

FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LAS DIMENSIONES BIOÉTICA Y LEGAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA ODONTOLÓGICA

MIGUEL Ricardo, COCCO Laura, ZEMEL Martín, SAPIENZA María Elena, PÓLVORA Beatriz, IANTOSCA Alicia, SAPORITTI Fernando

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

RESUMEN

En un momento donde la calidad, excelencia y seriedad académica son un reclamo generalizado a la Universidad, la educación odontológica debe estar actualizada acorde a los cambios científicos, tecnológicos y ético-legales. En la generación de futuros profesionales es relevante orientar hacia nuevas modalidades en la relación paciente-odontólogo familiarizando al estudiante con las cuestiones ético-legales, que hacen a la profesión, acerca de la implementación del proceso de consentimiento informado (PCI).

El PCI constituye actualmente una práctica de rutina en la consulta odontológica donde paciente y profesional comparten la decisión del plan de tratamiento. Por tanto, cabe revisar los procesos de enseñanza de los aspectos bioéticos y jurídicos que incluye el PCI en la formación de recursos humanos en odontología.

Objetivos: El Objetivo general fue examinar la práctica social del odontólogo en la sociedad actual, y generar un espacio de reflexión referido a las dimensiones bioética y legal de la práctica clínica odontológica. El objetivo particular del trabajo fue evaluar la enseñanza y aprendizaje de los aspectos bioéticos y jurídicos del PCI en estudiantes que cursaban el Ciclo Clínico-Socio-Epidemiológico de la Carrera de Odontología de la FOUNLP.

Método: Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: a) implementación del PCI. y b) conocimientos teóricos sobre aspectos bioéticos y jurídicos del PCI. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 104 alumnos regulares del quinto año de la Carrera de Odontología de la FOUNLP.

Resultados: La edad mínima fue 22 y máxima 37, promedio 24.91, moda y mediana 25 años. En relación con la variable "implementación del PCI", la totalidad de la muestra demostró implementar el PCI en las prácticas clínicas curriculares. En este tiempo, el tiempo insumido fue: hasta 5 minutos = 64 (61,54%), hasta 10 minutos = 26 (25,0%), hasta 25 minutos = 14 (13,46%). En relación con la variable "conocimientos teóricos sobre aspectos jurídicos del PCI" la distribución fue: identificación de conceptos básicos de la Especialidad = 92 (88,46%), identificación de procedimientos legales para la elaboración de los documentos odonto-legales = 89 (85,58%), identificación de los pasos del protocolo del PCI = 91 (87,50%). En este sentido, 79 (75,96%) estudiantes señalaron la necesidad de obtener mayores espacios específicos de formación.

****** Se observó entonces un nivel satisfactorio de conocimientos en las temáticas propuestas, aunque los alumnos siguen solicitando más espacios de formación

INTRODUCCIÓN

La Odontología se encuentra en una nueva era en la cual los pacientes buscan una mayor respuesta sobre las distintas alternativas en el cuidado de su salud, aumentando así la demanda por la información de alta calidad sobre opciones clínicas. La solución ideal sería brindar una información de alta calidad para ayudar a los pacientes a entender riesgos, ventajas, e incertidumbres potenciales de opciones clínicas y asistir en la selección de la opción que se acomode lo mejor posible a sus preferencias personales.

Hasta la primera mitad de este siglo, la Ética se circunscribía al ámbito filosófico. Es decir, los eticistas se dedicaban a reflexionar acerca de las distintas morales y de las distintas éticas manteniéndose en un plano de abstracción. Sin embargo, pronto fueron inquiridos para dar respuestas concretas a problemas que, cada vez con mayor frecuencia, ocurrían en el mundo.

Estos problemas de naturaleza ética pertenecían a distintas áreas: la política, la economía, el periodismo, el medio ambiente, la medicina. Probablemente haya sido la medicina el campo más fértil para el trabajo de los filósofos dedicados a la ética.

De este modo, cuando se solicita a estos pensadores resolver los conflictos que se suscitaban en las disciplinas citadas, surge lo que se da en llamar ética aplicada. Así, aparece la ética aplicada a la política, la ética aplicada a la economía, la ética aplicada al periodismo, la ética aplicada a la medicina o a la biología (bioética), etc.

Así como la Ética es una disciplina filosófica, la Ética aplicada es, en primer lugar, una interdisciplina. Esto significa que para practicarla se requieren conocimientos de varias disciplinas. Por ejemplo quien quiera trabajar en ética aplicada a la economía tendrá que conocer teorías éticas pero también teorías económicas.

Por lo tanto, la Bioética "en sentido amplio" se puede definir como la reflexión ética aplicada a los problemas morales que tienen que ver con la vida, es decir, que dentro de su campo se incluirían problemas vinculados al medio ambiente, al trato con animales y a la práctica de la medicina. Si, por el contrario, se utiliza el término "en sentido estricto" se dirá que se trata de la reflexión ética aplicada a los conflictos morales que surgen en la práctica de la medicina o de otras disciplinas afines. Estos conflictos estuvieron originariamente ligados con la investigación en seres humanos, por ejemplo los experimentos que se realizaron en los campos de concentración nazi, en niños, en personas discapacitadas o incluso en adultos normales pero sin solicitar su autorización.

Pero hoy día los problemas bioéticos no se restringen a la investigación y resultan muy numerosos en función de los adelantos tecnológicos de las últimas décadas. Por ejemplo, se plantean interrogantes acerca de si es correcto o no realizar técnicas de fertilización asistida, practicar la clonación de animales o de seres humanos, suspender un tratamiento extraordinario en un paciente terminal, autorizar la eutanasia, decir la verdad al paciente cuando padece una enfermedad grave, informar sobre el diagnóstico y el plan de tratamiento a recibir, explicar al paciente medidas para conservar su salud, entre otros..

Según Mainetti (1993) las causas que dieron origen a la bioética serían las siguientes:

- Medicalización de la vida: evidenciada a través del lenguaje médico en otros discursos ("la situación es difícil pero haremos el diagnóstico y tratamiento correctos") o de la medicina preventiva (exámenes preocupacionales, prematrimoniales, etc.)
- Avances científico - tecnológicos: creación de las unidades de terapia intensiva, implementación de técnicas de fertilidad asistida, etc.
- Revolución biomédica : posibilidad de remodelar la genética humana.
- Investigación en seres humanos: abusos cometidos en la posguerra a pesar de los códigos y declaraciones tendientes a la protección de las personas. En este aspecto, la realización compulsiva de investigaciones sin previa autorización del paciente fue una constante en dicho período.

Ahora bien, la Bioética, en tanto Ética aplicada, también es una interdisciplina. Esto quiere decir que, si bien sus dos fuentes principales son la ética y la medicina, también

abreva de otros saberes como la Antropología, la Psicología, el Derecho, entre otras. De allí que algunos sostengan que la Bioética, más que Ética aplicada, es Ética práctica. No consiste simplemente en aplicar los principios o procedimientos elucidados previamente a partir de una ética general. Consiste 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" que funcionan en Hospitales, Instituciones ligadas a la Salud, entre otras. Estos Comités están integrados por profesionales de la salud (médicos, odontólogos, 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 tratar de arribar a las soluciones posibles.

Recientemente se ha marcado el carácter trasdisciplinario de la Bioética. (Outomuro, 2003)

Antes de continuar con la introducción de la presente investigación, parece conveniente sumar una apretada síntesis de esta disciplina, que originará nuevas reglas éticas a partir de las cuales se sustenta el consentimiento informado solicitado a los pacientes en las prácticas sanitarias.

El término "bioética" es utilizado por primera vez por Van Rensselaer Potter quien introdujo este neologismo en el título de su libro *Bioethics: Bridge to the future* publicado en 1971.

Por los años 70, filósofos y médicos adoptaban posturas extremas existiendo un divorcio entre ellos. Los filósofos sostenían que aportaban la "forma" y los médicos los datos clínicos, es decir, la "materia" en términos aristotélicos. Hasta aquí sólo se contaba con la llamada "Deontología médica" entendida como un código de obligaciones cuasi jurídico para el médico.

En 1979, el filósofo Brody propone un procedimiento propio para la bioética pues entiende que su tarea no consiste en aplicar simplemente las teorías éticas a la clínica sino que, en tanto interdisciplina, debe contar con un método particular. Parte de la idea de que la estructura de los juicios éticos no es: "No debo x", ni tampoco "En ninguna condición, una persona no debe x". Siempre hay que tener en cuenta tres aspectos: qué (z), quién (y) y en qué circunstancia (x). Por lo tanto, la estructura de un juicio ético habrá de ser: "He decidido hacer z, y cualquier persona y en las mismas circunstancias x, debe hacer z".

Entre 1974 y 1978 se reúne la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (Estados Unidos de América) y en 1978 da a conocer su informe, el Belmont Report, en el que se formulan tres principios:

Respeto por las personas: los individuos deben ser tratados como seres *autónomos* y *debe obtenerse su consentimiento* para realizar cualquier investigación; cuando la autonomía se encuentre reducida, los seres humanos deben ser objeto de protección.

Beneficencia: se rechaza la beneficencia como caridad o acto supererogatorio y se la entiende como obligación; consiste en, por un lado, no hacer daño y, por otro, maximizar los beneficios y minimizar los riesgos.

Justicia: entendida como imparcialidad en la distribución de los riesgos y beneficios de una investigación.

El informe Belmont formula los principios en el orden expuesto aunque, históricamente, el primero es el de beneficencia, luego aparece el de justicia y el último es el de respeto por las personas. El orden lexicográfico de los principios del informe permite resolver cualquier conflicto o que surja entre ellos.

En 1979, dos integrantes de la National Commission, paradójicamente precedentes de corrientes filosóficas distintas, reformulan estos principios y publican una obra clave para la bioética: *Principles of Biomedical Ethics*, donde se describe la teoría conocida como "principlismo". Se trata del utilitarista T.L. Beauchamp y del deontologista J.F. Childress. El proceder de teorías éticas distintas hace que difieran en la fundamentación de los principios. Sin embargo, coinciden a la hora de derivar reglas y procedimientos de decisión a partir de los principios.

Asimismo, se suman a los anteriores otros autores que han participado en la "historia" de la Bioética, aunque no son representantes del principialismo. Entre ellos se pueden citar los siguientes a modo de ejemplo: Thomasma; Pellegrino; Mc Cullough; Bergsma; Tristram Engelhardt, Mac Intyre; Brody; Drane, Jonsen; Toulmin; Wislade; Galveston.

Así como hemos dicho que existen varias morales y varias teorías éticas, los ejemplos anteriores muestran diversos enfoques bioéticos. Más allá del análisis crítico que pueda o no merecer la teoría de Beauchamp y Childress, el principialismo, ella se ha convertido en la teoría paradigmática de la Bioética. Así como la Psicología no puede desconocer la teoría psicoanalítica de Freud (se la comparta o no), la Bioética no puede hacer abstracción del principialismo.

Por tanto, los aportes de Beauchamp y Childress son los siguientes:

Los principios deben respetarse no sólo en la investigación sino en toda la práctica de la medicina

Se desdobra la beneficencia en principio de beneficencia y principio de no-maleficencia. De modo que los principios no son tres sino cuatro.

No existe un orden lexicográfico entre ellos. Si hay conflicto habrá que deliberar para decidir cuál tendrá prevalencia en ese caso concreto.

Todos son deberes prima facie, esto es, son principios orientadores de la acción pero admiten excepciones justificadas.

A partir de los principios se derivan reglas. Entre ellas están la regla de consentimiento informado, la de veracidad, la de lealtad, la de privacidad y la de confidencialidad. Las reglas difieren de los principios en que son más específicas, son guías para la acción y proporcionan mayor contenido. Los principios son más abstractos y generales. Frente a un conflicto moral, primero se acude a las reglas; si con ellas no se puede solucionar el problema, entonces se apela a los principios y si con ellos tampoco se encuentra una solución, entonces se recurre, finalmente, a las teorías éticas que, por supuesto, tienen aún mayor generalidad y abstracción que los principios.

A continuación se describirá la propuesta de T.L. Beauchamp y de L.B. Mc Cullough. Estos autores establecen una clara diferencia entre autonomía y competencia. La autonomía se define como autogobierno mientras que la competencia se refiere a la capacidad para desempeñar una tarea. Una persona puede ser autónoma e incompetente para ciertas tareas. Por ejemplo, un cuadripléjico puede ser capaz de autogobernarse y no poder realizar actividades que tienen que ver con su cuidado personal. Viceversa, se puede ser no autónomo y competente, tal sería el caso de una persona que bajo hipnosis camina, se alimenta o realiza alguna otra tarea. No obstante, lo habitual es que ambos conceptos guarden entre sí una relación directamente proporcional

Los criterios para hablar de autonomía son los siguientes:

1. Conocimiento: se refiere a la información que el profesional odontólogo ha de suministrar a su paciente.

2. Comprensión: el paciente debe comprender como mínimo dos cosas:

Que el profesional cree que el tratamiento es necesario y que ayudará al paciente.

Que se le solicita que tome una decisión.

3. Ausencia de coacciones internas: se entiende por coacción interna el miedo, el dolor, la depresión.

4. Ausencia de coacciones externas: por ejemplo, presencia de figuras autoritarias, dependencia a los valores de los demás.

Los criterios a) y b) son condición necesaria pero no suficiente para que exista autonomía. Su ausencia es condición suficiente para hablar de falta (no de reducción) de autonomía. La falta de información y/o la presencia de algún tipo de coacción implican una reducción de la autonomía.

En vista de las consideraciones precedentes (acerca de la competencia y de la racionalidad) se deduce que, para Culver, algunas formas de paternalismo podrían estar justificadas. Una acción es paternalista cuando satisface los siguientes criterios:

La acción es *beneficiosa* para el paciente.

La acción viola una *regla moral* en relación con el paciente.

La acción se lleva a cabo sin el *consentimiento del paciente*.

El paciente es al *menos parcialmente competente*.

Las acciones que satisfacen los tres primeros criterios pero no el último pueden calificarse como "paternales" pero no como "paternalistas". Con respecto a la segunda condición, se viola una regla moral cuando, o bien se infringe directamente un daño sobre el paciente (privación de la libertad, dolor, etc.) o bien se incrementan las probabilidades de que la persona sufra algún daño (engañar, no cumplir una promesa, etc.). *Prima facie*, al violarse una regla moral el paternalismo es inmoral. No obstante existen situaciones en las que puede ser un acto correcto.

El paternalismo, respecto por ejemplo de un tratamiento, está justificado cuando:

El mal que el tratamiento evitará o aminorará es grande (muerte o severa discapacidad física).

El mal ocasionado por el tratamiento es comparativamente menor.

La decisión del paciente de no tratarse es seriamente irracional.

Las personas racionales siempre avalarían ese tratamiento en los casos con iguales características relevantes, es decir, la acción paternalista debe poder universalizarse (esto, en pos de la imparcialidad).

Nótese que los criterios que justifican el paternalismo no contienen nada respecto de la competencia del paciente. En síntesis, al menos para Culver, la racionalidad es un concepto mucho más importante para dirimir cuestiones de este tipo.

Seguidamente se describirá cómo Beauchamp y Mc Cullough entienden el paternalismo. Este es un tipo de relación entre el profesional de la salud y paciente similar al que existe ente padre e hijo, esta analogía alude a dos rasgos del papel paterno: a) la beneficencia del padre (que actúa en defensa de los intereses del hijo) y b) la legítima autoridad del padre (que le permite tomar decisiones en contra de los deseos del hijo). De alguna manera, también el profesional médico u odontólogo tiene autoridad sobre el enfermo ya que sus conocimientos técnicos son superiores y, además, ha sido requerido para favorecer al paciente a la luz de tales conocimientos. Pero en filosofía moral, el término es más acotado entendiéndose por *paternalismo*:

La limitación intencionada de la autonomía de una persona por parte de otra,

Cuando la persona que limita la autonomía apela exclusivamente a motivos de beneficencia hacia la persona cuya autonomía está limitada (nunca en beneficio de terceros).

Los argumentos que suelen esgrimirse a favor del paternalismo son los siguientes:

El profesional odontólogo está en mejores condiciones de decidir qué es lo mejor para el paciente en virtud de sus conocimientos y experiencia.

El dolor y la enfermedad en general no permiten al paciente ver con claridad y tomar decisiones correctas.

Por otra parte, el *antipaternalismo* reconoce como fuente filosófica clásica la obra de John Stuart Mill, Sobre la libertad (1859). En ella, Mill concluye que la única justificación para interferir las acciones autónomas de una persona es el daño producido a otro y nunca el producido por alguien a sí mismo.

Los argumentos que se ofrecen a favor del antipaternalismo son:

Las acciones paternalistas, aunque mínimas, pueden acarrear consecuencias graves si se institucionalizan.

Nadie excepto el propio sujeto que padece una enfermedad conoce mejor sus propios intereses.

Clásicamente suele sostenerse que si la autonomía de una persona se halla comprometida (por ejemplo, pacientes dementes, en coma o niños) se justifican las acciones paternalistas. Se dice entonces que se trata de un paternalismo débil. Sin embargo, dado que, por definición, para hablar de paternalismo se requiere limitar la autonomía, en aquellas situaciones en las que la autonomía se halla comprometida o ausente no habría qué limitar. Por lo tanto, no se podría hablar de paternalismo. De esta forma, el paternalismo débil y el antipaternalismo coinciden en dos puntos extremos: se justifica intervenir para proteger al

paciente de males producidos de forma no autónoma. No se justifica intervenir para proteger al paciente de males producidos de manera autónoma.

Así, una de las tesis sostenidas por estos autores es que no hay diferencia entre paternalismo débil y antipaternalismo. Más aún, un análisis más minucioso muestra que tampoco existe diferencia entre paternalismo fuerte y antipaternalismo, ya que en estos casos la argumentación clásica es que el paciente está atravesando una situación de estrés que compromete la claridad de sus decisiones, o su autonomía, etc. De modo que tampoco se cumpliría con el primer criterio de la definición de paternalismo.

No obstante, hay situaciones de verdadero paternalismo fuerte en las que éste está *justificado*, a saber: Hay un riesgo considerable en caso de no-intervención. El riesgo de la intervención es menor.

La limitación de la autonomía que supone la intervención es una limitación menor (es decir, cuando no están en juego valores o creencias significativos para el paciente).

Así, habría dos virtudes que, según estos autores, habría que cultivar: la firmeza y la autoridad, pero para evitar caer en el autoritarismo, estas virtudes deben estar templadas por una tercera: la ternura. En relación con el paternalismo fuerte, estas virtudes son necesarias porque muchos pacientes buscan en el profesional de la salud la imagen paterna que los proteja.

La posición de Tristram Engelhardt respecto de estas cuestiones se basa en el respeto por el principio de permiso. Cualquiera sea la decisión de una persona competente, ella debe ser respetada. Engelhardt no define "competencia" pero este concepto queda implícito en el concepto de "persona". Para este autor, la persona es el agente moral, es decir una entidad capaz de hacer promesas. Una persona es alguien que posee racionalidad, autorreflexión y sentido moral. Todo lo que las personas elijan libremente ha de ser respetado.

El *paternalismo* se define tal como aparece en el *Oxford English Dictionary*: "el principio y práctica de la administración paternal, el gobierno del padre, la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que un padre lo hace con sus hijos".

La respuesta actual al anterior contexto es la implementación del proceso de consentimiento informado (PCI) en la práctica odontológica. El PCI 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 principio bioético del respeto a las personas a poder decidir libre y responsablemente sobre su cuerpo, y su estado de salud personal.

El PCI es el proceso mediante el cual a una persona se le proporciona la información suficiente para tomar una decisión razonada acerca del diagnóstico realizado y la terapéutica sugerida. 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. Por tanto, este proceso requiere un entrenamiento previo del efector de salud con el objeto de poder llevarlo a cabo en todos sus aspectos y no reducirlo a un mero acto legal de la práctica.

En función de lo anterior es que se observa como el surgimiento de un nuevo paradigma de atención clínica ha generado la necesidad de modificar el paradigma de formación profesional del futuro graduado odontólogo. En este sentido, en las prácticas odontológicas de la formación de grado, el futuro profesional aprende, ejerce la acción, asimila comportamientos y adquiere hábitos, haciendo de ellas los espacios privilegiados para aprender los procedimientos técnicos, pero también para el ejercicio de la reflexión ética de la práctica profesional.

Las prácticas asistenciales educativas tienen a diario algunas situaciones peculiares que tienden a generar situaciones potencialmente conflictivas o dilemáticas que son parte normalmente de la rutina de las instituciones que brindan atención de la salud a la población con estudiantes que se están formando profesionalmente. Experiencias académicas han revelado que los pacientes atendidos en el ámbito universitario gozan de una atención

especial dada la alta expectativa que tienen los estudiantes en generar nuevos conocimientos prácticos en su formación de grado. Es así que la formación universitaria presenta al PCI dentro del estilo de trabajo que el profesional debe tener en los nuevos contextos sanitarios.

A partir de ciclo lectivo 1998, el PCI se ha incorporado a la totalidad de las prácticas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP). Los alumnos deben realizarlo, bajo supervisión de sus docentes, en cada una de las prácticas odontológicas que se efectúan en el marco de su formación profesional.

Estudios previos hallaron la necesidad de evaluar fortalezas y debilidades de la implementación del PCI, como también de la confidencialidad en la práctica clínica y de otras cuestiones bioéticas, revisando además periódicamente las estrategias metodológicas de su enseñanza. (Christie et al, 2007; Gonçalves et al, 2007; Miguel y col., 2006; Freitas et al, 2005; Sharp et al, 2005; Van Dam et al, 2001; Bridgman et al, 1999)

OBJETIVOS

Este trabajo se fundamenta, entonces, en la necesidad de obtener datos diferentes aspectos, respecto a fortalezas y debilidades de la ejecución del PCI en las prácticas odontológicas que llevan a cabo los alumnos de la Carrera de Odontología

El Objetivo general fue examinar la práctica social del odontólogo en la sociedad actual, y generar un espacio de reflexión referido a las dimensiones bioética y legal de la práctica clínica odontológica. El objetivo particular del trabajo fue evaluar la enseñanza y aprendizaje de los aspectos bioéticos y jurídicos del PCI en estudiantes que cursaban el Ciclo Clínico-Socio-Epidemiológico de la Carrera de Odontología de la FOUNLP.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre las variables: a) implementación del PCI. y b) conocimientos teóricos sobre aspectos bioéticos y jurídicos del PCI. Se registró un autorreporte estructurado, voluntario y anónimo a una muestra azarosa de 104 alumnos regulares del quinto año de la Carrera de Odontología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

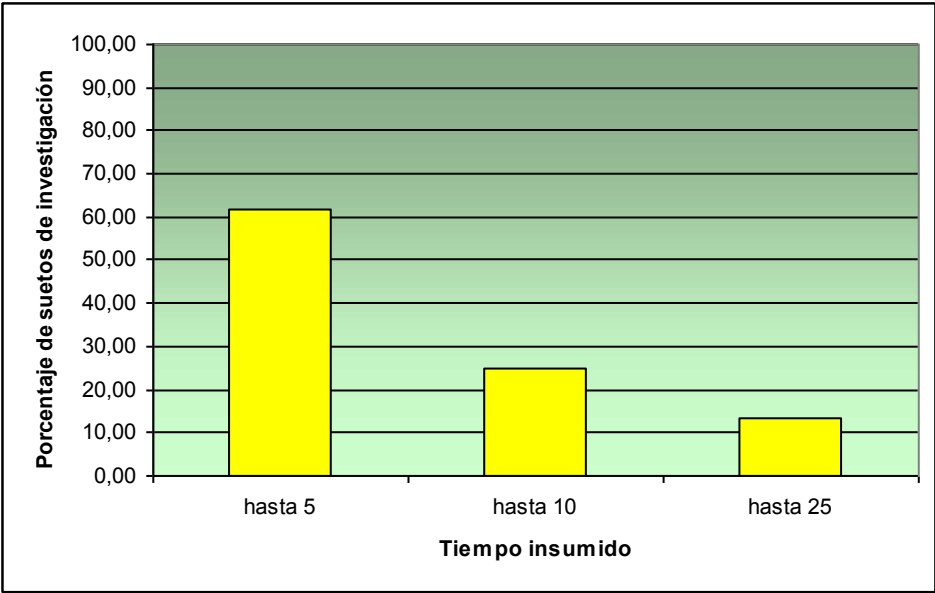
El autorreporte fue instrumentado en un día al azar donde funcionan prácticas clínicas obligatorias durante toda la jornada. Se excluyó a los alumnos ausentes o que por diversas situaciones no se encontraban regulares en el cuarto año de la Carrera.

RESULTADOS

Del análisis del instrumento a 105 estudiantes de odontología, de ambos sexos, pertenecientes a los Programas de Postgrado, los resultados fueron: De los encuestados, la edad mínima fue 22 y máxima 37, promedio 24.91, moda y mediana 25 años.

En relación con la variable "implementación del PCI", se observó que la totalidad de la muestra implementó el PCI en las prácticas clínicas curriculares. En este sentido, el tiempo insumido fue: hasta 5 minutos = 64 (61,54%), hasta 10 minutos = 26 (25,0%), hasta 25 minutos = 14 (13,46%).

Gráfico 1. Tiempo insumido en la implementación del PCI realizada por estudiantes de Odontología.



En relación con la variable “conocimientos teóricos sobre aspectos jurídicos del PCI” la distribución fue: identificación de conceptos básicos de la Especialidad = 92 (88,46%), identificación de procedimientos legales para la elaboración de los documentos odonto-legales = 89 (85,58%), identificación de los pasos del protocolo del PCI = 91 (87,50%).

Gráfico 2. Identificación por parte de estudiantes de odontología de los pasos para la confección de protocolos de atención a pacientes.

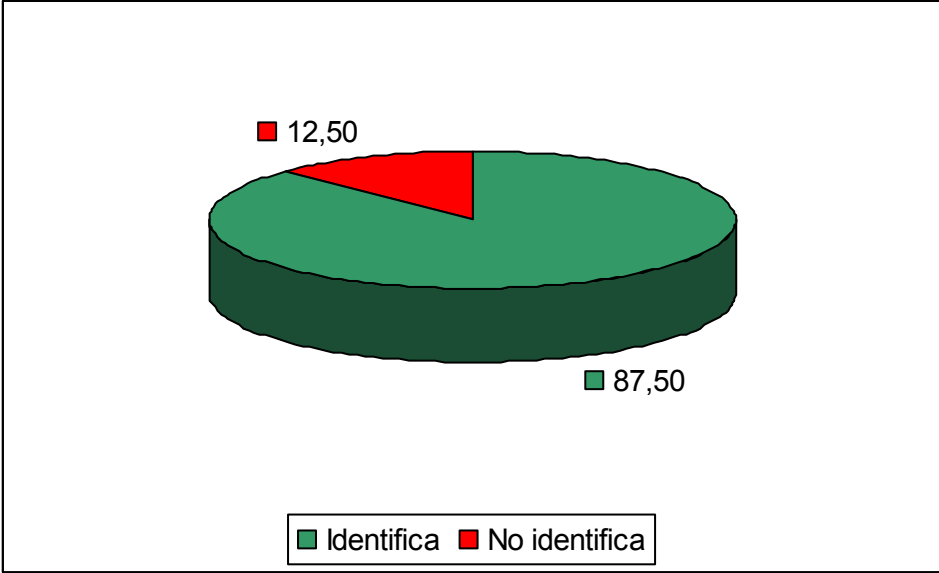


Gráfico 3. Identificación de conceptos básicos en Odontología Legal por parte de estudiantes de odontología.

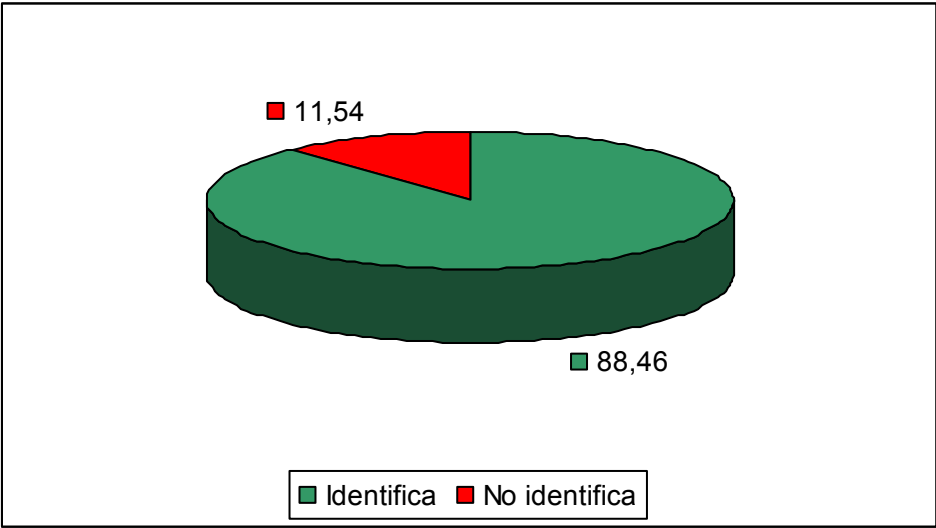
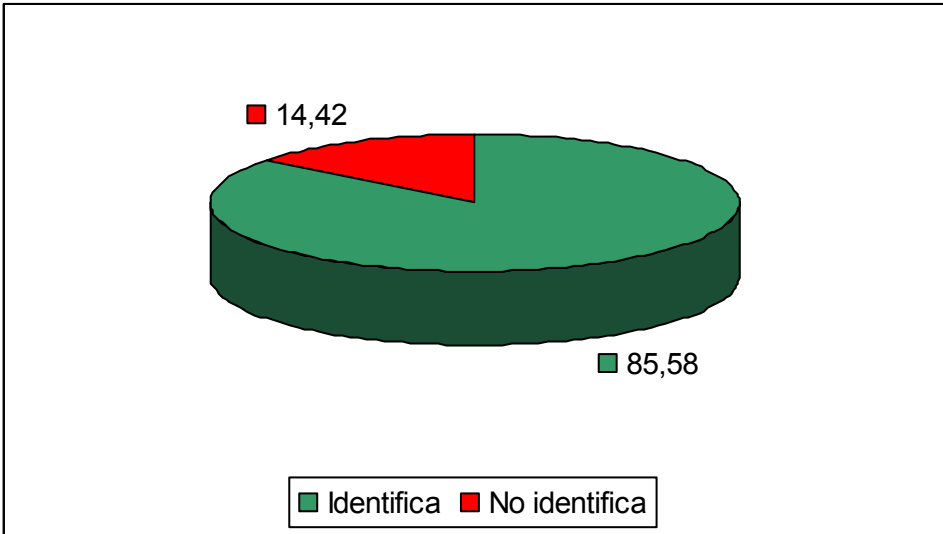
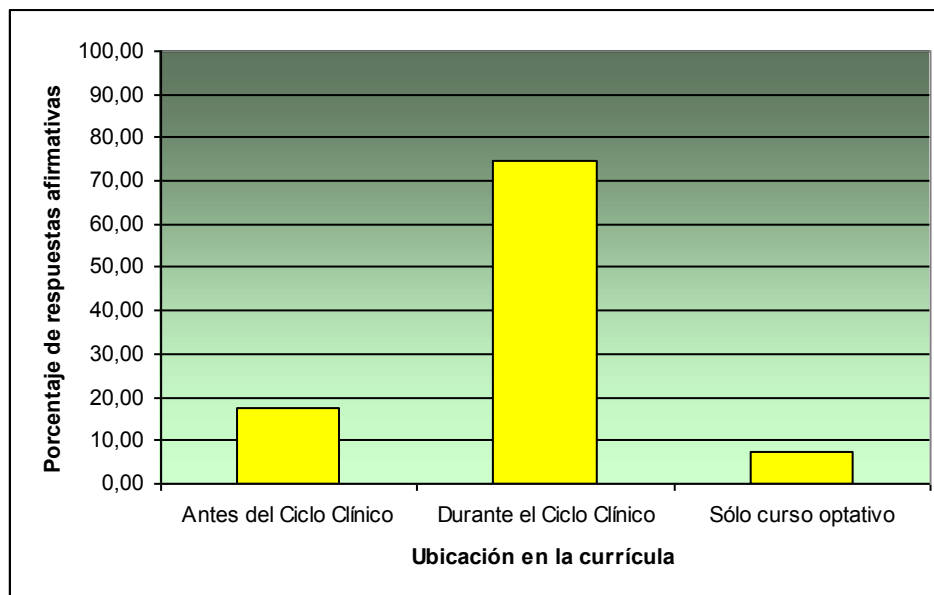


Gráfico 4. Identificación de procedimientos legales en la elaboración de documentos odontológicos por parte de estudiantes de odontología.



Por último, 79 (75,96%) estudiantes señalaron la necesidad de obtener mayores espacios específicos de formación.

Gráfico 5. Incorporación de espacios específicos de formación dentro de la currícula. Observación realizada por alumnos de odontología



DISCUSIÓN

La relación médico-enfermo es bilateral y- como todas las de esta índole- determina derechos y deberes recíprocos tanto éticos como estrictamente jurídicos. La ética intenta definir lo moralmente exigible a todos y cada uno, aunque en determinados aspectos los deberes están condicionados por distintas situaciones, relaciones y posibilidades que implican exigencias diferentes, y baremos de comportamiento diversos. En ese sentido no hay duda de que los deberes exigibles a los médicos- cuando actúan como tales- son particulares y específicos, y de ahí que, desde Hipócrates (460-370 a.C) y Maimónides (1135-1204 d.C) hasta nuestros días, se haya ido configurando un Código especial que define la deontología médica. Los cambios, de todo orden: técnicos, sociales, políticos, jurídicos, han originado adaptaciones no ya en las relaciones sino en la precisión de los deberes exigibles.

El deber de informar, que se exige al odontólogo, y el correlativo derecho a ser informado, que corresponde al enfermo, es uno de ellos. Ha sido siempre un deber jurídico, en cuanto integrante de la *lex artis* del médico. Sin información no puede existir - ni en forma presunta- consentimiento del paciente, y ha de calificarse la intervención profesional como "arbitraria", que, al carecer de justificación podría incluso tipificar un delito.

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.

El dilema ético del Consentimiento Informado en situación terapéutica reside en la tensión entre el principio de autonomía del paciente y el principio de beneficencia del odontólogo.

El *principio de beneficencia* se define de diversas maneras: el deber de no hacer el mal (no infringir mal o sufrimiento); el deber de prevenir el mal o el sufrimiento; el deber de suprimir el mal o el sufrimiento; el deber de hacer el bien o de promover el bien. En la práctica cotidiana de la odontología, el principio de beneficencia y el *principio de autonomía* se encuentran frecuentemente en tensión. El profesional, por sus conocimientos y experiencia, evalúa lo más racionalmente y objetivamente posible la situación médica de su paciente y juzga la mejor respuesta médica a dar con el fin de mejorar el bienestar de su paciente. Sin embargo, el paciente aún sin conocimiento médico, puede juzgar los impactos de la decisión profesional sobre su modo de vida, sus valores, su historia personal etc. De aquí que el procedimiento del consentimiento tome su importancia puesto que hace posible el ejercicio de esta capacidad de juzgar del paciente.

La posibilidad del consentimiento está sometida a tres *condiciones*: carácter voluntario del consentimiento; el paciente debe ser informado; el consentimiento debe ser hecho por una persona capaz en el sentido jurídico. La petición de consentimiento debe idealmente exponer los *elementos* siguientes: el tratamiento propuesto; los efectos secundarios posibles asociados al tratamiento; los riesgos y los beneficios del tratamiento; los principales tratamientos alternativos y la duración aproximada del tratamiento.

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 que: 1) un amplio sector de alumnos manifestó necesitar mayor conocimientos sobre el PCI; 2) el no tener los conocimientos suficientes le generó ciertas dificultades en su relación con el paciente, 3) No obstante, se observó que al implementarlo privilegiaron aspectos trascendentes del PCI

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13(4):344-52
2. Bridgman A., Collier A., Cunningham J., Doyal L., Gibbons D., King J. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. Br Dent J. 1999; 187 (4):217-219
3. Christie C., Bowen D., Paarmann C. Effectiveness of Faculty Training to Enhance Clinical Evaluation of Student Competence in Ethical Reasoning and Professionalism. J Dent Educ. 2007; 71(8): 1048-1057
4. Derechos de los Pacientes Bioética. Temas y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud Pública; 1998.
5. Eijkman MA. Dental health education: from education to informed decision making. Patient Educ Couns. 2001; 42(2):101-104
6. Freitas SFT, Kovaleski, DF, Boing AF. Desenvolvimento moral em formandos de um curso de Odontologia: uma avaliação construtivista. Rev C S Col 2005; 10 (2):453-62
7. Gadbury-Amyot CC, Simmer-Beck M, McCunniff M, Williams KB. Using a multifaceted approach including community-based service-learning to enrich formal ethics instruction in a dental school setting. J Dent Educ. 2006; 70 (6):652-661
8. Garcia F. El odontólogo frente al consentimiento informado ¿qué hacer?. En: Cardozo C., Rodriguez E., Lolas F., Quezada A. Etica y Odontología, una Introducción. CIEB Universidad de Chile. 2006; 95-105
9. Gonçalves E., Verdi M.I. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. Ciênc. saúde coletiva. 2007; 12 (3):755-764
10. Gostin LO. El consentimiento informado, la sensibilidad cultural y el respeto a las personas, JAMA (ed esp) 1996; 5(4): 159-160.
11. Gracia Guillén, D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. Bogotá: El Búho; 2000, p. 63
12. Hartshorne J.E. Principles of valid informed consent to treatment in dentistry. J Dent Assoc South Africa. 1993; 4(2):120-22
13. Hirsch AC et al. Ethics in dental practice. J Am Dent Assoc. 1986; 113 (4):559-603
14. Hook et al. Treatment planning processes in dental schools. J Dent Educ. 2002; 66 (1): 68-674
15. Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. J Clinical Ethics. 2000; 11(1):3-13
16. Iribarren C. y col. Evaluación de la enseñanza de la ética y de la responsabilidad profesional en residencias quirúrgicas. Rev argent cir. 1988; 55 (6): 280-285
17. Kipper D et al. Questionamientos éticos relativos a graduacao e a residencia medica. Bioetica. 2002; 10 (2): 107-128
18. Koh Y. Residents' Preparation for and ability to manage ethical conflicts in Korean Residency Programs. Acad Med. 2001; 76 (3): 297-300
19. Lolas Stepke, F. Bioética y Antropología Médica. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000, pp. 59-60.
20. Lugo E. Relación médico-paciente. Buenos Aires: Ágora Editores; 2001.
21. Lugo E. Relación médico-paciente. Buenos Aires: Ágora Editores; 2001.
22. Mainetti, J.A. Etica Médica. La Plata. Quirón. 1988.
23. Maliandi,R. Etica. Conceptos y problemas. Buenos Aires. Ed. Biblos. 1991
24. Manrique L. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. Rev Argent cir. 1991;3:33-35
25. McClean K., Card Sh. Informed consent skills in Internal Medicine Residency: How are Residents Taught, and what do they learn? Acad Med. 2004; 79 (2): 128-133
26. Miguel R. Consentimiento informado en odontología. La Plata: Edufolp; 2004
27. Miguel R. Consentimiento informado en odontología. La Plata: Edufolp; 2004
28. Miguel R., Zemel M., Cocco L., Ruiz R., Sapienza M.E., Pólvara B., Iantosca A., Seara S.E. El proceso de consentimiento informado en la carrera de Odontología de la

- UNLP. Rev de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. 2006; III (1):39-43
29. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ.* 2003; 67 (5):515-523
 30. Nash DA. Ethics in dentistry: review and critique of Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. *J Am Assoc.* 1984; 109 (4):597-603
 31. Patel A. M. Appropriate consent and referral for general anaesthesia — a survey in the Paediatric Day Care Unit, Barnsley DGH NHS Trust, South Yorkshire *Br Dent J* (2004); 196: 275–277
 32. Pérez Lindo, A. Mutaciones en los sistemas de ideas y cambio curricular. Conferencia dictada ante autoridades y personal docente de todas las unidades académicas de la U.N.N.E. Corrientes, 4 de mayo de 1995
 33. Santen S., Hemphill R., Mc Donald M., Jo C. Patients' Willingness to allow residents to learn to Practice Medical Procedures. *Acad Med.* 2004; 79 (2):144-147
 34. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. *J Clinical Ethics.* 2002; 13(1):72-7 5.
 35. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. *J Clinical Ethics.* 2002; 13 (1): 72-77
 36. Schouten B.C., Friele R. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J.* 2001; 51 (1):52-54
 37. Sharp H., Kuthy R., Heller K. Ethical dilemmas reported by fourth year dental students. *J Dent Educ.* 2005; 69(10): 1116-1122
 38. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica.* Madrid: Edit. Triacastela; 2004
 39. Van Dam S., Weillie JV. Requirement-driven dental education and the patient's right to informed consent. *J Am Coll Dent.* 2001; 68 (3): 40-47