



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Acta Bioethica
(Continuación de Cuadernos del Programa Regional de Bioética OPS/OMS)
Año XII – N° 1 - 2006
ISSN 0717 - 5906

Director

Fernando Lolas Stepke

Editor

Álvaro Quezada Sepúlveda

Editor Invitado

Eduardo Rodríguez Yunta

Revisión

Marta Glukman Salita

Diagramación

Fabiola Hurtado Céspedes

Publicaciones

Francisco León Correa

Consejo Asesor Internacional

Gabriel D'Empaire Yáñez

Jefe de Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Clínicas, Caracas, Venezuela.

Florencia Luna

Investigadora Adjunta de CONICET, Coordinadora del Programa de Bioética, FLACSO, Argentina.

José Geraldo De Freitas Drumond

Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Brasil.

Alfonso Llano Escobar, S.J.

Director del Instituto de Bioética CENALBE, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

José Eduardo De Siqueira

Vicepresidente de la Sociedad Brasileña de Bioética, Londrina, Brasil.

Roberto Llanos Zuloaga

Presidente de la Asociación Peruana de Bioética. Presidente del Comité de Salud Mental de la Academia Peruana de Salud, Lima, Perú.

James F. Drane

Russel B. Roth Professor of Clinical Bioethics. Edinboro University of Pennsylvania, U.S.A.

José Alberto Mainetti Campoamor

Director del Instituto de Humanidades Médicas de la Fundación Dr. José María Mainetti, La Plata, Argentina.

Ana Escribar Wicks

Profesora de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad de Chile.

Delia Outomuro

Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Argentina.

Sandra Maritza Fábregas Troche

Profesora de la Facultad de Farmacia, Universidad de Puerto Rico, San Juan, Puerto Rico.

Alberto Perales Cabrera

Profesor del Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Gonzalo Figueroa Yáñez

Director de Investigaciones, Fundación Fernando Fueyo Laneri, Chile.

Leo Pessini

Vicerrector del Centro Universitario São Camilo, São Paulo, Brasil.

Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño

Profesora Asociada Área de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

María Angélica Sotomayor Saavedra

Asesora Jurídica de la Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Guillermo Hoyos Vásquez

Director del Centro de Estudios Sociales y Culturales PEN-SAR, Pontificia Universidad Javeriana, Colombia.

Leonides Santos y Vargas

Director del Instituto de Estudios Humanísticos y Bioética "Eugenio María de Hostos".
Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

La revista *Acta Bioethica* es publicada semestralmente por el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Avenida Providencia 1017, Piso 7, Providencia. Casilla 61-T, Santiago, Chile.

Teléfono: (56-2) 236-0330. Fax: (56-2) 346-7219.

<http://www.bioetica.ops-oms.org>

bioetica@chi.ops-oms.org

Los artículos son de responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente la opinión de la Unidad de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS.

Andros Impresores
Hecho en Chile / Printed in Chile

TABLA DE CONTENIDOS

Presentación

<i>Fernando Lolas Stepke</i>	7
------------------------------------	---

Originales

Pobreza y desigualdades sociales: un debate obligatorio en salud oral <i>César Ernesto Abadía Barrero</i>	9
Atención al paciente VIH/SIDA: legislación y bioseguridad odontológica en Colombia <i>Blanca Lucía Acosta de Velásquez</i>	23
La bioética como soporte de la bioseguridad <i>Roberto R. Irribarra Mengarelli</i>	29
Necesidad de la bioética en la educación superior <i>Clemencia Bermúdez de Caicedo</i>	35
Nivel de conocimiento de la bioética en carreras de odontología de dos universidades de América Latina <i>Ana Laura Buendía-López y Carolina Álvarez de la Cadena-Sandoval</i>	41
Bioética en la malla curricular de odontología <i>Rina Ana Guerra</i>	49
Importancia de las humanidades en odontoestomatología <i>Cristina Alicia Deangelillo</i>	55
Bioética, ética y odontoestomatología legal <i>Luis Ciocca Gómez</i>	59
Bioética y ejercicio profesional de la odontología <i>María Angélica Torres-Quintana y Fernando Romo O.</i>	65
La ética: un problema para el odontólogo <i>Jorge Triana Estrada</i>	75
El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata <i>Ricardo Miguel y Martín Zemel</i>	81

Interfaces

Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA <i>John Harold Estrada M.</i>	91
Prematuros extremos. ¿Es posible establecer un límite de viabilidad? <i>María Estela Grzona</i>	101

Documentos

Bioethics at the Pan American Health Organization. Origins, development, and challenges <i>Fernando Lolas Stepke</i>	113
---	-----

Recensiones	121
--------------------------	-----

Publicaciones	123
----------------------------	-----

Instrucciones a los autores	127
--	-----

Instructions to authors	131
--------------------------------------	-----

Tabla de contenidos del número anterior	135
--	-----

SALUD ORAL Y BIOÉTICA

Parte de la agenda de trabajo del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile consiste en identificar áreas hacia las cuales extender el ideario bioético. Esta unidad de gestión académica trabaja en conjunto con el Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud en la identificación, formulación y resolución de los desafíos bioéticos de la investigación, la práctica y la planificación en los campos científico y sanitario. A través de subsidios de agencias internacionales y fundaciones, como asimismo de servicios docentes y de asesoría, el CIEB ha mantenido un trabajo constante, sistemático y apreciado en diversas áreas.

Hacia el año 2004, en el marco de un proyecto docente financiado por el *Fogarty International Center* —el brazo internacional de los *National Institutes of Health*, de Estados Unidos—, el CIEB identificó como desafío la relativa debilidad de los programas y contribuciones en bioética dentro del campo de la salud oral. No solamente los odontólogos, en tanto profesión organizada, sino también los planificadores y docentes en las universidades latinoamericanas carecían de un enlace sistemático a los grandes temas bioéticos, ya patrimonio de casi todas las actividades de investigación y enseñanza de la biomedicina. Fue así como un aporte adicional de recursos, aunque modesto, permitió inaugurar una línea de trabajo en el vasto y complejo tema de la salud oral y sus implicaciones bioéticas.

La primera manifestación de este interés fue un simposio internacional realizado en noviembre de 2004, al cual concurrieron docentes y profesionales de varios países latinoamericanos. Posteriormente se agregó un boletín (“Salud Oral y Bioética”) de aparición semestral y la conformación de una red de contactos con los profesionales y especialistas, quienes —con mayor o menor entusiasmo— han identificado en la bioética un área deficitaria para su grupo profesional. La participación de personas con formación en odontología en el grupo de análisis y discusión que acompaña al proyecto *Fogarty* del CIEB, ya permite anticipar una primera etapa de consolidación de los argumentos, identificación de la problemática y generación de textos significativos.

Este número de “Acta Bioethica” recoge artículos sobre este tema, algunos derivados del simposio de 2004, otros remitidos a la revista por personas que supieron de su preparación, algunos solicitados por los coordinadores de la edición. Los editores, tras adaptaciones necesarias a las convenciones de la revista, han preferido la oportunidad a otras exigencias. Justamente, se trata de mostrar la bioética en el contexto de la salud oral, vista por sus practicantes y no impuesta por personas ajenas a la profesión. Y el resultado es el que presentamos, agradeciendo a los autores y autoras su interés por participar en el diálogo.

El proceso de instalar esta reflexión en un grupo profesional con diferencias en su interior, pero relativamente identificable por un “*ethos*” que cabría dilucidar más, ha sido instructivo. Por de pronto, ha mostrado que si los miembros de ese grupo no ven la temática como relevante nada es posible. Ni elaborar contenidos ni profundizar argumentos ni promover la formación de las

personas. Algunos de los datos incluidos en los artículos de esta edición revelan que, en cuanto a contenidos bioéticos en la enseñanza de pregrado, la situación es muy confusa y existe diversidad de enfoques. Se mezcla la deontología profesional con los aspectos jurídicos del ejercicio profesional y la investigación aplicada. Las humanidades, concebidas vagamente, se reconocen asociadas al ideal del buen profesional. Se reconoce que la ética es un “problema” de muchas aristas. Por ejemplo, la credibilidad del grupo profesional, su prestigio social, su inserción en las políticas sanitarias dependen de una adecuada reflexión sobre el fundamento y los fines de la actividad especializada. Las relaciones con otros profesionales constituyen también un punto de interés. Y, cada vez más, será problema la transformación del saber teórico en solución práctica para personas y poblaciones.

Estos y otros temas son tratados por personas “desde” su perspectiva de especialistas. No hay aquí contrapunto ni diálogo con filósofos, bioeticistas o planificadores sanitarios. Los autores de este número son todos labradores de una senda que ofrecen sus reflexiones para recibir comentario, estímulo y crítica. Algunos han tenido la experiencia de formación en temas paraprofesionales, otros han descubierto la temática por accidente y los más identifican ésta como un área de potenciales desarrollos en el futuro.

Como es habitual en nuestra revista, incluimos en esta edición algunos artículos y documentos no directamente relacionados con el tema monográfico central. En este caso, modelos de prevención de HIV/SIDA y viabilidad de prematuros extremos son temas que reciben atención por parte de autores que remitieron sus trabajos y fueron aceptados por los pares evaluadores.

La edición se complementa con un documento que resume la instalación y evolución de la bioética en el seno de OPS. Está pensado este texto para que sirva de sucinto resumen en lengua inglesa sobre qué ha sido, qué es y qué puede ser una unidad destinada a la reflexión bioética en una institución de cooperación internacional cuyo prestigio se basa en competencia técnica, tolerancia ideológica, solvencia intelectual y moral y respeto ganado en más de cien años de continua presencia en las Américas y el Caribe.

Fernando Lolas Stepke

POBREZA Y DESIGUALDADES SOCIALES: UN DEBATE OBLIGATORIO EN SALUD ORAL

César Ernesto Abadía Barrero*

Resumen: Las reformas al sector salud de las últimas décadas en Latinoamérica están fomentando la privatización de los servicios siguiendo principios de corte liberal. A diferencia de un sistema de medicina social, en sistemas privados el acceso de las personas a los servicios depende de la capacidad adquisitiva y su énfasis es más terapéutico que preventivo. El resultado es que personas con más recursos tienen menos riesgo de enfermar y de que sus enfermedades se agraven. De otro lado, quienes viven en la pobreza no solamente son más vulnerables a padecer enfermedades, sino que tienen menos acceso a los servicios de salud y, al no recibir tratamientos adecuados y oportunos, sus enfermedades se agravan. Esta situación es peor aún en temas de salud oral, donde se requiere un debate con la bioética como interlocutora para proponer sistemas de equidad.

Palabras clave: salud oral, pobreza, desigualdad, bioética.

POVERTY AND INEQUALITIES: AN OBLIGATORY DENTAL HEALTH DEBATE

Abstract: Latinamerican last decades' health reforms have encouraged liberal principles where access to services depend on purchasing power, and where emphasis is placed more on therapeutics than on prevention. Therefore, people with high income present less sickness risks while those with low income are more vulnerable to illness due to their poor access to health services. This situation is even worse in oral health issues; that's why bioethics is urgently required to act as speaker in a debate on equity.

Key words: oral health, poverty, inequality, bioethics

POBREZA E DESIGUALDES SOCIAIS; UM DEBATE OBRIGATORIO EM SAUDE ORAL

Resumo: As reformas do setor saúde das últimas décadas na América Latina estão fomentando a privatização dos serviços, seguindo princípios de cunho liberal. Diferentemente de um sistema de medicina social, em sistemas privados, o acesso das pessoas aos serviços depende da capacidade de aquisição e sua ênfase é mais terapêutica que preventiva. O resultado é que as pessoas com mais recursos tem menos risco de ficarem doentes e de que suas enfermidades se agravem. Por outro lado, as pessoas que vivem na pobreza, não somente são mais vulneráveis em sofrer enfermidades, mas também têm menos acesso aos serviços de saúde e, ao não receber tratamentos adequados e oportunos, suas enfermidades se agravam com o tempo. Esta situação se encontra agravada em temas de saúde oral, onde se exige um debate com a bioética como interlocutora para propor sistemas de equidade.

Palavras chave: saúde oral, pobreza, desigualdade social, bioética

* Oral Health Department. Harvard University. United States
Correspondencia: cesar_abadia@post.harvard.edu

Introducción

Los niveles de pobreza de la región latinoamericana, históricamente alarmantes, continúan en aumento en vez de disminuir. En 1980, 41% de los latinoamericanos vivían en condiciones de pobreza. En 2002, el porcentaje de pobres ya alcanzaba el 44%, 221 millones de personas; 97 millones de ellos (19,4% de la población) viviendo en la pobreza extrema o la indigencia(1). Tales niveles de pobreza están asociados a la inmensa desigualdad social de la región, la mayor del mundo. Desigualdad social significa que minorías ricas concentran la mayoría de los recursos del país, mientras que la gran mayoría tiene muy poco. Para disminuir estas desigualdades se requiere, lógicamente, de medidas distributivas que otorguen más ingresos a los pobres y menos a los ricos. Desafortunadamente, en la región latinoamericana los ricos no sólo concentran más recursos sino que reciben proporcionalmente más ingresos que los pobres y, como resultado, se observa que no sólo la pobreza sino también la brecha entre ricos y pobres se ha incrementado en las últimas décadas.

¿Cuál es la relación entre desigualdades sociales y salud? La salud es un proceso complejo, representado por una interdependencia entre factores individuales y sociales y que, por tanto, los procesos salud-enfermedad no dependen exclusivamente de las personas, sino de las interacciones entre la persona y su entorno. Éste favorece la aparición de enfermedades y dificulta o facilita que la persona enferma reciba tratamientos adecuados, controle su enfermedad y se recupere. Personas con más recursos y mejores condiciones de vida tienen menos posibilidades de enfermarse y, en contraste, personas con menos recursos y peores condiciones de vida tienen más posibilidades de enfermarse. Los sistemas de salud y las políticas públicas sociales influyen sustancialmente en este vínculo entre desigualdades sociales y sa-

lud. Si destinan más recursos y servicios a los pobres, se pueden compensar los efectos de la pobreza y disminuir las desigualdades sociales. Por otro lado, cuando los sistemas de salud y las políticas públicas disminuyen subsidios sociales y crean barreras económicas para el acceso a los servicios de salud, aumentan las desigualdades sociales.

Los sistemas de salud que prestan especial atención a la relación entre condiciones de vida y salud enfatizan los programas y servicios de promoción y prevención, promueven medidas de saneamiento básico y desarrollo comunitario, y priorizan el tratamiento en un sistema interconectado de servicios con varios niveles de atención según la complejidad de la enfermedad. Este tipo de sistemas, basado en las necesidades de las personas y las comunidades, tienen una gran trayectoria académica y práctica en la región latinoamericana, con varias vertientes de un movimiento conocido como medicina social, medicina comunitaria o medicina colectiva(2). Por lo general, la medicina social se basa en sistemas públicos de salud, los cuales, mediante recolección de impuestos, ofrecen acceso igualitario a servicios de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación en salud a toda la población. Su nacimiento se debe a los sistemas de bienestar social europeos, pero se desarrollaron como un movimiento social latinoamericano desde la década de los setenta, oponiéndose a las muchas dictaduras de la región y a gobiernos elegidos por voto popular que han fomentado las desigualdades sociales e impactado negativamente en la salud de la población debido a manejos económicos y políticas públicas inadecuadas(2).

En el otro extremo se encuentran sistemas que podríamos denominar como “basados en el mercado” o “de pensamiento liberal”, los cuales consideran que los servicios de salud deben concebirse como mercancías de consu-

mo privado, es decir, basadas en las leyes de la oferta y la demanda. Por lo tanto, responsabilizan a cada persona por sus cuidados y situación de salud y por la búsqueda de servicios para su tratamiento. Este tipo de sistemas, basado en los mercados, no contempla respuestas frente a los factores sociales de los procesos salud-enfermedad ni reconoce necesidades específicas en salud de poblaciones más vulnerables a las enfermedades; por el contrario, refleja y afianza desigualdades sociales de raza, género y condición socioeconómica(3).

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

Ante este panorama de pobreza, desigualdades sociales y sistemas de salud surgen varias preguntas para la profesión odontológica/estomatológica. ¿Cuál ha sido el aporte de la odontología frente a este panorama de pobreza y desigualdad social en Latinoamérica y el Caribe? ¿Cuáles son las respuestas que la profesión ha brindado frente a esta realidad y cuáles son las estrategias que planean para enfrentar

este panorama? ¿Cómo la tradición odontológica ve este debate entre medicina social y medicina basada en los mercados? En este ensayo, más que traer respuestas a estas preguntas, pretendo plantear algunos puntos de discusión que espero nos permitan implementar y desarrollar líneas de reflexión e investigación, y comenzar a generar respuestas frente a la alarmante situación de pobreza y desigualdad social, y a la grave situación de salud oral de la mayoría de la población latinoamericana y caribeña.

Debo aclarar que cuando hablo de “odontología” no me refiero exclusivamente a sus practicantes, sino a una actividad construida históricamente y de la cual hacen parte sus practicantes (profesionales de la odontología), la población en general, los gobiernos –a través de sus leyes y programas sociales en salud– y los mercados nacionales e internacionales, representados por seguros privados y por compañías farmacéuticas, cosméticas, biotecnológicas y de materiales dentales. Por tanto, este ensayo pretende que redimensionemos la profesión odontológica como esta amalgama de actores y acciones que interactúan en un momento histórico en el que compiten dos paradigmas en salud en la región latinoamericana: salud como derecho humano fundamental y universal de la vertiente de la medicina social, y salud como mercancía individual de consumo y supeditada a las leyes del mercado de la vertiente liberal.

Protocolos de manejo. ¿Cómo manejan la odontología y la medicina las desigualdades sociales?

En medicina, los parámetros de tratamiento están claramente definidos desde el punto de vista biológico y los protocolos de manejo clínico buscan minimizar las posibilidades de error humano. Según los protocolos, los profesionales de la medicina hacen una evaluación de sig-

nos y síntomas y, apoyándose en medios diagnósticos, deben establecer pautas terapéuticas iguales a todas las personas que padecen de una misma condición, independientemente de su raza, afiliación religiosa, lugar de procedencia o capacidad de pago. Los protocolos buscan que los parámetros de excelencia sean únicos y el manejo y seguimiento de esos parámetros se relacionan con las competencias que la sociedad occidental ha impuesto en el ejercicio de los profesionales de la medicina(9). Sin embargo, en tal búsqueda de perfeccionamiento, los médicos pierden la libertad de negociar su práctica de forma más individualizada y, a pesar de que consideren que otras alternativas de manejo sean mejores que los protocolos, ellos pueden ser castigados si no siguen parámetros estrictos(10). En la práctica clínica no hay posibilidad de ensayar o individualizar el tratamiento, y los ensayos hacen parte de las investigaciones que terminan formulando, con el tiempo, nuevos protocolos.

Los protocolos de manejo clínico, por tanto, se ubican en una negociación intermedia difícil, en la cual se restringen las libertades médicas para realizar tratamientos más individualizados, pero se busca que todas las personas sean tratadas según los parámetros que se consideran como mejores para cada condición/patología. Cabe resaltar, también, que tal énfasis en el mejor tratamiento representa un sesgo hacia un tipo de conocimiento específico que le da más peso a los tratamientos en vez de a la prevención y a los resultados biológicos medibles y reproducibles, es decir, una corriente de pensamiento positivista que se ha afianzado en la biomedicina con la medicina basada en la evidencia (MBE). Este método científico, lejos de ser la panacea que muchos consideran, hace parte de un esquema de negociación y percepción del mundo que, a través de intereses comerciales de industrias privadas, como la farmacéutica, biotecnológica y de seguros, está dictaminando el accionar de la medicina

basado más en los intereses de grupos económicos que en las realidades y necesidades de los procesos salud-enfermedad o del bienestar de las comunidades(11-14). Los reportes de la MBE dejaron de ser confiables ya que se sabe que estos poderes económicos en salud (siendo la industria farmacéutica el sector más estudiado, empero, recientemente) sesgan y manipulan los resultados de los reportes publicados, incluso en las revistas científicas más prestigiosas, y coartan la libertad de los investigadores y centros universitarios al financiarles las investigaciones, todo con el fin de mostrar resultados que aumenten el lucro que trae la venta de sus productos(13,15).

En sistemas de servicios de salud que siguen las leyes del mercado es posible entender cómo la condición socioeconómica del paciente determina el tratamiento que recibe. Es decir, un paciente sin capacidad de pago no recibirá tratamientos que no pueda pagar, a pesar de que estos tratamientos sean los indicados en el protocolo clínico. Sin embargo, mantener parámetros de calidad altos es importante, ya que calidad y mercados van de la mano. La tensión entre brindar el tratamiento que la persona necesita y asegurar que el cliente pague por los servicios recibidos se soluciona en la medicina de los mercados dividiendo la atención del pago. Los profesionales deben aplicar los protocolos de manejo clínico de forma igualitaria a todas las personas, y los departamentos de cobro se encargan de que la persona pague por sus tratamientos recibidos, bien sea mediante su póliza privada de seguro, mediante seguros subsidiados con fondos públicos, a través de planes de financiación individual cuando se carece de póliza privada o seguro público, o, en algunos casos, mediante fondos para tratamientos gratuitos. Entonces, el protocolo busca solucionar los problemas que el mercado (la capacidad de pago del paciente) puede traer frente a la calidad de los servicios ofrecidos.

A pesar de la pérdida de libertad en la práctica clínica, los protocolos pueden ser benéficos si pensamos que a un paciente con un cuadro específico se le debe brindar el mejor tratamiento disponible, independientemente de su raza, condición socioeconómica o lugar de procedencia. Sin embargo, estudios recientes en Estados Unidos muestran que, a pesar de los protocolos, diferencias raciales se traducen en un tipo de discriminación por medio de la cual profesionales de salud ofrecen tratamientos inadecuados o menos alternativas terapéuticas a personas que pertenecen a minorías raciales, aun después de controlar por situación socioeconómica, diagnóstico y tipo de seguro de salud(16). Es decir, dos pacientes, uno de raza negra y otro de raza blanca, con el mismo cuadro clínico, género, edad y con la misma capacidad de pago, reciben en Estados Unidos tratamientos diferentes, uno considerado inadecuado y otro adecuado. Esto se explica analizando la cultura de la salud en Occidente y las relaciones entre desigualdades sociales, razas y privilegios, las cuales han producido una mirada sesgada en los profesionales de la salud que los lleva a ofrecer tratamientos inadecuados a personas de minorías raciales(17).

¿Presenta la odontología un sesgo similar en cuanto a raza y condición socioeconómica? Un estudio con minorías raciales en Estados Unidos (afroamericanos y latinos) parece señalar que este es el caso. En este estudio se encontró que la combinación entre condición socioeconómica y raza hace que los odontólogos ofrezcan menos alternativas de tratamiento a pacientes de minorías raciales comparados con pacientes blancos. A pesar de presentar el mismo grado de severidad y avance en sus patologías, los odontólogos les presentan a personas de minorías raciales menos opciones terapéuticas y sugieren las extracciones como tratamiento en vez de otras alternativas que sí les ofrecen a pacientes blancos(18). Este

estudio sugiere que el sesgo médico frente a la raza y la condición socioeconómica también se presenta en la odontología. Sin embargo, en la sección siguiente quiero examinar los protocolos de manejo clínico que se aplican en esta especialidad y responder si la práctica odontológica tiene parámetros universales similares a los de la medicina o sugiere que cada tratamiento debe ser individualizado.

La odontología como práctica que fomenta las desigualdades sociales

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

La negociación entre profesional de la salud y paciente se basa en una transacción entre oferta de servicios y poder adquisitivo para acceder a ellos. De esta forma, la práctica odontológica reproduce desigualdades sociales de la población: los ciudadanos tienen acceso a servicios

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

Los factores que deben tenerse en cuenta para la equidad en salud oral, según los mismos autores, son los aspectos socioeconómicos, culturales, étnicos, de género, de religión, de lenguaje y discapacidad. Claramente, hay una diferencia con la medicina, ya que se favorece el análisis individual y no los protocolos universales. Parece ser que los protocolos se reconocen como las "mejores prácticas" o el "tratamiento ideal", pero se acepta que esto sólo es para unos pocos que cumplen con determinadas características. Si bien podemos estar de acuerdo en que esta propuesta relativista de la odontología puede ser útil frente a parámetros culturales y religiosos (aunque es difícil saber cómo los autores diferencian los dos aspectos interrelacionados), aspectos de género (pensando en que algunos tratamientos pueden ser modificados en caso de embarazo), raciales (tratamientos odontológicos deben tener en cuenta la raza en la transformación de la apariencia de la sonrisa y el rostro, por ejemplo) y la discapacidad (no tanto porque a los discapacitados no se les puedan ofrecer los

mejores tratamientos, sino porque ciertas limitaciones físicas pueden favorecer ciertos tipos de tratamientos que requieren cuidados más simples), no es muy satisfactorio un abordaje relativista cuando se plantea que diferencias en condición socioeconómica generan prácticas diferentes. Pareciera que con esta postura la profesión odontológica acepta que sus prácticas tienen que seguir un quehacer liberal, ligado al mercado y a la capacidad de pago individual, y, por tanto, no existe un planteamiento ético sobre las necesidades en salud oral de la población que vive en pobreza o no puede pagar los tratamientos ideales.

En los consultorios privados, los odontólogos, rápidamente y en su proceso de balancear oferta de servicios con capacidad de pago de los pacientes, producen una lista de servicios que van desde los ideales o adecuados hasta los cuidados mínimos o emergenciales, pasando por las múltiples combinaciones que incluyen medidas que buscan llegar lo más cercanamente posible al tratamiento ideal. El plan de tratamiento se organiza, generalmente, en cuatro acciones:

- 1) Urgencias: acciones que se relacionan, generalmente, con episodios de dolor.
- 2) Urgentes: acciones que necesitan atención a un corto plazo y que, generalmente, incluyen la eliminación de focos infecciosos.
- 3) Rehabilitación simple: medidas que ameritan atención en un plazo entre corto y medio y que dependen de la capacidad de pago de la persona. Si la persona puede pagar por estos tratamientos (por ejemplo, restauraciones), la velocidad de éstos se determina también por la prontitud con la cual el paciente pueda hacer los pagos.
- 4) Rehabilitación compleja: medidas de largo plazo que dependen mucho más de la capa-

cidad de pago (por ejemplo, incrustaciones, prótesis o implantes).

Otros tratamientos pueden ubicarse en la transición de varias categorías. Por ejemplo, los tratamientos de conductos se pueden iniciar como una urgencia, son evidentemente urgentes, pero la posibilidad de acabar con el procedimiento, debido a sus altos costos, hace que se demore y siga una relación tiempo/capacidad de pago, similar a la rehabilitación simple. Si el tratamiento de conductos exige una rehabilitación más compleja, la posibilidad de terminarlo y llegar al procedimiento ideal incluye la negociación interna del paciente con su presupuesto, para ver cómo puede pagar, y con el profesional para obtener descuentos y facilidades de pago.

Las leyes del mercado y el enfoque liberal de la odontología hacen que la práctica odontológica se asemeje a otros bienes de consumo y son frecuentes las negociaciones alrededor del descuento y los atrasos en los pagos. Para cumplir con el plan de tratamiento se exige a los pacientes pagos mínimos y, cuando el paciente no puede pagar sus cuotas, éste se aplaza y comienza una nueva negociación para terminarlo y concluir los pagos. En estas negociaciones, varios profesionales sienten que su trabajo no es valorado por los pacientes o la comunidad y, cuando deciden trabajar con sectores de bajos recursos económicos, las actividades terapéuticas que pueden desarrollar son limitadas. En sectores pobres el tipo de tratamientos se limita, por lo general, a las urgencias y los urgentes. El ideal se reemplaza por procedimientos más agresivos (por ejemplo, extracciones) y se deja de lado la posibilidad de hacer intervenciones más complejas y rehabilitaciones. La negociación entre profesional y paciente es difícil ya que, por un lado, aquél es conciente de las limitaciones económicas de quienes asisten a su consulta, pero sabe que las

necesidades en salud sobrepasan lo que las personas pueden pagar y, por el otro, los profesionales también tienen que cumplir con sus obligaciones económicas y administrativas y se ven obligados a reducir o abandonar los tratamientos subsidiados o gratuitos.

Adicionalmente, grandes empresas con ánimo de lucro se están apropiando de la prestación de servicios de salud oral privada y se observa una competencia de precios y servicios con los consultorios particulares. La “calidad” y el “costo” son las variables utilizadas en las campañas de mercadeo y publicidad de las grandes empresas, las cuales son generalmente suficientes para desterrar a los consultorios particulares de la región. Como resultado de este nuevo tipo de práctica de empresas, los odontólogos han visto un cambio en su condición laboral de trabajadores independientes a trabajadores subcontratados, generalmente bajo la modalidad de porcentaje. Si existe sobreoferta de odontólogos, debido a una falta de planeación y regulación estatal frente a las escuelas de formación de profesionales en salud, las empresas aprovechan las leyes del mercado en la contratación. En algunos países, los profesionales han visto que los salarios disminuyen constantemente y las condiciones laborales empeoran (mayores jornadas, equipos y materiales deficientes y menor pago). En estos casos, los odontólogos también pierden la libertad de decidir sobre los mejores tratamientos que el paciente necesita, ya que las limitaciones económicas del paciente y los intereses económicos de las empresas se traducen en una práctica en la cual los servicios ofrecidos (diagnósticos y terapéuticos) no son los ideales, sino los más rentables.

Entonces, los tratamientos odontológicos incluyen desde opciones ideales (las que son adecuadas según los parámetros técnicos y que incluyen generalmente las opciones más cos-

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

Prevención para los pobres y tratamiento para los ricos

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

enfermedades orales (caries, enfermedad periodontal y sangrado gingival)(21). Otro hallazgo interesante de este estudio fue que, inclusive, si en el transcurso de la vida las personas mejoran su situación socioeconómica, adultos que fueron pobres cuando niños continúan presentando una mayor prevalencia de enfermedad periodontal y caries comparados con aquellos que nunca fueron pobres, lo cual indica que la relación entre la pobreza, salud oral e infancia determina en gran parte la salud y calidad de vida de los adultos(21).

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

las realizadas en ciencias básicas biológicas y sociales.

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

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

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha participado en actividades preventivas de salud oral de la región, principalmente impulsando el programa de fluoración de la sal, las cuales han reducido de forma importante la morbimortalidad oral en los países que lo han implementado(22). La fluoración del agua ha sido reconocida como una de las medidas de salud pública más importantes en la historia, no sólo porque ha conseguido disminuir de forma importante la presencia de caries en la población, sino porque asegura que sus efectos se ex-

tiendan a toda la población y, por tanto, es una medida efectiva para contrarrestar los vínculos entre desigualdades sociales y salud oral. Si bien la fluoración del agua disminuye desigualdades, la región latinoamericana debe tener en cuenta que municipios más pobres y menos desarrollados pueden no recibir agua fluorada por falta de desarrollo(23) y que aún se debate el riesgo/beneficio entre el flúor como agente protector de caries y como agente causante de fluorosis oral, esquelética y sistémica. Además, es evidente que, inclusive con medidas de flúor, la población aún sufre un elevado índice de morbilidad y mortalidad por las dos enfermedades orales más comunes, caries y enfermedad periodontal, las cuales son previsibles.

Recientemente se reconocen causas ambientales, económicas y sociales en la presencia de enfermedades orales(19,24); sin embargo, el flúor y los aspectos conductuales se siguen considerando como los más importantes cuando se habla de promoción y prevención en salud oral. El enfoque en los comportamientos individuales hace que el complejo biosocial que determina la presencia de caries y enfermedad periodontal en las poblaciones se vea reducido de forma inapropiada a actividades educativas sobre higiene y dieta, desconociendo que higiene y dieta son dos procesos profundamente sociales. Sin restar importancia a la educación como estrategia en prevención, la literatura odontológica carece de definiciones sobre cómo los factores sociales influyen en el comportamiento humano, en los conocimientos, actitudes y prácticas en salud, o sobre cuáles son los límites de la educación y de otras actividades y programas preventivos. Por tanto, no se han planteado alternativas sobre cómo contrarrestar los efectos de los factores sociales en las enfermedades orales.

La literatura odontológica sobre factores de riesgo y su énfasis en los comportamientos in-

individuales más que en las condiciones sociales podría beneficiarse de nuevas teorías en medicina social y enfermedades infecciosas, que reconocen que la vulnerabilidad de personas y grupos poblacionales a éstas dista mucho de ser un factor individual exclusivamente y sí se trata de una compleja relación entre factores individuales, institucionales y sociales(25). En esta nueva línea teórica se entiende que cuando se enfatiza la responsabilidad individual de forma exagerada se termina culpando a las víctimas de sus enfermedades(26). La literatura en salud oral sigue comentando sobre los factores de riesgo individual, los hábitos alimenticios y medidas de higiene, e insiste en que cambios de mentalidad mediante educación van a resultar en éxitos preventivos(20). Tal estrategia se ha mostrado históricamente muy poco efectiva y las nuevas teorías sociales nos permiten entender que educación sin condiciones que garanticen que lo aprendido pueda ser llevado a la práctica no alcanza sus objetivos.

Dos mitos de la odontología: los tratamientos odontológicos son costosos y prevención v/s tratamiento

La estrategia global para la salud oral de la OMS plantea que los tratamientos tradicionales para las enfermedades orales son muy costosos en los países industrializados e imposibles en la mayoría de países de bajos y medianos ingresos. Frente a los costos en aumento y los recursos limitados, la OMS insiste en la prevención y el control de las enfermedades orales(20). Sin embargo, no existe un análisis de costos adecuado que permita analizar cómo se distribuye el lucro generado en la consulta odontológica y si, de verdad, es imposible ofrecer tratamientos odontológicos adecuados a toda la población. Si hacemos un paralelo con las nuevas investigaciones en medicina social que apuntan al lucro excesivo y la influencia de la industria farmacéutica en la práctica clí-

nica, podríamos pensar que otro tanto ocurre con las compañías multinacionales de materiales dentales en odontología y que los costos reales de los tratamientos odontológicos son desconocidos, ya que dependen de tales leyes del mercado.

La nueva meta de la estrategia regional de la OPS incluye servicios de salud oral eficaces en función del costo, destinados a eliminar las disparidades en el tratamiento y aumentar el acceso de la población a los servicios(22). Sin embargo, no es muy claro cuál es la estrategia planteada, ya que se ha mostrado que ciertas propuestas en salud pública, basadas en análisis “costo-beneficio-efectividad”, no son adecuadas, porque éstas siguen los intereses de los que manejan los mercados de salud para asegurar el mayor margen de lucro posible, no responden a las necesidades en salud de la población y, en vez de aumentar, reducen el acceso a los tratamientos de las poblaciones pobres(3). Una discusión parecida ocurrió con ocasión de la epidemia del SIDA, de la cual la salud oral podría aprender mucho.

El Banco Mundial, en su informe ya citado(6), señaló que las terapias para el SIDA eran muy costosas para países en vías de desarrollo y recomendó centrar recursos y esfuerzos únicamente en prevención, ya que se consideraba más costo-efectivo. Brasil, contrariando esta propuesta, decidió ofrecer tratamiento universal y gratuito a todas las personas que lo necesitaban y mostró, con el tiempo, que no solamente los esfuerzos preventivos se favorecen con el tratamiento, sino que ofrecer procedimientos adecuados hace que las personas sufran de menos enfermedades y menos complicaciones y, por tanto, los sistemas de salud pueden ahorrar costos(27). Mientras el Banco Mundial estimó que Brasil iba a tener 1,2 millones de personas infectadas en el cambio de siglo, a finales de 2001 Brasil, integrando pre-

vención con tratamiento, sólo contaba con 600.000 brasileños infectados, mostrando una reducción del 50% en las estimaciones previstas y un control efectivo de la epidemia(28,29).

En cuanto al costo de los tratamientos, a pesar de que la terapia antirretroviral efectiva es muy costosa (US\$ 10.000 por paciente por año en países desarrollados), una serie de estrategias permitió a Brasil disminuir los costos de estas medicinas (a menos de US\$ 2.300 por paciente por año). Por un lado, el país comenzó a fabricar versiones genéricas de medicinas cuyas patentes habían expirado y logró disminuir los precios significativamente. Para las medicinas más nuevas, aún protegidas mediante leyes comerciales internacionales de patentes, el país logró reducciones significativas de precios al centralizar las compras y negociar rebajas sustanciales con las compañías dueñas de las patentes(28,29). Además de estos ahorros, Brasil mostró que el acceso universal y gratuito a los tratamientos hizo que miles de brasileños mejoraran su calidad de vida y el país estima que, entre 1997 y 2001, se ahorraron más de mil millones de dólares al evitar hospitalizaciones y tratamientos más complejos(27).

Un enfoque similar podría aplicarse en la odontología y deslegitimar dos tabúes afianzados en la práctica de la profesión y en las políticas públicas. Los tratamientos odontológicos no deben ser vistos como costosos y la prevención debe siempre ir ligada al tratamiento. Si todas las personas tuviesen acceso a medidas preventivas y a tratamientos adecuados y oportunos, se disminuiría la presencia de enfermedades orales, se evitaría su avance y la aparición de complicaciones más graves y debilitantes, y se disminuiría la necesidad de tratamientos más costosos. Esto es mucho más relevante para el caso de la salud oral, no sólo porque las enfermedades orales más comunes son previsibles, sino porque tratamientos oportunos

son mucho más fáciles, controlan y eliminan la enfermedad y evitan complicaciones más graves y tratamientos más complejos.

Los mercados y la práctica odontológica

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

Con esta revisión muy rápida, espero que sea posible observar la manera como la odontología refleja las leyes del mercado y fomenta y afianza las desigualdades sociales. Espero que también haya señalado de forma convincente que la discusión sobre el papel de la odontología en la región latinoamericana es una discusión política que tiene que ver con redefinir (o definir) la profesión y las estrategias planteadas para responder a las necesidades de salud oral. Si bien es importante seguir avanzando en la producción de tratamientos de alta tecnología, la profesión necesita mucho más de medidas, programas y políticas altamente avanzadas para mejorar las condiciones precarias de salud oral de la mayoría de la población.

El reto ético más importante de la profesión odontológica es posicionarse políticamente,

bien sea como profesión de la salud que sigue los principios de la medicina social o continuar como práctica que depende de las leyes del mercado. Organismos de salud internacionales parecen enfatizar el enfoque liberal e individualista de la salud y desconocen otras opciones como aquellas propuestas por la tradición de la medicina social. La OMS sigue insistiendo en que la caries dental y la enfermedad periodontal se pueden controlar y prevenir mediante la combinación de acciones comunitarias, profesionales e individuales que enfatizan la educación y los cambios de comportamiento(20). En cuestión de políticas, la OMS ha insistido, desde 1994, en que una medida de salud pública de interés para los países puede ser la exención de impuestos y aranceles que se aplican a ciertos productos cosméticos como son las pastas dentífricas con flúor para que a las personas les resulte más fácil comprarlas(20,24). Tal recomendación es muy sospechosa, ¿por qué un organismo internacional de salud sugiere políticas públicas que benefician a ciertas compañías multinacionales de cosméticos?

Ante la falta de pastas dentífricas con flúor, dado el caso que esta estrategia sea más adecuada o complementaria a la fluoración del agua o la sal, organismos internacionales en salud pueden sugerir diferentes estrategias, como producción local o regional de pastas dentífricas (un proceso muy simple y económico) o suministro gratuito y universal de pastas. El ejemplo de las estrategias brasileñas frente al SIDA es evidencia de que estas dos alternativas (la

producción local y la distribución gratuita) son mucho más efectivas que la sumisión al poder económico de las compañías multinacionales y el desconocimiento de los impedimentos económicos causados por la pobreza.

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

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

Referencias

1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Panorama Social de América Latina*. Washington: ECLAC; 2004.
2. Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social Medicine Then and Now: Lessons From Latin America. *American Journal of Public Health* 2001; 91(10): 1592-1601.

3. Rylho-Bauer B, Farmer P. Managed Care or Managed Inequality? A Call for Critiques of Market-Based Medicine. *Medical Anthropology Quarterly* 2002; 16(4): 476-502.
4. Almeida C. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90. *Cadernos de Saúde Pública* 2002; 18(4): 905-925.
5. Armada F, Muntaner C. The Visible Fist of the Market: Health Reforms in Latin America. In: Castro A, Singer M, (eds.) *Unhealthy Health Policy. A Critical Anthropological Examination*. Walnut Creek: Altamira Press; 2004: 29-42.
6. The World Bank. *World Development Report 1993. Investing in Health*. New York: Oxford University Press: 1993.
7. Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. Managed Care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine* 2001; 52: 1243-1253.
8. Stocker K, Waitzkin H, Iriart C. The Exportation of Managed Care to Latin America. *New England Journal of Medicine* 1999; 340(14): 1131-1136.
9. Good MJD. *American Medicine: The Quest for Competence. Berkeley and Los Angeles*. London: University of California Press: 1995.
10. Schraiber LB. *O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.
11. Navarro V. The world situation and the WHO. *The Lancet* 2004; 363: 1321-1323.
12. Pellegrino ED. The Commodification of Medical and Health Care: The Moral Consequences of a Paradigm Shift from a Professional to a Market Ethic. *Journal of Medicine and Philosophy* 1999; 24(3): 243-266.
13. Smith R. Medical journals are an extension of the marketing arm of pharmaceutical companies. *P Los Med* 2005; 2(5): e138.
14. Weiss L. *Private Medicine and Public Health: Profits, Politics, and Prejudice in the American Health Care Enterprise*. Cumnor Hill: Westview Press: 1997.
15. Angell M. *The truth about drug companies: How they deceive us and what to do about it*. New York: Random House: 2005.
16. Smedley BD, Stith AY, Nelson AR, (eds.) *Unequal Treatment. Confronting Racial and Ethnic Disparities in Health Care*. Washington DC: Institute of Medicine. The National Academies Press: 2003.
17. Good MJD, James C, Good BJ, Becker AE. *The Culture of Medicine and Racial. Ethnic and Class Disparities in Health Care*. In B. D.
18. Gilbert G, Duncan R, Shelton B. Social determinants of tooth loss. *Health Serv Res* 2003; 38(6): 1843-1862.
19. Hobdel M, Sinkford J, Alexander C, et al. Ethics, equity and global responsibilities in oral health and disease. *European Journal of Dental Education* 2002; 6(3): 167-178.
20. Petersen PE. *The World Oral Health Report 2003*. Geneva: WHO: 2003.
21. Poulton R, Caspi A, Mine B, et al. Association between children's experience of socioeconomic disadvantage and adult health: a life course study. *The Lancet* 2002; 360: 1640-1645.

22. OPS. *El Progreso en la Salud de la Población. Informe Anual del Director*. Washington: OPS; 2000.
23. Peres MA, Fernandes LS, Peres KG. Inequality of water fluoridation in Southern Brazil-the inverse equity hypothesis revisited. *Social Science & Medicine* 2004; 58, 1181-1189.
24. Petersen PE, Lennon M. Effective use of fluorides for the prevention of dental caries in the 21st century: the WHO approach. *Community Dentistry and Oral Epidemiology* 2004; 32: 319-321.
25. Farmer P. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press, Ltd; 1999.
26. Castro A, Farmer P. El sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social* 2003; 17: 31-49.
27. Ministry of Health of Brazil. *Response: The experience of the Brazilian AIDS Programme*. Brasilia: Ministry of Health; 2002.
28. Piot P, Coll Seck AM. International response to the HIV/AIDS epidemic: planning for success. *Bulletin of the World Health Organization* 2001; 79: 1106-1112.
29. Reardon C. AIDS: How Brazil Turned the Tide. Can others emulate its success? *Ford Foundation Report* 2002; 33(3): 8-13.

Recibido: 03 de enero de 2006
Aceptado: 30 de enero de 2006

ATENCIÓN AL PACIENTE VIH/SIDA: LEGISLACIÓN Y BIOSEGURIDAD ODONTOLÓGICA EN COLOMBIA

Blanca Lucía Acosta de Velásquez*

Resumen: Este artículo describe normas universales de bioseguridad en la atención odontológica, particularmente las referidas a la atención de personas infectadas con VIH/SIDA, al tiempo que pasa revista a leyes y decretos relativos al tema vigentes en Colombia.

Establecer la rutina de evaluar, controlar y prevenir accidentes de trabajo e infecciones asociadas a la práctica odontológica garantiza una mejor atención y calidad de vida, tanto para los pacientes como para el personal de salud.

Palabras clave: VIH/SIDA, legislación, bioseguridad, infecciones, odontología, transmisión sexual

CARE FOR HIV/AIDS PATIENTS: NORMS AND BIOSECURITY FOR ORAL HEALTH IN COLOMBIA

Abstract: The present article describes biosecurity universal norms for dental care, specifically those referred to care of persons with HIV/AIDS, and also it reviews laws and norms at Colombia with respect to the topic.

It establishes the routine of evaluating, controlling and preventing accidents at work and infections associated with dental health practices, guaranteeing a better care and quality of life both for patients and for health personnel.

Key words: HIV/AIDS, norms, biosecurity, infections, dental health, sexual transmission

ATENÇÃO AO PACIENTE VIH/AIDS: LEGISLAÇÃO E BIOSSEGURANÇA ODONTOLÓGICA NA COLOMBIA

Resumo: Este artigo decreve normas universais de biossegurança na atenção odontológica, particularmente no que se refere aos cuidados de pessoas infectadas com o VIH/AIDS. Faz também uma revisão das leis e decretos relacionados com o tema vigentes na Colombia. Estabelecer uma rotina de avaliação, controle e prevenção de acidentes de trabalho e infecções associadas à prática odontológica garante uma atenção melhor e qualidade de vida, tanto para os pacientes como para os profissionais da saúde.

Palavras chave: VIH/AIDS, legislação, biossegurança, infecções, odontologia, transmissão sexual

* Fellow Epidemiología VIH/SIDA Programa Fogarty, Universidad de Miami. Coordinadora Unidad de Investigación Colegio Odontológico Colombiano Sede Santiago de Cali
Correspondencia: bacosta@odontologico.edu.co

Generalidades del VIH/SIDA

Desde su aparición hace 24 años el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), secundario a la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ha sido el causante de la muerte de más de 20 millones de personas en el mundo, donde actualmente existen entre 34 y 46 millones de portadores del VIH/SIDA. Anualmente, esta cifra se incrementa en un promedio de cinco millones y mueren tres millones de personas por esta enfermedad, siendo la principal causa de muerte en todo el mundo. Para 2003 solamente se daba tratamiento a 400.000 pacientes con esta patología(1).

En Colombia, durante el primer trimestre de 2005, Bogotá y el Valle del Cauca ocuparon los primeros lugares en reporte de nuevos casos de VIH/SIDA. En este país, la epidemia sigue estando concentrada en la población de más alto riesgo y mayor vulnerabilidad; el grupo de edad más afectado está entre los 15 y 44 años, seguido por el de 45 a 64 años(2). Aunque inicialmente se consideraba que era una enfermedad más prevalente en hombres, se ha demostrado que continúa la feminización y, actualmente, se encuentra una relación hombre/mujer de 3:1(3), dando como resultado que el 37% de los adolescentes que viven con VIH/SIDA son mujeres(4). Los parámetros poblacionales de atención de pacientes en las clínicas del Colegio Odontológico Colombiano, sede Santiago de Cali, entre 2000 y 2004, mostraron que el 57% de la población tenía entre 15 y 44 años y que el 67% eran mujeres(5), revelando que se está manejando una población muy similar a la que tiene mayor riesgo de infección por VIH.

Se estima que el 90% de las personas con VIH/SIDA desarrollarán al menos un problema bucal relacionado con su patología. En muchos casos, éste puede ser el primer indicio relacionado con la infección por VIH. Estos pacientes requieren mayor atención odontológica que los

no infectados: su sistema inmune está comprometido y, cuando ya reciben tratamiento, algunos medicamentos antirretrovirales disminuyen la salivación. Todo lo anterior aumenta el riesgo de caries, enfermedad periodontal y otro tipo de lesiones en la boca, como crecimientos celulares anormales, infecciones bacterianas e infecciones vírales o por hongos, haciendo necesario que consulten en más oportunidades y requieran de intervenciones tempranas para prevenir daños mayores.

Teniendo en cuenta el concepto mundialmente aceptado de que la atención temprana produce beneficios importantes en el paciente infectado con VIH, alterando posiblemente de manera positiva el curso natural de la enfermedad, y debiendo ampliar el acceso del servicio odontológico para los que más lo necesitan, se hace indispensable conocer y manejar la legislación colombiana respecto del VIH/SIDA y cuáles son las normas internacionalmente reconocidas de bioseguridad que garantizan una atención integral al paciente, dentro de altos estándares de calidad, sin omitir tres principios fundamentales de los derechos humanos, a saber: autonomía del paciente para tomar sus propias decisiones en materia de salud; beneficencia/no-maleficencia, en el sentido de que toda intervención en salud deberá propender hacia el bienestar y no perjudicar al paciente, y justicia, en cuanto igualdad de oportunidades para acceder a tratamiento y al sistema de salud. “Los derechos humanos son preexistentes a toda forma de organización política o jurídica, son inalienables ya que no se pueden quitar o ceder y son inherentes al ser humano(6)”.

Legislación sobre VIH/SIDA

Colombia participó activamente en la elaboración del Manifiesto de Montreal, en 1989, para defender los derechos de las personas afectadas por esta enfermedad y, en 1997, legisló al

respecto. Con base en la Constitución de 1991 y en la Ley 100 de 1993, se estableció el Decreto 1543 de 1997(7), que continúa vigente, por el cual se reglamenta el manejo de la infección por el VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). Casi simultáneamente fue creado el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y se expidieron las Guías de Atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y para la atención de enfermedades de interés en salud pública, como lo es el VIH/SIDA(8).

En el Decreto 1.543 se define la terminología y se regulan las actividades diagnósticas, de atención integral, de promoción y prevención, de vigilancia epidemiológica y las medidas de bioseguridad respecto de los pacientes con VIH/SIDA; se establece la normatividad de investigación en concordancia con la Resolución 8.430 de 1993; se fijan los mecanismos de organización y coordinación del Programa Nacional de Prevención y Control de ETS y SIDA, y se crea el Consejo Nacional del SIDA y sus dependencias. Igualmente, se estipulan los derechos y deberes de pacientes y de los prestadores de los servicios de salud; además, el decreto brinda el marco de referencia frente a las posibles sanciones por incumplimiento de la legislación, tanto de parte de los pacientes como del personal de salud.

Es importante destacar la obligatoriedad de dar atención a los pacientes VIH/SIDA, según asignación de responsabilidad, por nivel de atención y grado de complejidad. También, la prohibición de solicitar pruebas de VIH para que el paciente acceda a los servicios de salud y el deber de impartir promoción, prevención y educación en salud al personal a su cargo, además de a pacientes y familiares del paciente con el fin de que puedan disfrutar una comunicación plena y clara con el equipo de salud.

En concordancia con lo estipulado en los Capítulos II y III del Código de Ética del Odontólogo Colombiano –Ley 35 de 1989(9), en el Código de Ética Médica–, Ley 23 de 1981(10) y dentro del marco del protocolo de atención integral, emanado del Ministerio de la Protección Social.

Así como existe la obligación de brindar atención al paciente VIH/SIDA, éste también tiene una serie de obligaciones, tanto con el odontólogo como con el equipo de salud: informar su condición de salud de manera oportuna cuando solicite algún servicio asistencial; no infectar, es decir, abstenerse de donar sangre y órganos, así como de realizar actividades que conlleven riesgo de infectar a otras personas, cuando conozca su situación de portador del VIH.

Esta legislación establece que se investigue la posible existencia de delitos por propagación de epidemia, violación de medidas sanitarias y las señaladas en el Código Penal, como sanción a los pacientes que trasgredan la norma. Además, el incumplimiento de la ley por instituciones públicas o privadas, y por personas naturales o jurídicas será sancionado de acuerdo con lo estipulado en la Ley 100 de 1990(11), en la Ley 35 de 1989 y en la Ley 23 de 1981.

VIH/SIDA y bioseguridad

Las estadísticas internacionales y nacionales de accidentabilidad ocupacional y riesgo biológico en el sector salud son muy similares a las locales. Para Cali, se encontró una prevalencia del 42,6% en trabajadores del área de la salud y, de éstos, el 19,8% presentaban tres o más accidentes en el sitio de trabajo; sin embargo, un 27,5% no lo notificaron. En este mismo estudio se encontró que el 65,5% de ellos no tenía vacunación para hepatitis B (VHB) y un 16,4% eran seropositivos para esta enfer-

medad. La punción fue la lesión más frecuente, con un 69,2%, y heridas en el 21,8% de los casos; estas lesiones habían sido producidas por agujas hipodérmicas huecas (59%) y por instrumentos cortopunzantes (18%). Se reportó una tasa de incidencia de lesiones accidentales en odontólogos del 10,2%; en auxiliares, higiene oral en un 5,4%, y en auxiliares de odontología en un 5,2%. Estas cifras sólo fueron superadas por las encontradas en relación con bacteriólogos y laboratoristas. El estudio reveló que solamente una tercera parte de los trabajadores implicados en accidentes siguieron los pasos del protocolo de bioseguridad en los procedimientos del trabajo.

En el medio internacional, entre trabajadores de salud se manejan prevalencias de transmisión de VIH/SIDA por pinchazo o corte del 0,3%, de VHB del 6 al 30% y de hepatitis C (VHC) del 1,8 al 3% (las cifras más altas corresponden a no inmunizados). El contacto con heridas en mucosa o piel ha arrojado una prevalencia de infección de 0,04% para VIH/SIDA, pero no está cuantificado para VHB y VHC.

Para determinar la gravedad de la lesión, se tiene en cuenta una serie de atenuantes tales como: profundidad de la herida, presencia de sangre visible en el instrumental, que el dispositivo haya estado dentro de una vena o arteria, que el paciente tenga diagnóstico de SIDA o tenga resistencia farmacológica, que falte tratamiento antirretroviral después de la exposición o que la profesional de salud se encuentre en embarazo. “El riesgo de seroconversión, después de una lesión en el trabajo, con exposición directa de sangre infectada, es 50 veces mayor a favor de VHB (25%) frente al VIH (0,5%)(12)”. Se debe tener presente que no existen medios para determinar si el paciente que se atiende es portador de enfermedades infecciosas; la historia clínica no es un indicador

absoluto de que el paciente no padece ninguna afección, pues éste puede ignorar que se encuentra enfermo y es portador del VIH.

De todas maneras, no se puede olvidar que el riesgo de infección se reduce si se observan las precauciones universales y se evita el tratamiento directo del paciente cuando el operador tiene lesiones exudativas en piel o dermatitis supurativa. Las precauciones universales han sido estipuladas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC), la Administración para la Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA), la Asociación Dental Americana (ADA) y el Ministerio de la Protección Social en Colombia. Con el objeto de disminuir o eliminar el riesgo de contaminación con infecciones como el VIH, entre otras, se ha estipulado que las fuentes de contaminación en la consulta odontológica pueden ser de tres vías: de paciente a odontólogo, de odontólogo a paciente y de paciente a paciente.

La contaminación disminuye de manera importante con la utilización de barreras, tales como:

- Desinfectar escupideras y superficies con bactericidas.
- Cubrir las superficies con plástico o aluminio (pre y postlimpieza).
- Desinfectar batas, mandiles o desechables.
- Usar tapaboca, anteojos o máscara.
- Usar guantes, teniendo en cuenta lavar las manos con agua y jabón antes y después de la atención.
- Esterilizar o desinfectar el instrumental crítico (esterilizar), semicrítico (esterilizar o desinfectar) o no crítico (desinfectar).

- Todo el instrumental debe ser neutralizado en una solución de hipoclorito de sodio al 5,25% (1/4 de taza de hipoclorito de sodio/galón de agua), previo al lavado.

El protocolo de riesgo biológico incluye, igualmente, el esquema de vacunación previo a la atención de cualquier paciente contra VHB, influenza, sarampión, rubéola, tétano y tuberculosis (TBC).

La implementación de las precauciones universales también protege al personal de salud de infecciones de las vías respiratorias, como el resfriado común, la sinusitis aguda, la faringitis aguda, la neumonía y la TBC, entre otras; de enfermedades de la niñez, como la varicela, fiebre aftosa, sarampión, rubéola, parotiditis y citomegalovirus, y de enfermedades que se consideran de transmisión sexual pero que pueden ser transmitidas por vía oral, tales como infecciones herpéticas, gonorrea, clamidia, tricomonas, condiloma acuminado, sífilis, mononucleosis, hepatitis y VIH/SIDA. Por todo lo anterior, las precauciones universales deben ser utilizadas rutinaria y consistentemente(13,14,15).

El manejo de la herida secundaria a un accidente de trabajo, incluye la limpieza con agua y jabón (no se debe utilizar cepillo ni hipoclorito de sodio por el riesgo de excoiación), la

utilización de un antiséptico local y el tratamiento antirretroviral.

Aunque no es específico para los pacientes VIH positivos, se debe tener en cuenta que la boca está colonizada por numerosos microorganismos y que cualquier procedimiento, rutinario o no, abre una puerta de entrada al sistema vascular y a las áreas normalmente estériles (hueso y tejido celular subcutáneo, por ejemplo). La evidencia científica no ha demostrado prevención de infecciones al utilizar enjuagues bucales o realizar cepillado antes de un procedimiento odontológico con productos antimicrobianos como la clorexidina o la yodopovidona, pero sí se sabe que puede reducir el nivel de microorganismos presentes en los aerosoles o salpicaduras durante el tratamiento, al igual que protege al paciente, porque disminuye el número que puede pasar al torrente circulatorio, controlando el riesgo de sobreinfección, especialmente en los pacientes inmunocomprometidos(16).

Establecer la rutina de evaluar, controlar y prevenir accidentes de trabajo, y de infecciones asociadas a la práctica odontológica, al igual que el manejo integral del paciente, dentro de un esquema que incorpora al equipo de salud, garantiza mejor atención y calidad de vida, no solamente para las personas portadoras del VIH/SIDA, sino para los pacientes en general.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre salud en el mundo*. Ginebra: OMS: 2004.
2. Instituto Nacional de Salud de Colombia. *Informe evento VIH/SIDA*. Semanas epidemiológicas 1 a 12. Primer trimestre. 2005.
3. Beltrán M, Acosta J, Rojas MC, Velandia MP. *V Estudio Centinela Nacional de Vigilancia de Infección por VIH-1*, Colombia: Ministerio de Salud, Dirección General de Promoción y Prevención, Oficina de Epidemiología. Instituto Nacional de Salud, subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia; 1999.
4. Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali. *Cali Saludable, Salud Sexual y reproductiva*. 2005 [Sitio en Internet] Disponible en: http://www.calisaludable.gov.co/saludPublica/salud_sexual.php

Atención al paciente VIH/SIDA: Legislación y bioseguridad odontológica en Colombia - B. Acosta de Velásquez

5. Cardona E, y col. *Morbilidad atendida en la clínicas del Colegio Odontológico Colombiano Extensión Santiago de Cali* 200-2004. Tesis de grado.
6. World Medical Association. *Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. 1964 [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
7. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1.543 de 1997.
8. República de Colombia. Ministerio de la Protección Social. Resolución 412 de 2000.
9. República de Colombia. Código de Ética del Odontólogo Colombiano. Ley 35 de 1989.
10. República de Colombia. Código de Ética Médica. Ley 23 de 1981.
11. República de Colombia. Ministerio de Salud. Ley 100 de 1990.
12. Harrison's. *Principles of Internal Medicine*. 16th Edition. London: McGraw-Hill; 2005: 1081-1087.
13. Organización Mundial de la Salud. *La salud bucodental: repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica*. Washington, DC: OMS; 1995.
14. Seguro Social. *Vigilancia epidemiológica para factores de riesgo biológico en personal de salud*. Bogotá: Administradora de riesgos profesionales; 2002.
15. Seguro Social. Administradora de riesgos profesionales. Protocolo de vigilancia epidemiológica en riesgo biológico de origen ocupacional. Bogotá. 2002.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for Infection Control in Dental Health-Care Settings - 2003. MMWR 2003; 52.

Recibido: 01 de marzo de 2006

Aceptado: 31 de marzo de 2006

LA BIOÉTICA COMO SOPORTE DE LA BIOSEGURIDAD

Roberto R. Irribarra Mengarelli*

Resumen: Las normas de bioseguridad implican un costo adicional que debe manejar el cirujano dentista. En una economía de libre mercado, en la cual el precio es el principal factor de comparación para elegir al prestador, la incorporación de un nuevo ítem deja en desventaja al prestador responsable, en beneficio del que no considera estas normas. La imposibilidad de ejercer un control riguroso sobre todos los prestadores demuestra que la única posibilidad de lograr una aplicación uniforme de normas de bioseguridad es la existencia de valores individuales en los odontólogos. En este punto la bioética cobra vital importancia para apoyar la atención odontológica.

Palabras clave: bioseguridad, economía de libre mercado, bioética

BIOETHICS AS A SUPPORT FOR BIOSECURITY

Abstract: Bio security norms imply an additional cost that has to be managed by the dentist-surgeon. In a market economy, where price is the principal comparison factor for the choice of a provider, a new item leaves the responsible provider in disadvantage facing those who don't consider these standards. The impossibility to exert a strict control on effective bio-security rules demonstrates that bioethics plays a vital rôle backing odontological service.

Key words: biosecurity, market economy, bioethics

A BIOÉTICA COMO APOIO Á BIOSSEGURANÇA

Resumo: As normas de biossegurança implicam num custo adicional ao cirurgião dentista no seu exercício profissional. Numa economia de mercado, em que o preço da prestação de serviço é o principal fator de comparação para a escolha do prestador, a incorporação de um novo ítem deixa em desvantagem ao prestador responsável, em benefício daquele que não leva em conta estas normas em seus procedimentos. A impossibilidade de exercer um controle rigoroso com todos os prestadores faz com que a única possibilidade de lograr uma aplicação uniforme de normas de biossegurança efetivas por parte de todos eles, seja a existência de valores individuais nos odontólogos. Este é um ponto em que a bioética ganha importância vital para apoiar este aspecto da atenção odontológica.

Palavras chave: biossegurança, economia de mercado, bioética,

* Profesor Asistente de la Clínica Integral del Adulto. Facultad de Odontología. Universidad de Chile
Correspondencia: Irri@entelchile.net

Introducción

La atención médica en general, y más la atención quirúrgica, están muy condicionadas por la posibilidad de contaminar al paciente con microorganismos externos, que pueden ser causa desde patologías tan comunes como un resfriado hasta enfermedades tan graves como la hepatitis o el SIDA. En el ejercicio de la odontología, especialidad preferentemente quirúrgica, existe una alta posibilidad de contaminar a los pacientes, al personal o a quien está prestando la atención. El medio bucal es el hábitat normal de 300 especies distintas de microorganismos que están presentes cuando el dentista realiza sus tratamientos.

El paciente y el personal que trabaja con el odontólogo desconocen las características de la flora de la boca, los mecanismos de transmisión de las enfermedades susceptibles de ser contraídas en la atención dental y las consecuencias de estas enfermedades, por lo tanto, la responsabilidad de velar por la seguridad de todo su entorno es del cirujano dentista.

Lo habitual en odontología, así como en otras especialidades de la medicina, es que el profesional asuma un rol vertical y que lo que él dictamina para su paciente o para los procedimientos que se realizan bajo su dirección debe ser acatado sin mucho cuestionamiento por parte del resto de los involucrados. En bioseguridad esto es aún más marcado. El conocimiento profundo y la experiencia en la aplicación de las normas de bioseguridad no son habituales en odontología. Se han hecho progresos importantes: el uso de barreras como la mascarilla y los guantes de procedimiento prácticamente son de aplicación universal, pero ello es porque son las medidas que el paciente puede controlar fácilmente. Sin embargo, las de mayor importancia tienen todavía mucho camino por recorrer. La reflexión bioética es de crucial importancia en la formación del odontólogo, tanto en la apropiación de valores como

en crear conciencia sobre la aplicación de normas de bioseguridad. Como señala Fernando Lolás, se trata de “atenuar los dilemas” que en esta área se le presentan al clínico(1).

Responsabilidad con el medio ambiente

La actividad odontológica, al igual que todas las actividades humanas, produce desechos que pueden afectar al medio ambiente. Desde la manufactura de los equipos e instrumental dental hasta la aplicación de medidas preventivas, como la fluorización del agua potable o las aplicaciones que hacemos directamente a la población mediante colutorios, barnices o el flúor presente en los materiales de restauración, tenemos subproductos que interactúan con el medio ambiente e influyen en los procesos naturales. La ecoética debe estar presente en todos los niveles de la actividad odontológica. Son innumerables los trabajos que entregan evidencia acerca de los efectos de los biomateriales sobre el medio ambiente. A modo de ejemplo, mencionemos la posibilidad de aumentar el mercurio residual en los cursos de aguas servidas(2) y cómo ello puede influir en los alimentos provenientes del mar.

Responsabilidad con los pacientes

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

En las últimas dos décadas, a partir de lo anterior y por la generalización de la aplicación de políticas económicas de libre mercado, se produce el siguiente cuadro:

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

Responsabilidad con el personal

Los cirujano dentistas habitualmente deben delegar una serie de tareas que se realizan en el consultorio dental. Esto por la imposibilidad de realizar todas las acciones personalmente y por la mayor eficiencia que se logra en la entrega de los servicios.

El personal que realiza labores de aseo de los consultorios, preparación del instrumental quirúrgico y del recinto de atención, y de asistencia al profesional tratante, a menudo no comprende la importancia de las normas de bioseguridad. El odontólogo adquiere entonces

el carácter de depositario de las capacidades necesarias para organizar la atención, educando a su personal y controlando que no incurra en conductas de riesgo.

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

Responsabilidad con la sociedad

Si los cirujano dentistas toman conciencia de la responsabilidad que asumen al ejercer la odontología y están convencidos de que: a) durante el ejercicio de su profesión no pueden hacer daño a sus pacientes ni al medio ambiente; b) todas sus acciones deben ser realizadas de la misma manera a todos sus pacientes; c) las prestaciones que ellos realizan para curar las patologías que presentan sus enfermos son la mejor indicación y significarán una mejor calidad de vida; d) durante la entrega de sus servicios usan todos los elementos disponibles para proteger al personal, a sí mismos y al medio ambiente, y e) la sociedad les ha entregado la responsabilidad de los cuidados de la salud bucal, tanto preventivos como restaurativos, entonces se estarán aplicando los principios básicos de la bioética y, como consecuencia de ello, la bioseguridad –necesaria en su práctica– estará sólidamente apoyada en esos principios. Sus pacientes serán beneficiados por sus acciones y serán atendidos en igualdad de condiciones.

Responsabilidad en la formación

Es una realidad que el mercado esta regulando la atención odontológica prácticamente

en todo el mundo; sin embargo, también lo está haciendo en la oferta de formación de cirujano dentistas, con el riesgo de que las faltas a la ética que se producen en el ámbito financiero se produzcan también en la actividad de las escuelas dentales. Esto ha provocado que autores como Whitehead y Novak propongan la aplicación de modelos de auditoría ética a las escuelas dentales(3).

Es importante destacar que entre los responsables de formar a los nuevos dentistas existe la inquietud por cuestionar y analizar la forma en que se entregan los principios éticos y cómo los alumnos los aplican en su vida(4).

La organización de la atención clínica por parte de los alumnos de una escuela dental de pregrado es una tarea de gran complejidad. Ellos son prestadores de servicios en salud bucal a pacientes que les son entregados para realizar sus programas clínicos. La dirección de la escuela debe entregar todos los elementos necesarios para que la práctica de los alumnos sea segura para todos los actores involucrados; éste un factor que, necesariamente, puede producir distorsiones en los niveles de bioseguridad aplicados, principalmente por el costo que estas medidas implican.

Relatividad de las normas

Sabemos que las unidades en las que trabajan los alumnos de las escuelas dentales de pregrado usan mangueras de agua que se contaminan(5). A este respecto, la Universidad de Talca realizó una evaluación del agua que pasa por esos conductos y los resultados arrojaron una amplia distribución de la concentración microbiana que va más allá de la norma(6). Esta autoevaluación no es frecuente, como tampoco la aplicación de normas que impidan esta contaminación en los equipos dentales, no sólo de las escuelas, sino en los equipos de las clíni-

cas dentales instaladas en la Región Metropolitana en Chile.

En el mercado existen sistemas que permiten la desinfección de las vías de agua de los equipos dentales, pero no es una obligación instalarlos en todas las clínicas que están operando en el país.

También es una realidad que los servicios de salud con más recursos pueden fiscalizar más, que los controles de niveles socioeconómicos más altos están más expuestos a la crítica y que la inspección extrema de servicios pobres puede impedir que se entreguen los pocos servicios posibles. Las normas se aplican midiendo su efecto en la estadística de atención: no impedir la atención dental en un consultorio o en un servicio privado sólo porque en ellos no existe un sistema de descontaminación de las vías de agua.

La actualización de conocimientos que permiten mantener una atención segura no es obligatoria¹. La recertificación de capacidades profesionales en odontología es voluntaria y sólo afecta a los especialistas. Los cirujano dentistas de ejercicio liberal en odontología general, que corresponden a más del 80% de los cirujano dentistas en Chile², no tienen obligación de actualizar sus conocimientos en bioseguridad.

Si hemos convenido³ en que los valores individuales son el soporte para que los cirujano dentistas apliquen diariamente y en todo momento las normas de bioseguridad, ellos deben ser entregados o reforzados en la formación de pregrado de las escuelas dentales, estableciendo una malla o modelo moral que les permita

- 1 Reglamento de certificación y recertificación de especialidades odontológicas (CONACEO).
- 2 Estadísticas de especialistas en odontología que ejercen en Chile. CONACEO.
- 3 Primer Simposio de Bioética y Odontoestomatología. Universidad de Chile, Universidad de Talca, OPS Chile. 11 al 13 de noviembre de 2004.

tomar conciencia de los riesgos, para que creen estrategias para enfrentarlos y, finalmente, tengan la convicción de que su aplicación es una obligación.

Malla moral de soporte para la bioseguridad

Todos los miembros del equipo de salud bucal deben tener las competencias necesarias para enfrentar los dilemas que plantea la bioseguridad en la atención de pacientes odontológicos. Más que conocimientos teóricos—que deben ser actualizados constantemente, ya que son sometidos a validación científica en todo momento—, los miembros del equipo de salud bucal y, principalmente, el cirujano dentista, deben reconocer los riesgos en su entorno y evitar que ellos provoquen un contagio a sus pacientes.

El cirujano dentista debe mantener actualizados los conocimientos relacionados con la microbiología que están directamente vinculados con su práctica profesional. La formación de pregrado debe tomar conciencia de los riesgos y entregar todos los elementos curriculares que permitan crear los mecanismos para enfrentarlos, diseñando las medidas más seguras para ser aplicadas en su práctica. Todo esto se debe sustentar en otro concepto moral: el de obligatoriedad. “Si conozco el riesgo y sé como evitarlo tengo, entonces, la obligación de hacerlo”. Una forma de aplicar esta obligatoriedad es recurriendo a la ética heterónoma, y la formación en las escuelas de pregrado debe inculcar el respeto irrestricto a las normas que dicta el Estado. Otra forma es fomentando un comportamiento que esté más de acuerdo con la ética autónoma, donde la obligación se derive de la libertad para querer y obrar conforme al deber. El verdadero acto moral implica la libertad del individuo para obrar de acuerdo con su conciencia, en su autonomía(7).

Así como el contagio de un paciente obedece a la ley del todo o nada, es decir, cuando adquiere el virus del SIDA o la hepatitis no lo hace sólo para una parte del cuerpo sino para todo el individuo, las normas de bioseguridad deben ser absolutas, de aplicación universal y asimilando esto a los principios de la ética kantiana: las mismas normas deben ser consideradas positivas por todos los individuos, tener como fin la protección del ser humano y la acción moral que esa norma determine debe tener carácter universal.

Conclusión

Se ha planteado la necesidad de enfrentar los dilemas de la bioseguridad formando a los participantes del equipo de salud con valores que constituyan un modelo moral. Éste obligará a cada individuo, por decisión propia, a tomar conciencia de cada problema de bioseguridad que sus conocimientos le permitan detectar; no podrá obviar el problema, sino que se impondrá crear una forma de evitar el riesgo y, una vez creada, se verá enfrentado a la obligación de aplicarla y comunicarla a sus colegas.

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

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

Referencias

1. Lolas F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. 2ª Edición. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2001: 8.
2. Conley JF. A perennial controversy. *Calif Dent Assoc J* 2001; 29:475-477.
3. Whitehead AW, Novak KF. A model for assessing the ethical environment in academic dentistry. *J Dent Educ* 2003; 67: 1113-1121.
4. Bertolami CN. Why our ethics curricula don't work. *J Dent Educ* 2004; 68: 414-424.
5. Barbeau J, Nadeau C. Dental unit waterline microbiology: A cautionary tale. *J Can Dent Assoc* 1997; 63: 775-779.
6. Arriagada A, Larrucea C, Padilla MC. Control de infección en los ductos de equipos dentales de las clínicas odontológicas de la Universidad de Talca. *Revista Dental de Chile* 2004; 95 (2): 3-9.
7. Escobar Valenzuela G. *Ética. Introducción a su problemática y su historia*. 3ª Edición, México: McGraw-Hill; 1994: 123.

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 31 de enero de 2006

NECESIDAD DE LA BIOÉTICA EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Clemencia Bermúdez de Caicedo*

Resumen: Urge que la educación superior incluya la formación en valores, generando una cultura de respeto por la vida e influyendo en todos los escenarios de actuación del ser humano y en sus relaciones con los seres bióticos y abióticos del planeta. Resulta imperativo revisar los currículos (reales y ocultos) para identificar lo que nos permitirá formar no sólo profesionales exitosos, sino ciudadanos comprometidos con el capital social y el desarrollo.

Palabras clave: valores, respeto, desarrollo social

NEED FOR BIOETHICS IN HIGHER EDUCATION

Abstract: Higher education should include training in values, in order to generate a culture of respect for life, thus influencing positively human beings' actions. It's imperative to review the curriculum –real and concealed– to identify what will really allow us to train not only successful professionals, but citizens involved in social development.

Key words: values, respect, social development

NECESSIDADE DA BIOÉTICA NA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Resumo: É urgente que a educação superior inclua em seus planos de estudo formação em valores, que gere uma cultura de respeito à vida em todos suas formas, influenciando positivamente em todos os cenários de ação do ser humano e de suas relações com os seres bióticos e abióticos do planeta. É um imperativo revisar dos currículos (reais e ocultos) para identificar o que nos permitirá formar não somente profissionais exitosos, mas cidadãos comprometidos com o capital social e com o desenvolvimento humano.

Palavras chave: valores, respeito, desenvolvimento social

* Odontóloga, Especialista en Bioética de la Universidad Javeriana.

Correspondencia: bermudezm@javeriana.edu.co

Los cambios en los valores y en los roles de los miembros de la familia, así como la expansión y aceptación de los nuevos modelos sociales, permiten la aceptación de la pluralidad como signo de tolerancia en las sociedades contemporáneas. “Los descendientes no hacen lo mismo que sus ancestros. No están de novios un tiempo necesariamente ni se casan obligatoriamente ni tienen hijos indefectiblemente. Pueden o no hacerlo. A cada paso de la vida se encuentran diversos caminos a seguir. La novedad es que se puede elegir(1)”.

Esto es importante si se considera a la familia como la unidad básica de la estructura social, la única común a todos los grupos de individuos y que cumple unas funciones específicas respecto de sus miembros y de la sociedad en su conjunto. Es la institución social más elemental, la encargada de la transmisión de la cultura de una generación a otra. Las actitudes, conocimientos y prácticas de los adultos tendrán sus raíces en el ámbito familiar.

El proceso denominado “socialización primaria” comprende el momento cuando el individuo comienza a interactuar con otros, se somete a regulaciones que los demás sujetos imponen y va construyendo sus propias reglas que expresan el funcionamiento de la naturaleza y las personas. Mediante este proceso de socialización primaria, el individuo se forma como adulto dentro de una sociedad que lo moldea de determinada manera.

La socialización secundaria resulta del entramado social y cultural que rodea al niño y le permite adquirir roles y lenguajes específicos con los que alcanza comprensiones variadas de la realidad. Por lo tanto, en la formación del niño se debe incluir –entre las variables histórico-culturales de la socialización secundaria que condicionan la adquisición de hábitos– a un nuevo medio socializador, conformado por instituciones externas como el colegio, la es-

cuela, el barrio, las organizaciones juveniles, entre otras, que hacen que ya no sea la familia el centro del desarrollo dialéctico del niño con su entorno.

Con la consiguiente declinación de la familia como agente de socialización secundaria, la reestructuración de hábitos o afianzamiento de nuevos depende de otros grupos socializadores.

Ante todos estos procesos de grandes cambios y profundas transformaciones, se debe formar para la libertad de elegir, entendiendo la educación como un espacio abierto al mundo, para reinterpretarlo y para autoconocerse a través del mismo, dando respuesta a las preguntas ¿quién soy y quién quiero ser? De esta manera, puede entenderse la formación como “...un proceso educativo que consiste en propiciar, favorecer y estimular la explicitación, desarrollo y orientación de las virtualidades y dinamismos de la persona humana(2)”.

Según Savater, “...la verdadera educación no sólo consiste en enseñar a pensar sino también en aprender a pensar sobre lo que se piensa y este momento reflexivo –el que con mayor nitidez marca nuestro salto evolutivo respecto a otras especies– exige constatar nuestra pertenencia a una comunidad de criaturas pensantes(3)”.

Para poder tomar decisiones libres y responsables ante situaciones o dilemas, acordes al contexto y respetando las diferencias de un mundo pluralizado, la formación moral debe aportar los elementos necesarios para que se entienda la razón de ser de las normas, y para que sean asumidas y puestas en práctica no por conveniencia sino por convicción; sólo así, a través de la adopción crítica de la norma, se estará en condiciones de cuestionarla y cambiarla si es necesario.

Sólo por el camino de la autonomía, que supone la libertad y la responsabilidad, puede

haber un aumento gradual de la conciencia que permite la autotranscendencia y la autenticidad: “...sólo la elección de valores plenamente humanos puede asegurar la supervivencia de la humanidad en un proceso ascendente hacia la plena y más perfecta realización de sí misma(4)”.

Todos los cambios acelerados en los valores y, por ende, en la sociedad, constituyen un desafío para cualquier ética existente; por eso, se requiere una nueva forma de hacer ética, y ésta es, precisamente, la bioética como ética de la vida, con su carácter interdisciplinario y su papel en la definición e identificación de los problemas, por su metodología para tratarlos y por los espacios que ofrece para la reflexión y toma de decisiones responsables.

Estos espacios de reflexión son importantes hoy, cuando no es raro encontrar invertida la escala de valores al interior de la familia y, por ende, de la sociedad y de los Estados. Lo ilícito pasa a ser socialmente aceptado y la deshonestidad, el irrespeto, la intolerancia, la injusticia, la irresponsabilidad enmarcan las relaciones interpersonales.

En el ámbito global se han infiltrado modelos económicos y políticos que van en contra de la dignidad humana, como es el neoliberalismo que defiende: “...el papel positivo de la desigualdad, la eliminación de la función económica y social del Estado y, por lo tanto, cualquier acción redistributiva por parte de éste; la operación del mercado en todas las esferas de la actividad humana y, por último, la validación del subjetivismo como criterio de verdad y, en consecuencia, como fuente de explicación de los fenómenos económicos, políticos y sociales(5)”.

Según Ahumada(5), el papel positivo de la desigualdad justifica el enriquecimiento y la industrialización de los países desarrollados a costa

del subdesarrollo de los países pobres. Existe una interrelación entre el despilfarro en el norte del planeta y la pobreza en el sur. El capitalismo salvaje –neoliberalismo– no es compatible con la justicia social, porque busca la acumulación de capital sobre cualquier otro objetivo y da prioridad a la defensa de la libertad individual sobre criterios de equidad. En la lógica neoliberal, “justo” es todo aquello que resulta de la mano invisible del mercado, independientemente de sus consecuencias reales en los ámbitos socioeconómico, político y cultural.

Según Samir Amin(6), el capitalismo puede sobrevivir con que el 20% de la población posea el 80% de los recursos y el 80% de la población, los más pobres, sólo tengan el 20% de éstos. ¿Es esto compatible con la bioética?

La humanidad ha perdido su rumbo, hay una crisis de valores, su horizonte no es claro y el poder abusivo de la tecnociencia sobre el hombre y su medio ambiente impera en las sociedades. “Uno de los pecados del hombre civilizado consiste no sólo en la destrucción del mundo que lo rodea sino más aún en la destrucción de sí mismo(7)”.

Jorge Humberto Peláez(8) sostiene que, dentro de la crisis ética, se ha entendido la moral como un acomodo a la costumbre socialmente aceptada, lo cual es muy peligroso porque hay prácticas que se infiltran en las instituciones y se consideran normales porque todo el mundo las hace. Esta costumbre socialmente aceptada es el resultado de intereses de grupos que manipulan la opinión pública.

Por otro lado, se ha identificado lo legal con lo moral, en circunstancias de que no todo lo legal es moral y no todo lo que consideramos moral está avalado por las leyes.

La escala de valores invertida ha llevado a que el dinero se haya convertido en el dios so-

bre cuyo altar se sacrifica todo, salud, tranquilidad, amigos, familia, patria. No se ha trabajado sobre el concepto de ciudadanía, los hombres no se sienten protagonistas de los procesos sociales ni responsables de lo público: el bien común no existe.

Los protagonistas de los procesos sociales han olvidado su misión: los padres de familia han pasado a ser proveedores, los educadores se han limitado a ser instructores y los dirigentes políticos y empresariales sólo trabajan por sus intereses.

Lonergan describe en forma dramática pero no menos real la situación: “La escala de preferencias se deforma. Los sentimientos se amargan. Las desviaciones se infiltran en la perspectiva que se tiene; la racionalización se introduce en la moral; la ideología en el pensamiento. Así se puede llegar a odiar lo que verdaderamente es bueno y amar lo que realmente es malo. Esta calamidad no se limita a los individuos. Puede afectar también a grupos, a naciones, a bloques de naciones, y aun al género humano. Puede asumir formas diferentes, opuestas y beligerantes para dividir al género humano y amenazar con destruir la civilización. Tal es el monstruo que ha venido avanzando en nuestros días(9)”.

Por todo lo anterior, la humanidad tiene la necesidad urgente de un diálogo entre la ciencia y las humanidades o, más exactamente, entre el conocimiento científico y los valores humanos. En 1970, Van Rensselaer Potter propuso(10) a la bioética como el puente entre estos dos saberes y como la ciencia de la supervivencia del hombre en comunión con las otras especies y los entornos abióticos de los que depende para el mejoramiento de la calidad de vida.

Para lograr esto se requiere de la sabiduría que, según Potter, no es otra cosa que el cono-

cimiento sobre qué hacer con el conocimiento, para formar seres humanos y no sólo tecnólogos o científicos que, utilizando a la persona como medio, han contribuido a su cosificación e instrumentalización. Es importante recordar aquí las palabras de Juan Pablo II: “La ciencia sin conciencia no conduce sino a la destrucción del hombre(11)”.

Los estudiantes universitarios del nuevo milenio no han sido inmunes a estos cambios sociales; más bien, son el resultado de ellos. Son fruto, en su mayoría, de familias disfuncionales, de proyectos educativos cada vez más flexibles y permisivos, de una agresiva invasión de los medios de comunicación con características de movimiento social, quienes, a través de mensajes directos y subliminales, deforman las relaciones interpersonales y sociales, invierten los valores morales e implementan modelos utilitaristas, que hacen creer que la felicidad personal es el bien último y que el fin justifica los medios, hasta el punto de ver en ellos mismos y en el otro un medio para dichos fines.

Esta manera de pensar ha hecho que los jóvenes vivan en una inmediatez egoísta: sólo importa el hoy, no hay conciencia del mañana y, por lo tanto, de la responsabilidad con las generaciones futuras. “Ahora el hombre constituye de hecho una amenaza para la continuación de la vida en la tierra. No sólo puede acabar con su existencia, sino que también puede alterar la esencia del hombre y desfigurarla mediante diversas manipulaciones(12)”.

Eso explica por qué es tan frecuente que impere “la ley del menor esfuerzo” en nuestros estudiantes; que el respeto hacia sus compañeros, profesores, personal auxiliar y hacia los mismos pacientes no se traduzca en buen trato y buenas maneras. Saludar, pedir por favor y dar las gracias son frases que muy pocos conocen y utilizan todavía. Asimismo, comportamientos deshonestos, como copiar en

una evaluación, falsificar una firma, no devolver algo prestado, tomar lo ajeno o mentir con facilidad no son considerados como acciones censurables.

La falta de responsabilidad con los compromisos curriculares y extracurriculares es frecuente y se traduce en los numerosos fracasos académicos y en el deterioro de la formación integral.

Pocos utilizan el diálogo argumentativo en la resolución de conflictos. La intolerancia dificulta las relaciones interpersonales y trae como resultado la fragmentación de los grupos en pequeños núcleos de aparente amistad, donde es frecuente que se busque sólo el beneficio personal a través de las alianzas.

Ante esta situación, urge potenciar en el ámbito universitario "...la razón práctica como fundamento de la determinación de la voluntad, o del querer, y, por consiguiente, de la dimensión ética y moral del ser humano(2, p.72)", que ha sido relegada por la razón teórica, es decir, por la facultad del conocimiento técnico-científico e instrumental, actualizando en el marco histórico-social de los modelos políticos, económicos y culturales la frase, atribuida a Francis Bacon, "conocimiento es poder". "Bacon vio el poder adquirido a través del conocimiento. No el conocimiento de sí mismo, abstracto y espiritual, sino el conocimiento que modifica el mundo y lo doblaga(13)"

El modelo de desarrollo que abraza la cultura occidental y la carrera desenfrenada hacia el progreso y el crecimiento impulsados por los avances tecnocientíficos, han distorsionado la labor docente, con la primacía del conocimiento científico y la productividad como resultados de la deificación del mercado.

Simultáneamente, el concepto de autonomía se ha visto reforzado por los derechos huma-

nos y la conquista de las libertades individuales en las democracias modernas; esto ha llevado a un individualismo excesivo, con la convicción de que "...autonomía es hacer lo que le viene en gana y no la libertad de optar por el bien, es decir, aquellos valores que humanizan y nos hacen personas(14)".

En el modelo de sociedad actual el individuo es "...el epicentro de todo accionar político y social, olvidando el sentido de la vida comunitaria con detrimento del sentido de lo público. Desde este concepto mal entendido de autonomía, prima el discurso de los derechos, olvidando los deberes y se tiende a perseguir tan solo la satisfacción de los fines particulares(15)".

Es importante preguntarse, entonces, sobre el futuro que queremos construir: ¿qué tipo de personas, de ciudadanos queremos formar? ¿Cuáles son las falencias, debilidades y necesidades de los jóvenes en la dimensión ética y moral? La identificación de estos problemas justifica la inclusión de un programa de formación en bioética en el currículo de todas las facultades, por lo tanto, también en odontología.

Entiendo la bioética como "...la capacidad ética de valoración moral puesta en diálogo interdisciplinario con el ánimo de cuestionar qué sentido tiene, qué importancia tiene, qué repercusión tiene la acción del hombre; es decir, (como el) ejercicio de la capacidad valorativa de la conciencia, poniendo en acción interdisciplinaria vida y sabiduría, para articular una escala de valores que tenga como eje la dignidad de la persona humana(16)".

Al respecto, Gustavo García sostiene que, "...se requiere que la bioética sea difundida a todos los sectores de la comunidad internacional, continental, regional y local, como espacio generado de convocatoria, conciencia y acción constructivas. Es aquí donde es rele-

vante la relación entre bioética y educación, puesto que ésta siempre ha sido un extraordinario medio para la formación, transmisión y recreación del legado cultural. Desde esta perspectiva, es necesario desarrollar niveles pedagógicos y didácticos, métodos modelos y estrategias docentes que hagan posible a la

bioética ser objeto de consciente y crítico dominio colectivo”.

Dicha reflexión no deja duda de la necesidad de la inclusión de la bioética en el núcleo fundamental de los currículos en todos los niveles de formación en la educación superior.

Referencias

1. Sarribe G. Bioética y valores sociales. En: *Materiales de bioética y derecho*. Barcelona: Cedecs Editorial; 1996: 65.
2. Remolina G. Reflexiones sobre la formación integral. *Orientaciones Universitarias* 1998; 19: 71.
3. Savater F. *El valor de educar*. Barcelona: Ariel; 1997: 32.
4. Abel F. Bioética, un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. *Labor Hospitalaria* 1985; 196: 24.
5. Ahumada C. *El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana*. Bogotá: El Áncora Editores; 2000: 115.
6. Díaz PA. *Estado y Tercer Mundo*. Bogotá: Temis; 1997: 51.
7. Ladrière J. ¿Por qué una ética de la vida? *Revista Latinoamericana de Bioética* 2002; 3: 64.
8. Peláez JH. S.J. *La Ética en la Universidad*. Conferencia XXXI. Bogotá D.C.: Simposio Permanente sobre Universidad; 1999: 2-4.
9. Lonergan B. *Método en Teología*. Salamanca: Ediciones Sígueme; 1988: 45.
10. Potter VR. Bioética, la ciencia de la supervivencia. *Biology and Medicine* 1970; 14(1): 127-153.
11. Cely Galindo G. *Temas de bioética ambiental*. Santafé de Bogotá: CEJA; 1995: 253.
12. Sánchez Pascual A. Introducción. En: Jonas H. *El Principio de Responsabilidad*. Barcelona: Herder; 1995: 8.
13. Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000: 17.
14. Cortina A. *El quehacer ético. Una guía para la educación moral*. Madrid: Grupo Santillana de Ediciones S.A.; 1996.
15. Luque Núñez R. *Propuesta para el desarrollo del eje ético*. Bogotá: Liceo Cambridge; 2004.
16. Remolina De Cleves N, Umaña Y. *Aporte de la bioética a la educación de ciudadanos del mundo*. Tesis de Grado. Instituto de Bioética. Pontificia Universidad Javeriana: 2001.

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 31 de enero de 2006

NIVEL DE CONOCIMIENTO DE LA BIOÉTICA EN CARRERAS DE ODONTOLOGÍA DE DOS UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA

Ana Laura Buendía-López*
Carolina Álvarez de la Cadena-Sandoval*

Resumen: Se realizó un estudio simultáneo en dos universidades que dictan la carrera de odontología, en Chile y México, con el fin de determinar el nivel de conocimientos que sobre bioética tienen los alumnos de esta carrera. Se constató que en ambas universidades el nivel de conocimiento es vago; no obstante, en Chile han recibido más información o la han obtenido por sí mismos, aunque tienen menos disposición a ampliar sus conocimientos en bioética. Se concluye que, en ambas universidades, los alumnos no poseen un conocimiento suficiente o al menos aceptable sobre bioética.

Palabras clave: bioética en odontología, enseñanza en bioética, ética, bioética y currículo

LEVEL OF KNOWLEDGE OF BIOETHICS IN ODONTOLOGICAL CAREERS IN TWO LATIN AMERICAN UNIVERSITIES

Abstract: A study was conducted simultaneously in two universities that teach odontology, in Chile and Mexico respectively, with the purpose of determining the level of knowledge that which students in this discipline possess. It was confirmed that in both universities, the level of knowledge is vague; however, in Chile, students have received more information or have obtained it themselves, although they have less resources at their disposal to increase their knowledge of bioethics. Generally speaking, in both universities, students do not possess a sufficient or, at the very least, acceptable knowledge about bioethics.

Key words: bioethics in odontology, instruction in bioethics, ethics, bioethics and curriculum

NÍVEL DE CONHECIMENTO DA BIOÉTICA NA CARREIRA DE ODONTOLOGIA DAS UNIVERSIDADES DA AMÉRICA LATINA

Resumo: Realizou-se um estudo simultâneo em duas universidades que tem o curso de odontologia, uma no Chile e outra México, com o objetivo de determinar o nível de conhecimentos que os alunos desta profissão tem sobre bioética. Constatou-se que em ambas as universidades o nível de conhecimento é vago, não obstante, que no Chile tenham recebido mais informação, ou obtiveram por si próprios, embora com menos abertura para ampliar seus conhecimentos em bioética. Chega-se a conclusão que, em ambas as universidades, os alunos não tem um conhecimento suficiente ou ao menos aceitável sobre bioética.

Palavras chave: Bioética em odontologia, ensino em bioética, ética, bioética e currículo

* Universidad Nacional Autónoma de México. México
Correspondencia: anabuendia@yahoo.com

Introducción

El término “bioética” es polisémico, es decir, puede tener diferentes acepciones(1,2). Sin embargo, una manera apropiada de entender esta disciplina es como el “...uso creativo del diálogo para formular, justificar y resolver los dilemas planteados por la ciencia y la tecnología(3)”. Según Jean Ladrière(4), la bioética, como hoy la aplicamos, “...no es ni un saber (...) ni una forma particular de experiencia (...) ni una deontología. Es una práctica racional muy específica que pone en movimiento, al mismo tiempo, un saber, una experiencia y una competencia normativa, bajo el contexto particular del prefijo bio”. Es una instancia de juicio práctico, ejercida en circunstancias concretas y con finalidades prácticas.

La odontología necesita, en primera instancia, conocer las bases filosóficas y principios fundamentales de la bioética para llevarlos a una práctica clínica racional y más consciente del paciente como persona y no como una entidad bucal; conocer, además, la normativa que rige la profesión, ya que para que “...un médico sea un buen médico, no sólo necesita una técnica correcta, sino también una ética adecuada(5)”.

Si se desea introducir a la bioética en la práctica odontológica, el mejor sitio para comenzar es donde el futuro profesional se forma teórica y prácticamente, es decir, en la misma universidad. La universidad es el lugar en que se adquieren modelos de conducta que se aplicarán en la vida profesional independiente; por ello, es importante una educación médica universitaria (aludiendo a cada rama de las ciencias de la salud) conjuntamente con una disciplina ética(6). Beemsterboer afirma que los alumnos de hoy en día están dispuestos a ser deshonestos con tal de obtener mejores notas o tener éxito en un programa profesional(7).

Se decidió, en un estudio previo en 2004, en México(7), indagar sobre la situación de la

bioética en escuelas y facultades de odontología. Con estos resultados, surgió una interrogante más: ¿cuál es el nivel de conocimiento sobre bioética que tienen los alumnos del último año de la carrera de odontología? El propósito de este artículo es responder a esta interrogante mediante la descripción de: 1) su nivel de conocimiento sobre bioética, 2) su disposición a conocer más acerca de ésta y 3) la comparación de conocimientos sobre bioética entre ambas universidades.

Metodología

Se realizó una encuesta de 20 preguntas a 50 alumnos de quinto año de Odontología, escogidos aleatoriamente, tanto de una universidad en Chile como en México, con el fin de determinar el nivel de conocimientos que poseen con respecto a la bioética. Ambas universidades fueron elegidas por estar entre las más representativas en sus respectivos países y porque, por tener más alumnos y mayor concentración de investigación dentro del área, tienen un mayor impacto en la sociedad a la que pertenecen.

Se encuestó a los alumnos de quinto año porque, en ambas universidades, es el último año en que reciben educación en aula y, por consiguiente, ya han tenido contacto con materias que se relacionan con ética profesional, lo que, a su vez, debiera significar que tienen un criterio más amplio y definido sobre estos temas.

Las preguntas fueron abiertas y cerradas, correspondiéndole a cada una su respuesta correcta basada en la literatura pertinente, de modo tal que, en el caso de las preguntas abiertas, cada respuesta se formaba por palabras o conceptos básicos. Omisiones de estas palabras clave o conceptos básicos en la respuesta escrita del alumno reducían la calidad de la respuesta, calificando entonces la respuesta como *vaga* o *errónea*.

A cada alumno le fue entregado el Formulario de Consentimiento Informado y, una vez explicado verbalmente el estudio, así como su participación en él, se les dio tiempo para que ellos mismos lo leyeran y decidieran su participación o no en el estudio.

Análisis estadístico

- La caracterización de la muestra se estableció por estadísticas descriptivas.
- Se realizó una comparación de proporciones para las variables de nivel de conocimiento.
- Un análisis de χ^2 para estudiar la asociación de nivel de conocimiento entre ambas universidades.

Resultados

Comparación de proporciones de las preguntas abiertas relativas al nivel de conocimiento

Por medio de preguntas abiertas, los alumnos respondieron acerca de la:

- 1) Definición del concepto de bioética.
- 2) Mención de acontecimientos históricos de conflicto ético.
- 3) Definición de consentimiento informado.
- 4) Manera en la que guardan confidencialmente la información.
- 5) Normas éticas oficiales para odontología en su país.
- 6) Normas legales oficiales para odontología en su país.

Respecto de las cinco primeras preguntas no se encontraron diferencias significativas acerca

del nivel de conocimiento. Sin embargo, los alumnos de ambas universidades tienen muy bajo conocimiento respecto del concepto de base en las cinco preguntas, concluyendo que:

Sobre el concepto de bioética, el 96% y el 92% de los alumnos encuestados, en Chile y México respectivamente, presentan el nivel más bajo de conocimiento en la clasificación de la respuesta (errónea o vaga).

Sobre acontecimientos históricos de conflicto ético, definición de consentimiento informado, salvaguarda de la confidencial de la información y nivel de conocimiento de normas éticas oficiales en su respectivo país, la mayoría en ambas universidades se encuentran en el nivel de erróneo o mínimo.

Hubo diferencia significativa (.0002) en el conocimiento de normas legales para odontología en el país respectivo, con ventaja para la universidad en Chile que tiene mayor conocimiento de éstas (47% v/s 14%).

Comparación de proporciones de las preguntas cerradas relativas al nivel de conocimiento

En cuanto a preguntas cerradas de conocimiento:

- 1) ¿Es la bioética distinta de la ética profesional?
- 2) ¿Conoces acontecimientos históricos que hayan producido conflicto ético a la humanidad?
- 3) ¿Crees que la relación “profesional de la salud-paciente” debe ser analizada por la bioética?
- 4) ¿Sabes qué es un consentimiento informado?
- 5) ¿Sabes cuáles son las normas éticas oficiales de tu país para odontología?

- 6) ¿Sabes cuáles son las normas legales oficiales de tu país para odontología?

La mayoría de los alumnos encuestados en ambas universidades, sin haber diferencias significativas, están enterados de la definición de consentimiento informado, de que la bioética es distinta de la ética profesional y de que la relación “profesional de la salud-paciente” debe ser analizada por la bioética.

Un hallazgo importante es que, respecto del consentimiento informado, en la pregunta cerrada: *¿Sabes qué es un consentimiento informado?*, la mayoría responde Sí. Sin embargo, en la pregunta abierta: *Define qué es el consentimiento informado*, la mayoría de los alumnos no fue capaz de establecer una definición concreta que contenga las palabras clave o conceptos básicos del término encontrado en la literatura.

En Chile conocen más acontecimientos históricos de conflicto ético y saben cuáles son las normas éticas y legales oficiales en su país para odontología.

Comparación de proporciones de las preguntas cerradas relativas a actitud

Se quiso detectar qué actitudes relacionadas con la ética adoptan los alumnos respecto de algunas decisiones en sus tratamientos y las opciones que darían al paciente. Para ello se les preguntó:

- 1) ¿Consideras el costo-beneficio cuando optas por tratamientos para el paciente?
- 2) En las decisiones de tratamiento, consideras que:
 - a) El paciente debe ser siempre informado.
 - b) Debe ser informado sólo en situaciones de riesgo.
 - c) El profesional decide si informa o no.

- 3) ¿Crees qué debes realizar consentimiento informado en tratamientos de:

- a) Elevado riesgo.
- b) Moderado riesgo.
- c) Cualquier tratamiento.

- 4) ¿Ofreces a tu paciente varias opciones para que él decida?

- 5) ¿Tomas en cuenta cómo se manejan adecuadamente los desechos infecto-contagiosos, así como los tóxicos y los no biodegradables que se generan durante la consulta?

La mayoría de los alumnos, en ambas universidades, consideran el costo-beneficio de los tratamientos con sus pacientes, así como que el paciente debe ser siempre informado de las decisiones de tratamiento y ofrecen a su paciente varias opciones para que éste decida. Asimismo, en ambas universidades los alumnos toman en cuenta el manejo adecuado de desechos infectocontagiosos generados en la consulta.

Los alumnos de la universidad en Chile consideran que se debe realizar consentimiento informado sólo para procedimientos de moderado riesgo (14%), mientras que nadie eligió esa opción en México. Sin embargo, un 73% en Chile y un 92% en México (sin haber diferencia significativa), consideran que se debe realizar consentimiento informado ante cualquier tratamiento.

Comparación de proporciones de las preguntas cerradas relativas a interés

Respecto del interés del alumno por aumentar sus conocimientos en bioética, se preguntó si:

- 1) ¿Has buscado información sobre bioética?

2) ¿Quisieras mejorar tus conocimientos sobre bioética?

La mayoría de los alumnos de la universidad en Chile dice haber buscado información sobre bioética. El 12% de los alumnos encuestados allí no tiene interés en mejorar sus conocimientos sobre bioética, mientras que en México, el 100% indicó que quiere incrementarlos.

Pruebas de asociación con χ^2

Una vez obtenidas las proporciones, surgió inquietud por saber si existe asociación entre:

- La edad de los alumnos y el nivel de conocimientos del concepto de bioética.
- Que los alumnos hayan buscado información sobre bioética y su nivel de conocimiento sobre el concepto.
- Afirmación por parte del alumno de su conocimiento de normas éticas y los tratamientos en los que se debe realizar consentimiento informado.
- Edad e interés en mejorar sus conocimientos en bioética.

El test de χ^2 no arrojó asociación entre ninguna de las variables.

Conclusiones

Respecto del nivel de conocimientos sobre bioética, la mayoría de los alumnos, en ambas universidades, obtuvieron la calificación más baja con relación al concepto considerado como correcto según la literatura.

Respecto del consentimiento informado, podemos inferir que los encuestados carecen de información sustancial, probablemente porque no la han recibido durante su formación y,

por lo tanto, tampoco saben como aplicarlo. Consideramos que esta situación es grave, ya que los alumnos encuestados estaban en el último año de la carrera y a pocos meses de graduarse y comenzar una vida profesional independiente.

A pesar de este resultado, no puede ni debe generalizarse que los alumnos terminan su formación con “lagunas” o falta de información y/o formación en tópicos éticos y legales. Sin embargo, todo esto nos invita a pensar y tomar conciencia sobre la necesidad de una formación en bioética, que solamente es posible mediante el apoyo e interés de las autoridades directivas de la universidad, en primera instancia.

Los alumnos de la universidad en Chile tienen mayor conocimiento de normas legales para odontología, así como de acontecimientos históricos que hayan provocado conflicto ético. Sin embargo, cabe destacar que, ante los resultados de este estudio, la dirección de la universidad en México decidió hacer reformas en su programa, aprobadas para su aplicación en el período 2005-2006, y sobre las cuales se hará el debido seguimiento.

El 12% de los alumnos encuestados en la universidad en Chile no tiene interés en mejorar sus conocimientos sobre bioética. Esto puede relacionarse con la edad de los alumnos. Recordemos que la edad de los encuestados fue mayor en Chile, lo que puede significar que a mayor edad menor disposición a un cambio de actitudes o, incluso, menor disposición para cuestiones morales.

Discusión

A pesar de que en la literatura podemos encontrar algunos reportes de medición sobre sensibilidad ética en el currículo de la carrera de odontología(9), la situación es diferente en el caso de bioética, de la que no se encontró mo-

delo de medición para odontología. Además, las situaciones y los valores evaluados en los estudios reportados son distintos a las situaciones o valores que podrían presentarse en nuestros estudiantes. Esto es debido a la variación en la jerarquización de valores de la cultura anglosajona, de la que derivan estos estudios, por lo que consideramos que estos reportes no son aplicables para nuestros estudiantes en América Latina.

Por lo tanto, al no encontrar evidencias anteriores, implementamos nuestro modelo de encuesta, la cual es un instrumento perfectible para estudios posteriores, al igual que el método empleado. Una de las debilidades en nuestra muestra, en ambas universidades, es que la universidad en Chile fue tomada en un solo grupo, mientras que en México fue en dos grupos, de diferente turno (matutino y vespertino) y con diferentes características académicas (distintos coordinadores de materias, por ejemplo). La muestra se seleccionó así debido a la escasa disponibilidad de horarios entre alumnos, profesores y encuestadores.

Además, antes de establecer un programa de enseñanza de bioética en el ámbito universitario odontológico, es recomendable evaluar el nivel de conocimiento de los alumnos para detectar sus carencias en el tema de la bioética, y que se establezcan programas de estudio en los que se consideren bases ético-filosóficas, con fundamentos y lenguaje adecuados, para desarrollar-

los posteriormente en el análisis de casos clínicos durante los últimos años de la carrera.

Es necesario diseñar un programa de bioética dinámico y atractivo, quizás más adecuado a la experiencia previa de los alumnos. Motivarlos a la reflexión y a proceder con conciencia de sus conocimientos y actitudes en la práctica clínica. Ello repercutirá tanto en los pacientes como en el medio ambiente, al que tanto contaminamos con los desechos infectocontagiosos, tóxicos y no biodegradables.

Resulta imprescindible promover y fundamentar, ética y legalmente, la aplicación del consentimiento informado en odontología, tanto para su aplicación en la clínica durante el período de formación como para su posterior uso en la práctica profesional.

Finalmente, de acuerdo con Diego Gracia(10), es de esperar que los cursos de bioética sean verdaderas escuelas donde se enseñe a deliberar y tomar decisiones adecuadas y no verdades absolutas, recayendo entonces en una doctrina inmoral.

Agradecimientos

Esta investigación fue posible gracias al Program Training Grant 1R25TW06056-01 del Fogarty International Center, NIH, otorgado al Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile.

Referencias

1. Valls R. *Ética para la Bioética y a ratos para la política*. Barcelona: Gedisa; 2003.
2. Lolas F. *Bioética. El diálogo moral de las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 1998.
3. Lolas F. *Temas de Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 2002.
4. Ladrière J. *Del sentido de la bioética*. Acta Bioethica 2000; 6(2).

5. Gracia D. *La educación en Bioética. Principios Fundamentales*. Seminario Taller Educación en Bioética. Concepción: Programa Regional de Bioética OPS/OMS - Asoc. de Facultades de Medicina de Chile – Facultad de Medicina Universidad de Concepción; 1995.
6. Gracia D. La Bioética, una nueva disciplina académica. *Jano* 1987; 33, 69-74.
7. Beemsterboer P. Academic Integrity: what kind of students are we getting, and how do we handle them once we get them? *J Dent Educ* 1997; 61(8): 686-688.
8. Buendía A. *Situación de la Bioética como asignatura en escuelas y facultades de odontología y Propuesta de un Código de Bioética para odontólogos*. México, DF: UNAM; 2004.
9. Bebeau M, Yamoore C. Measuring Dental Student's Ethical Sensitivity. *Journal of Dental Education*. 1985;49 (4): 225-235.
10. Gracia D. La Enseñanza de la Bioética. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y Cooperación en Salud Diez Años de Bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Unidad de Bioética OPS/OMS; 2004.

Recibido: 20 de septiembre de 2005

Aceptado: 31 de enero de 2006

BIOÉTICA EN LA MALLA CURRICULAR DE ODONTOLOGÍA

Rina Ana Guerra*

Resumen: El propósito de este trabajo es sondear la situación actual de la bioética como asignatura en el currículo de formación de grado de profesionales odontólogos en Argentina. También se presentan las características del perfil del egresado acorde con las exigencias tecnocientíficas, sociales y culturales actuales y, a partir de ello, se justifica la inclusión de la bioética en el currículo universitario como elemento formador para lograr dicho perfil.

El objetivo último es hacer llamar la atención sobre la necesidad de tener, en la formación del odontólogo, un espacio de reflexión, donde la bioética, llamada ciencia del nuevo milenio, podría ser la opción más adecuada.

Palabras clave: bioética, odontología, universidades, Argentina

BIOETHICS IN ODONTOLOGY'S CURRICULAR NET

Abstract: This paper's purpose is to explore the present state of bioethics as a subject in odontologists' training curriculum in Argentina. It also shows the graduate's profile and his needs according to techno-scientific, social and cultural requirements that justify the inclusion of bioethics in the university's curriculum. Similarly, it draws attention upon the need of a space for bioethics, the so-called science of the new millennium.

Key words: bioethics, odontology, universities, Argentina

BIOÉTICA NO CURRÍCULO DE ODONTOLOGIA

Resumo: O objetivo deste trabalho é de levantar a situação atual da bioética como disciplina no currículo de formação de graduação de profissionais odontólogos na Argentina. São apresentadas atambém as características do perfil do egresso segundo as exigências tecnocientíficas, sociais e culturais atuais e a partir deste referencial, se justifica a inclusão da bioética no currículo universitário como elemento formador para alcançar tal perfil.

O objetivo último é de chamar a atenção a respeito da necessidade de ter na formação do odontólogo um espaço de reflexão, em que a bioética, chamada de ciencia do novo milenio, poderia ser a opção mais adequada.

Palavras chave: bioética, odontologia, universidades, Argentina

* Odontóloga. Especialista en Ortopedia Maxilar y Ortodoncia. Alumna de la Maestría de Bioética, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, 2004-2005

Correspondencia: rinaguerra@ciudad.com.ar

Introducción

La esencia de la bioética como disciplina debemos buscarla en la concepción de Potter, oncólogo norteamericano(1), que advirtió sobre el peligro que corría la supervivencia de todo el ecosistema por la ruptura entre el saber científico y el humanístico. Este concepto fue desarrollándose hasta llegar a generar un producto transdisciplinario(2), expresado en la primera gran tarea colaborativa que logró definir a la bioética en la *Encyclopedia of Bioethics*, de 1995.

En consecuencia, la odontoestomatología, como parte de las ciencias de la salud, interviene y se enriquece con la bioética humanizando su praxis y relacionándose transdisciplinariamente.

El odontólogo, como efector sanitario, responsable de la salud oral del paciente y, por extensión, de la comunidad a la que pertenece, no debe estar ajeno a los fundamentos, valores, principios y metodología que la bioética propone(3), ya que éstos le posibilitarán un accionar profesional integrador de mayor calidad (bioética sanitaria o bioética clínica)(4).

La bioética, entendida como ética aplicada y normativa(5), abarca un campo muy amplio. Un aspecto es la relación médico/odontólogo-paciente, interpretando a la luz de los valores éticos las características de esta relación, de modo que sea beneficiosa para ambas partes, sobre todo para la más vulnerable que es el paciente. Por extensión, a partir de esta relación clínica de dos individuos, la bioética como disciplina interviene en lo social, en la justicia sanitaria, en la asignación de recursos, investigación, educación para la salud, entre otras áreas, humanizando las profesiones del arte de curar.

Los conocimientos, habilidades y, sobre todo, actitudes tendrán más posibilidades de desarrollarse si se tienen como objetivo desde

los comienzos de la formación de grado. Es en los primeros contactos con docentes, autoridades, compañeros y, fundamentalmente, pacientes donde se desarrollan normas de conducta éticamente correctas, de la mano de la fundamentación teórica que proporciona la bioética, dentro de otras asignaturas básicas o independiente de ellas, de acuerdo con la estrategia empleada por la institución educativa. Así se podrán entender en forma concreta la ética de las instituciones, de la relación clínica, de la investigación, y también la deontología.

Según Beauchamp y Childress(6) de la éticamente correcta relación sanitario-paciente, o investigador-sujeto de investigación, surgen principios y reglas, como la veracidad, buen uso de la información, confidencialidad, intimidad, entre otros, que el alumno aplica cuando comienza a interrogar a su primer paciente para confeccionar su historia clínica. Si bien se considera tácito el consentimiento informado para un examen odontológico de rutina, es importante que el alumno sepa de ello antes de ponerlo en práctica y, más adelante, cuál es el mejor tratamiento para ese paciente no sólo desde el punto de vista clínico, sino también desde el humano. Vale citar este sencillo ejemplo de un primer paso, como es el interrogatorio al paciente, para destacar que todo acto médico-odontológico es también un acto moral y merece ser considerado como tal. Al considerar la relación investigador-sujeto de investigación, valen las mismas pautas en cuanto a la ética de la investigación en seres humanos y, por lo tanto, estas pautas internacionales deben ser transmitidas tempranamente, de modo de introducir también al alumno en este tema.

Metodología empleada

- Búsqueda en la web de la información proporcionada por la oferta educativa del Estado argentino, a través de las páginas de las

universidades existentes en el país que presentan en el grado académico la carrera de odontología.

- Análisis de los currículos o planes de estudio encontrados, buscando la presencia de la bioética, como asignatura o materia, en el desarrollo del cursado de la carrera y/o de las variantes que aparecieron.
- Se realizaron entrevistas con autoridades, docentes y alumnos en las facultades existentes en Mendoza, sin esquema previo.
- Se contactaron integrantes de universidades e instituciones nacionales y extranjeras: Círculo Argentino de Odontología, CONAMED de México y Universidad Javeriana de Colombia.
- Análisis de contenido de textos y artículos afines.

Diagnóstico de situación

Del análisis descrito se identifica la siguiente inserción de la bioética en los planes de estudio de odontología encontrados:

La bioética, como materia o actividad curricular, se dicta solamente en dos universidades de las doce encontradas que ofrecen el título de odontólogo, esto corresponde al 16,6 % de los casos. En las restantes diez se dicta dentro de los currículos como una unidad, eje temático o tema aislado en las materias afines, a saber: Odontología Legal y/o Forense, Deontología, Odontología Social, Odontología Sanitaria, Ejercicio Profesional, Ética, Psicología, Introducción a la Odontología Legal, Historia de la Odontología, etc. Estas asignaturas se presentan en distintos ciclos de los planes de estudios y varían en las distintas facultades y/o escuelas de odontología.

Otra forma de presentación es, dentro del currículo o en paralelo, como seminario o taller. Extracurricularmente, además, toma la forma de seminario, taller o ateneo para estudiantes y docentes de odontología o, en otros casos, con la participación de integrantes de otras facultades. Finalmente, se presenta como actividad de posgrado, como curso o maestría.

Podría considerarse actualmente mínima la expresión de la bioética como materia curricular en la formación del odontólogo en el proyecto educativo argentino.

En la región de Cuyo encontramos dos universidades, una estatal (Universidad Nacional de Cuyo) y otra privada (Universidad de Mendoza), donde existen facultades de odontología. La bioética se presenta como tema en materias afines o como seminario. En entrevistas con autoridades y docentes de ambas facultades se observa gran interés, entendiéndose que ampliar el dictado de la bioética, bajo cualquier estrategia, sería beneficioso para el estudiante y también para la institución educativa.

En entrevistas con los estudiantes del último año se aprecia desconocimiento del tema, pero interés en aprender de qué se trata. La concurrencia a los cursos o seminarios optativos es escasa en este momento; sin embargo, existen puntos de desarrollo interesantes que logran mayor concurrencia, como el caso de los ateneos, con debate de estudiantes y profesores de distintas facultades en la Universidad de Mendoza, que además se publican en su página web(7), y el del seminario que se imparte en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

¿Debe incluirse en la estructura curricular? ¿Por qué?

El debate sobre si la bioética debe dictarse dentro o fuera del currículo universitario y si

realmente es relevante en la formación de los profesionales radica en que debemos resolver si la bioética es o no un conocimiento indispensable para el efector de salud.

Paulina Taboada(8) expresa que la ética médica responde a una experiencia humana básica y universal y no meramente a la fuerza de una moda. La ética es una manera de valorar acciones humanas relacionadas con los dilemas éticos que plantea el ejercicio de la medicina contemporánea. Eduardo Rodríguez(9) sostiene que el médico, y todo profesional relacionado con el arte de curar, debe ser educado en ética médica, formando su carácter moral. Para generar conocimientos, habilidades y actitudes, además de este carácter moral referido a lo aptitudinal, se requiere un proceso educativo gradual, tanto en contenidos como en tiempo de cursado, que acompañe al alumno en sus materias a lo largo de todo el currículo.

Desde su etapa de estudiante, el odontólogo se enfrenta diariamente con dilemas y su formación ética le aportará un enfoque más humanitario y humanístico. Esta formación adquiere una mayor eficacia dentro de los primeros años de estudio y no en el posgrado.

También es interesante destacar que la bioética, como materia básica o clínica, debería englobar conocimientos generales y prácticos de manera dinámica y aplicable, para interesar a un tipo de alumno que cursa una carrera eminentemente biotécnica.

Se trata de introducir tempranamente al alumno en el nexo entre dos mundos: valores éticos y hechos biológicos, e invitarlo a transitar este puente como espacio de reflexión, promoviendo el trabajo interdisciplinario.

Nuevas demandas profesionales que justifican la inclusión de la asignatura de bioética en la enseñanza de pregrado:

- Conocer los límites éticos de su praxis respecto de los avances de la tecnociencia.
- Reconocer los nuevos problemas que se plantean a raíz del avance de la tecnociencia y resolverlos con la mirada bioética.
- Entender el nuevo código de la relación odontólogo-paciente, reconociendo al paciente como persona en su dignidad, respetando su autonomía a través del consentimiento informado y la creciente horizontalización de esta relación.
- Conocer y aplicar en investigación sobre seres humanos normas vigentes de respeto por la vida y salud.
- Introducir en las asociaciones profesionales el conocimiento y respeto por los principios y valores de la bioética.
- Distribuir con justicia la asignación de recursos en el área de gestión en salud.
- Realizar auditoría en salud con fundamentos bioéticos.
- Participar activamente en los comités de bioética hospitalarios e institucionales, conociendo los mecanismos de toma de decisiones con una actitud de diálogo, apertura, tolerancia y juicio crítico.
- Promover la existencia de comités de bioética y ética de la investigación.
- Entender la interdisciplina como una necesidad real.
- Aplicar y transmitir el código de ética profesional.
- Conocer la situación actual en odontoestomatología legal y forense.

- Conocer de bioseguridad en odontoestomatología, como normas sanitarias para evitar la transmisión de infecciones y la regulación de desechos tóxicos.

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

Tras la formación en bioética, el odontólogo deberá ser capaz de:

- Rejerarquizar la relación odontólogo-paciente centrada en la persona y su dignidad.
- Resolver en forma argumentada los conflictos éticos que aparezcan en su práctica profesional.
- Participar en forma significativa, con apertura y juicio crítico, en comités de bioética y/o de investigación.
- Respetar los límites éticos en investigación.
- Poseer juicio crítico para decidir en el ámbito de las asociaciones profesionales, deontológicas, gremiales y/o gubernamentales, con elementos de argumentación basados en los fundamentos bioéticos.
- Trabajar en equipos inter y transdisciplinarios en forma civil, pluralista, racional y procedimental.
- Entender los avances de la tecnociencia en beneficio del paciente y de la sociedad.
- Divulgar estos nuevos principios a pacientes, colegas, instituciones y alumnos.

La ubicación temporal de la asignatura debería responder a la complejidad de los contenidos que el alumno está cursando, vale decir, conjuntamente con las materias básicas en el segundo o tercer año se dictaría “bioética fun-

damental” y, en el último semestre o año, “bioética clínica” con las especialidades clínicas.

Otra posibilidad de ubicación temporal sería atravesar con el tema todas las especialidades o materias afines (como interdisciplina, en unidades o ejes temáticos, en forma fragmentada o aplicada a los contenidos de cada una de ellas). O bien, una combinación de las anteriores posibilidades.

La formación en bioética comenzaría con los conceptos básicos, fundamentos de la ciencia, su historia y evolución, con el fin de lograr un lenguaje básico de comunicación, conjuntamente con las materias generales del currículo. Luego, retomaría su lugar en el último semestre de la carrera, para refrescar estos conocimientos y relacionarlos con las especialidades que se cursan en ese momento, aportando una mirada ética desde sus principios y valores, pudiendo los alumnos extraer ejemplos de su propia práctica clínica.

En este nivel de la carrera, habiendo tomado contacto con las especialidades clínicas y hospitalarias, el alumno puede reconocer los conflictos éticos, identificar los principios que aparecen en ellos, realizar un análisis crítico y aplicar conceptos de interdisciplina.

Conclusiones

En Argentina se observa la actual ausencia de la bioética en los planes de estudio de odontología, entendida como una asignatura del currículo que exprese la necesidad de reflexionar sobre los constantes dilemas éticos que se presentan en la praxis diaria del profesional odontólogo.

Esta evidencia merece ser considerada y ampliada, dando lugar a una nueva investigación detallada en cada universidad argentina que tenga a su cargo formación de odontólo-

gos. Se deben atender las distintas necesidades de cada región del país, las opiniones de quienes imparten y reciben enseñanza y las características de la sociedad a quien va dirigida la acción de salud.

Según lo señala Pablo S. Lorda, todo problema clínico, hasta el aparentemente más sencillo, como recetar una aspirina, encierra un dilema ético(10); podríamos inferir que todo acto médico-odontológico (sanitario) encierra un aspecto ético que atender y conocer.

Referencias

1. Potter VR. *Bioethics: Bridge to the future*. New Jersey: Prentice-Hall Inc, Englewood Cliffs; 1971.
2. Reich WT. *Encyclopedia of Bioethics*. New York: Simon & Schuster; 1995.
3. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. En: Gracia D, Júdez J (coord.) *Bioética para clínicos*. Barcelona: Med Clin; 2001.
4. Gracia D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Santafé de Bogotá: El Búho; 1998: 30.
5. Sgreccia E. *Manual de Bioética*. México: Diana; 1996: 135.
6. Beauchamp TL, Childress JF. *Principios de Ética Biomédica*. Barcelona: Masson S.A. 1999.
7. Ateneo de Bioética. Universidad de Mendoza. [Sitio en Internet] Disponible en www.um.edu.ar
8. Taboada P. Ética clínica: principios básicos y modelo de análisis. *Boletín de la Escuela de Medicina*, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1998; 27(1).
9. Rodríguez E. Relación médico-paciente y práctica médica. En: Lolas F, (ed.) *Diálogo y cooperación en salud. Diez años de bioética en la OPS*. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2004: 70-71.
10. Lorda PS. Bioética para Clínicos. Capacidad de los pacientes para la toma de decisiones. *Rev Española de Med Clin* 2001; 117(11):419-426.

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 31 de enero de 2006

IMPORTANCIA DE LAS HUMANIDADES EN ODONTOESTOMATOLOGÍA

Cristina Alicia Deangelillo*

Resumen: Para ser auténtica, la educación debe sentar sus bases en valores; no debe ser un simple adiestramiento teórico-práctico. Esto implica que, también en odontología, debemos preparar personas reflexivas ante las consecuencias de sus acciones. No sólo formar técnicos, sino profesionales con amplios conocimientos científicos relacionados con los valores de la persona. Una medida esencial es incluir a la bioética en el currículo de grado en odontoestomatología.

Palabras clave: educación, valores, bioética

IMPORTANCE OF HUMANITIES IN ORAL HEALTH CURRICULA

Abstract: In order to be authentic, education must be based on values, not only a training in practice and theoretical aspects. This implies that, for dentistry training as well, we must prepare persons who reflect upon the consequences of their actions. We must train not only technicians, but professionals with broad scientific knowledge in relation with personal values. The introduction of bioethics in oral health curricula is an essential measure.

Key words: education, values, bioethics

IMPORTANCIA DAS HUMANIDADES NA ODONTOESTOMATOLOGIA

Resumo: Para ser autêntica, a educação deve assentar suas bases em valores. Não deve ser um simples adestramento teórico-práctico. Isto implica que, também em odontologia, devemos preparar pessoas reflexivas ante as consequências de suas ações. Não somente formar técnicos, mas profissionais com amplos conhecimentos científicos relacionados com os valores da pessoa. Uma medida essencial é incluir a bioética no currículo de graduação em odontoestomatologia

Palavras chave: Educação, valores, bioética

* Coordinadora del Área de Bioética del Círculo Argentino de Odontología. Argentina
Correspondencia: cadan@intramed.net

Introducción

En los comienzos del siglo XXI –siglo de tecnología y desmoralización– será necesario que nos comprometamos desde esta nueva disciplina, la bioética. Ella ha de fusionarse con el saber odontoestomatológico que, después de treinta años, comienza a iluminar con otra luz el actuar de la profesión.

Es urgente comenzar a trabajar para incorporar la bioética en nuestras aulas. Ello implica un cambio en el conocimiento de la ciencia odontoestomatológica actual para situarla desde una reflexión profunda.

Si quiere constituir un auténtico proceso de formación, la educación debe fundar sus bases en valores y no en un simple adiestramiento teórico-práctico. Esto significa que debemos preparar personas con criterio y reflexivas ante las consecuencias de sus acciones.

Proceso enseñanza-aprendizaje

Las antiguas ciencias médicas resaltaban el sentido integral del hombre; el racionalismo de la Edad Moderna, sin embargo, insistió en dividir al ser humano en distintos compartimientos sin interrelaciones.

Hoy, en una época de grandes cambios sociales, se debe reconocer aquel pensamiento integral y hacer posible el reencuentro del camino marcado por la ciencia clásica. Éste debe reflejarse en la formación de los profesionales de la salud, quienes no sólo deberán conocer su disciplina y ser excelentes técnicos, sino, también, usar un pensamiento crítico para resolver las complejas situaciones en la práctica diaria.

Comprendemos que la educación es un proceso de formación basado en valores. Para que llegue a ser eficiente y no un simple entrena-

miento, será necesario orientarla hacia el “aprender a ser” (socioafectivo), “aprender a aplicar” (procedimental) y “aprender a aprender” (cognitivo).

En todo proceso enseñanza-aprendizaje los estudiantes toman como modelo las actitudes que observan en sus formadores; desde esta perspectiva, es nuestra responsabilidad enseñar a cuidar la vida, como valor primario. Habrá que implementar un nuevo enfoque educativo en la odontoestomatología, dirigido hacia una correcta técnica (procedimientos), basado en un amplio conocimiento científico (conceptos), sin olvidar los valores de las personas (actitudes).

Las humanidades médico-odontológicas serán aquellas disciplinas que tendrán como objetivo la comprensión valórica de los pacientes –respetando su dignidad e integridad, y actuando con solidaridad–, mejorando así toda relación y comunicación en busca de excelencia y equidad.

Son muy pocas las facultades de odontología –al menos en Argentina– que han incorporado las humanidades como asignatura en las carreras de grado o, mejor, un departamento de humanidades. Quizás sea esto un reflejo del desinterés entre los profesionales de la ciencia odontológica. Sólo en algunos programas de grado, en la asignatura de Odontología Legal, se presenta la Historia de la Odontología y se menciona la deontología al hacer referencia al Código de Ética en el ejercicio profesional.

En un espíritu de búsqueda constante (de la verdad, belleza, justicia y salud como un bien), el primer libro que debemos entregar al educando debe ser un Código de Ética, cuyo objetivo será integrar la comprensión, amabilidad, integridad y caridad al ejercicio odontológico: una guía para la ética odontológica, reafirmando los valores en beneficio del paciente, pero siempre desde su autodeterminación.

Mirada bioética en odontoestomatología

A lo largo de la historia, se ha reconocido a la boca una gran importancia en la vida humana, puesto que tanto el hambre como el amor se centralizan en ella. Según Ramón Torres, con marcada trayectoria en ortodoncia, "...el hambre será saciado por intermedio de la boca y el hombre no es poseedor de órgano alguno capaz de reemplazarla naturalmente en ese menester de la vida (...) el amor tendrá que expresarse de algún modo por su intermedio como expresión erótica en equilibrio. El gesto, la palabra, el beso serán otras tantas maneras de manifestar ese sentimiento que acerca a los hombres, pero también de acuerdo con su particular sentir(1)".

No se ha puesto suficientemente atención en la boca, con un criterio biológico y humano, para llegar a comprenderla como parte de un todo. El hombre debe ser percibido en su totalidad, como persona, en su relación con el medio, con sus funciones y acciones. Percibir la boca sólo con un criterio morfológico, marcado por la especialización, hace que nos olvidemos de la totalidad que constituye la experiencia humana(1).

La salud es uno de los temas prioritarios en la sociedad, transformándose en un derecho fundamental si consideramos la protección de la persona. La enfermedad (desequilibrio psicofísicosocial) implica la pérdida o alteración de una función vital y se relaciona con todo el individuo, en conjunto con su medio social y natural, como una unidad que abarca no sólo lo anatómico, sino también la historia y naturaleza de la enfermedad(2).

La ciencia odontológica constituye más que un diagnóstico o tratamiento de enfermedades bucodentales. Ello por actuar en una cavidad orgánica, con funciones generales y específicas, que permite la comunicación de la persona con el medio. La salud bucodental redundante en la salud general, por lo tanto, sus objetivos deben estar orientados hacia su conservación,

en busca de una mejor calidad de vida y con los principios de integridad y dignidad de la persona. Para ello se necesita de distintos grupos de acciones sanitarias:

- Promoción (función educadora).
- Prevención primaria (controles y exámenes periódicos) y secundaria (impedir la extensión de la enfermedad e indicar el tratamiento adecuado).
- Recuperación (proceso funcional para que el enfermo recobre la actividad del órgano afectado).
- Rehabilitación (proceso para devolver al enfermo la actividad funcional).

Teniendo en cuenta que todo acto odontoestomatológico es no sólo una operación o conjunto de operaciones concretas, sino el encuentro consciente y confiado entre profesional y paciente en busca de la prevención, el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento o la rehabilitación, sería prudente preguntarnos:

- ¿Por qué no se advierte la relación riesgo-beneficio? ¿Por ignorancia o por mala fe?
- ¿Una actitud profesional se manifiesta no haciendo lo que se debe hacer cuando se puede hacer algo pero bien?
- ¿Existe la intención de hacer un buen diagnóstico, un buen pronóstico y un buen plan de tratamiento?
- ¿Se aceptan las decisiones de nuestros pacientes?
- ¿Se tiene en cuenta en cada especialidad los riesgos que se pueden presentar?

Nuestro acto profesional es un acto complejo, es un acto moral. No basta sólo lo científico,

sino que se debe buscar un propósito y comunicar las consecuencias para llegar a una decisión terapéutica. En esta complejidad van a intervenir elementos como la deliberación y la elección del paciente. Será nuestra actitud interior la que considerará los pro y los contra de nuestro acto profesional, llevándonos a una profunda reflexión desde el núcleo de la persona(3).

Conclusión

Para hablar de salud desde un enfoque integral es necesario pensar que, en odontoestoma-

tología, no se trata de formar técnicos, sino profesionales con amplios conocimientos científicos relacionados con los valores de la persona.

Es preciso que nos comprometamos para que en nuestras aulas se enseñen las humanidades y, de esta manera, no sólo llegar a conocer y hacer, sino también aprender a ser sujetos íntegros en el marco de la cultura, aprender a adoptar decisiones desde el punto de vista ético, cuando logremos detectar los dilemas con mayor idoneidad.

Referencias

1. Torres R. *Biología de la boca. Estructura y Función*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1973.
2. Weingarten C. *Responsabilidad por prestaciones odontológicas*. Buenos Aires: Editorial Astrea; 1997.
3. Deangelillo CA. Bioética y Odontología. *El Cooperador Dental* 2003; 288: 15-18.

Recibido: 03 de enero de 2006
Aceptado: 31 de enero de 2006

BIOÉTICA, ÉTICA Y ODONTOESTOMATOLOGÍA LEGAL

Luis Ciocca Gómez*

Resumen: El presente estudio pretende describir las relaciones entre ética, bioética y ley, señalando el interés del cirujano dentista en esta especial relación. Se indican las principales temáticas del quehacer bioético actual y se procura mostrar aquellas cuyo conocimiento y manejo es especialmente interesante. Se enfatiza la trascendencia de las materias bioéticas y su compleja relación con la ley. Se destaca que gran parte del quehacer bioético no ha sido respaldado aún por las legislaciones nacionales e internacionales, lo que puede redundar en conflictos bioéticos serios.

Palabras clave: bioética, ética, odontología legal

BIOETHICS, ETHICS AND LEGAL ODONTOESTOMATOLOGY

Abstract: This study expects to describe the relationship between ethics, bioethics and law, pointing out the dentist-surgeon's interest upon this area. The principal matters implying today's bioethics are indicated, such as the complexity of its relationship with law. Emphasis is put upon the poor importance given to bioethics by national and international legislation which could lead to severe bioethical conflicts.

Key words: bioethics, ethics, legal odontoestomatology

BIOÉTICA, ÉTICA E ODONTOESTOMATOLOGIA LEGAL

Resumo: O presente estudo tem como objetivo descrever as relações entre ética, bioética e lei, assinalando o interesse do cirurgião dentista nesta relação especial. São indicadas as principais temáticas do quefazer bioético atual e se procura evidenciar aquelas em que é fundamentalmente interessante seu conhecimento e manejo por parte do odontólogo. Enfatiza-se a transcendência das questões bioéticas e a complexidade de sua relação com a lei. Desta-se que grande parte do quefazer bioético ainda não tem respaldo nas legislações nacionais e internacionais, o que pode redundar em conflitos bioéticos sérios.

Palavras chave: bioética, ética, odontoestomatologia legal

* Profesor Asociado, Director del Departamento de Medicina Legal de la Facultad de Medicina, Jefe del Área de Medicina Legal Odontológica de la Facultad de Odontología, Universidad de Chile
Correspondencia: lciocca@med.uchile.cl

Introducción

Relacionar conceptos provenientes de áreas culturales tan diferentes como son la filosofía, la biología (medicina, odontología, odontostomatología) o el derecho parece ser una tarea compleja.

A primera vista dichos conceptos se visualizan muy distantes entre sí. Médicos y profesionales de la salud se mueven en un mundo distinto al del profesional jurídico. Ética y ley aparecen como elementos disímiles regidos por consideraciones distintas. De la misma manera, medicina y ley son áreas muy diferentes del conocimiento y del quehacer del hombre.

Más complejo todavía parece ser relacionar de manera objetiva –que vaya más allá de lo meramente conjetural o ideal– valores esencialmente éticos con aplicaciones científicas prácticas. Mientras la ética es parte de la filosofía y la medicina (odontología incluida) es saber aplicado; la ley, en cambio, es una fórmula práctica.

Sin embargo, así como “la necesidad crea el órgano”, el desarrollo humano ha necesitado en un momento la interacción entre medicina y ley, haciendo posible el surgimiento de la medicina legal ya en los lejanos tiempos renacentistas, y lo mismo ha acontecido con la relación entre biología y ética en los últimos tiempos.

El aparente antagonismo entre medicina y derecho se resuelve en la medicina legal, ciencia aplicada que no debe entenderse como un puente entre ambas disciplinas, sino como un recurso, una actividad científica en la cual el conocimiento médico contribuye a la solución de los problemas propios del derecho y la justicia.

Esa forma de relación es la que también se plasma –previo surgimiento de las diferentes derivaciones éticas (profesional, clínica y sus

variantes, y, particularmente, la bioética)– al asociar las ciencias de la salud con la ética y, finalmente, este conjunto de formas del conocimiento con la ley y el derecho.

Y dentro de esta integración la odontostomatología legal no puede permanecer ajena al mundo bioético y a los dilemas que ese desarrollo humano mencionado hace surgir.

Ética

Dimensionar los actos humanos desde el punto de vista de su “bondad” o “maldad” no es fácil, particularmente en el área médica. Se ha procurado objetivar esta calificación transformando la ética filosófica, es decir, una ética prácticamente pura, en una ética aplicada. Así, ha surgido la ética profesional y variantes, como la ética clínica; éticas especiales, como la ética de la atención al paciente geriátrico, terminal, discapacitado, entre otras. Como expresión concreta de esta objetivación se han creado códigos y normas de ética, y declaraciones nacionales e internacionales frente a los múltiples y variados temas involucrados en la medicina –y en la odontología como parte de ella–. Se es o no ético en los grandes momentos y también en los pequeños. Tanto cuando estamos tomando una decisión que involucra a nuestros pares y tiene una enorme repercusión social como cuando en la soledad de nuestra consulta estamos realizando una mínima obturación.

Cabe recordar la diferencia entre la ética y sus áreas especiales o derivadas, ya mencionadas, y la ley. La determinante final de la ética es la conciencia; es decir, se es ético como forma de vida, como parte de un compromiso escrito sólo en nuestro interior para con nuestros congéneres, para con la sociedad. Se es ético como expresión y forma de vida. Por otra parte, la ley ordena, prohíbe o permite por su propio imperio (aunque no esté internalizada en mi conciencia) y su infracción significa sopor-

tar una pena, una pérdida de derechos. Quien es ético sufre también la sanción de su conciencia, pero quien no lo es sufre sólo el castigo de la ley y, por lo general, eso no basta para impedir la reincidencia.

Ahora bien, ¿es válido –si estamos hablando de algo propio de nuestra conciencia, algo personal, casi íntimo– preocuparse de la ética, la ética profesional y la bioética?

No sólo es válido. Al tener que ver con bienes que en el mundo jurídico son fundamentales (la vida, la salud, la integridad corporal) en medicina y en odontología, como en toda profesión de la salud, el ser y el actuar ético se expresan como una necesidad absoluta.

Hay un punto en la relación entre el médico (odontólogo) y su paciente, entre el investigador biológico y su objetivo, entre el perito médico-legal y su pronunciamiento, en que sólo está presente la consideración ética o bioética, pareciendo imposible que penetre la ley ejerciendo su imperio¹.

1 Procuraré ilustrar con ejemplos muy simples esta idea:

- A es cirujano infantil. No hay nada ilegal en lo que propone a los pediatras de Santiago, según les señala en carta-circular que les envía. Les informa que a cambio de que le envíen pacientes para ser intervenidos, compartirá sus honorarios por partes iguales (por el solo hecho de enviárselos). Sin entrar a analizar esta forma de dicotomía se advierte de inmediato que, aun cuando efectivamente parece no ser una propuesta ilegal, tanto A como quien la acepte se estarán moviendo en un punto límite entre lo ético y lo antiético.
- B es cirujano dentista. Determina que un paciente tiene 28 caries que requieren tratamiento. Sin embargo, otros facultativos no comparten dicho diagnóstico, y aún más, consideran que el paciente no tiene ninguna caries. Mediante exámenes clínicos y radiográficos se demuestra su no existencia. Cabe señalar que B se desempeña en un servicio que cancela los honorarios correspondientes a las prestaciones directamente al odontólogo y sin mediación de un contralor. ¿Qué hubiera ocurrido si el paciente no se inquieta frente a las 28 caries y hubiese aceptado el tratamiento? Es posible que el diagnóstico de B haya sido un error por exceso de acuciosidad; pero también cabe que haya sido un actuar antiético y, en ese caso, no habría forma legal de saberlo ni mucho menos de sancionarlo.

De modo que ética y ley –que aparecían como elementos disímiles, regidos por distintas consideraciones– y medicina y ley –que se mostraban como áreas muy diferentes del conocimiento– ya no nos parecen tan alejadas unas de otras y, por el contrario, su estrecha interrelación explica el surgimiento de disciplinas como la medicina legal o la bioética.

Bioética

Se han señalado algunos factores que influyeron en su nacimiento y desarrollo. Las transformaciones sociales en el siglo XX, particularmente después de la Segunda Guerra Mundial, conducen a un renacer de la consideración ética en el desempeño de las actividades humanas, entre las cuales se encuentra la medicina.

El cambio de la estructura socioeconómica mundial influye en la relación médico-paciente y se advierte particularmente en Chile a partir de los años 80, cuando empieza la espiral de querellas por responsabilidad médica.

La aparición de temas no legislados y posibilitados por el avance científico (clonación, eutanasia, ingeniería genética, fertilización asistida, utilización de seres humanos en la investigación, entre otros) posibilita que surjan éticas aplicadas “...a la jurisprudencia, a la política, a la economía, al periodismo y, muy primordialmente, a la biología y a la medicina”².

Hoy se advierten dos tendencias: la primera tiende a homologar la bioética con la ética médica; sin embargo, no se advierte una argumentación suficiente para esa homologación, lo que la hace aparecer “simplista”. La segunda, sostiene que la bioética se preocupa también de grandes temas, lo que requiere ir más allá de una ética “pragmática”.

2 Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.

La inmensa mayoría o, mejor dicho, casi todos los temas mencionados antes no han sido legislados. Casi no hay legislación en el mundo en relación con: eutanasia, clonación, fertilización asistida (arriendo de vientres, derecho sobre el producto de la concepción, conservación y propiedad de embriones). Algo más se ha avanzado sobre legislación de experimentación en seres humanos, trasplantes y término de la vida. En tanto, persiste la discusión sobre el aborto, trato a prisioneros, tortura, entre otros, temas más cercanos a la ética aplicada que a la actual concepción de la bioética.

Esta segunda tendencia establece que la bioética va más allá de la ética médica, que debe ser preocupación no sólo del médico, sino de otros profesionales de otras áreas (industria, medio ambiente, entre otros). De modo que resulta particularmente importante para la odontostomatología incorporarse de lleno a la investigación bioética, como asimismo a la formación bioética en los diversos niveles académicos: pregrado, posgrado y postítulo.

Conclusiones

Como odontostomatólogos, en el mundo bioético nos debe interesar:

- Todo lo que corresponda a la relación profesional-paciente.

Bibliografía

Ciocca GL. La Ética en el ejercicio de la Odontología. *Revista Punto de Contacto* 1991; 69.

Ciocca GL. El valor de la Ética Odontológica. *Revista Punto de Contacto* 1991; 70.

Ciocca GL. Querellas contra Odontólogos. ¿Cómo evitarlas? *Revista Punto de Contacto* 1996; 90.

Escobar VG. *Ética*. 2ª Edición. México: McGraw-Hill / Interamericana; 1990.

Escribar A, Pérez M, Villarroel R, (eds.) *Bioética. Fundamentos y dimensión práctica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2004.

Kottow M. *Introducción a la Bioética*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria; 1995.

- Los problemas éticos derivados de la investigación científica y, particularmente, de la que requiere experimentar con seres humanos.

A pesar de que no existe todavía ley, hay, sin embargo, doctrina, criterios, opiniones de alta jerarquía, declaraciones médicas internacionales, códigos éticos y bioéticos que han funcionado en procesos judiciales en virtud de su carácter “prejurídico”, término este último usado para describir el estado actual de las cosas. En otras palabras, la bioética antecede a la ley (es prejurídica), es fuente de derecho aplicado a la problemática actual: es recurso útil para el juez frente a la carencia de ley.

Se necesita claridad bioética y jurídica sobre las trascendentales situaciones señaladas. La bioética y la ética médica deben fundar el enjuiciamiento de las conductas, junto con las formalidades que configuran faltas o delitos prescritos en ley positiva.

La bioética debe ser un elemento preventivo: debe transformar la medicina –y, por ende, la odontología– influyendo para que sea “un modo de vida” que proteja valores sociales, siempre tras la satisfacción espiritual, evitando el remordimiento en la conciencia del profesional de la salud.

Lavados M, Serani A. *Ética Clínica*. Santiago de Chile: PUC / Editorial Universitaria; 1993.

Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000.

Lolas F. *Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2003.

Meeroff M. *Ética Médica*. 2ª Edición. Buenos Aires: Akadia Editorial; 1993.

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 03 de enero de 2006

BIOÉTICA Y EJERCICIO PROFESIONAL DE LA ODONTOLOGÍA

María Angélica Torres-Quintana*
Fernando Romo O.**

Resumen: La odontología enfrenta dilemas éticos importantes. Las interacciones odontólogo-paciente, el acceso a la salud dental, la conciencia de la necesidad de la población, entre otros, atraen la discusión y se deben abordar sobre la base de las éticas relevantes a la práctica profesional. Este artículo propone que la bioética, como una alternativa abierta, basada en el diálogo y comprensión de evidencias, proporcione herramientas, tanto a dentistas como a médicos, para dar solución a dilemas éticos y apoyar las discusiones interdisciplinarias e interprofesionales respecto a la mejor manera de actuar.

Palabras clave: dilemas éticos, diálogo, necesidades sociales

BIOETHICS AND ODONTOLOGISTS' PROFESSIONAL PRACTICE

Abstract: Odontology faces important ethical dilemmas: interaction patient-odontologist; access to dental health; consciousness about population's needs, among others. All of these attract discussion and have to be treated according to ethics. This paper wants to show that bioethics, as an open alternative based upon dialogue and comprehension of evidences, will provide tools to find ethical answers for dilemmas and for inter-disciplinary and inter-professional discussions.

Key words: ethical dilemmas, dialogue, social needs

BIOÉTICA E O EXERCÍCIO PROFISSIONAL DA ODONTOLOGIA

Resumo: A odontologia enfrenta dilemas éticos importantes, entre outros apontamos os seguintes: as relações odontólogo-paciente, o acesso à saúde dental, a consciência da necessidade da população, entre outros, atraem a discussão e devem ser analisados à luz das éticas relevantes da prática profissional. Este artigo propõe que a bioética, como uma alternativa aberta, embasada no diálogo e compreensão de evidências, proporcione ferramentas, tanto aos dentistas como aos médicos, para solucionar dilemas éticos e apoiar as discussões interdisciplinares e interprofissionais a respeito da melhor maneira de agir.

Palavras chave: dilemas éticos, diálogo, necessidades sociais

* Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética, Universidad de Chile

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

Correspondencia: mantorre@uchile.cl

Introducción

El análisis y la reflexión ética formal son componentes esenciales en la toma de decisiones de los profesionales de la salud. Todas las recomendaciones y procedimientos para la realización de tratamientos tienen una base ética y una consecuencia. Los odontólogos, en cada momento de su vida profesional, se ven enfrentados a conflictos de valores, donde la decisión final afectará el bienestar de sus pacientes en forma importante, por lo que se trata de una elección moral. Las conductas morales son aquellas que pueden tener buenas o malas consecuencias y pueden, por lo tanto, ser evaluadas como correctas o erróneas usando un criterio objetivo razonado. La ética es la “ciencia de la moral”, es la reflexión filosófica que permite esclarecer y fundamentar acerca de lo bueno y lo malo. Ocasionalmente se produce una confusión entre la noción de ética y ley; ésta se distingue de la ética, y consecuentemente de la moral, en cuanto institución social de reglas de acción obligatorias dictadas por una autoridad formalmente reconocida y con poder de fuerza. La ley debe ser entendida como un consenso público, frecuentemente temporal, es decir, como una aproximación a la moral(1).

El ejercicio de la odontología es considerado “una profesión”, es decir, un trabajo aprendido, mediante el cual el individuo trata de solucionar sus necesidades materiales y de las personas a su cargo, servir a la sociedad y perfeccionarse como ser moral(2). Toda profesión se hace y ejerce en sociedad, es por y para los demás, por eso su carga moral. Cuando una profesión ya no es útil a la sociedad que le dio origen ésta la dejará desaparecer.

La aparición de los oficios o profesiones viene de la mano con ciertos secretos o formas únicas de hacer las cosas y, con ellos, los códigos (juramentos para mantener el prestigio de la familia o grupo) que se transmiten de gene-

ración en generación. Estos códigos, tipo promesa-juramento, se fueron extendiendo a los grupos profesionales donde tomaron la forma de normas morales que regulaban las relaciones de los sujetos dentro del grupo: “una ética profesional” “deontología” o teoría de los deberes (deber ser)(3). En la actualidad, son muchas las profesiones que se han dado un código moral representativo de las normas y valores que sustentan al grupo. Constituye un valioso instrumento de regulación de la conducta de los especialistas y de sus relaciones con los consumidores de sus productos o servicios; en suma, son un medio de educación moral.

La profesión implica también espíritu de servicio. El profesional tiene una responsabilidad mayor, debido al caudal de conocimiento y capacitación que ha adquirido. Todo profesional se convierte así en un servidor de los demás, pues ha adquirido el derecho de ejercer su profesión y el deber de hacerlo siempre bien(4,5). Es aquí donde entra en juego “la vocación”, lo más singular que puede tener un ser humano; es el llamado de lo más interno e íntimo y está cargado de aspectos y elementos éticos. Por desgracia, la profesión no siempre coincide con la vocación, lo que puede provocar un desequilibrio psicológico y una fuente de malestar en el sujeto, además de un perjuicio para la empresa. Cuando la profesión coincide con la vocación ningún trabajo se hace pesado; hay entrega y dedicación.

Los cirujano dentistas (profesionales odontólogos) son para la sociedad expertos en conocimientos elevados y habilidades específicas, comprometidos individual y colectivamente a dar prioridad al bienestar de sus pacientes. Consecuentemente, cuando alguien se recibe de odontólogo toma un compromiso con la comunidad y acepta las normas y obligaciones de su profesión. Éstas constituyen la esencia de la “ética dental”. Prácticamente desde

sus inicios la práctica dental ha estado basada en la búsqueda del bien del paciente (ética tradicional, aristotélica, basada en las virtudes)(6). Sin embargo, debido al gran desarrollo científico y tecnológico de la medicina, a la institucionalización y especialización de los cuidados en salud, al incremento de una sociedad pluralista, al aumento de la presión sobre los recursos limitados y al rol creciente del uso de la ley para resolver los conflictos, se ha replanteado la ética dental en el mundo entero. El completo orden de las valoraciones éticas en odontología y los diferentes planteamientos para su posible resolución no han sido aún bien definidos(7).

El odontólogo raramente se ve enfrentado a decisiones de vida o muerte, pero debe asumir y dar solución a complejas cuestiones éticas. El propósito de este artículo es presentar una breve historia de la ética profesional en odontología y analizar someramente los cuestionamientos “éticos odontológicos” desde una visión bioética, es decir, a la luz de los valores y principios morales. Se trata de observar la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, intentado entregar pautas que faciliten el análisis ético y la toma de decisiones clínicas.

Ética profesional en odontología (deberes del dentista)

Las profesiones contemporáneas, en tanto instituciones que responden a necesidades y demandas sociales, no sólo comparten una base cognoscitiva (“un saber”) que le da su autoridad a la profesión, presentan, además, otras dos características fundamentales:

a) El acceso a un “saber hacer”, esto es, una praxis, un modo de acción calificado por un agente responsable e informado por una teoría. Se trata de un saber hacer y cuándo hacer, lo que lleva a la prudencia, que es la máxima virtud de las profesiones.

b) Un saber estar, es decir, la dignidad que requiere el profesar este saber, ya sea respecto a los pares (etiqueta) o respecto de aquellos que piden el servicio (ética)(8).

A principios del siglo XX, la reforma de la educación médica en EEUU resumió estos tres elementos en: servicio a la humanidad, educación de excelencia y automejoramiento/autorregulación, designándolos respectivamente como componente *moral*, *intelectual* y *organizacional* de la profesión. Además, es característico de las profesiones médicas tener una competencia técnica en medicina, basada en una tradición de aprendizaje avanzado por el cual serían moralmente responsables, ubicando esta maestría al servicio de la humanidad(1,9).

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

Componente moral

El primer deber moral que asume el dentista es “hacer el bien” a sus pacientes, específicamente en el área de la salud bucal. Sin embargo, la decisión del odontólogo frente a un caso clínico dependerá tanto de la técnica como de la ética. Técnicamente lo que se considera “bueno” está determinado por estándares dados por la práctica y la investigación, pero no hay mucha claridad en lo que se refiere al componente ético. La mayoría de las reflexiones en ética dental tiene su raíz en antiguas teorías sobre la virtud propuestas por Sócrates y Platón, y luego por Aristóteles, que inspiraron la escuela hipocrática, pilar de la ética médica. El médico hipocrático veía al enfermo como *in-firmus*, un sujeto falto de firmeza, tanto física como moral. El médico debía querer el mayor bien del enfermo, pero sin contar con su voluntad, ya que carecía por principio de autonomía moral. El enfoque hipocrático era paternalista (impedía que el paciente decidiera sobre su propia enfermedad), maternal (hacía

lo más grata posible la enfermedad al enfermo) y sacerdotal (actuaba como mediador con la divinidad y tenía poder sobre la vida y la muerte, es decir, sobre el horizonte de las ultimidades)(5).

Esta visión incluirá también a los odontólogos por largo tiempo, porque la situación de dependencia del paciente es más elevada, dado el alto grado de conocimiento especializado relacionado con el tratamiento comprensivo de las enfermedades dentales. La calidad de la protección estará directamente relacionada con el mantenimiento, por parte del dentista, de un elevado nivel profesional, ideales altruistas y un esmerado desempeño.

Esta relación con el paciente perdurará por siglos, pero el extraordinario avance tecnológico va a repercutir en la sociedad y en la medicina. El advenimiento de una sociedad pluralista y de los movimientos liberales exaltará las diferencias individuales respecto de valores morales fundamentales y de la interpretación del significado de la vida, la muerte, el sufrimiento, la dependencia y la atención en salud. El mayor acceso a la información ha hecho públicos numerosos casos de prácticas poco éticas. Las encuestas han demostrado que está disminuyendo la confianza de los pacientes en la integridad personal y profesional de médicos y dentistas. Como consecuencia, muchos ciudadanos de grandes potencias (en Europa y Norteamérica) están asumiendo mayores responsabilidades y tratando de mantener un control individual sobre el cuidado médico, dental y hospitalario. Estos hechos han afectado la tradicional relación odontólogo/paciente(10), redundando en que la decisión sobre “lo bueno” en una intervención clínica está determinada actualmente por algo más que la información científica y tecnológica: la elección y demanda del paciente deben equilibrarse con las obligaciones profesionales para el “no daño” y “beneficio”.

Desde fines de la década del 60, la norma aceptada de práctica dental en Estados Unidos ha girado en torno a un modelo de evaluación y elección compartida entre el profesional y el paciente, en lo que se refiere al tratamiento. Nace entonces la necesidad de un “consentimiento informado”, instrumento que refleja una norma mínima de esta toma de decisión compartida. Éste debería expresar plenamente la relación entre dentista y pacientes totalmente competentes.

¿Cómo manejar la situación clínica cuando el paciente no es competente? En la práctica, la mayor parte de los dentistas depende de las elecciones de los familiares y tutores, cuando están disponibles, y cuando las elecciones de estas partes no provocan daños a la salud bucal o general. Respecto de la atención de los niños, en países desarrollados se están elaborando metodologías que permitan también la participación de los niños en las decisiones médicas(11). La literatura ética dental está comenzando a desarrollar una meticulosa discusión sobre la relación del dentista con pacientes de capacidad disminuida o, directamente, sin capacidad para la toma de decisiones.

Componente intelectual

Todo profesional está obligado a adquirir y mantener la capacidad necesaria para desarrollar sus tareas profesionales y a realizar sólo aquellas tareas que están dentro de su competencia. En la práctica, cada dentista debe tomar sutiles determinaciones sobre si tiene o no competencia para realizar un diagnóstico particular, o para llevar a cabo tratamientos específicos en determinadas circunstancias clínicas, especialmente cuando esto involucra procedimientos que no son de rutina.

En caso de necesidad, la comunidad odontológica es la que determina las normas de

competencia, ya que para establecerlas se requieren conocimientos odontológicos. Pero la comunidad en general, con razón, puede pedir información sobre los procedimientos involucrados, especialmente en lo que se refiere al intercambio entre la calidad del servicio y el acceso a éste.

Respecto de la enseñanza ética, las responsabilidades de las facultades odontológicas son muy claras; sin embargo, existen datos que muestran que su efectividad es menor a la deseada. En un significativo número de estudiantes existe consenso acerca del cambio de objetivos que experimentan sus actitudes hacia la profesión durante el período de práctica clínica. Esto es lo que ha ocurrido durante generaciones de estudiantes de odontología, lo que sugiere que la parte clínica puede también estar necesitando una sensibilización hacia los valores humanos en el cuidado dental. En las instituciones de educación dental casi no existen docentes cuyo único o principal objetivo sea la enseñanza de la ética odontológica. La mayor parte ha desarrollado un interés personal en las cuestiones éticas o, a pesar de no tener ningún interés, ha sido arbitrariamente elegido para dar clases sobre el tema. Urgidos por los cambios en la educación médica, que incluyen el estudio de la ética médica, algunos educadores han ejercido presión para que tal expansión se implemente en la educación de la ética odontológica. Los problemas son comunes a las instituciones médicas y odontológicas de educación: las demandas de los cursos técnicos establecidos actualmente ponen trabas al reconocimiento, apoyo económico y consideración ideológica de nuevos cursos(12,13).

Componente organizacional. Interrelación profesional y con la comunidad. Códigos de ética y asociación profesional

Cada profesión tiene normas, generalmente implícitas y no declaradas, sobre la correcta

vinculación entre sus miembros. Desde fines de 1970, y dentro de la odontología organizada de países desarrollados, se observó un crecimiento sostenido del interés en cuestiones más elaboradas de la ética profesional. La experiencia indica que en las décadas pasadas hubo poca voluntad para enfrentar los dilemas éticos en muchas áreas sensibles de la práctica odontológica. La causa está en la subestimación del problema en cuanto a los sucesos contemporáneos abiertos a la opinión pública. Así como en otras profesiones, las obligaciones hacia el paciente son generalmente mandatorias; sin embargo, este principio no brinda respuestas automáticas a las complejidades generadas por estas situaciones. La profesión dental y los dentistas tienen la obligación de controlar la calidad del trabajo y las prácticas dentales, y reportar y referir casos de trabajos de mala calidad y prácticas no éticas. Todos entienden que los profesionales odontólogos se deben respeto mutuo, pero la mala praxis es un hecho de difícil manejo: el dentista que descubre esto podría informar al paciente acerca del trabajo mal realizado o bien ocultárselo. Por otra parte, puede contactarse con el dentista que realizó el trabajo o, posiblemente, con la sociedad dental local. Sin embargo, estos protocolos no son públicos y tampoco están establecidos en el gremio odontológico de nuestro país.

Las relaciones coprofesionales entre un dentista empleador y un dentista empleado también pueden atraer conflictos éticos cuando normas de rendimiento internas obligan a este último a brindar un servicio inferior al que considera adecuado. La bibliografía profesional está comenzando a discutir estas relaciones como cuestiones éticas y no como cuestiones prácticas o de negocios. En países desarrollados, académicos, dentistas y sus organizaciones representativas han hecho un esfuerzo conjunto para poder formular una base ética alcanzable, que sustente el suministro de un servicio de sanidad bucal de

alta calidad. Así, y respondiendo a nuevas y significativas cuestiones generadas dentro de un clima social cambiante, la Asociación Dental Americana, luego de un considerable debate, presentó en 1992 una cantidad de revisiones y correcciones de “Principios de Ética y Código de Conducta Profesional”(14).

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

Los dentistas, en forma individual, y la profesión dental, como un todo, están también relacionados con la comunidad como educadores de la salud dental, ya sea con esfuerzos educacionales directos o monitoreando la dependencia y efectividad de los productos de salud dental comercializados. Las relaciones de los dentistas con la gran comunidad implican responsabilidades en lo que respecta a las normas correctas para la publicidad profesional. Los odontólogos tienen un importante rol en la salud pública preservando la salud dental pública y también con relación a las enfermedades epidémicas peligrosas, como el HIV; además, tienen responsabilidades referidas al acceso a la atención dental, lo que puede obligar al gremio a ser política y educacionalmente activos cuando se formulen las medidas sociales que determinen la distribución de los recursos para la asistencia en salud.

Bioética y odontología

Debido a que nuestra sociedad es pluralista y compleja, necesitamos nuevas herramientas para ayudarnos en la toma de decisiones y para tener una actitud más participativa en políticas de salud pública. La bioética es una disciplina que ha emergido para clarificar valores y elecciones, tanto de pacientes como de profesiona-

les de la salud. Nació en la cultura norteamericana después de las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial: allí se implantó como disciplina en gran número de universidades y centros de enseñanza. Es importante subrayar que esta dimensión genuinamente americana de la bioética que, principalmente a través de la teoría principialista, se ha difundido rápidamente por el entorno médico, no representa el único modo de racionalizar la respuesta moral ante los modernos dilemas éticos de la medicina. La Enciclopedia de Bioética la define como el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios”. En definitiva, aquella parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en el campo de la medicina y de las ciencias biológicas. Entre ambas definiciones configuran los cuatro rasgos definitivos de la bioética moderna: a) se trata de un marco interdisciplinario de reflexión ética; b) es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la medicina y su entorno, cuyos principales protagonistas son el médico y el paciente; c) se trata de una reflexión ética que soporta, además, decisiones de salud pública de gran repercusión social y legal, y d) nadie puede permanecer ajeno a la bioética, porque ella determina una praxis sanitaria e involucra unos comportamientos que someten a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad(15).

Principialismo. Modelo de fundamentación en bioética

Los principios son una regla intermedia entre las grandes generalizaciones filosóficas y las reglas de conducta, de modo que su interpretación y aplicabilidad dependen de factores fuera de ellos mismos. Los cuatro principios clásicos de la bioética norteamericana (autono-

mía, beneficencia, no maleficencia y justicia) otorgan uniformidad al análisis y suponen un nuevo enfoque metodológico y procedimental para juzgar las acciones médicas, aunque son discutibles.

En el modelo denominando “principlismo jerarquizado”, Diego Gracia(16) plantea ciertas modificaciones al modelo originario de los principios, dotándoles de mayor racionalidad ética y solidez doctrinal. Gracia considera que los principios de no-maleficencia y justicia son, de algún modo, independientes del principio de autonomía y jerárquicamente superiores, porque obligan moralmente siempre, incluso contra la voluntad de las personas, en este caso de los enfermos. Es en este primer escalón donde se postula la mayor exigencia del “bien común” sobre el “bien particular” de la autonomía. En el segundo escalón, el principio de la beneficencia no es enteramente separable del de autonomía. La no-maleficencia expresa, por otra parte, el criterio universal de hacer bien a todos no haciendo el mal, mientras que la beneficencia proporciona un concepto de bien que parece referirse, en la concepción del autor, a un bien particular. Por eso ese bien particular está densamente adherido a la autonomía. El primer escalón, o nivel 1, constituido por no-maleficencia y justicia, viene a representar una “ética de mínimos”: lo básico exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario y siempre un verdadero deber. Beneficencia y autonomía comprenden el nivel 2, y cuando siguen al nivel 1 convierten el acto médico en una “ética de máximos”, transformando la acción de cumplir el mero deber en satisfacción del paciente (en felicidad). El primer nivel es exigible por el derecho, el segundo sería específico de la moral. El nivel 1 sitúa el acto médico ante un deber universal –de universalización–, el nivel 2 en un rango de exigencia ética mayor pero de particularización.

Estos principios proporcionan al quehacer odontológico un conjunto de valores que establecen parámetros para la mayor parte de los aspectos de las evaluaciones del profesional. En primer lugar, la vida del paciente, la salud general y la salud bucal del paciente, entendida como un funcionamiento bucal apropiado y sin dolores, constituirían la ética de mínimos. La autonomía del paciente; lo que le ocurra al cuerpo del paciente (incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo y otros valores); las preferencias de los dentistas por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales); consideraciones estéticas, desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales; consideraciones de eficiencia, que puedan incluir, por parte del dentista, consideraciones sobre el costo, se insertarían dentro de la ética de máximos.

“Compromiso de servicio” o “compromiso con el público” son expresiones frecuentes para resaltar una de las características de las profesiones. Pero éstas admiten varias interpretaciones, con implicancias distintas en la práctica real; por ejemplo, los tipos de sacrificios que los dentistas están profesionalmente comprometidos a realizar por sus pacientes o los tipos de riesgos de vida y salud, bienestar financiero o reputación que un dentista está obligado a enfrentar. Las preguntas vinculadas a la correcta relación entre empresa y compromiso con el paciente, y el sacrificio de los propios intereses involucrados han sido discutidas en todos los períodos de la profesión dental. El consenso es que (especialmente en situaciones de emergencia) el paciente oral y la salud en general demandan, por parte de los dentistas, sacrificios importantes que afectan a sus conveniencias personales y sus intereses económicos. Desde la aparición de HIV y el SIDA las implicancias son aún más urgentes en relación con la obligación de priorizar al paciente.

Conclusión

Este artículo entregó una visión global del debate ético que se manifiesta en el ejercicio profesional de la odontología, tanto en Chile como en países desarrollados. La ética profesional es lo que mantiene unida a la profesión odontológica. Debemos entonces reevaluar la de nuestro “gremio” y desarrollar un pensamiento apropiado para la sociedad actual. La prevención y el cuidado de la salud bucal valen tanto para aquellos que tienen medios como para aquellos que no los tienen, y son responsabilidades importantes de la odontología comunitaria.

Los dentistas en general, y los cirujanos maxilofaciales en particular, se han sensibilizado respecto del consentimiento informado, principalmente debido al incremento en el número de pacientes que han iniciado acciones legales y a la existencia de jueces que han dictado sentencia basándose en la ausencia de tal consentimiento. Sin embargo, su verdadero valor no ha sido aún analizado ni enfatizado por los dirigentes del conjunto de profesionales de nuestro país. Mientras el público tiene una preocupación creciente por los derechos de los pacientes, el incremento en los costos de seguro por mala praxis genera la misma preocupación entre médicos y dentistas.

La evaluación por pares se está transformando en un componente esencial de aquellos sistemas de atención dental sinceramente interesados en su responsabilidad hacia el público y en brindar servicios de alta calidad. Deberíamos trabajar en la elaboración de protocolos que faciliten este tipo de evaluaciones, enseñándolos en las facultades y cuya aplicación clínica sea real y efectiva.

Quienes utilizan los servicios de los hospitales, tanto médicos como dentales, se quejan de que los costos del cuidado de la salud

crecen el doble con relación al costo de vida. En odontología es más evidente y, entonces, aparece el dilema de lo que es justo para la atención odontológica actual. En nuestra sociedad de libre mercado, y con el creciente interés de reducir los costos de salud a través de la competencia, se ha fomentado que los profesionales de la salud hagan publicidad, pero no se ha implementado una real legislación al respecto. La publicidad del profesional dental ha quedado como el eterno ejemplo de la práctica no ética, y dadas las características sociales actuales valdría la pena reevaluar estas prácticas y analizar sus verdaderas consecuencias.

La creciente aparición de nuevas facultades de odontología entregará pronto al país un conjunto de profesionales técnicamente preparados para brindar servicios a la comunidad. Sin embargo, como el énfasis en la educación dental ha estado orientado generalmente sólo hacia la incorporación de habilidades técnicas, probablemente no haya existido una mayor apreciación de las diferencias que separan a la odontología como profesión de la serie de ocupaciones cuyo principal objetivo es la generación de ganancias. El crecimiento de la conciencia en los temas éticos, desde fines de los 70 hasta los 80, y el cambio sufrido por la práctica dental han promovido en países desarrollados la necesidad de revisar el currículo en la enseñanza de la ética dental y demás tópicos relacionados. Países latinoamericanos, como México, Colombia y Argentina, también han tomado conciencia de la necesidad inminente de incluir la bioética dentro de los programas de estudio de la carrera odontológica. Sin ir más lejos, en Chile, en noviembre de 2004, se realizó el Primer Simposio Latinoamericano de Bioética y Odon-toestomatología, auspiciado por la Universidad de Chile. La odontología como profesión siempre ha tomado seriamente la cuestión de

la ética dental. Pero como esfera de estudio (una subdisciplina dentro del estudio de la teoría moral y la ética profesional) la ética dental es todavía muy joven.

Por lo tanto, el rol de los profesionales de la salud es triple: brindar la mejor atención a los pacientes en forma individual, preocuparse por la comunidad en la que se desempeñan y utilizar los recursos con los que cuentan de la forma más efectiva.

Agradecimientos

Estudio realizado dentro del Programa Internacional de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial, gracias al grant 1R25TW06056 del Fogarty International Center (National Institute of Health), otorgado al Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile.

Referencias

1. Nash DA. Ethics in dentistry: review and critique of Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. *J Am Dent Assoc* 1984; 109(4): 597-603.
2. Ibarra Barrón C. *Elementos fundamentales de ética*. México: Alhambra Mexicana; 1996: 137.
3. Kant I. *Crítica de la razón pura*. Madrid: Alfaguara; 1878.
4. Gracia D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo: El paternalismo médico. En: Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1991: 23-45.
5. Lolas F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000: 41-70.
6. Jurado CE. *Cronología de la historia de la odontología*. Tribuna Odontológica 2004; 1(6) [Sitio en Internet] Disponible en <http://www.medilegis.com/>
7. Kenny NP. Bioethics and Canadian dentistry. *J Can Dent Assoc* 1997;63(9): 690-694.
8. Lolas F. *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago de Chile: Universitaria; 1998.
9. Nash DA. The oral physician. Creating a new oral health professional for a new century. *J Dent Educ* 1995; 59(5):587-597.
10. Agranatti P. Bioética en odontología. *Odontomarketing* 2001; 2(9) [Sitio en Internet] Disponible en http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_18_ENE_2001.htm
11. Harrison Ch, Kenny NP, Sidarous M, Rowell M. Bioethics for clinicians: Involving children in medical decisions. *Can Med Assoc J* 1997;156: 825-828.
12. Nash DA. A pragmatic primer lessons from natural science for the profession of dentistry. *J Public Health Dent* 1996; 56(5): 291-300.
13. Nash DA. The profession of dentistry: The University of Kentucky's curriculum in professional ethics. *J Am Coll Dent* 1996; 63(1): 25-29.
14. American Dental Association 2004. *Principles of Ethics and Code of Professional Conduct, with Official Advisory Opinions*.

15. Escribar A. Raíces de la bioética en la tradición ético-filosófica occidental y actuales desafíos. *Anales de la Universidad de Chile* 1998; Sexta Serie(8).
16. Gracia D. La tradición política y el criterio de justicia: El bien de terceros. En: Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Eudema; 1991: 200-204.

Recibido: 03 de enero de 2006
Aceptado: 31 de enero de 2006

LA ÉTICA: UN PROBLEMA PARA EL ODONTÓLOGO

Jorge Triana Estrada*

Resumen: El presente trabajo pretende crear conciencia entre los profesionales de la salud y las instituciones formadoras de odontólogos, acerca del riesgo de pérdida de credibilidad ante la sociedad de nuestro ejercicio profesional, así como informar de las principales causas de inconformidad de los pacientes derivadas de la ausencia de aplicación de preceptos éticos.

Palabras clave: credibilidad, bioética, preceptos

ETHICS: A PROBLEM FOR ODONTOLOGISTS

Abstract: This work pretends to awake consciousness, both in health professionals and in odontology teaching institutions, about the risk of loss of credibility facing professional practice. It also aims to inform about the main causes of patients' disagreement due to the absence of ethical rules.

Key Words: credibility, bioethics, precepts

A ÉTICA: UM PROBLEMA PARA O ODONTÓLOGO

Resumo: O presente trabalho visa criar uma consciencia entre os profissionais da saúde e nas instituições formadoras de dentistas, acerca do risco de perda de credibilidade na sociedade no exercicio profissional do odontólogo. Além disso apresenta as principais causas de reclamações dos pacientes que surgem a partir da ausencia da aplicação dos principios éticos.

Palavras chave: Bioética, odontologia, preceptos

* Director de Estomatología. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México
Correspondencia: jtriana@conamed.gob.mx

Introducción

La falta de aplicación de preceptos éticos en el ejercicio de la odontología, así como su ausencia en los currículos de las instituciones formadoras de profesionales de la salud bucal, ha generado mala práctica o deterioro de la imagen del odontólogo ante la sociedad.

La odontología es una disciplina relativamente joven que nació como parte de la medicina, de la cual no se ha podido separar de forma adulta para conseguir un lugar como una ciencia autónoma y respetable. Tal vez, sigue arrastrando sus orígenes como una actividad técnico-artística que, en sus inicios, era practicada de forma elemental, principalmente por barberos y algunos médicos. Probablemente ha sido esta historia la que, hasta la fecha, le ha impedido crear la imagen y el estatus que le corresponde como parte de las ciencias médicas.

Responsabilidad ética del odontólogo

Tradicionalmente, la odontología ha estado más relacionada con aspectos técnicos del ejercicio de la profesión que con rasgos científico-éticos fundados en la vocación de quien la practica. No se ha considerado tan relevante la enseñanza de este tipo de valores dentro de una disciplina que ha sido identificada más con rasgos mercantiles y artesanales que morales. Tampoco se ha incorporado como parte fundamental en la formación de los recursos humanos que la eligen como medio de subsistencia económica, dejando de lado la responsabilidad que implica el trabajar directamente sobre “naturaleza viva”.

Por otro lado, es el mismo profesional de la salud bucal quien desconoce su ámbito ético-legal de responsabilidad, así como la manera en la que se encuentra inmerso en éste. Su compromiso no solamente es con la sociedad, sino que,

en primera instancia, con él mismo como ser humano. Como tal, debe apegar su conducta no sólo a su inteligencia y voluntad, sino a los valores fundamentales inculcados en la familia y fomentados durante su formación escolar.

La falta de tratamiento específico del tema se debe a que, históricamente, se han ignorado las implicaciones que representa trabajar directamente sobre el paciente y la aplicación, también directa sobre él, de los instrumentos y la tecnología necesarios para el desarrollo de cualquier tratamiento estomatológico; siendo que, como principio constitucional, el cuidado de la salud es uno de los temas sociales prioritarios y se inscribe en el marco más amplio de la protección a la persona, por ser uno de sus derechos fundamentales(1).

Durante su ejercicio profesional, los cirujano dentistas deben afrontar situaciones con un gran contenido ético. En la mayoría de los casos los procedimientos involucran diagnósticos complejos y habilidades técnicas. La manera de aplicar estos criterios se basa tanto en el juicio del especialista como del paciente.

Cada recomendación lleva una gran dosis de ética y esto podrá cubrir o no las expectativas del paciente. En algunas ocasiones, las sugerencias generan inconformidad en los pacientes; en otras, sus pretensiones le parecen excesivas al odontólogo. La imagen que proyecte el dentista dependerá del modo como aborde estas situaciones, lo que influirá también en el resultado final del procedimiento.

En estas circunstancias, la ética sería de gran ayuda para tomar decisiones correctas. Desafortunadamente, mientras los avances tecnológicos y los cambios en las perspectivas sociales han incrementado los retos éticos inherentes a la odontología en los últimos veinte años, la respuesta por parte de las escuelas ha sido relativamente reciente(2).

Lo anterior no significa que los odontólogos que ejercemos desde hace varios años estemos ajenos a los aspectos éticos de nuestra profesión. Empero, se deben adoptar medidas antes de que la práctica de la odontología pierda credibilidad por sospechas de una práctica deshumanizada y falta de reconocimiento profesional, entre otros muchos juicios negativos de los que sería objeto.

Un ejemplo de esta riesgosa situación se evidencia en la encuesta de opinión Gallup sobre ética y honestidad de las profesiones en Estados Unidos. Los dentistas deberían estar atentos a esta encuesta, ya que nuestra profesión se encuentra habitualmente entre los diez primeros puestos(3). Pese a que corresponde a un contexto ajeno al de los países latinoamericanos, debemos aceptar que las corrientes educativas, de mercadotecnia, de materiales e instrumental, de procedimientos, por mencionar sólo algunas de las muchas aportaciones, provienen de Estados Unidos de Norteamérica, lo que nos hace sensibles y vulnerables, al mismo tiempo, sobre las posibilidades de tener un desempeño muy similar al del citado país.

En 2000 los vendedores de coches fueron calificados como éticos por sólo un 7% de los encuestados; los vendedores de seguros y los profesionales del marketing alcanzaron el 10%; los periodistas un 16%, mientras que los líderes sindicales, los vendedores de inmuebles y los jueces empataban con un 17%. Una vez más, los dentistas se encontraban en la lista entre los diez primeros:

10. Agentes policiales, 55%
9. Ingenieros, 56%
8. Dentistas, 58%
7. Profesores universitarios, 59%
6. Religiosos, 60%
5. Profesores de secundaria, 62%
4. Médicos, 63%

3. Veterinarios, 66%
2. Farmacéuticos, 67%
1. Enfermeros, 79% (3).

A la falta de reconocimiento de nuestra profesión dentro de la medicina, tendríamos que agregar que, en muchos países, pareciera que carecemos de una identidad universalmente aceptada. Ya no sólo en diferentes países o regiones se designa al profesional de la salud bucal de diferente manera, sino que dentro de uno solo existen diferentes denominaciones: basta con mencionar que en México tenemos registradas siete denominaciones diferentes.

Reforzando esta falta de identidad, la imagen que muchos tienen del dentista es la de aquel que sólo se dedica a “sacar y a tapar muelas”, restándole así todo el carácter científico a su formación.

¿Cómo nos gustaría que nos vieran nuestros pacientes? ¿Cómo nos gustaría llevar a cabo nuestro trabajo diario? ¿Qué clase de relación nos gustaría tener con nuestros colegas, con otros profesionales de la salud o con las mismas autoridades sanitarias? ¿Cómo se podría mejorar la atención odontológica en el ámbito institucional?

Sería interminable la lista de aspectos que podrían ser sometidos a un profundo análisis y que, imperiosamente, deben ser modificados. Pero, para ello, se requiere voluntad y decisión, y un trabajo en conjunto donde participen activamente asociaciones, colegios, instituciones educativas y autoridades. En tanto no se unifiquen criterios y continúen prevaleciendo intereses personales y de grupo, la odontología seguirá perdiendo reconocimiento ante la sociedad, con el riesgo de que, en un futuro no muy lejano, se nos califique como charlatanes.

La estomatología en el contexto mexicano

En México contamos con la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), organismo creado en 1996 con el propósito de resolver los conflictos suscitados entre los usuarios y los prestadores de servicios de salud de carácter público, privado y social, y para contribuir a mejorar la calidad y eficiencia de los servicios médicos en nuestro país. Su producto es el Modelo de Arbitraje Mexicano.

La misión de la Comisión es propiciar relaciones sanas entre los profesionales de la salud y sus pacientes, y representar una alternativa a los medios de impartir justicia.

En los últimos años, a partir del análisis de las inconformidades o quejas recibidas, se aprecia una disminución en la calidad de los servicios de la atención odontológica, lo que ha generado pérdida de confianza en la población. También se ha observado la aplicación, de manera inadecuada e indiscriminada, de procedimientos que promueven expectativas falsas o inalcanzables y, sobre todo, el incumplimiento y desconocimiento, parcial o total, del marco normativo que regula el ejercicio de la profesión, así como la matización de una ética profesional deficiente.

Lo anterior ha provocado la aparición de seguros de responsabilidad profesional, aplicación de la medicina defensiva y, en muchos casos, se ha detectado también la existencia de mala práctica. Este riesgo se incrementa al no contar con medios de control o supervisión en gran número de consultorios privados de atención odontológica, y en los que el ejercicio de la profesión puede eventualmente efectuarse por personal no calificado o carente de título universitario.

Las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia son, en primer lugar, la falta de co-

municación entre el profesional de la salud bucal y el paciente: maltrato al paciente, el profesional no explica en términos accesibles para el usuario, no enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del costo y de la relación riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de fracaso del procedimiento otorgado), incurre en inexactitudes e imprecisiones, delega responsabilidades y modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada.

En segundo término, existe la tendencia a despertar falsas expectativas en los pacientes; el uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexper-tas.

En tercer lugar, el incumplimiento de obligaciones:

- De medios: ausencia de expediente clínico, omisión de historia clínica y consentimiento válidamente informado (que anula el sustento legal de las declaraciones clínicas del paciente), carencia de auxiliares diagnósticos (estudios radiográficos, de gabinete, referencia de interconsulta, inadecuado manejo farmacológico), así como la deficiencia de un pronóstico y plan de tratamiento.
- De seguridad: exponer al paciente a riesgos innecesarios, no salvaguardando la integridad física, clínica y psicológica del usuario.
- De resultados: insatisfacción del paciente ante los ofrecimientos prometidos *a priori* por el facultativo, tratamientos exageradamente prolongados y costosos.

En cuarto lugar, el desconocimiento, por parte del profesional de la salud bucal, de la

Ley General de Salud y las Normas Oficiales Mexicanas que regulan el ejercicio de la profesión odontológica, así como la relación con los pacientes.

En quinto término, anteponer las técnicas rehabilitatorias mutilantes a las técnicas preventivas conservadoras de calidad.

En sexto lugar, una ética profesional deficiente, expresada en la prevalencia de los intereses del profesional sobre los del paciente, ausencia de actualización profesional, ejercicio indebido del menester odontológico (ejercicio de la profesión sin las acreditaciones respectivas) y la práctica de una medicina bucal defensiva.

Cabe enfatizar que, contrariamente a todas estas irregularidades, el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento constituyen la piedra angular para otorgar al paciente óptimas condiciones de salud estomatológica e integral, y que son los fundamentos de la profesión odontológica(4).

Ante esta perspectiva, surge la imperiosa necesidad de que, como primera obligación, el gremio odontológico conozca cuáles son las principales causas de inconformidad y las irregularidades encontradas en la atención odontológica que se brinda a la población, ya sea en el ámbito público o privado.

De manera aleatoria, lo anterior nos obliga a diseñar estrategias para mejorar la calidad de la práctica odontológica, que involucren de manera directa a los profesionales y no únicamente a los participantes en la formación de nuevos recursos humanos.

Por tanto, los odontólogos debemos reflexionar sobre la práctica contemporánea de la estomatología en nuestros países y efectuar diversos planteamientos, que van desde retomar los

valores éticos inculcados durante nuestra formación profesional —a través de reuniones colegiadas y de discusión— hasta la aportación de experiencias propias, con la finalidad de incidir en la mejoría de la calidad de nuestro ejercicio.

Es importante destacar que nuestro país cuenta con regulaciones de la Ley General de Salud y Normas Oficiales Mexicanas, que deben difundirse entre el gremio estomatológico institucional y privado. Asimismo, se señala la urgente necesidad de orientar al paciente en cuanto al conocimiento de sus derechos y obligaciones ante una rehabilitación estomatológica integral y, por supuesto, la inherente optimización en la calidad de los servicios brindados por parte del profesional de la salud.

A partir del análisis de las quejas recibidas, la CONAMED ha elaborado recomendaciones para mejorar la práctica de la odontología, acordes con la legislación de nuestro país(5):

- Fomentar las estrategias preventivas de manera intensiva para evitar la aparición prematura de enfermedades estomatológicas.
- Practicar todo acto estomatológico diagnóstico, resolutivo y rehabilitatorio en un marco legal que asegure el cumplimiento jurídico de su proceder.
- Favorecer y promover la comunicación respetuosa y permanente entre el profesional de la salud bucal, el paciente y/o sus familiares o representantes legales.
- Integrar un expediente que incluya una historia clínica, así como un consentimiento válidamente informado.
- Determinar un diagnóstico oportuno, así como un pronóstico y plan de tratamiento acordes con las bases éticas y científicas.

Conclusiones

- La odontología ha sido identificada tradicionalmente más con aspectos técnicos que con aspectos científicos.
- Los odontólogos desconocemos la responsabilidad que se genera al no aplicar conceptos éticos y legales en nuestro ejercicio profesional.
- Diariamente, el cirujano-dentista debe enfrentar situaciones que requieren la aplicación de conceptos éticos.
- Se precisa enfatizar más en todas las instancias involucradas con la odontología, tanto formadoras de recursos como de atención pública y privada, sobre la aplicación de conceptos éticos.
- Se ha detectado una disminución en la calidad de los servicios odontológicos y la pérdida de confianza por parte de los usuarios de este servicio.
- Gran parte de los problemas identificados en el ámbito de la relación clínica entre cirujano dentista y paciente se deriva de la falta de información y fallas en la comunicación.
- El acto odontológico se rige por los mismos principios científicos, éticos y legales que el acto médico, predominando el aspecto ético.

Referencias

1. Weingarten C. *Responsabilidad por prestaciones odontológicas*. Buenos Aires: Astrea; 1997.
2. Rule JT, Veatch RM. *Ethical questions in Dentistry*. Illinois: Quintessence Publishing Co. Inc; 1993.
3. Carlson DK. *Nurses remain at top of honesty and ethics poll* (poll analyses). Gallup Organization Web site. Available at: www.gallup.com/poll/releases/pr001127.asp Accessed June 22, 2001.
4. Christensen GJ. Elective vs. mandatory care. *JADA* 2000; 131: 1496-1498.
5. Recomendaciones para mejorar la práctica de la Odontología. *CONAMED* 2003; 8(1).

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 31 de enero de 2006

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTÓLOGOS RESIDENTES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Ricardo Miguel*
Martín Zemel**

Resumen: Este trabajo se fundamenta en la necesidad de obtener datos sobre la práctica del consentimiento informado realizado por odontólogos. Los datos pertenecen al Programa de Residencias Odontológicas Universitarias (ROU) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). La investigación tiene como intención conocer diferentes aspectos respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual.

A partir de los datos, se puede concluir que, a pesar de que los conocimientos teóricos sobre la práctica del consentimiento informado son escasos, existe una tendencia significativa a destinar tiempo en la consulta dental para su empleo, especialmente en la nueva generación. Se considera imperativo incluir en la malla curricular y en los programas académicos odontológicos principios éticos y legales en relación con el proceso de consentimiento informado.

Palabras clave: consentimiento informado, odontología, posgrado

INFORMED CONSENT IN ODONTOLOGY RESIDENTS AT THE DENTISTRY FACULTY, LA PLATA'S NATIONAL UNIVERSITY

Abstract: This work is based upon the need to obtain data on the practice of informed consent carried out by dentists. Data was generated from the University Residence Program at the Dentistry Faculty, L.P.N.U., Argentina. The investigation's goal is to learn about different aspects regarding strengths and weaknesses of informed consent practice.

One of the findings was that theoretical knowledge on the practice of informed consent is scarce, but the new generation of dentists is dedicating more time to it. It is imperative to include ethical and legal principles related to informed consent in all dental academic curricula.

Key words: informed consent, dentistry, graduate degrees

O CONSENTIMENTO INFORMADO EM ODONTÓLOGOS RESIDENTES DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA DA UNIVERSIDADE NACIONAL DE LA PLATA

Resumo: Este trabalho fundamenta a necessidade de se obter dados sobre a prática do consentimento informado realizado por odontólogos. Os dados pertencem ao Programa de Residências Odontológicas Universitárias (ROU) da Faculdade de Odontologia da Universidade Nacional de la Plata (UNLP). A pesquisa tem como objetivo conhecer os diferentes aspectos, a respeito das forças e fraquezas de sua utilização atual. A partir dos dados, se pode concluir que, apesar de serem escassos os conhecimentos teóricos sobre a prática do consentimento informado, existe uma tendência significativa a destinar tempo na consulta dental para seu uso, especialmente na nova geração. Considera-se um imperativo incluir no currículo de formação profissional e nos programas acadêmicos odontológicos, princípios éticos e legais relacionados com o processo do consentimento informado.

Palavras chave: consentimento informado, odontologia, pós-graduação

* Profesor en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina

** Odontólogo, Universidad Nacional de La Plata, Argentina

Correspondencia: mzemel@uolsinectis.com.ar

Introducción

El documento de consentimiento informado desde la perspectiva bioética

En los últimos años, los cambios producidos en el área de la salud y, en particular, en la odontología, motivaron el nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente. El nuevo modelo imperante exige al profesional informar a su paciente todo lo concerniente a su salud bucal. Por tal motivo, surge el documento de consentimiento informado como instrumento escrito que pone de manifiesto las voluntades expresadas, desplegando una nueva relación de tipo contractual: el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo y su salud. De esta forma, el derecho a la información aparece como una manifestación concreta del derecho a la protección de la salud y éste, a su vez, como uno de los fundamentales derechos de la persona humana.

El consentimiento informado, definido por Beauchamp & Childress como la autorización para iniciar un plan de tratamiento, debiera darse en un lenguaje adecuado al paciente, de manera que pueda comprender los beneficios que obtendrá, las obligaciones que asume y los riesgos que corre(1). En caso de que el tratamiento sugerido no fuera aceptado, es necesario dejar constancia de ello. Así quedará en claro tanto el proceso que culmina con la aceptación como la eventual negativa(2).

El concepto de informar las decisiones en las prácticas clínicas ha recibido, por tanto, una creciente atención en los años recientes. La doctrina legal del consentimiento informado –la cual requiere que el médico revele la naturaleza del procedimiento, las alternativas y los riesgos envueltos– se ha convertido en una conversación de “un sentido”, sin que ello signifique la participación del paciente. Por lo tanto, hoy en

día se hace necesario revalorizar el derecho de los pacientes a tener la oportunidad de ser participantes informados en las decisiones clínicas que atañen a su salud.

Diferentes países de Europa y Norteamérica han ido instalando esta temática en sus legislaciones y sistemas educativos. En Holanda, en 1995, el Parlamento promulgó una ley llamada “Acta de Contrato del Tratamiento Médico”, que establece que los pacientes tienen el derecho a recibir información y los médicos y odontólogos tienen la obligación de informarles y pedir su autorización para los distintos procedimientos (consentimiento informado). La legislación mencionada estableció la responsabilidad de los pacientes en las decisiones sobre su salud y cuidado dental. Por otra parte, determina que los odontólogos deben comprometerse en invertir más tiempo para lograr que las decisiones sean formuladas libremente y en desarrollar los requisitos de las habilidades comunicacionales(3).

El odontólogo tiene un deber de conducta con su vida profesional, en concordancia con los principios éticos escritos en las reglas morales(4). Por lo tanto, además de garantizar la confidencialidad a sus pacientes, debe presentar las distintas alternativas de tratamiento, obtener su consentimiento y respetar sus decisiones(5).

En la práctica odontológica diaria el consentimiento informado se implementa como un documento en el cual se deja constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el consentimiento informado debe reunir determinadas condiciones, entre las que se cuentan: haber recibido y comprendido información suficiente, encontrarse libre y ser competente para tomar una decisión, a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna.

La concepción de consentimiento informado integra dos visiones, una jurídico-técnica y otra

filosófica. Si el uso del mencionado documento se restringiera a atender solamente a la primera, significaría una poda de los alcances éticos del consentimiento, porque su correcto uso supone, también, el conocimiento de los fundamentos éticos en que basa su existencia. El fundamento del consentimiento informado es el ejercicio de la libertad de conciencia y, por ende, la elección responsable. El consentimiento informado es el proceso gradual, que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud del cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud.

El uso del consentimiento informado permite trabajar en el contexto de una relación veraz. Al compartir la responsabilidad de la decisión, se logra el esfuerzo volitivo de los pacientes a favor de la ejecución del tratamiento ofrecido con la aceptación formal de los riesgos. El resultado final constituye un mejor servicio(6).

El consentimiento informado en la formación universitaria

La descripción anterior invita a reflexionar sobre la importancia que esta temática debiera tener en los currículos de las carreras y en los programas académicos relacionados con las ciencias de la salud.

Muchos de los planes de estudio universitarios fueron diseñados con un sentido local y regional ya superado, y no corresponden a la cosmovisión emergente. En cambio, vemos surgir programas de enseñanza transnacionales (Unión Europea), internacionales (bachilleratos, posgrados) o interregionales (MERCOSUR, Nafta, Asia Pacífico)¹.

1 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, Buenos Aires, Argentina.

Las recomendaciones del Consejo General Odontológico del Reino Unido dirigidas a la educación odontológica presentan un nuevo énfasis sobre la importancia de incluir la ética y las legislaciones respectivas en los currículos odontológicos. Asimismo, destacan que el deber de los estudiantes de odontología envuelve la protección de la vida y salud de sus pacientes, el respeto por su autonomía y la realización del consentimiento informado(7).

Un estudio sobre el impacto de la ética odontológica en el currículum, realizado en la Universidad de Minnesota(8), reveló que, luego de recibir 720 estudiantes un entrenamiento específico durante siete años, los beneficios alcanzados fueron altamente significativos.

Con todo, se presenta un nuevo desafío al ámbito universitario: tomar estos nuevos paradigmas reinterpretándolos, enriqueciéndolos o bien juzgándolos.

“(La universidad) ha sido una gran reproductora de visiones culturales y sociales, ha contribuido, como ninguna otra institución, a fijar las identidades de los actores sociales e individuales. Es lógico pensar entonces que la transformación de los modelos culturales tendrá un impacto significativo en el currículum universitario (...) ¿Es necesario tomar en cuenta estos contextos para el diseño curricular? ¿Con qué sistemas de ideas podemos establecer los parámetros epistemológicos, filosóficos, ideológicos, culturales y éticos que orienten la formación de los jóvenes? Son preguntas difíciles de responder. En todo caso, muestran que para acordar un cambio curricular se necesitan muchos diálogos, muchas confrontaciones, muchas reflexiones sobre los temas en cuestión. De lo contrario, podríamos llegar a formular una mera actualización funcional del currículum sin mucha consistencia teórica. Necesitamos una universidad-mundo, transcultural, interdisciplinaria, con fuerte base científica,

productora de conocimientos, agente de cambios, pedagógicamente innovadora, ideológicamente clara en su función social. El modelo de una universidad así transformada brindará el marco necesario al cambio curricular².”

“En esa línea, el currículum universitario debe constituirse en este momento histórico, recuperando sus más genuinos propósitos e intereses académicos, para desarrollar una de las más complejas e importantes capacidades humanas: la capacidad de pensar (...) de manera inédita, osada, crítica, creativa y comprometida (...) Los derechos humanos tendrán que impactar al currículum universitario como contenidos específicos y como perspectiva general o enfoque (...) Actualmente, los nuevos lenguajes científicos y tecnológicos forman parte importante de las comunicaciones y las prácticas cotidianas en los distintos espacios sociales(9)”.

Será necesario, entonces, dilucidar cómo el cambio del paradigma en las relaciones sanitarias debiera influir directamente sobre los diseños curriculares de carreras y programas académicos relacionados con las ciencias de la salud.

Formación universitaria de posgrado

Las Residencias Odontológicas Universitarias (ROU), de la Facultad de Odontología de la UNLP, son 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 ac-

tos profesionales de complejidad y responsabilidad crecientes. Su objetivo fundamental 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 bucodental actual o potencial y dar respuesta a las demandas sociales de tratamiento. La práctica está vinculada a la salud colectiva y a la resolución de los problemas concretos de la salud oral de la población. Por ello, las experiencias educativas propuestas a los residentes son pertinentes a estos objetivos. La formación es dependiente del proceso de prestación de servicios de salud, procurando articularse e integrarse con ellos, constituyendo así las metas importantes de la formación del odontólogo residente.

Al terminar el ciclo, los graduados han sido preparados para responder a un perfil profesional que comprende:

- Resolver la problemática de salud bucal correspondiente a los tres niveles de atención dentro de las incumbencias propias de la odontología general.
- Integrarse a cualquiera de los subsectores que componen la práctica profesional, en forma individual o en instituciones públicas y privadas del sector, contribuyendo con los objetivos de equidad, eficacia y eficiencia del sistema de atención en 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 comunitario de salud oral desde la realización de experiencias prácticas.

² 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, Buenos Aires, Argentina.

Las ROU constituyen un sistema más, donde el graduado inscrito recibe una enseñanza permanente y continua, aplicada en la modalidad docencia-servicio con transferencia a la comunidad, para una mejor calidad de vida y salud bucal.

El documento de consentimiento informado en la formación de posgrado

La ausencia de una asignatura específicamente filosófica –que tenga como objetivos los tratados de la antropología filosófica y los fundamentos deontológicos del ejercicio profesional– en los diseños curriculares de las carreras de odontología y en el programa académico de posgrado de las ROU dificulta el aprendizaje integral de determinadas temáticas, entre otras: la libertad y dignidad humana o la conciencia moral, que pueden considerarse como contenidos previos y fundantes del consentimiento informado.

Esta falencia ha hecho que tales cuestiones queden subyacentes en otras áreas o asignaturas clínicas, como la Odontología Legal, y dependiendo del buen criterio de los docentes, quienes, por su estricta formación científica, carecen, en gran parte, de una formación filosófica. Sin embargo, se cree conveniente articular estos contenidos legales con los de naturaleza filosófica, de modo de presentar el tema del consentimiento informado con una perspectiva que integre los distintos enfoques pedagógicos.

Con todo, es prudente reforzar la formación académica ofrecida en las ROU con una que presente los contenidos de la bioética odontológica para facilitar la comprensión de los fundamentos éticos del consentimiento informado y enriquecer la cosmovisión integral del hombre.

En esta investigación, la hipótesis fue la siguiente: “La incorporación de una formación específica sobre aspectos bioéticos, jurídicos y

odontológicos del denominado “documento de consentimiento informado” durante el programa académico de las Residencias Odontológicas Universitarias, favorecerá a un mejor conocimiento y desempeño clínico-profesional de los odontólogos residentes en el área de la odontología legal”.

En virtud de lo anterior, se incorporó dicho espacio educativo en el programa de las ROU. De este modo, se realizó un estudio experimental controlado con dos grupos de odontólogos residentes pertenecientes al mismo programa. Cabe destacar que la presente investigación se encuentra en su primera etapa, que tuvo como objeto la medición preliminar de los grupos experimental y control antes de someter al primer grupo al espacio educativo mencionado.

Objetivo

Comparar datos obtenidos en relación con aspectos teóricos y clínicos de la práctica del consentimiento informado en profesionales odontólogos del Programa de Residencias Odontológicas Universitarias de la Facultad de Odontología de la UNLP.

Materiales y métodos

En el trabajo de investigación se tuvieron en cuenta dos variables.

- a. La variable “conocimiento del proceso de consentimiento informado” en odontólogos pertenecientes a las ROU de la Facultad de Odontología de la UNLP.
- b. La “práctica del proceso del consentimiento informado” en odontólogos pertenecientes a la ROU de la Facultad de Odontología de la UNLP.

Se efectuó un estudio descriptivo con 78 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes

al Programa. De este modo, la recolección de datos se llevó a cabo en forma prospectiva. Se adoptó como criterio de exclusión a aquellos residentes que no estuvieron en las condiciones académicas y/o administrativas antes del 30 de abril de 2004; mientras que como criterio de eliminación la ausencia definitiva u otro motivo académico y/o administrativo que hubiese provocado la interrupción de su programa de Residencias Odontológicas Universitarias, como así también la incorporación de nuevos odontólogos admitidos como residentes en cada cohorte.

Se aplicó un primer instrumento, "Pre-test I", que buscó establecer un diagnóstico inicial de los grupos experimental y control. Éste indagó sobre el nivel de conocimiento de los contenidos propuestos: la identificación de conceptos de ética, moral, moralidad, conciencia, libertad; conceptos fundamentales de bioética odontológica; conceptos básicos en odontología legal, y los procedimientos legales para la ejecución del documento.

Se aplicó también un segundo instrumento de trabajo, "Pre-test II", que buscó ponderar la importancia del consentimiento informado en la práctica clínico-profesional de la odontología legal de la población objeto. Asimismo, se procuró obtener los siguientes datos: tiempo necesario para el cumplimiento del proceso de consentimiento informado; actividades de posgrado de formación; ofrecimiento de alternativas de tratamiento; respuesta del paciente; compromiso del paciente con el tratamiento; participación en la decisión del plan de tratamiento propuesto; importancia de su utilización para la actividad del odontólogo, e importancia de su utilización para el paciente.

Ambos instrumentos fueron estructurados, voluntarios y anónimos para salvaguardar la identidad de los sujetos experimentales. Asimismo, se sometieron a la evaluación de la

Asesoría Pedagógica de la Facultad de Odontología durante el primer trimestre del año.

Seguidamente, se realizó una formación académica específica, bajo la modalidad de seminario/taller, en lo que respecta al documento de consentimiento informado en el marco de la bioética odontológica. El seminario/taller estuvo estrechamente relacionado con la formación académica de Odontología Legal, que figura en el programa de las ROU durante el segundo cuatrimestre del ciclo lectivo 2004.

Resultados y discusión

Del análisis de los instrumentos aplicados (Pre-test I y II) a 78 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a las ROU, los resultados fueron:

De los encuestados, el 57,69% de la población correspondió al sexo femenino; el rango de edades fue de 25 y 50 años; la edad media de 28,47 años; moda y mediana 28 años. El promedio de los años de graduados fue 3,5 años, mientras que la moda y mediana, 3 años.

En relación con la variable "aspectos teóricos de la práctica de consentimiento informado", sobre un total de 780 opciones totales, la población encuestada sólo contestó correctamente el 35,64%.

La distribución en relación con el total de opciones (780) fue la siguiente: odontólogo género femenino: opciones correctas: 165 (21,15%), opciones incorrectas: 285 (36,54%); odontólogo género masculino: opciones correctas: 113 (14,49%), opciones incorrectas: 217 (27,82%). Del total de opciones correctas señaladas por los encuestados (278), 165 (59,35%) correspondieron al género femenino, mientras que 113 (40,65%) al género masculino.

Lo hallado en el Pre-test I reveló la necesidad de reforzar la formación académica de

posgrado en relación con la temática. Países como Estados Unidos, España e Italia han generado no sólo jurisprudencia sino también numerosos espacios de formación académica. De 54 facultades de odontología de Estados Unidos que intervinieron en un estudio sobre la planificación de los planes de tratamiento, la mitad mostró tener incorporada la explicación de los riesgos del tratamiento y el pedido de consentimiento en el momento en que presentaban el plan propuesto, mientras que el resto de las unidades académicas lo hacía sólo posteriormente.

En relación con la variable “aspectos clínicos de la práctica de consentimiento informado”, 51 (65,38%) odontólogos contestaron afirmativamente que tenían un tiempo previsto en la consulta con su paciente para el diálogo y transmisión de información sobre el plan de tratamiento propuesto. De la tabla de contingencia se desprendió que, de aquellos que señalaron poseer un tiempo previsto, 29 (76,92%) odontólogos correspondieron al género femenino. Además, se observó que fueron los más jóvenes y recientemente recibidos los que escogieron esta opción.

Ahora bien, 48 (61,54%) residentes coincidieron en que dedicaban todo el tiempo necesario para esa actividad. De éstos, 29 (60,42%) correspondieron al género femenino. En este caso también fueron los más jóvenes y recientemente graduados. No obstante, 24 (30,77%) manifestaron dedicarle sólo diez minutos en su consulta odontológica al proceso de consentimiento informado, no existiendo en este caso diferencias entre géneros (12, 50% masculino; 12, 50% femenino). Todos los que eligieron esta

última opción fueron jóvenes y recientemente graduados.

Algunas características de los profesionales pueden jugar un rol mayor en cómo se practica el consentimiento informado. Por ejemplo, las actitudes frente a malas prácticas o la previa exposición a una mala práctica parecen influir en el comportamiento. Profesionales que conocen bien a un paciente pueden llevar a cabo con él un proceso de consentimiento diferente al que realizan con uno más reciente; recíprocamente, los profesionales podrían creer que pueden predecir una respuesta del paciente basada en experiencias previas. A partir de estos ejemplos, se puede observar que el potencial de asociaciones entre las características de los profesionales y las de consentimientos prestados es todavía difícil de predecir. Además, éste tiene que ser estudiado todavía sistemáticamente(10).

Se requiere con urgencia el entrenamiento en las técnicas de consentimiento informado. La mentoría informal debe ser reconocida como un método de entrenamiento importante para el consentimiento informado, y ser respaldado por las autoridades para asegurar que los instructores de residentes lo practiquen efectivamente(11).

En la educación odontológica, los estudiantes invierten demasiado tiempo en los cuidados previstos para el tratamiento dental. En diversos programas académicos deben cumplir con requisitos que pueden dificultar la relación con sus pacientes. Probablemente, la solución a los conflictos que se presentan generalmente sea la utilización del consentimiento informado(12).

Referencias

1. Hartshorne JE. Principles of valid informed consent to treatment in dentistry. *J Dent Assoc South Africa* 1993; 48 (8): 465-468.

El consentimiento informado en odontología - R. Miguel, M. Zemel

2. Manrique JL, Cottely E, Rossi RP, Smith R. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. *Rev Argent Cirug* 1991; 61: 99-102.
3. Eijkman MA. Dental health education: from education to informed decision making. *Patient Educ Couns* 2001; 42(2):101-104.
4. 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.
5. Hirsch AC, et al. Ethics in dental practice. *J Am Dent Assoc* 1986; 113 (4): 559-603.
6. Secchi MA. Aspectos diversos de responsabilidad profesional. *Rev Soc Argent Ped* 1999; 15(2): 77-81.
7. Bridgman, et al. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. *Br Dent J* 1999; 187(4): 217-219.
8. Bebeau MJ, et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. *J Dent Educ* 1994; 58(9): 684-692.
9. De Alba A. El currículum universitario ante los retos del siglo XXI, la paradoja entre posmodernidad, ausencia de utopía y determinación curricular. En: De Alba A, (coord.) *El currículum universitario. De cara al nuevo milenio*. México: Plaza y Valdés; 1997.
10. Braddock C, Micek M, Fryer-Edwards K, Levinson W. Factors that Predict Better Informed Consent. *J Clinical Ethics* 2002; 13(4): 344-352.
11. 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.
12. Van Dam S. Requirement-driven dental education and the patient's right to informed consent. *J Am Coll Dent* 2001; 68(3): 40-47.

Recibido: 28 de septiembre de 2005

Aceptado: 31 de enero de 2006

ANEXO

Gráfico 1. Distribución por género

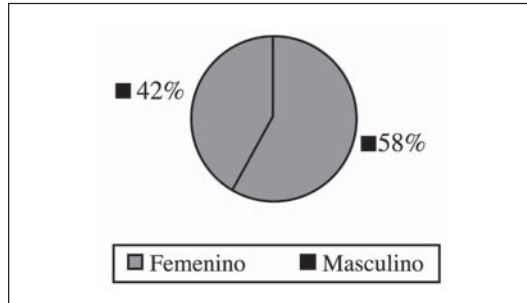


Gráfico 2. Evaluación de aspectos teóricos sobre el consentimiento informado en odontología.

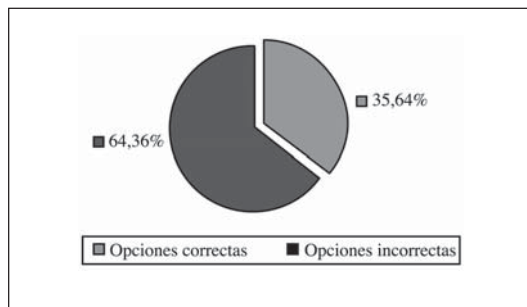
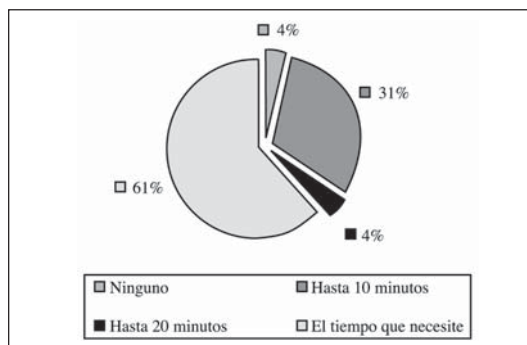


Gráfico 3. Espacio que posee el proceso de consentimiento informado en la consulta odontológica.



Gráfico 4. Tiempo que se utiliza habitualmente para el proceso de consentimiento informado en la consulta odontológica.



MODELOS DE PREVENCIÓN EN LA LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA

John Harold Estrada M.*

Resumen: Este artículo describe tres modelos teóricos utilizados para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Estos se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representa cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones. Finalmente, el documento analiza algunas lecciones aprendidas.

Palabras clave: VIH, SIDA, modelos de prevención

PREVENTION MODELS IN THE FIGHT AGAINST HIV/AIDS

This article describes three theoretical models to face HIV prevention of transmission in these years. These have been developed sequentially, answering to different prevention views, each one representing a greater inclusion level with respect to the previous one and they are used occasionally in an eclectic way without responding to the particular subject population needs. Finally, the document analyzes some lessons learned.

Key words: HIV, AIDS, prevention models

MODELOS DE PREVENÇÃO NA LUTA CONTRA O VIH/AIDS

Resumo: Este artigo descreve três modelos teóricos utilizados para enfrentar a prevenção da transmissão do HIV nestes anos. Estes se desenvolveram de maneira sequencial, respondendo a distintas óticas de prevenção e representam cada um um nível maior de inclusão com relação ao anterior. São utilizados em ocasiões de maneira eclética, sem responder às necessidades particulares das populações, sujeito das ações. Finalmente, o documento analisa algumas lições aprendidas.

Palavras chave: HIV /AIDS, modelos de prevenção

* Profesor Asociado de la Facultad de Odontología y Escuela de Estudios de Género, Universidad Nacional de Colombia. Colombia
Correspondencia: estradamontoya@hotmail.com

Introducción

La epidemia de infección por el VIH se ha configurado bajo el paradigma del estigma, la discriminación y la exclusión social. Esto no sólo respondió a posturas ideológicas, sino también al proceso histórico de desarrollo y madurez de la comunidad gay/lésbica en los años 80, en particular en los países del primer mundo, que consolidó una agenda política centrada en el reconocimiento de sus derechos civiles y humanos fundamentales. La infección por el VIH aparece en Estados Unidos precisamente cuando el movimiento gay alcanza su madurez política, momento aprovechado por el ultraconservador gobierno de Ronald Reagan para implementar estrategias de vigilancia epidemiológica que condujeron a reforzar el discurso moral y jurídico y a la exclusión y discriminación de las personas viviendo con VIH/SIDA. Más adelante surgieron las pruebas diagnósticas obligatorias para el VIH, la persecución y el acoso de la comunidad gay que vio disminuidas sus conquistas políticas y sociales.

Posteriormente, la preeminencia del discurso “El SIDA es problema de todos” trajo aparejados problemas, ya que se dejó de hacer intervenciones focalizadas en grupos específicos y, por esto, muchas personas empezaron a considerar el VIH como problema ajeno o de “otros”. Las políticas implementadas podrían ser calificadas de heterocentras y adultocéntricas, lo cual dejó fuera a numerosos hombres y mujeres de diferentes edades y orientaciones sexuales. A partir de ese momento, la infección del VIH/SIDA ha continuado devastando a los grupos de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y la falta y/o la inoperancia de las acciones gubernamentales han permitido que los indicadores epidemiológicos de prevalencia en este subgrupo poblacional se disparan en toda América Latina y el Caribe hasta valores entre el 5 y el 20% en algunas ciudades de la región.

Por parte del programa de SIDA de las Naciones Unidas (ONUSIDA), se estima que para diciembre de 2003 se reportaron más de 62 millones de personas infectadas por el VIH desde el inicio de la pandemia, de los cuales 5 millones contrajeron la infección durante el último año, entre ellas 800.000 niños y niñas. Un total de 42 millones de personas viven actualmente con el VIH/SIDA y, de no recibir tratamiento adecuado, pasarán a engrosar las filas de defunciones por causa de la enfermedad(1).

En América Latina y el Caribe la epidemia está bien consolidada y asume muchas facetas, dada la diversidad en los patrones demográficos y de desarrollo de los países de la región, por lo cual existe el peligro de que se propague de forma rápida en ausencia de respuestas nacionales eficaces. Se calcula que aquí viven con el VIH cerca de dos millones de personas, donde se incluyen las 200.000 personas que se infectaron en 2004. En Haití, Guyana, Belice y República Dominicana la prevalencia de VIH estimada en mujeres embarazadas es igual o superior al 1%; en estas zonas la epidemia está muy arraigada en la población general y se propaga principalmente a través del coito heterosexual, mientras que en Colombia, México, Perú y el Cono Sur se producen más infecciones en hombres que tienen sexo con hombres (HSH), categoría que sigue siendo arbitraria epidemiológicamente, pero que sirve para agrupar todas las prácticas sexuales entre varones, tengan o no una identidad sexual de tipo homosexual. Para algunos de estos países, el VIH/SIDA es la primera causa de mortalidad, y sólo se colocan por detrás de los países del África Subsahariana. En la región se combinan los factores de desarrollo socioeconómico desigual (en términos de necesidades básicas insatisfechas, porcentaje de analfabetismo y concentración de la riqueza y de la tierra en pocas manos), la gran movilidad de la población y la situación de estigma y discriminación que ex-

perimentan grupos poblacionales (en particular los hombres que tienen sexo con hombres) como situaciones que favorecen la propagación del VIH(2).

A pesar de que, en el planeta, el 75% de las nuevas infecciones se producen entre hombres heterosexuales, en nuestro continente se presentan simultáneamente aumentos en las tasas de incidencia en hombres homosexuales y otros HSH y heterosexuales, pero dado el menor tamaño poblacional de la comunidad de HSH frente a la de hombres heterosexuales, las repercusiones en este grupo son de mayor proporción e impacto y requieren acciones inmediatas y contundentes.

La prevalencia de la infección por el VIH en HSH en algunas ciudades de América Latina y Centroamérica oscilan entre el 5% y el 20%, valores muy por encima del observado en estudios realizados en la población general de las mismas ciudades o países, lo cual permite afirmar que en muchos de nuestros países (y Colombia no es la excepción) la epidemia se encuentra concentrada en poblaciones de hombres que tienen sexo con hombres. Según los reportes de ONUSIDA, América Latina aporta el mayor número de infecciones nuevas de VIH en HSH después de Estados Unidos de América.

El hecho de que se asumiera durante años una postura de cierta naturalización frente a la mayor afección de grupos de HSH, sumado a la situación de estigma y discriminación que experimentan estos hombres en la mayor parte de nuestro países, podría explicar en parte por qué, pese al paso del tiempo y a los esfuerzos de ONG's y otros colectivos que agrupan hombres gay o de diversas orientaciones sexuales, no se ha logrado controlar la infección y pareciera que, por el contrario, está lejos de lograrse.

El concepto de prevención no corresponde a una categoría única, sino que, por el contrario,

refleja las diferentes visiones de la realidad social imperantes en un momento determinado y se considera con un carácter provisional en ausencia de una herramienta definitiva para controlar la transmisión del virus. La prevención de la infección se torna insuficiente y requiere de una lógica de anticipación mayor que en cualquier situación conocida anteriormente. Ante una epidemia tan cambiante, con tantos perfiles coexistiendo, tantas situaciones de inequidad y estigmatización, ¿cómo brindar una perspectiva de prevención homogénea y transparente?

Esquemáticamente y con fines didácticos, podemos describir tres modelos teóricos que se han utilizado para afrontar la prevención de la transmisión del VIH en estos años. Éstos se han desarrollado de manera secuencial, responden a distintas ópticas de la prevención, representa cada uno un mayor nivel de inclusión con relación al anterior y son utilizados en ocasiones de manera ecléctica, sin responder a las necesidades particulares de las poblaciones sujeto de las acciones.

1. Modelo epidemiológico-conductual

En la década de los años ochenta, la aparición de la epidemia del VIH/SIDA se consideró como un hecho social y de salud pública, que tuvo efectos negativos sobre las representaciones y valoraciones de la sexualidad y el erotismo. El surgimiento de la epidemia determinó un retroceso en relación con las formas de entender la sexualidad y el erotismo, y propició el restablecimiento de las ideas esencialistas y normativas sobre los comportamientos sexuales. Esta situación trajo consigo la intolerancia y la marginación de las minorías sexuales; la estigmatización de las identidades sexuales y prácticas eróticas que difieren del paradigma heterosexual.

La respuesta de los diferentes gobiernos, para contrarrestar los efectos nefastos de la epi-

demia, se tradujo en el diseño e implementación de políticas públicas por parte de sus sistemas nacionales o locales de salud. El examen de estas políticas gubernamentales iniciales permite comprender por qué las primeras acciones de prevención estuvieron signadas por un enfoque que denominamos epidemiológico-conductual. Debemos reconocer que fueron estas políticas, desde sus miradas normativa y prescriptiva, las principales promotoras de las ideas que relacionaron la transmisión del VIH con las identidades homosexuales. La finalidad de los discursos médicos no era únicamente contrarrestar los factores de riesgo, sino marcar los parámetros que distinguían el ejercicio de una sexualidad normal de una sexualidad anormal.

La asociación SIDA/homosexualidad produjo, como consecuencia inevitable, que los programas de prevención y las acciones educativas se dirigieran, casi en su totalidad, a la población de hombres homosexuales (denominados en su momento “grupos de riesgo”). Esta homologación fue decisiva para configurar un discurso moralista sobre dichas orientaciones y para considerar la propagación de la infección como resultado de comportamientos sexuales desviados. Tal hecho se confirma con la no inclusión de las conductas heterosexuales en la caracterización de los factores de riesgo; es decir, no reconociendo a los hombres heterosexuales como sujetos que de igual manera están expuestos al contagio y pueden ser transmisores del VIH.

Este modelo centrado en las conductas individuales de riesgo parte del supuesto de que las personas son sujetos racionales, que consideran los costos y los beneficios de las diferentes alternativas de actuación en un momento dado con la información que tienen a su alcance. Es por esto que, inicialmente, los programas se concentraron en identificar los factores individuales que influyen en la transmisión del

VIH. A las personas se les pedía que informaran sobre sus creencias, sus actitudes y prácticas individuales, y, del conjunto de respuestas, mediante análisis verticales, se sacaban conclusiones, se agrupaban y se categorizaban los denominados factores de riesgo(3).

Se pasaba luego a la atribución de dichos factores a las personas, a la definición de las características epidemiológicas que son relevantes para constituir los denominados grupos de riesgo. En lo que se refiere a sexo más seguro, el modelo considera que una persona mide el riesgo presente de una determinada relación sexual, juzga sobre la eficacia y costo de las medidas de protección y toma decisiones acordes sobre qué hacer en dicha situación como un acto voluntario para proteger la propia salud; el énfasis está puesto en procesos mentales individuales subyacentes a la toma de decisiones.

La metodología de los estudios epidemiológicos CACP (conocimientos, actitudes, creencias y prácticas) permitía configurar procesos educativos y de difusión de información que se constituyeron en la finalidad de sus estrategias. Para sus gestores e impulsores, los aspectos evidenciados en las encuestas eran indispensables para lograr cambios conductuales individuales, mediante la intervención de corte cognitivo sobre la información, la percepción del riesgo, la percepción sobre el control del propio comportamiento, la confianza en sí mismo y las actitudes de las distintas personas. El énfasis estaba en la percepción o falta de percepción de los individuos, lo cual actuaba como disparador de un cambio hacia conductas saludables(4).

Podemos afirmar que, hasta finales de 1989, las políticas de información pública y las campañas de prevención tenían dos objetivos: el primero, consolidar el componente educativo; el segundo, fortalecer las acciones en comuni-

cación. Estos eran los criterios principales a través de los cuales se podría conseguir un cambio y lograr respuestas adecuadas de los diferentes actores sociales. Con el transcurrir del tiempo se evidenció la poca efectividad de sus estrategias, motivo por el cual se llegó a considerar que los modelos basados en factores ligados a la percepción y comportamiento del individuo eran insuficientes en la lucha mundial contra el SIDA(5).

2. Modelo antropológico-cultural

Ya para 1991 se puede percibir la superación de la perspectiva biologicista y biomédica fundamentada en el enfoque de riesgo. Por esta razón, las nuevas reflexiones tuvieron en cuenta los contextos ambientales y socioculturales donde se inscriben las personas. Este modelo hace hincapié en los significados que los sujetos les dan a las prácticas preventivas y de riesgo, a partir de su pertenencia a contextos culturales específicos. El cambio de paradigma se fundamentó en la insuficiencia del modelo anterior y en el examen del entorno personal y social de los individuos, lo cual permitió la inclusión de los diversos sentidos, escenarios y grupos de población en los diseños de programas. En este modelo se toman en cuenta las normas y valores sociales y se analiza su configuración específica en las diferentes culturas o subculturas.

Es decir, se consideró que la vulnerabilidad no era equiparable con una mera probabilidad (riesgo epidemiológico), sino que se encontraba determinada también por una combinación de factores culturales y sociales que influyen en la conducta de los individuos. Este cambio de perspectiva se tradujo en un replanteamiento de los factores de riesgo, que modificó la comprensión de la epidemia y la dimensionó como un problema social. En consecuencia, los programas abandonaron la categoría de grupo de riesgo por ser estrecha, prescriptiva y segre-

gacionista para cambiarla por la de “comportamiento de riesgo”(6).

Con esta nueva categoría se pretende acabar con los prejuicios y la discriminación social hacia la orientación homosexual. La transmisión de la infección por VIH se convirtió en un acontecimiento que compete a todos los tipos de orientaciones y prácticas sexuales; de esta manera, se logró orientar las estrategias preventivas hacia la inclusión de las relaciones sociales y eróticas “para llegar a hombres que podrían no responder a los mensajes y programas dirigidos a la comunidad homosexual”. Esto permitió caracterizar el rol que juegan las personas en el control del VIH, toda vez que para lograr el éxito de las campañas se requiere la aceptación de una definición pública de riesgo y peligro y que los individuos consientan en el control de su propio comportamiento(7,8).

El empleo de la categoría “comportamiento de riesgo” presenta, al mismo tiempo, un aspecto positivo y uno negativo. En relación con el aspecto positivo, hablar de comportamiento de riesgo significa incorporar los peligros relacionados con el VIH a la realidad social dentro del universo móvil, dinámico e incierto del erotismo. El elemento negativo está asociado a la reducción del comportamiento de riesgo a la enumeración de las prácticas y conductas que se constituyen en factores predisponentes de transmisión del VIH, ocasionando la generalización de los comportamientos al no relacionarlos con las situaciones particulares de las personas. La taxonomía de los comportamientos de riesgo no permite ofrecer una explicación de las relaciones entre éstos y los contextos donde los individuos discuten y negocian sus experiencias eróticas. Tampoco logra dar cuenta de las decisiones, riesgosas o no, presentes en las situaciones reales y, mucho menos, delinear las características del grupo social al que pertenecen los individuos y desde donde ellos interactúan.

Reconocer el aspecto positivo y negativo de estas campañas de prevención sirvió de referente para transitar a otra fase del modelo, que exigía apreciar al riesgo no como un dato epidemiológico sino como un fenómeno social y psíquico que debía caracterizarse desde los elementos socioculturales y contextuales; ello para entender que la aparición del riesgo y las percepciones que los individuos tenían sobre éste se construyen desde y dentro de las situaciones en las cuales los sujetos valoran y desarrollan sus prácticas sexuales. En consecuencia, las nuevas propuestas de intervención, desde este modelo, consideraron los comportamientos de riesgo desde los diversos sentidos, escenarios y grupos de socialización en los cuales se inscriben e interactúan las personas, intentaron modificar las normas y los valores que potencian los riesgos e impiden los comportamientos preventivos, y alentaron la promoción de aquellas normas y valores que hacen viables los comportamientos saludables.

La transformación de las percepciones se debió, en parte, a los aportes de los trabajos e investigaciones realizados desde las Ciencias Sociales, que se constituyeron en los elementos claves para caracterizar la complejidad de las conductas sexuales y exponer que las normas racionales para el control de los riesgos eran infructuosas. Su gran contribución fue integrar una mirada constructorista del diseño de los programas de prevención, permitiendo particularizar las estrategias y, asimismo, adaptar las intervenciones de acuerdo con las singularidades, las particularidades y el entorno social de los individuos

Sin embargo, al igual que en el modelo anterior, se pueden señalar algunas críticas. Dos de ellas se refieren a la tendencia culturalista y/o psicologista en las explicaciones de la pandemia. Esto hizo necesario avanzar hacia una concepción que involucrara los aspectos estructurales como elementos clave para com-

prender y trabajar frente a la infección por el VIH(9-11).

3. Modelo político-económico

Al final de la década de los noventa y al inicio del siglo XXI surge el modelo político-económico. Éste parte de la idea de que las desigualdades económicas y sociales están en la base de la epidemia y sostiene que ellas constituyen importantes obstáculos estructurales para los cambios de comportamiento hacia conductas saludables. Este modelo desplaza la idea de riesgo individual por el concepto de vulnerabilidad social e individual y exclusión social. Las intervenciones preventivas están dirigidas hacia el activismo de base comunitaria, movilizado para la defensa de los derechos de las minorías y de las personas afectadas. Se deja de analizar el riesgo percibido en términos de comportamiento individual para centrarse en la vulnerabilidad estructurada y condicionada socialmente.

Este modelo nace de la evidencia de que los sujetos se conducen no sólo a partir de sus actitudes individuales y de las pautas sociales, sino también en función de los recursos estructurales capitales y simbólicos con los que cuentan. Como lo señala Pierre Bourdieu, estos recursos se encuentran distribuidos de manera desigual en las personas y están atravesados profundamente por diferencias de clase(12).

Las intervenciones estructurales, la movilización comunitaria y el empoderamiento colectivo derivados del modelo tienen en común su enfoque crítico sobre las causas económicas, políticas, culturales y sociales que determinan la dinámica de la epidemia por el VIH/SIDA. El riesgo individual se encuentra inscrito en una estructura que hace que algunos grupos sean más vulnerables que otros. Por lo tanto, las acciones propuestas desde este modelo son necesariamente de largo alcance y más amplias que aquellas que sólo buscan cambios

de comportamiento individuales: están dirigidas incluso a cambiar políticas que favorezcan la desigualdad y la injusticia.

El modelo político-económico de prevención, al desplazar el riesgo individual hacia el de vulnerabilidad social, lleva a una reacción frente a la epidemia del VIH/SIDA, incentivando un cambio social capaz de hacer posible la reforma de las estructuras de desigualdad. Según esta perspectiva, la reacción social debe apuntar a transformar las relaciones de género que hacen más vulnerables a las mujeres, a reformar una estructura económica que liga al SIDA cada vez más con la pobreza y los grupos marginales, a revertir la exclusión de la que son víctimas los usuarios de drogas y a superar la estigmatización de la homosexualidad que hace que los HSH continúen siendo víctimas preferenciales de la epidemia. El modelo propone, además, que la prevención debe integrarse a la atención de las personas, no sólo por razones humanitarias sino también de salud pública, lo cual trae como consecuencia la propuesta de integralidad en los programas de prevención-atención.

Los riesgos de este modelo pueden situarse en el determinismo económico y social dado a la problemática del VIH/SIDA y el poco margen de maniobra que puede otorgar a los individuos, quienes, a pesar del peso de las categorías estructurales, siempre tienen la posibilidad de ejercer ciertos niveles de resistencia frente a éstas.

Los elementos propuestos en los dos primeros modelos se han incorporado, en mayor o menor medida, en la formulación de las campañas realizadas internacionalmente en los últimos años, como lo ilustran las campañas de prevención lideradas por ONUSIDA para 2000-2001 (“Los hombres marcan la diferencia”) y 2002-2003 (“Viva y deje vivir”), que señalaron, en la primera de ellas, que los hombres –tanto homo,

hetero como bisexuales– son determinantes en la transmisión del VIH y, en la segunda, que se debe superar la estigmatización y el rechazo a las personas viviendo con VIH/SIDA para lograr un control adecuado de la epidemia(13).

En particular la campaña “Los hombres marcan la diferencia” consideró que las relaciones sexuales entre hombres son una realidad presente en nuestra sociedad y que las prácticas homosexuales se pueden experimentar entre dos homosexuales, entre un homo y un heterosexual, entre un bisexual y un homosexual y entre dos heterosexuales. Igualmente, que estas relaciones se pueden dar o no con el reconocimiento de una identidad homoerótica por parte de los participantes. Se sugiere, entonces, hablar de una homosexualidad permanente y de una circunstancial, y se prefiere utilizar el término hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Al respecto, es pertinente señalar que para que esta categoría sea útil y válida, dentro de un programa de prevención, deberá estar sustentada desde una perspectiva constructorista del género y la sexualidad, y llenarse de contenidos socioculturales alejados de los discursos esencialistas. Para que las acciones y políticas públicas puedan hacerse cargo de estas nociones de sexualidad, deben dar cuenta de la naturaleza compleja de su objeto (ligado a prácticas subjetivas sociales), que escapa a las definiciones clásicas de la epidemiología y la salud pública. Está en construcción la incorporación de los elementos del tercer modelo a las acciones encaminadas a disminuir la epidemia(14).

4. Lecciones aprendidas

Con base en los estudios revisados, podemos concluir que la relación entre comportamiento sexual e identidad de género es de una gran complejidad y que las formas a través de las cuales se construyen las identidades sexuales en distintos contextos dependen en gran

parte de las categorías y clasificaciones disponibles en cada sociedad y cultura para abordar la sexualidad. El foco de los estudios se ha desplazado del comportamiento sexual en sí mismo hacia las situaciones sociales en las cuales se produce dicho comportamiento y hacia las normas culturales que lo organizan. Se ha hecho evidente que categorías como homo o heterosexualidad no reflejan la diversidad y complejidad de las experiencias sexuales vividas, y se ha disociado el comportamiento homo o heterosexual de un sentido diferenciado de identidad de género(15).

En lo concerniente a las acciones educativas implementadas en América Latina, diversas investigaciones producidas en los últimos años han evidenciado problemas de diferente índole, entre los cuales podemos identificar los siguientes:

- Los mensajes de prevención pierden de vista la complejidad de las motivaciones de los hombres y mujeres para tener relaciones sexuales, así como los sentidos emocionales que se asignan a éstas.
- Los planteamientos del sexo protegido o del uso del condón pueden resultar ofensivos por los supuestos que connota (de infidelidad, de tener infecciones de transmisión sexual, de desconfianza en la pareja) o por la complejidad de las interpretaciones que genera.
- El sexo no protegido se ve como facilitador de una mayor cercanía e intimidad con la pareja “estable” y se asumiría como una práctica normal, libre de riesgo.
- El cálculo del riesgo de lo(a)s compañero(a)s sexuales se sigue haciendo a partir de su apariencia de persona “sana” o “enferma”, y esto induciría a tener sexo sin protección con muchas de estas personas que lucen aparentemente sanas.

- La baja autoestima, así como la clandestinidad de las experiencias sexuales (facilitadas por alcohol o drogas) a las que se enfrentan muchos hombres y mujeres, afectan la capacidad cognitiva y emocional de los sujetos para adoptar conductas preventivas.
- La dificultad de la incorporación del uso del condón en muchos de los escenarios de la sexualidad, en tanto en dichos escenarios otros riesgos estarían presentes y serían valorados como más importantes (como la integridad física, el riesgo de ser detenidos y encarcelados, el riesgo de perder la oportunidad del encuentro sexual).
- No todas las personas están listas para mensajes directos y contundentes y, por tanto, muchas requieren mensajes o aproximaciones elípticas.

En la actualidad se ha tomado conciencia de que la infección se encuentra en una fase temprana de desarrollo y sigue sin estar claro cómo evolucionará en el largo plazo. Se han identificado y probado muchos enfoques eficaces para la prevención del VIH y se ha reconocido la necesidad de hacer particular hincapié en las poblaciones en situación de vulnerabilidad, en particular los HSH. Sin embargo, dado que la distribución del riesgo y la vulnerabilidad varía mucho de una sociedad a otra, igual que la capacidad de localizar y trabajar con la población vulnerable, no hay un enfoque único de prevención que resulte eficaz en todas partes y con todas las personas. Para producir y mantener cambios de comportamiento eficaces a gran escala es menester que los programas específicos de prevención abarquen muchos elementos, y sean elaborados a partir de las propuestas de cada una de las poblaciones destinatarias, para tratar sus necesidades específicas y los factores que influyen sobre los cambios de comportamiento.

Una estrategia de intervención en VIH/SIDA debería estar constituida por un discurso que promueva el respeto y la equidad de género, revalorice la sexualidad y permita la libre expresión y ejercicio de las diversas orientaciones. Igualmente, se pretende cuestionar aquellos factores que reproducen actitudes y conductas negativas e intolerantes hacia las identidades homosexuales y se apunta a la desestigmatización de esta orientación(16).

La inversión en la prevención del VIH evita un incalculable sufrimiento humano y también

sus consecuencias sociales y de desarrollo, independientemente de las tasas de prevalencia de cada país. El aumento de la incidencia del VIH sólo podrá detenerse con una expansión masiva de los esfuerzos de promoción y prevención. Es en este sentido que los programas de prevención se tornan fundamentales, y deben continuarse con cada generación de hombres y mujeres que alcanzan la madurez sexual y necesitan aprender a vivir satisfactoriamente con el panorama de la infección VIH/SIDA en sus vidas(17).

Referencias

1. UNAIDS. *Report on the global HIV/AIDS epidemic 2003*.
2. Garcia JM, Walker N, Cuchi P, et al. Status of the HIV/AIDS epidemic and methods to monitor it in the Latin America and Caribbean region. *AIDS* 2002; 16 (suppl. 3): S3-S12.
3. Sevilla E. *Modelos analíticos de las ciencias sociales para prevención de infección por VIH En: Cinco estudios antropológicos sobre el mal de amores en la ciudad de Cali*. Documento de trabajo No 44. Cali: Cidse - Universidad del Valle; 1998.
4. Calvez M. *Los usos sociales del riesgo. Elementos de análisis cultural del SIDA*. San Martín: Editorial Universitaria; 1998.
5. Sevilla E. Dueños de sí y de sus deseos: Estudio sobre la Sexualidad de los Colombianos y su vulnerabilidad al VIH. Manuscrito, informe de Investigación. Cali: Cidse - Universidad del Valle; 1995.
6. Sevilla E. Perfiles de la sexualidad a propósito de las diferencias entre hombres y mujeres en Colombia. *Estudios Demográficos y Urbanos* 1997; 12: 1-2.
7. Lamas M. Explicar la homofobia. *Letra S* 1996; 2.
8. Kimmel M. Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina. En: Valdés T, Olavarría J, (eds.) *Masculinidades. Poder y crisis*. Santiago de Chile: Isis Internacional – Flacso; 1997.
9. Finkelkraut A, Bruckner P. *El nuevo desorden amoroso*. Barcelona: Anagrama; 1979.
10. Fuller N. No uno si no muchos rostros. Identidad masculina del Perú urbano. En: Viveros M, Olavarría J, Fuller N. *Hombres e identidades de género. Investigaciones desde América Latina*. Bogotá: Ed. CES - Universidad Nacional; 2001.
11. Viveros M. Género y salud reproductiva en Colombia. En: Franco S, (ed.) *La Salud Pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003: 481-93.

Modelos de prevención en la lucha contra el VIH/SIDA - *J. Estrada M.*

12. Téllez G. *Pierre Bourdieu. Conceptos básicos y construcción socioeducativa. Claves para su lectura.* Bogotá: Universidad Pedagógica Nacional; 2002.
13. ONUSIDA. *El SIDA y las relaciones sexuales entre varones.* Mayo de 2000.
14. Giddens A. *La transformación de la intimidad. Sexualidad, amor y erotismo en las sociedades modernas.* Madrid: Ediciones Cátedra; 2000.
15. Scott J. El género como categoría útil para un análisis histórico. En: Lamas M, (comp.) *La construcción de la diferencia sexual.* México: Editorial PUEG/UNAM; 2001.
16. ONUSIDA. *Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA.* Diciembre de 2003.
17. Castro A. *Determinantes socio-políticos de la infección por VIH: violencia estructural y culpabilización de la víctima.* Conferencia presentada en el 2º Foro Latinoamericano de VIH/SIDA. La Habana: abril 10 de 2003.

Recibido: 13 de enero de 2006

Aceptado: 01 de febrero de 2006

PREMATUROS EXTREMOS. ¿ES POSIBLE ESTABLECER UN LÍMITE DE VIABILIDAD?

María Estela Grzona*

Resumen: Una de las situaciones frecuentemente asociadas a decisiones éticas en neonatología se produce en torno al prematuro extremo. ¿Existe un límite de peso o edad gestacional por debajo de los cuales no se deba iniciar o agregar terapéuticas encaminadas a salvar la vida, por considerarlas inútiles para el niño, prolongar sin esperanza la vida, hacer sufrir al paciente y su familia y ocupar una unidad que priva de atención a otro niño con mayores posibilidades de sobrevida?

El *score* de riesgo neonatal permite predecir si el prematuro grave es recuperable o no, posibilitando tomar decisiones éticas basadas en una técnica validada, que permite actuar en el mayor beneficio del niño y su familia, al mismo tiempo que se hace un uso más equitativo de los recursos.

Palabras clave: prematuro extremo, límite de viabilidad, *score* de riesgo

NEAR TERM PREMATURE BIRTHS, ITS IS POSSIBLE TO ESTABLISH VIABILITY LIMITS?

Near term premature birth is one of the frequent situations in ethical decision making related to neonatology. Is there a weight limit or a gestational age under which it should not be initiated or added life saving therapies because of being considered futile for the child, prolonging his/her life without hope, making patient and family to suffer and occupying a unit depriving of health care to another child with greater surviving probability?

The neonatal score risk allows to predict whether the seriously ill premature can be recovered or not, allowing to take ethical decisions based on a validated technique, which allows to act for the greatest benefit for the child and family, and at the same time resources are used more equitably.

Key words: near term premature birth, viability limits, risk score

PREMATUROS EXTREMOS: É POSSÍVEL ESTABELECER UM LIMITE DE VIABILIDADE?

Resumo: Uma das situações frequentemente associadas à decisões éticas em neonatologia se produz em torno ao prematuro extremo. Existe um limite de peso, ou idade gestacional em função das quais não se deveria iniciar as terapêuticas que visam salvar a vida, por serem consideradas inúteis para a bebê? Prolongar a vida sem esperana, impondo sofrimento ao paciente e sua família, ocupando um leito que priva de atenção outro bebê com maior possibilidades terapêuticas de sobrevida? O escore de risco neonatal permite predizer se o prematuro grave é recuperável ou não, possibilitando tomar decisões éticas embasadas numa técnica validada, que permite atuar em benefício da bebê e sua família, ao mesmo tempo que possibilita um uso mais equitativo dos recursos.

Palavras chave: Prematuro extremo, limite de viabilidade, escore de risco

* Médica del Servicio de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Notti (Mendoza-Argentina)

Correspondencia: mariaestelagrzona@tutopia.com

Introducción

En los últimos años, pocas especialidades han crecido tanto como la neonatología. Cuenta con una sofisticada tecnología, que permite mantener con vida a niños que antes morían irremediamente. Con el transcurso del tiempo, el límite inferior de la viabilidad de los recién nacidos (RN) ha ido bajando. Los RN de extremadamente baja edad gestacional son quienes nacen antes de cumplir 28 semanas de gestación (usualmente entre 24 y 27 semanas), y con peso inferior a 1.000 gramos(1). Representan menos del 0,7% de todos los nacimientos, pero constituyen del 20 al 50% de los que fallecen antes del primer año de vida(2).

Requieren decisiones éticas y médicas complejas, que incluyen temas de asignación de recursos y justicia distributiva.

En centros de gran desarrollo tecnológico y disponibilidad de recursos humanos y económicos, la edad gestacional para la cual un neonato tiene una oportunidad del 50% de sobrevivir ha ido descendiendo continuamente desde 30 a 31 semanas en los años 60 a 24 semanas en los 90(3,4).

En un estudio de 1998 respecto de cuidado intraparto y neonatal agresivo se encontró una tasa de supervivencia de 41% a las 23 semanas y Metwally y colaboradores reportaron una tasa de supervivencia de 46% a las 23 semanas(5). El estudio de 1998 contrasta con los resultados de Argentina, que tienen un atraso de 15 a 20 años en comparación con los países desarrollados(6).

En Argentina, en 1997, los recién nacidos de menos de 1.000 gramos de peso al nacer tuvieron una mortalidad neonatal de 68,4% y posneonatal de 5% con importantes diferencias regionales. Así, por ejemplo, en Cuyo, para este grupo etario la mortalidad neonatal y posneonatal fue de 88% y 3,8% respectivamente(6).

En 1999 aparecen por primera vez en las estadísticas vitales los neonatos de menos de 500 gramos (n: 235) con una sobrevida nacional de 18%, y entre 500 y 999 gramos (n: 2.245) la sobrevida fue de 33%(7).

El peso de nacimiento se ha utilizado históricamente como un “indicador” de pronóstico, pero no refleja la madurez de un niño individual, la que sí puede ser mejor estimada si se conoce la edad gestacional. Cuando se analizan los resultados por grupo de peso, por debajo de 28-29 semanas, existen variaciones importantes dentro del mismo grupo, tal vez influenciados por la diferencia en la madurez alcanzada, ya que existe superposición de peso al nacer a través de diferentes edades gestacionales(8).

En la provincia de Mendoza (Argentina), el Hospital Notti es el centro asistencial estatal pediátrico de máxima complejidad de la región de Cuyo. Es un hospital monovalente, que no tiene maternidad. Su servicio de Terapia Intensiva Neonatal recibe pacientes exclusivamente por derivación y es de referencia regional. De esta manera, da respuesta a los recién nacidos provenientes de maternidades de menor complejidad, tanto públicas como privadas, que requieren cuidados intensivos.

Por tratarse de un servicio cuyos recién nacidos provienen de otros centros, los pequeños prematuros que ingresan son particularmente vulnerables. Estos microprematuros, que deberían recibir “cuidados esenciales” desde el nacimiento si se quiere aumentar la probabilidad de sobrevida, son atendidos inicialmente en centros de menor complejidad (la mayoría de las veces no preparados para ello) y luego trasladados al Hospital Notti.

Llegan así en una condición de minusvalía superior a la que ya poseen por la prematuridad extrema –antecedente de asfixia, reanimación

no siempre adecuada, manipuleo excesivo, entre otros factores— que los predisponen a sufrir una hemorragia cerebral: una de las principales causas de mortalidad en este grupo etario(9).

A veces el neonatólogo, particularmente cuando trabaja en los centros terciarios o de referencia, se encuentra ante determinados casos clínicos en los que, a pesar de los adelantos, se plantea el dilema ético sobre la conveniencia o no de aplicar medidas terapéuticas, por tener serias dudas sobre si tales medidas redundarán en el mejor beneficio para el paciente neonato(10).

Las preguntas más difíciles son si existe un límite inferior de peso o edad gestacional por debajo del cual no se deban iniciar medidas terapéuticas encaminadas a intentar salvar la vida, o bien se debe adoptar una actitud conservadora, no añadiendo nuevas medidas terapéuticas a las ya existentes, o incluso retirando las medidas terapéuticas con que cuenta el inmaduro en ese momento por considerarlas inútiles, prolongar sin esperanza la vida, hacer sufrir al paciente y a la familia, y ocupar una unidad que impide el tratamiento de otro paciente que, en justicia, debe ser atendido con esos recursos técnicos y humanos(11-13).

La neonatología es una especialidad médica que se inscribe dentro del marco de problemas originados en torno al origen de la vida; doblemente problemático, puesto que allí se dan cita dos dilemas que afectan tanto al origen como a la terminación de la vida(14). Cuando se plantea, por ejemplo, el problema de si tratar o no a un recién nacido, también se están tomando posibles decisiones sobre su muerte. Es aquí donde adquiere importancia el término “futilidad” terapéutica.

A partir de los años setenta, con las técnicas de soporte vital, se ha incrementado la manipulación de la muerte hasta límites antes

insospechables, planteando además el problema de hasta cuándo es posible seguir actuando en el cuerpo de una persona que se encuentra en una situación vital comprometida. La tesis médica clásica ha sido que el médico no debe nunca abandonar a un paciente y, por lo tanto, debe seguir intentándolo todo mientras reste algo de vida. Ahora ha ido ganando cuerpo la tesis de que no es digno ni prudente seguir agrediendo al enfermo cuando sus posibilidades de vida son nulas o casi nulas.

Se ha dicho que no es lo mismo ayudar a vivir a quien está viviendo que impedir morir a quien se está muriendo (encarnizamiento terapéutico). No todo lo técnicamente posible es éticamente correcto y la lucha por la vida ha de tener unos límites racionales y humanos, más allá de los cuales se vulnera la dignidad de los seres humanos(15,16).

La orientación ética se debe guiar por el criterio de la “razón proporcionada”. Las religiones cristianas han dejado en claro que existe la obligación de proteger la vida y cuidar la salud, pero “no a cualquier precio”. Como médicos que tratamos enfermos graves, estamos obligados a brindar al paciente la atención que precisa desde el punto de vista técnico, legal y moral. Esta atención está en relación con las necesidades del paciente y el beneficio que se pueda lograr con las medidas terapéuticas.

El verdadero límite de tratamiento es la muerte del paciente, momento en el cual el médico deja de hacer algo por el paciente. Pero este hacer algo por el paciente requiere funciones de distinto tipo. Entre ellas, prevenir, curar, aliviar, cuidar, apoyar, consolar y acompañar. También, informar y ayudar a la familia del paciente.

El beneficio será de distinto tipo según sean las circunstancias del paciente. Por lo tanto, se impone que cumpla con sus funciones en el

lugar más adecuado y con la intensidad de las medidas de tratamiento y el tipo de tratamiento que las necesidades del paciente determinen(17-20).

Debemos tener en cuenta que, cuando se trata de niños, las decisiones sobre el cuerpo y la vida deben hacerse siempre buscando no dañar y lograr su “mayor beneficio”(21,22). El profesional sanitario tiene la obligación de tratar con igual consideración y respeto a los pacientes en su vida biológica, lo que se conoce como principio de no maleficencia.

Por su parte, la sociedad tiene la obligación de distribuir equitativamente, y según criterios de justicia distributiva, los recursos sanitarios que genera. Por lo que está obligada a tratar a las personas con igual consideración y respeto en su vida social, lo que se conoce como principio de justicia(23-25).

La hipótesis planteada en el presente trabajo es que existe en el servicio de terapia intensiva neonatal del Hospital Notti un límite de viabilidad para los recién nacidos prematuros extremos, determinado por factores como peso de nacimiento, edad gestacional (EG) y características de atención prenatal y natal previas al ingreso al citado hospital. Estos antecedentes perinatales y parámetros clínicos deben ser identificados y pueden constituir la base para una propuesta técnica y bioética que responda a los mejores intereses del niño.

A partir de factores observados en esta población, se elaboró un *score* de riesgo neonatal que permite predecir mortalidad en estos microprematuros, con lo cual se facilita la toma de decisiones técnicas y éticas adecuadas, es decir, se indican medidas terapéuticas proporcionadas, evitando costos emocionales y económicos innecesarios.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo y prospectivo, del que participaron todos los recién nacidos prematuros con peso de nacimiento de hasta 1.000 gramos, que fueron internados en el servicio de terapia intensiva neonatal del Hospital Notti, provenientes de diferentes centros asistenciales de la provincia (estatales y privados) donde nacieron.

El período analizado corresponde a 5 años y 6 meses (desde el 1 de marzo de 1998 al 31 de agosto de 2003). Se incluyó un total de 60 prematuros, utilizando como fuente de datos las historias clínicas de los pacientes archivadas en el Departamento de Estadística del Hospital Notti de la provincia de Mendoza, Argentina.

Se estudiaron distintos elementos considerados “factores de riesgo” que aumentan la mortalidad neonatal. A saber:

- Peso de nacimiento(8)
- Edad gestacional(8)
- Asfisia al nacer(26-29)
- Manifestaciones de asfisia al ingreso al servicio Atención no especializada al momento de nacer (neonato no atendido por médico neonatólogo).
- Hipotermia(30-33)
- Ausencia de maduración pulmonar con corticoides(34)
- Falta de administración de surfactante profiláctico(35)
- Parto domiciliario
- Traslado deficiente
- Presencia de malformaciones graves o bien que ponen en riesgo la vida
- Sexo masculino

Se elaboró un “*score* total de riesgo”, elemento más eficaz en la predicción del riesgo de morir del prematuro que el peso al nacer.

Para ello se valoró cada uno de los factores mencionados a través de la variable *score* de riesgo y se evaluó el valor predictivo individual de cada factor con el evento final (vivir o morir).

Para el análisis y descripción de los grupos estudiados se definió *score* de riesgo con un rango de 0-6; donde 0 representa ningún riesgo y 6 el mayor riesgo. Se asignó entonces un puntaje proporcional a la presencia o ausencia de cada factor basado en el peso que la bibliografía otorga a su influencia en el aumento de la mortalidad neonatal. A saber:

Peso al nacer

900 - 999 gramos:	2 puntos
800 - 899 gramos:	3 puntos
700 - 799 gramos:	4 puntos
menos de 700 gramos:	6 puntos

Se consideraron intervalos de 100 gramos, ya que estas diferencias producen importantes variaciones en el pronóstico de sobrevivencia. Se le otorgó un mayor puntaje a los menores de 700 gramos, ya que a partir de este peso se produce un aumento muy importante de la mortalidad.

Edad gestacional

204 días o menos:	6 puntos
más de 204 días:	3 puntos

La división de este ítem en dos categorías se basa en que en 58 de los pacientes estudiados se utilizó como único dato de edad gestacional prenatal la fecha de última menstruación (aunque dudosa) y en dos de ellos se tiene una estimación por ecografía, pero realizada luego del primer trimestre de gestación.

Además, como método postnatal de determinación de edad gestacional se utilizó el método de Capurro (que se utiliza en nuestro medio), que valora cinco parámetros físicos y al que se le agrega una constante de 204, lo que

no permite discriminar edades gestacionales por debajo de 29 semanas. En los informes de derivación de los hospitales de la provincia consta impresa la determinación de la edad gestacional por el método de Capurro.

Tanto el médico que deriva al neonato como el que lo recibe en el Hospital Notti consideran válida la edad gestacional del neonato por la fecha de la última menstruación (FUM). Si mediante examen físico no se puede otorgar puntaje a los parámetros físicos que valora el método de Capurro, se constata como edad gestacional la referida por FUM o bien menos de 204 días.

Cuando por medio de examen físico se otorga algún puntaje a los parámetros físicos mencionados se constata la edad gestacional en semanas o bien más de 204 días.

Maduración pulmonar con corticoides

Realizada:	0 puntos
No realizada:	4 puntos

Surfactante profiláctico

Realizado:	0 puntos
No realizado:	3 puntos

Parto domiciliario

Sí:	3 puntos
No:	0 puntos

Hipotermia constatada al ingreso al servicio

Sí:	3 puntos
No:	0 puntos

Se consideró hipotermia una temperatura cutánea de 35,5° C o menos, ya que con 1,5° C inferior a lo recomendado se puede considerar que hay afectación de la temperatura central.

Traslado deficiente

Sí:	3 puntos
No:	0 puntos

Prematuros extremos. ¿Es posible establecer un límite de viabilidad? - M. Grzona

Se incluyó como traslado deficiente aquél que no reunió las condiciones de personal y equipamiento adecuado.

Control prenatal inadecuado

Sí: 2 puntos
No: 0 puntos

Se consideró control inadecuado la falta de controles o, bien, controles sin ninguna ecografía o con ecografías tardías (realizadas luego del primer trimestre de gestación).

Asfixia grave al nacer

Sí: 4 puntos
No: 0 puntos

Basada en el puntaje de apgar, considerándose asfixia grave aquellos recién nacidos deprimidos grave-grave (apgar 3 ó menos al primer minuto y apgar menor de 7 al quinto minuto). Se incluyó solamente a los deprimidos grave-grave para no incluir a los casos de depresión neonatal de rápida recuperación.

Apnea, bradicardia y/o cianosis, constatadas al ingreso y que requieren reanimación.

Sí: 4 puntos
No: 0 puntos

Estas manifestaciones clínicas fueron consideradas como expresión de asfixia, que se prolongó desde el nacimiento o, bien, que se instaló posteriormente por falta de asistencia adecuada.

Atención por médico neonatólogo al nacer

Sí: 0 puntos
No: 3 puntos

Se incluyó como factor de riesgo debido a que la atención del prematuro extremo por una persona no capacitada influye en forma trascendental en el pronóstico de morbi y mortalidad del recién nacido, ya que lo expone a un

riesgo mayor de manipulación excesiva, reanimación inadecuada, rápidas expansiones de volumen, entre otros daños, predisponiéndolo aún más a sufrir hemorragia cerebral.

Presencia de malformaciones graves

Sí: 3 puntos
No: 0 puntos

Se incluyeron las malformaciones que aumentan el riesgo de morir como, por ejemplo, atresia de esófago o hernia diafragmática.

Sexo masculino

Sí: 2 puntos
No: 0 puntos

Análisis estadístico(36)

El análisis de la diferencia de los valores del *score* de riesgo (ER) entre el grupo “pacientes vivos” y el grupo “pacientes muertos”, se realizó con la prueba de Mann-Whitney.

La evaluación de la diferencia de las proporciones de sobrevida entre varones y mujeres se realizó con la prueba de χ^2 . En todos los casos, una probabilidad de ocurrencia menor o igual a 0.05 se consideró como estadísticamente significativa.

Para el análisis y descripción de los grupos estudiados, se definió ER, con un rango de 0-6, donde 0 representa ningún riesgo y 6 el mayor riesgo. Cada factor considerado como potencialmente importante en la sobrevida de los pacientes fue evaluado con este *score*.

Se ha supuesto que los factores son independientes, lineales y aditivos. Por lo tanto, se utilizó el *score* total de riesgo (ETR) como variable descriptiva total definida como la suma de todos los factores predictivos de riesgo que resultaron ser estadísticamente significativos.

El análisis final reveló que esta sumatoria contiene 6 elementos que corresponden a:

- Peso al nacer.
- Edad gestacional.
- Asfixia al nacer.
- Hipotermia constatada al ingresar al servicio.

- Apnea, bradicardia y/o cianosis al ingresar al servicio.

- Atención al nacer por médico neonatólogo.

Con la integración de los 6 factores se constituyó el ETR. Se estudió, además, la sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) que el *score* demostró en la muestra.

<i>Score</i> de riesgo	Mueren (positivo)	Viven (negativo)
Positivo	A	B
Negativo	C	D

Para esto se definió como:

S: la capacidad del *score* en detectar mortalidad cuando esta ocurre.

A/A + C (por 100) son los verdaderos positivos.

E: la capacidad del *score* para detectar sólo mortalidad, es decir, tener pocos falsos positivos, la capacidad del *score* de ser negativo cuando el paciente no muere.

D/B + D (por 100) son los verdaderos negativos.

VPP: establece que proporción de casos fallecen cuando el *score* es positivo.

A/A + B (por 100)

VPN: establece que proporción de pacientes vivirán cuando el *score* es negativo.

D/C + D (por 100)

Para realizar el análisis mencionado se consideró *score* positivo a un valor de 12 puntos o más.

Resultados

De los 60 prematuros incluidos en el estudio, 34 fallecieron y 26 vivieron. Los resultados mostraron que en 6 de los factores estudiados

(peso de nacimiento, edad gestacional, hipotermia, asfixia al nacer, asfixia al ingreso al servicio, atención del parto por médico neonatólogo) existe una diferencia estadísticamente significativa entre el *score* de riesgo de los vivos y los muertos, en donde el *score* de riesgo de los muertos es mayor que el de los vivos. La sumatoria de estos 6 elementos constituyó el ETR.

El ETR de los fallecidos fue significativamente más alto que el de los vivos:

ETR (muertos) = 21 + 4,71 + 0,81 (mediana + desviación estándar de la mediana + error estándar de la mediana), Coeficiente de variación (Mediana) 22,41%.

ETR (vivos) = 6,5 + 1,94 + 0,38, Coeficiente de variación (Mediana) 29,91%.

La proporción de varones vivos es estadísticamente igual a la proporción de niñas vivas (de 36 varones que hubo en la muestra vivieron 16 y de 24 niñas vivieron 10), no hay diferencias en sobrevida según el sexo.

En lo referido a la determinación de S, E, VPP y VPN los resultados arrojaron los siguientes valores:

Prematuros extremos. ¿Es posible establecer un límite de viabilidad? - M. Grzona

$S = (34 / 34 + 3)$ por 100 = 91,89 %

$E = (26 / 0 + 26)$ por 100 = 100%

$VPP = (34 / 34 + 0)$ por 100 = 100%

$VPN = (26 / 3 + 26)$ por 100 = 89,6%

La imprecisión predictiva del ETR fue del 10,3 % (3 falsos negativos / 29 negativos falsos y verdaderos). Se define imprecisión predictiva como el número de pacientes con un ETR < 11 fallecidos con respecto al total.

Discusión

Para establecer un límite de viabilidad de los microprematuros atendidos en el Hospital Notti no puede considerarse un solo parámetro como peso o edad gestacional. La mejor solución es prevenir el nacimiento de prematuros, pero esto actualmente no es posible lograrlo en forma total.

Es importante lograr que estos embarazos se prolonguen lo suficiente para alcanzar más de 28 semanas de gestación. Para ello es necesario implementar la atención y seguimiento de la embarazada. Es fundamental educar a la mujer y a la comunidad en general. Debería garantizarse el fácil acceso a los centros asistenciales y optimizar el funcionamiento de la regionalización neonatal.

El STR es más efectivo que el peso o la edad gestacional para predecir la mortalidad de estos recién nacidos, posibilitando su atención y asistencia adecuada desde el punto de vista técnico y ético.

El SR representa una sumatoria de factores de riesgo que mostraron ser estadísticamente significativos, todos sus elementos son de fácil valoración, no requiriendo exámenes complementarios. Resultó tener un 100% de valor predictivo de muerte y 100% de especificidad,

en una población con ciertas características como inadecuado control prenatal, bajo índice de maduración prenatal con corticoides, falta de atención perinatal intensiva y niños que además deberán padecer un traslado fuera del útero materno.

Tuvo una sensibilidad de 91,89% y un valor predictivo de vida de 89,6%. Cuando estos factores predictivos se suman dando valores de SR de 12 o más, que caracterizan a un prematuro en situación crítica como la descrita, resulta importante no olvidar las dificultades técnicas que se presentan en la atención posterior en la UTIN que impide cambiar el pronóstico ya signado por todas las condiciones que padecieron antes de su ingreso al servicio.

La falta de asistencia prenatal adecuada (controles insuficientes o incompletos) como así también un parto atendido en niveles de complejidad inferior a la necesaria, implicó que estos bebés estuvieran en inferioridad de condiciones y no tuvieran igual oportunidad de sobrevivir que los recién nacidos que pudieron recibir atención intensiva del parto sin tener que padecer un traslado fuera del útero. En un sistema equitativo de salud pública, todos los pacientes deberían tener igualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias, las que se consideran un derecho fundamental de las sociedades desarrolladas. Esto debe cumplirse con independencia de la capacidad económica individual, respetándose así los principios de universalidad de la asistencia y de igualdad efectiva.

Además, estos prematuros fueron ingresados a la UTIN sin responderse a la pregunta de si era beneficioso el ingreso o permanencia de un recién nacido cuando está deteriorado hasta un punto en el cual el cuidado intensivo no ofrece expectativas razonables de beneficio. Las decisiones sobre el cuerpo y la vida del niño deben hacerse siempre buscando su mayor beneficio.

La prioridad para ingresar a la UTI debería relacionarse con la estimación de la probabilidad que el cuidado en estos servicios beneficiará más al paciente. Así, los pacientes con muy mal pronóstico no deberían ser ingresados y es aquí donde el índice *score* de riesgo puede ser considerado de suma utilidad.

Incluso después del ingreso, cuando la evolución fue insatisfactoria, sin expectativas de recuperación, hubiera sido razonable limitar los esfuerzos terapéuticos y evitar tratamientos desproporcionados.

La medicina no debe representar una lucha ciega contra la muerte y nunca se debe olvidar que llega un momento en que esta constituye el final natural. Los pacientes que padecen procesos irreversibles (como hemorragia cerebral masiva) no deben ser objeto de la aplicación de medidas de carácter desproporcionado, aún cuando presenten alteraciones fisiopatológicas que requieran soporte vital.

Estas medidas podrían representar una forma de retrasar la muerte en lugar de prolongar la vida, lo que transforma la asistencia intensiva en un ejercicio inútil y probablemente inhumano. Debe evaluarse bien la eficacia de los procedimientos que se realizan, pues hay la obligación moral de realizar sólo los procedimientos indicados.

Por otro lado debe considerarse que estos niños son internados en un servicio que tiene durante todo el año un alto porcentaje ocupa-

cional, por lo tanto las camas ocupadas con estos pacientes impiden el ingreso a otros con altas prioridades de recuperación.

Se deben considerar fútiles las medidas de soporte vital realizadas en pacientes con sistemas de predicción de supervivencia con un riesgo de mortalidad superior al 95%. En el caso del *score* de riesgo neonatal corresponde a un valor de 11 o más, por lo que en estos bebés estaría indicado limitar los esfuerzos terapéuticos, lo que de ningún modo significa abandonar al paciente.

La adecuación del tratamiento a pronóstico debe intentarse que sea consensuada con los padres. Esto requiere detallada información. Los cuidados de dignidad no se le pueden negar a ningún ser humano; lo adecuado es preservar la dignidad e intimidad del paciente en su muerte.

Un elemento crucial es la tarea del médico de reorientar los esfuerzos terapéuticos desde el soporte vital hacia la prosecución enérgica de tratamientos que maximicen la comodidad y dignidad del neonato y sus padres (calor, higiene, contacto materno y paterno).

Agradecimientos

A la prof. Dra. Marta Fracapani de Cuitiño, directora de la Maestría de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, por el apoyo e incentivo que me brinda para investigar sobre estos temas.

Referencias

1. Sola A. El recién nacido de extremadamente baja edad gestacional (EBEG). En: Sola A, Rogido M, eds. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2001:1615-1626.
2. Abeyá Gilardón E. Mortalidad infantil de niños de bajo peso al nacer. *Arch. argent. pediatr* 2001; 99(1): 6-7.

Prematuros extremos. ¿Es posible establecer un límite de viabilidad? - M. Grzona

3. Wood N, Marlow N, Costeloe K, Chir B, Gibson A, Wilkinson A. Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. *N Engl J Med* 2000; 343(6): 378-84.
4. Sessions Cole F. Extremely Preterm Birth- Defining The Limits of Hope. *N Engl J Med* 2000; 343: 429-30.
5. Piecuch R, Leonard C, Cooper B, et al. Outcome of Infants Born at 24-26 Weeks' Gestation: II. Neuro developmental Outcome. *Obstet. and Gynecol* 1997; 90(5): 809-814.
6. Sarasqueta P. Mortalidad neonatal y posneonatal en recién nacidos de peso menor a 2.500 gramos en la República Argentina (1990-1997). *Arch. argent. pediatr* 2001 febrero; 99(1): 58-61.
7. Abeyá Gilardón E. La mortalidad infantil en la Argentina: necesidad de focalizar acciones por riesgo social y biomédico. *Arch. argent. pediatr* 1995; 93(5): 291-303.
8. Chow L, Sola A. Evaluación de edad gestacional y scores de gravedad. En: Sola A, Rogido M, eds. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2001: 224-231.
9. Massaro M, Waisburg M, Sola A. Hemorragia intraventricular del prematuro. En: Sola A, Rogido M, eds. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2001: 877-896.
10. San Juan Benito. Dos casos clínicos: hidrocefalia y mielomeningocele. *Bioética* 1989; XXXVII (881): 79-84.
11. Sola A, Phibbs R. Ética clínica en perinatología. En: Sola A, Rogido M, editores. *Cuidados especiales del feto y el recién nacido. Fisiopatología y Terapéutica*. Vol. II. Buenos Aires: Editorial Científica Interamericana; 2001: 1749-1767.
12. Tejedor JC, Aybar L. Toma de decisiones éticas y limitación del soporte vital en recién nacidos críticos. *An Esp Pediatr* 1997; 46: 53-59.
13. Puga T. Bioética en Pediatría. *Arch. argent. pediatr* 1999; 97(1): 26-35.
14. Couceiro A. Problemas éticos en Neonatología. *Bioética* 1989; XXXVII(881): 59.
15. Suter P, Armaganidis A, Beaufile F, et al. Predicting outcome in ICU patients. *Intensive Care Med* 1994; 20: 390-397.
16. Gracia D, ed. *Ética de los confines de la vida*. Santafé de Bogotá: El Búho; 1998.
17. Fracapani de Cuitiño M. *Bioética. Limitaciones de tratamiento*. Buenos Aires: Lumen; 1997.
18. Alcalá Zamora J, Montans M. Las secuelas de los medios de soporte vital: estado vegetativo persistente. En: Gómez Rubí J, ed. *Ética en Terapia Intensiva*. Madrid: Triacastella; 2001: 121-129.
19. Couceiro A. Neonatología "Crisis" de una especialidad. *Bioética* 1989; XXXVII(881): 61-66.
20. Jiménez J. Tratamiento de los recién nacidos con deficiencias. *Bioética* 1989; XXXVII(881): 69-78.
21. Couceiro A. Encrucijadas de un laberinto: aspectos éticos de los cuidados neonatales intensivos. *Bioética* 1989; XXXVII(881): 91-96.

22. Kipper D. ¿Hasta dónde los padres tienen derecho a decidir por sus hijos? *Arch argent pediatr* 1999; 97(1): 18-25.
23. Gómez Rubí J, Caparrós Fernández de Aguilar T. El paciente crítico y la medicina intensiva. En: Gómez Rubí J, ed. *Ética en Terapia Intensiva*. Madrid: Triacastella; 2001: 17-27.
24. Solsona J. Criterios de selección: el *triage* en el servicio de medicina intensiva. En: Gómez Rubí J, ed. *Ética en Terapia Intensiva*. Madrid: Triacastella; 2001: 181-186.
25. Gómez Rubí J. Origen de la Medicina Intensiva en España: historia de una revolución. *Med Intensiva* 1998; 22: 421-428.
26. Ballard R. Reanimación en la sala de partos. En: Taeusch W, Ballard R, eds. *Tratado de Neonatología de Avery*. 7ª ed. Madrid: Harcourt; 2000: 319-333.
27. Guiñazú O, Halac E. Resucitación neonatal. En: Halac J, Halac E, eds. *Síndromes perinatales guía diagnóstica terapéutica*. Córdoba: Talleres Gráficos Pizarro y Antinoni; 1986: 51-83.
28. Departamento de Pediatría Hospital Municipal Materno Infantil Dr. Ramón Sardá. *Normatizaciones en Neonatología*. Buenos Aires: Actualidad Científica Editora; 1978.
29. American Academy of Pediatrics. American Heart Association. *Reanimación Neonatal*. Alabama: Carlo W; 1996.
30. Buscaglia J. ¿Cuál es el mejor método para mantener normotérmico a un prematuro de muy bajo peso de nacimiento en los primeros días de vida? *Arch. argent. pediatr* 1995; 93(5): 349.
31. Ventura Juncá P. Termorregulación. En: Sola A, Urman J, eds. *Cuidados Intensivos Neonatales. Fisiopatología y Terapéutica*. 3ª ed. Buenos Aires: Científica Interamericana; 1988: 1-15.
32. Hey E, Scopes J. Termorregulación en el recién nacido. En: Avery G, ed. *Neonatología. Fisiopatología y manejo del recién nacido*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1990: 221-231.
33. Buscaglia J. Termorregulación y pérdidas insensibles en el prematuro. En: Fundación Carlos Gianantonio, ed. *PRONEO Programa de Actualización en Neonatología*, Primer Ciclo, Módulo 2. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2000: 83-109.
34. Garland JS, Buck R, Leviton A. Effect of maternal glucocorticoid exposure on risk of severe intraventricular hemorrhage in surfactant-treated preterm infants. *J Pediatr* 1995; 126: 272-279.
35. Ambalavanan N. Hemorragia intracraneana en el recién nacido prematuro. Parte II: Prevención-Tratamiento. En: Fundación Carlos Gianantonio, ed. *PRONEO Programa de Actualización en Neonatología*, Primer Ciclo, Módulo 4. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2001: 13-39.
36. Riegelman R, Hirsch R. *¿Cómo estudiar un estudio y probar una prueba? Lectura crítica de la literatura médica*. 2ª edición. Washington, D. C.: Publicación Científica N° 531, OPS: 1992.

Recibido: 03 de enero de 2006

Aceptado: 31 de enero de 2006

BIOETHICS AT THE PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION

Origins, development, and challenges

Fernando Lolas Stepke*

Executive summary

Bioethics is the use of dialog for formulating and solving moral dilemmas posed by the progress of science and technology. Concerns about the survival of life on Earth and of the relations between medicine and the humanities were the origins of bioethical thinking. From a conceptual point of view it constitutes a *social process* governed by emotions, a *technical procedure* aimed at correct decision-making, and an *academic product* influencing scholarship. Since its establishment as a technical program at the Pan American Health Organization (PAHO), bioethics has contributed to the training of professionals, to the establishment of committees and commissions, and to the improvement of clinical, research, and administrative practices in the countries of the Americas and the Caribbean. The Bioethics Unit has established advanced programs in five universities, promoted research and advocacy initiatives, and sponsored courses and seminars in 26 countries of the region. After an analysis of its development and evolution, this report does not recommend professionalization of bioethics and proposes further actions to train professionals and researchers, a sustained effort to educate the public, and the assurance of independence from political or economic influences for the Bioethics Unit established at PAHO. The organization should retain its voice in the moral dilemmas and continue providing

not only *evidence-based* but also *value-based* knowledge to its users and all stakeholders in the health sector.

Introduction

The aim of this report is to draw attention to the characteristics and scope of bioethics, a field that has become essential in scientific research, health care and public policy formulation. The work of the Pan American Health Organization (PAHO), pioneer in establishing bioethics in the Region of the Americas and the Caribbean, will be briefly described and evaluated. As a consequence of this analysis, the relevance of bioethics for PAHO, the dangers of its absence, and the challenges for the future will be addressed in a set of recommendations.

Background

The meaning of the term *bioethics* has changed since it was first proposed by Van Rensselaer Potter and André Hellegers in the seventies of the XXth century. For Potter, bioethics was a “science of survival” that should help humankind prevent the ecological disaster pending on life on the Earth. His approach consisted in raising awareness about environmental preservation and the interrelatedness of all living beings. André Hellegers, a Belgian gynaecologist then at the Kennedy Institute of Ethics established at

* Professor, University of Chile; Director, Bioethics Unit, Pan American Health Organization (PAHO), Regional Office of the World Health Organization (WHO).
e-mail: lolasf@chi.ops-oms.org

Georgetown University, proposed a link between humanistic thinking and the practice of medicine¹.

Both proposals aimed at creating bridges between the hard sciences, with their rationality and purpose, and those traditional concerns of philosophers and thinkers loosely included under the umbrella term “humanities”. This is particularly clear in Van Rensselaer Potter designation of the new field as “bridge to the future”.

The word bioethics seems to be composed of two Greek roots, one of them –“*bios*” – related to human life and the other –“*ethics*”- to custom, character, and human behaviour. This etymological derivation, however, does not indicate what bioethics is to-day and the activities of those who claim to practise it. In fact, bioethics has become a highly practical enterprise useful in *conflict identification*, *decision making* and *policy formulation*.

The importance of bioethics

Bioethics has gained wide attention in academic circles, in the healthcare industry, and in the media. Debates concerning cloning, stem cell research, euthanasia, abortion, end-of life decisions, contraception, to mention a few, are areas in which the public, the scientific establishment and the political leadership dispute over beliefs and decisions which affect the life of people. Scientific advances occurring in industrialized countries do not affect people in other parts of the world directly –for example, improving their quality of life– but indirectly, through their legal, ethical, and social consequences. Even the less affluent countries now pass legislation prohibiting cloning through nuclear transference (the procedure

which originated the famous sheep Dolly) but very few of them possess facilities with the technical capability of actually performing the procedure. Debates on the beginning or the end of human life become blurred by dogmatism from religious groups or prohibitions derived from tradition or popular belief. On the other hand, scientists are sometimes reluctant to have supervision on their work. They contend that the scientific community may suffer from limitations to creativity and progress if too many controls are exercised on its activities.

These and other facts indicate the need of appropriate institutions and procedures for making science and technology accountable to the public and relevant to the pursuit of knowledge and human welfare. Herein lies the importance of bioethics. Its application to these fields in the context of technical cooperation programs is the task of PAHO.

Process, procedure, product

In order to understand the burgeoning field of bioethics, it is useful to consider it in a threefold perspective: as social *process*, as technical *procedure*, and as academic *product*.

Social process

As a social process, bioethics grew out from sentiments aroused in the public by transgressions of human rights and welfare done in the name of science and medicine. It is not clear that the Nürenberg trial of Nazi doctors had the impact on public conscience historical reconstruction suggests. What is clear is that the so-called “Tuskegee case”, which became public in 1972, attracted wide attention. Starting in 1932, around 300 black individuals from Macon county, Alabama, USA, affected by congenital syphilis, were left untreated for about forty years in order to study what doctors call “the natural history of disease”. In the forty

¹ Cf. Lolas, F. *Bioethics. Moral dialog in life sciences*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria, 1999.

years elapsed since 1932, penicillin was discovered, the Center for Disease Control –a sophisticated institution for the study of infectious disease- was founded, several papers were published and many physicians did their training with those “cases”. Although many ethical considerations could be made, issues of voluntary participation, informed consent, confidentiality of records, racist discrimination, among others, have become subjects for scrutiny over the years.

This case aroused public interest only after a national newspaper carried the story and presented it to the wider public. Popular outcry was followed by government intervention and commissions were established, first to investigate, and then to take action. A practical product was the Belmont Report, outlining several cardinal principles that since then are used as signposts of careful medical research: *Respect for persons* (including autonomy and informed consent), *non-maleficence*, *beneficence*, and *justice*.

The Tuskegee case was not the only one which combined transgressions of human rights and popular coverage. However, its importance was so great that it has become emblematic of many others.

As a social process, bioethics started as a movement charged with emotions.

Technical procedure

However relevant the emotional origins of bioethics are, the next step was its consolidation as a procedure for making decisions that may affect people. The principles outlined in the Belmont Report were applied to clinical practice, to epidemiological and biomedical research, and to complex issues related to justice in the social field. A new social institution appeared, the “ethics committee”, in

which scientists, patients, doctors, lay people, and donors are represented. The purpose is to have all and every stakeholder in the process of creating knowledge and health sitting around a table and agreeing on purpose and activities.

This second stage in the development of bioethics meant a refinement of argumentative practices and the incorporation of philosophical traditions. Above all, it meant the rational use of dialog for formulating dilemmas and conflicts, for outlining the relevant moral principles, and for finding the most appropriate courses of actions depending on circumstance and goals.

As a technical procedure, bioethics became the rational use of dialog in the formulation, justification, and application of moral principles to science and technology.

Academic product

The development of bioethics led to its “commoditization” as a valuable good that institutions could offer in the marketplace. Research institutions, hospitals, healthcare systems began telling the public that their practices were informed by bioethical principles. International codes of ethics for the professions were seen in a new light. Training persons for participating in ethics committees or simply for being conversation partners in academia, industry, and policymaking became mandatory. Courses were offered, books were published, professional associations were formed, journals with exigent editorial boards were established. One important article in the eighties, reflecting on this development, summarized it with the expression “How medicine saved the life of ethics”. Its author meant to imply that ethics, a complex discipline usually considered the “practical side” of abstruse philosophical systems, had become a tool for formulating and solving practical issues.

As an academic product, bioethics enriched several areas of scholarship and opened new avenues for intellectual inquiry.

Forms of bioethics: discipline versus approach

Throughout the years, a persistent set of questions has been posed. Is bioethics a discipline? Should we convert it into a profession? Are bioethicists destined to be part of the scientific community? How can we evaluate and measure advance and progress in this discipline?

The answer to these and other questions has been yes in some quarters. People demand training because they want to be part of the establishment, earn money, and have power of oversight over research and clinical practice.

However important the transformation of bioethics from social movement to academic product has been, our contention is that it should not be viewed as another discipline or career to be pursued by a group of experts. If bioethical thinking is to have an impact on the sciences, on medicine, on healthcare and on public policies, it should be considered more an approach to the substantive areas in which it can be applied rather than an independent discipline.

This suggestion is based on two observations and one experience. Whenever a discipline becomes established and is converted into a commodity, its practitioners strive at the autonomy of their field. Instead of serving as an ancillary practice helping professionals and scientists, bioethics as a discipline may become entangled in its own development. Power struggle in the university environment, academic evaluation, productivity and concurrence may ensue without due regard to the true needs of the persons and institutions which led to its creation. The type of problems

addressed and work performed by the experts may well respond to their own agenda instead of being relevant to the pursuit of science and global public good.

The experience of the social sciences entering the field of clinical care is a case in point. Physicians permitted the incorporation of psychologists, sociologists and other professionals into their field but this led to a reduction in the critical potential of those disciplines confronting the medical establishment. Their practitioners started to wish academic recognition and were neutralized by their desire of academic power in the healthcare field.

In order to avoid lessening the impact of the bioethical discourse, with its emphasis on dialog and deliberation, it should better be considered an *approach* to different kinds of problems rather than a discipline in its own right. This means that instead of creating many experts, the effort should be directed toward enhancing “bioethical literacy” in researchers, clinicians, policymakers and political leaders.

Bioethics as part of international cooperation systems: The role of PAHO

In 1994, the Pan American Health Organization (PAHO), regional office of the World Health Organization (WHO), in association with the University of Chile and the Chilean Government, decided to create a regional program on bioethics. Its purpose was to serve the needs of the 38 countries and territories comprising the Region of the Americas and the Caribbean as they initiated processes of reform of their healthcare systems, improved their scientific infrastructure, and provided medical and sanitary services to the populations.

The PAHO initiative was simultaneous with the establishment of UNESCO’s International Bioethics Commission, created for tackling the

challenges posed by genomic research and the advance of knowledge in the biological sciences. In 2002, a similar unit was created at WHO Headquarters in Geneva, charged with ethics, trade, and human rights.

During the first years appropriate funding was secured for programs aimed at training a cadre of professionals conversant with bioethics in the region of the Americas and the Caribbean. Advanced programs at the master and diplomate levels were established in five universities, with more than 300 students in attendance, and short courses were delivered or sponsored in more than twenty-five countries, exposing more than two hundred professionals to bioethics concepts and procedures. Educational materials were prepared and distributed, including several books now widely used for teaching purposes. A virtual library in bioethics was added to the virtual library in health, a project jointly developed with the *Biblioteca Regional de Medicina*, BIREME, located in Sao Paulo, Brazil.

The initial period also involved legitimizing bioethics in the context of an international service organization. Some critics indicated that in view of more urgent problems, bioethics was in some ways a luxury and to some extent an irrelevant concern, given more pressing and urgent healthcare needs. To respond to this criticism it was necessary to demonstrate how bioethics could be applied in practice and be relevant to actual demands. The real demand that bioethics addresses is quality in the delivery of services, difficult to quantify but essential component of patient satisfaction and correct prioritization of policies.

Aside from training of professionals and opinion leaders in the health field, the Program also responded to demands of information and advocacy on the part of many groups and organizations. The staff of the Program, composed by two professionals, answered

queries and gave advice on matters of public policy and implementation of ethical guidelines. It began publishing a quarterly newsletter and a scholarly journal (*Acta Bioethica*), which in a few years became standard reading for Latin American and Caribbean scholars and practitioners. As part of its dissemination program, bioethical cases were also presented in the form of illustrated stories (comics) for young audiences, useful in the classroom, and employed in five countries of the Region.

Shortly after its establishment, PAHO bioethics program started collecting data on persons and institutions. Comprehensive databases on training opportunities, research projects, and publications were assembled, and surveys were published regarding biomedical publications, funding agencies, ethics codes, and relevant legislations.

With a limited regular budget but an efficient fundraising action, PAHO bioethics program positioned itself as a referent not only in PAHO Region but also in other parts of the world. Viewed in the context of the technical cooperation, the creation of ethics committees for research and clinical care, the establishment of national bioethics commissions, and the training of professionals have been priorities of the bioethics program. They have contributed to a qualitatively better administration of resources, to a widened concept of quality including ethical principles, to increased satisfaction among healthcare researchers and practitioners and to better information of the public about matters of general interest. Bioethics uses dialog to arrive at ethically sustainable decisions and challenges all and every belief, dogma or current of opinion to give answers to the pressing questions posed by science and technology applied to human affairs.

A summary of activities and products of the Bioethics Unit is presented in Table 1.

Table 1. Summary of activities and products of the Bioethics Unit

Courses	Publications	Interventions	Alliances	Other activities
Training / Specialization/ Curriculum development	Scholarly journal/ Newsletter/ Books	Response to inquiries / Establishment of ethics committees	Academic institutions/ Other agencies/ Industry	Advocacy / Surveys / Data bases / Public dissemination of information

In the context of the Region of the Americas and the Caribbean, the role of bioethical thinking and the practice of bioethical deliberation is particularly relevant. Some of the countries in this Region show the highest inequity in access to healthcare, poverty affects almost half of the population, and corruption of public services is a continuing threat. Political instability and the pervasive influence of transnational capital affect the continuity of governmental decisions. Professionals engaged in health care and health research tend to experience frustration and anger for not having enough resources for fulfilling adequately their role.

Some of the historical developments outlined above have taken place in some countries and with less intensity or salience in others. Bioethics has become a standard expression and institutions request advice and guidance. The establishment of national commissions and ethics committees is a good measure of the impact of the work of PAHO and other agencies. Better practices in research and cooperation also indicate the importance of bioethics.

Currently, the Bioethics Program is engaged in actions for quality assurance of the programs offered by academic institutions in Latin America and the Caribbean, establishes new educational and research programs in the less advanced countries of the Region, promotes the creation of facilities and helps interested parties to prepare research proposals for international funding agencies.

Recommendations and challenges for bioethics at PAHO

The Pan American Health Organization demonstrated by its pioneering effort to develop bioethics that it had identified a real need and responded to it in an appropriate form.

In order to continue fulfilling its role, PAHO should strengthened its presence by showing that it constitutes a knowledge-based organization that not only fosters the acquisition and application of relevant information but also that it cares about the moral implications of knowledge and efficient action. This can only be possible if it maintains a professional unit composed by respected practitioners in the field of bioethics and funds it adequately. A limited amount of resources should suffice as seed money for continuing the successful fundraising activity of PAHO bioethics unit.

It is not necessary to increase personnel or to hire permanent consultants. The relations between PAHO Representatives and the bioethics program are excellent and are an example of concerted effort to develop country-focused action. Specialized help is now available in the majority of the countries thanks to the action of the bioethics program.

When presenting programmatic documents, PAHO should show that it really cares about the ethical quality of the work it performs and the product it delivers. The bioethical outlook

provided by professionals trained in bioethics program can be of help in this regard.

PAHO without bioethics? An undesirable scenario

In fulfilling its mission of public service, the Pan American Health Organization has rightly interpreted one important need in the Region of the Americas and the Caribbean. However, in order to continue exerting a positive influence on research and health care, several considerations are necessary.

By establishing bioethics as a legitimate field of intellectual activity and source of guidance for proper action, the risk of creating a group of people convinced of their superiority in matters of moral judgment and in need of recognition is high. Professionalization of bioethics, as indicated above, is not our recommendation at this point in the development of the field. Training of professionals in bioethical deliberation and dissemination of its principles among populations are responses to this risk.

Education of the population is part of the bioethical enterprise. Since its fundament is dialog, individuals should acquire the capability of entering dialog. This implies a concerted effort on the part of experts, academic institutions, self-help groups, and public services. People must realize that health is a societal and personal construction aided by professional work. A well-educated community does not pose unreal

demands on the providers of services, is more informed and confident about its own resources, and develops a sense of solidarity that is a precondition for a good quality of life.

Bioethics at PAHO should continue and receive appropriate support based on the recommendations made above. Its presence in the moral debate and an increase in its visibility are justified on several grounds. Radical groups may use bioethics to sustain their arguments or disseminate particular beliefs. Industry may find bioethical arguments useful for backing up aggressive interventions rendering economic gains. Governments may employ bioethical discourse for legitimizing inappropriate or authoritarian practices. As a technical cooperation agency, PAHO guarantees expert neutrality in matters of common interest to minorities and majorities. It may help reduce the danger of misuse of moral arguments in the service of economic or political power. If bioethics is no longer part of PAHO message, an important voice would be missing in the debate.

The challenge ahead is to perform a service for the common good of the inhabitants of the Americas and the Caribbean that is free from economic or political constraints, that enjoys respectability among those whom it addresses and does not create an artificial distinction between those who know and those who ignore. Because in matters of health everybody counts, the aim continues to be "Health for all, by all, with all".

JAMISON, D.T., BREMAN, J.G., MEASHAM, A.R., ALLEYNE, G., CLAESON, M., EVANS, D.B., JHA, P., MILLS, A., MUSGROVE, P. (Editores)

Disease Control Priorities in Developing Countries

Oxford University Press and The World Bank, New York, 2006, 1.400 pp. (2ª edición)

Este es un libro monumental. No solamente por sus dimensiones físicas, que lo convierten en un verdadero bloque de papel, sino especialmente por sus aspectos conceptuales y técnicos. El esfuerzo invertido por centenares de especialistas en todo el mundo, la acumulación de conceptos, datos, sugerencias y perspectivas son valiosos y hacen de esta publicación sin duda una de las más importantes de los últimos años en materia de salud pública. Tal vez aún eso deba calificarse, pues el libro contiene, además, importantes resúmenes de la investigación fundamental relacionada con la salud y, especialmente, brinda claves para entender, promover o perfeccionar la traducción de los hechos científicos en acciones concretas. Esta traducción pertenece a los dilemas éticos más graves en algunos continentes, como América o África, pues no cabe duda que se sabe mucho de muchas cosas, pero este saber no se transforma en políticas públicas, medidas sanitarias o acceso a los beneficios de la ciencia.

Este libro plantea, por ende, los serios dilemas centrales de la macrobioética. La brecha 10/90, que alude al hecho de que la mayor inversión en ciencia favorece a la minoría de las personas y la brecha saber-hacer, que muestra las deficiencias en el pasaje del conocimiento al beneficio humano. Ya su capítulo primero, diseñado como un resumen y anticipo de la obra, es una lectura esencial para quienes deseen opinar con fundamento sobre estas materias. Curiosamente, el capítulo se inicia con un ejemplo chileno, que se supone describe los enormes avances que ha tenido la salud pública en Chile y las indudables ventajas que hoy tiene su población. Ello no obstante, queda mucho por hacer. En realidad, siempre será mucho lo que falta y poco lo logrado en comparación con las necesidades y las demandas de las personas.

Una mirada al contenido basta para conocer la amplitud de esta obra. Hay capítulos destinados a las prioridades para la investigación, a la aplicación de la ciencia en el control de las enfermedades, ideas sobre priorización en el desarrollo de productos, indicaciones para calcular costos e impacto de las enfermedades, estudio de las Metas de Desarrollo del Milenio, financiamiento de los sistemas de salud. Una sección especial analiza las principales intervenciones en salud reproductiva, enfermedades no transmisibles, factores de riesgo y consecuencias de la enfermedad y las lesiones. La tercera parte contiene ideas fundamentales para el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y se detiene en prácticamente todas las áreas de intervención concebibles.

El capítulo sobre ética en la distribución de recursos y desarrollo de nuevos productos está escrito por Dan W. Brock y Daniel Wikler, reconocidos expertos en bioética, que presentan una visión equilibrada y de fértiles resonancias sobre un tema amplio y complejo.

Sería deseable que algunos capítulos de este volumen se convirtieran en lectura obligada para estudiantes y estudiosos de la salud pública, de la relación entre tecnociencia y salud y de las implicaciones bioéticas de la medicina en sus vertientes individual y social. Obviamente, una traducción a la lengua española aumentaría el impacto de esta obra gigantesca y útil.

Fernando Lolas Stepke

PEDRO BAQUERO, ROXANA E. ASÍS, MÓNICA GONZÁLEZ, OLGA C. BONETTI.
Ética de la Investigación Científica
Editorial Anábasis, Córdoba, República Argentina, 2003, 146 pp.

Este libro recoge las clases de un curso impartido sobre ética de la investigación científica en la Universidad Católica de Córdoba, Argentina, en 2002. Los profesores proponen una reflexión profunda sobre tres aspectos centrales: la convergencia de distintos pensamientos y enfoques en asignar a la ética una función decisiva para la vida de los seres humanos; considerar la ciencia como dignidad alta de la razón y, por lo tanto, comprometida a fondo con la búsqueda de la verdad; y el protagonismo de la persona humana en toda investigación científica, punto de confluencia entre ética y ciencia. “La verdad como fundamento ético –concluyen los autores– impone la regulación moral de toda investigación científica. Más aún, toda investigación científica es también un compromiso moral”.

ANA ESCRÍBAR, MANUEL PÉREZ Y RAÚL VILLARROEL (Editores)
Bioética, fundamentos y dimensión práctica
Editorial Mediterráneo, Santiago de Chile, 2004, 489 pp.

Amplio manual de bioética elaborado en el Centro de Estudios de Ética Aplicada de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, y editado por Ana Escribar, Manuel Pérez y Raúl Villarroel. Con ellos han colaborado otros dieciséis profesionales, en su mayoría médicos y filósofos, en un trabajo interdisciplinario que quiere “reunir en un todo organizado los diversos enfoques de los autores, desde el ámbito científico al humanista, poniendo de manifiesto en todos ellos una especial vocación tendiente a proteger la vida humana, la vida en su conjunto y el medio ambiente que la sustenta”. El deseo común –como expresan los editores– es “mejorar la calidad moral de la vida, tanto en la relación entre las personas como en la disposición a preservar nuestro mundo biológico global”, con “la común intención de promover los ideales de perfección y ‘vida buena’”.

Se exponen primero los antecedentes filosóficos de la bioética, con un análisis de cada una de las principales corrientes (ética aristotélica de las virtudes, ética deontológica kantiana, ética axiológica, utilitarista, del discurso, y la actual tendencia a una complementación entre deontología y ética de la responsabilidad). Luego se habla del surgimiento y desarrollo de la bioética con sus principales hitos, una introducción al método deliberativo y al enfoque narrativo y un estudio de los condicionamientos sociales de esta disciplina. En el tercer capítulo, el más extenso, se exponen los principales temas de bioética clínica: inicio y fin de la vida, técnicas de reproducción asistida, genoma y clonación, entre otros. En el cuarto, dentro del título “Otras aplicaciones de la bioética”, se analiza su relación con el medio ambiente, la ética de la investigación en sujetos humanos, sus relaciones con el derecho y la protección ético/jurídica de la vida humana, la bioética como espacio de radicalización de la democracia y, finalmente, los aspectos referentes a la educación en temas de bioética y la ayuda de ésta a la construcción de la personalidad moral.

DELIA OUTOMURO
Manual de Fundamentos de Bioética
Editorial Magíster, Buenos Aires, 2004, 204 pp.

La autora es doctora en Medicina y licenciada en Filosofía, profesora de Medicina Interna en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires y coordinadora de la Unidad Académica de Bioética en esa

misma facultad. Ha escrito diversos libros y artículos en relación con la bioética y en éste presenta un texto pedagógico sobre conceptos básicos para todos quienes deseen iniciarse en esta disciplina y, muy especialmente, para alumnos de Medicina que deben abordar disciplinas no biomédicas donde el análisis, la reflexión crítica, la fundamentación y el diálogo son especialmente importantes. Ha seguido para ello –como expone en la nota preliminar– la guía de la clásica obra de Beauchamp y Childress sobre Principios de Ética Biomédica y su tematización de los cuatro principios básicos y las reglas derivadas de ellos. Menciona la autora también los aportes importantes para su pensamiento de Diego Gracia, José Alberto Mainetti y Fernando Lolas.

Cada capítulo presenta la misma estructura: contenidos, actividades, notas y referencias bibliográficas, con bastantes cuadros sinópticos y esquemas conceptuales que facilitan la lectura, a la vez que orientan a los docentes sobre propuestas prácticas de actividades. La autora quiere proveer los conceptos básicos y las habilidades intelectuales para entrar en el análisis bioético, aunque no trata directamente en este libro de los conflictos más actuales: eutanasia, aborto, reproducción asistida o genética, por ejemplo.

Como expone Fernando Lolas en el prólogo, este libro contribuye a algunos de los aspectos esenciales de la docencia de la bioética: “proporcionar habilidades y destrezas para identificar conflictos y dilemas, justificar su legitimidad y buscar formas de solución o resolución”, como primera etapa necesaria en cualquier abordaje académico.

JACQUELINE LAGRÉE

El médico, el enfermo y el filósofo

La Esfera de los Libros, Madrid, 2005, 204 pp.

La autora es filósofa, especialista en la época clásica, profesora de Historia de la Filosofía Moderna en la Universidad de Rennes, Francia. Participa desde hace quince años en el Comité Regional de Ética de Rennes y recoge en este libro sus observaciones sobre los cambios producidos en la relación médico-paciente y sobre las cuestiones éticas vinculadas con el dolor, la enfermedad y la muerte. La medicina es “arte de la vida” como titula su conclusión final, y para eso debe reflexionar sobre a quién se cuida, qué quiere decir “hablar”, la propia práctica médica y las virtudes que deben tener el enfermo y el médico para comprenderse y vivir conjuntamente las situaciones de enfermedad y muerte, dentro de una “ética de la solicitud”.

PABLO SIMÓN E INÉS M^a BARRIO

¿Quién decidirá por mí?

Triacastela, Madrid, 2004, 300 pp.

La toma de decisiones clínicas sobre personas incapaces de decidir por sí mismas plantea problemas éticos y legales acuciantes en la práctica cotidiana. ¿Quién tiene que tomar estas decisiones (los familiares, los profesionales sanitarios, los tutores, los jueces)? ¿Qué criterios éticos y jurídicos deben aplicarse para tomarlas? Y los documentos de voluntades anticipadas o “testamentos vitales”, ¿qué requisitos deben cumplir para tener validez? ¿Son la panacea que resolverá todos los problemas? ¿Cómo hay que utilizarlos?

Pablo Simón –médico de familia, máster en bioética y autor de una obra española sobre el consentimiento informado– e Inés M^a Barrio –enfermera y máster en bioética– plantean en este nuevo libro múltiples aspectos de las decisiones de representación: la evolución histórica de las decisiones clínicas sobre enfermos incapaces, tanto en Estados Unidos como en España; los criterios (norteamericanos y españoles) de la jurisprudencia, legislación y bioética actuales; el análisis de los “testamentos vitales” o “documentos de

voluntades”; las diferentes propuestas para el manejo clínico de estas difíciles situaciones, y la documentación básica disponible sobre le tema.

El tratamiento jurídico de las decisiones de representación en España –especialmente el de las instrucciones previas– ha cambiado de manera radical desde 2000. Este libro es un aporte esencial para que los mecanismos éticos y jurídicos de representación del paciente incapaz no se reduzcan a la firma rutinaria de un impreso. Plantea la necesidad de amplios procesos deliberativos entre el personal sanitario, el paciente y sus familiares: lo que actualmente se denomina “planificación anticipada de la decisiones”.

JUSTO ZANIER, Director, y JOSEFINA PEREYRA, Codirectora

El consentimiento informado en la relación con el paciente del equipo de salud. Expectativas de la población marplatense

UNAM, México, 2005.

Se presentan en este libro los resultados de una investigación dirigida por Justo Zanier y Josefina Pereyra, en la que han participado además otros ocho investigadores, sobre las expectativas de los pacientes en cuanto a la información recibida de los equipos de salud. Algunos de los temas son: Breve caracterización geográfico-cultural de Mar del Plata (donde se realizó la investigación); La perspectiva bioética; Salud-enfermedad vistas desde el principio de autonomía; La comunicación humana en la relación de asistencia; Modelo médico hegemónico de E. Menéndez (México, 1990); Aspectos Metodológicos y Trabajo de Campo, con las conclusiones y consideraciones.

MARTA CHIMENO CANO

Incapacitación, tutela e internamiento del enfermo mental

Editorial Aranzadi, Navarra, 2005, 273 pp.

El internamiento forzoso de los enfermos mentales constituye una medida potencialmente vulneradora de derechos, cuyos efectos han suscitado tradicionalmente diversas posiciones doctrinales. Lo que está claro es que, en la actualidad, el ordenamiento jurídico español se ha dotado de los medios oportunos para ofrecer garantías de salvaguarda de los derechos de estos enfermos, por su propia naturaleza especialmente necesitados de medidas protectoras. El más importante de estos medios es el procedimiento especial para la declaración judicial de la incapacidad, ampliamente desarrollado en esta monografía de Marta Chimeno Cano. También se analizan en el libro algunos internamientos controvertidos, como aquellos que comienzan siendo voluntarios para posteriormente transformarse en forzosos, o los cada vez más frecuentes internamientos de ancianos en centros geriátricos.

NOELIA DE MIGUEL SÁNCHEZ

Secreto médico, confidencialidad e información sanitaria

Marcial Pons, Madrid, 2005.

El principio de confidencialidad constituye una constante en la relación médico-paciente, desde los tiempos de Hipócrates, que ha debido adaptarse a los tiempos modernos. En la actualidad existen diversas causas que legitiman al profesional sanitario para levantar el secreto médico, algunas legalmente previstas, como los supuestos de requerimiento por los tribunales de justicia o las enfermedades de declaración obligatoria, y otras referentes a situaciones que se presentan en la práctica y que ofrecen mayor o menor grado de

consenso entre la doctrina, como son los casos de los procedimientos disciplinarios colegiales, o cuando el propio enfermo lo consiente.

Todas estas cuestiones son tratadas por la autora, Noelia de Miguel, en una obra que en tres partes analiza la configuración jurídica del derecho a la intimidad en España y su relación con el derecho a la confidencialidad, el secreto médico como expresión particular del derecho a la intimidad y la relación entre el secreto médico y la confidencialidad en el manejo de datos sanitarios. En particular, la autora hace hincapié en la ausencia de desarrollo normativo del artículo 24.2 de la Constitución española, que encomienda al legislador la regulación por ley del secreto profesional. No obstante, hay diversas normas sectoriales que hacen mención al secreto médico, descritas en la obra, además de la regulación de esta figura jurídica en el derecho comparado.

Francisco León Correa

INSTRUCCIONES A LOS AUTORES

1. Presentación de los artículos

Los trabajos enviados a *Acta Bioethica* deberán prepararse de acuerdo con la quinta edición (1997) de los “Requisitos Uniformes Para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas” (Estilo Vancouver), establecidos por el Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Ver, por ejemplo: International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47.

2. Requisitos técnicos

Los manuscritos deberán ser enviados a:

a) Correo Electrónico: bioetica@chi.ops-oms.org (en attachment) o

b) Dirección Postal: texto impreso en papel bond blanco, medida estándar ISO A4, con márgenes de por lo menos 2,5 cm, impreso sólo sobre una cara del papel, espaciado doble.

Las páginas serán numeradas en forma consecutiva, empezando por la página de título.

La extensión del texto no debe exceder las 6.000 palabras, incluyendo cuadros y gráficos.

Conserve copias de todo el material enviado.

3. Esquema estructural del trabajo

3.1 Página titular

La primera página del manuscrito contendrá: 1) El título del trabajo, que debe ser conciso pero informativo sobre el contenido central de la publicación; 2) el nombre y apellidos de cada autor, acompañados de sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional; 3) nombre de la o las Secciones, Departamentos, Servicios e Instituciones a las que debe darse crédito por la ejecución del trabajo; 4) declaraciones de descargo de responsabilidad, si las hubiera; 5) nombre, dirección, número de Fax y Correo Electrónico del autor responsable de la correspondencia relativa al manuscrito y solicitudes de separatas.

3.2 Resumen y palabras-clave

La segunda página incluirá un resumen de no más de **200 palabras** que describa los propósitos del estudio o investigación, metodología empleada y las conclusiones más importantes.

Al final del resumen los autores deberán agregar e identificar como tal, de tres a diez “palabras-clave” o frases cortas, que ayuden a los indizadores a clasificar el artículo, las cuales se publicarán junto con el resumen. Utilice para este propósito los términos enlistados en el Medical Subject Headings (MeSH) del *Index Medicus*; en el caso de términos de reciente aparición, que todavía no figuren en los MeSH, pueden usarse las expresiones actuales. Consultar siguiente URL:

- <http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>

Se recomienda a los autores proporcionar su propia traducción del resumen al inglés (abstract), el cual también debe consignar listado de palabras-clave (key words). *Acta Bioethica* realizará dicha traducción para quienes no puedan proporcionarla.

3.3 Introducción

Expresa el propósito del artículo y resume el fundamento lógico del estudio u observación. Mencione las referencias estrictamente pertinentes, sin hacer una revisión extensa del tema. No incluya datos ni conclusiones del trabajo que está dando a conocer.

3.4 Metodología

Detalle los métodos, técnicas y procedimientos seguidos para recoger u organizar la información.

3.5 Resultados

Presente los resultados en secuencia lógica dentro del texto, cuadros e ilustraciones. No repita en el texto todos los datos de los cuadros o las ilustraciones; enfatice o resume sólo las observaciones importantes.

3.6 *Discusión*

Enfatice los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones que se derivan de ellos. No repita en forma detallada los datos u otra información ya presentados en las secciones Introducción y Resultados. En la sección Discusión explique el significado de los resultados y sus limitaciones, incluyendo sus implicaciones en investigaciones futuras.

Establezca el nexo de las conclusiones con los objetivos del estudio, evitando hacer afirmaciones generales y extraer conclusiones que no estén completamente respaldadas por los datos presentados. Las recomendaciones, cuando sea apropiado, pueden incluirse.

3.7 *Agradecimientos*

Como Apéndice del texto, una o más declaraciones deberán especificar: a) colaboraciones que deben ser reconocidas, pero que no justifican autoría, tales como apoyo general del jefe del departamento; b) ayuda técnica recibida; c) apoyo financiero y material, y d) las relaciones financieras que puedan crear un conflicto de intereses.

Expresar su agradecimiento sólo a personas e instituciones que hicieron contribuciones sustantivas a su trabajo.

3.8 *Referencias*

- Las referencias deberán numerarse consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez en el texto (Sistema de orden de mención). Si una referencia es citada más de una vez, su número original será utilizado en citaciones ulteriores.
- Si fuese necesario citar un número de página, este será incluido dentro del paréntesis con el número de referencia. Esta práctica se recomienda al referenciar citas textuales. Por ejemplo:
La resolución instó a los Gobiernos Miembros a “realizar esfuerzos especiales a través de contribuciones voluntarias para el desarrollo de la investigación catalítica” (17, p.240).
- Identifique las referencias en el texto, tablas y leyendas mediante numerales arábigos, colocados entre paréntesis al final de la frase o párrafo en que se las alude.
- Las referencias citadas solamente en cuadros o ilustraciones se numerarán siguiendo una secuencia establecida por la primera mención que se haga en el texto de ese cuadro o esa figura en particular.
- Las referencias deberán ser listadas en orden numérico al final del texto.
- Absténgase de utilizar resúmenes como referencias.
- Las referencias de artículos aceptados, pero aún no publicados, deberán designarse como “en prensa” o “próximamente a ser publicados”; los autores obtendrán autorización por escrito para citar tales artículos, así como la comprobación de que han sido aceptados para publicación.
- **Los autores verificarán las referencias cotejándolas contra los documentos originales.**
- Emplee el estilo de los ejemplos descritos a continuación, los cuales están basados en el formato que la U.S. National Library of Medicine (NLM) usa en el *Index Medicus*. Al referenciar revistas científicas cítelas por su nombre completo (no abreviado).
(Consultar: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190. o URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

Ejemplos

3.8.1 *Artículos de revistas científicas*

Autor Individual, artículo que forma parte de una serie

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* 1985;44(4):225-260.

Más de seis autores

Liste los seis primeros autores seguidos por “et al”.

Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia after Chernobyl: 5 year follow-up. *British Journal of Cancer* 1996;73:1006-12.

Autor corporativo

Organización Panamericana de la Salud, Programa Ampliado de Inmunización. Estrategias para la certificación de la erradicación de la transmisión del poliovirus salvaje autóctono en las Américas. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* 1993;115(4):281-290.

3.8.2 Libros y otras monografías

Individuos como autores

Ringsven MK, Bond D. *Gerontology and leadership skills for nurses*. 2nd ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Directores (editores) o compiladores como autores

Norman IJ, Redfern SJ, (eds). *Mental health for elderly people*. NewYork: Churchill Livingstone; 1996.

Capítulo de libro

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. *Hypertension: pathophysiology, diagnosis and manangement*. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995, p. 465-78.

Material electrónico

Artículo de revista en formato electrónico

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens].

Available from: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Para mayor información y ejemplos adicionales consultar:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997;126:36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (Inglés).

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm> (Español).

3.9 Cuadros e ilustraciones

Limite el número de cuadros e ilustraciones a aquellos estrictamente esenciales para la comprensión del texto presentado.

4. Separatas

Deben ser solicitadas por escrito a *Acta Bioethica*, después de recibir comunicación oficial de aceptación del manuscrito enviado. Se asignarán cinco separatas libres de costo a cada autor que lo solicite. Para cantidades superiores de separatas, solicitar Tabla de Costos.

NOTA: Para la elaboración del presente documento el **Departamento de Publicaciones y Difusión del Programa Regional de Bioética OPS/OMS** consultó las siguientes fuentes bibliográficas:

Organización Panamericana de la Salud. *Manual de estilo OPS*. Washington,DC:OPS;1995 (Documento PAHO/WHO STAND/ 95.1).

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126: 36-47.

Day R. *Cómo escribir y publicar trabajos científicos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).

Sociedad Médica de Santiago. *Revista Médica de Chile* 1998; 126: 875-887.

National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. *Index Medicus* 1998: 111-190.

Y los siguientes URL:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISPUB.htm>

GUÍA DE EXIGENCIAS PARA LOS MANUSCRITOS

(Extractadas de las “Instrucciones a los Autores”)

Debe ser revisada por el autor responsable, marcando su aprobación en cada casillero que corresponda y enviada juntamente con el manuscrito.

- Este trabajo (o partes importantes de él) es inédito y no se enviará a otras revistas mientras se espera la decisión de los editores de *Acta Bioethica*.
- El artículo no excede las 6.000 palabras, incluyendo cuadros e ilustraciones.
- Incluye un resumen de hasta 200 palabras, en castellano y en inglés.
- Las citas bibliográficas se presentan en el estilo internacional exigido por la revista. (Estilo Vancouver).
- El manuscrito fue organizado de acuerdo a las “Instrucciones a los Autores”.
- Se indican números telefónicos, de fax y correo electrónico del autor que mantendrá correspondencia con *Acta Bioethica*.

Nombre del autor

Firma del autor

Teléfonos: _____ Fax: _____

E-mail: _____

INSTRUCTIONS TO AUTHORS

1. Presentation of articles

Manuscripts submitted to *Acta Bioethica* should be prepared in accordance with the fifth edition (1997) of the Uniform Requirements Submitted to Biomedical Journals (Vancouver Style).

See, for example, :

International Committee of Medical Journal Editors. *Annals of Internal Medicine* 1997; 126:36-47

2. Summary of technical requirements

Papers should be printed out on a A4 paper, on one side only, in double spacing, with a margin of at least 2.5 cm on four sides of page.

Number pages consecutively, beginning with the title page. Put the page number in the upper or lower right-hand corner of each page.

Articles' length should not exceed 6.000 words, including tables and illustrations.

Keep copies of everything submitted.

3. Structural scheme

3.1 Title page

The title page should carry:

The title of the article, which should be concise but informative;

The name by which each author is known, with his or her highest academic degree(s) and institutional affiliation;

The name of the department(s) and institution(s) to which the work should be attributed;

Disclaimers, if any;

The name and address of the author responsible for correspondence about the manuscripts and requests for reprints, together with his/her phone number and E-mail.

3.2 Abstracts and key words

The second page should carry an abstract not exceeding 200 words in length to state the purposes of the study or investigation, basic procedures, main findings and the principal conclusions.

Below the abstract authors should provide, and identify as such, 3 to 10 key words or short phrases that will assist indexers in cross-indexing the article. Terms from the medical subject headings (MeSH) list of Index Medicus should be used; if suitable MeSH terms are not yet available for recently introduced terms, present terms may be used.

(URL:<http://www.nlm.nih.gov/mesh/meshhome.html>).

3.3 Introduction

State the purpose of the article and summarize the rationale of the study or observation. Give only strict pertinent references and do not include data or conclusions from the work being reported.

3.4 Methods

Provide detailed information about methods, techniques and procedures used for collecting and organizing data.

3.5 Results

Present your results in logical sequence in the text, tables, and illustrations. Do not repeat in the text all data in the tables or illustrations; emphasize or summarize only important observations.

3.6 Discussion

Emphasize the new and important aspects of the study and the conclusions that follow from them. Do not repeat in detail data or other material given in the Introduction or the Results section. Include in the Discussion section the implications of the findings and their limitations.

Link the conclusions with the goals of the study but avoid unqualified statements and conclusions not completely supported by the data. Recommendations, when appropriate, may be included.

3.7 Acknowledgements

As an appendix to the text, one or more statements should specify (a) contributions that need acknowledging but do not justify authorship, such as general support by a departmental chair; (b) acknowledgements of technical help; (c) acknowledgements of financial and material support, and (d) relationships that may pose a conflict of interest.

3.8 References

References should be numbered consecutively in the order in which they are first mentioned in the text. If a reference is cited more than once, its original number is used again in subsequent citations. No reference should be assigned more than one number.

If it is deemed necessary to call attention to a specific page within a reference, the page number may be added in roman type inside the parenthesis with the reference number. This practice is recommended when referencing direct quotations.

The resolution urged the Member Governments to “make special voluntary contributions for the carrying out of catalytic research” (17, p.240).

Identify references in text, tables, and legends by Arabic numerals in parenthesis. References cited only in tables or legends to figures should be numbered in accordance with the sequence established by the first identification in the text of the particular table or figure.

All references should be listed in numerical order at the end of the text.

Avoid using abstracts as references.

References to papers accepted but not yet published should be designated as “in press” or “forthcoming”; authors should obtain written permission to cite such papers as well as verification that they have been accepted for publication.

The references must be verified by the author (s) against the original documents

Use the style of the examples below, which are based on the formats used by the U.S. National Library of Medicine (NLM) in Index Medicus. The titles of journals should be presented without abbreviations (consult: U.S. National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190; URL: <http://www.nlm.nih.gov>).

The “Uniform Requirements” style (the Vancouver Style) is based largely on an American National Standards Institute (ANSI) standard style adapted by the NLM for its data bases.

Sample Reference Formats

3.8.1 Journal article

Individual author, article in a Series

Lessa I. Epidemiologia dos acidentes vasculares encefálicos na cidade do Salvador: II, Fatores de risco, complicações e causas de morte. Arquivos Brasileiros de Cardiologia 1985;44(4):255-260.

More than six authors

List the first six authors followed by “et al”. Parkin DM, Clayton D, Black RJ, Masuyer E, Friedl HP, Ivanov E, et al. Childhood leukaemia in Europe after Chernobyl: 5 year follow-up. British Journal of Cancer 1996; 73: 1006-12.

Corporate author

Pan American Health Organization, Expanded Program on Immunization. Strategies for the certification of the eradication of wild poliovirus transmission in the Americas. Bulletin of the Pan American Health Organization 1993;27(3):287-296.

3.8.2 Books and other monographs

Personal author(s)

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd. ed. Albany(NY): Delmar Publishers; 1996.

Editor(s), compiler(s) as author

Norman IJ, Redfern SJ, (eds.). Mental health for elderly people. New York: Churchill Livingstone; 1996.

Chapter in a book

Phillips SJ, Whistnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, eds. Hypertension: pathophysiology, diagnosis and management. 2nd ed. New York: Raven Press; 1995. p. 465-78.

3.8.3 Electronic Material

Journal article in electronic format

Morse SS. Factors on the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Available from:

URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>.

Further explanation and examples may be consulted at:

International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.

URL: <http://www.nlm.nih.gov> (ENG)

URL: <http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm> (SPA)

3.9 Tables and Illustrations

The number of tables and illustrations should be strictly limited, only those that are essential to the understanding of the text being included.

NOTE: The above-mentioned guidelines were prepared by the **Publications and Dissemination Department of PAHO/WHO Regional Program on Bioethics** taken as reference the following bibliographic sources:

- Pan American Health Organization. PAHO Style Manual. Washington, DC:PAHO;1995.(PAHO-OPS STAND/ 95.1).
- International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements submitted to biomedical journals. Annals of Internal Medicine 1997; 126: 36-47.
- Day R. Cómo escribir y publicar trabajos científicos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1990 (Publicación Científica 526).
- Sociedad Médica de Santiago. Revista Médica de Chile 1998; 126: 875-887.
- National Library of Medicine. List of journals indexed. Full title listing. Index Medicus 1998: 111-190.

And following URL:

<http://www.nlm.nih.gov>

<http://www.infmed.com.ar/REQUISUB.htm>

REQUIREMENTS FOR MANUSCRIPTS

(From "Instructions to Authors")

This form should be checked up by the responsible author, stating approval by ticking corresponding boxes and should be submitted together with the manuscript.

- This manuscript (or important parts of it) have not already been published and if accepted for publication in *Acta Bioethica* it will not be submitted for publication elsewhere without the agreement of the PAHO/WHO Regional Program on Bioethics.
- The paper has been printed out on A4 paper, one-sided, and in double spacing.
- The paper does not exceed 6.000 words in length, including tables and illustrations.
- An abstract not exceeding 200 words in length is provided.
- Bibliographical references are cited in accordance with the "Uniform Requirements" style (Vancouver Style).
- The paper was prepared according to "Instructions to Authors".
- Fax and phone numbers, together with the corresponding author's E-mail are provided.

Corresponding Author Name and Signature

Phone: _____ Fax: _____

E-mail: _____

TABLA DE CONTENIDOS

ACTA BIOETHICA 2005 AÑO XI - N° 2

Preámbulo

Originales

Ethics and Health Informatics: Focus on Latin America and the Caribbean
Kenneth W. Goodman

Telemedicina: un desafío para América Latina
Sergio Litewka

Consumer Health Informatics: Ethics, Evaluation and Standards
Eta S. Berner, Amarinder Singh Sandhu and Kenneth W. Goodman

Non-Participation Bias in Health Services Research Using Data from an Integrated Electronic Prescribing Project: The Role of Informed Consent
Gillian Bartlett, Robyn M. Tamblyn, Yuko Kawasumi, Lise Poissant and Laurel Taylor

Interfaces

Rehistoriar la bioética en Latinoamérica. La contribución de James Drane
Fernando Lolas Stepke

La investigación biomédica y el consentimiento informado en el ámbito de las poblaciones e individuos vulnerables
Susana la Rocca, Gladys Martínez, Alejandra Rascio y Mirta Bajardi

La consideración del sujeto de investigación como parte activa en la empresa farmacéutica
María de la Luz Casas Martínez

Ética de la prescripción médica en un país pauperizado
Jorge Luis Manzini

Programas de formación en bioética

La calidad educativa en la formación de posgrado en bioética. El programa de Maestría en Bioética de la Universidad Nacional de Cuyo
Marta Fracapani Cuenca de Cuitiño, Fernando Lolas Stepke y Marisa Carina Fazio

Recensiones