

Una mirada integral al documento de consentimiento informado en el ejercicio de la odontología

Polvora Santin, B. A.,
Iantosca Martín A. E.,
Bonacina Fernández, A.
Universidad Nacional de La Plata
Facultad de Odontología

Introducción

Nuevo modo de ejercer la odontología

La relación clínica entre el odontólogo y sus pacientes fue sufriendo transformaciones con el correr del tiempo, más precisamente, desde hace décadas. Esto obedece a los avances tecnológicos que permiten actuar en el proceso salud-enfermedad con una dimensión no imaginada hace cien (100) años. "Pero estas posibilidades de intervención tienen también sus lados oscuros. Éstos se producen porque la tecnología médica es cada vez más capaz de introducirse en las esferas más esenciales del ser humano: aquéllas que atañen a la cantidad y calidad de su vida, y al momento y forma de su nacimiento y su muerte". (Trota, R 1996)

En el siglo XX el progreso de la medicina plasma el modelo médico-tecnológico y se convierte en eje del sistema sanitario.

Desarrollo histórico y origen del consentimiento informado

Los médicos originariamente de la época hipocrática (siglo IV antes de Cristo) sostenían que era ellos quienes estaban capacitados para decidir qué es lo mejor para el paciente. Esta situación era aceptada, ya que el médico era considerado un sabio, "alguien que se acercaba a la técnica, a la prudencia y a la ciencia. Trataba de sustentar su saber práctico en un conocimiento científico (siglo VI – V antes de Cristo) y estaba en condiciones de curar las enfermedades (no como curandero) para restaurar el orden perdido por la enfermedad". (Cragno. N)

El médico desempeñaba, entonces, una función de tutor y el paciente el de un "in-firmus", es decir, sin firmeza física y también moral; es así que se prescindía de su opinión y consentimiento, ya que no era capaz de decidir convenientemente lo relativo a su salud.

Ésta es la medicina paternalista, basada en el principio de beneficencia en la que el médico decidía (autoridad de Esculapio) el tratamiento acertado para cada

paciente. El principio de beneficencia pretende que la actuación del médico sea beneficiosa para su paciente.

Luego del descubrimiento de América (1.492) se produce una ruptura de la visión medieval de un mundo perfecto y ordenado y el hombre comienza a investigar y a cuestionar el orden establecido en esa época, transformándose en un ser "inteligente, racional, libre y poseedor de dignidad" con capacidad de decidir por sí mismo sobre su vida, su salud y su propio cuerpo. Esto marca el comienzo del "principio del autonomía", que aún no forma parte de la relación médico-paciente.

El principio de autonomía se basa en la libertad y decisión del paciente, que determina lo que es bueno para él. En el caso de no llegar a un acuerdo entre el médico y el paciente, el profesional no puede hacer bien al paciente en contra del consentimiento de éste, como asimismo no es posible obligar al médico a hacerle un mal. La toma de decisiones es un derecho del paciente que requiere de la información adecuada.

Así, la evolución y desarrollo de la doctrina del consentimiento informado refleja el devenir de esos cambios culturales, donde se privilegia el respeto al ser humano, el que no puede quedar postergado ante el saber científico, por eminente que éste resulte. En última instancia, el consentimiento informado resulta una aplicación del principio de igualdad entre las personas, de modo tal que permita a cada una de ellas obrar según su propio criterio, en especial, en decisiones de carácter personal para las que necesita un asesoramiento adecuado y no una dirección impuesta.

En el período anterior a 1.914 el consentimiento del paciente para que se lleve a cabo una práctica médica en odontología se realizaba en forma tácita. En 1.914 se dictó una sentencia judicial en los Estados Unidos de América, en el caso Schloendorff, en el que se realizó la extirpación de un tumor sin el consentimiento de la paciente y, más aún, en contra de su voluntad. En el fallo, el Juez Benjamín CARDOZO consideró que: "Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho de determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se puede reclamar legalmente daños". Como consecuencia de dicha sentencia en los Estados Unidos de América quedó sentada la jurisprudencia precursora de la génesis del consentimiento informado.

En 1.948 se promulga el Código de investigación de Nüremberg, establecido a raíz de la sentencia contra los médicos de la Alemania nazi, que proclama en su párrafo inicial "El consentimiento voluntario del sujeto es absolutamente esencial".

En 1.957, en California (EE UU), se pronuncia la sentencia del caso Salgo, donde por primera vez se menciona la expresión "consentimiento informado" que refiere el derecho de los pacientes de recibir información relativa a la oferta terapéutica y a decidir voluntariamente si se someten a la misma.

En 1.962 se produce otro avance, a partir del caso Brekey contra Anderson, en el que se estableció en la sentencia que el profesional debe explicar la intervención a realizar y sus posibles consecuencias y además obtener el consentimiento informado del paciente.

La doctrina del consentimiento informado en medicina entrará recién en el siglo XX y no alcanzará su verdadera forma hasta los años 1.960 y 1.970, donde el principio de autonomía comienza a infiltrarse en la vida privada, en lo sexual, la vida de pareja, la vida familiar y en los diversos estratos de la sociedad civil, originando los movimientos sociales de reivindicación de los derechos de la mujer, de los negros, de los consumidores, el movimiento hippie, el movimiento estudiantil, los derechos de los enfermos y, dentro de ellos, el consentimiento informado (Cragno).

El inicio de la década del 70 se marca con el caso Canterbury contra Spence, en el que la sentencia indicó que el médico debe informar a los pacientes, antes de la intervención, respecto a las limitaciones que puedan surgir, riesgos, nuevas formas de vida y otros peligros. En 1.972, en EE UU de América, se implementa la doctrina del consentimiento informado a través de la cual el profesional sanitario (médico, odontólogo, etc.) debe informar por escrito en lenguaje claro y comprensible acerca del diagnóstico, pronóstico, tratamiento, alternativas, limitaciones y consecuencias posteriores. Una vez que el paciente recibe la información suficiente, toma una decisión razonada sin que se ejerza para ello coacción de parte del profesional. De no otorgar el paciente su consentimiento, el médico o el odontólogo no podrán intervenir. Obviamente, sin excluir la responsabilidad que la profesión exige para el debido cumplimiento de la práctica instrumentada.

Consentimiento informado – Definición

El consentimiento informado es un proceso gradual de toma conjunta de decisiones que se lleva a cabo en la relación odontólogo paciente, mediante el cual éste recibe suficiente información sobre la necesidad de tratamiento y alternativas posibles, beneficios y posibles consecuencias, riesgos del tratamiento o la no aceptación, para poder tomar una decisión razonada sin que el profesional ejerza ningún tipo de coacción.

Número creciente de demandas judiciales

La profesión odontológica se ejerce a través de numerosos actos profesionales, la mayoría carentes de riesgo en cuanto a la posibilidad de que se deriven daños para los pacientes. Por esa razón es práctica usual no solicitar el consentimiento de los pacientes para la realización de la mayor parte de ellos; pero jurídicamente el daño está en relación con el que lo sufre. Por lo tanto, estamos expuestos a cualquier reclamo. Recogiendo datos bibliográficos se advierte que existe un número creciente de conflictos en los que de una manera u otra se debaten cuestiones relacionadas con el consentimiento informado. Es indiscutible que el ejercicio de la profesión no está exento de riesgos. "El tratamiento de los pacientes requiere de una atención individualizada, ya que cada caso es diferente de los demás. De una relación profesional - paciente paternalista, hemos pasado a una situación contractual donde el paciente considera al primero como un simple "proveedor de servicios" al que puede llevar a los Tribunales si no se encuentra satisfecho". "Esta situación está influyendo de tal modo sobre el odontólogo que se ve obligado a realizar una práctica "defensiva", con multitud de análisis complementarios para hacer frente a cualquier reclamación, pues la otra posibilidad que tiene es la de eludir cualquier tratamiento que implique algún riesgo". (García de la Vega)

A través del documento de consentimiento informado el profesional deja sentado claramente que el paciente ha decidido aceptar el tratamiento propuesto con total libertad y debidamente enterado de los alcances de su decisión. Aún cuando constituya una tarea que el odontólogo no está acostumbrado a realizarla, su práctica habitual evita futuras complicaciones judiciales y debe ser aceptada como lo es el cumplimiento de las normas de bioseguridad que debe observar en cada tratamiento.

El consentimiento informado no significa un perjuicio para los derechos de los pacientes. Por el contrario, les asegura elegir libremente sobre su salud, con el debido conocimiento sobre los alcances en materia de beneficios y posibles consecuencias

del tratamiento que van a recibir, decidiendo así con su voluntad expresada sobre bases éticas. Este documento permite dejar aclarada la relación odontólogo – paciente, evitando futuros reclamos que obligarían a volver sobre una cuestión que ya se ha planteado en el inicio de la relación y que –de no adoptarse el documento escrito– resultará de dificultosa interpretación por falta de pruebas indiscutibles.

La observación de las reglas profesionales deben mantenerse para obtener el resultado exitoso del tratamiento, evitando caer en la tentación de caminos fáciles que no aseguren una actuación correcta y diligente, única alternativa para mantener incólume la responsabilidad del odontólogo. La información que se le brinde al paciente sobre todos los alcances del tratamiento al que será sometido constituye un derecho del mismo para una decisión libre sobre su salud. Solamente así el odontólogo quedará librado de los reclamos que pueda recibir, más allá de su responsabilidad profesional. El profesional no debe limitarse a confeccionar la ficha odontológica, también debe realizar una correcta historia clínica, con todos los elementos complementarios del diagnóstico.

Para disminuir el ataque a la responsabilidad del odontólogo es necesario documentar debidamente todas las prácticas que se realicen, incluyendo la debida constancia de las inasistencias en que incurriera el paciente requerido por el profesional.

Consentimiento informado: contenido del formulario

Los formularios de consentimiento informado deben ser escritos en forma clara y sencilla y deben incluir:

- Descripción de la técnica o procedimiento que se va a realizar.
- Objetivo del procedimiento.
- Beneficios esperados
- Alternativas de tratamiento, y explicación del porque de la alternativa sugerida.
- Riesgos frecuentes y poco frecuentes, pero graves.
- Riesgos personalizados en consideración a la situación clínica del enfermo.
- Consecuencias previsibles del tratamiento.
- Consecuencias de la no realización del tratamiento.
- Constancia de la disponibilidad para ampliar la información cuando lo desee.
- Comunicación de revocación del consentimiento cuando así lo desee el paciente.

Además deben constar:

- Identificación del paciente, representante legal o familiar que presta consentimiento.
- Declaración de incapacidad del paciente.
- Identificación del Servicio Sanitario responsable.
- Identificación del profesional que informa.
- Declaración del paciente que reconoce que el consentimiento puede ser revocado.
- Que el firmante ha leído y comprendido la información, que está conforme con las explicaciones y otorga su consentimiento o no y la firma.
- Firma del odontólogo, paciente o familiar o representante legal.
- Lugar y fecha.

OBJETIVOS

Estudiar el origen y desarrollo histórico del "consentimiento informado" e identificar los fundamentos éticos-legales en que se basa su existencia.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la presente temática en bases de datos nacionales y extranjeras. Se recogieron distintos formularios de consentimiento informado nacionales y extranjeros. Asimismo, se efectuaron entrevistas a especialistas nacionales y extranjeros. Se analizaron los contenidos, los formularios y las audiencias infiriendo algunas conclusiones.

RESULTADOS

Se observó la escasa bibliografía y estudios en torno al consentimiento informado en la práctica odontológica. Se advierte la poca importancia que se le ha dado en el contexto histórico nacional, demostrado en la variedad de formularios o su carente implementación. Asimismo, se obtuvieron datos significativos sobre su instrumentación.

DISCUSIÓN

"En realidad el consentimiento informado constituye el núcleo de todo un nuevo modelo de la relación médico – enfermo que implica un profundo cambio de actitudes (morales) en los profesionales sanitarios. Este nuevo modelo viene a sustituir al que tradicionalmente ha dominado la práctica médica: el modelo paternalista en el que el enfermo era un minusválido físico, psíquico y moral, incapaz de tomar decisiones por sí mismo, y donde el médico actuaba como hace un padre

con sus hijos, decidiendo en su lugar lo que entiende es lo mejor para ellos. El modelo de relación médico – enfermo que propone el consentimiento informado es sin embargo bien diferente. Parte de la convicción de que, mientras no se demuestre lo contrario, las personas son seres racionales autónomos capaces de tomar decisiones en todo lo relativo a su salud y enfermedad, a su vida y a su muerte. Y puesto que son capaces, son ellos quienes tienen que hacerlo, y no el médico en su lugar." (Altisent Trota, 1.996).

"Este sustancial cambio de la relación entre el profesional médico y el paciente, transformando el tradicional esquema autoritario y vertical en otro tipo de relación democrática y horizontal, en el que se pasa de un modelo de moral de código único a un modelo pluralista, que respeta los diferentes códigos morales de cada persona, ha sido motivado por muy diversos factores: por una parte, la pérdida de esa atmósfera de confianza que, en épocas pretéritas, presidía indefectiblemente las relaciones médico – paciente y, por otra parte, la complejidad creciente y correlativa especialización del ejercicio de la medicina, determinante, en último término, de una sensible deshumanización de su ejercicio". (Galán Cortés, 1.999).

"El llamado modelo de beneficencia: según los historiadores surge desde la creación de la medicina hipocrática. Consistía en que al paciente se le consideraba incapaz de decidir y solamente el profesional de la salud decidía. Históricamente se plantea así, porque en la Grecia primitiva la fisis y los médicos eran los que sabían de fisiología no en el concepto de buen funcionamiento, sino de la ciencia de la naturaleza, y para los griegos la naturaleza estaba en todas las cosas, en las animadas y en las no animadas. Este modelo es el que se ha aplicado tradicionalmente pero no estrictamente ... Entonces aparecieron dos figuras: el cientifisismo y el tecnifisismo, en donde se hacía lo que indicaba la técnica. Por esto, este modelo llegó a llamarse el modelo del paternalismo, porque es el papá imponiéndolo al menor". (Córdoba Palacio, 1.999).

"Modelo de autonomía: tiene como fin moral los intereses del paciente, pero como los ve el paciente. Las obligaciones morales son la información, la confidencialidad y la fidelidad; y las virtudes, la veracidad, la ecuanimidad y la fidelidad. Ahí vuelven a unirse estos dos modelos que aparentemente son opuestos. No, querámoslo o no la figura del paciente es la que justifica nuestro ejercicio profesional". (Córdoba Palacio, R., 1.999).

"El principio de autonomía tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él. En caso de conflicto, un profesional no puede hacer bien al paciente en contra de la voluntad de éste, pero tampoco es posible obligar al médico a hacerle un mal (o lo que considera como tal), pudiendo llegar a romperse la relación profesional. Además del desacuerdo, (un paciente con capacidad de decisión pueden surgir problemas como falta de autonomía, como en los niños, pacientes mentalmente incapaces, en coma, etc. Hay que saber respetar la autonomía aunque se encuentre reducida y buscar la persona más adecuada en su entorno para colaborar en la decisión". (Altisent Trota, 1.996).

"En la actualidad, el derecho del paciente a la autodeterminación y el respeto a la libertad del paciente son factores preponderantes a considerar en la relación médico – paciente, en tal forma que el derecho a la información es una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud, y a su vez, uno de los derechos de la personalidad". (Galán Cortés, 1.999).

En líneas generales, todos los autores citados destacan la característica humanista del consentimiento informado. Se ha valorizado sustancialmente el respeto al paciente, al que se lo considera un ser humano en lugar del objeto de un tratamiento. Esto último es lo que sucedía en el modelo de beneficencia, en el que se advierte que en la relación médico – paciente, el primero es un sujeto con determinación y el segundo, al ser tomado como objeto, parece un humano de segunda categoría.

Por supuesto que el consentimiento informado se acerca mucho más a las concepciones sociales avanzadas, que desprecian todo tipo de discriminación. Considerar en un segundo plano a una persona por desconocer aspectos que hace a una profesión, constituye una discriminación que resulta inaceptable. La debida información que debe proporcionarse a quien carece de la misma iguala necesariamente las posibilidades de que éste adopte libremente la decisión que estime más adecuada para su persona, sin necesidad de ser inducido o influido por quien posea mayores conocimientos.

Ese respeto hacia el paciente como ser humano es lo que garantiza que también el profesional sea respetado como tal y su correcta actuación en tal sentido será su mayor seguro para evitar injustas reclamaciones, ya que quedarán debidamente asentados los acuerdos a los que hayan llegado el profesional y el paciente, en una relación entre iguales.

"Consentimiento. En principio el médico no debe emprender ningún tratamiento o intervención, sin la previa conformidad del enfermo libremente manifiesta. Tal lo que resulta del art. 19, inc. 3º, de la ley 17.132, que impone a los médicos "respetar la voluntad del paciente en cuanto sea negativa a tratarse o internarse, salvo los casos de inconsciencia, alienación mental, lesiones graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o delitos"; aumentando esa exigencia para los casos de operaciones mutilantes, respeto de las cuales se requiere "conformidad por escrito del enfermo"... "No obstante lo dicho, el médico debe esforzarse por persuadir al enfermo sobre el tratamiento o la intervención aconsejables, y en caso de fracaso en su intento puede negar su ministerio, a menos que por ello el paciente quede abandonado. Y si el estado del paciente no permite explicarle su situación y obtener su conformidad, debe recabarla de sus parientes más próximos; y en casos de urgencia que no permitan esperar a la obtención de la aquiescencia pertinente, el médico debe intervenir como corresponda aun sin dicho consentimiento –doctrina de los arts. 19, inc. 3º de la ley 17.132, y 14 y 18 de la ley 21.541". (Stiglitz, 1.978)

"Odontólogos. Todo lo que se acaba de decir con respecto a la responsabilidad médica, es aplicable también a los odontólogos quienes igualmente se hallan sujetos a los deberes particulares contenidos a su respecto en los arts. 29 ("obligaciones") y 30 ("prohibiciones") de la ley nacional 17.132 (como así mismo en los arts. 56 de la ley 4.536 de la provincia de Buenos Aires), esencialmente similares a los médicos"... "Consecuentemente, también se ha considerado que en los casos de asistencia odontológica el contrato es de locación de obra; y la responsabilidad en que puede incurrir el odontólogo, de naturaleza "contractual", deriva del incumplimiento de aquellas obligaciones asumidas convencionalmente". (Stiglitz, 1.978)

"...Esta noción de contrato conlleva al estudio de los elementos que lo conforman: un sujeto activo o acreedor: que en este caso sería el paciente, un sujeto pasivo o deudor; que sería el odontólogo, que adquiere la obligación de realizar un tratamiento a favor del paciente; un objeto que es la prestación debida, el tratamiento a realizar y un vínculo jurídico: que es la relación personal y de derecho que se establece entre las partes, la una ejecutar el tratamiento y la otra exigir que éste se realice". (Rivera, J.P.)

Es importante destacar la naturaleza contractual que estos autores asignan a la relación que vincula al odontólogo con su paciente. Toda vez que el contrato es un acuerdo de voluntades destinado a reglar derechos, el consentimiento es parte esencial de ese acuerdo. De no existir ese consentimiento, no ha habido contrato y la práctica que ejecute el profesional resultará una decisión unilateral por la que deberá inexorablemente responder, cualquiera fuere su resultado. Nada mejor, entonces, que dejar debidamente aclarado en el documento de consentimiento informado la aceptación del paciente al tratamiento propuesto por el odontólogo. Ello nunca libera de las consecuencias de una mala práctica, pero sí deja fuera de discusión la realización del tratamiento.

CONCLUSIONES

El surgimiento de esta temática es el área de la odontología quiere significar un cambio en el paradigma técnico-científico por otro humanista-científico que atienda y privilegie aspectos de la persona humana como lo son: la libertad de elección y la defensa de la vida, y en particular a decidir sobre su propio cuerpo.

El odontólogo no puede considerar al consentimiento informado como una exención de responsabilidad. Ésta se mantiene siempre hasta el alta del paciente o bien hasta que el mismo se desvincule por propia voluntad, haciéndose responsable del abandono del tratamiento. Por lo tanto, corresponde que el profesional mantenga su conducta ética y la observación de las reglas de su profesión antes, durante y después del tratamiento. Solamente así, mediante una estricta observancia de sus obligaciones profesionales y un respeto total en su relación con el paciente, el odontólogo estará a resguardo de cualquier reclamo y podrá hacer frente con un documento que lo respalde, a las demandas que se le pretendan instaurar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilar, Pilar y col. Grupo de trabajo para el consentimiento informado. "Guía práctica para la información y elaboración del consentimiento informado". 2001.
2. Comité asistencial de ética. Hospital universitario Marqués de Valdecilla. "Consentimiento informado. Conceptos básicos para la formulación de un documento". Santander. Cantabria.
www.humv.es/información/comites/cae/consentimientoinformado.htm.
3. Córdoba Palacio, R. "El consentimiento del paciente". VI encuentro de tribunales de ética odontológica. Medellín. 1999
www.encolombia.com/odontología/foc/memorias-6encuentro.htm.

4. Cragno, N. O. "Consentimiento informado. Un poco de historia"
www.cepim.org.ar/consenti.htm
5. Galán Cortés, J. C. "La responsabilidad médica y el consentimiento informado".
Revista médica. Vol, 15 nº 1 Uruguay.1999
6. García de la Vega Sosa, F. J.; Castaño Seiquer, A. "responsabilidad profesional en
odontología". www.informed.es/seoepyc/artrespprof.htm
7. Luengas Aguirre, I.; Rivas Vilchis, J. "Consentimiento informado y práctica médico-
odontológica". Temas selectos de investigación clínica III-OAM-x. México. 1997.
Rivera, P. J. "El consentimiento informado y la advertencia del riesgos".
www.encolombia.com/odontología/foc/memorias-4encuentro6.htm.
8. Trigo Represas, F. A. "Seguros y responsabilidad". Stiglitz, R. S. "Responsabilidad
civil de los profesionales". Caracteres jurídicos del contrato de riesgos. Ed. Astrea de
Alfredo y Ricardo Depalma. Cap. III. Bs. As. 1978
9. Trota, R. A. Y col. Grupo de trabajo de la F y C. "Sobre bioética y medicina de
familia". Documento de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
Palma de Mayorca. www.redestb.es/semfyc/doc7.htm 1996