexto diagnóstico o terapéutico, debe ser resguardado bajo la norma del secreto profesional. En este sentido, recordemos que, desde la antigüedad, los códigos deontológicos han enfatizado el secreto profesional como norma de conducta indispensable para la buena práctica terapéutica. El concepto de confidencialidad puede extenderse a la época del Juramento Hipocrático (hace más de 25 siglos): “*Callaré todo cuanto*

vea u oiga, dentro o fuera de mi actuación profesional, que se refiera a la intimidad humana y no deba divulgarse, convenci-do de que tales cosas deben mantenerse en secreto”.

La regla de confidencialidad obliga a los trabajadores de la salud, en el marco de la relación contractual, a no revelar a terceros la información recibida, sin la expresa autorización del paciente informante. Son muy particulares las cuestiones del secreto profesional en caso de infectados por HIV o enfermos de SIDA.

Así pues, cualquier profesional de la salud está obligado a guardar confidencialidad⁽⁷⁾ sobre pacientes competentes, en libre uso de su autonomía. Cuando la problemática corresponde al SIDA, el tema del secreto promueve aspectos de gran impacto, en tanto la confidencialidad se refiere a la protección de pruebas individuales.

Para que la regla de confidencialidad mantenga su espíritu el profesional debe cumplir con las siguientes pautas:

- 1) Preservar la información recibida, desde un argumento basado en el derecho de autonomía o respeto a las personas.
- 2) No transmitir la información obtenida hacia una tercera persona en juego sin el consentimiento del paciente, fuente original de dicha revelación.
- 3) Conservar la promesa de fidelidad del profesional al paciente, tanto en forma explícita como implícita.

- 4) Se considera que un paciente tiene derecho a no saber acerca del resultado de un estudio, concepto que hace ingresar al profesional en nuevas variantes de interconsulta psicológica, con el fin de asesorarse acerca de cómo resolver, en el caso particular, los escollos emergentes del ámbito de la comunicación humana.

Así pues, son múltiples las contradicciones e interrogantes éticos que pueden plantearse a la hora de tener que preservar la confidencialidad en la atención profesional hacia personas que conviven con el virus del HIV.

El consentimiento informado es un instrumento que intenta dar cuenta de todas estas problemáticas, con cautos parámetros en su desarrollo⁽⁸⁾.

Un dilema ético puede presentarse si entran en contradicción los enfoques individual y sanitario, ya que el paciente tiene derecho a reclamar secreto profesional, amparado por la ley, y la confidencialidad puede ser quebrada para evitar un riesgo de contagio a un tercero.

Estas problemáticas suelen plantearse a todo el equipo de salud y, verbigracia, también en los tratamientos odontológicos³. En otros términos, el paciente

podría consentir transmitir información personal a terceros para evitarles un daño, como es un riesgo de contagio, en tanto dicha comunicación no implique una ruptura de la confidencialidad por parte del profesional; pero si el paciente no consintiera, y aún así el profesional la transmitiera, allí se produciría la trasgresión a la confidencialidad, interfiriendo con el espíritu de la relación profesional-paciente y dejando a la vista la tensión ética derivada⁴.

Aunque las leyes de un determinado país protejan la privacidad, y la información obtenida a través de la prueba de SIDA quede amparada bajo normas de confidencialidad, éstas no constituyen de por sí deberes absolutos, en tanto obligaciones a ser cumplidas por el profesional. También hay excepciones (que pueden ser justificadas mediante argumentos basados en las consecuencias de justas causas, apoyadas en otras obligaciones morales apremiantes) según los límites que establezca la ley y con el ánimo de prevenir daños a terceros.

Ante un conflicto de intereses con riesgo de terceros debe analizarse cada caso en particular, con los pro y los contra de los derechos de las partes, para evaluar la consideración que debe prevalecer⁽⁹⁾.

³ Losoviz Alicia. "Confidencialidad en Bioética: Los pacientes con VIH-SIDA". Conferencia en el 28° Congreso Internacional del Círculo Argentino de Odontología, Buenos Aires, 7 a 9 septiembre 2006.

⁴ Losoviz Alicia. "Dilemas éticos en la epidemia de SIDA". Segundas Jornadas de Bioética de la Ciudad de Buenos Aires - Primer Encuentro de Enfermería en Bioética, Buenos Aires, 17 a 19 de octubre 2002.

Si una persona infectada negara, por diversos motivos, el consentimiento de información, entonces, ¿cuáles principios y valores se debe preferir para sostener una posición u otra en términos de responsabilidad profesional?

- a) Si nos basamos en un criterio utilitarista, aplicando el principio de beneficencia hacia los terceros, se puede justificar el quebrantamiento de la confidencialidad.
- b) Por el contrario, situándonos en la posición de una ética deontológica, debe sostenerse el respeto absoluto a la autonomía del paciente y a su confidencialidad.

Las leyes deben demarcar el derecho de autonomía de las personas, culminando en el consentimiento informado, instrumento que respeta la participación voluntaria del paciente en los estudios indicados. La regla de la confidencialidad es una de las formas en que el derecho protege la intimidad de la persona, pero se ve empañada en muchas instituciones por:

- La capacidad de almacenar información sanitaria confidencial en archivos o bases de datos informatizadas.
- La divulgación de pruebas bioquímicas realizadas o de medicinas prescritas.

Cuando la información de un paciente infectado o enfermo vaya a ser consignada en la historia clínica(10), el profesional debe estar seguro de que dicho documento conserve su carácter priva-

do, estando prohibida la individualización de las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos⁵.

Cuando el paciente pierde la posibilidad de ejercer un control directo sobre la información que le compete introduce al profesional en renovados problemas morales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha advertido que el derecho a la confidencialidad de infectados y enfermos con SIDA no constituye solamente un deber ético, sino el único mecanismo posible para obtener un control exitoso de la epidemia(11).

El profesional expuesto

El odontólogo ejerce una profesión con alto riesgo de exposición al contagio de la enfermedad HIV-SIDA. Por ello, para minimizar el peligro de seroconversión, es fundamental que, en su práctica, mantenga un estricto cumplimiento de normas de bioseguridad y aplicación de medidas de protección. Indeseables fallas humanas en la forma de accidentes punzo-cortantes(12-13) pueden incidir en que sea el mismo profesional quien quede expuesto al contagio.

Dichos errores, cometidos por profesionales del equipo de salud en el contacto directo con el paciente, incluyen acciones (positivas o negativas) que por ejecución, omisión, inatención, olvido o

⁵ Es lo que establece en Argentina, por ejemplo, el art. 2 inc. 2 de la ley 23.798.

violación del procedimiento⁶ culminan en el evento adverso⁷.

Estas circunstancias introducen nuevas variables de interés, sobre todo si consideramos que no siempre el profesional conoce el estado serológico del paciente, quien, contra cualquier apariencia, puede ser seropositivo. En condiciones ideales, forma parte de la conciencia moral del mismo paciente advertir al dentista su condición de portador o enfermo, en caso de conocer la presencia del virus en su organismo. Pero hay personas que, por distintos motivos, no comunican o, directamente, niegan su condición patológica, dejando al profesional expuesto al riesgo de una infección.

La responsabilidad del profesional, por tanto, no sólo debe contemplar el cuidado del paciente, sino también el resguardo de su propia salud, sostenida por prudente actitud. Es el mismo

odontólogo quien, en última instancia, es el responsable de detectar las falencias comunicativas, debiendo extremar las conductas de protección hacia su propia integridad física, mediante requisitos de bioseguridad.

Continuando con el problema de la exposición del profesional y dada la condición de vulnerabilidad en que portadores y enfermos de SIDA se encuentran, ¿puede un odontólogo desistir de la atención del paciente por el hecho de conocer que éste es seropositivo?

La Federación Dental Internacional alerta acerca del deber de los odontólogos de tratar a los pacientes seropositivos, usando eso sí los imprescindibles métodos de bioseguridad y planteando, asimismo, la obligatoriedad de que los profesionales se sometan a exámenes regulares de HIV (1, p.7). El uso adecuado de las correspondientes medidas de precaución, por parte de los trabajadores de la salud, baja el riesgo real de infección, no justificándose, por tanto, desde un criterio epidemiológico, el rechazo del odontólogo a atender a infectados o enfermos de SIDA (11, p.58).

Sin embargo, la reiterada negativa a atender a estos pacientes puede obedecer, en parte, al sentimiento de tabú que esta enfermedad inspira. Otras motivaciones que inciden en el umbral de aceptación de atender a estos pacientes están dadas por razones de índole afectiva o racional, que pueden aliarse a lamentables tendencias discriminatorias.

⁶ Vidal Alfredo. Errores en la atención médica. Seguridad del paciente. Clase sobre *Internación domiciliaria*, Buenos Aires, septiembre de 2004.

⁷ Vidal Alfredo. Disponible en <http://www.codeinep.com.ar/epidemiologia/pefectosadversosyerrormed1.htm>

Evento adverso: injuria o complicación no intencional, consecuencia del cuidado médico, o todo aquel derivado del cuidado de la salud (y no de la enfermedad misma del paciente).

Error médico: evento adverso prevenible.

Error médico por negligencia: constituye un subgrupo de error médico que cumple criterios legales de negligencia (ej.: cuando el cuidado brindado por un médico calificado no cumple con un estándar razonable).

Error latente: en el diseño, organización, entrenamiento o mantenimiento, que puede dar lugar a la ocurrencia de errores por parte de un operador durante la atención médica.

El comportamiento profesional debería establecer un punto de equilibrio entre el derecho del paciente a preservar su intimidad, el no exponer a terceros a riesgo de contagio y excluir cualquier tipo de conducta discriminatoria social y/o laboral.

A la inversa, puede que sea el profesional quien esté afectado de seropositividad; es dable preguntarse si debe advertirle al paciente acerca de su propia condición. Si bien el riesgo de transmisión del HIV por parte del personal de salud a los pacientes es muy bajo, de todos modos no se elimina el dilema ético de si los profesionales seropositivos deben informar a sus pacientes acerca de su estado infeccioso. Ello queda abierto para el debate.

Drane(14) señala que reglas y normas éticas relativas al comportamiento con pacientes con SIDA no pueden dar cuenta de los niveles de ansiedad que sufren los profesionales de la salud al atender a personas infectadas, lo cual, dependiendo de las disposiciones de carácter del profesional como sujeto, deja abierto el tema a futuras profundizaciones desde el área de la salud mental.

Reflexiones finales

En términos generales, debe ser priorizado el concepto de responsabilidad en el obrar del ser humano en diversas instancias: para con la comunidad, para sí y para el medio ambiente(15). Doble responsabilidad del odontólogo, que implica tanto cuidarse a sí mismo ante

un paciente manifiestamente infectado, como adoptar una conducta de prevención ante aquella persona de quien se ignore el diagnóstico serológico. Además, el profesional tiene la responsabilidad de contener y cuidar al enfermo, estableciendo los contactos interdisciplinarios del caso, tanto en el orden de la salud física como disponiendo de un diagnóstico que dé cuenta del aspecto emocional del sujeto(16).

Es fundamental que, en marcos de sensatez y solidaridad —y unido a la existencia de valores morales—, sean rescatados profundos niveles de diálogo en la relación odontólogo-paciente, con el fin de obtener los antecedentes que conformen una historia clínica que, en detalle, prevean situaciones de riesgo infeccioso.

En el campo odontoestomatológico, el desafío del SIDA implica una convocatoria para que los odontólogos dispongan del necesario conocimiento teórico/procedimental de la disciplina, cultivando reglas de confidencialidad en un prudente ejercicio de revelación de información y en el marco de la relación profesional.

Por último que el implícito compromiso moral contraído en la asistencia al paciente, complete su estrategia con la adopción de medidas de bioseguridad, las que, integradas a su vez a sensibles políticas de salud pública, brinden en conjunto un verdadero sostén al corazón del paradigma bioético, en el complejo abordaje de la epidemia.

Referencias

1. Deangelillo C. Bioética, Odontología y HIV/SIDA. *Revista del Círculo Argentino de Odontología* 2005; LXII (196): 6.
2. Hooft PF. *Bioética y Derechos humanos*. Buenos Aires: Ed. Depalma; 1999: 6.
3. Bonilla A. ¿Quién es el Sujeto de la Bioética? Reflexiones sobre vulnerabilidad. En: Losoviz A, Vidal D, Bonilla A. *Bioética y Salud Mental: Intersecciones y dilemas*. Buenos Aires: Ed. Akadia; 2006: 80.
4. Mainetti JA. SIDA y paradigma bioético. En: *Estudios bioéticos*. Buenos Aires: Ed. Quirón; 1993: 11-15.
5. Mainetti JA, Quiroz E, Guilhem D, et al. SIDA: un paradigma bioético. *Quirón* 1993; 24(2).
6. Bello M, Maglio I, Del Percio D, et al. Invasión a la intimidad y discriminación en VIH/SIDA. *Revista Jurisprudencia Argentina* 2005; IV: 73.
7. Gracia D. La confidencialidad de los datos clínicos. Como arqueros al blanco. *Estudios de Bioética*. Madrid: Ed. Triacastella; 2004: 303-316.
8. Highton E, Wierzbica S. *La Relación médico-paciente: el consentimiento informado*. Buenos Aires: Ed. Ad Hoc; 1991.
9. Llano A. Aportes de la Ética y el Derecho al estudio del SIDA. En: Fuenzalida-Puelma H, Linares Parada AM, Serrano La Vertu D. *Aportes de la Ética y el Derecho al estudio del SIDA*. Publicación científica N° 530. Washington: Organización Panamericana de la Salud: 149-154.
10. Gracia D, Judez J. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Ed. Triacastella; 2004: cap. 4.
11. Mejía Rivera O. *Ética y SIDA*. Santa Fe de Bogotá: Ed. San Pablo; 1995: 45.
12. Sued M. Bioseguridad. Prevención de accidentes punzo-cortantes. 2° parte. *Revista del Círculo Argentino de Odontología* 2005; LXII(196): 10-12.
13. Sued M, Porcel M. Cómo actuar frente a un accidente punzo-cortante. *Revista del Círculo Argentino de Odontología* 2004; XXXI(191): 5-8.
14. Drane J. El SIDA y la Ética. En: Fuenzalida-Puelma H, Linares Parada AM, Serrano La Vertu D. *Aportes de la Ética y el Derecho al estudio del SIDA*. Publicación científica N° 530. Washington: Organización Panamericana de la Salud: 141.
15. Fernández Buey F. *Ética y Filosofía Política*. Barcelona: Editions Bellaterra; 2000: 219.
16. Inchaurraga S, (comp.) *El SIDA en la cultura. Problemáticas a fines de siglo*. Rosario: Homo Sapiens Ediciones; 1995: 85.

Glosario

AGENTES BIOLÓGICOS: microorganismos, incluyendo los genéticamente modificados cultivos celulares y parásitos humanos, susceptibles de originar cualquier tipo de infección, alergia o toxicidad.

ANTISEPSIA: Inhibición patogénica de los microorganismos para evitar infección.

ANTISÉPTICO: Agente que inhibe pero no necesariamente destruye microorganismos. Actúa sobre tejidos vivos, impide la putrefacción o la descomposición, su efecto sobre los microorganismos y los virus presentes es temporal, y, generalmente, su uso está limitado a tejidos vivos.

ASEPSIA: Ausencia de infección.

BACTERICIDA: Agente que mata a los microorganismos capaces de producir infección. La acción bactericida difiere de la bacteriostasis únicamente porque es irreversible. En este proceso juegan un papel fundamental los métodos de esterilización propios del área y determinan la seguridad pretendida si su utilización es la adecuada.

BACTERIOSTÁTICO: Sustancia que imposibilita el desarrollo de las bacterias, actúa impidiendo el crecimiento de los microorganismos sin matarlos y sus efectos son reversibles, al menos si no se les permite actuar por un tiempo determinado. Otras pueden producir la muerte o inhibición en el crecimiento de los microorganismos y su uso es común.

BARRERA: Obstáculo para evitar la transmisión de una infección.

BENEFICENCIA: Propiedad de un acto. Consiste en aportar un beneficio. En sentido amplio, implica caridad, bondad, generosidad, misericordia, etc. El principio de beneficencia, postulado por Beauchamp y Childress en el marco de su teoría de los principios, remite a la obligación moral de actuar en beneficio de otros.

BIOÉTICA: Estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de valores y principios morales.

BIOSEGURIDAD: Normas específicas para poner en práctica en el área del trabajo de la salud. El fin de aplicarlas es prevenir el contagio de diversas enfermedades.

CARIES DENTAL: Enfermedad infecciosa bacteriana, transmisible multifactorialmente, que provoca la destrucción de los órganos dentarios.

COMPETENCIA: Habilidad para realizar tareas. Un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales, pretender alcanzar un determinado objetivo y exponer sus deseos ante sus cuidadores o investigadores.

CONFIDENCIALIDAD: Cuando una persona A revela cierta información sobre sí misma a B y ésta la transmite a C sin el consentimiento de A, B está infringiendo el derecho de A a la confidencialidad.

CULTIVO CELULAR: El resultado del crecimiento (*in vitro*) de células obtenidas de organismos multicelulares.

DERECHOS HUMANOS: Los que competen al hombre por el mero hecho de serlo y que dimanán directamente, por tanto, de su propia naturaleza. Según el Preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, es un conjunto de “derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”. Sobre estos derechos se formula la pregunta de si son meramente “morales” o propiamente “jurídicos”. Se trata de derechos declarados, pero carecen de la imposición jurídica positiva que los convertiría en derechos en sentido estricto: son propiamente exigencias. Su vaguedad como derechos queda contrarrestada por la universalidad de su extensión y de su fundamento: son propios de todo hombre por el mero hecho de ser individuo humano.

DESCONTAMINACIÓN Pretratamiento necesario cuando se manipulan materiales potencialmente contaminados.

DESINFECCIÓN: Término genérico que implica que la mayor parte de los microorganismos patógenos son eliminados pero que, con frecuencia, permanecen los no patógenos o las formas resistentes de éstos. Por lo general incluye agentes químicos y constituye el procedimiento en artículos que no requieren necesariamente un proceso de esterilización, tales como las superficies de trabajo de la unidad dental.

Este proceso se divide en tres niveles:

- Desinfección de Bajo Nivel: No elimina esporas bacterianas ni al mycobacterium tuberculosis.
- Desinfección del Nivel Intermedio: Elimina al mycobacterium pero no las esporas bacterianas.
- Desinfección de Alto Nivel (DAN): Elimina al mycobacterium, tuberculosis, virus, hongos y algunas esporas.

El instrumental no invasivo requiere un nivel de desinfección Alto-Intermedio, mientras que el material ambiental requiere un nivel de desinfección Bajo-Intermedio

DILEMA: Situación que plantea la necesidad de elegir entre dos soluciones posibles, pero con la opción final siempre conflictiva.

EFFECTIVIDAD: Calidad de efectivo.

EFFECTIVO: Que produce un efecto o resultado determinado.

EQUIDAD: Igualdad de oportunidades.

ENFERMEDAD INFECCIOSA: Se produce cuando una persona, después de haber

sido infectada con un agente patógeno, muestra signos y síntomas clínicos de la enfermedad transmitida por él.

ESTERILIZACIÓN: Término genérico que significa la eliminación de todas las formas de material viviente, incluyendo bacterias, virus, esporas y hongos. Por lo general, incluye sistemas de calor o radiación y constituye el procedimiento con los instrumentos invasivos (instrumental quirúrgico y material que va a ser introducido al cuerpo del paciente).

ESTOMATÓLOGO: Profesional, médico odontólogo, cirujano dentista, licenciado en estomatología, licenciado en odontología, licenciado en cirugía dental y médico cirujano dentista.

ÉTICA: Disciplina filosófica que tiene como objeto de estudio la moral (los valores, normas y costumbres que rigen en una sociedad).

FILOSOFÍA: Etimológicamente, “amor a la sabiduría”. Históricamente, la invención –hecha por los griegos de las colonias jonias de Asia Menor, hacia el siglo VI a.C.– de hacer frente con la reflexión racional a los problemas que les presentaba la naturaleza. Según Karl R. Popper, fue un cambio de actitud ante las afirmaciones tradicionales acerca del mundo y el lugar que ocupa el hombre en el mundo –sobre todo acerca de los orígenes de ambos–, debido a profundas transformaciones sociales. De una actitud tradicional, conservadora y acrítica, basada en el mito, se pasó a una actitud nueva, innovadora y crítica, que se expresó mediante teorías –al comienzo rudimentarias– sobre el mundo. Esta actitud llegó a convertirse en la tradición de criticar teorías, de modo que primero la filosofía y luego la ciencia –que irá naciendo de aquélla– no son más que la actitud crítica del hombre ante las cosas –la naturaleza, el universo y él mismo–, tal como se ha desarrollado a lo largo de la historia.

FORMAL: En general, el adjetivo atribuye a algo una relación con la forma. Cuando se opone a fondo, sustancia o materia de un asunto o de una cosa –o al valor semántico, emotivo, expresivo, pragmático o figurativo de una expresión lingüística o artística–, se refiere al aspecto estructural o abstracto. En este sentido, significa “vacío de contenido”. Si se relaciona con la noción clásica de forma sustancial, o un derivado de la misma, significa lo que es lo esencial a algo. Si se trata de la forma lógica, se refiere al objeto propio de la lógica, a saber, la consideración de aquellas estructuras mentales, que expresamos mediante símbolos, de las que sólo interesa su valor de verdad o su validez.

FLUOR: Elemento químico electronegativo.

FLUORURO: Combinación del elemento flúor con otros minerales y/o compuestos químicos.

GERMICIDA: Producto o proceso capaz de matar ciertos microorganismos e inactivar virus.

INFECCIÓN: Es el proceso por el cual un microorganismo, agente infeccioso patógeno, penetra o invade, crece y se multiplica en el organismo de una persona pudiéndole causar daño.

INFECCIÓN CRUZADA: Es la transferencia de agentes infecciosos entre pacientes y

personal de la salud en el espacio clínico, lo cual resulta del contacto persona a persona o por medio de objetos contaminados “fómites”.

JUSTICIA: El principio de justicia, postulado por Beauchamp y Childress en el marco de su teoría de los principios, se refiere a la equidad en la distribución de cargas y beneficios.

LIBERALISMO: Teoría política y económica que defiende el primado del principio de la libertad individual. Dicha defensa no supone la mera negación de la autoridad (lo que sería entenderla en sentido meramente negativo: como opuesta a sus constricciones), sino la afirmación de la autonomía del individuo para seguir reglas racionales. De esta manera, defiende que el *locus* de la libertad es el individuo, por encima del Estado y de la colectividad. Aunque el término se creó posteriormente, como doctrina surgió durante los siglos XVII y XVIII con las tesis de Locke, Montesquieu y Adam Smith.

MICROORGANISMOS: Toda entidad microbiológica, celular o no, capaz de reproducir o de transferir material genético.

MORAL: Conjunto de valores, normas y costumbres (escritos o transmitidos oralmente) que rigen en una sociedad.

NO MALEFICENCIA: El principio de no maleficencia, postulado por Beauchamp y Childress en el marco de su teoría de los principios, remite a la obligación moral de no dañar a los otros.

NORMAS EN BIOSEGURIDAD: Conjunto de reglas establecidas para conservar la salud y seguridad del personal, del paciente y de la comunidad frente a los riesgos de infección.

PLURALISMO: Sistema por el cual se acepta o reconoce la pluralidad de doctrinas o métodos en política, creencias, economía, etc.

PREVENCIÓN : Acciones de fomento y educación para la salud, detección, protección específica, diagnóstico, tratamiento, limitación del daño, rehabilitación y control, realizadas en beneficio de la salud del individuo, la familia y la comunidad.

PRINCIPIO: Lo que es fundamento, origen y comienzo, tanto del pensamiento (aspecto epistemológico y lógico) como del aparecer de las cosas (aspecto ontológico).

PRIVACIDAD: El derecho a la privacidad salvaguarda el acceso, por parte de terceros y sin el consentimiento del sujeto, a la información sobre la persona, sus objetos y sus relaciones íntimas con otras personas. Tiene su principal fundamento en la autonomía, entendida como autogobierno.

RESPONSABILIDAD: Cargo u obligación moral que resulta para el individuo del posible error en una cosa o asunto determinado.

RIESGO: Probabilidad de ocurrencia de un accidente de trabajo o de una enfermedad profesional asociados a la prevención o disminución de la posibilidad de aparición de ese peligro.

SALUD: Estado óptimo biopsicosocial, de acuerdo con las capacidades de una persona.

TRANSMISIÓN: Contagio por medios directos e indirectos.

UTILITARISMO: Sistema ético, desarrollado inicialmente en Inglaterra en los siglos XVIII y XIX, que establece que “bueno es aquello que promueve la felicidad” y, a la vez, que “el mayor bien es la mayor felicidad para el mayor número posible de personas”. Como ética consecuencialista, aplica el principio de valorar las acciones humanas no por lo que son en sí mismas, sino por las consecuencias que producen. Las consecuencias de las acciones se valoran, y en su caso se prescriben, según la cantidad de felicidad que aportan para el mayor número posible. Fue desarrollado inicialmente por Jeremy Bentham y sus seguidores fueron James Mill y John Stuart Mill.

VALOR: Todo aquello que hace que el hombre aprecie o desee algo, por sí mismo o por su relación con otra cosa; la cualidad por la que se desean o estiman las cosas por su proporción o aptitud a satisfacer nuestras necesidades; en economía, lo útil, el precio de una cosa. El hombre ha reconocido desde antiguo la existencia de valores, en el terreno de la ética o del comportamiento social. Así, los sofistas –promotores de un relativismo ético basado en las creencias subjetivas del hombre, que hacen bueno lo que éste cree bueno–, admitieron el distinto valor de aquellas creencias que, por sus consecuencias, resultan más útiles para la vida ciudadana, y orientaron sus enseñanzas a saber descubrirlas. Platón, enemigo acérrimo del relativismo sofista, sostiene que los valores sociales dependen del conocimiento de las esencias –de las ideas– y que lo bueno y lo bello tiene que ser también lo verdadero.

VESTIMENTA PROTECTORA: Ropa y accesorios que no permiten que la sangre u otros materiales potencialmente infecciosos traspasen la ropa de calle, la piel, los ojos y la boca del personal odontológico, y que deberá conservar su integridad como barrera protectora durante los procedimientos clínicos.

VULNERABILIDAD: Susceptibilidad o condición de defensa o de respuesta de un sujeto cuya capacidad para enfrentar peligros está disminuida, o situación en que éstos son de una dimensión tal que rebasan sus recursos de protección.

Fuentes:

Cortés Morató J, Martínez Riu A. *Diccionario de filosofía en CD-ROM*. Barcelona: Empresa Editorial Herder S.A.; 1996.

Outomuro D. *Manual de Fundamentos de Bioética*. Buenos Aires: Magíster Eos; 2004.

Ferrater Mora J. *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana; 1971.

Diccionario Enciclopédico Abreviado, Madrid: Espasa.

Ejemplo de Código de ética para odontólogos en Latinoamérica: Código de ética de Colombia (1989)¹

CAPÍTULO I. DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS

ARTÍCULO 1º. A.

Se entiende por ejercicio de la Odontología la utilización de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, pronóstico con criterio de prevención, tratamiento de las enfermedades, malformaciones, traumatismos, sus secuelas a nivel de los dientes, maxilares y demás tejidos que constituyen el sistema estomatognático.

El profesional odontólogo es un servidor de la sociedad y, por consiguiente, debe someterse a las exigencias que se derivan de la naturaleza y dignidad humanas. De acuerdo con lo anterior, la atención al público exige como obligación primaria dar servicios profesionales de calidad y en forma oportuna.

Los conocimientos, capacidades y experiencias con que el odontólogo sirve a

sus pacientes y a la sociedad constituyen la base de su profesión. Por lo tanto, tiene obligación de mantener actualizados los conocimientos los cuales, sumados a su honestidad en el ejercicio de la profesión, tendrán como objetivo una óptima y mejor prestación de los servicios.

El odontólogo respetará y hará respetar su profesión procediendo en todo momento con prudencia y probidad. Sus conocimientos no podrá emplearlos ilegal o inmoralmente. En ningún caso utilizará procedimientos que menoscaben el bienestar de sus pacientes.

Debido a la función social que implica el ejercicio de su profesión, el odontólogo está obligado a mantener una conducta pública y privada ceñida a los más elevados preceptos de la moral universal.

Es deber del odontólogo colaborar en la preparación de futuras generaciones en instituciones docentes aprobadas por el

¹ Este código ha sido utilizado por los tribunales nombrados formalmente, que han logrado llevar adelante una serie de procesos por mala práctica, por ejercicio ilegal de la profesión o por debates promovidos por los mismos profesionales. Hasta la fecha no se ha logrado una apropiación real en los programas de enseñanza de la odontología, pero persiste una preocupación acerca de la aplicación de valores y principios en el ejercicio profesional. En Colombia, la existencia de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología ha promovido la aplicación de este código y la apertura de espacios hacia la reflexión ética en todos los ámbitos, pues el actual sistema de seguridad social ha creado más fisuras en el ejercicio y mayores posibilidades de romper con los principios éticos.

Estado, estimulando el amor a la ciencia y a la profesión, difundiendo sin restricciones el resultado de sus experiencias y apoyando a los que se inicien en su carrera. En caso de que sea llamado a dirigir instituciones para la enseñanza de la odontología o a regentar cátedra en las mismas, se someterá a las normas legales o reglamentarias sobre la materia, así como a los dictados de la ciencia, a los principios pedagógicos y a la ética profesional.

La vinculación del odontólogo con las actividades docentes implica una responsabilidad mayor ante la sociedad y la profesión. La observancia metódica de los principios éticos que rigen su vida privada y profesional y sus relaciones con otros odontólogos, profesores y estudiantes deben servir de modelo y estímulo a las nuevas promociones universitarias.

El odontólogo podrá ser auxiliar de la justicia en los casos que señala la ley, ora como funcionario público, ora como perito expresamente designado para ello y cumplirá su deber teniendo en cuenta la importancia de la tarea que se le encomienda como experto.

El odontólogo, como profesional perteneciente a las áreas de la salud, tiene la responsabilidad de aplicar sus conocimientos en el diagnóstico precoz de las enfermedades de la boca y de las enfermedades generales que presenten manifestaciones orales, valiéndose de todos los medios de diagnóstico que tenga a su alcance.

La presente ley comprende el conjunto de normas sobre ética a que debe ceñirse el ejercicio de la odontología en la República de Colombia.

CAPÍTULO II. PRÁCTICA PROFESIONAL DE LAS RELACIONES DEL ODONTÓLOGO CON EL PACIENTE

ARTÍCULO 2º.

El odontólogo dispensará los beneficios de su profesión a las personas que los necesiten, sin más limitaciones que las expresamente señaladas en esta Ley, y rehusará la prestación de sus servicios para actos que sean contrarios a la moral y cuando existan condiciones que interfieran su libre y correcto ejercicio.

ARTÍCULO 3º.

Los servicios odontológicos se fundamentan en la libre elección del odontólogo por parte del paciente. En el trabajo institucional se respetará, en lo posible, este derecho.

ARTÍCULO 4º.

El odontólogo respetará la libertad del paciente para prescindir de sus servicios.

ARTÍCULO 5º.

El odontólogo debe informar al paciente de los riesgos, incertidumbres y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento.

ARTÍCULO 6º.

La actitud del odontólogo ante el pa-

ciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte injustificada preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas.

ARTÍCULO 7°.

El odontólogo mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad que requiere el ejercicio profesional.

ARTÍCULO 8°.

El odontólogo dedicará a sus pacientes el tiempo necesario para hacer una evaluación adecuada de su salud bucal. Igualmente, indicará los exámenes indispensables para establecer el diagnóstico y prescribir el tratamiento correspondiente.

ARTÍCULO 9°.

Siendo la retribución económica de los servicios profesionales un derecho, el odontólogo fijará sus honorarios de conformidad con la importancia y circunstancias del tratamiento que debe efectuar, teniendo en cuenta la situación económica del paciente y previo acuerdo con éste o sus responsables.

ARTÍCULO 10°.

El odontólogo no debe exagerar el valor de sus honorarios profesionales ni antepondrá intereses puramente comerciales a la obligación de prestar un servicio social.

ARTÍCULO 11°.

El odontólogo está obligado a atender a cualquier persona que solicite sus servicios con carácter de urgencia si el caso

corresponde a su especialidad. De no ser así, ayudará al paciente a encontrar un profesional que lo atienda adecuadamente, quien luego lo remitirá a su propio odontólogo informándole del tratamiento ejecutado.

ARTÍCULO 12°.

En caso de urgencia, la prestación del servicio no se condicionará al pago anticipado de honorarios profesionales.

ARTÍCULO 13°.

Cuando se presenten diferencias entre el odontólogo y el paciente con respecto a los honorarios, tales diferencias podrán ser conocidas y resueltas por el Tribunal Seccional Ético Profesional de la respectiva Seccional de la Federación Odontológica Colombiana.

ARTÍCULO 14°.

El odontólogo no exigirá al paciente exámenes innecesarios ni le someterá a tratamientos que no se justifiquen.

ARTÍCULO 15°.

El odontólogo no debe comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no esté plenamente capacitado.

ARTÍCULO 16°.

El odontólogo no debe ofrecer o conservar como exclusivo ningún elemento, agente, método o técnica.

ARTÍCULO 17°.

Es contrario a la ética emplear materiales diferentes a los convenidos con el paciente o ejecutar tratamientos contraindicados.

ARTÍCULO 18º.

El odontólogo no podrá atender a ningún paciente que, por su estado de salud, peligre su vida, salvo previa autorización escrita de sus familiares y/o el médico tratante.

ARTÍCULO 19º.

El odontólogo no hará tratamiento ni intervendrá quirúrgicamente a menores de edad, a personas en estado de inconsciencia o intelectualmente no capaces sin la previa autorización de sus padres, tutores o allegados, a menos que la urgencia del caso exija una intervención inmediata.

ARTÍCULO 20º.

La responsabilidad del odontólogo por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento, no irá más allá del riesgo previsto.

ARTÍCULO 21º.

Si la situación del enfermo es grave, el odontólogo tiene la obligación de comunicarlo a sus familiares o allegados, y al paciente en los casos en que ello contribuya a la solución de sus problemas espirituales y materiales.

ARTÍCULO 22º.

Cuando la evolución de la enfermedad así lo requiera, el odontólogo tratante podrá solicitar el concurso de otros colegas en Junta Odontológica o Médica con el objeto de discutir el caso del paciente confiado a su asistencia. Los integrantes de la Junta Odontológica y/o Médica serán escogidos de común

acuerdo por los representantes del enfermo y el odontólogo tratante.

CAPÍTULO III. DEL SECRETO PROFESIONAL, PRESCRIPCIÓN, HISTORIA CLÍNICA Y OTRAS CONDUCTAS

ARTÍCULO 23º.

El odontólogo está obligado a guardar el secreto profesional en todo lo que, por razón del ejercicio de su profesión, haya visto, escuchado y comprendido, salvo en los casos en que sea eximido de ello por disposiciones legales. Asimismo, está obligado a instruir a su personal auxiliar sobre la cautela del secreto profesional.

ARTÍCULO 24º.

El odontólogo no debe prescribir, suministrar o promover el uso de drogas, aparatos y otros agentes sobre los cuales no exista una seria investigación científica.

ARTÍCULO 25º.

El odontólogo deberá abrir y conservar debidamente las historias clínicas de sus pacientes, de acuerdo con los cánones científicos.

ARTÍCULO 26º.

Es anti-ético impartir enseñanza organizada de posgrado en consultores particulares por ser función privativa de las Facultades de Odontología y demás entidades científicas autorizadas por el Estado con respaldo académico de aquéllas.

ARTÍCULO 27°.

Ningún odontólogo permitirá que sus servicios profesionales, su nombre y su silencio faciliten o hagan posible la práctica ilegal de la odontología.

CAPÍTULO IV. DE LAS RELACIONES DEL ODONTÓLOGO CON SUS COLEGAS

ARTÍCULO 28°.

La lealtad, la consideración, la solidaridad y el mutuo respeto entre colegas son los factores esenciales o el fundamento de las relaciones entre odontólogos.

Es anti-ético censurar los tratamientos efectuados o expresar dudas sobre los sistemas de trabajo o la capacidad de sus colegas.

Constituye falta grave difamar, calumniar o injuriar a un colega, o tratar de perjudicarlo en su ejercicio profesional.

ARTÍCULO 29°.

El odontólogo se concretará exclusivamente a la atención de su especialidad cuando se trate de un paciente remitido.

No hará tratamientos distintos aun cuando el paciente lo solicite. Sólo podrá hacerlo previo conocimiento y aceptación del colega remitente.

ARTÍCULO 30°.

El odontólogo no fijará honorarios que establezcan competencia con sus colegas ni aceptará o dará comisiones por remisión de pacientes.

ARTÍCULO 31°.

El odontólogo no debe intervenir en un tratamiento ya iniciado sin previa comprobación de que el paciente ha informado de la sustitución al anterior odontólogo o de que el colega que estaba haciendo el tratamiento ha renunciado a continuarlo o se encuentra en imposibilidad de hacerlo.

ARTÍCULO 32°.

El odontólogo tiene la obligación de solicitar la colaboración de un colega que, por sus capacidades, conocimientos y experiencia, pueda contribuir a mantener o mejorar la salud del paciente. Asimismo, éste tendrá la obligación de prestar dicha colaboración cuando le sea solicitada.

ARTÍCULO 33°.

Todo disentimiento profesional entre odontólogos será dirimido por la Federación Odontológica Colombiana de conformidad con las normas de la presente Ley.

ARTÍCULO 34°.

Es deber de todo odontólogo informar por escrito al Tribunal Seccional Ético Profesional de cualquier acto cometido por algún colega que vaya contra la moral y la ética profesional.

PARÁGRAFO:

La Federación Odontológica Colombiana señalará el mecanismo mediante el cual los Tribunales Ético Seccionales se ocuparán de la atención de las solicitudes que se presenten en desarrollo de este artículo.

CAPÍTULO V. DE LAS RELACIONES DEL ODONTÓLOGO CON EL PERSONAL AUXILIAR

ARTÍCULO 35°.

El odontólogo tiene la obligación de proteger la salud del paciente sin delegar en personas menos calificadas cualquier tratamiento que requiera de su competencia profesional. Debe también prescribir y supervisar el trabajo del personal auxiliar, con el interés de procurar al paciente el mejor servicio posible.

PARÁGRAFO:

El odontólogo no debe aceptar como colaboradores a personas que practiquen ilegalmente la profesión: es su obligación denunciarlas.

CAPÍTULO VI. DE LAS RELACIONES DEL ODONTÓLOGO CON LAS INSTITUCIONES

ARTÍCULO 37°.

Las entidades públicas o privadas pueden utilizar los servicios del odontólogo para distintas funciones. La búsqueda o aceptación de cargos estará sujeta a las reglas profesionales destinadas a salvaguardar la dignidad e independencia del odontólogo, así como también los intereses gremiales sociales.

ARTÍCULO 38°.

El odontólogo cumplirá a cabalidad sus deberes profesionales y administrativos, así como el horario de trabajo y demás compromisos a que esté obligado en la institución donde preste sus servicios.

ARTÍCULO 39°.

El odontólogo que labore por cuenta de una entidad pública o privada no podrá percibir honorarios de los pacientes que atiende dentro de esas Instituciones.

ARTÍCULO 40°.

Es contrario a la ética suministrar informes falsos o cargar honorarios irreales a cualquier tipo de entidad (gobierno, compañías de seguros, embajadas, cajas de compensación, etc.).

ARTÍCULO 41°.

El odontólogo no aprovechará su vinculación con una institución para inducir al paciente a que utilice sus servicios en el ejercicio privado de su profesión.

CAPÍTULO VII. REQUISITOS PARA EJERCER LA PROFESIÓN DE ODONTÓLOGO

ARTÍCULO 42°.

Para ejercer la profesión de odontólogo se requiere:

- Realizar un (1) año completo de servicio social obligatorio en cualquier área geográfica de la República de Colombia, siendo certificado por el respectivo Servicio de Salud de dicha área, o prestar el servicio profesional de odontólogo a particulares de escasos recursos económicos en forma gratuita según lo reglamente el Ministerio de Salud y lo certifique el médico director del hospital del respectivo Municipio.
- Refrendar el título respectivo ante

el Ministerio de Educación Nacional.

- Registrar el título ante el Ministerio de Salud.
- Cumplir con los demás requerimientos que, para los efectos, señalen las disposiciones legales.

PARÁGRAFO:

El Ministerio de Salud expedirá a cada odontólogo un carné o Tarjeta Profesional que acredite su calidad de tal, y enviará mensualmente a la Federación Odontológica una relación completa de los profesionales registrados, con el número correspondiente a su Tarjeta Profesional.

ARTÍCULO 43°.

El odontólogo egresado de universidad extranjera que aspire a ejercer la profesión en el país revalidará su título de conformidad con la Ley.

ARTÍCULO 44°.

Constituye falta grave contra la ética, sin perjuicio de las sanciones administrativas, civiles o penales a que haya lugar, la presentación de documentos alterados y/o el empleo de recursos irregulares para el registro del título o para la inscripción del odontólogo.

CAPÍTULO VIII. DE LAS RELACIONES DEL ODONTÓLOGO CON LA SOCIEDAD Y EL ESTADO

ARTÍCULO 45°.

El odontólogo deberá fomentar las me-

didias que beneficien la salud general y bucal de la comunidad.

ARTÍCULO 46°.

El odontólogo deberá participar en la motivación y educación sanitaria, promoviendo los procedimientos generales aceptados para mejorar la salud bucodentaria, tanto del individuo como de la comunidad.

ARTÍCULO 47°.

Por cuanto toda agremiación procura, con la unión, la fuerza requerida para desarrollar programas que beneficien a la profesión, es recomendable que el odontólogo esté afiliado a una asociación científica o gremial.

ARTÍCULO 48°.

El odontólogo entregará su colaboración con las entidades gubernamentales en todo lo relacionado con el campo de su profesión, por voluntad propia y siempre que ella le sea solicitada.

CAPÍTULO IX. PUBLICIDAD Y PROPIEDAD INTELECTUAL

ARTÍCULO 49°.

Para efectos de placas, membretes o avisos, el odontólogo sólo puede acompañar a su nombre el de la universidad que le otorgó el título y la especialidad cuando sea el caso, estipulando:

Especialidad en... (especialidad) o práctica limitada a... (especialidad). El uso de caracteres desproporcionados o iluminados, o cualquier sistema similar es

violatorio del presente artículo. La mención de título académico, honorífico, científico o de cargos desempeñados solamente podrá hacerse en publicaciones de carácter científico.

ARTÍCULO 50º.

Es contrario a la ética servirse de medios publicitarios para atraer pacientes o aparecer superior a los demás colegas. Sólo será permitido al odontólogo comentar o informar sobre temas profesionales si lo hace en publicaciones o conferencias científicas.

ARTÍCULO 51º.

La formación decorosa de clientela debe cimentarse en la capacidad profesional y en la honorabilidad.

La propaganda se manifiesta en contra del odontólogo que la emplea y disminuye el aprecio público hacia la profesión. El odontólogo tiene la obligación de elevar su reputación gracias a su cumplimiento, juicio y capacidades, y todo ello sólo por medio del servicio prestado a sus pacientes y a la sociedad. El uso de propaganda, de cualquier clase que ella sea, es incompatible con este precepto.

ARTÍCULO 52º.

La difusión de los trabajos odontológicos científicos e investigativos podrá hacerse por conducto de las publicaciones científicas correspondientes. Es contrario a la ética profesional hacer su divulgación en forma directa y anticipada por medio de personas no especializadas, radiotele-

fonía, televisión, prensa o cualquier otro medio de información masiva.

ARTÍCULO 53º.

El odontólogo no auspiciará en ninguna forma la publicación de artículos que no se ajusten estrictamente a hechos científicos debidamente comprobados, o los que se presenten en forma que induzcan a error, bien sea por el contenido o por el título de los mismos, o que impliquen una propaganda personal.

ARTÍCULO 54º.

El odontólogo tiene la obligación de participar los resultados de sus investigaciones. La patente y derechos de impresión pueden ser adquiridos por un odontólogo siempre y cuando éstos y la remuneración que se obtenga con ellos no se use para restringir la investigación, la práctica o el proceso profesional que se deriven del material patentado o impreso. En igual forma, se ajustará a las reglamentaciones sobre propiedad intelectual.

CAPÍTULO X. CONSULTAS Y TESTIMONIOS

ARTÍCULO 55º.

Es contrario a la ética absolver consultas y testimonios públicamente a título personal, bajo cualquier pretexto, haya o no remuneración, sobre asunto relacionado con la odontología y ramas auxiliares, salvo que lo requieran las autoridades competentes.

CAPÍTULO XI. ALCANCE Y CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO Y SUS SANCIONES

ARTÍCULO 56°.

Las normas del presente código rigen el ejercicio ético de la odontología. La Federación Odontológica Colombiana, las Facultades de Odontología y las Asociaciones Profesionales velarán por su cumplimiento. Ninguna circunstancia eximirá de su aplicación.

ARTÍCULO 57°.

Las faltas contra lo preceptuado en este código serán sancionadas de acuerdo con las disposiciones legales vigentes.

Por tanto, se considera obligatoria la enseñanza de la ética odontológica en las Facultades de Odontología.

CAPÍTULO XII. ÓRGANO DE CONTROL Y RÉGIMEN DISCIPLINARIO

ARTÍCULO 58°.

Reconócese a la Federación Odontológica Colombiana como institución asesora y consultiva del Gobierno Nacional.

ARTÍCULO 59°.

Créase el Tribunal Nacional de Ética Odontológica con sede en la capital de la República, con autoridad para conocer de los procesos disciplinarios Ético-Profesionales que se presenten por razón del ejercicio de la odontología en Colombia.

ARTÍCULO 60°.

El Tribunal de Ética Odontológica estará integrado por cinco (5) profesionales de la odontología elegidos por el Ministerio de Salud de una lista de diez (10) candidatos, de los cuales cinco (5) serán propuestos por la Federación Odontológica Colombiana y cinco (5) por la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO).

ARTÍCULO 61°.

Para ser miembro del tribunal de Ética Odontológica se requiere: a) gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional; b) haber ejercido la odontología por espacio no inferior a quince años o haber desempeñado la cátedra universitaria en Facultades de Odontología legalmente reconocidas por el Estado por lo menos durante diez años.

ARTÍCULO 62°.

Los miembros del Tribunal Nacional de Ética Odontológica serán nombrados para un período de dos años, pudiendo ser reelegidos y tomarán posesión de sus cargos ante el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 63°.

En cada Departamento, Intendencia o Comisaría se constituirá un Tribunal Seccional de Ética Odontológica.

ARTÍCULO 64°.

El tribunal Seccional de Ética Odontológica estará integrado por cinco (5) profesionales de la odontología elegidos por el Tribunal Nacional de Ética Odontológica, de conformidad con lo

establecido en el artículo 63, escogidos de listas presentadas por las Seccionales de la FOC correspondientes, cuyo número en cada caso no podrá ser inferior a diez profesionales, salvo cuando en el respectivo territorio no existiere este número con el lleno de las calidades que más adelante se señalan.

ARTÍCULO 65º.

Para ser miembro del Tribunal Seccional de Ética Odontológica se requiere:

- Gozar de reconocida solvencia moral e idoneidad profesional.
- Haber ejercido la odontología por espacio no inferior a diez años o haber desempeñado la cátedra universitaria en Facultades de Odontología legalmente reconocidas por el Estado, por lo menos por cinco años.

ARTÍCULO 66º.

Los miembros de los Tribunales Seccionales de Ética Odontológica serán nombrados para un período de dos años pudiendo ser reelegidos y tomarán posesión de sus cargos ante la primera autoridad de salud del lugar.

ARTÍCULO 67º.

Los miembros de los Tribunales Ético Profesionales Nacional y Seccionales deberán pertenecer, si fuere posible, a diferentes especialidades odontológicas.

ARTÍCULO 68º.

El Tribunal Nacional de Ética Odontológica enviará, en las oportunidades en que elija Tribunales, los nombres de sus integrantes al Ministerio de Salud para

que, si lo considera conveniente, manifieste su oposición al nombramiento. Se entenderá perfeccionado y considerado en firme si pasados treinta días hábiles, contados a partir de la fecha de recibo de la consulta por parte del Ministerio, éste no se hubiere pronunciado sobre el particular.

ARTÍCULO 69º.

Los tribunales Ético Profesionales, en ejercicio de las atribuciones que se les confieren mediante la presente Ley, cumplen una función pública, pero sus integrantes, por el solo hecho de serlo, no adquieren el carácter de funcionarios públicos.

CAPÍTULO XIII. DEL PROCESO DISCIPLINARIO ÉTICO - PROFESIONAL

ARTÍCULO 70º.

El proceso disciplinario Ético-Profesional será instaurado:

- De oficio, cuando por conocimiento de cualesquiera de los Miembros del Tribunal se consideren violadas las normas de la presente Ley.
- Por la solicitud de una entidad pública o privada o de cualquier persona.

En todo caso, deberá presentarse por lo menos una prueba sumaria del Acto que se considere reñido con la ética odontológica.

ARTÍCULO 71º.

Una vez aceptada la denuncia, el Presidente del Tribunal designará a uno

de sus miembros para que se instruya el proceso disciplinario y presente sus conclusiones dentro de un término no superior a quince días hábiles.

ARTÍCULO 72°.

Si en el concepto del Presidente del Tribunal o del profesional instructor el contenido de la denuncia permite establecer la presunción de violación de normas de carácter penal, civil o administrativo, simultáneamente con instrucción del proceso disciplinario, los hechos se pondrán en conocimiento de la autoridad competente.

ARTÍCULO 73°.

En todos los casos en que el profesional instructor o el profesional acusado lo consideren indispensable o conveniente podrán asesorarse de abogados titulados.

ARTÍCULO 74°.

Cuando la naturaleza del asunto así lo exija, el instructor podrá solicitar al Tribunal la ampliación del término señalado para presentar el informe de conclusiones. En tales casos, la prórroga que se concede no podrá exceder de quince días hábiles.

ARTÍCULO 75°.

Presentado el informe de conclusiones, el Tribunal en pleno se ocupará de su conocimiento dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de presentación y podrá, si lo considera conveniente, solicitar la ampliación del informati-

vo señalando término para los efectos, el cual en ningún caso podrá ser superior a quince días.

ARTÍCULO 76°.

Estudiado y evaluado por el Tribunal el informe de conclusiones se tomará cualquiera de las siguientes decisiones:

- Declarar que no existe mérito para formular cargos por violación de la Ética Odontológica, en contra del profesional acusado.
- Declarar que existe mérito para formular cargos por violación de Ética Odontológica, caso en el cual, se le hará saber por escrito al profesional inculcado, señalando claramente los actos que se le imputan y fijando fecha y hora para que el tribunal en pleno lo escuche en diligencias de descargos.

PARÁGRAFO:

La diligencia de descargos no podrá adelantarse antes de los diez días hábiles ni después de los veinte, contados a partir de la fecha de recibo de la comunicación en la cual se señalan los cargos, salvo en los casos de fuerza mayor.

ARTÍCULO 77°.

Practicada la diligencia de descargos, el Tribunal podrá solicitar la ampliación del informativo, fijando para ello un término no superior a quince días hábiles, o pronunciarse de fondo dentro del mismo término, en sesión distinta a la realizada para escuchar los descargos.

PARÁGRAFO:

En los casos de ampliación del informativo como consecuencia de la diligencia de descargos, la decisión de fondo deberá tomarse dentro de los quince días hábiles siguientes al plazo concedido para la práctica de dicha diligencia.

ARTÍCULO 78º.

En lo no previsto en la presente ley, se aplicarán las normas pertinentes del Código de Procedimiento Penal.

CAPÍTULO XIV. DE LAS SANCIONES

ARTÍCULO 79º.

A juicio del Tribunal Ético Profesional, contra las faltas a la Ética Odontológica, de acuerdo con su gravedad o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones:

- a) Amonestación privada.
- b) Censura, que podrá ser:
 - Escrita, pero privada.
 - Escrita y pública.
 - Verbal y pública.
- c) Suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por seis meses.
- d) Suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por cinco años.

ARTÍCULO 80º.

El Tribunal Seccional Ético Profesional es competente para aplicar las sanciones a que se refieren los literales a), b), c) del artículo 79 de la presente Ley.

Cuando a su juicio haya mérito para aplicar la suspensión de que trata el lite-

ral d) del artículo 79, dará traslado, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha del pronunciamiento de fondo, al Tribunal Nacional para que decida.

ARTÍCULO 81º.

Cuando la sanción consistente en la superación de que trata el literal d) del artículo 79 sea enviada por el Tribunal Seccional al Nacional para que decida y este último considere que no ha lugar a su aplicación, devolverá al primero el informativo con el pronunciamiento en que fundamentó su decisión, a fin de que éste proceda a tomar la determinación de su competencia.

ARTÍCULO 82º.

De cada una de las sesiones del Tribunal se dejará, por parte de la Secretaría, constancia en actas que se incorporarán al informativo y que serán suscritas por el Presidente del Tribunal, el Secretario y el declarante, si fuere el caso.

ARTÍCULO 83º.

En contra de las sanciones consistentes en amonestación privada o censura únicamente es procedente el recurso de reposición ante el respectivo Tribunal, dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación.

ARTÍCULO 84º.

La sanción consistente en la suspensión en el ejercicio de la odontología es susceptible del recurso de reposición ante el Tribunal que la impuso dentro de los quince días hábiles siguientes a la fecha de su notificación, o del de apela-

ción ante el Tribunal Nacional de Ética Odontológica dentro del mismo término.

ARTÍCULO 85°.

La sanción consistente en la suspensión de que trata el literal d) del artículo 79 sólo podrá ser impuesta por el Tribunal Nacional Ético-Profesional y en su contra son procedentes los recursos de reposición ante el mismo Tribunal, dentro de los treinta días hábiles siguientes a la fecha de notificación de la sanción, o el subsidiario de apelación para el Ministerio de Salud, dentro del mismo término.

ARTÍCULO 86°.

Los recursos de reposición y apelación que se interpongan en contra de cualesquiera de las providencias a que se refiere la presente Ley estarán destinados a que aquellas se aclaren, modifiquen o revoquen.

ARTÍCULO 87°.

El Ministerio de Salud, oído el concepto de la Federación Odontológica Colombiana, señalará la remuneración que corresponda a los miembros de los Tribunales Ético-Profesionales y demás personal auxiliar.

ARTÍCULO 88°.

El Gobierno Nacional incluirá en el proyecto de presupuesto de gastos correspondientes a cada vigencia las partidas indispensables para sufragar las que demande el cumplimiento de la presente Ley.

ARTÍCULO 88°.

Autorízase al Gobierno Nacional para hacer los traslados presupuestales indispensables para dar cumplimiento a la presente Ley.

ARTÍCULO 89°.

Esta Ley regirá desde su sanción.

Otros códigos de ética en odontología

ALEMANIA

International Medical & Dental Ethics Commission
<http://www.imdec.org/>

BRASIL

CFO Conselho Federal de Odontologia
<http://www.cfo.org.br>
http://www.cfo.org.br/download/pdf/codigo_proc_etico.pdf

CANADA

The Canadian Dental Association - About CDA - Code of Ethics
www.cda-adc.ca/en/cda/about_cda/code_of_ethics/index.asp

COLOMBIA

Ley 35 de 1989, "Código de Ética del Odontólogo Colombiano"
http://www.dentalcolombia.com/docs/otros/ley_35_de_1989.htm

ESPAÑA

Código Español de Ética y Deontología Dental
<http://www.aeds.org/documentos/coddeondental.htm>

ESTADOS UNIDOS

The University of British Columbia (UBC) Faculty of Dentistry
http://www.dentistry.ubc.ca/dental_clinic/code_of_ethics.asp

American Academy of Cosmetic Dentistry: Code of Ethics
www.aacd.com/downloads/doc/ethics.pdf

American Dental Association: Principles of ethics and code of professional conduct
<http://www.ada.org/prof/prac/law/code/index.asp>

American Dental Association: Ethical Guidelines for Clinical Investigation
<http://ethics.iit.edu/codes/coe/amer.dental.assoc.a.html>

American Dental Hygienists' Association's Policy Manual
<http://ethics.iit.edu/codes/coe/amer.dental.hygienists.assoc.policy.html>

American Dental Hygienists' Association's Principles of Ethics
<http://ethics.iit.edu/codes/coe/amer.dental.hygienists.assoc.ethics.html>

Code of Ethics for Dental Hygienists
<http://ethics.iit.edu/codes/coe/amer.dental.hygienists.assoc.0101.html>

California Dental Association Code of Ethics
<http://www.ladental.com/cdacoe.php?PHPSESSID=95393ec8d2a3473047f54e113a07cee5>

American Society for Dental Ethics
<http://www.societyfordentaethics.org/>

American Dental Education Association (formerly the American Association of Dental Schools)
<http://ethics.iit.edu/codes/coe/amer.dental.edu.assoc.html>

Professional Ethics in Dentistry Network (PEDNET)
http://www.luc.edu/ethics/032310pednet_main.shtml

HIVDENT

<http://hivdent.org/>

Smile Michigan / Michigan Dental Association: ADA/MDA Code of Ethics
<http://public.smilemichigan.com/site/389/default.aspx>

American College of Dentists
<http://acd.org/acdetics.htm#EthicsHandbook>

FDI World Dental Federation
<http://www.fdiworldental.org/home/home.html>

MÉXICO

Asociación Dental Mexicana, Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas: Código de Ética
<http://www.adm.org.mx/codigo-etica.pdf>

PERÚ

Código de Ética del Odontólogo Peruano
<http://onlineethics.org/spanish/odoperu.html>

Ley de Dentistas
<http://www.gerenciasalud.com/leydentistasperu.htm>

Ley 15.251
<http://www.gerenciasalud.com/leycolegioodontologicoperu.htm>

Colegio Odontológico del Perú: Código de Ética profesional y Deontológico
<http://www.cop.org.pe/noticias.php?id=208>

VENEZUELA

Colegio de Odontólogos de Venezuela: Código de Deontología Odontológica
<http://www.elcov.org/ley2.htm>

Recomendaciones de bioseguridad en odontología

El odontólogo es un profesional universitario, con una sólida formación científico-humanista, en cuyo ámbito de acción debe ser capaz de:

- Brindar atención odontológica de alta calidad y referir, con prontitud y acierto, a aquellos pacientes que requieren cuidados odontológicos especializados. Además, debe ejecutar acciones de promoción de la salud y participar en prevención de enfermedades, recuperación y rehabilitación de las mismas.
- Adoptar las disposiciones odontológicas y reglamentarias vigentes, referidas a normas de salubridad y medio ambiente, conduciéndose según los propios principios éticos y humanistas que exige el cuidado de la integridad biológica, física y psicológica de los pacientes.
- Conocer detalladamente las normas de bioseguridad e incorporarlas en su práctica cotidiana.

Precauciones en la consulta:

Considerar los siguientes aspectos en la evaluación del paciente:

- En la historia clínica: referencias sobre pérdida de peso, procesos

infecciosos por bacterias, virus, hongos (con especial énfasis en infecciones por mycobacterium tuberculosis, virus de hepatitis B, C, herpes simple y SIDA).

- En el examen clínico: presencia de lesiones en piel o mucosa, linfadenopatías.

Mecanismos de infección:

La infección en la práctica odontomatológica puede producirse por los siguientes mecanismos:

- Contacto directo con la sustancia infectada (lesión, sangre, saliva).
- Contacto directo con objetos contaminados.
- Salpicaduras de sangre o saliva, secreciones nasofaríngeas sobre la piel o mucosa sana o erosionada.
- Contaminación por aerosoles infectados.

Sistema BEDA para el control de infecciones(1-3)

Consiste en una serie de medidas para la protección de quienes mantienen relación directa o indirecta con el consultorio odontológico. El nombre proviene

ne de las iniciales de las cuatro etapas: Barrera, Esterilización, Desinfección y Asepsia.

A) BARRERA

Constituyen barreras los procedimientos que tratan de evitar la contaminación bacteriana de pacientes y personal y de los diferentes elementos presentes en el consultorio como: pisos, muebles, toallas, jabones, interruptores de equipos, lámparas y luz eléctrica, teléfonos, jeringas, micromotores y equipo del consultorio.

- 1 Cuidado de la planta física: Todos los equipos, instrumental y materiales deberán siempre mantenerse debidamente protegidos, conservando su esterilización y asepsia, ya que la sangre y saliva de todas las personas atendidas deben considerarse como elementos potencialmente infecciosos. Todas las superficies del consultorio deben desinfectarse diariamente con una solución de hipoclorito de sodio o una solución yodada. La unidad dental debe desinfectarse diariamente al comenzar y al finalizar las labores de trabajo con un germicida. Los pisos y muebles deben ser de material fácilmente higienizable y debe haber buena ventilación del lugar de trabajo.
2. Protección de los ambientes de trabajo. Se recomienda adoptar los siguientes procedimientos:
 - a) Controlar la esterilización de instrumentos y su conservación.
 - b) Desinfectar equipos y ambientes.

- c) Conservar los instrumentos en recipientes estériles.
- d) Evitar la contaminación de pisos y módulos con la caída de saliva y sangre. El local asistencial deberá contar con paredes y pisos de fácil lavado, evitando apliques innecesarios o materiales rugosos o porosos que dificulten la higiene del consultorio.
- e) No permitir la presencia en los pisos de elementos de trabajo y materiales, especialmente los ya contaminados.
- f) Trabajar en ambientes convenientemente ventilados.
- g) Desechar obligatoriamente las agujas de anestesia, los eyectores de saliva, las escobillas de profilaxis, las hojas de bisturí, los campos operatorios de papel y todo elemento de trabajo que no se pueda esterilizar y entre en contacto con saliva y/o sangre.
- h) La salivera deberá ser higienizada después de cada paciente, eliminando todo tipo de residuos que se pudieran acumular, debiendo utilizar desinfectantes químicos.
- i) Velar por la constante protección del personal y los pacientes contra cualquier riesgo de contagio de infecciones en el consultorio.
- j) Propiciar y exigir la vigencia de la vacunación regular de los profesionales y personal asistente contra la hepatitis B.
- k) Respetar estrictamente las normas existentes de protección contra el SIDA.

3. Lavado de manos: Su finalidad es eliminar la flora bacteriana transitoria, reducir la residente y evitar su transporte. Por ello, es imprescindible antes y después de la colocación de los guantes. La medida tiene como fundamento la posible existencia de lesiones y abrasiones que no puedan ser advertidas a simple vista, la presencia de sangre debajo de las uñas del profesional y la posibilidad de perforaciones no visibles sobre la superficie de los guantes. Además, el lavado debe incluir la limpieza adecuada del lecho subungueal. Para hacerla efectiva debe siempre retirarse todo objeto de las manos, incluyendo el reloj.
- subirse las mangas hasta el codo,
 - retirar objetos y reloj de las manos,
 - mojarse las manos con agua corriente,
 - aplicar 3 a 5 ml de jabón líquido,
 - friccionar las superficies de la palma de la manos y puño durante 10 o 15”.
 - enjuagar en agua corriente.
 - secar con toalla de papel.
 - cerrar el grifo con la toalla.
4. Uso de guantes: Cuando exista la posibilidad de contacto cutáneo con sangre es obligatorio el uso de guantes. Generalmente éstos cubren hasta las muñecas y la mano totalmente; deben colocarse por debajo del puño de la manga del mono o bata, con la finalidad de aislar la piel para evitar el contacto con fluidos. Se fabrican en diferentes materiales, en sanidad se usan de látex, básicamente de dos tipos, los de examen y los quirúrgicos o estériles; estos últimos son seguros en materia de asepsia quirúrgica y también protegen al operador contra contagios cuando deben atender pacientes. Las manos deben estar limpias y lavarse antes de su colocación y después de su eliminación.

Se debe usar un jabón líquido desinfectante suave y neutro para mantener el pH ácido de la piel y un germicida cutáneo. Se recomienda soluciones jabonosas que contengan un 4% de Gluconato de Clorhexidina como ingrediente activo, debido a su acción residual. Los jabones en barra pueden convertirse en focos de infección cruzada.

El enjuague debe realizarse con agua fría para cerrar los poros, el secado debe realizarse con servilletas o toallas de papel. Las toallas de felpa pueden convertirse en focos de infección cruzada.

Deben lavarse las manos inmediatamente después de contactar sangre, saliva ó instrumental de operatoria.

La técnica para lavarse las manos tiene la siguiente secuencia:

Para el examen clínico se recomienda guantes desechables no esterilizados; para procedimientos quirúrgicos, desechables esterilizados. Los guantes reusables deben ser gruesos y se emplean sólo para el lavado de instrumentos. El

lavado de guantes con agentes antisépticos altera la naturaleza del látex y no asegura el arrastre de microorganismos de su superficie.

Se debe desechar todo guante que haya estado en contacto con cualquier tipo de lesión del paciente o haya sido contaminado con sangre u otros fluidos.

Es necesario evitar realizar tareas ajenas a la atención del paciente mientras se llevan los guantes puestos. Si el tratamiento no es quirúrgico y debe ser momentáneamente interrumpido para luego continuar con el mismo procedimiento (tomar un frasco, abrir una puerta, contestar el teléfono, hacer una anotación, etc.) son muy útiles las manoplas o bolsitas desechables de polietileno superpuestas al guante de látex.

Retirar los guantes:

- Luego del uso.
- Antes de tocar áreas no contaminadas o superficies ambientales.
- Antes de atender a otro paciente.

5. Uso de mascarillas: Su objetivo es resguardar las membranas mucosas de nariz y boca durante los procedimientos y tratamientos que generan aerosoles y salpicaduras de sangre. Se debe utilizar durante la atención al paciente, ser exclusivo del espacio clínico y poseer las siguientes características:

- preferiblemente desechable,
- de material impermeable,
- que permitan su adaptación al tabique nasal,

- de un tamaño adecuado a la nariz y boca del usuario,
- encajar cómoda y adecuadamente sobre el puente de la nariz para evitar el empañamiento de los protectores oculares.

Aunque la mascarilla protege la vía nasal y oral, esta última es menos peligrosa pues es la más difícil de transmitir gérmenes patógenos. Entre las mascarillas desechables, el material de elección es la fibra de vidrio o la mezcla de fibras sintéticas que filtran mejor los microbios que las de papel. Se debe cambiar obligatoriamente la mascarilla cuando se haya ensuciado con alguna secreción del paciente. En los procedimientos quirúrgicos la superficie de la mascarilla debe ser considerada material contaminado, por lo que debe evitarse su contacto aun con las manos enguantadas. No se recomienda su uso por más de 20' en un ambiente impregnado de aerosoles, ya que la mascarilla se puede convertir en un nido de bacterias patogénicas.

6. Protectores oculares: Tienen como objetivo proteger las membranas mucosas de los ojos durante procedimientos o tratamientos que generen aerosoles, salpicaduras de sangre, secreciones, o partículas sólidas que pueden impactar, por lo cual se deben utilizar durante la atención al paciente, en procedimientos de rutina para todo tratamiento. Evitan las lesiones oculares causadas por partículas proyectadas hacia el rostro del operador, a la vez

que protegen contra infecciones, considerando que muchos gérmenes de la flora oral normal son patógenos oportunistas. Deben ser amplios, con aletas que cubran la zona externa de los ojos y piel, transparentes y ajustados al rostro del usuario; y cuando se utiliza la lámpara de resina, deben ser especiales para que ayuden a minimizar el efecto que tiene la intensidad de luz producida por la lámpara de fotocurado. También pueden ser más pequeños, de forma que cubran solamente el área de los ojos.

Debido a la dificultad para su esterilización, hay que lavarlos entre paciente y paciente con agua, jabón germicida o soluciones antisépticas. Luego de enjuagadas, deben secarse con toallas o servilletas de papel. El procedimiento no debe dañar la superficie del protector.

7. Pantalla protectora: Se debe utilizar durante la atención al paciente como sustituto de las lentes protectoras, ya que cumple el mismo objetivo; no obstante, no reemplaza el empleo de la mascarilla. Debe ser amplia, que cubra todo el rostro, transparente y ajustable al tamaño de la cabeza del usuario.

8. Vestimenta del profesional: Comprende bata quirúrgica, pechera, gorro y zapatos. Tiene por finalidad evitar la introducción de microorganismos en el área de trabajo. Asimismo, evita la contaminación de la ropa normal durante la atención en el consultorio.

Las batas quirúrgicas deben tener manga larga, cuello alto y cerrado, mantenerse limpias, usarse dentro del consultorio y retirarlas al salir de él. Deben colocarse por el frente y se cierran por la espalda. Pueden ser de tela o de material desechable. El uso de estas batas tiene como ventaja la no contaminación de los uniformes de trabajo y su uso debe estar limitado al tratamiento de un solo paciente.

El gorro debe cubrir completamente toda la cabeza de forma que pueda recoger y tapar todo el cabello, evitando así su contacto con el paciente, el instrumental, el equipo o las manos del operador, o que pueda servir de reservorio a los productos del tratamiento odontológico. Es preferible que la confección sea de un material desechable e impermeable. Se debe utilizar durante la atención al paciente; no es recomendable la barba crecida, pues puede ser foco de transmisión de infecciones.

Los zapatos deben ser cerrados, de corte alto, que cubran todo el pie, lisos sin adornos, de material resistente para la protección de la piel de esa zona y de suela que no se resbale. Su objetivo de resguardo cobra fuerza por la utilización de instrumental y material de carácter corto punzante.

9. Control de aerosoles: El dentista está expuesto a los peligros que pueden originar los aerosoles por el uso de piezas de mano de alta velocidad. El uso de succionadores, sobre todo de alta potencia, evita

la intensa producción de aerosoles. Las líneas de aprovisionamiento de agua deben irrigarse con soluciones bactericidas. El Dique de Goma tiene como función controlar los contaminantes que salen de la cavidad bucal y que luego son transportados por el aire, ya que disminuye de manera importante la cantidad de partículas infectantes en los aerosoles del ambiente, aunque no elimina la aerosolización del agua de la turbina o de la jeringa triple que, se sabe, puede estar contaminada.

10. Eliminación del material desechable y corto-punzante: Se deben usar recipientes de plástico resistente, de boca ancha e impermeables para eliminar agujas de anestesia, hojas de bisturí, agujas de sutura, escobillas de profilaxia, eyectores de saliva, bandas de porta matrices, diques de goma, limas y escareadores de endodoncia. Los materiales cortantes como las hojas de bisturí, agujas de sutura y de anestesia deben romperse e inutilizarse con mucho cuidado, usando pinzas hemostáticas, antes de ser desechadas. Los residuos contaminantes, como las amalgamas de plata, deben colocarse en recipientes desechables a prueba de agua, cerrados herméticamente y rotulados como material tóxico.

Los anestésicos locales que no se hayan utilizado completamente y los medica-

mentos sin usar que se encuentren en jeringas desechables, deben ser eliminados.

Las gasas o algodones infectados deberán colocarse dentro de bolsas de nylon resistentes, adecuadamente cerradas, y posteriormente incinerarse, evitando todo contacto. No se debe depositar restos de pastas de impresión, algodones, residuos de cementos u otros materiales de desecho en escupideras o lavatorios.

El tratamiento final de los recipientes de desechos y bolsas de material sucio debe asimilarse a las disposiciones establecidas en cuanto a residuos hospitalarios, es decir, incineración directa o posterior a su recolección.

11. Depósitos para desperdicios: Deben mantenerse siempre extremadamente limpios, no debiéndose observar en ellos ningún resto de sangre u otros materiales. Se recomienda que tengan un sistema de accionar la tapa con el pie y no con las manos, y que permitan colocar en su interior una bolsa de plástico resistente que rebase los bordes. Ésta debe cerrarse herméticamente todos los días al final del trabajo y rotularse como “material contaminante” antes de desecharla.
12. Material de laboratorio: Cualquier elemento que deba llevarse al laboratorio debe desinfectarse previamente y, de ser posible, esterilizarse. En el caso de envío de impresiones, se deberá consultar

con el fabricante acerca de la estabilidad de los materiales por el uso de desinfectantes.

Los aparatos de prótesis dental de los pacientes deben enjuagarse para eliminar restos de saliva y, posteriormente, desinfectarse antes de sacarlos de los consultorios. Se debe tener especial cuidado en eliminar todo vestigio de sangre. Se recomienda el uso de guantes para realizar la higiene antes de trabajar sobre ellas. Cuando los aparatos protésicos metálicos lleguen al consultorio procedentes del laboratorio, deben desinfectarse siguiendo las mismas pautas que se utilizan para el instrumental operatorio y, en el caso de que ya se encuentren con acrílicos, se deberán desinfectar antes de introducirlos en la boca del paciente.

13. Turbinas y micromotores: Deben limpiarse exteriormente con una solución de hipoclorito de sodio al 1% o con glutaraldehído al 2%, y colocarlos en cajas metálicas con pastillas de formalina después de su uso. Este procedimiento se seguirá solamente cuando el profesional no cuente con piezas de mano que puedan esterilizarse en el autoclave. La Asociación Dental Norteamericana establece que las piezas de mano deben obligatoriamente esterilizarse antes de usarlas con los pacientes(4).

Las piezas de mano se deben esterilizar en el autoclave a una temperatura de 135° C. Primero, deben limpiarse acu-

ciosamente con una solución detergente que permita retirar los restos de sangre, saliva u otros elementos presentes en su superficie (alcohol de 70° o hipoclorito de sodio en solución al 10%). Posteriormente, se debe retirar todo resto de agua o lubricante que tenga en su interior, expulsando el agua haciéndola funcionar por 30". Si no se cuenta con autoclave, se debe desinfectar las piezas de mano entre cada paciente utilizando una gasa embebida en alcohol de 70% o usando "Decident", esponja de nailon embebida en desinfectantes tipo Fenol.

Todos los días, antes de empezar a trabajar, se debe dejar correr el agua que contengan las mangueras de la turbina durante por lo menos 1', para eliminar las bacterias que puedan haber aflorado durante la noche en el suministro de agua.

14. Jeringas de agua/aire: Para desinfectarlas se recomienda usar puntas desechables (plástico resistente), que se colocan encima del extremo de la jeringa, o esterilizarlas sumergiéndolas en solución de glutaraldehído al 2% por 6 horas 45'. Es aconsejable dejar correr el agua que tienen las jeringas en su interior entre cada paciente y al inicio de las actividades.
15. Instrumental de ortodoncia: Todos los alicates e instrumental usado en ortodoncia deben esterilizarse y desinfectarse. Hay que tener en cuenta que el instrumental que posee extremos o puntas plásticas no

queda esterilizado por medio del calor.

16. Instrumental y materiales de endodoncia: El instrumental de endodoncia debe esterilizarse por el sistema de bolillas, a una temperatura que oscile entre 200 y 220° C. El instrumental se colocará durante 15” entre las bolillas, adosándolo cerca de la pared del esterilizador y a la mayor profundidad posible. Hay que tener presente que las bolillas de cristal se llegan a contaminar con su continuo uso. Para evitar esto, algunos autores aconsejan usar sal de mesa y reemplazarla cada dos semanas para permitir mayor distribución del calor en el instrumental. Antes de colocar el instrumental en contacto con las bolillas, se debe limpiar con una gasa embebida en una solución de hipoclorito de sodio al 1%. Los conos de gutapercha deben desinfectarse con una solución de hipoclorito de sodio al 2,5% (3 partes de hipoclorito de sodio comercial para 7 partes de agua), dejándolos durante 5’.
17. Especímenes para biopsia: Debe evitarse la contaminación cuando se obtenga una muestra y tendrá que colocarse en un frasco estéril que tenga tapa de cierre hermético. Se debe etiquetar con el nombre del paciente y la fecha de obtención. Cuando se sospecha infección se debe rotular en rojo como “material potencialmente infectante”. Los tejidos deben fijarse usando

formol al 10% por 24 horas antes de teñirlos (10 volúmenes de formol por 1 de tejido).

18. Manipulación del mercurio: Se debe limpiar los restos de mercurio de todos los instrumentos utilizados en la confección de obturaciones de amalgama, ya que el calor del esterilizador incrementa considerablemente los niveles de gases mercuriales con el consiguiente daño para la salud de quienes trabajan en el consultorio. En general, los riesgos para el paciente en relación al mercurio no son grandes (a menos que sea alérgico), ya que generalmente permanece muy poco tiempo en el consultorio como para ser afectado con los gases. El mercurio que puede evaporarse de sus obturaciones es del orden de 11 microgramos al día, frente al valor permisible de 82 microgramos al día(5).

Se recomienda evitar el contacto físico de las manos con la amalgama, no tener alfombras en los pisos y mantener herméticamente cerrados los frascos que contengan mercurio. Todos los sobrantes deben guardarse en un frasco de vidrio que contenga agua.

B) ESTERILIZACIÓN

Es el procedimiento mediante el cual se destruye toda forma de vida microbiana, incluyendo esporas, bacterias, hongos, protozoarios y virus en objetos inanimados. Se protege de esta manera los materiales e instrumentos que penetran tejidos del paciente.

Criterios para esterilización(6-8): Todos los materiales de trabajo descritos como críticos deben ser perfectamente esterilizados cuando no son desechables.

Esterilización por medios físicos: Puede conseguirse por calor o por radiación (las lámparas de rayos ultravioleta generalmente no han resultado efectivas contra VIH). El sistema de elección en estomatología es, por lo general, la esterilización por calor húmedo o seco.

Calor húmedo: Emplea la esterilización por vapor saturado a presión en autoclave. Es el método más efectivo y de menor costo para esterilizar la mayoría de los objetos o materiales, si se realiza correctamente. El efecto bactericida se produce al incorporarse este vapor de agua o agua caliente a las formas de vida microorgánicas en las que penetra, generando la desnaturalización y coagulación de sus proteínas y enzimas.

El autoclave, que utiliza vapor de agua saturado a presión, es un recipiente en forma de cilindro, de paredes gruesas, muy resistente, provisto de una tapa pesada que la cierra y ajusta herméticamente por medio de potentes dispositivos de cierre, cuyo fondo está provisto de una fuente de calor y un depósito de agua que, al calentarse, origina el vapor. Éste surge por un sistema de válvulas de aire, causando presión al llenarse, lo cual hace elevar el calor, de manera que se alcanzan temperaturas mayores de 121° C y una atmósfera de presión (1 bar). El tiempo de exposición debe ser mayor de 15'; sin embargo, por la posible presen-

cia de priones, se recomienda elevar la temperatura a 134° C durante 20'.

Calor seco: Se logra por conducción del calor desde la superficie externa del artículo hacia las capas internas. Produce desecación de las células por ruptura de la membrana o por desnaturalización de las nucleoproteínas, lo cual origina efectos tóxicos por niveles elevados de electrolitos y procesos oxidativos, al transferir calor por contacto de los materiales con los microorganismos. Demora más que la esterilización a vapor; el calentamiento es más lento sin humedad.

Se puede usar este método sólo para artículos que puedan soportar una temperatura mayor de 160° C en un tiempo no menor de 60'. En odontología se usa comúnmente para el instrumental metálico, el cual debe estar seco y ubicado en cajetines también metálicos cerrados y empaquetados. El tiempo de acción esta ligado a la temperatura, de manera que para 160° C son necesarias 2 horas, para 170° C 1 hora y para 180° C 30'. Se debe calcular el tiempo que tarda el horno en alcanzar esas temperaturas y luego sumarle el tiempo requerido para la correcta esterilización.

Las agujas y los instrumentos con bordes cortantes –limas para endodoncia, agujas de sutura– deben esterilizarse a temperaturas hasta 160° C. Mayores temperaturas disminuyen el filo de los bordes cortantes.

Después de su enfriamiento, se deben sacar los instrumentos sueltos, con pin-

zas o tenazas estériles, y almacenarlos en recipientes cubiertos, igualmente estériles.

Esterilización con gas etileno: Se trata de un gas peligroso por su carácter tóxico e irritante, además de ser cancerígeno y tener propiedades inflamables y explosivas, por lo cual su uso debe restringirse a recipientes herméticos. La temperatura de acción está entre los 20 a 54° C, bajo presión entre 1 y 2 atmósferas, con un tiempo entre 3 y 8 horas. Después de someter materiales e instrumental a la acción del gas, los envoltorios quedan impregnados y es necesario que se ventilen, para lo cual se usan cámaras de aireación. También tiene como desventaja que el tiempo es extenso, por lo que para la disponibilidad del instrumental y material también se necesita esperar. Sirve para materiales termosensibles como el plástico, equipos electrónicos, bombas cardiorrespiratorias, etc.; generalmente se usa en la industria farmacéutica.

Esterilización con rayos ultravioleta: Afectan a las moléculas de ADN de los microorganismos debido a que forman dímeros de pirimidinas adyacentes que introducen errores en la duplicación y, por lo tanto, la pérdida de la viabilidad de las células.

Controles del proceso de esterilización(6):

Control químico: Suele presentarse en forma de tira adhesiva o en bolsas de papel. Los indicadores químicos no asegu-

ran la suficiencia de un ciclo de esterilización, pero pueden usarse por fuera de cada paquete para identificar aquellos que ya cumplieron el ciclo. Puede usarse este indicador dentro y fuera de cada paquete para asegurarse que se alcanzó la temperatura al interior de éste.

Control biológico: utiliza esporas bacterianas de *Bacillus Subtilis* (para calor seco y óxido de etileno) o *Bacillus Stearothermophilus* (autoclave). Las esporas pueden encontrarse en tiras de papel impregnadas o en ampollas con medio de cultivo. Estos indicadores son elementos que portan un número predeterminado de esporas bacterianas de especies aceptadas para evaluar procesos de esterilización. Las esporas bacterianas son formas de resistencias que pueden adoptar algunas especies bacterianas, las cuales, ante condiciones ambientales adversas (escasez de nutrientes, desecación, etc.), son capaces de abandonar su estado vital (vegetativo) para adoptar un estado de vida latente (esporas). Éstas pueden regresar a la fase vegetativa cuando su entorno vuelve a presentar unas condiciones adecuadas para su multiplicación. Esto se realiza mediante la coesterilización de los paquetes de esporas, que se reparten de forma homogénea en el aparato lleno y se esterilizan junto con el material. La evaluación de esta prueba se lleva a cabo por un laboratorio especializado. Los sistemas de esterilización deben comprobarse dos veces al año para verificar su funcionamiento.

C) DESINFECCIÓN

Consiste en la disminución o reducción de microorganismos patógenos en un área o en objetos inanimados. Se realiza con agentes químicos que deben ser aprobados por la Agencia de Protección Ambiental (EPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el CDC y la ADA. Se usa con materiales e instrumentos considerados semi críticos o no críticos.

Los desinfectantes han sido clasificados de la siguiente manera(9):

- De bajo nivel biocida: solamente eliminan las formas vegetativas de microorganismos patógenos. No tienen efecto sobre virus o gérmenes resistentes como las micobacterias. En este grupo se encuentran los compuestos de amonio cuaternario.
- De mediano nivel biocida: tienen mayor poder desinfectante. En este grupo se encuentran los compuestos clorados, yodóforos y fenoles.
- De alto nivel biocida (DAN: Desinfección de alto nivel): Pueden destruir las esporas bacterianas. En este grupo se encuentra el glutaraldehído al 2%, actuando entre 6 y 10 horas.

Desinfectantes químicos(6-8):

Soluciones de cloruro: Inactivan todas las bacterias, virus, parásitos y algunas esporas. Son poco costosas, de fácil disponibilidad y actúan con rapidez. Son muy eficaces contra el virus de hepatitis B y el VIH (virus del SIDA)

Es posible descontaminar grandes superficies como mesas de exámenes con el siguiente procedimiento:

- Usar solución de cloro al 0,1% en agua potable.
- Frotar las superficies (mesas, camillas, sillones dentales, etc.) con un trapo embebido en la solución, dejar actuar unos 10' y luego volver a limpiar.
- Reemplazar la solución diariamente o con mayor frecuencia, porque pierde su potencia con el tiempo y exposición solar.

Formaldehído al 8%: se puede utilizar en sus formas líquida o gaseosa, tanto para DAN como para esterilización química hasta por 14 días si no se enturbia. No es inactivado fácilmente por los materiales orgánicos. Un remojo de 24 horas en formaldehído mata todos los microorganismos, incluidas las endosporas bacterianas.

Glutaraldehído: se encuentra en forma alcalina, neutra ó ácida. Los neutros ó alcalinos tienen mayor poder de aniquilación y propiedades anticorrosivas que los ácidos. Se usa generalmente el glutaraldehído en una concentración del 2% a temperaturas de 25° C, siguiendo las indicaciones del fabricante para su preparación. Para una DAN eficaz se remojan los instrumentos y demás artículos por 20'.

Estos dos últimos deben manejarse con cuidado por ser tóxicos, siendo el primero de mayor toxicidad. Sus vapores son irritantes para la piel, ojos y el tracto respiratorio. Deben usarse sólo en una

zona ventilada, con guantes y limitando el tiempo de exposición. Nunca debe mezclarse el formaldehído con cloro pues, al combinarse, forman un gas tóxico (éter bisclorometílico).

Todos los equipos o instrumentos remojados deben enjuagarse concienzudamente después con agua hervida o estéril.

Otros desinfectantes:

Alcoholes: lesionan las membranas celulares de los microorganismos y desnaturalizan las proteínas celulares por deshidratación, desorganizan la estructura fosfolipídica, tienen capacidad germicida lenta, no son esporicidas; además, su evaporación es rápida, de modo que se pueden considerar como desinfectantes y antisépticos. Su uso recomendable es en concentraciones superiores al 50% (ideal al 70%). Se utilizan en desinfección de piel y superficies inanimadas duras.

Yodo: se utiliza como desinfectante de la piel, manos y mucosa (estomatitis y amigdalitis); debido a su insolubilidad en agua, tiene un amplio espectro contra microorganismos Gram Positivos y Gram Nega-

tivos; es bactericida, esporocida, tuberculocida, de acción rápida y también actúa sobre muchos virus. El de mayor uso es el yodo-povidona. Por oxidación inactiva proteínas y enzimas, modifica conjuntos funcionales de proteínas y ácidos nucleicos, pudiendo atacar a la vez grupos amino; como yodoformo tiene propiedades desinfectantes de superficies.

Amonio cuaternario: se le conoce también como detergente catiónico; su uso es restringido como antiséptico y desinfectante. Actúa desnaturalizando la membrana plasmática e inhibiendo los procesos enzimáticos generadores de energía en microorganismos capsulados. Su utilización se indica en desinfección preoperatoria, en superficies no críticas y en limpieza de ambientes. No es aceptado por el Consejo de Terapéutica de la Asociación Dental Americana por ser de bajo poder biocida.

Compuestos fenólicos: actúa sobre la membrana citoplasmática en la que coagulan inactivando los procesos enzimáticos. Su uso antiséptico es específico en piel, mucosa, instrumental y superficies, los más conocidos son hexaclorofeno, creosoles, paraclorofenol entre otros.

Tabla 2: Desinfectantes de uso común:

Desinfectante:	Ventajas	Desventajas	Concentración y Nivel de acción
Dióxidos de Cloro	<ul style="list-style-type: none"> - Desinfectantes de superficies e instrumentos - Acción rápida (3 min. para desinfección y 6 hrs. para esterilización) - Económico, fácil uso - Útil para grandes superficies 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar diariamente - Requiere guantes y protectores de ojos. En envases cerrados. - Corroe contenedores de aluminio. - No penetra restos orgánicos 	Concentración recomendada: 0.5% Nivel de acción: intermedio

Formaldehído (Paraformaldehído, formol)	<ul style="list-style-type: none"> - Útil para DAN y esterilización química - Aceptado por la EPA y el ADA 	<ul style="list-style-type: none"> - Genera vapores potencialmente tóxicos - Poco activo a temperatura menor de 20°C - Cambiar cada 14 días 	Concentración recomendada: 8% Nivel de acción: alto
Glutaraldehído	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina bacterias, hongos, virus y esporas - Aceptado por la EPA y el ADA 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evapora rápidamente - Genera vapores potencialmente tóxicos 	Concentración recomendada: 2% Nivel de acción: alto
Alcoholes	<ul style="list-style-type: none"> - Elimina bacterias - Se usa para desinfectar la piel y superficies duras 	<ul style="list-style-type: none"> - Se evapora rápidamente - Acción germicida lenta 	Concentración recomendada: 70% Nivel de acción: bajo
Iodoformos	<ul style="list-style-type: none"> - Amplio espectro - Económico - Poca reacción adversa - Acción biocida residual - Aceptado por la EPA y el ADA 	<ul style="list-style-type: none"> - No destruye esporas - Inestable a altas temperaturas - Preparar diariamente - Puede decolorar superficies 	Concentración recomendada: 30-50 ppm de yodo libre Nivel de acción: intermedio
Compuestos de amonio cuaternario	<ul style="list-style-type: none"> - Bactericida contra gram+ y hongos y virus lipofílicos - Olor agradable - No irritante - Económico, sin efecto residual - Se absorbe por textiles - Registrado por EPA 	<ul style="list-style-type: none"> - No destruye TBC, esporas y virus hidrofílicos - Inactivado por detergentes aniónicos - Irritante - No aceptado por la ADA - Recomendado para la desinfección de ambientes y elementos no críticos 	Concentración recomendada: 0.4–1.6% acuoso Nivel de acción: bajo
Fenoles sintéticos	<ul style="list-style-type: none"> - Amplio espectro - Útil sobre metal, vidrio, goma - Menos tóxico que glutaraldehído - Económico - Efecto residual - Registrado por EPA y aceptado por la ADA 	<ul style="list-style-type: none"> - No esporicida - Acumulación de película residual - Irritante - Algunos deben prepararse diariamente - Más corrosivo que algunos Glutaraldehído - Despigmantación de la piel 	Concentración recomendada: 0.4-5% Acuoso Nivel de acción: intermedio - bajo

Las sustancias químicas desinfectantes deben ajustarse a las recomendaciones de sus fabricantes, tanto en lo que se refiere al tiempo de exposición de los

materiales –para asegurar la desinfección– como a su validez luego de ser preparadas.

Desinfección de materiales y equipos:

Escupideras	Deben desinfectarse entre paciente y paciente con desinfectantes como una solución de hipoclorito de sodio al 1% haciendo correr agua.
Superficies	Deben desinfectarse todas las superficies de trabajo del consultorio, así como los lugares donde se depositan secreciones infectantes y las manos del profesional y la asistencia dental. Se recomienda el uso de: glutaraldehído al 2%, hipoclorito de sodio al 1%, soluciones fenólicas o iodoformas con detergentes durante 30 minutos como mínimo.
Fresas	Se aconseja colocarlas en una caja de Petri o en una metálica pequeña con cuatro o cinco pastillas de formalina durante 12 a 24 horas, o desinfectarlas con alcohol de 70% durante 30 minutos. Luego lavar o esterilizar al seco o en autoclave envueltas con papel metálico. No se deben mantener en "freseros" sino en una solución desinfectante de efectividad comprobada, guardadas en cajas metálicas cerradas. El hipoclorito las corroe rápidamente.

Desinfección de impresiones(10-14):

Es probable que la desinfección de las impresiones sea uno de los procedimientos más difíciles y, a la vez, el más relevante para el laboratorio odontológico. La meta primera consiste en obtener una impresión desinfectada que no sufra reacciones adversas ante la desinfección. Para reducir al mínimo la contaminación en el laboratorio odontológico, debe lograrse una limpieza inicial de la impresión dentro del consultorio. Una vez retirada de la boca, se debe lavar bajo un chorro de agua a fin de eliminar la saliva, sangre y detritus. Es importante completar el proceso de desinfección en el consultorio antes de enviar la impresión al laboratorio.

Para que los desinfectantes logren el efecto deseado, las impresiones deben conservarse húmedas en su superficie durante todo el proceso, pero no a todos

los materiales se les puede aplicar esta técnica, pues a algunos –como los hidrocoloides reversibles e irreversibles y los poliéteres– la inmersión por mucho tiempo los afecta de manera severa.

Las impresiones de hidrocoloides reversibles e irreversibles deben manejarse cuidadosamente para prevenir la distorsión. La impresión debe ser remojada de manera muy cuidadosa y limpiada con un cepillo de pelos de camello preferiblemente, de media pulgada de longitud, y con detergente líquido para remover los residuos con contaminación biológica. El cepillado debe ser suave para eliminar los restos de detritus que puedan quedar en ella. Luego, se rocía la impresión con un desinfectante como: hipoclorito de sodio, iodoformas o dióxido de cloro. Los productos que tienen menor contacto con la impresión producirán menor distorsión.

Deben envolverse en una bolsa plástica

para evitar la evaporación del desinfectante durante el período de contacto; luego de éste, deben enjuagarse y ser manejadas de manera aséptica para transferirlas al área de producción. También se ha propuesto enjuagarlas con agua en

abundancia y luego sumergirlas en agua con cloro en una dilución 1:10 durante 30'. Otros autores recomiendan la inmersión en hipoclorito de sodio o en iodoformas durante sólo un minuto.

Tabla 3. Desinfección de impresiones¹(*):

Material de Impresión	Solución desinfectante / Tiempo de exposición		
	Hipoclorito (1%)	Iodóforos	Glutaraldehído (2%)
Alginato	R / 1 min.	R / 1 min.	NR
Silicona o Mecaptano	R / 10 min.	R / 10 min.	R / 10 min.
Polisulfuro de caucho	R		
Pasta Zinquenólica	NR	NR	R / 30 min.
Modelina	NR	NR	R / 30 min.

(*) Siempre enjuagar previamente con agua
R Recomendable

NR No Recomendable

Desinfección de modelos(10-14):

En prostodoncia, presentan mayor dificultad para su desinfección sin causarles daño. Es preferible desinfectar la impresión y no tener que desinfectar el modelo. Sin embargo, la contaminación de manera inadvertida o la indicación de no descontaminarlos pueden hacer necesaria la desinfección de un modelo. Se debe colocarlos sobre su base y rociarlos con iodoformas o productos clorados; luego enjuagarlos y manejarlos de manera aséptica para ser transferidos al área de producción. Colocarlos sobre la base hace más fácil el drenaje del desinfectante y del agua del enjuague. El

modelo debe ser desinfectado para ser enviado; está permitido secarlo antes de envolverlo para el envío.

Se puede desinfectar los modelos de yeso mediante la utilización de dióxido de metileno con una técnica prolongada. Existen unidades muy pequeñas para este fin; sin embargo, hay que realizar el procedimiento bajo una campana de ventilación hacia el exterior del sitio de trabajo. Una vez vaciada la impresión y obtenido el modelo correspondiente, se debe proceder a eliminar el material de impresión que se encuentra en la cubeta y proceder a su lavado, desinfección y esterilización de la impresión para ser devuelta al consultorio odontológico.

Desinfección de otros materiales e instrumentos:

1 Tomado y Modificado de: King AY, Matis B. 1991; Grupo Técnico de Patología Bucal, 1994; Delgado, W, Flores G, Vives V. 1995; ADA online, 2000.

Los articuladores, los envases metálicos para los casos y otros equipos que no tienen contacto con los pacientes requieren de limpieza. Su desinfección se hará dependiendo de la evaluación de su construcción. Muchos de estos envases metálicos pueden ser desinfectados por rocío, con un desinfectante de nivel alto o intermedio, enjuagando, secando y lubricando las partes móviles.

Todos los cepillos, mopas, espátulas para mezclar, tazas de goma, balanzas, piezas de mano y otras herramientas de laboratorio deben ser esterilizadas o desinfectadas diariamente. Las mopas húmedas deben guardarse en soluciones desinfectantes cuando no se encuentren en uso. Uno de los métodos más sencillos y eficaces para reducir la diseminación de contaminantes en el laboratorio odontológico es la utilización del sistema de dosificación unitaria, que consiste en la administración sólo de la cantidad requerida de un material para cada caso; al emplearla, es preciso evitar la contaminación del material a granel con el dispensador.

Las ollas de presión deben limpiarse y desinfectarse diariamente. Éstas y los envases que mantienen agua caliente en el ambiente son muy susceptibles a la colonización de microorganismos desde múltiples fuentes. Los asientos de banquetas y áreas de trabajo deben limpiarse al final de cada jornada de trabajo, si no la contaminación pasará de manera inadvertida.

Las prótesis de porcelana, algunos materiales protésicos (prótesis provisionales, rodetes de mordida, registros de mor-

da etc.) y los equipos no esterilizables, como algunos componentes de los arcos faciales, deben limpiarse con agua y jabón y, en caso de contaminarse, deben desinfectarse con un antiséptico de nivel hospitalario. Si se utiliza limpiadores ultrasónicos para limpiar y desinfectar, se debe ser muy cuidadoso para no permitir el sobrecalentamiento del material o del desinfectante mientras se encuentre en el limpiador. Se debe rociar o remojar estos artículos con desinfectante en contenedores separados o en bolsas plásticas. Muchos de los desinfectantes por inmersión deben ser desechados una vez utilizados. Después del tiempo de contacto recomendado, los artículos deben enjuagarse y manejarse de manera aséptica para ser transferidos al área de producción. Los iodoformos, glutaraldehídos, cloros, y fenoles son aceptados para la desinfección en este paso de laboratorio. Se debe ser muy cuidadoso de no exceder las recomendaciones de los fabricantes con el tiempo de contacto o exposición de los elementos metálicos con el desinfectante: la sobre exposición puede producir corrosión de los elementos metálicos si no son manejados de manera correcta. No se debe enviar los aparatos o prótesis en desinfectantes, por tiempo de exposición excesivo; además, se puede causar quemaduras en mucosas o piel si los artículos no son enjuagados correctamente antes de su manejo.

Las dentaduras totales deben ser remojadas en una solución de hipoclorito de sodio durante 5' y enjuagadas con agua

abundante; este procedimiento debe repetirse cada vez que la prótesis vuelva al laboratorio para los ajustes y para su terminación definitiva.

Tabla 4. Desinfección de aparatología para laboratorio odontológico² (*):

Aparato Prótesis / Ortodoncia	Desinfectante		
	Hipoclorito (1%)	Iodóforos	Glutaraldehído (2%)
Prótesis Fijas			
Metal / Porcelana	R/D	R/D	R
Metal / Acrílico	R/D	R/D	R
Porcelana	R/D	R/D	R
Acrílico	R	R	NR
Prótesis Removible			
Metal / Acrílico	R/D	R/D	NR
Acrílico / Porcelana	R/D	R/D	NR
Acrílico	R	R	NR
Ortodoncia			
Acrílico / Alambres	R/D	R/D	NR
Férulas de Relajamiento			
Acrílico	R	R	NR
Modelos de Yeso	Rociado o Inmersión	R	
Rodetes de Mordida		R	Rociado
Registros de Mordida	Rociado o Inmersión	R	

(*) Siempre enjuagar previamente con agua y luego sumergirlo en el desinfectante recomendado durante 10 minutos

R Recomendable

NR No Recomendable

R/D Recomendable pero puede Dañar el material

D) ANTISEPSIA

Conjunto de procedimientos que eliminan formas vegetativas bacterianas ubicadas en tejidos orgánicos vivos. Un ejemplo lo constituye el control de con-

taminación a través de la eliminación de microorganismos de la cavidad bucal del paciente (placa bacteriana), con el empleo de métodos físicos y químicos, utilizando sustancias antisépticas.

2 Tomado y Modificado de: King AY, Matis B. 1991; Grupo Técnico de Patología Bucal, 1994; Delgado, W, Flores G, Vives V. 1995; ADA online, 2000.

La eliminación de la placa bacteriana de las superficies dentarias debe convertirse en un procedimiento de rutina, ya que

las sustancias producidas por las bacterias que conforman la placa ofrecen gran resistencia a la acción química de compuestos terapéuticos, disminuyendo su eficacia. El uso de sustancias antisépticas durante un minuto reduce el número de microorganismos del 93% al 100%.

La clorhexidina es el antiséptico bucal más confiable. Partiendo de que el control de la placa supragingival no modifica la patogenicidad de la microflora subgingival ya instalada y que la droga es efectiva ante ambas poblaciones bacterianas, el fármaco se debe administrar por diversas vías: para actuar sobre la placa supragingival, usarla en colutorios, spray's, pastas dentales, o irrigaciones supragingivales; para la placa subgingival, utilizarla en irrigaciones subgingivales. Se recomienda 10 ml de clorhexidina al 0,2% en dos buches diarios, manteniéndolo en la boca por un minuto. Esta acción reduce la placa en un 60% y la gingivitis entre 50 y 80%.

Los compuestos fenólicos que contienen timol, mentol y metilsalicilato en solución hidroalcohólica al 26,9% reducen la placa bacteriana en un 55% y la gingivitis en un 60%.

E) ASEPSIA

Todo método empleado para impedir que determinado medio sea contaminado. Cuando este medio se encuentra exento de bacterias se le denomina "aséptico". La asepsia y la aplicación constante de métodos de control de in-

fecciones es una norma regular que debe cumplirse en todo consultorio odontológico para protección de los pacientes y salvaguarda de los profesionales de salud dental.

Todos los métodos empleados en el consultorio referentes a control de infecciones, esterilización, desinfección, antisepsia y asepsia deben evaluarse constantemente para lograr las mejores condiciones laborales de higiene para el personal y la adecuada presentación de equipos, instrumental y materiales.

La *descontaminación* es un procedimiento al que se somete el instrumental, previo a la limpieza, con el fin de eliminar gran parte de las trazas de material contaminado o ablandar los residuos acumulados que se depositan en su superficie. Se debe utilizar detergentes enzimáticos y luego desinfectantes.

Se puede usar cloro al 0,5%, fenol al 5%, peróxido de hidrógeno al 6% o, lo más recomendable para instrumental metálico, glutaraldehído.

La *limpieza* es la eliminación física de la sangre, fluidos corporales o cualquier otro material extraño visible (polvo o suciedad) de la piel o de los objetos inanimados, mediante agua y detergente. Facilita el contacto del agente esterilizante con la superficie del instrumento (vapor de agua o químico, aire caliente).

Los cepillos dentales duros son adecuados para eliminar el material orgánico de los equipos e instrumentos. Estas

maniobras preferentemente se deben hacer con guantes para evitar el contacto directo con las manos. Con este paso se elimina la mayoría de los microorganismos (hasta un 80%).

El *secado*, *lubricación*, *empaquetado* y *envasado* están incluidos en la limpieza; el primero se puede hacer mediante aire caliente a presión o en armarios de secado por aire caliente, o simplemente con toallas de papel desechables, se recomienda con el objetivo de evitar la corrosión del instrumental. La *lubricación* está restringida al instrumental rotatorio manual, su lubricación interna, previa esterilización en autoclave, favorece su vida útil. El *empaquetado* no es una acción indispensable, aunque sirve para organizar el instrumental; se puede envolver en servilletas o en bolsas, por grupos identificados. El *envasado* implica ubicar el instrumental en los cajetines correspondientes al proceso de esterilización que se va a utilizar: en calor seco se colocan en cajetines con tapa; en húmedo, por ejemplo, en autoclave y cámara de oxietileno, embolsado y colocado en bandejas o cajetines con tapas de rejilla que permitan la penetración del gas. El embolsado mantiene el instrumental en condiciones estériles durante períodos relativamente largos. Los instrumentos no envasados no se mantienen estériles ni deben ser considerados instrumentos descontaminados.

La ficha de salud

Uno de los mejores medios de prote-

ger la salud del profesional es obtener, de manera rutinaria y obligatoria, una detallada historia de salud de cada paciente.

Debe recogerse toda la información necesaria acerca del estado de salud del paciente, no solamente lo referido al estado de las piezas dentarias y el trabajo profesional que debe ejecutarse. Se debe poner especial interés en resaltar las enfermedades que sean limitantes en la atención odontoestomatológica, e informar sobre los siguientes aspectos de la historia del paciente(15-16):

- Salud general.
- Medicación usada actualmente por el paciente.
- Infecciones que tengan una evolución mayor de 10 días (Sida, Muequet, Herpes).
- Hepatitis.
- Hemofilia.
- Tuberculosis.
- Transfusiones sanguíneas.
- Enfermedades asociadas con infecciones HIV: transpiraciones nocturnas, pérdida de peso, fiebre y diarreas por más de un mes, causas que hayan originado pérdida de peso involuntaria, presencia de linfo-adenopatías persistentes, neuropatías periféricas.
- Sequedad de la boca.
- Aftas continuas.
- Problemas respiratorios (tos, disnea).
- Lesiones dérmicas: manchas y cicatrices en los miembros, cuello y cara.

Control del HIV

La información disponible apunta a que el riesgo de que un cirujano dentista se contagie de SIDA es pequeño (0,04%)(17). No obstante, debido a que el virus del SIDA se ha encontrado en la saliva, la sangre y otros fluidos orgánicos, hay que usar todas las precauciones posibles(18). Por otra parte, el cirujano dentista puede cumplir un papel fundamental en la prevención y diagnóstico precoz del SIDA, porque en la boca pueden surgir las primeras manifestaciones relacionadas con la enfermedad: allí se producen generalmente infecciones y cánceres asociados con el SIDA. Además, es posible observar manifestaciones previas a los síntomas clínicos generales de la enfermedad(19): con un diagnóstico precoz es factible disminuir las posibilidades de transmisión.

Según la FDI, los estudiantes y profesionales relacionados con la odontología —que realizan procedimientos invasivos y cuyo estado HIV se desconoce pero que, por factores ajenos a sus labores profesionales, estén en riesgo de ser HIV-seropositivos— deben someterse regularmente a los exámenes apropiados para establecer su nivel de riesgo.

Se debe actuar con cada paciente como potencial portador de enfermedades infecciosas, aunque no se haya hecho exámenes que lo determinen.

Clínicamente, se reconoce la presencia del VIH y el SIDA por el diagnóstico de enfermedades o infecciones oportu-

nistas, que aprovechan la disminución del poder inmunológico del paciente, presentando en general la siguiente sintomatología: linfadenopatía, fiebre, pérdida de peso, infecciones oportunistas, tos seca, dificultades para respirar, diarrea persistente, dolores abdominales, sarcoma de kaposi, comezón en la piel, sudor nocturno. La leucoplasia vellosa o pilosa es una enfermedad marcadora del SIDA(19).

Para evitar posibles infecciones es indispensable considerar que todo material que entra en la boca, cuando sale de ella es potencialmente contaminante, por lo que debe ser obligatoriamente desinfectado o esterilizado(17).

La Organización Mundial de la Salud aconseja a los odontólogos que proporcionen atención buco dental a los pacientes infectados con el HIV con las siguientes precauciones(20):

- Que el examen de la cavidad bucal de los pacientes sea hecho para detectar y diagnosticar las manifestaciones bucales que a menudo se observan en los pacientes con SIDA y sujetos con HIV positivo.
- Prestar la atención buco dental usual a las personas con HIV positivo.
- Perfeccionar el conocimiento del equipo de salud respecto de las enfermedades infecciosas, su transmisión y los procedimientos de higiene necesarios para controlar la infección cuando se proporciona atención de salud buco dental.

- Educar a los pacientes dentales respecto de la transmisión del HIV y su prevención.

Control del virus de la hepatitis B

La hepatitis B constituye una enfermedad de muy alto riesgo para el odontólogo y su personal asistente. El riesgo de infección varía de 7 a 30%, teniendo el odontólogo un riesgo seis veces mayor de contraer la enfermedad que una persona corriente, y el cirujano o periodoncista un riesgo nueve veces mayor(21). Mientras que para transmitir el SIDA se requiere un volumen de sangre de 0.1 ml, para contraer la hepatitis B sólo se necesita uno de 0.00004 ml. Se puede transmitir por vía parenteral, exudados, sangre o saliva contaminada, cortes o pinchazos con instrumentos infectados, por vía sexual y por vía perinatal. La mayoría de los pacientes con hepatitis B son asintomáticos. Entre quienes presentan síntomas los más frecuentes son: cefaleas, trastornos gastrointestinales leves, fatiga general y rigidez de las arti-

culaciones. La evidencia serológica es la única forma de precisar la infección o el carácter de portador del virus³.

Es muy recomendable protegerse de la posible infección de la hepatitis B mediante la vacunación. Esta consiste en la aplicación de tres dosis (inicial y a los 30 y 60 días) que protege por un tiempo de cinco a ocho años. Se recomienda utilizar la vacuna producida por tecnología genética y, a los dos años de haberse vacunado, efectuar un recuento de anticuerpos HB para ver si se continúa suficientemente protegido, en caso contrario se debe revacunar(22). Para alejar el peligro de contagio se recomienda higiene, control de la sangre transfundida, prevención con gammaglobulinas y observar estrictas normas de bioseguridad.

El virus de la hepatitis B se destruye en el esterilizador, usando calor seco durante dos horas a 170° C, previa esterilización del instrumental en el autoclave o con el uso de sustancias químicas(23).

Referencias

1. ADA Council on Scientific Affairs and ADA Council on Dental Practice. Infection control recommendations for the dental office and the dental laboratory. *Journal of American Dental Association* 1996; 127: 672-680.
2. Otero JM, Otero JI. *Manual de Bioseguridad en Odontología*. Lima; 2002. [Sitio en Internet] Disponible en www.odontomarketing.com/bioseguridad.htm Último acceso el 12 de agosto de 2006.
3. Campos PE. *Bioseguridad y Riesgo Ocupacional para la Infección por el VIH*. Lima: Pan American Health Association; 1994.

3 Federación Dental Internacional, *Informe Técnico* N° 10.

4. Lima SNM, Ito II. *Infecciones Odontogénicas. O controle de infeccoes no consultorio odontológico*. Sistema BEDA. Brasil: Publicación de DABI ATLANTE.
5. Sotillo M. El mercurio en la profesión odontológica. *Revista Venezuela Odontológica* 1983; 53: 33-36.
6. Almea J, Echevarria E, González E. *Control de Esterilización en los Consultorios Odontológicos. Clínica al Día* 2002.
7. Leyva GA, Baca GP, Liébana CJ. Desinfección y Esterilización. Mecanismos de Acción de los Agentes Físicos y químicos frente a los Microorganismos. En: *Microbiología Oral*. 2ª edic. Madrid: McGraw Hill – Interamericana; 2002: 267-75.
8. Piedrola G, Piedrola G. Desinfección y Esterilización. En: *Microbiología Oral*. 2ª edic. Madrid: McGraw Hill – Interamericana; 2002: 527-538.
9. Escobedo de Lilly S. Prevención de infección en la práctica estomatológica. *Revista de Endodoncia Peruana* 1993; 12(12): 24-29.
10. OSAP. *Position Paper: Laboratory Asepsis*; 1998:1-6.
11. King A, Matis B. *Clínicas Odontológicas de Norteamérica*; 1991: 413-23;
12. Western Dental Education Center. *The Infection Control Symposium*. Los Angeles, California, USA; 1987: 14-16.
13. Delgado W, Flores G, Vives V. Control de las Infecciones Transmisibles en la Práctica Odontológica. En: *Manual de Procedimientos*. Lima: Universidad Cayetano Heredia; 1995: 27-29.
14. Troconis Ganimez JE. *El Control de las Infecciones en el Laboratorio Odontológico*. [Sitio en Internet] Disponible en www.actaodontologica.com/40_3_2002/control_ambiente_consultorios_odontologicos.asp Último acceso el 12 de agosto de 2006.
15. Canut J. Higiene en el ejercicio odontológico. *Revista de Actualidad Estomatológica Española* 1992; 11(148):33-36;
16. Morales H. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. *Revista Odontología al Día* 1991; 8(4): 12-18.
17. Delgado Azañero W. El mejor control es la educación. *Revista Mundo Odontológico* 1993; 1(5): 30-31.
18. Kaplan Colchamiro E. El control de infecciones en el consultorio odontológico. *Compendio de Educación Continua en Odontología* 1987; 8(6): 22-28.
19. Greenspan D, Greespan JS, Hearst NG, et al. Oral hairy leukoplasia: human immunodeficiency virus status and risk for development of AIDS. *Journal of Infectious Diseases* 1987; 174(1): 122-134.
20. OMS. Responsabilidades éticas y profesionales de los odontólogos con respecto a los pacientes con HIV positivo y a los pacientes con SIDA. *Revista Estomatología Peruana de la Academia de Estomatología del Perú* 1987; XL(1): 5-6.

21. Álvarez AF. La bioseguridad en el marco de la bioética (Editorial). *Revista del Ateneo Argentino de Odontología* 1992; XXVIII(1): 5-6.
22. Bobmann K, Heineberg BJ. *Medidas Higiénicas en la Clínica Dental*. Madrid: Ediciones Doyma; 1996.
23. Bolzan HE, Spatola J, Chiera A. Prevalencia de los marcadores de la hepatitis B en odontólogos de una comunidad rural. *Revista de la Asociación Odontológica Argentina* 1990; 78(3): 158-160.

Índice analítico

A

Agentes biológicos 129, 134
 Antisepsia 36, 38, 147, 185, 186
 Antiséptico 147, 180, 184, 186
 Asepsia 170
 Autonomía 19, 20, 22, 28, 29, 33, 76,
 79, 83, 101, 110, 113, 114, 119,
 121, 123, 133, 141, 143, 150

B

Bactericida 147, 177, 180
 Barrera 39, 147, 151, 170
 Beneficencia 28, 101, 113, 114, 121, 143,
 147
 Bioética 5, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 25, 26,
 30, 31, 77, 79, 115, 120, 125, 126,
 127, 129, 142, 146, 147, 151
 Bioseguridad 7, 8, 18, 30, 37, 38, 101,
 124, 125, 129, 130, 131, 132, 133,
 134, 135, 143, 144, 145, 169, 189,
 191

C

Calidad de vida 16, 17, 45, 46, 47, 48,
 49, 50, 51, 67, 70, 71, 75, 81, 123,
 132
 Capacidad 7, 22, 43, 49, 59, 62, 63, 64,
 65, 67, 72, 76, 85, 100, 101, 106,
 112, 113, 114, 132, 136, 143, 151,
 157, 160, 180

Caries dental 147

Código de ética 7, 102, 103, 124

Competencia 21, 22, 23, 24, 33, 66, 101,
 112, 131, 157, 158, 164

CONAMED 5, 34, 43

Confidencialidad 7, 37, 81, 82, 84, 101,
 118, 139, 141, 142, 143, 145, 146,
 148

Consentimiento informado 7, 20, 22, 35,
 37, 38, 42, 43, 81, 82, 83, 84, 86,
 100, 105, 106, 107, 109, 111, 112,
 113, 114, 115, 118, 119, 123, 142,
 143, 146

Cultivo celular 148

D

Derechos Humanos 102, 146, 148

Descontaminación 148, 186

Desigualdad social 59, 61

Desinfección 37, 130, 136, 137, 138,
 148, 180, 181, 182, 183, 184, 186

Diagnóstico 17, 18, 22, 36, 40, 76, 108,
 110, 139, 141, 145, 150, 153, 154,
 155, 188

Diálogo 6, 13, 30, 45, 52, 75, 76, 80,
 100, 124, 125, 127, 145

Dilema 5, 45, 66, 142, 145, 148

- E**
- Efectividad 16, 23, 24, 70, 148, 182
- Efectivo 70, 148, 177
- Enfermedad infecciosa 147, 148
- Enfermedad oral 5, 45
- Equidad 45, 59, 64, 73, 77, 125, 148, 150
- Esterilización 37, 130, 131, 134, 147, 148, 149, 170, 173, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 186, 187, 189
- Estomatólogo 149
- Ética 2, 7, 8, 13, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 80, 81, 82, 85, 86, 99, 100, 101, 102, 103, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 132, 133, 140, 142, 143, 149, 151, 153, 154, 6, 5, 154, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 167
- F**
- Filosofía 26, 115, 146, 149, 151
- Flúor 6, 16, 68, 71, 72, 131, 149
- Fluorización 50, 131
- Formal 39, 100, 149
- G**
- Germicida 149, 170, 171, 173, 180, 181
- H**
- Historia clínica 35, 36, 37, 38, 84, 110, 143, 145, 156, 169
- I**
- Inequidad 6, 50, 59, 100
- Infección 36, 37, 42, 129, 139, 140, 144, 147, 149, 150, 169, 171, 176, 188, 189, 190
- Infección cruzada 36, 149, 171
- Interdisciplinario 9, 10, 11, 12, 13, 26, 27, 33, 45, 51, 124
- Investigación 11, 12, 13, 15, 21, 25, 27, 42, 45, 46, 49, 61, 67, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 102, 118, 123, 124, 125, 126, 156, 160
- J**
- Justicia 19, 26, 28, 29, 30, 42, 51, 100, 101, 102, 114, 123, 150, 154
- L**
- Ley 5, 30, 114, 139, 154, 157, 159, 162, 164, 165, 167, 168
- M**
- Mala práctica 5, 34, 35, 39, 40, 42, 43, 107, 153
- Mercado 24, 49, 60, 61, 63, 65, 66, 68, 69, 71, 131, 132
- Microorganismos 15, 37, 129, 131, 136, 147, 148, 149, 172, 173, 177, 178, 179, 180, 184, 185, 186, 187
- Modelo deliberativo 76
- Modelo interpretativo 76
- Moral 5, 19, 20, 21, 22, 26, 28, 29, 30, 66, 76, 77, 80, 112, 115, 117, 118, 121, 122, 127, 133, 134, 140, 144, 145, 147, 149, 150, 153, 154, 157, 161, 162
- N**
- No maleficencia 28, 29, 101, 150

P

Paternalismo 20, 22, 30

Pluralismo 103, 150

Políticas públicas 16, 17, 51, 60, 70, 72, 75

Prevención 6, 33, 36, 46, 48, 60, 62, 66, 67, 68, 69, 70, 80, 81, 84, 104, 123, 129, 130, 145, 150, 153, 169, 188, 189

Principio 22, 23, 28, 33, 81, 83, 101, 102, 113, 114, 143, 147, 150, 151

Privacidad 82, 142, 150

R

Relación médico-paciente 19, 20, 25, 77, 115, 146

Relación odontólogo-paciente 77, 123, 124, 139, 145

Responsabilidad 7, 13, 25, 28, 31, 33, 34, 38, 40, 45, 49, 51, 64, 69, 76, 79, 86, 102, 115, 117, 119, 120, 122, 126, 127, 129, 130, 132, 143, 144, 145, 154, 155, 156

Riesgo 5, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 43, 52, 59, 68, 69, 72, 81, 82, 84, 87, 101, 106, 108, 110, 114, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 139, 140, 142,

143, 144, 145, 150, 156, 170, 188, 189

S

Salud colectiva 5, 6, 45, 50, 75

SIDA 7, 17, 25, 34, 37, 38, 70, 72, 74, 133, 134, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 169, 170, 179, 188, 189, 190

Sistemas de salud 60, 61

T

Transdisciplinario 26, 120, 124

Transmisión 37, 101, 124, 129, 134, 139, 140, 145, 147, 173, 188, 189

U

Utilitarismo 151

V

Valor 49, 84, 102, 105, 149, 151, 155, 176

Vestimenta protectora 151

Voluntariedad 7, 106, 107, 109, 110, 111

Vulnerabilidad 37, 69, 140, 144, 146, 151