

CA18025UNLP

UNIVERSIDADE: Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología

AUTORES: Martín Gastón E. Zemel (mzemel@uolsinectis.com.ar); Ricardo Miguel

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO ODONTOLÓGICO EN LA ENSEÑANZA DE POSTGRADO

INTRODUCCIÓN

Los grandes progresos en el área de la salud, junto a los cambios surgidos en el marco de la relación odontólogo-paciente, han contribuido en los últimos años al desarrollo de un interés creciente por los aspectos éticos de la práctica odontológica.

El nuevo modo de abordar la relación entre el odontólogo y su paciente ha hecho que ya no sea posible mantener aquel paternalismo que, previo a la aparición de las doctrinas liberales, y ligado a una visión del paciente como infirmus (no firme), consideraba a la persona disminuida física y psíquicamente, y, por tanto, necesitada de que paternalmente se le hiciera el bien, incluso sin su consentimiento.

Hoy ha surgido el derecho del paciente: no es posible ya abordar la relación odontólogo-paciente solamente a través del profesional (del llamado principio de beneficencia), sino que es preciso también contar con el enfermo (al que corresponde el principio de autonomía). Este sabe que debe ser objeto de estudio, pero al mismo tiempo quiere ser tenido en cuenta como sujeto capaz de tomar decisiones y en posesión de derechos. Esta revalorización en la sociedad occidental del principio de autonomía del paciente condujo la relación clínica a un carácter fuertemente contractual. Surge así, el documento de consentimiento informado (DCI), entendido como la autorización para iniciar un plan de tratamiento, que intenta afianzar el diálogo, recuperar la confianza y reforzar la contractualidad ubicándose, para ello, en el seno de la relación paciente-odontólogo.

El derecho al consentimiento informado comienza lentamente a formar parte de las distintas prácticas asistenciales odontológicas en Argentina, favorecido, además, por el incremento de las demandas judiciales contra los profesionales sanitarios, por la existencia hoy en día de diferentes alternativas terapéuticas para una misma enfermedad, y porque los

ciudadanos han accedido al conocimiento de diversos aspectos de la Medicina y Odontología a través de los medios de comunicación, modificando así la demanda del paciente.

El DCI integra actualmente el protocolo de atención de las prácticas odontológicas realizadas en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (F.O.U.N.L.P), ya sea en las llevadas a cabo en el grado como en las distintas Carreras y experiencias educativas de postgrado. En esta última instancia de aprendizaje, la complejidad y la gran cantidad de prácticas asistenciales hace que el documento ocupe un lugar significativo en la relación paciente-profesional. En este sentido, una de las experiencias educativas de más relevancia en el postgrado lo constituyen las *Residencias Odontológicas Universitarias*.

Las *Residencias Odontológicas Universitarias* se presentan como un sistema educativo del graduado reciente que tiene por objeto completar su formación integral ejercitándolo en el desempeño responsable y eficaz de la práctica odontológica. Se desarrollan según un programa educacional predeterminado, mediante la ejecución personal, bajo supervisión, de actos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes. El objetivo fundamental de las *Residencias Odontológicas Universitarias* es centrar la formación del odontólogo residente en el concepto de salud, pero no ya entendido como un asunto privado de cada persona sino como una responsabilidad social que debe ser asumida con enfoque preventivo, mediante el mejoramiento de la salud de la población. Se trata de mantener actitudes de apertura a las necesidades de salud buco-dental actual o potencial y de dar respuesta a las demandas sociales de tratamiento. La práctica está vinculada a la salud colectiva y la resolución de los problemas concretos de la salud oral de la población.

Las *Residencias Odontológicas Universitarias* asumen como eje de la formación del odontólogo residente la prevención y el mantenimiento de la salud oral de la comunidad y no la enfermedad del individuo. Por ello las experiencias educativas propuestas a los residentes durante su proceso de formación son pertinentes a estos objetivos. Constituyen entonces, un sistema más, donde el graduado inscripto recibe una enseñanza-aprendizaje permanente y continua, aplicada en la modalidad docencia-servicio con transferencia a la comunidad, para una mejor calidad de vida y salud bucal.

Por todo lo anterior, las actividades de capacitación del odontólogo residente se basan en una amplia, comprometida y creciente participación en el trabajo de salud comunitario mediante

la resolución de problemas de salud oral desde la realización de experiencias prácticas. Se constituyen así, equipos de trabajo donde se desarrollan distintas actividades, entre las que se encuentran: análisis de casos, estudio de distintas temáticas, desarrollo de proyectos de investigación, prácticas asistenciales complejas programadas y planificadas en el equipo. Una de las temáticas centrales de estudio es la relación paciente-profesional, y en particular, la implementación del acto de consentimiento por parte del paciente como espacio de diálogo y reflexión de la citada relación clínica.

Por tanto, se estudiará la enseñanza del DCI brindada a los equipos de trabajo de las Residencias Odontológicas Universitarias.

OBJETIVOS

- Establecer los fundamentos bioéticos que sustentan la enseñanza del DCI en los equipos de trabajo del programa de las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P.
- Determinar el rol que ocupa el DCI en la enseñanza de las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P.

METODOLOGÍA

Se realizó una investigación de tipo exploratoria y descriptiva realizando una búsqueda bibliográfica en textos específicos en la materia, y en el centro de documentación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. Asimismo, se consultó en bases de datos en Internet (Medline, Lilacs, entre otras) que facilitaron la revisión del tema en reconocidas publicaciones nacionales y extranjeras.

Por otra parte, se realizaron entrevistas personales abiertas y semiestructuradas a expertos nacionales y extranjeros en la temática. Asimismo, se entrevistó a los dictantes de la temática en el programa de las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P. Posteriormente,

se analizaron los datos proporcionados por los registros obtenidos, y se compararon los resultados con otros hallazgos de la Bibliografía.

RESULTADOS

Fundamentación ética de la enseñanza del Consentimiento Informado en las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P.

Tradicionalmente muchas culturas, incluida la propia, han investido a los sanadores de un respeto y autoridad únicos sobre sus pacientes. El paternalismo imperante en toda la medicina tradicional condujo a que al odontólogo no se le pidieran explicaciones sobre su actuación ni que él estuviera obligado a darlas.

El liberalismo trastocó esta concepción y condujo, en el orden sanitario, a considerar al paciente como individuo autónomo, capaz de recibir toda la información necesaria y de tomar decisiones libres sobre su propia salud.

El consentimiento para iniciar un tratamiento surge en la tradición legal angloamericana, ya que generalmente se reconoce que el primer caso referido de exigencia de consentimiento al tratamiento médico es el caso británico del siglo XVIII (1767) de Slater contra Baker y Stapleton en el que el demandante pidió a los médicos Baker y Stapleton que le quitaran los vendajes de una fractura de pierna parcialmente consolidada. En vez de eso, los demandados refracturaron la pierna y le colocaron un aparato experimental para estirla y enderezarla durante la recuperación. El Tribunal, en el fallo a favor del demandante, expuso: "...y está claro que es razonable que un paciente debería ser informado de lo que se le va a hacer, para que se arme de valor y se haga cargo de la situación, de modo que pueda afrontar la operación".

Por tanto, el consentimiento informado no parte en su origen de la Ética, como ocurre con el secreto médico, sino del Derecho. Y esto es lógico, porque el principio ético de la tradición médica ha sido siempre el de Beneficencia, de modo que el de Autonomía, del que deriva el consentimiento informado, aparece muy posteriormente en la Medicina, de mano de la ética jurídica.

Realmente el término consentimiento informado (*informed consent*) fue utilizado por primera vez en el Estado de California en 1957, en el caso de Salgo contra la Universidad de Stanford. Martin Salgo sufrió una parálisis permanente a consecuencia de una aortografía translumbar, y denunció a su médico por negligencia profesional y por no haberle informado del riesgo de parálisis. La sentencia estableció que no solamente era preciso obtener el consentimiento del paciente sino también informarlo adecuadamente.

Se suele entender por consentimiento informado el proceso por el que se proporciona al paciente información relevante para que pueda decidir libremente ante cualquier indicación terapéutica o experimental. El término consentimiento proviene del latín: *cum sentire* = sentir con, juntamente con; por tanto, "estar de acuerdo", "asentir". Pero para estar de acuerdo con alguien hay que saber y entender lo que dice, y para sentir con él es necesario hacerlo en libertad. Por ello, el consentimiento informado precisa de tres componentes: información, capacidad de comprensión o competencia, y voluntariedad.

El consentimiento informado forma parte de la atención que se presta al paciente, es decir, es un acto clínico más, y como tal depende de los avatares de la relación odontólogo-paciente. Pero un acto clínico siempre entraña elementos subjetivos que no pueden ser mecanizados, aún así, el consentimiento informado debe ser escrito en virtud de reforzar esa instancia de encuentro entre el paciente y su profesional.

En el proceso que supone el consentimiento informado, se ha de tener en cuenta que la información unidireccional no es suficiente para garantizar la adecuada comprensión del paciente que le permita optar por una elección libre. Es preciso el diálogo, y en ese diálogo es imprescindible valorar lo que el paciente dice y no dice, sus acciones y omisiones.

Además, el consentimiento informado exige también tener en cuenta el tiempo, el momento en que se lleva a cabo. Los pacientes pueden modificar sus elecciones y decisiones de un momento a otro, no tienen por qué adoptar siempre las mismas, y esto puede obligar a renovar las condiciones del consentimiento.

Desde una perspectiva bioética, la relación odontólogo-paciente exige que las personas implicadas en la misma discutan todo lo referente a las decisiones a tomar sobre diagnóstico, exploraciones y tratamiento. El respeto a la autonomía del paciente constituye la base de la doctrina del consentimiento informado. Desde los juicios de Nürenberg el consentimiento

informado ha sido uno de los elementos más importantes de la práctica biomédica. Pero así como al principio surgió para disminuir el peligro potencial que se podía crear a los sujetos de experimentación, luego se ha centrado su justificación en la protección de las elecciones autónomas de los sujetos, en el principio de autonomía.

Ahora bien, la fundamentación bioética del consentimiento informado se extiende más allá, encontrando su raíz última en la dignidad de la persona. El hombre es sujeto, no objeto, es fin y no medio, lo que supone que no se puede decidir por él, ni puede ser manipulado. Las implicaciones son claras: es necesario su "consentimiento", y es imprescindible aportarle "información" para que pueda darlo libremente. Pero también, como sujeto y fin que es, el hombre exige que se tengan en cuenta sus propias características personales, y que se le dé información en función de sus intereses y circunstancias psicológicas, es decir, se le suministre una información "apropiada".

Cuando el enfermo acude a un profesional de la salud entra en un campo para él nada familiar: no conoce la terminología ni las opiniones odontológicas, mientras que el odontólogo cuenta con una comunidad de colegas para reforzar sus puntos de vista y encontrar apoyo para sus recomendaciones. En este contexto el paciente se siente como en una cultura extraña, y corre, por tanto el riesgo de ser un marginado. Por otra parte, el encuentro con el diagnóstico y tratamiento odontológico puede traer consigo cambios importantes en la propia vida, por lo que el sujeto enfermo podría rechazar el encasillamiento diagnóstico que tanto puede perjudicarlo.

Por último, no es posible concebir el consentimiento informado más que en el interior de la relación del profesional odontólogo con su paciente. Solamente si existe una relación apropiada se darán las circunstancias básicas para un correcto consentimiento informado.

Rol del DCI en la enseñanza de las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P.

El odontólogo debe proveer información considerando la naturaleza del tratamiento propuesto, los beneficios y los riesgos del mismo, y los beneficios y riesgos de los tratamientos alternativos, incluyendo el rechazo al tratamiento. Especialmente, durante el primer contacto con

un nuevo paciente, el odontólogo puede jugar un rol vital alentando al paciente para que descubra sus propios intereses y expectativas. De ahí que la comprensión de estos conceptos filosóficos se presenta como fundamental en odontólogos que se forman profesionalmente en el programa de Residencias.

La formación de los residentes es llevada adelante con la participación de los pacientes como sujetos del proceso enseñanza-aprendizaje en donde se les presenta los riesgos y beneficios. Esta tarea se funda en el derecho de los pacientes a decidir sobre su propia salud. En este sentido, desde el punto de vista de la Ética se presentan los principios y valores que justifican el trato que los residentes llevan adelante en los cuidados de sus pacientes.

A partir de lo expuesto en el acápite respecto a la fundamentación bioética, la enseñanza del consentimiento informado presenta tres condiciones o componentes del mismo: información, voluntariedad y capacidad de comprensión o competencia.

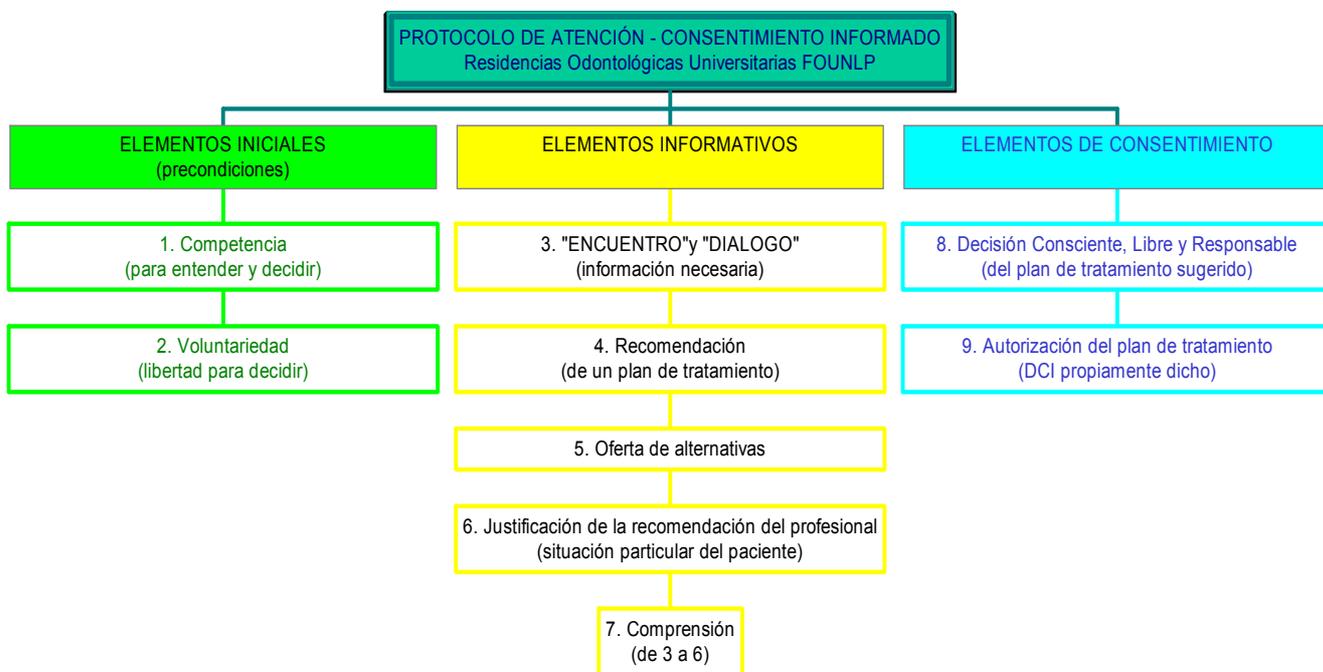
Si se considera que ambos miembros de la relación son personas, es decir, sujetos y no objetos, fines y no medios se comprenderá que no es posible aportar información al paciente sin tenerlo en cuenta de modo imprescindible y fundamental, porque no existe un consentimiento informado como algo generalizable; el consentimiento informado siempre es algo concreto, de cada caso particular; si no fuera se estaría reduciendo la relación clínica, y aunque se hubiera cumplimentado con los requisitos del consentimiento, se lo habría hecho, probablemente, desde un punto de vista legal, pero no ético.

La información necesita de la comprensión, y la capacidad de comprensión es propia de cada persona, y no es solamente un acto racional, sino también emocional. El ser humano es diverso, y diferente su interpretación de la realidad y de la información que procesa.

Ahora bien, en una relación siempre es posible la manipulación, y tanto más cuanto mayor sea la dependencia de uno de los miembros de la misma con respecto al otro. Y la relación profesional profesional-paciente es doblemente asimétrica: el paciente es el que sufre y el que demanda ayuda. Y es el odontólogo el encargado de sacarlo del sufrimiento y de prestarle esa ayuda. Si la relación no es bien manejada por el profesional, si no tiene en cuenta los diversos fenómenos que en ella se dan, el que pueda aparecer manipulación, incluso inintencionada, es una realidad frecuente. Por ello, la voluntariedad implica una adecuada relación desde el punto de vista ético-técnico. Es desde esta perspectiva, que en el programa de Residencias la enseñanza

del DCI ocupa un lugar muy importante en los equipos de trabajo, ya que se estudian, analizan y discuten las distintas situaciones que se presentan en la relación clínica. De este modo, los equipos intentan revertir situaciones que hubieran sido negativas y fortalecer y acrecentar aquellas que promovieron el diálogo y el encuentro con el paciente.

Con todo, se puede sintetizar el protocolo de atención que se enseña para las distintas prácticas asistenciales de los equipos de trabajo de las *Residencias Odontológicas Universitarias* a partir del siguiente esquema, inspirado en el realizado por Beuchamp y Childress (1998) en su texto “Principios de Ética Biomédica”:



CONCLUSIÓN

El consentimiento informado permite un equilibrio entre el principio de beneficencia (hacer lo mejor por el paciente) y el de autonomía (tener en cuenta la libertad de elección del mismo). Desde esta mirada se instala en el centro de la relación clínica establecida por los equipos de trabajo del programa de las Residencias Odontológicas Universitarias de la F.O.U.N.L.P.

Su enseñanza se plantea desde un marco bioético que procura formar a los residentes desde una cosmovisión integral de la persona humana, promoviendo su dignidad y buscando, desde allí, el cuidado de su propia salud. Fruto del encuentro y diálogo producidos en el seno de la relación clínica, entre el profesional y el paciente, será la elección consciente, libre y responsable del plan de tratamiento propuesto. Por esto último, encuentra su importancia las instancias de aprendizaje propuestas en las prácticas asistenciales por los instructores, y el estudio de la temática en los equipos de trabajo en los seminarios teóricos.

Hoy se hace cada vez más necesario la mirada de la Bioética la enseñanza de los profesionales de la salud y, en particular, de aquellos profesionales que continúan con su formación en el postgrado de las altas Casas de Estudios. La relación clínica constituye así es el centro de la mirada bioética, y el DCI la manifestación concreta de la misma.