

## CARACTERIZACIÓN DEL ENCUADRE LEGAL EN LA RELACIÓN CLÍNICA ENTRE EL PACIENTE Y SU ODONTÓLOGO EN LA CIUDAD DE LA PLATA

Autores: MIGUEL Ricardo<sup>1</sup>, POLVORA Beatriz<sup>2</sup>, BONACINA Diana<sup>3</sup>, SAPORITTI Fernando<sup>4</sup>, IANTOSCA Alicia<sup>5</sup>, ZEMEL Martín<sup>6</sup>, COCCO Laura<sup>7</sup>

Institución: Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina).

### **Dirección y teléfono del Autor responsable:**

***Prof. Dr. Ricardo MIGUEL***

***Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina)***

Avda. 51 entre 1 y 115 – 1900 La Plata

Telefax: 54-221-423677

e-mail: postgrado\_folp@yahoo.com

### **Introducción**

Históricamente, la relación odontólogo-paciente era de tipo paternalista o vertical, de forma que el odontólogo desempeñaba el papel de tutor y el enfermo, el de desvalido. Dicha situación estaba fundada en la confianza que reinaba en ese sólido vínculo determinado entre ambos. Es desde esa concepción que se puede comprender que la palabra enfermo provenga del término latino *infirmus*, es decir, débil, sin firmeza, pero no sólo física, sino también moral. Por tanto, histórica y tradicionalmente se prescindió del parecer y consentimiento del paciente.

Lejos queda aquel paradigma paternalista, basado esencialmente en el principio de beneficencia, donde el odontólogo decidía aisladamente en la mayoría de los casos, la actitud terapéutica adecuada a cada paciente ("todo para el enfermo, pero sin el enfermo"). Queda desechada así, la errónea tendencia a pensar que un ser en estado de sufrimiento no es capaz de tomar una decisión libre y clara, fruto del libre ejercicio de su conciencia. De esto se sigue, la instauración de un nuevo deber profesional: el de

---

<sup>1</sup> Doctor en Odontología

<sup>2</sup> Odontólogo

<sup>3</sup> Odontólogo

<sup>4</sup> Odontólogo

<sup>5</sup> Odontólogo

<sup>6</sup> Odontólogo

<sup>7</sup> Odontólogo

informar al paciente todo lo concerniente con su salud bucal y los medios para conservación o recuperación. Por tanto, la relación clínica se ha modificado bastante en los últimos treinta años. A ello han contribuido, entre otros, varios factores: *a)* los nuevos modos de ejercer la odontología por parte de los profesionales y, en particular, de aplicar los avances tecnológicos; *b)* los cambios culturales de la sociedad occidental que han desarrollado una nueva disciplina transdisciplinar, la Bioética, avanzando así en el reconocimiento de la autonomía de los pacientes para decidir sobre su vida, su salud y su propio cuerpo; y *c)* el número creciente de demandas judiciales y de sentencias de los tribunales acerca de los casos que plantearon un conflicto sobre la información clínica y, en concreto, el consentimiento informado en la práctica diaria.

La Bioética, creada por Potte, es una disciplina que integra el estudio sistemático de la conducta humana, en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud; en tanto que dicha conducta es examinada por los principios y valores morales. T. Beauchamp y J. Childress, en su teoría "Principios" dan por aceptados cuatro principios fundamentales: No maleficencia – beneficencia – autonomía – justicia. Es en el principio de autonomía donde se reconoce la individualidad del paciente, su unidad como persona. Todo sujeto es responsable de las acciones y decisiones que tome. El respeto por la autonomía del paciente y la información sustancial del conocimiento debe ser bien otorgado al mismo, o a sus familiares directos, usando términos simples y comprensibles, adaptados a la condición cultural y anímica de cada caso. El profesional debe actuar en forma oportuna, claramente, poniendo en conocimiento al paciente de todos aquellos detalles significativos sobre su tratamiento con el fin de evitar contratiempos. El deber informativo incluye todos aquellos aspectos en relación al estado de salud bucal, diagnóstico, pronóstico, terapéutica y posibles consecuencias. Debe ser veraz, no generar falsas expectativas y no minimizar información sobre riesgos. En este sentido, deben informarse los riesgos de baja malignidad y alta frecuencia y aquellos otros de alta malignidad y baja frecuencia de aparición luego de someterse a un tratamiento específico. Quedan exentas de informar sólo las consecuencias que no se puedan prever.

Estos cambios producidos en la odontología durante los últimos años, dieron origen a un nuevo modelo, donde el profesional debe informar a su paciente y a la población en general todo lo concerniente a la salud bucal de los mismos. Esta nueva "relación de comunicación" tiene como objeto brindar al paciente una amplia información clínica. Formar y educar a los pacientes incluye, entonces, aspectos bioéticos y odontológicos relacionados con la salud integral. Hoy día, el incumplimiento por parte del odontólogo de brindar información implica defraudar la confianza, provocando un daño moral y económico al paciente.

Si bien esta nueva manera de comprender y desarrollar la relación clínica está en un alto grado de evolución en muchos países del mundo, en la Argentina y, en particular, en el ejercicio profesional de la odontología en la provincia de Buenos Aires, pareciera encontrar algunos obstáculos por parte de los profesionales. A partir de lo mismo, se comenzó a pensar y transitar un camino de investigación y docencia en el cual el nuevo modelo imperante pudiera ser analizado, debatido y reconstruido por profesionales platenses.

Este trabajo se fundamenta, entonces, en la necesidad de obtener datos sobre la identificación del concepto del documento de consentimiento informado realizado por odontólogos en su práctica profesional. La investigación permitirá conocer diferentes

aspectos, respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual, en las prácticas odontológicas que se llevan a cabo en el Partido de La Plata y alrededores.

Se establecieron como objetivos de investigación:

1. Examinar la práctica social del odontólogo en la sociedad actual.
2. Comparar datos obtenidos respecto a la información y utilización del documento de consentimiento informado en Odontólogos del Partido de La Plata y alrededores.
3. Generar un espacio de reflexión en torno a los alcances del deber de informar en la práctica clínica.

## Material y Métodos

Se realizó una investigación descriptiva llevándose a cabo un estudio comparativo sobre variables parciales obtenidas mediante una encuesta estructurada, voluntaria y anónima a 1000 odontólogos de ambos sexos (tomados al azar) que se desempeñaban profesionalmente en el Partido de La Plata y alrededores.

Se mantuvieron entrevistas con autoridades de las distintas Instituciones Odontológicas profesionales y académicas de la zona descripta con el objeto de solicitar autorización para llevar a cabo la citada encuesta. Asimismo, se tomaron encuestas a profesionales en dependencias sanitarias públicas y a otros en sus respectivos consultorios particulares.

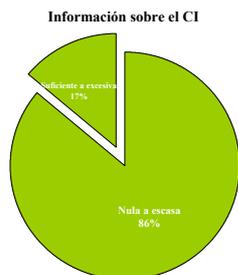
La muestra fue separada en 3 rangos etarios. Tamaño de la muestra N: N1=334 Jóvenes hasta 30 años, N2=473 Adultos Jóvenes, 31 a 50 años, N3=193 Adultos, 51 a 70 años.

## Resultados

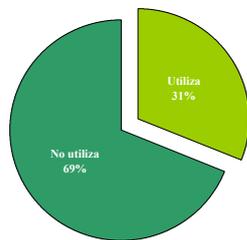
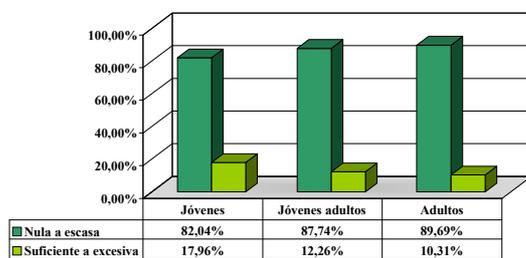
Del análisis del instrumento de trabajo tomado a 1000 odontólogos del Partido de La Plata y alrededores, de ambos sexos, los resultados fueron:

Sobre la variable conocimiento se agruparon los datos en 2 niveles de información: registrando: Nula a escasa=863, Suficiente a Excesiva=138. La frecuencia de los datos presenta la siguiente distribución: Jóvenes: Nula a escasa=274, Suficiente a Excesiva=60. Adultos Jóvenes: Nula a escasa=415, Suficiente a Excesiva=58. Adultos: Nula a escasa=174, Suficiente a Excesiva=20.

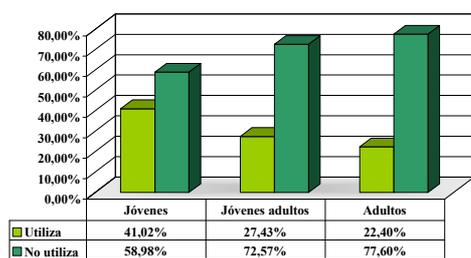
Sobre la variable utilización del documento se registró: Utiliza=310, No utiliza=690. La frecuencia de los datos presenta la siguiente distribución: Jóvenes: Utiliza=137, No utiliza=197, Adultos Jóvenes: Utiliza=130, No utiliza=344, Adultos: Utiliza=43, No utiliza=149.



Utilización del CI

Comparación de la información sobre el CI  
entre los grupos etarios

**Comparación sobre la utilización del CI  
entre los grupos etarios**



## Discusión

Es un derecho del paciente recibir información con respecto al diagnóstico y terapéutica que va a recibir permitiéndole tomar una decisión, con autonomía y libertad, sobre la base de los riesgos y beneficios. El odontólogo debe estar preparado para afrontar su ejercicio profesional revalorizando la Educación para la Salud. Su rol en la sociedad, y su protagonismo en las vivencias del paciente, le permiten intervenir en los cambios respecto a los elementos que tengan que ver con su salud bucal. Esto último provoca un impacto modificando el hecho y sus circunstancias, no sólo en él sino en su grupo familiar e indirectamente en la comunidad toda.

Al desaparecer la cosmovisión paternalista e instaurarse como paradigma una relación con predominio contractual entre ambos, se abandona la idea falsa de que un paciente por tener una afección no puede formular una elección libre y voluntaria, imponiéndose el deber de informar y registrar por escrito el contrato establecido. No obstante, el conocimiento del documento de consentimiento informado en los profesionales platenses se encuentra todavía en un bajo nivel (86,21%) pudiendo ser causado, entre otras cosas, por su ausencia en la formación académica de odontólogos de mediana y avanzada edad. En este sentido, los profesionales más jóvenes, que han encontrado en su tránsito académico un espacio de análisis sobre este proceso tampoco consideran tener los conocimientos óptimos para su confección y cumplimentación (82,04%). Esto último podría estar encuadrado en un desinterés por adquirir los conocimientos mínimos dada la falta de una legislación que normalice su utilización y le de curso obligatorio.

Con lo descrito se podría pensar que la implementación del documento de consentimiento informado sería muy lenta en el ámbito de la profesión odontológica platense. Sin embargo, la muestra relevada denotó una importante utilización del documento (31%) aún con la no exigencia legal del mismo puntualizada anteriormente. Y este dato cobra mayor relevancia cuando son los mismos profesionales jóvenes que relataban no tener los conocimientos los que lo cumplimentan a diario (41,02%). De este modo, se podría descartar la hipótesis de un desinterés por el mismo por otra que sostenga su interés, y que sean otras causas las que provoquen, en este grupo erario, su poco conocimiento en como implementarlo. Por tanto, se estima que nuevas líneas de investigación podrán ir desarmando la realidad para analizarla y hacer aportes significativos a la misma.

Con todo, se observa que aún quienes implementan hoy día el proceso de consentimiento informado en la práctica asistencial, lo hacen sin los conocimientos mínimos. Por este motivo, surge la necesidad de generar nuevos espacios educativos, formales y no formales, para la comunidad profesional toda.

## Conclusiones

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir hasta este momento: que 1-A medida que avanza la edad, el odontólogo manifiesta usarlo menos y la información que dice tener tiende a ser nula o escasa. 2- En general, de cada 10 odontólogos: 9 expresan poseer conocimientos nulos o escasos y 3 utilizarlo. Por lo tanto, de cada 3 que manifiestan utilizarlo, 2 de ellos lo hacen sin tener los

conocimientos suficientes. Será conveniente entonces, evaluar la oportunidad de abrir nuevos espacios educativos, formales y no formales, para su análisis y debate en la comunidad profesional platense.

**Referencias:**

1. Basso D. Los Fundamentos de la Moral. 2da. ed. Buenos Aires: Educa; 1997
2. Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13(4):344-52
3. Bridgman H. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum (Comment). Br Dent J. 1999; 187(8):406
4. Christensen G.J. Informing patients about treatment alternatives. J Am Dent Assoc. 1999; 130(5):730-32
5. Derechos de los Pacientes Bioética. Temas y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud Pública; 1998.
6. Gostin L.O. El consentimiento informado, la sensibilidad cultural y el respeto a las personas. JAMA (ed esp) 1996; 5(4):159-60.
7. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. Ética en la práctica clínica. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
8. Hartshorne J.E. Principles of valid informed consent to treatment in dentistry. J Dent Assoc South Africa. 1993; 4(2):120-22
9. Hirsch A.C. Ethics in dental practice. J Am Dent Assoc. 1986; 113(4):559-603
10. Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. J Clinical Ethics. 2000; 11(1):3-13
11. Lolas Stepke F. Temas de bioética. Santiago de Chile: Edit. Universitaria; 2002.
12. Lugo E. Relación médico-paciente. Buenos Aires: Ágora Editores; 2001.
13. Manrique L. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. Rev Argent cir. 1991;3:33-35
14. Miguel R. Consentimiento informado en odontología. La Plata: Edufolp; 2004
15. Nash D.A. Ethics in dentistry: review and critique of Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. J Am Assoc. 1984; 109(4):597-603
16. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. J Clinical Ethics. 2002; 13(1):72-7
17. Schouten L. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. Int Dent J. 2001; 51(1):52-4

Gráfico 1

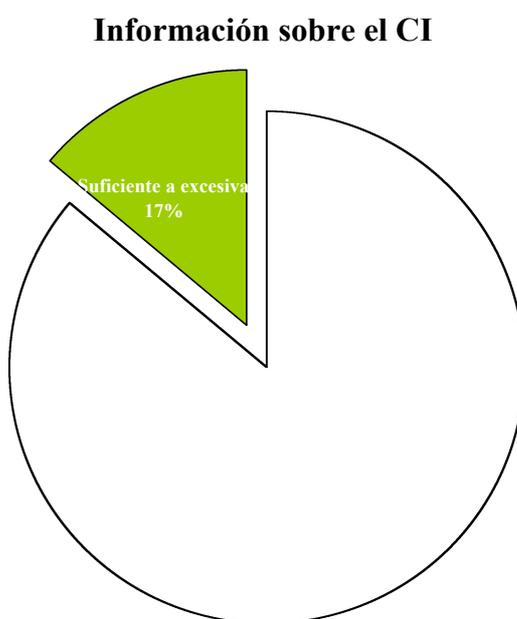


Gráfico 2

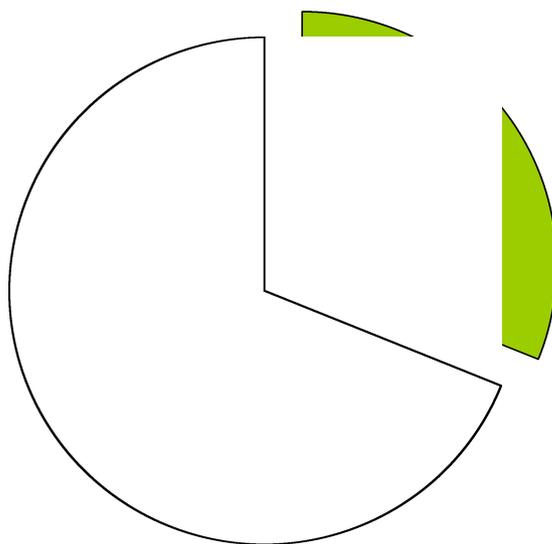
**Utilización del CI**

Gráfico 3

### Comparación de la información sobre el CI entre los grupos etarios

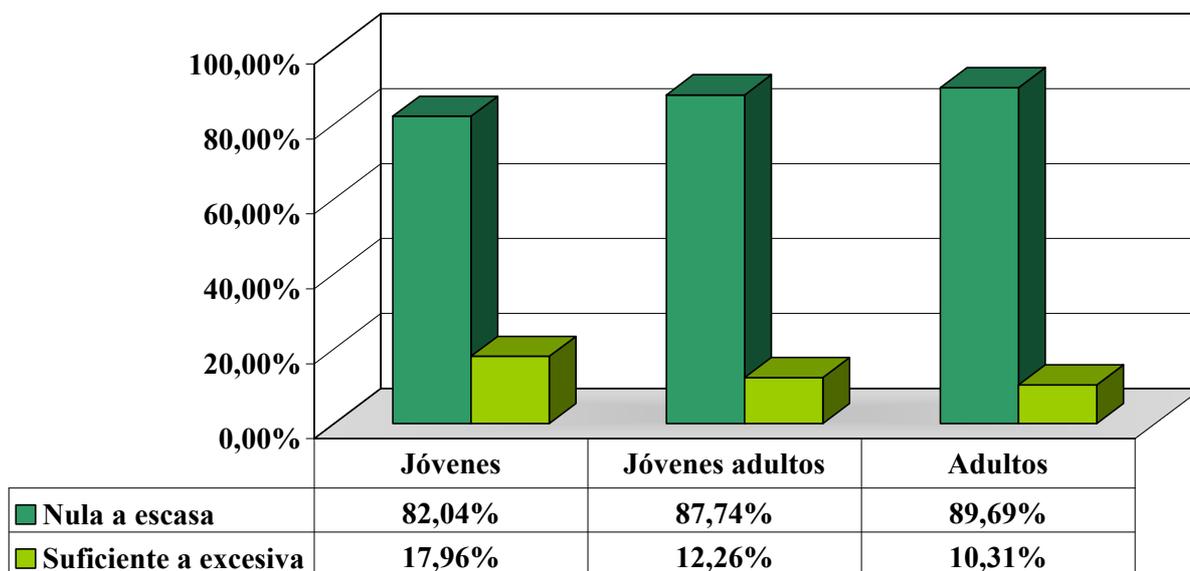


Gráfico 4

### Comparación sobre la utilización del CI entre los grupos etarios

