

FDI World Dental Federation

Manual de Ética Dental 2

Un registro de catálogo para este libro (CIP) está disponible, en inglés, en la Biblioteca Británica.

ISBN: 978-1-78698-024-3



Derechos de autor

© 2018 por FDI Federación Dental Internacional

Todos los derechos reservados. Ninguna parte del contenido de este manual puede ser reproducida, almacenada en ningún sistema de almacenamiento, ni transmitida de ninguna forma ni por ningún medio (electrónico, mecánico, fotocopia, etc.) sin la autorización previa por escrito del editor.

Toda solicitud para obtener esta autorización debe ser enviada a la siguiente dirección:

FDI World Dental Federation
Avenue Louis-Casaï 51
1216 Geneva
Switzerland

www.fdiworlddental.org
info@fdiworlddental.org

Este manual es una publicación de la FDI Federación Dental Internacional. El contenido de este manual no refleja necesariamente las políticas de la FDI, excepto cuando se indica de manera clara y explícita.

Edición: Quintessence Publishing Co Ltd, Londres, UK
Maquetación y Producción: Quintessenz Verlags-GmbH, Berlín, Alemania

Traducido al español con el patrocinio de:



Manual de Ética Dental II

Una visión general de las cuestiones éticas en odontología

Este *Manual* es el resultado del trabajo de un equipo internacional de especialistas en ética dental reunido por la FDI. Este grupo, a través de reuniones productivas y debates electrónicos, ha sacado partido a la diversidad de experiencias de sus miembros, pericia y conocimiento de las políticas relativas a la ética, ámbito jurídico, concepción de la salud pública, la práctica privada, la odontología en poblaciones urbanas y rurales, en países ricos, con ingresos medios o bajos y en dilemas tradicionales y actuales.

Wolter Brands, es dentista y copropietario de una clínica dental. Fue profesor asociado y profesor adjunto de la Universidad MC St. Radboud. Nijmegen (Países Bajos), presidente de IDEALS, así como redactor jefe de la revista dental holandesa (*Dutch Dental Journal*). Actualmente es magistrado sustituto de un tribunal civil y presidente del Consejo General de dentistas de Holanda. Sus investigaciones se centran en el efecto de las leyes en el ejercicio cotidiano de los dentistas. Asimismo, publica e imparte conferencias sobre este asunto tanto a nivel nacional como internacional.

Sudeshni Naidoo es Profesora Emérita en la Universidad de Western Cape, Ciudad del Cabo, Sudáfrica. Está implicada en la educación y formación de postgrado, especialmente en ética, bioética y ética de la investigación. Su currículum ostenta más de 200 publicaciones, incluyendo un libro de ética para el equipo dental. Es la presidenta actual de la Sociedad Internacional de Ética y Legislación Dental.

Suzette Porter es profesora asociada adjunta de la Universidad de Queensland, Brisbane, Australia y secretaria de la Sociedad Internacional de Ética y Legislación Dental. Ejerció la odontología

(tanto a nivel privado como público) en áreas rurales y remotas en Queensland, Australia, así como en Papúa Nueva Guinea, antes de obtener un Máster y el Doctorado, ambos en Odontología y Administración. Antes de jubilarse, fue coordinadora de odontología comunitaria y directora de clínicas en la facultad UQ de odontología.

El Dr. Michael Sereny es copropietario de una clínica dental en Hannover, Alemania. Fue profesor adjunto de la Universidad Médica de Hannover, presidente del Colegio de Dentistas en Baja Sajonia y miembro del Comité Ejecutivo del Consejo de Dentistas de Alemania. Fue elegido Presidente del Comité de Práctica Dental de la FDI en el 2016.

Ward van Dijk es propietario de una clínica dental en Amstelveen, Países Bajos. Fue miembro del Consejo General de dentistas de Holanda y miembro, luego Presidente del Comité de Práctica Dental de la FDI. Es Gerente Comercial de una empresa de facturación para dentistas en los Países Bajos e imparte conferencias sobre administración dental.

Jos Welie estudió Medicina, Filosofía y Derecho y actualmente es profesor de ética en salud en la Universidad de Creighton, Omaha, Estados Unidos. Es Secretario Fundador de la Sociedad Internacional de Ética y Legislación Dental. Impartió ética dental durante aproximadamente 15 años e hizo numerosas publicaciones sobre la ética dental, incluyendo la edición de un volumen titulado "*Justicia para los cuidados bucodentales – Perspectivas éticas y educativas*".

Este *Manual* es una publicación de la Federación Dental Internacional (FDI). Sus contenidos no representan necesariamente las políticas de la FDI, excepto cuando se indica de manera clara y explícita.

Índice

Prólogo	V	El deber de tratar: pacientes regulares versus pacientes previamente desconocidos	22
Capítulo 1: La ética como característica definitoria de la odontología		Solicitud de tratamiento y el deber de tratar ...	23
Resumen	1	El deber de tratar y características del paciente que solicita ayuda	24
Introducción	1	¿Está el dentista obligado a aceptar a alguien como paciente regular?	27
La relación fiduciaria	3	Extinción de la relación con un paciente regular	27
Beneficencia y no maleficencia	4	Extinción de la relación debido a la conducta del paciente	27
Recursos escasos y toma de decisiones Inevitables	5	Extinción de la relación por limitación de la práctica del dentista.....	28
Lectura complementaria	6	Preguntas	28
Capítulo 2: Introducción a la ética dental		Lectura complementaria	28
Resumen	7	Capítulo 5: Principios de respeto a la autonomía del paciente	
Las diferentes acepciones del término ética	7	Resumen	29
La ética implica un análisis crítico	8	Introducción	29
¿Opinión personal o argumento razonado?	9	Respeto a la autonomía: Consentimiento	30
Un debate justo.....	10	Incompetencia en la toma de decisiones del paciente	32
Lectura complementaria	11	Toma de decisiones en niños y en adultos incompetentes	33
Capítulo 3: El estándar de cuidados		La información nunca es un valor neutral y puede ser dañina	36
Resumen	13	¿Cuanta información es suficiente?	37
Introducción	13	Límites al derecho a la información	38
¿Quién determina como debe comportarse un dentista?	13	Resumiendo: hacia una relación respetuosa.....	39
Un estándar de cuidados local o global	15	Lectura complementaria	39
Transparencia de la atención, pautas y protocolos	17	Capítulo 6: Confidencialidad y privacidad	
Toma de decisiones compartida, toma de decisiones basadas en la evidencia.....	18	Resumen	41
La individualización y el estándar de cuidado basado en un objetivo a largo plazo para el tratamiento	19	Introducción	41
Supuesto práctico.....	19	¿Por qué es importante la confidencialidad?...	41
Lectura complementaria	20	¿Qué es confidencial y qué no lo es?	42
Capítulo 4: El deber de tratar		Deber de confidencialidad	42
Resumen	21	Protección de datos	44
Introducción	21	Privacidad, confidencialidad y seguridad	44
¿Depende el deber de tratar de una relación previa entre el dentista y el paciente?.....	22		

Observaciones finales	45	Capítulo 10: Acceso a la atención sanitaria	
Lectura complementaria	47	Resumen	85
Capítulo 7: Registro y gestión de historias clínicas		Introducción	85
Resumen	49	La bioética en Salud Pública	85
Introducción	49	La carga global de las enfermedades orales ...	87
¿Para qué se usan las historias clínicas?	49	Consideraciones éticas para mejorar el acceso a la atención: ¿qué tipo de atención debemos proporcionar?	88
¿Qué incluye una historia clínica?	50	Justicia distributiva	88
Propiedad de la historia clínica	51	Desigualdades sociales y acceso a la salud oral	89
Acceso a la historia clínica	51	Consideraciones económicas y gratuidad de los cuidados	90
Historia clínica en formato electrónico	52	Formación ética para los dentistas	90
Comunicación por mail con los pacientes	53	Algunas estrategias	91
Conservación de la historia clínica	53	Observaciones finales	92
Utilización de las historias clínicas en investigación forense	54	Lectura complementaria	95
Lista de verificación resumen para las historias clínicas	55	Capítulo 11: Investigación	
Capítulo 8: Comportamiento profesional		Resumen	97
Resumen	57	Introducción	97
Introducción	57	Una perspectiva histórica	98
Estándares profesionales en las relaciones	57	Documentos de orientación para la investigación	99
Comprendiendo las limitaciones personales ..	60	Observaciones finales	107
Capacidad para ejercer	62	Lectura complementaria	109
Códigos éticos de asociaciones y sociedades odontológicas	63	Capítulo 12: Cultura, altruismo y medio ambiente	
Trabajo en equipo y colaboración	64	Resumen	111
Responsabilidades en las urgencias dentales .	69	Introducción	111
Observaciones finales	70	Cultura	111
Lectura complementaria	70	Altruismo	115
Capítulo 9: El impacto de la actividad empresarial en la odontología		Impacto de la odontología en el medio ambiente	119
Resumen	71	Lectura complementaria	120
Introducción	71	Apéndice: Un enfoque paso a paso para la toma de decisiones éticas	
Conflicto de intereses	71	Supuesto práctico	123
Ética profesional versus ética empresarial	75	Lectura complementaria	126
La odontología como actividad empresarial ...	76	Glosario	127
Ampliando el alcance de la práctica	79		
Observaciones finales: el trabajo ético en marcha	82		
Lectura complementaria	83		

Prólogo

La ética es una parte fundamental de las profesiones sanitarias. Aunque los dentistas raras veces tratan temas relacionados con la bioética tales como el comercio de órganos o el suicidio asistido, estos enfrentan desafíos éticos y toman decisiones éticas durante el ejercicio de la profesión cada día. Muchos de estos desafíos se resuelven gracias a la experiencia de los profesionales. Sin embargo, algunas veces esta no es suficiente, por lo que los dentistas pueden necesitar herramientas prácticas que les ayude en la toma de decisiones éticas.

Las ciencias biológicas y las competencias técnicas desempeñan un papel importante en la formación de los dentistas. Sin embargo, la forma de impartir la ética difiere ampliamente entre las facultades de odontología. No obstante, existen evidencias de que el conocimiento y las habilidades en ética ayudará a los dentistas a mantener el orgullo por su trabajo, a mantener buenas relaciones con sus pacientes y a mantener la confianza del público en la profesión.

La Federación Dental Internacional FDI en representación de más de 200 organizaciones miembro en más de 120 países, publicó su primer *Manual de Ética Dental* en 2007. En palabras de la Dra. Michèle Aerden, presidenta de la FDI en aquel entonces, el manual pretendía ser “una inspiración para todos en las profesiones de la salud bucodental y en beneficio de sus pacientes”. Desde entonces, ha sido un recurso valioso tanto como para dentistas como para estudiantes y profesores.

En 2015, la Asamblea General de la FDI adoptó la Declaración de Principios “El papel de la FDI en la

ética dental”. Se incluye una recomendación para producir un nuevo *manual* actualizado. Con el fin de preparar este *manual* actualizado, un equipo internacional de expertos redactó “Los principios internacionales de ética para la profesión Dental” que fue adoptada por el Consejo de la FDI en 2016 como base para la nueva publicación.

Este *Manual* no pretende ser un texto exhaustivo sobre ética dental. Sin embargo, está pensado para introducir al lector en las cuestiones éticas actuales y futuras que surgen en el ejercicio de la odontología. Asimismo, ha sido escrito de tal modo que los lectores puedan acceder directamente a un capítulo específico de su interés. Cada capítulo ilustra contenido teórico con algunos casos breves y un anexo proporciona un ejemplo de cómo analizar sistemáticamente un dilema ético.

Los capítulos han sido escritos por diferentes autores, por lo que puede haber mínimas diferencias terminológicas a lo largo del manual. Además, algunos términos podrían diferenciarse en un significado de un autor a otro. Una aclaración de la terminología empleada en este manual se ofrece en un glosario, así como recomendaciones de lecturas complementarias al final de cada capítulo.

Se recuerda al lector que este Manual se escribió para ser destinado a un público internacional. Por consiguiente, no aborda códigos éticos nacionales o leyes de distintas jurisdicciones. Asimismo, tampoco sustituye la necesidad de buscar consejo ético o legal a nivel local.

Capítulo 1: La Ética como una característica definitoria de la odontología

Resumen

Este capítulo argumenta que la odontología no puede definirse solamente en términos de sus fundamentos científicos y técnicas clínicas. La ética es también una característica definitoria de la odontología. Por ejemplo, los expertos que usan sus conocimientos y habilidades dentales para torturar a presuntos terroristas no están ejerciendo la odontología. El dentista que incita a un paciente a someterse a un tratamiento de ortodoncia sin ningún beneficio evidente para éste, tampoco está ejerciendo odontología de calidad. Asimismo, tampoco ejerce una buena odontología aquel profesional que sistemáticamente se niega a proporcionar atención bucodental de emergencia a aquellos que necesiten dicha atención.

Introducción

Tanto la ciencia como el ejercicio de la odontología requieren que los profesionales emitan juicios de valor. La importancia de que los dentistas examinen los parámetros éticos del ejercicio de la profesión se ve aún más acentuada por el hecho de que los pacientes son con frecuencia vulnerables y dependen totalmente de los dentistas para sus necesidades de cuidados bucodentales. Los pacientes deben ser capaces de confiar en los dentistas. La relación entre el dentista y el paciente se considera por lo general como una relación fiduciaria. A cambio, los dentistas y la profesión en general deben garantizar la confianza del público, que requiere entre otras cosas que los dentistas asignen todos los recursos necesarios, incluyendo su propio tiempo de manera equitativa entre aquellos que lo necesiten.

Supuesto práctico

Una paciente de 12 años de edad acude al dentista con su madre. Sus incisivos maxilares no están correctamente alineados. La anomalía es mínima y no afecta su funcionalidad. Aunque durante los últimos años el dentista ha aconsejado tanto a la madre como a la niña mejorar los esfuerzos de cepillado, su higiene oral continúa siendo deficiente. La niña desea ponerse aparato de ortodoncia, por lo que sus dientes se verían perfectos cuando ingrese a la secundaria cuando tenga 14 años y la madre le apoya en eso. Sin embargo, el dentista está preocupado porque la mala higiene oral es una contraindicación para llevar a cabo esta técnica.

He aquí, un ejemplo de cómo la odontología plantea cuestiones éticas. Por ejemplo: ¿estaría justificado el rechazo a comenzar este tratamiento de ortodoncia? ¿por qué? ¿Cómo deben sopesarse los beneficios y perjuicios médicos en detrimento de otros aspectos del bienestar del paciente tales como la buena imagen y la confianza de los adolescentes? ¿Qué cuenta realmente como un beneficio médico? ¿Los dentistas o la profesión en general tienen alguna responsabilidad a la hora de contrarrestar la moderna cultura de consumo que se beneficia fácilmente de la presión ejercida sobre los adolescentes? Además, luego está el tema de la autoridad a la hora de tomar decisiones. ¿Quién debe tomar las decisiones sobre tratamientos? ¿El dentista, el paciente o los padres? ¿Qué valor debe conceder el dentista a los deseos de una joven de 12 años? ¿Importa que la madre esté de acuerdo?

Algunos dirán que la respuesta a estas cuestiones tendrá que provenir de la ley, la política, la religión, las fuerzas del mercado, la presión social o alguna otra fuente moral externa a la práctica

de la odontología. Este capítulo adopta la visión opuesta, desde dentro: los valores, los principios y la ética que rigen el ejercicio de la odontología y que son propios de la odontología en sí. Para ejercer una buena odontología, no es suficiente estar al tanto de las evoluciones más recientes en el campo de la ciencia, ni tampoco mejorar continuamente las habilidades técnicas. Ambas cualidades son necesarias para el ejercicio de la odontología, pero no suficientes. Es también necesario adherirse a las normas éticas que definen el ejercicio de la odontología.

Por ejemplo, los dentistas que usan su experiencia para torturar a presuntos terroristas no están ejerciendo una buena odontología. De hecho, podría argumentarse que sus acciones ni siquiera podrían llamarse odontología. Lo mismo podría decirse de aquel dentista que reemplaza dientes completamente sanos por implantes dentales caros, incluso si el paciente insiste en el tratamiento. El dentista puede hacerlo de manera experta empleando los últimos avances de la ciencia y la tecnología, pero no es una buena odontología.

En el pasado, cuando la mayoría de los dentistas solo eran capaces de realizar poco más que extracciones, era bastante evidente aquello que éticamente se les exigía para ser buenos dentistas: no extraer dientes innecesariamente ni cobrar de más a los pacientes por el servicio prestado. Sin embargo, las cosas ya no son tan sencillas. La odontología se ha hecho mucho más compleja y con los avances que ha experimentado han surgido nuevos y complejos desafíos éticos.

¿Se puede ejercer la odontología sin realizar juicios de valor?

Los detractores pueden reconocer la realidad de estas complejidades, pero insisten en que hacer juicios de valor en nombre de los pacientes va más allá de la competencia de los dentistas. Mediante la aplicación de los métodos de la ciencia biomédica, los dentistas descubren numerosa información sobre las enfermedades bucodentales. Sobre esa base fáctica, se pueden llevar a cabo diagnósticos efectivos y protocolos de tratamiento. A su vez, los dentistas pueden informar a los pacien-

tes sobre las diferentes opciones terapéuticas. Sin embargo, la cuestión de si dichos tratamientos son realmente valiosos para los pacientes, si estos deben someterse a ellos, solo pueden decidirlo ellos mismos, o al menos en eso insisten los críticos.

Pero, ¿qué se entiende por tratamiento efectivo? ¿efectivo para qué? Usar este término significa que existe alguna situación de hecho que aún no existe pero que es deseable. Además, el término "efectivo" no solo implica que el tratamiento conseguirá el objetivo deseado, sino que además merecerá la pena ser realizado. Ambos calificativos reflejan un juicio de valor. La situación tiene que tener algún valor para alguien para que sea deseable y por otra parte, alguien debe encontrar la forma en que el tratamiento merezca la pena. ¿Quién hace esos juicios de valor? ¿Solo los pacientes?

Los libros de texto de odontología actuales están llenos de afirmaciones sobre la efectividad de las dietas, fármacos, la cirugía y otros tratamientos. Aparentemente, los científicos que escriben estos capítulos presumen de ciertos valores. Dan por hecho que la mayoría de los pacientes comparten los valores propios de los científicos en cuestiones de bienestar y salud oral. Esto permite a los científicos hacer afirmaciones sobre la efectividad de todo tipo de tratamientos odontológicos sin cuestionarse qué desea cada paciente o a qué tratamiento quiere someterse.

Por ejemplo, un dentista puede decirle al paciente: "la cirugía es el tratamiento más efectivo para este tipo de cáncer oral". Esta afirmación no tendría sentido alguno si el médico que dice esto también afirma que nunca debe emitir juicios de valor en nombre de los pacientes, ya que refleja una particular visión sobre lo que es verdaderamente un estado deseable para este paciente (y, por lo tanto, la mejor forma de lograr ese objetivo). Al definir a la cirugía como "el tratamiento más efectivo" el médico expresa la opinión de que la remisión completa del tumor es un resultado final deseable y que merece la pena.

¿Qué ocurre si el paciente expresa una preocupación por las secuelas postoperatorias y prefiere la radioterapia? Esta reacción pone en entredicho el juicio de valor del médico, y por tanto, la ciru-

gía podría no ser la más efectiva, o ni siquiera un tratamiento efectivo. De hecho, es frecuente que los pacientes no busquen el tipo de salud oral óptima, que sus dentistas y la propia ciencia, asumen que es el objetivo ideal. En cambio, los pacientes podrían tener otros objetivos al buscar atención bucodental, tales como eliminar el dolor al menor coste posible.

Por lo tanto, encontramos que una declaración simple y aparentemente neutral respecto a un tratamiento efectivo implica necesariamente un juicio de valor sobre lo que es mejor para el paciente. Lo que se ha comentado acerca del concepto de efectividad es igualmente cierto aplicado a otros términos científicos básicos. Tomemos el concepto de salud. Este no describe una condición particular fisiológica. En cambio, sugiere una condición deseable y valorada. Ya en el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” El término clave en esta definición es “bienestar”. Es evidente que este término implica un juicio de valor. Refleja una deseable condición de ser que debemos proteger y promover.

Lo mismo puede decirse de otros conceptos básicos de la odontología, tales como enfermedad, trastorno y anormalidad. Es imposible definir alguno de estos términos sin hacer un juicio de valor sobre los intereses de los pacientes, sobre lo que debería ser, y sobre la norma que se debe seguir. En resumen, la misma odontología está siempre e inevitablemente basada en juicios de valor sobre los intereses de los pacientes. Por lo tanto, es imposible ser un dentista neutral.

La relación fiduciaria

La definición de salud oral del 2016 de la Federación Dental Internacional FDI subraya que “la salud bucodental es polifacética e incluye, entre otros aspectos, la capacidad de hablar, sonreír, oler, saborear, tocar, masticar, tragar y transmitir una serie de emociones a través de las expresiones faciales con confianza y sin dolor, incomodi-

dad ni enfermedad del complejo craneofacial” La incapacidad de hablar, sonreír o tragar hace que una persona sea vulnerable. Cuando los pacientes tienen un severo dolor dentario, son incapaces de masticar alimentos o padecen un trauma facial deformante, su bienestar, su interacción social y, en ocasiones, incluso su propia vida puede correr riesgo. Ninguna de estas patologías constituye situaciones en las que una persona pueda sentirse libre para actuar o esperar. Una persona con un absceso no puede posponer el tratamiento hasta que los antibióticos estén disponibles a un precio reducido puesto que lo necesita. Eso convierte a las personas en más vulnerables.

La vulnerabilidad de los pacientes se ve agravada por ser dependientes de expertos que atiendan sus necesidades. Los pacientes no pueden tratarse su propio absceso, su propio dolor de muelas ni la fractura de una restauración: los pacientes necesitan la ayuda de los dentistas. Es más, los pacientes han de tener confianza en sus dentistas. En primer lugar, deben confiar en que cuando los dentistas recomiendan ciertos tratamientos, esas recomendaciones se basan en las necesidades diagnosticadas del paciente y no en los propios intereses del dentista. En segundo lugar, los pacientes deben confiar en que sus dentistas son realmente competentes para proporcionar los tratamientos indicados. Por consiguiente, la relación entre el paciente y el dentista también es considerada una relación fiduciaria o una relación de confianza. Garantizar la confianza de los pacientes en la Odontología es un desafío ético importante para todos los dentistas.

Algunos críticos podrían objetar que la mayoría de los pacientes dentales no son realmente vulnerables ni dependientes del mismo modo que lo son un niño con un hueso roto o una mujer con cáncer de mama. La vida de los pacientes dentales raras veces está en peligro, y con atención preventiva regular, incluso los abscesos severos y el dolor se han convertido en infrecuentes. Además, un número cada vez mayor de actos dentales tienen fines puramente cosméticos y son por tanto optativos.

Es poco probable que esta crítica (que la mayoría de los pacientes no son realmente vulne-

rables) sea empíricamente correcta, particularmente cuando se interpreta a nivel mundial. Incluso los Estados Unidos de América, que gasta más de su producto nacional bruto en sanidad que ningún otro país, los niños se ausentan más días a la escuela por caries que por cualquier otra enfermedad. En cambio, la crítica apunta a otro desafío ético importante. En la medida en que los tratamientos proporcionados por los dentistas son puramente optativos o aspiran a alcanzar un objetivo no relacionado con la salud (como la belleza), la relación también cambia de fiduciaria (entre un proveedor de atención médica y un paciente) a una relación contractual (entre un empresario y un cliente). A su vez, este cambio genera un conjunto diferente de principios éticos y normas a los que el dentista debe adherirse. Abordaremos este aspecto en mayor profundidad en el capítulo 9.

Beneficencia y no maleficencia

Hemos abogado por la idea de que el elemento principal de la relación fiduciaria entre los dentistas y los pacientes es la confianza. Los pacientes deben ser capaces de confiar en sus dentistas. ¿Pero qué es exactamente aquello en que los pacientes pueden confiar, que los dentistas hagan o no hagan? No es fácil responder a esta pregunta y su respuesta ha evolucionado a través de los tiempos. De hecho, este manual en su totalidad podría verse como un esfuerzo con el fin de responder a esa pregunta. Sin embargo, dos ideas fundamentales parecen haber sobrevivido desde los días de Hipócrates hasta la actualidad. En el antiguo juramento hipocrático ya encontramos la tesis de que los profesionales de la salud deben promover el bien del paciente: “Aplicaré medidas dietéticas para el beneficio del enfermo de acuerdo con mi habilidad y juicio” Los pacientes deben poder confiar en que los dentistas siempre procurarán promover su bienestar e incluso darle prioridad por encima de los propios intereses del dentista. Esta obligación de los profesionales de la salud, se conoce como el principio bioético de la beneficencia.

En la actualidad, muchos expertos en ética critican este principio. Les preocupa que los dentistas hagan tratamientos supuestamente beneficiosos para los pacientes sin ni siquiera preguntarles. Hacer el bien, según sostienen estos críticos, implica necesariamente un paternalismo. Es cierto que a lo largo de la historia los profesionales de la salud se han comportado de manera muy paternalista. Hipócrates instruía a sus estudiantes de medicina con el fin de que nunca informaran a sus pacientes sobre la verdadera causa de su enfermedad. Esta tradición de silencio se ha mantenido hasta este siglo y todavía hay dentistas que creen saber qué es lo mejor para el paciente, sin ni siquiera preguntarle.

Sin embargo, el principio de beneficencia no implica paternalismo por sí mismo. Lo único que dice es que los dentistas deben actuar en los mejores intereses de los pacientes. De hecho, en la mayoría de los casos, el principio de beneficencia requiere que el dentista no sea paternalista. Es muy complicado determinar qué es lo mejor para un paciente sin preguntarle. Tal como se ha explicado anteriormente, si un dentista quiere decidir qué tratamiento es realmente lo mejor para el paciente, el dentista no puede confiar solamente en los hechos científicos, sino que además debe involucrar al paciente en la toma de decisiones.

El principio de beneficencia es paralelo a otro principio cuyas raíces también se remontan al Juramento Hipocrático. El fragmento del Juramento citado anteriormente es seguido por la siguiente oración: “Los protegeré de daños e injusticia”. Aunque se menciona secundariamente, este principio es probablemente incluso más importante, como se expresa en la antigua norma: *Primum non nocere* – Lo primero no hacer daño.

Las razones históricas de una advertencia tan drástica son evidentes. Gran parte de la medicina antigua, medieval e incluso gran parte de la medicina anterior al siglo XIX conllevaba muchos riesgos para el paciente. Las posibilidades de ser curado por los médicos no eran muy superiores a las posibilidades de curación natural. Además, las posibilidades de resultar afectado por las intervenciones de los médicos eran considerables. No es de extrañar que en aquel entonces los médicos

fueran adoctrinados para retroceder en caso de no estar seguros: *In dubio (dubiis), abstine* – “en caso de duda, abstenerse”.

Con la llegada de la medicina científica moderna, las posibilidades de los pacientes han mejorado enormemente, y la mayoría de los profesionales sanitarios han olvidado en cierto modo la advertencia de primero no dañar. Sin embargo, esta advertencia continúa siendo importante y se expresa como principio de no hacer daño en los códigos bioéticos contemporáneos. Sería obviamente una violación de este principio, besar a un paciente sedado o infectar intencionadamente con VIH a un paciente. Sin embargo, conductas menos graves tales como el sobretratamiento de los pacientes o la realización de intervenciones solicitadas por el paciente, aún sabiendo que son ineficaces o perjudiciales, también violarían este principio.

Incluso los dentistas bienintencionados que evitan cuidadosamente el sobretratamiento de los pacientes, pueden dañarlos ocasionalmente. Existen suficientes evidencias de que los dentistas cometen errores, o que los tratamientos tienen resultados perjudiciales inesperados, incluida la muerte. Casi todas las intervenciones dentales, ya sean diagnósticas, preventivas, terapéuticas o experimentales, conllevan ciertos riesgos para el paciente e implican algún peligro. Tendemos a llamar a esos riesgos efectos secundarios, pero no son menos reales. Cuando nos arriesgamos a infligir más daño que beneficio al paciente, debemos abstenernos. Cuando menos, deberíamos hacer una pausa para volver a examinar la situación y las intervenciones propuestas y discutir estas cuestiones con el paciente. Al fin y al cabo, es el paciente quien disfrutará los beneficios y asumirá los daños.

Recursos escasos y toma de decisiones inevitables

Hay un último aspecto de la práctica dental que analizamos brevemente aquí al ser otra fuente de interés actual en la disciplina de la ética dental. La confianza de los pacientes en los dentistas no se confiere principalmente a dentistas individuales,

sino a la profesión dental en general. Por ello, la profesión debe garantizar que todos los dentistas cumplen los niveles de conocimientos básicos y aptitudes y siguen los protocolos de práctica clínica. Sabiendo que todos los dentistas están capacitados, es improbable que los pacientes confíen en ellos si estos no pueden acceder a los servicios de atención bucodental que necesitan con urgencia.

La falta de acceso a la atención bucodental, no es, desde luego, un problema nuevo en la historia de la humanidad. Es precisamente debido a la carencia de dentistas competentes, que los barberos e incluso curanderos podían ofrecer sus servicios dentales a clientes desesperados. En algunos países, un gran número de pacientes aun tienen que depender de practicantes no cualificados para recibir atención bucodental de urgencia porque no se pueden permitir económicamente los servicios de un profesional cualificado o porque no tienen acceso a estos. La realidad de las asombrosas disparidades en la salud bucodental es ampliamente reconocida hoy en día como un gran desafío ético para la profesión dental. Solucionar este problema requerirá una cooperación estrecha entre dentistas, asociaciones de pacientes, compañías aseguradoras, legisladores, expertos en salud pública y muchas otras partes interesadas.

Sin embargo, incluso en su propia consulta, los dentistas se encuentran desafíos como equilibrar los intereses de diferentes pacientes y tener que tomar decisiones. Los 15 minutos que se dedican a informar al paciente sobre su derecho a rechazar el tratamiento ya no se pueden utilizar para revisar las radiografías de otros pacientes. Un descuento realizado a un paciente de escasos recursos debe ser compensado en el tratamiento de otro paciente asegurando un pequeño beneficio.

Tenga en cuenta que incluso en un mundo ideal en el cual no hay escaseces de recursos financieros, el problema de equilibrar los intereses de diferentes pacientes no estaría completamente resuelto. El ejemplo más claro de este problema de equilibrio surge cuando al mantener la confidencialidad de un paciente podríamos causar daño a otros. Tal conflicto puede surgir cuando un paciente padece una enfermedad altamente contagiosa, de manera que este puede paciente puede

representar una amenaza para la salud de los demás. Sin embargo, proteger a los demás pacientes podría suponer una violación de la confidencialidad. La violación de la confidencialidad puede a su vez hacer que el paciente contagioso desconfíe de los dentistas y los evite por completo, lo que podría desencadenar en una falta de tratamiento y en empeoramiento de su situación.

La rutina de cada día implica tales conflictos y exige que el dentista tenga que elegir. Los dentistas deben gestionar el tiempo que dedican a los diferentes pacientes. Estos deben decidir qué pacientes recibirán muestras gratuitas de un medicamento y quienes no. Deben evaluar cuando un paciente necesita una atención urgente y qué pacientes pueden esperar. Por otro lado, debe decidir cuántos pacientes de bajos recursos económicos puede atender en el consultorio. Los conflictos, tantos grandes como pequeños, entre los intereses de un paciente y de otro, son inevitables en el día a día de los cuidados dentales. Discutiremos estos retos con mayor detalle en los capítulos siguientes.

Estos no son los únicos conflictos de intereses que surgen rutinariamente en la práctica diaria de la odontología. Los dentistas no son solamente responsables de los pacientes, sino también de las personas que trabajan por y para ellos, ya sean empleados, compañeros dentistas u otros profesionales de la salud. Los dentistas deben aceptar la responsabilidad de estos inevitables actos de equilibrio. En otras páginas de este manual se discutirán los desafíos morales que surgen entre los miembros del equipo dental o en mayor escala, en la profesión dental en su conjunto.

Este capítulo ha sido escrito por Jos V. M. Welie

Lectura complementaria

- Chambers DW (2011). Ethics fundamentals. *J Am Coll Dent*, 78(3):41–46.
- Da Costa Serra M, Fernandes CMS (2016). Dental ethics. In: ten Have H (ed): *Encyclopedia of Global Bioethics*, pp. 829–836. Cham, Switzerland: Springer International Publishing.
- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, et al. (2017). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 151(2):229–231.
- Jackson SL, Vann Jr WF, Kotch JB, Pahel BT, Lee JY (2011). Impact of poor oral health on children's school attendance and performance. *Am J Public Health*, 101(10):1900–1906.
- Ozar DT, Sokol DJ, Patthoff DE (2018). *Dental Ethics at Chairside: Professional Principles and Practical Applications*. Washington, DC: Georgetown University Press. Chapters 1 & 5.
- Pellegrino ED (2001). The internal morality of clinical medicine: a paradigm for the ethics of the helping and healing professions. *J Med Philosophy*, 26(6):559–579.
- World Health Organization (1948). Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, June 19–22, 1946; signed on July 22, 1946 by the representatives of 61 states (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on April 7, 1948. Available at: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

Capítulo 2: Introducción a la ética dental

Resumen

Este capítulo ofrece una introducción básica en la disciplina académica de la ética. La ética dental se define como el examen crítico de los valores, derechos, normas, y demás que rigen la práctica de la odontología. Después de distinguir la ética de las etiquetas y leyes, se expone el importante papel de las razones (versus opiniones) en la ética dental. En la sección final, se revisarán tres estrategias básicas para asegurar un debate justo: preguntas, explicaciones y argumentos.

Las diferentes acepciones del término ética

En la vida cotidiana, la palabra *ética* se usa de muchas maneras diferentes. Un dentista emprendedor que comercializa de manera agresiva su consultorio con enormes carteles publicitarios en toda la ciudad, puede ser acusado por sus colegas de profesión de una violación de ética. El comité de ética del Colegio de dentistas podría investigar la queja. El comité puede elogiar la ética de trabajo del dentista, pero considerar que su campaña publicitaria es antiética. El colegio de dentistas puede luego decidir contratar a un especialista en ética para consultarle durante el proceso de redacción de un código de ética en la publicidad dental. El currículum de ese consultor puede incluir varios cursos sobre ética realizados en el pasado. Con el fin de prepararse para el asesoramiento ético, el consultor debe examinar un manual de ética dental, que se puede encontrar en la sección de ética de la biblioteca de la universidad.

El párrafo anterior contiene hasta 10 diversos significados del sustantivo *ética* y su adjetivo derivado *ético*. El problema podría complicarse aun más añadiendo una docena de usos de las palabras *moralidad* y *moral*. De hecho, en el ejemplo

anterior la palabra *ético* pudo haber sido reemplazada por el término *moral*, y *ética* por *moralidad*, lo cual tiene un perfecto sentido porque las palabras *ética* (derivada del griego antiguo) y *moralidad* (derivada del latín) significan literalmente lo mismo, al igual que los adjetivos *ético* y *moral*.

Pero si analizamos con más detenimiento, descubriremos que hay algunas diferencias importantes entre estos significados. Si cuestionamos la *ética* de un dentista o acusamos al dentista de una violación *ética*, entendemos que el dentista se ha comportado de manera impropia, incorrecta, injusta, reprobable o irresponsable. Pero si llamamos a un especialista en *ética* que ha completado varios cursos de ética y lee libros sobre este tema, estamos examinando un comportamiento. En este capítulo, el término *ética* está reservado para la disciplina académica que estudia los comportamientos.

¿Qué tipo de comportamientos estudia exactamente la disciplina de la ética? No esperamos que un comité de ética dental o un asesor de ética dental se ocupe de los aspectos técnicos de la práctica dental, ni de los aspectos científicos, administrativos, económicos o legales. La ética se preocupa de los aspectos morales del comportamiento humano. Un estudio ético de comportamiento humano es siempre evaluativo. Un especialista en ética observa los valores que son expresados mediante ciertos comportamientos, o aquellos que se ven afectados por el comportamiento humano. Los miembros del comité de ética harán preguntas como: “¿Fue justificable lo que hizo el Dr. Smith?” “¿Trata de manera justa a los pacientes nuestra clínica y estamos respetando sus derechos?” “¿Sería incorrecto violar la confidencialidad en este caso particular?” En este capítulo, el término *moralidad* se reserva para todos estos fenómenos de manera conjunta: valores, justicia, equidad, derechos, etc. – en resumen, la estructura normativa de ciertas prácticas y de la vida humana en general. La ética estudia la moralidad.

Aclaremos más esta distinción estableciendo algunas analogías. La Patología es el estudio de enfermedades, trastornos, discapacidades y síntomas (las cuales podemos llamar de manera colectiva enfermedades). Lamentablemente, comúnmente decimos que el Sr. A padece esta o aquella patología, cuando realmente queremos decir que padece esta o aquella enfermedad. Mientras que un patólogo estudia las enfermedades (y tejidos extraídos de pacientes enfermos) un higienista estudia la salud (o hace cosas para que las personas estén más saludables). Para ser un buen higienista dental, se debe saber mucho sobre salud dental y sobre la higiene dental de las personas. Pero no es en absoluto necesario tener dientes sanos y limpios para ser un higienista dental competente. Asimismo, que un especialista en ética estudie la moralidad, no significa que sea una persona moral.

Un manual de patología ayuda a los lectores a entender las enfermedades. Afortunadamente, no hace que los lectores se enfermen. Un libro de texto de higiene dental enseña a los estudiantes cómo mejorar la salud bucodental de sus pacientes. Sin embargo, esto no hará que la propia dentición de los estudiantes luzca más saludable, salvo que estos decidan actuar en concordancia a los conocimientos adquiridos y aplicarlos a sus propios dientes. Esto se aplica igualmente a la ética dental. Por ello, los autores esperamos que este manual aumente la comprensión de los lectores en cuanto a los aspectos morales de la práctica de la odontología. De hecho, una mayor comprensión ética puede ser de utilidad para tomar mejores decisiones morales. Sin embargo, conviene señalar que dependerá de cada lector tomar decisiones correctas. Es una elección y responsabilidad de los lectores actuar en concordancia con el conocimiento adquirido recientemente sobre ética dental.

La ética implica un examen crítico

La ética dental examina desde una perspectiva crítica los valores, los principios y las normas que conforman la práctica de la odontología. Este exa-

men difiere de la investigación empírica con la que los dentistas están familiarizados. Eso es porque los valores, principios y normas no son hechos. Es por eso que las cuestiones éticas por lo general no se pueden resolver mediante la recopilación de más datos. Por ejemplo, sería importante saber que la mayoría de los dentistas están dispuestos a tratar a pacientes con VIH/Sida. Sin embargo, ese hecho empírico no prueba que los dentistas estén moralmente obligados a tratar pacientes con VIH/Sida. La mayoría de las cuestiones en ética dental no se pueden analizar a menos que haya datos empíricos disponibles. Sin embargo, tener esos datos disponibles no es suficiente para resolver los dilemas éticos.

La diferencia entre un estudio empírico y un estudio ético también puede resumirse como la diferencia entre un enfoque descriptivo y otro prescriptivo. Cada vez que un erudito adopta un enfoque descriptivo, el objetivo es describir adecuadamente una situación de un lugar o momento determinado de la historia. El académico descriptivo quiere saber cómo eran las cosas, cómo son y cómo serán. Por otro lado, un erudito que adopta un enfoque prescriptivo quiere saber cómo deben ser las cosas.

Si no podemos descubrir cómo deberían ser las cosas mediante la recolección de más datos, ¿entonces cómo podríamos hacerlo? Una respuesta a esta pregunta sería recurrir a las costumbres: debemos tratar a los pacientes de esta manera y no otra porque es así como siempre lo hemos hecho. Esta respuesta es razonable. Por lo general, hay sabiduría en las tradiciones arraigadas. Tanto el término del griego clásico *ética* como el término latín *moral*, se refieren a un comportamiento social apropiado y arraigado. Muchas normas de comportamiento que rigen el comportamiento de los dentistas son frutos de la costumbre. El código de vestimenta es un buen ejemplo de ello.

Otra respuesta es recurrir a las leyes. Eso también tiene sentido, puesto que el verdadero objetivo de éstas es decirle a la gente lo que deben hacer y lo que no. Una vez más, cada país ha promulgado una variedad de leyes que instruye a los dentistas sobre como deben actuar en su profesión.

Entonces, ¿en qué se diferencian las costumbres y las leyes por un lado y la ética por el otro? En este capítulo, la diferencia es explicada en términos de razonabilidad. Las costumbres y las leyes son de cumplimiento obligatorio, incluso cuando las razones de las obligaciones específicas no son (o ya no son) evidentes. Tanto si conducimos por la derecha o por la izquierda, tiene poca relevancia siempre y cuando todos sigamos la misma costumbre.

Si por el contrario las razones de una obligación moral no están claras, la razón moral en sí misma cesa. El adulterio es moralmente incorrecto, no porque lo prohíba la tradición, el parlamento, Dios o alguna otra autoridad, sino porque se incumple una promesa solemne. Los ejemplos citados aquí demuestran que el proceso de razonamiento crítico es esencial para la disciplina de la ética dental.

¿Opinión personal o argumento razonado?

Antes de continuar nuestro debate de estrategias para alcanzar directrices éticas razonables y justificadas para el ejercicio de la odontología, debemos abordar una objeción desafiante. Hoy en día es muy común escuchar a la gente decir que la moralidad es en última instancia una cuestión de opinión personal y por tanto subjetiva, algo no muy distinto de los gustos. De la misma forma que diferentes personas tienen diferentes gustos, diferentes personas tienen diferentes valores. De nada sirve argumentar sobre los gustos y, de la misma forma, tampoco sirve de nada argumentar sobre cuestiones de valor.

Comparemos una afirmación sobre el gusto con una afirmación sobre los valores:

1. Creo que el chocolate negro es mejor que el chocolate blanco...
2. Creo que no deberías intentar reposicionar la mandíbula de este paciente...

Ambas son declaraciones de opinión. Resulta perfectamente lógico continuar la primera declaración diciendo:

1. ... pero no dudes en tomar un bocado de chocolate blanco si lo prefieres.

Sin embargo, es claramente problemático continuar la segunda declaración en una línea similar diciendo:

2. ... pero de todos modos no dudes realizar la operación si lo prefieres.

En lo que respecta a los intereses de los pacientes, su vida y su bienestar, ya no es una cuestión de opinión personal, gusto o estilo. Si un dentista está convencido de que la cirugía propuesta por un colega va a perjudicar al paciente, el dentista no debe hacer caso omiso a este desacuerdo ni tratarlo como una simple diferencia de opinión personal. En cambio, el dentista debe entablar un diálogo crítico con ese colega con el fin de determinar qué es lo más conveniente para el paciente. Aún si el paciente desea someterse a la operación, eso no establece de manera convincente que la operación sea objetivamente lo mejor para el paciente. Los pacientes también se pueden confundir a la hora de decidir qué es verdaderamente lo mejor para ellos.

Conviene observar que en un diálogo ético la cuestión no es quién tiene la razón, sino qué es correcto y por qué. Lo que cuenta son las ideas y los argumentos y no las personas que los expresan. El defensor de recolocar la mandíbula del paciente debe explicar porque va en el mejor interés del paciente realizar la cirugía. Su oponente debe rebatir esa opinión ofreciendo argumentos. Como resultado de esa confluencia de diferentes explicaciones y argumentos se espera que surja un punto de vista lo suficientemente justificado sobre los intereses de este paciente en particular, y que se tome la mejor decisión clínica posible en defensa de sus intereses. Es irrelevante si esta propuesta final es el resultado de lo que se pensaba al iniciar el diálogo o si por el contrario se trata de una propuesta innovadora.

Los debates éticos se basan en la convicción de que un punto de vista novedoso, enriquecido y moralmente sólido puede nacer de la confluencia de múltiples perspectivas del caso. Un ideal tan alto supone que el debate ético se lleve a cabo con

el máximo grado posible de cuidado y rigor. Las diversas ideas y percepciones deben ponerse sobre la mesa, aclararse, analizarse, examinarse, criticarse, perfeccionarse, combinarse, reexaminarse, etc., hasta llegar a una conclusión correctamente argumentada. Para que este proceso argumentativo tenga éxito, se requiere que los participantes sean capaces de debatir y estén dispuestos a hacerlo de manera justa.

Un debate justo

La imparcialidad en un diálogo ético implica ante todo verdadero respeto a las ideas, no solo a las propias sino también a las de los demás. El verdadero respeto no es solo una cuestión de educación y de tolerancia. El verdadero respeto implica interés y preocupación, una predisposición a escuchar nuevas ideas, a considerarlas cuidadosamente y a examinarlas y evaluarlas de manera crítica. El verdadero respeto conduce a un intercambio de nuestras opiniones por nuevas y mayores perspectivas, adaptar nuestras propias opiniones o defenderlas contra ideas alternativas.

No hay nada de malo en entablar un diálogo ético con convicciones morales sólidas y de principios. De hecho, se obtendrán muy pocos beneficios de aquellos participantes en el diálogo que nunca han tenido en cuenta los dilemas éticos que están siendo discutidos o quienes simplemente repiten ideas publicadas en los medios. Una persona que es capaz de proporcionar argumentos sólidos a favor de una posición particular es mucho más proclive a promover el debate ético que aquellas personas que no, siempre y cuando esta persona también sea capaz de reconocer y aceptar contraargumentos superiores.

El verdadero respeto por las ideas de otros también está reflejado en la manera en que desarrollamos el debate. Si bien es imperativo que abordemos las ideas de manera crítica y discutamos sobre ellas, nuestras críticas y contraargumentos deben ser justos.

Frecuentemente aquellos que discuten, ya sea intencionadamente o no, recurren a razonamientos engañosos. Por ejemplo, podemos terminar

atacando a nuestros oponentes en vez de a sus ideas. Cuando hacemos afirmaciones como “todos sabemos que no es el caso de X”, esperamos intimidar a nuestros oponentes para que se retiren. Cuando calificamos a nuestros oponentes como “inexpertos”, “como que no saben de qué están hablando”, cuando nos burlamos de ellos o alimentamos su creciente inquietud, en vez de analizar respetuosamente sus puntos de vista, en realidad los estamos ridiculizando.

Puede ocurrir también lo contrario cuando adulamos a una persona (sin estar verdaderamente de acuerdo) sólo con el propósito de atraerle a nuestro terreno. Podemos jugar con las emociones de los demás enfatizando aspectos tristes o resaltando los aspectos más agradables. Podemos proporcionar una autoridad indebida a los dentistas en nuestro propio campo dirigiéndonos a ellos como “Dr. Chang”, mientras nos referimos a los higienistas dentales como “Mary” y “John”. Todas estas estrategias frustran el proceso argumentativo y reducen la probabilidad de descubrir innovaciones creativas.

Existen 3 estrategias principales que los participantes en un debate ético pueden usar con el objetivo de hacer avanzar la discusión de una manera constructiva y justa: hacer preguntas, ofrecer explicaciones y construir argumentos.

- **Preguntas.** La primera estrategia, el cuestionamiento, ayuda a averiguar la verdad. Salvo que alguien específicamente pregunte porque X es verdadero, existe el riesgo de que todos simplemente lo asuman y que la verdad nunca sea examinada cuidadosamente. El propósito del cuestionamiento persistente no es arrojar dudas sobre todo lo que se diga ni crear confusión e incertidumbre, sino determinar qué es exactamente verdadero.
- **Explicaciones.** La segunda estrategia consiste en explicar los puntos de vista detalladamente. Sin tal disposición de ideas, otros participantes en el debate pueden no captar completamente las intenciones del orador. Esto es incluso más importante cuando los participantes en el debate representan diferentes disciplinas profesionales o culturas. Las explicaciones obligan

al orador a ser más autocrítico y a permitir un mayor entendimiento entre los demás participantes del debate.

- **Argumentos.** Los argumentos son los elementos más importantes de un diálogo ético. En la lengua inglesa, la palabra argument evoca asociaciones con la palabra agresión o incluso pelea. Sin embargo "to argue" significa literalmente aclarar. De hecho, el propósito de un argumento es hacer que una idea sea tan clara que consigamos que cualquier oyente razonable esté de acuerdo. Si un matemático aclara que con una serie de maniobras geométricas que $a^2 + b^2 = c^2$, el atento observador concluirá que $a^2 + b^2$ es efectivamente igual a c^2 . Asimismo, si reconocemos la tesis de que todos los pacientes competentes deben dar un consentimiento informado explícito antes un tratamiento dental que realidad los estamos ridiculizando.

Puede ocurrir también lo contrario cuando no sea de emergencia y establecemos que John Smith es competente y que la propuesta de reposicionamiento de la mandíbula inferior no es un tratamiento de emergencia, se deriva lógicamente que John Smith deba consentir explícitamente el reposicionamiento. Pero ¿y si John no es competente? Teniendo en cuenta la información suministrada hasta el momento, evidentemente no podemos concluir si debe dar su consentimiento explícito. Por eso, surge una nueva cuestión: ¿qué derecho tienen los pacientes incompetentes a tomar decisiones? Así es como se debe proceder en un debate justo sobre ética.

Una vez más, algunos dilemas éticos son tan complicados que incluso un debate justo entre participantes de mentalidad abierta no proporcionaría una resolución aceptable. De hecho, la humanidad ha estado luchando contra dilemas éticos espinosos durante miles de años. Los filósofos han propuesto diferentes teorías éticas en un intento de dar sentido a la complejidad de la experiencia moral y con el fin de tratar de resolver los desafíos morales. Algunos académicos han intentado desarrollar una teoría ética basada en principios matemáticos, otros han recurrido a

emociones humanas. Algunos han argumentado que la moralidad de cualquier acción depende de sus consecuencias. Otros han negado que los resultados sean relevantes porque estos pueden ser imprevistos y completamente accidentales. En cambio, lo que importa es la intención, la voluntad propia de la persona que actúa. Otros han insistido en que es imposible para cualquier teoría de la ética resolver determinados dilemas clínicos y que lo máximo que podríamos esperar de una teoría de este tipo es una comprensión general de cómo vivir como ser humano una vida moralmente buena.

En este manual, no profundizamos en la teoría ética (aunque el lector puede encontrar ocasionalmente una breve referencia a una teoría ética específica). Aquellos interesados en profundizar más sobre la aplicación de diferentes teorías de la ética al análisis de cuestiones éticas en el ejercicio de la odontología deberán consultar alguno de los numerosos manuales de ética dental disponibles.

Este capítulo ha sido escrito por Jos V. M. Welie

Lectura complementaria

- Morrow D (2017). Moral Reasoning: A Text and Reader on Ethics and Contemporary Moral Issues. Part I: Reasoning About Moral and Non-Moral Issues. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Richardson HS (2014). Moral reasoning. In: Zalta EN (ed): The Stanford Encyclopedia of Philosophy (Winter 2014 Edition). Available at: <https://plato.stanford.edu/entries/reasoning-moral/>
- Rule JT, Veatch RM (2004). Ethical Questions in Dentistry, 2nd ed. Chapter 3: Basic ethical theory, pp. 69–86. Berlin, Germany: Quintessence Publishing.
- Slote MA (2004). Ethics: I. Task of ethics. In: Post, SG (ed): Encyclopedia of Bioethics, pp. 795–802. New York, NY: Macmillan Reference USA.

Capítulo 3: El estándar de cuidados

Resumen

La confianza es la base de la relación dentista-paciente. Cuando un paciente tiene un largo historial con un dentista, la confianza se basa en la experiencia que ha vivido con este. Cuando un dentista comienza a trabajar en un consultorio después de finalizar sus estudios, los pacientes acudirán al consultorio de éste sin ninguna experiencia con ese dentista específico. Como consecuencia, el hecho de que acuda al consultorio no significa que confíe en ese dentista en particular, sino en la odontología como profesión. Confían en que esos individuos que se denominan “dentistas” tienen ciertas habilidades básicas ya que se han graduado en Odontología y las autoridades sanitarias les han otorgado una titulación para ejercer.

Introducción

El reconocido papel de la confianza plantea algunas cuestiones:

- ¿Quién determina cómo debe comportarse un dentista?
- ¿Están la explicación y elaboración de las normas éticas localmente determinadas o deben ser determinadas a nivel nacional o incluso global?
- ¿Qué ocurre con la transparencia en la odontología? ¿Debe un paciente confiar automáticamente en que un dentista se adherirá a las normas éticas? ¿Cómo puede un paciente saber la manera en que estas normas deben aplicarse en el ejercicio de la profesión?
- ¿Cuál es el papel de las directrices y los protocolos?

En este capítulo trataremos de responder estas preguntas.

¿Quién determina cómo debe comportarse un dentista?

El sello distintivo de la profesionalidad es la fiabilidad. Es la confianza en la profesión en su conjunto lo que garantiza la confianza de los pacientes en un dentista en específico.

Por el contrario, es sólo cuando cada dentista ejerce su profesión conforme a las normas profesionales que puede mantenerse la confianza del público en el conjunto de la profesión. Si cada dentista hiciera aquello que personalmente considerara mejor para el paciente, sería muy probable que los pacientes recibieran diferentes planes de tratamientos de diferentes dentistas. De hecho, para afectar la confianza del público en la profesión de la odontología, sólo se necesita a un periodista para comparar a unas docenas de dentistas y descubrir que todos ellos prescriben tratamientos diferentes.

Reader's Digest, una de las revistas más leídas de Estados Unidos, publicó una edición en 1997 con el título condenatorio en la portada “Cómo los dentistas nos estafan”. El artículo de portada mostró que las estimaciones de precios para el tratamiento dental de un problema particular para un paciente oscilaron entre 500\$ y 30,000\$. Para evitar tales disparidades en los planes de tratamiento, la profesión debe informar tanto a los dentistas como al público de cuales son los estándares de cuidado en la odontología.

En general, el estándar de cuidado en la odontología, se define como aquello que será realizado razonablemente por un dentista prudente en circunstancias similares. Ese criterio fue utilizado por primera vez en un caso de derecho civil en Inglaterra, llamado el caso Bolam.

El caso Bolam

El Sr. Bolam resultó herido durante una terapia electroconvulsiva y demandó al hospital. Con el fin

de determinar si el hospital fue negligente o no, el juez instruyó al jurado:

“Yo preferiría expresarlo de esta manera, que no es culpable de negligencia si ha actuado de acuerdo con una práctica aceptada como apropiada por algún organismo responsable de médicos expertos en una disciplina particular. No ceo que haya mucha diferencia de sentido. Es solo una manera diferente de expresar la misma idea. Dicho de otro modo, un sujeto no es negligente si está actuando de acuerdo a tal práctica simplemente porque existe una corriente de opinión que podría sostener lo contrario. Asimismo, eso no significa que un médico pueda obstinada y tercaamente continuar con alguna técnica antigua si se ha demostrado que es contraria a la opinión médica substancial. (*Bolam v Friern Hospital Management Committee* [1957] 1 WLR 582)



Fig 3.1 Aspectos del estándar de cuidados.

El caso *Bolam* fue utilizado en los tribunales para establecer qué debe hacer un dentista de acuerdo a lo que hacen la mayoría de sus colegas. En muchos países, un estándar de cuidados similar al estándar de *Bolam* ha sido adoptado a nivel legal resaltando la importancia del acuerdo entre pares.

La figura 3.1 muestra los aspectos del estándar. Éste abarca aspectos técnicos de la odontología: la indicación del tratamiento y la forma en que se realiza. También incluye aspectos de organización de la consulta, por ejemplo, el control de infec-

ciones en el consultorio o el deber de tratar a las personas durante los fines de semana. El tercer grupo de aspectos incluidos en el estándar son los derechos del paciente (aspectos de relación).

Desde un punto de vista legal, solo hay dos opciones: un determinado comportamiento está conforme a derecho, o no. En muchos casos el estándar de cuidados representa ese límite entre lo legal y lo ilegal en cuestiones de salud bucodental. No obstante, debemos recordar que incluso cuando un acto es legal, desde el punto de vista ético no significa que sea realmente un acto apropiado. Suponga, por ejemplo, que un colegio de dentistas ha emitido una norma que establece que los pacientes que han tenido un accidente deben ser atendidos durante el fin de semana. El colegio no ha emitido ninguna norma respecto a otra acción de emergencia. Esto implica que un dentista no está obligado a atender durante los fines de semana a los pacientes que tengan dolor de muelas. Sin embargo, podría argumentarse que el principio ético de hacer el bien obliga a los dentistas a atender a estos pacientes durante los fines de semana.

¿Qué sucede si un paciente desea un tratamiento que va en contra del estándar de cuidados?

¿Qué sucede si un paciente desea un tratamiento que va en contra del estándar de cuidados? La respuesta a esta pregunta depende en primer lugar de la legislación local. En muchos países la ley prohíbe desviarse del estándar de cuidados, salvo que seguir el estándar sea perjudicial para el paciente. Si el dentista estima que sí, éste tendrá que proporcionar razones científicas y clínicamente sólidas para demostrar que seguir el estándar no es la mejor opción para un paciente en específico. En la mayoría de las jurisdicciones, la simple voluntad del paciente no es una razón válida para desviarse de la norma.

En la actualidad, algunos pueden opinar que un paciente bien informado sabe mejor lo que es bueno para él, por lo que el dentista debería cumplir los deseos del paciente. Sin embargo, esta objeción es de por sí cuestionable.

En primer lugar, muchos pacientes no saben lo que es bueno para ellos a largo plazo. Por ejemplo, un paciente que tiene miedo al dentista y solicita que le extraigan los dientes sanos para no tener que volver otra vez, puede tener sentido para él a corto plazo, pero lo más probable es que termine arrepintiéndose después de haber tomado esa decisión. Otro ejemplo es el paciente al que le duelen mucho los dientes anteriores y pide al dentista que se los extraiga para dejar de sentir tanto dolor en vez de permitir que se le haga algún tratamiento conservador.

En segundo lugar, el paciente no es el único con intereses. El dentista, por ejemplo, no puede ser obligado a realizar un tratamiento que podría ser perjudicial para el paciente. Otra parte involucrada podrían ser las compañías aseguradoras. No es razonable esperar que una compañía aseguradora pague un tratamiento que va a perjudicar al paciente.

Y luego, está la profesión de la Odontología como un conjunto, que también tiene su interés. En la introducción argumentamos que la confianza en la profesión es de vital importancia para la sociedad. Con el fin de obtener ayuda dental, los pacientes deben confiar en los dentistas, así como en la profesión para que trabajen en su interés y no les causen daño. Si los dentistas, incluso una pequeña minoría de ellos, están dispuestos a comenzar a proporcionar tratamientos que ellos mismos creen que no son beneficiosos para el paciente, la sociedad perderá la confianza en la Odontología en su conjunto.

Cambio del estándar a lo largo del tiempo

Debido a que el estándar de cuidado se deriva del conocimiento de los dentistas, este puede cambiar a lo largo del tiempo a medida que los nuevos graduados se van incorporando al ejercicio de la profesión. Cientos de años atrás, se aconsejaba a los pacientes que se enjuagaran con trementina después de una extracción. Consejo que ningún dentista daría en la actualidad.

Otro cambio en el estándar de cuidado se refleja en la endodoncia. Hace décadas, los dentistas usaban medicamentos que contenían arsénico. En

la actualidad, en la mayoría de los países, el arsénico no se utiliza. Tales cambios pueden darse en un corto período de tiempo. Hace tan solo una década, la mayoría de los estudiantes de odontología holandeses, cuando se les presentaba un caso que involucraba una obturación fracturada querían reemplazarla. En la actualidad, no se considera necesario su reemplazo inmediato (encuesta realizada por W. Brands). No solo ha cambiado la indicación de recambio de la obturación a lo largo del tiempo, sino también la forma en que la cavidad es preparada. Durante un largo periodo de tiempo (desde 1891), las cavidades se prepararon según el concepto de extensión por prevención de Black en el que se movía material dentario sano. Este concepto ha sido sustituido por un enfoque más conservador, tanto para el uso de obturaciones resina como de amalgama (Osborne 1998). A medida que el ejercicio de la Odontología continúa cambiando con el paso del tiempo, también lo hace el estándar de cuidado.

¿Un estándar de cuidado local o global?

La forma en que se interpretan los estándares de cuidados varía de un país a otro, e incluso dentro de un país. Por ejemplo, algunos países evalúan los estándares como “normas nacionales de cuidados”, mientras que en otros países se emplean “normas locales”. Si se usan las normas locales, las intervenciones de los dentistas se evalúan conforme a las normas de la comunidad. Es importante tener en cuenta que los estándares se centran en los dentistas y sus hábitos según criterios geográficos. Ninguna de las normas está lo suficientemente preparada como para abordar el creciente movimiento geográfico de los pacientes, que pueden acudir al dentista con solicitudes motivadas por razones culturales.

En varias partes de África, por ejemplo, es éticamente deseable pulir los dientes anteriores para que estén puntiagudos. En otros países, los dientes anteriores son extraídos por completo. A primera vista, podría parecer evidente que extraer dientes sanos sólo para satisfacer ideales de be-

lleza culturalmente definidos es perjudicial. Una vez más, no es infrecuente que los ortodoncistas de países occidentales extraigan los premolares sanos cuando el objetivo final de esa intervención es únicamente estético, y, además, esas extracciones están dentro de las normas de cuidados de estos países occidentales. En resumen, las normas de cuidados parecen reflejar no solo los niveles educativos y técnicos de la región, sino también los valores predominantes sobre la salud y la belleza. Discutiremos este tema en el capítulo 12.

Aunque hay ciertos elementos locales en los estándares de cuidados, existe una tendencia a alejarse de las normas de cuidados determinadas localmente hacia una adopción gradual de aquellas normas de cuidados que son más globales. Para entender mejor esta tendencia, debe examinarse la fuente del estándar.

Estándar de Cuidados y Odontología basada en la evidencia

Los dentistas son formados en diferentes Universidades, diferentes países y en diferentes períodos de tiempo. Estos, han adquirido diferentes experiencias tratando a diferentes pacientes. Por tanto, las probabilidades de derivar un estándar uniforme de cuidados de las experiencias personales de un grupo de dentistas son bajas. ¿Qué otras fuentes sobre las cuales basar los estándares de cuidados están disponibles?

Una segunda fuente para el estándar de cuidados son las leyes existentes y las decisiones adoptadas por los colegios de dentistas locales y los tribunales disciplinarios sobre el ejercicio de los dentistas. Teniendo en cuenta que las leyes y la jurisprudencia están por definición limitadas a un determinado país (o incluso a un área de un país), estas no conducirán a un estándar de cuidado uniforme y global. Además, no siempre es fácil acceder a dicha información legal y raras veces los dentistas están interesados en esos asuntos. Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que los holandeses saben poco sobre las normas legales que se que aplican al ejercicio de la profesión.

La tercera y más importante fuente de estándar de cuidado es la ciencia. La indicación, y la me-

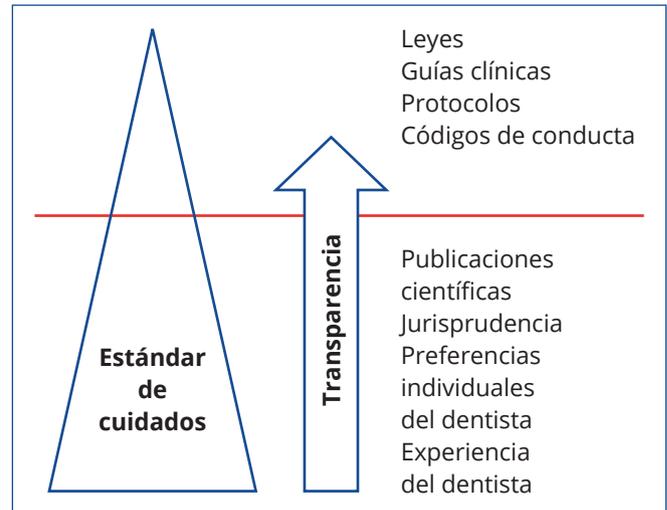


Fig 3.2 Las fuentes del estándar de cuidados y la transparencia.

jor manera de realizar un tratamiento debe estar basada en la evidencia científica. La opinión predominante hoy en día es que la odontología debe estar basada en la evidencia. Dado que se supone que las conclusiones científicas son válidas en todo el mundo, en teoría esto podría conducir a un estándar global de cuidado.

Sin embargo, existen algunos desafíos. El primero de ellos es la accesibilidad de la investigación. Existen enormes bases de datos como PubMed, pero los investigadores sólo pueden encontrar información ahí si saben lo que están buscando. Además, aunque hay una tendencia al libre acceso, muchas revistas dentales de impacto sólo están accesibles a un coste elevado. Otro desafío son los artículos científicos en si mismo. En la actualidad hay que saber muchísimo sobre estadística para poder evaluar las investigaciones publicadas. Otro desafío a la hora de evaluar las investigaciones podrían ser los vínculos entre los investigadores y los proveedores, tales como los proveedores de un material restaurador. Esto se discutirá detalladamente en el capítulo 9. La conclusión es que hay una tendencia a adoptar una odontología basada en la evidencia, pero es muy complicado para el dentista, y más aún para el paciente, sopesar y entender esta evidencia. El estándar de cuidado es como un iceberg: la mayor parte no es visible para los dentistas, los pacientes o terceros.

Transparencia de la atención, pautas y protocolos

El estándar de cuidado no es solo un estándar para los dentistas, para ayudarles a elegir la mejor opción para un paciente. También sirve de ayuda a los pacientes y para juzgar el tratamiento que su dentista le propone. De este modo, el estándar de cuidado es un instrumento que sirve a la autonomía del paciente. El estándar también se utiliza como un instrumento para ayudar al dentista a la hora de rendir cuenta acerca de sus opciones y su trabajo. Basándose en la aplicación de ese estándar, los terceros pueden juzgar el trabajo de un dentista. Para cumplir estos diferentes objetivos, el estándar debe ser transparente, de fácil acceso y comprensible, no solo para los dentistas, sino también para los pacientes y terceros (ver Figura 3.2).

Para aclarar el estándar y hacerlo más transparente, organizaciones competentes elaboran guías y protocolos. Cuando estas guías abordan aspectos organizativos o derechos de los pacientes, por lo general se basan en las leyes y en la jurisprudencia local, en la opinión de dentistas expertos o miembros de asociaciones dentales. Cuando las guías y los protocolos se refieren a la indicación de tratamientos y la forma en que estos se realizan, se basan generalmente en la evidencia o están derivados de artículos científicos. Además de la evidencia, los autores de las guías clínicas in-

cluyen la opinión de expertos. A menudo, las organizaciones de consumidores o pacientes están involucradas en la elaboración de guías.

Sin embargo, incluso cuando existen guías claras, quedan algunos desafíos. ¿Es la organización autora de las guías considerada por los dentistas como una fuente de autoridad confiable?

¿Están las guías y los protocolos a disposición de todos los dentistas, el público y terceros? Ocasionalmente, las organizaciones las ponen sólo a disposición de sus miembros. Al hacerlo, limitan el alcance de sus guías a sus miembros. La pregunta más importante relativa a las guías y los protocolos es si una aclaración del estándar de cuidado es siempre beneficiosa para los pacientes y terceros.

El estándar de cuidado y sus circunstancias

Las guías y los protocolos están adaptados a las circunstancias normales: un dentista con buena experiencia y razonablemente prudente ejerciendo en un consultorio adecuadamente equipado. Sin embargo ¿qué sucede si las circunstancias no son normales? En ese caso, deberíamos volver a la definición del estándar. ¿Qué haría un dentista razonablemente prudente en estas circunstancias anómalas? Es importante tener en cuenta este estándar cuando un paciente no puede acudir al consultorio por enfermedad. En este caso, la primera pregunta que surge es: ¿El paciente hizo todo lo

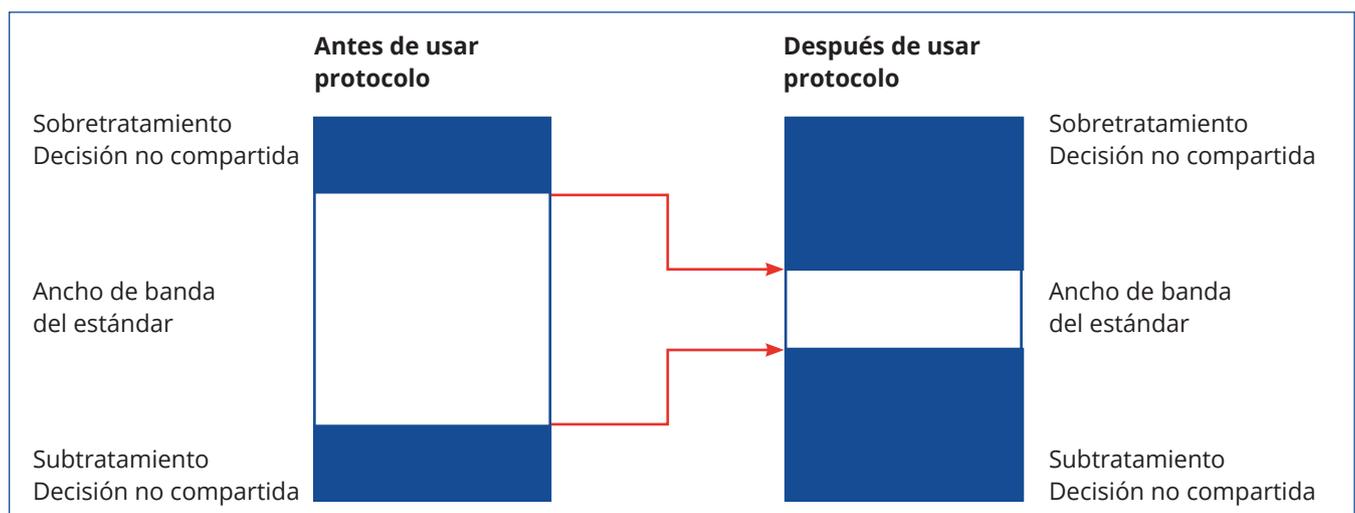


Fig 3.3 Un protocolo limita el “ancho de banda” del estándar y por lo tanto comparte la toma de decisiones.

que se esperaba para venir al consultorio? La segunda pregunta es: ¿Hay otros dentistas que estén mejor equipados para realizar el tratamiento a nivel domiciliario? Asumamos que la respuesta a esas preguntas demuestra que un dentista tiene la opción de elegir entre dejar un paciente que no puede acudir al consultorio por razones justificadas o realizar un tratamiento que podría ser de menor calidad que en circunstancias normales. En este último caso, el estándar de cuidado no es aquel que un dentista razonablemente prudente debe brindar en su consultorio bien equipado, sino lo que haría un dentista razonablemente capacitado en estas circunstancias específicas.

Toma de decisiones compartida, toma de decisiones basada en la evidencia

La aclaración del estándar de cuidado previene frente a posibles diferencias entre dentistas en la indicación de tratamientos. Anteriormente, vimos que estas diferencias confunden al público y que los medios de prensa concluyen que los dentistas estafan a sus pacientes, lo que socava la confianza de público en la profesión.

La figura 3.3 muestra qué sucede cuando el estándar de cuidado en relación a la sustitución de una obturación se aclara mediante un protocolo. Antes de la implantación del protocolo, el estándar tenía cierta validez. Si los dentistas reemplazan las obturaciones antes de tiempo, están sobretratando y si las sustituyen muy tarde, caerán en el subtratamiento. Teniendo en cuenta que el estándar de cuidado es bastante ambiguo, existe un amplio margen en el que un dentista reemplazaría la obturación mientras otro preferiría esperar y ambos estarían actuando conforme el estándar de cuidado. Esto podría llevar a la confusión del público. Después de implementar el protocolo, el estándar de cuidado se aclara y hay menos confusión.

Pero, paradójicamente el desarrollo de protocolos también puede tener desventajas para los pacientes. Para explicar este punto, es necesario retomar una conclusión anterior: un dentista sólo

puede ofrecer tratamientos que estén dentro del estándar de cuidado (con la excepción de esos tratamientos que, si bien cumplen con el estándar, no sería beneficiosos para un paciente en particular). Por consiguiente, un paciente sólo puede solicitar aquellos tratamientos que se encuentran dentro del estándar de cuidado. Cuánto más amplio es el margen dentro de la norma profesional entre el sobretratamiento y el subtratamiento, mayor es el margen para que los dentistas puedan ser divergentes, aun siguiendo dentro de la norma.

Imaginemos un paciente que desea que se le elimine una obturación perfectamente funcional porque está descolorida. Aunque la mayoría de los colegas dentistas podrían considerar inadecuado el reemplazo de esta obturación, el amplio margen del estándar de cuidado podría permitir al dentista realizar ese tratamiento, para cumplir el deseo del paciente. Sin embargo, con un protocolo más estricto y con menos margen de maniobra, habrá menos posibilidad de negociaciones entre el dentista y sus pacientes. En consecuencia, reducir la incertidumbre en el estándar de cuidado también puede causar una restricción de opciones.

Puede haber otra solución: la toma de decisiones basada en la información sobre la evidencia y la toma de decisión basada en la evidencia. En el primer concepto, un dentista informa al paciente acerca de la evidencia para determinado tratamiento. Sin embargo, el dentista y el paciente podrían decantarse por otro tratamiento que no sea la guía relevante basada en la evidencia o aquello que indica el protocolo si así lo solicita el paciente. Gitterman y Knight propusieron una solución similar: práctica basada en la evidencia. La práctica basada en la evidencia incorpora hallazgos de investigaciones, construcciones teóricas y un repertorio de competencias y habilidades profesionales coherentes con los valores y la ética de la profesión (Gitterman y Knight 2013).

En muchos países los dentistas y los pacientes no están autorizados a desviarse del estándar. Los dentistas que lo hagan, podrán enfrentar problemas legales cuando estos y sus pacientes escojan un tratamiento fuera del estándar de cuidado, incluso si el paciente ha sido ade-

cuadramente informado, está capacitado para juzgar lo que es bueno para él y esta elección se registra en su historia clínica. Como resultado, la toma de decisiones basada en la evidencia sólo está permitida dentro del estándar de cuidado. Como vimos anteriormente, cuanto menor es el margen en el estándar de cuidado, menor será el espacio para la toma de decisiones basada en la evidencia.

La individualización y el estándar de cuidado basado en un objetivo a largo plazo para el tratamiento

Como ya se ha señalado, en países con un estándar de cuidado rígido y protocolizado, la toma de decisiones compartida sólo es posible dentro de los estrictos y estrechos límites de las guías y los protocolos. Quizás exista la posibilidad de más margen para compartir la toma de decisiones en países con un estándar de cuidado vinculante y estricto. Para entender por qué existe realmente tal margen, necesitamos revisar los fundamentos del estándar de cuidado, es decir, la obligación de beneficiar al paciente.

Aunque las guías y los protocolos no mencionan sus objetivos explícitamente, la mayoría de las veces el objetivo de la guía es alcanzar una condición óptima de salud. En el campo de la medicina, ese objetivo es evidente y goza de un amplio apoyo, puesto que la mayoría de las personas valoran enormemente un buen estado de salud y en general, para lograrlo, los pacientes están a menudo dispuestos a someterse a tratamientos onerosos o extremadamente costosos.

Sin embargo, en el campo de la odontología no es tan evidente que la mayoría de las personas estén dispuestas a someterse a tratamientos onerosos o muy costosos para alcanzar una salud oral óptima. Si eligen gastar su dinero en otras alternativas, tales como vacaciones con la familia o comprar un vehículo nuevo, o si no tienen seguro dental o simplemente no se pueden permitir económicamente ese tratamiento, tal vez pierdan los dientes, pero no morirán. Si el objetivo general del paciente no es aspirar a

una salud oral óptima, sino solamente librarse del dolor, no tiene sentido alguno forzar a este paciente y a su dentista a cumplir con los protocolos y las guías cuyo objetivo es alcanzar una salud oral óptima.

En otras palabras, en este contexto el dentista y el paciente están de acuerdo en cuanto al objetivo del tratamiento a largo plazo. Este puede variar desde procurar la ausencia de dolor, aceptando el paciente que probablemente llevará una prótesis de aquí a 10 años, hasta la preservación a largo plazo de los dientes naturales, a toda costa. En consecuencia, una guía o un protocolo, en este contexto, sólo es aplicable cuando tanto el dentista como el paciente comparten el mismo objetivo a largo plazo (Brands and van der Ven 2015). En teoría este concepto puede utilizarse en países con estándares de cuidado estrictos y vinculantes cuando se cumplen varias condiciones. La guía aplicable debe mencionar qué tratamiento se recomienda para alcanzar un determinado objetivo. El dentista debe informar adecuadamente al paciente. El paciente debe ser capaz de sopesar su interés a largo plazo. Debe haber un acuerdo entre el dentista y el paciente en cuanto al objetivo del tratamiento a largo plazo (este objetivo debe evaluarse pasados algunos años) Por último, pero no menos importante, tanto el objetivo como la evaluación deben quedar registradas en la historia clínica del paciente.

Supuesto práctico

1. Un dentista extrae un molar superior a un colega. Durante la intervención, el molar se fractura y se provoca una perforación del seno. El dentista y su paciente acuerdan dejar las cosas como están y realizar una prótesis fija para reemplazar el molar extraído. Después de un tiempo, la raíz del molar extraído produjo una severa inflamación y el paciente presentó una queja ante el Colegio de dentistas. El dentista argumenta que él no tiene la culpa, puesto que el paciente (que es también dentista), aceptó y consensuó el plan de tratamiento.

¿Cómo debe el Colegio de dentistas actuar frente a esta reclamación?

- Un paciente acude a un dentista para una revisión. El dentista descubre problemas periodontales. Como describe la guía pertinente, aconseja al paciente que acuda a un periodoncista. El paciente se niega y pide al dentista que le realice una tartrectomía para retirarle el cálculo.

¿Qué debe hacer el dentista?

¿Habría alguna diferencia si el dentista encuentra un carcinoma y recomienda al paciente acudir a un cirujano maxilofacial?

Este capítulo ha sido escrito por Wolter Brands

Lectura complementaria

- ADA (2013). Clinical Practice Guidelines Handbook: Evidence-Based Dentistry. Available at: http://ebd.ada.org/~media/EBD/Files/ADA_Clinical_Practice_Guidelines_Handbook-2013.ashx
- Brands WG, van der Ven J (2015). Evidence-based clinical guidelines in dental practice. Guidelines: professional autonomy and right of self-termination. *Ned Tijdschr Tandheelkd*, 122: 331–336.
- Broers DLM, Brands WG, Jongh A de, Welie JVM (2010). Deciding about patients' requests for extraction: ethical and legal guidelines. *J Am Dent Assoc*, 141:195–203.
- Gitterman A, Knight C (2013). Evidence-guided practice: integrating the science and art of social work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 94(2): 70–78.
- Niedermaier R, Richards D, Brands W (2012). The changing standard of care. *JADA*, 143(5):434–437. Osborne JW, Summitt JB (1998). Extension for prevention: is it relevant today? *Am J Dent*, 11(4):189–196.
- Sonneveld R, Brands WG, Bronckhorst E, Welie J, Truin GJ (2013). Patients' priorities in assessing organizational aspects of a general dental practice. *Int Dent J*, 63(1):30–38.

Capítulo 4: El deber de tratar

Resumen

Uno de los principales intereses de los pacientes es obtener ayuda cuando sientan que la necesitan.

Cuando los pacientes buscan ayuda, dos factores deciden si serán tratados: la accesibilidad y la disponibilidad. La reducción de disponibilidad, que obliga a los dentistas a rechazar más tratamientos, es en la mayoría de los casos una elección consciente de estos. La accesibilidad limitada es, en muchos casos, una acción no consciente. Se trata meramente de la gestión de la consulta y por tanto afecta a todos los pacientes.

En este capítulo abordaremos la cuestión de si los dentistas tienen o no el deber de tratar y en caso de que así sea, qué factores influyen en el alcance de este deber.

Introducción

Debe aclararse que los dentistas no tienen el deber de tratar, sino el deber de ofrecer tratamiento. Un tratamiento en la actualidad sólo es posible después de haber obtenido el consentimiento del paciente (para el consentimiento, remítase al capítulo 5) Teniendo en cuenta que el término deber de tratar se usa comúnmente, utilizaremos este término en este capítulo.

El deber de tratar depende de varios factores; por ejemplo, la condición del paciente que solicita ayuda. Las condiciones pueden variar desde un paciente que no necesita ayuda o no quiere ayuda urgente a aquellos que han sufrido un pequeño accidente y que sufren dolor. Al contrario de los pacientes médicos, los pacientes dentales rara vez se encuentran en una situación potencialmente mortal. En caso de un accidente grave, los pacientes serán trasladados a un hospital para ser atendidos por un cirujano maxilofacial. Un segundo factor puede ser el tipo de tratamiento que se solicita. El tratamiento puede limitarse a

un examen oral, a un tratamiento preventivo, a primeros auxilios, o pueden incluir un tratamiento extensivo, tales como coronas o puentes. Un tercer factor puede ser la relación entre el dentista y el paciente antes de solicitar ayuda. Por ejemplo, ¿tiene un seguro de asistencia y en caso afirmativo, ¿cuáles son las condiciones? En este capítulo utilizaremos el término paciente regular para referirnos a aquellos pacientes que han manifestado su deseo de mantener una relación profesional a largo plazo con un dentista específico o clínica dental y que han sido aceptados. Estos pacientes no acuden a la clínica para una visita aislada (como puede ser un tratamiento de urgencia) sino que esperan continuar recibiendo tratamientos regulares en esa clínica.

El capítulo anterior abordó otro factor importante en los deberes de un dentista: las normas locales. Muchos países tienen normas que incorporan de alguna manera el deber de tratar. Estas normas varían y algunas veces son incomprensibles. Es difícil explicar porque un dentista en una región específica no está autorizado a negarse a prestar ayuda a un paciente VIH positivo, aunque si es perfectamente aceptable que se niegue a prestar ayuda a alguien que no pueda pagar el tratamiento. Teniendo en cuenta que estas normas tienen sus propios antecedentes y que este manual trata sobre la ética a nivel mundial, basaremos nuestras ideas en principios universales de hacer el bien y no hacer daño. Puesto que los dentistas están obligados a cumplir las normas de su país, éstos deben buscar información sobre las obligaciones legales del lugar dónde ejercen.

En este capítulo abordaremos el deber de tratar a un paciente basado en los principios de beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (no hacer daño). Lo haremos respondiendo algunas preguntas:

- ¿El deber de tratar depende de la relación entre el dentista y el paciente?
- ¿Qué relación existe entre la condición del paciente y el deber de tratar?

- ¿Cuál es la relación entre el tratamiento solicitado y el deber de tratar?
- ¿Qué otros factores pueden indicar el deber de tratar?
- Si hay un deber de tratar, y si este deber depende de una relación, ¿está obligado el dentista a establecer una relación?
- ¿Cuáles son las condiciones necesarias para poder finalizar esta relación?

¿Depende el deber de tratar de una relación previa entre el dentista y el paciente?

La relación entre un dentista y un paciente varía de un país a otro. En algunos países los dentistas y los pacientes no tienen ningún tipo de relación. Cuando los pacientes necesitan buscar algún tratamiento acuden a cualquier dentista que deseen. En otros países, los dentistas y los pacientes tienen una relación que puede llegar a durar años. Esta relación está basada en el acuerdo de que el paciente requerirá tratamiento del dentista y que el dentista realizará dicho tratamiento a tiempo y según el estándar de cuidado abordado en el Capítulo 3. Estos pacientes son conocidos como pacientes regulares. En algunos casos la relación se produce con una clínica en vez de con un dentista en específico y el paciente se convierte en un paciente regular de la clínica pudiendo ser tratado por diferentes dentistas.

Esta relación dentista-paciente es beneficiosa tanto para el dentista como para el paciente. Los dentistas pueden evaluar su carga de trabajo y sus ingresos, mientras que a los pacientes se les asegura asistencia del dentista o el consultorio que han elegido. Además de obtener asistencia del dentista en el que se confía, hay más ventajas en la relación estable entre dentista y paciente. Sólo mediante una relación estable el dentista y el paciente pueden establecer a largo plazo un objetivo para la afección dental del paciente. Si un paciente visita a un Dentista A para una corona, a un Dentista B para una extracción y a un Dentista C para una obturación, existe la posibilidad de que se pierda toda la consistencia en el tratamiento.

Otra ventaja es que toda la información relevante se guarda en una única historia clínica. Para más información sobre la importancia de una historia clínica adecuada, remítase al capítulo 7. Anteriormente, vimos que el deber de tratar a un paciente regular no sólo se basa en factores generales, sino en un acuerdo para brindar tratamiento dentro del estándar de cuidado y dentro de las capacidades del dentista. Los deberes de los dentistas cuando el tratamiento excede sus capacidades se abordan en el capítulo 8.

El deber de tratar: pacientes regulares versus pacientes previamente desconocidos

Anteriormente, llegamos a la conclusión de que el deber de los dentistas de tratar a sus pacientes regulares es bastante extenso. Este deber está basado en un acuerdo entre el dentista y el paciente. En algunos países, el deber de tratar está limitado a los pacientes regulares. El sistema en el cual los dentistas sólo tienen un deber legal hacia sus propios pacientes tiene algunas ventajas para el dentista, ya que pueden planificar su trabajo y seleccionar a sus pacientes.

Cuando discutimos este tema desde un punto de vista ético, resulta tentador considerar esta cuestión referente al deber de tratar principalmente desde el punto de vista del paciente que busca tratamiento. Desde esta perspectiva los dentistas deben, en base al principio de hacer el bien, ofrecer a cualquier paciente el mismo tratamiento que dan a sus pacientes regulares. Si se observa más atentamente, esta solución no es tan ideal como puede parecer, pues socava el sistema de pacientes regulares ya que, si los dentistas pierden todo su tiempo tratando a otros pacientes, el tratamiento de los pacientes regulares podría verse comprometido.

A nivel nacional, puede haber otra desventaja en el deber ilimitado de tratar. En un sistema en el cual los dentistas como profesión tienen el deber de tratar a toda la comunidad, cada dentista asume la carga de un problema que realmente es solo en parte suyo. Si el dentista resuelve el pro-

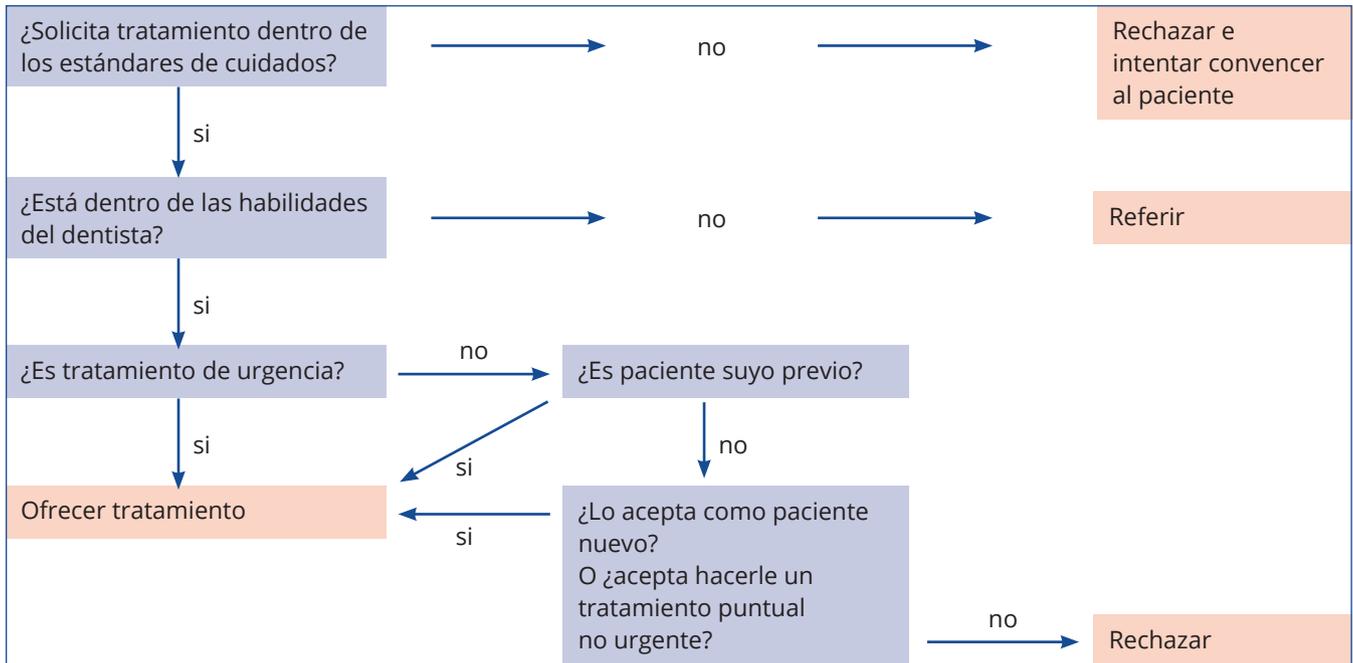


Fig 4.1 Preguntas y respuestas cuando un paciente consulta por un tratamiento específico. Las preguntas relativas a los estándares de cuidados, habilidades del dentista y tipo de paciente (previo o no) están en un determinado orden en el diagrama. Dependiendo de las circunstancias, el dentista puede cambiar el orden de las preguntas.

blema, no alentará a las otras partes interesadas, a las aseguradoras o al gobierno a involucrarse, ajustando el cuidado que debe asegurarse o aumentando el número de profesionales. Por otro lado, si los dentistas como profesión no participan en la solución del problema, estos obligan a las partes interesadas a buscar sus propias soluciones, tales como formar a más higienistas dentales, u otorgarles licencias que les permitan tratar a pacientes incluso sin supervisión.

La principal obligación de los dentistas es hacia sus pacientes regulares. Si un dentista ha comenzado a tratar a un paciente, ese paciente no debería ser abandonado para que el dentista comience a tratar a uno nuevo, incluso si este último tiene una mayor necesidad o se pudiera beneficiar más. Tal abandono podría socavar la relación de confianza entre el dentista y el paciente.

Por otra parte, los dentistas no pueden emplear todo su tiempo y recursos a sus propios pacientes e ignorar completamente las necesidades dentales de otros. Si una inversión total por parte del dentista hacia un selecto número de pacientes deja a otros pacientes sin al menos un cuidado

dental básico, el dentista ha fracasado a la hora de equilibrar adecuadamente sus obligaciones hacia aquellas personas necesitadas. El deber de tratar se convierte en una ponderación de intereses: los intereses de los pacientes regulares y los intereses del propio dentista, frente a los intereses de los pacientes necesitados de tratamientos básicos. Dependiendo del resultado de este proceso, la necesidad dental básica puede variar desde un tratamiento dental normal hasta un tratamiento de urgencia solamente. Con frecuencia el tratamiento de aquellos que no son pacientes regulares, se limita al tratamiento del dolor, sangrado, inflamación o situaciones derivadas de un traumatismo.

Tratamiento solicitado y el deber de tratar

Anteriormente analizamos algunas limitaciones del deber de tratar. El deber del dentista dependerá del tipo de tratamiento y del paciente que lo solicite. En el capítulo 3 llegamos a la conclusión de que los dentistas no están autorizados a

ofrecer tratamientos que no estén conforme al estándar de cuidado. Por consiguiente, los dentistas deben negarse cuando los pacientes les solicitan tratamientos que no se ajusten al estándar de cuidado y pueden rechazar dicho tratamiento sin violar la autonomía del paciente. El principio de autonomía se abordará más detenidamente en el capítulo 5. Lo mismo cabe decir de aquellos casos en el que los pacientes buscan tratamientos que exceden las capacidades del dentista. Esta situación se analizará en el capítulo 8.

Anteriormente comentamos que los dentistas pueden limitar el tratamiento que se ofrece a los pacientes que no sean pacientes regulares y ofrecerles únicamente tratamientos de emergencia. Por consiguiente, si un paciente de este tipo solicita algún tipo de tratamiento que no sea de emergencia, el dentista no está obligado a tratarlo. La figura 4.1 ilustra las preguntas que un dentista debe formularse cuando un paciente solicita un tratamiento específico. Nuevamente, se hace hincapié en que éstas son cuestiones éticas. Las preguntas y respuestas legales pueden variar de un país a otro.

El deber de tratar y las características del paciente que busca ayuda

Pacientes que no pueden o no quieren pagar

Muchos pacientes no se pueden permitir económicamente un tratamiento bucodental adecuado. Estados Unidos de América invierte una gran parte de su Producto Nacional Bruto en asistencia sanitaria, sin embargo, todavía no ha conseguido que la atención sanitaria esté disponible a la totalidad de su población. En EEUU el porcentaje de personas sin seguro médico en el año 2016 fue de 8,8% o 28,1 millones de personas (Barnett 2017). El número de personas que carece de seguro dental es aún mayor. El problema de la distribución de la asistencia, ya sea en todo el mundo o dentro de un país, se aborda en el Capítulo 9. En este capítulo analizaremos la cuestión de si un dentista tiene o no la obligación de atender a un paciente que no paga.

Los pacientes que no pagan al dentista pueden tener varias razones para no hacerlo. Pueden no estar satisfechos con el tratamiento realizado por el dentista o puede haber decidido gastar su dinero en otra cosa y esperan salirse con la suya. Un tercer grupo lo constituyen aquellos pacientes que realmente no pueden pagar. Contrariamente a la práctica de grandes empresas o agencias gubernamentales, es muy poco habitual que un dentista se ponga a evaluar la razón por la que un paciente no paga. Supongamos que un dentista descubre la razón por la que un paciente no está pagando. Si el paciente no está satisfecho, el dentista debería hablar con él e intentar llegar a un acuerdo. Esto podría prevenir una reclamación o que el paciente acuda al Colegio de dentistas. Si el paciente prefiere gastar su dinero en otra cosa, el dentista puede demandarle. Asimismo, el dentista puede considerar negarse a atender a este paciente en el futuro, particularmente si ha dejado de pagarle en varias ocasiones. El que se le permita negarse a tratarle o no, ya depende de las leyes locales. Pero ¿qué sucede si el paciente no puede pagar la factura? Ningún dentista tiene la obligación moral de ofrecer un tratamiento completo a todos aquellos pacientes necesitados que llamen a su puerta. Hacer eso puede afectar económicamente a su consulta y podría provocar que otros pacientes tampoco paguen los honorarios estipulados. Por otra parte, si algunos dentistas rechazan a todos aquellos pacientes que no puedan pagar, aquellos dentistas más generosos pronto podrían verse sobrecargados. Se podría argumentar que, si cada dentista fuera generoso y ofreciera al menos los tratamientos de urgencia, los pacientes considerados como "indigentes" obtendrían la asistencia que necesitan y la carga se distribuiría uniformemente entre todos los dentistas.

Pacientes incumplidores

Para el dentista surge un problema peculiar cuando el paciente interviene en el proceso terapéutico. ¿Puede un dentista negarse a tratar a un paciente si este no cumple con el plan de tratamiento o rechaza la terapia indicada? El paciente tiene derecho a rechazar determinadas opciones

de tratamiento, así como el derecho a seleccionar una opción, aunque no sea la que el dentista opine que es la mejor alternativa.

Tomemos el ejemplo de un paciente que necesita un tratamiento con prótesis. Debido a su propensión al vómito, el paciente odia el proceso de toma de impresiones e insiste en que se le tome solo una vez, en vez de las dos habituales. La capacidad del dentista para alcanzar un tratamiento con prótesis que se ajuste perfectamente, se ve ahora reducida y, por tanto, su obligación de conseguir un resultado óptimo se ve mermada. Sin embargo, las consecuencias que puede tener la solicitud del paciente son relativamente menores, por lo que el dentista podría aceptar y proceder con el tratamiento. Eso sí, sería importante informar detalladamente al paciente sobre las consecuencias de tomar una sola impresión, las limitaciones que su decisión conlleva en los resultados finales y especificar por escrito esa insistencia del paciente en su historia clínica.

En cambio, si las consecuencias de acceder a la petición del paciente pueden ser graves, la situación cambia completamente. Supongamos que un paciente tiene el primer molar mandibular fracturado. El dentista le recomienda un tratamiento de endodoncia y una corona. Sin embargo, el paciente no desea pagar la corona y solicita que se le realice una obturación. Preocupado por la posibilidad de que ese diente se fracture pronto, el dentista propone al paciente una extracción, pero este se muestra inflexible. En este caso, los deseos del paciente empujan al dentista a una situación muy compleja. El dentista no tiene la obligación de acceder a la petición del paciente al existir otras alternativas razonables, aunque los riesgos para la salud del paciente sean remotos.

En otros casos, los riesgos para la salud pueden ser graves y exceder los beneficios médicos que se puedan obtener. Imaginemos que un paciente tiene los terceros molares impactados. Necesitan ser extraídos para evitar una futura pericoronaritis. Sin embargo, el paciente padece una severa afección cardíaca y requiere de una profilaxis antibiótica para prevenir una posible endocarditis. Si el paciente desea que se le realice la extracción, pero rechaza los antibióticos, el dentista, por mo-

tivos éticos y legales, debe negarse a ello, puesto que los posibles beneficios para la salud oral del paciente se ven superados por el riesgo de una endocarditis potencialmente mortal.

El siguiente caso que se expone más abajo, es un caso real del Consejo de Dentistas de Holanda y muestra que puede haber circunstancias excepcionales en las que un paciente requiera de un tratamiento específico y el dentista se vea obligado sin embargo a optar por otras alternativas. Podría argumentarse que un paciente bien informado debería poder decidir si desea o no un tratamiento. Sin embargo, al igual que un paciente no puede pedirle a un médico que le asista en un suicidio, tampoco le puede pedir a un dentista que le realice un tratamiento que sea perjudicial.

Supuesto clínico

Una asistente dental pidió a un dentista (su empleador) que le examinara una llaga que tenía en su lengua. El dentista después del examen clínico y le recomendó que acudiera urgentemente a un cirujano maxilofacial. La asistente se negó a acudir al cirujano y continuó solicitando a su dentista nuevas exploraciones, tras las cuales le volvió a insistir en la urgencia de consultar a un cirujano. Al final, la asistente falleció como consecuencia de un carcinoma de lengua y el viudo presentó una denuncia en contra del dentista. El Consejo de Dentistas de Holanda acordó que, dado que el tratamiento oportuno del carcinoma era de enorme importancia, el profesional debió haber insistido aún más a su asistente con el fin de conseguir que acudiera al cirujano y concluyó que, en cualquier caso, el dentista debió de haberse negado a continuar examinando a la paciente.

Ni el paciente ni el dentista pueden manipular al otro en una relación profesional determinada. La obligación de tratar del dentista es paralela a la obligación de cooperar del paciente en su propio tratamiento. El dentista debe ofrecer al paciente una selección razonable de opciones de tratamiento y a su vez respetar las decisiones del paciente. Sin embargo, si el paciente rechaza todas estas opciones, ya no podrá reclamar el derecho a ser tratado.

Pacientes que suponen un riesgo para la salud del dentista

En ocasiones, acuden a la clínica pacientes que suponen un riesgo para la salud del dentista. Esas enfermedades incluyen la infección por VIH, hepatitis y tuberculosis. La pregunta es: ¿están los dentistas obligados a tratar a estos pacientes?

Los dentistas son responsables de su propio bienestar, pero aquí nuevamente se debe conseguir un equilibrio adecuado. La primera pregunta es si se trata o no de una urgencia. Si un paciente padece una enfermedad curable, por ejemplo, tuberculosis, se puede posponer el tratamiento dental hasta que el paciente deje de ser contagioso. Otra cuestión a considerar podría ser: ¿Existe algún tratamiento que sea menos peligroso para el dentista, incluso aunque la cura sea menos efectiva? ¿Qué sucede si todas las opciones han sido consideradas y rechazadas y el paciente continúa siendo una amenaza para el dentista? Es evidente que los dentistas no están obligados a sacrificar sus vidas por el bien de sus pacientes. ¿Puede un dentista negarse a atender a un paciente que padece la peste, Ébola o alguna otra enfermedad altamente contagiosa? Los héroes en la historia de la asistencia sanitaria seguramente fueron aquellos profesionales de la salud que continuaron tratando a sus pacientes incluso cuando tal atención implicaba un alto riesgo para su propia salud. Sin embargo, jamás en la historia, tal altruismo ha sido incluido en juramentos o en otros documentos, como los estándares de cuidado obligatorio para los profesionales sanitarios.

Por otro lado, en caso de enfermedades menos contagiosas, o en caso de que se pueda prevenir el contagio, tales como la hepatitis C o el VIH, se podría argumentar que los dentistas están moralmente obligados a atender a los pacientes que padezcan esas enfermedades y por tanto a aceptar los mínimos riesgos que el tratamiento a esos pacientes pueda suponer para su propia salud. Estos pacientes tienen que aceptar que los dentistas que los atiendan tomen mayores precauciones, realicen procedimientos más lentos o incluso incrementen el coste del tratamiento si su condición médica así lo exige.

El deber de tratar es una obligación compartida por todos los dentistas, excepto cuando dicho tratamiento representa un riesgo grave para su propia salud y vida. Los dentistas son conjuntamente responsables de la salud oral de los pacientes, por lo que cada uno debería asumir tal responsabilidad por igual. Si algunos dentistas comienzan a negarse a atender a pacientes contagiosos, sus colegas terminarían corriendo un riesgo desproporcionado.

Pacientes agresivos

En la asistencia sanitaria, la agresión puede manifestarse de diferentes maneras: verbal, física y legal. Al considerar el deber de tratar, el dentista debe sopesar sus propios intereses frente a los de los pacientes. Básicamente, la relación entre un dentista y un paciente está basada en la confianza. La confianza y la agresión son incompatibles. Dos factores importantes a analizar son la gravedad y la causa de la agresión. Algunas personas están asustadas y ese miedo puede convertirles en agresivos. Se podría argumentar que los dentistas son profesionales y que como tales deberían ser capaces de hacer frente a formas leves de agresión. Si la agresión tiene su origen en la personalidad del paciente, o si la agresión causa algún daño al dentista, éste puede negarse a atender al paciente.

Pacientes que no pueden acudir a la clínica dental

La figura 4.1 muestra las consideraciones éticas de un dentista cuando un paciente solicita un tratamiento específico. El dentista podría considerar las mismas preguntas cuando los pacientes solicitan un tratamiento normal, pero en condiciones poco comunes, por ejemplo, porque no pueden acudir a la clínica dental. En el capítulo 3 abordamos los desafíos que el dentista tiene que enfrentar cuando un paciente no puede acudir a la clínica y concluimos que el estándar de cuidado depende de las circunstancias. Cuando un dentista acude al domicilio de los pacientes, el estándar de cuidado podría diferir del estándar de cuidado que se logra en clínica. Esto nos hace llegar a la conclusión de que el estándar de cuidado no es una razón

ética válida para negarse a acudir al domicilio del paciente, salvo que este pueda ir a la clínica o que otro colega pueda desplazarse al domicilio de este y realizar un tratamiento más adecuado que el nuestro, en esas circunstancias.

¿Está un dentista obligado a aceptar a alguien como paciente regular?

Anteriormente vimos que los dentistas están obligados a ofrecer a sus pacientes regulares todos los tratamientos conforme al estándar de cuidado y dentro de sus capacidades. Por otro lado, los deberes hacia aquellos que no son pacientes regulares son limitados. Por lo tanto, puede ser importante para un paciente estar incluido en la categoría de paciente regular. Desde esa perspectiva, surgen dos preguntas: ¿está un dentista obligado a aceptar a un alguien como paciente regular? Además ¿está permitido que un dentista ponga fin a este vínculo? En los siguientes dos párrafos analizaremos estas cuestiones.

Legalmente, la relación entre un dentista y un paciente es contractual. En la mayoría de las jurisdicciones, ambas partes son libres de establecer o no ese vínculo. En algunos países existen excepciones a esta regla, y estas excepciones pueden jugar un papel importante en las discusiones éticas sobre la relación entre el dentista y el paciente:

- Cuando la negativa sea derivada de una discriminación, basada en la raza, sexo o religión;
- Cuando un dentista haya tratado ya a un paciente y este opine que se ha convertido en paciente regular;
- Cuando aceptar al paciente es un deber derivado de un contrato entre, por ejemplo, el dentista y la aseguradora del paciente.

Algunas negativas son menos claras. ¿Está, por ejemplo, un dentista obligado a aceptar a un paciente cuando es el único dentista de la localidad? Basado en su posición de monopolio (único dentista), se podría argumentar que está obligado a atender a todos los pacientes. Pero, por otra parte, el aceptar a tantos pacientes podría suponer que el dentista termine sobrecargado de tra-

bajo y afectar no solo al profesional, sino también a sus pacientes regulares.

Extinción de la relación con un paciente regular

La respuesta a la pregunta de si un dentista puede o no finalizar la relación con un paciente regular depende de las razones por las cuales se pone fin a ese vínculo y quizás de si dicha extinción cumple o no determinadas condiciones.

Un dentista puede desear poner fin a la relación con un paciente regular básicamente por dos razones:

- Debido al comportamiento del paciente (por ejemplo, el paciente actuó de manera tan estresante para el dentista que este no desea continuar con la relación contractual)
- Anteriormente ya se mencionó el derecho del dentista a poner punto final a la relación si el paciente rehúsa determinados tratamientos o diagnósticos que el dentista considere imprescindibles.

Extinción de la relación dentista-paciente debido a la conducta del paciente

Se podría argumentar que un comportamiento irracional debe ser siempre una razón para poner punto final a una relación porque es un abuso de la confianza mutua, base de la relación. Desde este punto de vista, un abuso de la confianza es suficiente para la extinción de una relación. Por otro lado, los dentistas tienen el monopolio de la atención bucodental y por lo tanto, los pacientes dependen de sus servicios. En este sentido, el dentista sólo puede poner punto final a la relación con un paciente por razones convincentes y sólo si se cumplen determinadas condiciones.

Algunas razones para la extinción incluyen: comportamiento agresivo, negativa a pagar o negativa a cooperar con el tratamiento. Dependiendo de la gravedad del motivo para finalizar la relación, y basándose en el monopolio de los

dentistas, se podría argumentar que en situaciones en las que el paciente se comporte de manera inadecuada (pero no de manera agresiva), el dentista podría tener derecho a poner punto final a la relación sólo bajo determinadas condiciones. Cuánto peor sea el comportamiento del paciente, menor será el número de condiciones que se le exija cumplir al dentista. Algunas de estas condiciones son: el deber de avisarle, el deber de darle al paciente un tiempo prudencial para buscarse otro dentista, el deber de ayudar al paciente a encontrar a otro dentista y el deber de asegurarse de que el paciente recibe tratamiento de urgencia a tiempo. En estos casos el dentista debe encontrar un equilibrio entre sus propios intereses y los intereses del paciente. Teniendo en cuenta que el monopolio profesional de los dentistas juega un papel importante, este equilibrio puede verse influenciado debido a la disponibilidad de atención dental en la región. Si se supone que los dentistas deben ayudar a los pacientes a encontrar a otro dentista, surge la duda de si es o no justo y adecuado derivar a un paciente agresivo o que no paga las facturas, a otro colega.

Extinción de la relación dentista-paciente debido a que el dentista tiene pensado limitar su ejercicio

Parece razonable, que un dentista decida limitar su ejercicio clínico y por ello terminar con determinadas relaciones dentista-paciente. Sin embargo, cuando un dentista planifica reducir o extinguir su práctica, siempre que sea posible, debe advertir de ello a sus pacientes, darles suficiente tiempo para buscar otra clínica y ayudarles a ello.

Cualquiera que sea el motivo de la extinción de la relación, el dentista está obligado a enviar, a petición del paciente, una copia del historial clínico al nuevo dentista. Las cuestiones relacionadas con la conservación del historial clínico se abordan en el capítulo 7.

Preguntas

1. Se puede argumentar que un dentista debe ayudar a un paciente a encontrar a un nuevo profesional cuando decide poner punto final a la relación que los une. Por otro lado, esto podría ser injusto para el colega al que se deriva el paciente si este presenta determinados problemas de comportamiento. ¿Cómo se deben sopesar estos argumentos?
2. Un dentista se pregunta si se puede negar a iniciar una relación dentista-paciente con dos pacientes. Uno infectado con VIH y otro que es una persona indigente. ¿Cómo le podemos aconsejar?
3. Después de varias horas de trabajo, a un dentista se le pide que atienda a un paciente que acude con dolor. El paciente ha estado con ese dolor varios días, pero argumenta que no ha podido acudir antes a la consulta debido a su horario de trabajo. ¿Debería el dentista atenderle de manera inmediata o hacerlo solamente durante su horario laboral?

Este capítulo ha sido escrito por Wolter Brands

Lectura complementaria

Barnett JC, Berchick ER (2016). Health Insurance Coverage in the United States: 2016. US Census Bureau Report Number: P60-260.

Capítulo 5: Principio de respeto a la autonomía del paciente

Resumen

El principio bioético del respeto a la autonomía del paciente está ampliamente aceptado como uno de los principios más importantes que guían el ejercicio de la atención sanitaria. Se encuentra entre los 13 principios incluidos en los Principios Internacionales de ética para la Profesión Bucodental adoptados por el Consejo de la FDI en 2016. Este capítulo describe brevemente los orígenes de estos principios y explica cómo ha sido puesto en práctica de manera más clara en los derechos de consentimiento del paciente. Este derecho establece que el dentista no puede comenzar un tratamiento a menos que el paciente le haya autorizado a hacerlo, aceptando el tratamiento recomendado. Es decir, el paciente es libre de rechazar cualquier y todos los tratamientos dentales, incluso aquellos que objetivamente son los más recomendados para él. Los procesos para obtener el consentimiento se describen a continuación, incluso para categorías específicas de pacientes, tales como los niños o los adultos que no están capacitados para tomar decisiones sanitarias de forma autónoma. Se presta especial atención al deber del dentista de informar adecuadamente a sus pacientes antes de obtener su consentimiento.

Introducción

La odontología es necesariamente genérica. Está basada en determinadas presunciones que se cree que son válidas para grandes categorías de pacientes. Por ejemplo, la odontología presupone que el dolor dentario es insoportable, que el mantenimiento de los dientes funcionales son un beneficio y que los dientes alineados y blancos son deseables. Da por hecho que la pérdida temprana de dientes es patológica (aunque esta pérdida ha sido algo común durante siglos y lo sigue siendo en muchas partes del mundo) y que los dientes

irregularmente posicionados son anormales (aunque, estadísticamente sean la norma).

Sin estas presunciones genéricas, la investigación científica es imposible. Sin embargo, algunos pacientes pueden no estar de acuerdo en que los dientes blancos son deseables, o pueden no querer someterse a la supuesta norma que establece que los dientes deben estar alineados. Al atender a cada paciente, el dentista debe encontrar una manera de ajustar los beneficios genéricos presumidos por la odontología a las necesidades e intereses particulares y algunas veces únicos de cada paciente.

Antes del siglo XX, los profesionales de la salud tenían por costumbre determinar las necesidades e intereses de los pacientes independientemente de sus propios criterios. El Juramento Hipocrático puede interpretarse para justificar tal acción: “aplicaré medidas dietéticas en beneficio de los enfermos de acuerdo a mi capacidad y mi criterio”. Probablemente hubo una variedad de razones para esta actitud paternalista, una de las cuales era el principio de que “el médico sabe más que nadie”. Quizás el autor del Juramento estaba pensando en el poder de la política, exigiendo a los médicos que rechacen tales influencias en la toma de decisiones sobre el tratamiento. Tal vez estaba pensando en la diferencia entre una intervención médica basada en las habilidades clínicas y el buen conocimiento y otra basada en el curanderismo o la magia. Quizás el autor estaba de hecho abogando por el paternalismo, es decir, tomando decisiones en nombre del paciente sin involucrarle (paternalismo suave) o incluso en contra de las objeciones de los pacientes (paternalismo duro). Sin embargo, incluso si este último fuese el caso, no debemos perder de vista los cambios que han ocurrido en la medicina y en la odontología. Durante miles de años, la mayoría de los profesionales de la salud estaban muy limitados a la hora de ofrecer alternativas a sus pacientes.

Por otra parte, la multitud de opciones efectivas disponibles en la actualidad, para los dentistas

y sus pacientes, exigen tomar decisiones que no pueden ser decididas por el dentista en solitario. En segundo lugar, los remedios a los que se refiere el autor del Juramento (medidas dietéticas) era improbable que resultaran perjudiciales o que produjesen daños en el paciente, si este decidía no cumplir esas normas. Sin embargo, los remedios de la odontología del siglo XXI pueden conllevar efectos secundarios bastante serios y por tanto requieren un cuidadoso análisis del equilibrio riesgo-beneficio, consensuado conjuntamente entre dentista y paciente. Finalmente, a menudo los pacientes están a merced de sus dentistas una vez iniciado el tratamiento en boca, ya que el paciente anestesiado es incapaz de colaborar verbalmente.

Debido a la individualidad de cada ser humano a la singularidad de la vida de cada persona, a las necesidades y los intereses específicos, nos debemos respeto mutuamente. Esta obligación es aún mayor en aquellos que estamos llamados a intervenir directamente en el cuerpo y la vida de otras personas, durante los tratamientos médicos o dentales. El dentista que rechaza al paciente con un dolor severo comete un error moral de negligencia. El dentista que extrae todos los dientes sanos del paciente simplemente porque se lo pide, es culpable de dañar al paciente lo que es moralmente inaceptable. También se equivoca el dentista que, a pesar de ser competente, se embarca en un tratamiento complicado sin antes informar al paciente, involucrándolo en el proceso de toma de decisiones y obteniendo de este su consentimiento para la intervención propuesta. Ese dentista no ha respetado la autonomía del paciente.

Respeto a la autonomía: consentimiento

La palabra autonomía significa literalmente norma hacia uno mismo. Un pueblo autónomo elige libremente sus propias leyes y no está sujeto a leyes impuestas por otros. Los individuos autónomos son libres y capaces de determinar el curso de sus propias vidas en lugar de ser dirigidos de manera paternalista por otros. En el campo

sanitario, los principios éticos de respeto a la autonomía del paciente se han puesto en práctica con mayor claridad con el derecho del paciente al consentimiento informado. Este derecho contiene dos partes: información y consentimiento. Volveremos al aspecto relacionado con la información en la segunda mitad de este capítulo.

En resumen, el derecho del paciente al consentimiento significa que éste puede ser tratado únicamente si acepta las intervenciones propuestas. Tal derecho a consentir, y por tanto también a rechazar todas las intervenciones sanitarias propuestas, no debe ser interpretado como un derecho a la autodestrucción. Más bien refleja la convicción de que, incluso las cosas importantes, como la extensión de la vida y la salud, no justifican una coerción paternalista por parte de los profesionales sanitarios. Los pacientes no pueden solicitar determinados tratamientos a sus dentistas (ya que, en ese caso se estaría violando la autonomía del dentista). Sin embargo, el paciente puede negarse a alguna e incluso todas las intervenciones propuestas. Para asegurarse de que los pacientes pueden ejercer su derecho a negarse a un tratamiento, los dentistas deben obtener el consentimiento explícito del paciente antes de comenzar cualquier diagnóstico o intervención terapéutica.

El consentimiento explícito se puede obtener tanto verbalmente como de manera escrita. Sin embargo, los llamados "formularios de consentimiento" no sustituyen el consentimiento activo del paciente. Si al paciente se le proporciona información por escrito, además de una conversación personal, dichos formularios pueden ayudar al paciente a estar mejor informados. En cambio, si el consentimiento informado se le presenta al paciente solamente como uno de los tantos documentos que debe firmar, a veces incluso antes de que el paciente vea al dentista, firmar ese formulario servirá de poco a la hora de respetar y proteger la autonomía de los pacientes.

Consentimiento explícito versus consentimiento implícito

Existen limitaciones concretas en la obligación de los dentistas de obtener el consentimiento explícito del

paciente (también conocido como consentimiento expreso) a la hora de proponer intervenciones dentales. Por ejemplo, cuando un paciente acude a una clínica, esta decisión implica un consentimiento para que el dentista puede realizar una anamnesis y una exploración oral. En este caso, no es necesario obtener un consentimiento explícito previo, porque se sobreentiende que ha acudido precisamente para eso. Sin embargo, cuando se requiere un examen diagnóstico más invasivo o cuando se propone un plan terapéutico, el dentista no puede ampararse en un consentimiento implícito. En este caso se debe obtener el consentimiento explícito del paciente. Sin embargo, una vez que el paciente haya facilitado su consentimiento explícito a un determinado plan terapéutico, se puede entender que dicho consentimiento también abarca las diversas acciones incluidas para la realización de ese plan. Por ejemplo, si un paciente da su consentimiento para una intervención quirúrgica, eso implica que también lo ha dado para la sutura de la herida.

Sin embargo, no siempre está claro cuando un dentista puede actuar en base a un consentimiento implícito. Incluso cuando el consentimiento del paciente a una intervención implica un consentimiento también para suturar la herida, esto no implica que debamos sobreentender que tenemos también su consentimiento para realizarle un examen hematólogo preoperatorio a un paciente con compromiso cardiaco. En algunos países, la extracción de sangre se considera una intervención invasiva independiente, y por lo tanto, requiere un consentimiento explícito para poder llevarse a cabo. Para determinar si el consentimiento debe obtenerse explícitamente, a menudo se requerirá tener conocimiento sobre los contextos socioculturales y legales particulares y específicos del lugar de ejercicio, así como sobre la situación personal de cada paciente. Además, los pacientes también tienen parte de responsabilidad y por tanto deben ser proactivos y expresar sus preocupaciones y expectativas específicas.

Consentimiento explícito versus consentimiento presunto

También existen situaciones en las que simplemente no se puede obtener el consentimiento

explícito. Es el caso por ejemplo en el que el paciente se encuentra inconsciente y no puede expresar sus deseos ni autorizar al dentista a iniciar un tratamiento. Un paciente puede sufrir una parada cardiaca mientras está en el sillón dental. Normalmente, el tratamiento de urgencia a un paciente inconsciente y sin consentimiento explícito está siempre justificado en base al consentimiento presunto: en verdaderas urgencias, el dentista debe asumir que el paciente que se encuentra inconsciente desea el tratamiento de urgencia y que, en caso de que se hubiese encontrado en condiciones de hacerlo, habría dado su consentimiento.

Por supuesto, una vez que el paciente se estabiliza y recupera la consciencia, ya no continúa siendo válido el consentimiento presunto, sino que ha de obtenerse explícitamente. Puede ser que en ese instante el paciente exprese su enfado por el tratamiento de urgencia impuesto y rechace continuar las intervenciones dentales. Pero tal enfado y rechazo, no invalidan el consentimiento presunto en base al cual se inició el tratamiento. Y eso es así porque la mayoría de los pacientes en tales circunstancias hubieran deseado ser tratados, y es razonable considerar que la suposición del dentista en estas circunstancias ha sido adecuada.

A excepción de los cirujanos maxilofaciales hospitalarios de guardia en urgencias, es probable que la mayoría de los dentistas de clínicas privadas, nunca tengan que enfrentarse a un tratamiento de urgencia en un paciente inconsciente. Sin embargo, los dentistas tienen que hacer frente a urgencias que involucran diferentes categorías de toma de decisiones en pacientes incapacitados, tales como los niños. Supongamos que un niño de 10 años es golpeado en la boca por una pelota de beisbol durante un partido y que hay un dentista presente, pero los padres del niño no están. Aquí, una vez más, el dentista puede justificar proporcionar la atención médica de urgencia basándose en el consentimiento presunto: el dentista puede suponer de manera justificada que en caso de que los padres hubiesen estado presentes, estos hubieran consentido la intervención del dentista.

Incompetencia en la toma de decisiones del paciente

Las urgencias dentales son situaciones poco frecuentes y aquellas en las que además, el paciente también es incapaz de dar su consentimiento lo son aún más. De hecho, siempre se debe asumir que los pacientes son competentes para tomar decisiones con respecto a su propia atención médica, a menos que se demuestre alguna incompetencia. Lamentablemente, no está claro a que se llama capacidad para tomar decisiones con respecto a la propia atención médica ni cómo debe evaluarse.

En primer lugar, lo que está claro es que la capacidad de toma de decisiones del paciente es un tipo de competencia legal muy específico. Un paciente puede ser incapaz de administrar sus finanzas, sin embargo, tal incapacidad no implica que también deba aplicarse a la hora de tomar decisiones relacionadas con la atención sanitaria.

En segundo lugar, la capacidad para tomar decisiones relacionadas con el cuidado de la salud es independiente del deseo o decisión real tomados por el paciente. En realidad, esa distinción es a menudo pasada por alto. Mientras los pacientes estén de acuerdo con las recomendaciones del dentista, su capacidad para tomar decisiones raras veces es cuestionada. Sin embargo, cuando el paciente expresa algún deseo que resulte extraño para el dentista (tales como el rechazo de antibióticos para un absceso grave), el paciente corre el riesgo de ser considerado incompetente debido a su inusual deseo. Debemos recordar que el acuerdo del paciente no prueba la competencia de este: el paciente puede manifestar su acuerdo simplemente porque se siente intimidado por el dentista. Asimismo, la negativa de un paciente, no prueba por sí misma la incompetencia de este. Como hemos observado, el objetivo principal del derecho del paciente al consentimiento, es permitirle rechazar libremente aquellos tratamientos recomendados.

Al determinar la competencia de toma de decisiones de un paciente, el dentista debe tener en cuenta si el paciente es capaz de demostrar capacidades específicas:

1. La capacidad de entender y memorizar la información proporcionada.
2. La capacidad de manejar esa información y valorar las ventajas y los inconvenientes de varias opciones de tratamiento, tanto a corto como largo plazo.
3. La capacidad de escoger libremente de acuerdo con las consideraciones racionales del paciente.
4. La capacidad de comunicar las decisiones tomadas.

Es probable que la primera capacidad se vea disminuida cuando, por ejemplo, un paciente padece demencia en estadio tardío o presente dolor severo o ansiedad. La segunda capacidad se ve disminuida por la disminución de la conciencia, la intoxicación o las discapacidades psíquicas. La tercera capacidad se ve disminuida por determinados trastornos psiquiátricos, tales como la depresión o la fobia. La cuarta capacidad está ausente en condiciones raras como el síndrome de enclaustramiento, y también puede verse obstaculizada significativamente por trastornos comunicativos graves, como la afasia. Lógicamente, la incapacidad del paciente para hablar el mismo idioma que el dentista no prueba que este sea incapaz de comunicarse. Asimismo, el ser mudo no prueba que el paciente sea incapaz de dar su consentimiento. En este caso, el dentista deberá establecer otras modalidades de comunicación. Deben establecerse estrategias facilitadoras de comunicación, según sean necesarias, en función de la situación específica del paciente.

Como **observación final**: Si un paciente se ha vuelto incompetente para tomar decisiones, eso no significa que haya perdido todos los derechos. De hecho, el paciente sólo ha perdido uno: el derecho a consentir un tratamiento. El paciente conserva otros derechos importantes, tales como el derecho a la información y el derecho a la confidencialidad.

Toma de decisiones de niños y pacientes adultos incompetentes

Si un paciente es incompetente, las decisiones de tratamiento no pueden (o ya no pueden) basarse

en el propio consentimiento del paciente. Como se mencionó anteriormente, los dentistas sólo pueden ampararse en el consentimiento presunto en situaciones de urgencia. En las demás situaciones, una persona cercana al paciente, llamada próximo o representante legal, pueden dar su consentimiento en nombre del paciente. Existen varios mecanismos por los cuales se puede identificar a un representante legal.

Los niños y sus padres

Los menores de edad son incompetentes por ley, aunque los dentistas deben recordar que la mayoría de edad legal difiere en función del país. Además, la mayoría de edad legal con respecto a decisiones relacionadas con la atención médica, puede ser diferente a la mayoría de edad legal de un adolescente para votar, firmar un contrato o contraer matrimonio. Los padres del menor en la mayoría de los países son generalmente considerados como sus representantes legales. Sin embargo, pueden surgir acuerdos de representación legal más complicados tras un divorcio de los padres y un segundo matrimonio, en el cual un tribunal puede haber emitido normas específicas sobre la autoridad de los padres en cuanto a las decisiones de atención médica, así como en situaciones en las que están involucrados los servicios sociales de protección infantil.

Consentimiento familiar

En algunas jurisdicciones, la ley también establece quién puede tomar decisiones en el caso de los adultos incompetentes. Los denominados estatutos de consentimiento familiar suelen proporcionar una lista de representantes legales (por orden de prelación), que incluye al cónyuge, pareja, padres, hijos adultos, hermanos, etc.

Representante legal designado por el paciente

En muchas jurisdicciones, los pacientes pueden, cuando siguen siendo competentes, seleccionar a un representante legal y conferir a esa persona

un poder legal para llevar a cabo en su nombre, la toma de decisiones. Tal autorización a menudo se denomina directiva anticipada porque esta directiva dirigida al profesional sanitario, está escrita antes de que el paciente se vuelva incompetente. Esta directiva lógicamente sólo permanecerá en vigor mientras el paciente sea incompetente.

Representante legal designado por un tribunal o juez

Finalmente, un tribunal o juez puede intervenir y conceder a determinados individuos la autoridad para tomar decisiones de atención médica para un paciente incompetente. Son los denominados tutores. Se debe hacer hincapié en que muchas jurisdicciones no conceden normas integrales de tomas de decisiones por parte de los tutores. Por ejemplo, muchas jurisdicciones carecen de estatutos de consentimiento familiar.

Por tanto, esto no debe ser considerado como automático por los dentistas que ejercen la profesión. Por el contrario, debemos recordar que las leyes se crean sólo cuando existe necesidad de ellas, es decir, cuando determinados conflictos continúan surgiendo en algunas circunstancias. Si las normas comunes de comportamiento social proporcionan una orientación adecuada, no hay necesidad de aplicar normas legales. Por tanto, cuando un hijo adulto trae a su padre con demencia senil al dentista para recibir tratamiento, el dentista que trabaja en un país que carece de un estatuto de consentimiento familiar no necesita llamar a un juez para que designe al hijo como tutor del paciente.

Toma de decisiones en nombre de un paciente incompetente

Una vez que se ha identificado a un representante legal para tomar decisiones de atención médica en nombre de un paciente incompetente, este se enfrenta ahora a la difícil tarea de decidir. Se describen dos modos en la toma de decisiones.

El primero, considerado generalmente el modo más ético, es el llamado juicio sustituto. Es de-

cir, el representante legal intentará asumir el papel del paciente e imaginar lo que el paciente hubiera decidido si fuese competente para hacerlo. El representante legal tendrá en cuenta todas las afirmaciones previas del paciente sobre el tema mientras era aún competente y si es necesario, complementará estos datos con intenciones (corroboradas) sobre los posibles deseos del paciente.

Si el paciente nunca antes ha sido competente (como en el caso de un menor de edad o un paciente adulto que es discapacitado mentalmente desde su nacimiento), el representante legal no puede emitir un juicio sustituto. En su lugar, el representante tendrá que decidir lo mejor para los intereses del paciente. Dicho juicio toma en consideración toda la información disponible, es decir, tanto la información dental como la información social y personal relevante del paciente.

En muchos casos, tanto el juicio sustituto como el juicio teniendo en cuenta los mejores intereses para el paciente, llegarán a resultados muy similares. Sin embargo, pueden darse situaciones en que se produzcan diferencias significativas. Suponga, por ejemplo, el caso de una madre que siempre ha pensado primero en sus hijos, optando siempre para ella por la opción más económica, con el fin de disponer de más dinero para gastar en los hijos, incluso cuando estos ya son mayores. En la actualidad la paciente sufre demencia senil en estado avanzado y acude a la consulta acompañada por uno de sus hijos. El dentista recomienda sustituir su prótesis por otra nueva debido al estado de la anterior. Sin embargo, continuar con la que lleva es evidentemente más económico. ¿A cuál de estas alternativas debe consentir el hijo de la paciente? Si el hijo decide basándose en un juicio sustituto, optara por mantener la prótesis, puesto que esa hubiera sido la decisión de su madre en caso de ser competente. Pero si lo hace pensando en el mejor interés para ella, entonces deberá dar su consentimiento para realizar una nueva prótesis, de acuerdo a las recomendaciones del dentista.

El ejemplo también deja claro que hay situaciones en las que, la adhesión total al principio de respeto a la autonomía del paciente, puede resul-

tar dañina para este. Por tanto, el hijo, a pesar del profundo respeto que tiene a su madre, es muy probable que autorice la realización de una nueva prótesis. De hecho, si tuviera que optar por no realizarle una nueva prótesis y se quedase con el dinero ahorrado, probablemente el dentista consideraría al hijo egoísta e incluso inmoral, a pesar de que eso era exactamente lo que la madre hubiera decidido de ser competente.

En todo esto, es importante recordar que es el paciente quien debe poder apreciar los resultados de las intervenciones dentales, no el dentista ni el familiar del paciente. El hijo podría estar entusiasmado con la idea de una nueva prótesis para su madre. Sin embargo, si la paciente por su estado mental de confusión, al sentir la nueva prótesis no desea usarla, posiblemente esta intervención no deba ser considerada como la mejor opción para ella. Los padres de una niña discapacitada mentalmente, pueden desear que su hija sea lo más atractiva posible, pero si el tratamiento de ortodoncia, las visitas regulares al dentista y la propia aparatología de ortodoncia le molestan e irritan, incluso el resultado esperado de dientes perfectamente alineados no justifica esos años de tratamiento.

Consentimiento informado

En principio, los pacientes no pueden ser obligados a someterse a un tratamiento dental, ni siquiera un tratamiento que sea objetivamente en el mejor de sus intereses. Los pacientes deben autorizar al dentista para que se pueda iniciar el tratamiento. Este proceso de autorización se denomina consentimiento informado. Como se ha señalado, existen dos aspectos: el derecho a dar su consentimiento, es decir, a otorgar permiso para un tratamiento propuesto o rechazarlo, y el derecho a ser informado antes de otorgar (o no) su consentimiento.

Estos dos derechos son en realidad muy diferentes. El derecho a consentir o rechazar es un derecho llamado negativo o derecho de libertad. El paciente tiene derecho a no ser obligado a recibir tratamiento y permanecer libre de tratamiento dental si no desea someterse a él. En

resumen, si se invoca, este derecho obliga a los dentistas a no actuar. Sin embargo, el derecho a la información es un derecho denominado positivo. Si se invoca, obliga a los dentistas a hacer algo, es decir, a proporcionar información a los pacientes.

De hecho, incluso si los pacientes no tienen que dar su consentimiento para un tratamiento, por ejemplo, porque son niños o porque no hay un tratamiento disponible para su afección en particular, deben ser informados sobre su patología por su dentista. La información es en sí misma un beneficio sanitario. La información es de importancia y tiene un valor para los pacientes, y generalmente la desean. Si hay algo que realmente distinga al paciente dental del paciente médico, es que el paciente dental deja de poder hablar cuando el dentista comienza el tratamiento. Mientras que el dentista puede continuar hablando, el paciente se queda mudo debido a la aparatología que tiene en ese momento en la boca, a la saliva acumulada, a la anestesia local. Esta es una posición desconcertante, que se agrava cuando el dentista a menudo es ajeno a la situación del paciente.

Muchos pacientes ya de por sí dudan en solicitar información; encontrarse virtualmente silenciados convierte a la situación en más difícil. Dado que el paciente no puede hacer preguntas durante el tratamiento, los dentistas, con mayor motivo que los médicos, deben ser proactivos cuando se trata de proporcionar información. Por eso, todas las discusiones importantes, deben completarse antes del tratamiento. Si durante el tratamiento queda de manifiesto que el paciente está preocupado y necesita una conversación adicional, el tratamiento debe interrumpirse para que el paciente pueda comunicárnoslo.

Los pacientes tienen derecho a conocer su diagnóstico, las diversas opciones de tratamiento posibles, los pronósticos con y sin esas intervenciones, los efectos secundarios y los riesgos de estas intervenciones, los costes económicos de esas opciones. También tienen el derecho de conocer la titulación de la persona que los trata (por ejemplo, estudiante de odontología, dentista, higienista dental, etc.). En resumen, los pacientes deben ser informados

sobre todos y cada uno de los aspectos de su salud bucodental, así como sobre la atención dental ofrecida.

En este sentido, los pacientes difieren de los consumidores. Si entramos en un restaurante y el camarero nos explica las diversas opciones que se sirven ese día, es posible que el camarero no nos mienta ni nos obligue a consumir el plato más caro. En este sentido limitado, el dentista es como el camarero que debe respetar la autonomía culinaria de los clientes. Sin embargo, el camarero no tiene ninguna obligación de asegurarse de que el cliente haga una buena elección, una que sea verdaderamente en su mejor interés. Si un comensal hace una elección equivocada, por ejemplo, al elegir un plato que sea demasiado picante para él, el camarero no es el responsable. Tampoco el camarero tiene la obligación de explicar que el plato más económico es realmente a su juicio el más delicioso, o que el cocinero del restaurante a la vuelta de la esquina es un verdadero experto en la preparación de comidas vegetarianas. Pero un dentista si está obligado a facilitar una decisión que sea verdaderamente la de mejor interés para el paciente. El dentista tiene que ofrecer todas las opciones razonables, explicar estas opciones de manera comprensible y, si es necesario, aconsejar al paciente. El dentista no debe forzar ni influir en el paciente, pero si este último está a punto de tomar una decisión equivocada (a juicio del dentista), entonces el profesional tiene la obligación moral de advertir al paciente. Del mismo modo, el dentista tiene la obligación moral y ética de referir al paciente a un especialista si estima que es necesario, aún a riesgo de perderlo porque termine con otro dentista.

La información nunca es un valor neutral y puede ser dañina

Algunos expertos en ética argumentan que los suministradores de atención médica siempre deben ser neutrales y no direccionales cuando informan a los pacientes. Pero esto no es posible. Mientras explica, aconseja y advierte al paciente, el dentista

necesariamente está emitiendo un juicio. El dentista debe decidir qué es lo que más le conviene al paciente y, por lo tanto, de qué se le debe informar. E incluso, si el dentista se abstuviera de dar consejos específicos, es imposible proporcionar información de manera neutral.

Por ejemplo, los dentistas no pueden compartir todos sus conocimientos dentales con el paciente. Por lo tanto, los dentistas deben buscar y seleccionar qué información compartir. Y esa selección siempre implica juicios de valor sobre los aspectos de información que probablemente sean más valiosos y de mejor interés para el paciente. Además, los dentistas generalmente deben adaptar sus conocimientos dentales a los términos de los legos en la materia. Y esa adaptación, nuevamente conlleva a realizar juicios de valor. Incluso el orden en que se dicen las cosas, las entonaciones, el énfasis, todo tiñe al mensaje y conlleva una dirección determinada.

Desgraciadamente, la información también puede causar daño. Puede deprimir a las personas y robarles la esperanza. Puede enojarlos o infundirles miedo. De manera general, la información puede ser una carga, porque el conocimiento a menudo conlleva asumir responsabilidades. Por lo tanto, es incorrecto para un dentista forzar la información a un paciente. En otras palabras, los pacientes también tienen derecho a no saber. Por ejemplo, un paciente puede decirle al dentista: "Doctor, aprecio sus intentos de explicarme el procedimiento y todos los riesgos; pero prefiero no conocer esos detalles; simplemente me asustan y me ponen nervioso ". El rechazo de la información debe ser respetado por el dentista. Los pacientes tienen derecho al consentimiento informado; no tienen el deber de escuchar toda la información en contra de su voluntad. Si un paciente acepta el tratamiento, basándose en una información limitada, es el propio paciente quien no desea información más detallada. Tal situación se considera como consentimiento informado legalmente válido.

Pero a veces, la negativa de un paciente de recibir información puede situar al dentista ante un dilema real. Cuando una intervención dental es invasiva, compleja o arriesgada, el dentista puede

sentirse muy incómodo interviniendo en un paciente no informado. Si esto sucede, el dentista tiene que explicar esa sensación de incomodidad que la situación le produce y negociar un punto intermedio. En el caso de que el paciente permanezca firme, rechazando toda información sobre la intervención propuesta, el dentista está justificado a negarse a continuar con el tratamiento.

El derecho a no saber no debe confundirse con el llamado privilegio terapéutico o excepción terapéutica. En el pasado, los suministradores de atención médica a menudo intentaban escapar de la difícil tarea de informar honestamente a los pacientes sobre un pronóstico nefasto. Al no estar preparados para discutir estos temas con los pacientes, muchos intentaban justificar su silencio invocando privilegios terapéuticos, es decir, el privilegio de no informar a los pacientes si asumían que la información terminaba dañando al paciente.

Al informar, el dentista debe ser extremadamente sensible a los signos sutiles de la angustia que la información proporcionada provoca al paciente. Pero es prácticamente imposible predecir, antes de informar al paciente, si la información proporcionada será más perjudicial que beneficiosa.

El privilegio terapéutico hoy solo puede invocarse si existe evidencia clara y convincente de que la información que se proporcionará causará un daño grave para el paciente. Imaginemos un paciente con demencia avanzada. Si cada vez que el dentista comienza a proporcionarle información, el paciente se siente inmediatamente confundido y ansioso, es posible que tenga que invocar el privilegio terapéutico y abstenerse de seguir informándole sobre el tratamiento propuesto.

¿Cuanta información es suficiente?

En la sección anterior consideramos dos situaciones poco frecuentes: el paciente que se niega a estar informado y la retención de información basada en privilegios terapéuticos. En todas las demás situaciones, los pacientes deben ser informados. Pero, ¿cuánta información se les debe

dar? Es obvio que el dentista no puede compartir con el paciente todos los conocimientos que posee.

Anteriormente en este capítulo, vimos que un dentista no tiene por qué obtener un consentimiento informado explícito para cada intervención. En el consentimiento explícito del paciente para un tratamiento de endodoncia, está implícito el consentimiento para preparar el diente y los tejidos orales circundantes, entrar en la cámara pulpar del diente, extraer la pulpa y cualquier otro paso necesario para completar el procedimiento. Sería prácticamente imposible discutir explícitamente con el paciente cada paso, y probablemente molestaría a los pacientes más de lo que los beneficiaría. Los dentistas no deben simplemente descargar tanta información como sea posible a los pacientes. Esto, también, haría más daño que beneficio. Muchos pacientes no entenderán lo que se les dice, y ciertamente no recordarán todo lo que se dijo, lo que aumentará aún más su confusión. En lugar de participar y ser partes activas del proceso terapéutico, la mayoría de los pacientes terminan sintiéndose perdidos cuando son bombardeados con información científica y técnica. Si el objetivo de informar a los pacientes es mejorar su comprensión de la atención que se les va a brindar, es imperativo que la información no sea un bombardeo, sino que se comunique verdaderamente. La comunicación genuina requiere un diálogo interpersonal entre el dentista y el paciente.

El dentista debe controlar si el paciente comprende la información ofrecida, si los términos utilizados necesitan una explicación más detallada, si comprende la lógica del tratamiento propuesto y si el paciente asimila la información o está confundido y ansioso. Si es necesario, el dentista puede tener que buscar la ayuda de un traductor, posponer la información hasta que la anestesia haya aliviado el dolor, o transmitirle la información en varias etapas en vez de en una sesión informativa muy larga. Pero la pregunta continúa siendo ¿cuánta información debe compartirse en este diálogo comunicativo? En parte, es responsabilidad del paciente hacer preguntas. Pero dada la inevitable desigualdad de conocimientos entre el

dentista y el paciente, el dentista tiene la obligación moral de proporcionar información voluntariamente. ¿Cómo puede el dentista determinar qué cantidad de información es la apropiada? O para reformular la pregunta desde una perspectiva diferente, si un paciente se quejara ante un comité de ética de un Colegio profesional por no haberle informado suficientemente ¿cómo evaluará este comité esta queja? ¿Cuál es el estándar para que el dentista puede ser responsabilizado? ¿Cuánta información es suficiente?

Se han desarrollado dos estándares diferentes para responder a esta pregunta: (1) el estándar de profesional competente, y (2) el estándar de paciente razonable. Si el comité de ética siguiera el estándar profesional competente, entonces evaluará si otro colega dentista promedio hubiera dado la misma cantidad de información, menos o más. En otras palabras, el comité no lo comparará con el mejor dentista de la ciudad, ni mucho menos con el mejor dentista del país, sino que evaluará lo que un colega competente promedio haría en la comunidad de este dentista, en circunstancias similares.

Esta norma ha sido criticada por los defensores de los pacientes por ser demasiado protectora de la profesión dental. Teniendo en cuenta el historial de 2500 años de actitud paternalista de la medicina, no parece una buena idea analizar solo lo que otros dentistas tienden a hacer. De hecho, demasiados médicos y dentistas todavía no informan adecuadamente a los pacientes. Esta crítica ha llevado al desarrollo del segundo estándar, el estándar razonable del paciente. Bajo esta premisa, no importa tanto lo que el dentista promedio le hubiera dicho a un paciente en circunstancias similares, sino cuánto habría querido escuchar un paciente promedio y razonable en un contexto parecido.

Es obvio que el segundo estándar es considerablemente más difícil de implementar que el anterior. Sin duda, es factible que un comité de ética dental averigüe lo que un dentista competente promedio en la ciudad le habría dicho a un paciente. invitando a una docena de dentistas locales como testigos expertos. Sin embargo, es mucho más difícil averiguar cuál es el promedio

que un paciente razonable hubiera querido escuchar. Parece claro que el objetivo principal del estándar de paciente razonable es forzar a los dentistas a que piensen como sus pacientes y les obliga a superar sus propios prejuicios profesionales.

Recientemente, ha surgido un tercer estándar en ciertas jurisdicciones, reforzando aún más el estándar de consentimiento informado. Bajo este tercer estándar, ya no es suficiente que el dentista le diga al paciente lo que los pacientes promedios razonables desearían escuchar. Más bien, el dentista debe esforzarse por proporcionar la información específica que ese paciente en particular necesita escuchar para tomar una decisión informada. Este tercer estándar es, por supuesto, lo que el ideal ético de consentimiento informado siempre ha buscado lograr. Los dentistas no tratan a pacientes promedio, tratan a personas específicas con una historia de vida, metas futuras y preferencias que son específicas para ellas, personas que ahora se enfrentan a necesidades de atención de salud oral, que también son específicas para ellas.

Límites al derecho a la información

Los pacientes deben recibir toda la información que sea de relevancia inmediata para su propio estado de salud y para su atención médica. Por lo tanto, los dentistas deben compartir información de diagnóstico y pronóstico con el paciente y la información detallada sobre las consecuencias y efectos secundarios de las alternativas de tratamiento. Pero como se mencionó anteriormente, el paciente también tiene derecho a saber sobre cualquier aspecto no científico del tratamiento dental que podría afectar su toma de decisiones. Por ejemplo, se debe informar al paciente sobre el coste de cada una de las alternativas de tratamiento disponibles. Si el dentista tiene un interés económico en la clínica de diagnóstico a la que está remitiendo al paciente, o en el fabricante de los materiales específicos que se propone utilizar, esta información también debe ser revelada al paciente.

Ahora bien, la pregunta es si existe algún límite para el derecho del paciente a la información.

Por ejemplo, ¿tiene el paciente el derecho a recibir información sobre las calificaciones que su dentista obtuvo en la facultad de odontología, o conocer el número de demandas por mala práctica presentadas contra su dentista? En los últimos años, las organizaciones de consumidores en algunos países han estado presionando mucho para desarrollar bancos de datos electrónicos de acceso público para profesionales de la odontología, informando de la especialización de cada dentista, su nivel de experiencia, las demandas recibidas por negligencia profesional, así como las medidas disciplinarias adoptadas, pensando que toda esta información es útil para el paciente que busca al mejor dentista posible.

Es evidente que un paciente que descubre accidentalmente después de recibir el tratamiento, que la intervención le ha sido realizada por un estudiante de odontología en lugar de por un dentista graduado, sin estar previamente informado de ello, es muy probable que se moleste y desconfíe de los dentistas en el futuro. Del mismo modo, si el paciente descubriera que el dentista estaba sesgado por intereses económicos en el producto recomendado, es muy probable que el paciente desconfíe mucho de su dentista y, por ende, de todo el colectivo. Por lo tanto, si los dentistas comparten de forma natural este tipo de información con los pacientes, como parte del proceso de consentimiento informado, eso fortalecerá la relación fiduciaria entre paciente y dentista. Pero no es tan evidente que la confianza de los pacientes en sus dentistas aumente al descubrir qué dentistas han sido demandados o amonestados disciplinariamente, cuáles fueron sus calificaciones y con qué frecuencia han realizado ciertas intervenciones complejas. De hecho, es probable que tal información incremente la desconfianza en los dentistas de manera general. En lugar de aumentar la confianza, tales bases de datos pueden ser contraproducentes y reforzar una actitud de desconfianza hacia la odontología entre el público

Recapitulando: hacía una relación respetuosa

El dentista no puede tratar al paciente a menos que se lo autorice a través de un proceso conocido como consentimiento informado. Pero el derecho de este paciente, a consentir o rechazar los tratamientos dentales propuestos, por importante que sea desde una perspectiva ética y legal, es solo un aspecto más del principio de respeto a la autonomía del paciente. Respetar, literalmente significa cuidar al paciente. El respeto genuino por la autonomía del paciente también incluye no dejarle abandonado, si el paciente finalmente decide no realizarse el tratamiento dental propuesto. De hecho, se podría argumentar que, si el paciente termina negando el consentimiento para un tratamiento propuesto, algo salió mal en el proceso de planificación del tratamiento, al proponer algo que quizás no es aceptable para todos.

Entonces, ¿cómo pueden el dentista y el paciente llegar a un plan de tratamiento de mutuo acuerdo? Para que esto suceda, el dentista primero debe determinar cuál es el mejor interés del paciente. Esta determinación no se puede hacer sin el conocimiento científico del dentista. Si los pacientes pudieran resolver sus problemas dentales por sí mismos, no tendrían necesidad de visitar a un dentista. Sin embargo, los dentistas tampoco pueden llegar a un juicio superior por su cuenta. Los dentistas están formados en ciencia, y su experiencia por lo tanto es genérica. La experiencia científica se refiere a los tipos de pacientes y de enfermedades. El dentista solo puede saber qué beneficiará a los pacientes en general, estadísticamente hablando.

La ciencia no puede decirle al dentista qué es lo que más le interesa a este paciente en particular, que es un ser único. Para que el dentista llegue a un criterio de interés superior, el dentista debe estar dispuesto a considerar al paciente como una persona única. El dentista debe tratar de entender a su paciente y eso a su vez requiere conversar y tener una buena disposición para escuchar al paciente. Por el contrario, el paciente debe ser introducido en el mundo de la ciencia y la tecnología dental. Es solo si el paciente comprende la in-

terpretación científica de su condición de paciente (es decir, el diagnóstico diferencial), la interpretación científica del futuro del paciente (es decir, el pronóstico), las opciones científicas y tecnológicas y los posibles efectos secundarios del tratamiento, cuando el consentimiento se convierte en consentimiento verdadero, en una unión con el dentista, para decidir un plan de tratamiento razonable, factible y mutuamente aceptable.

Este capítulo ha sido escrito por Jos V. M. Welie

Lectura complementaria

- Brands WG (2006). The standard for the duty to inform patients about risks: from the responsible dentist to the reasonable patient. *Br Dent J*, 201:207–210.
- Faden RR, Beauchamp TL, King NMP (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Łuków P, Różyńska J (2016). Respect for autonomy. In: Ten Have HAMJ (ed): *Encyclopedia of Global Bioethics*, pp. 2501–2511. Cham, Switzerland: Springer Publishing.
- Main BG, Adair SR (2015). The changing face of informed consent. *Br Dent J*, 219(7):325–327.
- Mallia P (2016). Consent, informed. In: Ten Have HAMJ (ed): *Encyclopedia of Global Bioethics*, pp. 754–761. Cham, Switzerland: Springer Publishing.
- Manda-Taylor L, Masiye F, Mfutso-Bengo J (2016). Autonomy. In: Ten Have HAMJ (ed): *Encyclopedia of Global Bioethics*, pp. 218–225. Cham, Switzerland: Springer Publishing.
- Miller BL (2004). Autonomy. In: Post SG (ed): *Encyclopedia of Bioethics*, pp. 246–251. New York, NY: Macmillan Reference USA.
- Reid KI (2017). Informed consent in dentistry. *J Law Med Ethics*, 45(1):77–94.

Capítulo 6: Confidencialidad y privacidad

Resumen

Formar parte de la profesión dental conlleva muchos privilegios. Uno de ellos, es el derecho a hacerles a los pacientes preguntas muy personales de carácter confidencial y esperar respuestas verdaderas a cambio. Sin embargo, este privilegio y confianza no se pueden dar por sentados, ya que imponen una obligación ética y legal: tratar toda la información de este tipo obtenida en el entorno de la práctica dental, como absolutamente confidencial.

Introducción

El principio de autonomía se discutió en el Capítulo 5. Se refiere al derecho de cada individuo a tomar decisiones por sí mismo. En odontología, esto significa permitir que el paciente tome la decisión final con respecto a su tratamiento, después de haber recibido toda la información necesaria y relevante. El respeto a la autonomía crea las obligaciones por parte del dentista del consentimiento informado, la confidencialidad, la verdad y la comunicación efectiva. La confidencialidad es otra forma de respetar la autonomía del paciente.

La confidencialidad está relacionada con mantener el secreto, específicamente, la información clínica y la documentación del paciente. La protección de la confidencialidad esa información médica identificable de los pacientes, que se adquiere, utiliza, divulga o almacena durante el tratamiento, es esencial para respetar su dignidad y privacidad. Las teorías de confidencialidad y privacidad de los datos de salud identificables ya están presentes en los orígenes más antiguos de la ética médica. Sin embargo, este privilegio impone una obligación ética (y legal) de tratar cualquier información así obtenida como completamente confidencial. Los dentistas prometen

explícita o implícitamente a sus pacientes que mantendrán confidencial la información que les ha sido confiada. Estas protecciones no son solo teorías, obligaciones legales o fundamentados éticos, sino que son de importancia crítica por razones prácticas: en ausencia de tal compromiso de confidencialidad, es poco probable que los pacientes divulguen la información altamente privada y sensible que se necesita para su atención óptima. La divulgación injustificada de información sanitaria identificable, puede causar un daño directo o indirecto a los pacientes.

¿Por qué es importante la confidencialidad?

¿Qué significa realmente respetar la confidencialidad de un paciente? Proteger la confidencialidad es teóricamente fácil, pero en la práctica es complejo y está lleno de concesiones. La obligación de confidencialidad aparece ya en el juramento hipocrático y constituye un aspecto fundamental de los códigos de ética médica que se han transmitido a través de los siglos. El Juramento hipocrático promete que, "Todo lo que vea y oiga en el ejercicio de mi profesión, y todo lo que supiere acerca de la vida de alguien, si es cosa que no debe ser divulgada, lo callaré y lo guardaré con secreto inviolable." La Asociación Médica Mundial en 1983 reiteró en la Declaración de Ginebra que "Respetaré los secretos que se me confían, incluso después de que el paciente haya fallecido".

La confidencialidad es fundamental para la relación de confianza que se establece entre el dentista y el paciente, pero también se extiende a todos los miembros del equipo dental y se refiere a cualquier información sobre el paciente, obtenida en un entorno profesional. La relación entre el dentista y el paciente se basa en el entendimiento de que cualquier información revelada por el paciente al dentista no se divulgará sin su consentimiento. La in-

formación proporcionada solo se debe utilizar para los fines para los que se proporciona (por ejemplo, los números de teléfono y las direcciones de correo electrónico son útiles para comunicarnos con el paciente, pero de ningún modo deben facilitarse a terceros). Los pacientes tienen derecho a la privacidad, y es vital que proporcionen al dentista información completa sobre su estado de salud para garantizar que el tratamiento se realice de manera segura. La naturaleza intensamente personal de la información de salud significa que muchos pacientes serían reacios a proporcionar esa información al dentista, si no estuvieran plenamente seguros de que no se va a transmitir. Si se viola la confidencialidad, el dentista o cualquier miembro de su equipo, puede ser investigado por su asociación dental y sancionado, amén de enfrentarse a acciones legales por parte del paciente por daños y perjuicios y procesado por haber incumplido la Ley de Protección de Datos.

Pero, ¿deben los pacientes exigir siempre este deber de confidencialidad? La expectativa de confidencialidad debe equilibrarse con las necesidades de la comunidad o de otro tipo, que justifiquen la divulgación. Los gobiernos pueden necesitar tener acceso de rutina a datos sanitarios identificables para promover la salud pública, prevenir emergencias, investigar delitos o proteger a las personas contra determinados daños. Sin embargo, la divulgación podría causar daños, y los pacientes deben estar protegidos frente a la angustia, la vergüenza, la posible estigmatización y la discriminación que, por consiguiente, pueden afectar a su salud e interferir con la capacidad del profesional sanitario para prestar una atención eficaz. Por razones éticas y prácticas, el deber de mantener la confidencialidad debe ser absoluto, aunque existan algunas excepciones, que se describen más adelante en este capítulo. Sin embargo, es complejo categorizar qué es información confidencial y qué no lo es.

¿Qué es confidencial y qué no lo es?

En el entorno de una consulta dental, los pacientes le cuentan muchas cosas a su dentista. Mientras cierta información (como la del historial médico) es claramente confidencial, la sensibilidad de

otro tipo de información puede no ser tan fácil de discernir. ¿Es confidencial la dirección de un paciente? ¿Debería ser confidencial el tiempo que un paciente pasa en cirugía? ¿Es razonable decirle a una persona que llama para preguntar si está su esposo en ese momento en la clínica, que si está o debemos considerar esa información como confidencial? Si bien la información parece bastante inofensiva, la intencionalidad con la que se solicita, puede no serlo. Otras situaciones son aún más complejas.

¿Debe darse información a un maestro o director de instituto que llama por teléfono para averiguar el paradero de un alumno un día en particular? ¿Debería un dentista dar información a la policía si pregunta si una persona, de la que sospechan que ha cometido un delito, ha recibido tratamiento en una fecha determinada en nuestra clínica? ¿Debe un dentista informar al cónyuge de un paciente que su pareja es seropositiva cuando el paciente ha solicitado expresamente que no se lo diga? ¿Son los dentistas responsables de la salud de la pareja o de observar la solicitud del cónyuge? Se puede comprobar con estos ejemplos que no es tan fácil decidir qué debemos mantener en secreto porque es confidencial y qué es seguro divulgar porque es evidente o ya se ha hecho público en otra parte. Cualquier información obtenida en el contexto de la relación profesional con un paciente está sujeta al deber ético de confidencialidad, incluso si otras personas pudieran obtener esta misma información sobre el paciente por otros medios. La confidencialidad se mantiene casi siempre, excepto en circunstancias que requieren un incumplimiento de la confidencialidad en favor de un bien superior. La ley a menudo consagra algunos de los conceptos éticos y proporciona respuestas generales sobre lo que constituye información confidencial y lo que sería una violación de la confidencialidad si fuera divulgada. ¿Cuál es, por tanto, el deber legal de confidencialidad?

Deber de confidencialidad

Si bien los principios de confidencialidad están bien establecidos, existen condiciones generales

que aclaran lo que es un deber de confidencialidad y lo que constituye un incumplimiento de ese deber:

- Cuando la información tiene una calidad de confidencialidad inherente, por ejemplo, un historial médico.
- Cuando la información se divulga en circunstancias que impliquen una obligación de confidencialidad.
- Cuando un paciente proporciona información en una clínica dental, esas circunstancias casi siempre implican la obligación de confidencialidad.

La divulgación no autorizada de la información puede causar daño al paciente. Este daño es a menudo psicológico más que físico. Dentro de la práctica dental, cualquier información proporcionada por el paciente en relación con el tratamiento que va a recibir, debe ser considerada como confidencial. La divulgación no autorizada de esta información sería un claro incumplimiento de la obligación de confidencialidad, ya que es casi seguro que pueda ocurrir un daño de inmediato o en el futuro. La decisión de revelar u ocultar información puede ser incómoda, especialmente con los pacientes que han asistido a la clínica durante muchos años. Sin embargo, y a pesar de las posibles relaciones de amistad con el paciente o incluso compartiendo los mismos círculos sociales, los dentistas están obligados por el Código ético de la profesión. A veces puede resultar incómodo no contestar a preguntas que pueden parecer inocuas, pero tenemos que explicar que el código de ética profesional nos impide hacerlo. Por lo tanto, la negativa no proviene del dentista en tanto que individuo, sino como parte de las obligaciones éticas profesionales de todos los dentistas.

Revelación justificada con autorización del paciente

Cuando se analiza la divulgación de cualquier información del paciente, la autonomía del paciente es primordial. La información sobre el paciente pertenece al paciente, no al dentista. Por lo tanto, si el paciente permite la divulgación de su informa-

ción clínica a un tercero, esto sería permisible. En muchos casos, el tercero es un colega profesional, pero puede incluir a cualquier persona autorizada por el paciente o, en el caso de niños y adultos sin capacidad de consentimiento, tratarse de un padre u otro adulto responsable. Las historias clínicas del paciente pertenecen al profesional y no son físicamente propiedad del paciente; sin embargo, el acceso a esos registros, a menudo está garantizado para el paciente, por la legislación de protección de datos.

Revelación justificada sin autorización del paciente

La divulgación de información confidencial del paciente, sin su consentimiento, es poco frecuente en odontología, pero puede estar justificada en circunstancias excepcionales. El dilema de lo que es confidencial y lo que no lo es, obviamente requiere una evaluación de los hechos y es específico de cada situación particular. En algunos países, se hace una distinción entre el propósito principal para el cual se recopiló y almacenó la información personal sobre el paciente (por ejemplo, su atención dental) y cualquier otro propósito secundario. Además de las pautas legales, conviene recordar que la información personal de salud obtenida en el curso de la consulta y el tratamiento, es confidencial e indivisible. Por lo tanto, ninguna parte de la información debe, en circunstancias normales, divulgarse a terceros sin el permiso del paciente. Además, las partes selectivas del historial aun no pudiéndose considerar como confidenciales, tampoco pueden ser divulgadas. La regla para la divulgación debe ser que existe una justificación individual, según las circunstancias de la situación, o una justificación u obligación legal. En algunos casos, el tratamiento de un paciente puede ser financiado por un tercero (por ejemplo, el estado, un plan de seguro privado o una compañía aseguradora), y el paciente puede haber aceptado que este tercero pueda tener acceso a la información relativa a su tratamiento.

En el contexto de la relación dentista-paciente, la confidencialidad siempre debe mantenerse, excepto cuando exista un requisito legal para la di-

vulgación, o cuando la divulgación sea ordenada por un juez.

Las siguientes situaciones pueden permitir la divulgación sin el consentimiento del paciente:

- Cuando la vida de un tercero está en riesgo.
- Cuando se ordena al dentista que divulgue información en un tribunal de justicia. Esto requiere una orden del juez, no solo una solicitud de un abogado.
- Cuando uno está obligado a violar la confidencialidad por un requisito legal, como en casos de abuso infantil o una enfermedad infectocontagiosa de declaración obligatoria según la legislación local.
- Cuando un dentista es acusado. La confidencialidad puede violarse solo con información que sea relevante para la defensa del dentista.

Protección de datos

Los pacientes deben ser informados sobre los límites, legales u otros, de la capacidad del dentista para salvaguardar la confidencialidad y las posibles consecuencias de los incumplimientos de la confidencialidad. La práctica cada vez mayor de los registros electrónicos longitudinales y su posible vínculo con los sistemas nacionales de información sanitaria electrónica, ha aumentado las preocupaciones individuales sobre el posible intercambio generalizado de datos y el uso injustificado que se haga de los mismos.

Anonimato

Los datos anónimos se refieren a los datos a partir de los cuales el paciente no puede ser identificado por el destinatario de la información. El nombre, la dirección postal, se eliminan, junto con cualquier otra información que pueda identificar al paciente. Los códigos de referencia del paciente u otros números identificativos pueden incluirse, pero solo si el destinatario de los datos no tiene acceso a la clave para rastrear la identidad del paciente.

En general, todos los establecimientos sanitarios que procesan datos personales deben protegerlos de un uso o divulgación inapropiados. Sin

embargo, los mismos establecimientos pueden querer, o ser requeridos para publicar información derivada de los datos personales que recopilan. En algunos casos, aunque se requiera proteger las identidades de pacientes, también se puede necesitar que se publiquen estadísticas sobre los resultados de los pacientes. El anonimato ayuda a compatibilizar el cumplimiento con las obligaciones de protección de datos al tiempo que pone la información a disposición del público. Cualquier organización que procese datos personales debe cumplir con los principios de protección de datos.

En principio, los datos anónimos se pueden proporcionar a terceros. Sin embargo, siempre existe el riesgo de que, a pesar del cuidado que se toma para proteger los detalles, un usuario de la información aún pueda reconstruir e identificar la privacidad de alguien. Con cantidades cada vez mayores de información personal en el dominio público, es importante que cada clínica recurra a un enfoque metódico para evaluar los riesgos. Si los riesgos se evalúan adecuadamente, el anonimato de los datos puede permitir que la información derivada esté disponible en un formato útil y práctico, al mismo tiempo que protege los intereses individuales.

Privacidad, confidencialidad y seguridad

Como obligación ética y legal, la confidencialidad a menudo se confunde con los conceptos de privacidad y seguridad. Sin embargo, son ética y legalmente distintos. La privacidad se refiere al derecho de una persona a controlar la información médica identificable y a decidir qué otras personas la conocerán. Los pacientes tienen el derecho a inspeccionar, copiar y enmendar sus datos de salud, limitar su adquisición y el uso que de ellos se realice, así como a exigir razones de una posible divulgación. La privacidad representa un derecho individual, y la confidencialidad es el deber que corresponde a la protección de este derecho. La confidencialidad comprende aquellos deberes legales y éticos que surgen en relaciones específicas, como es la de dentista-paciente.

La confidencialidad es una expectativa implícita de que la privacidad estará protegida por los encargados de custodiar esa información. El nivel de protección debe ser acorde al nivel de riesgo, y en algunos casos el riesgo de una violación de la confidencialidad puede ser alto, con graves implicaciones. El deber de un dentista de mantener la confidencialidad, que invoca el aspecto secreto de la privacidad, es un mecanismo para proteger los intereses de privacidad más amplios de la persona, que también incluyen el derecho de la persona a acceder o corregir su propia información. La seguridad se refiere a las salvaguardas o herramientas tecnológicas o administrativas para proteger la información sanitaria identificable, del posible acceso o divulgación injustificados. Aunque el equipo dental puede trabajar arduamente para proteger los datos, pueden producirse violaciones a la privacidad si no se mantienen las protecciones de seguridad adecuadas. Estos tres términos (privacidad, confidencialidad y seguridad) se detallan en esta declaración: "Si las garantías de seguridad en un sistema fallan o se ven comprometidas, puede ocurrir una violación de la confidencialidad y la privacidad de los datos de los pacientes puede verse perturbada".

Actualmente, muchas clínicas tienen un diseño abierto, de modo que las áreas o salas de consulta para pacientes se encuentran cerca de la recepción o del área de espera. Esta configuración puede dar lugar a violaciones de la privacidad. Si bien los pacientes esperan la privacidad del dentista y del equipo dental cuando ingresan a la clínica, esta privacidad ya es limitada ya que un asistente dental suele estar presente durante la consulta. No obstante, el paciente debe estar protegido de la angustia y de cualquier posible estigmatización o discriminación que pueda originarse si su privacidad fuese traicionada.

Observaciones finales

La expectativa de confidencialidad y privacidad es fundamental para la confianza del paciente en el dentista y en su equipo dental. Los pacientes esperan que los datos sobre su salud se mantengan

confidenciales y su uso o divulgación se limitará a la gestión de los mismos y a su atención clínica. Las teorías de confidencialidad y privacidad están presentes en toda la historia de la ética médica, los derechos humanos y las leyes. Las nociones modernas de privacidad respaldan un gran respeto por la autonomía individual y ofrecen importantes protecciones para el uso de datos de salud identificables. Estas protecciones continúan evolucionando y requieren prácticas seguras de información para evitar posibles violaciones de la confidencialidad.

Cuando exista alguna duda en el dentista con respecto a la divulgación de información confidencial, se debe pensar detenidamente y buscar asesoramiento y orientación especializados. Además, el dentista debe recordar que el principio de la confidencialidad se extiende a otros miembros del equipo dental, que no deben divulgar información confidencial ni dentro ni fuera de la clínica. Los dentistas pueden tener una responsabilidad indirecta por las acciones de su personal que divulgue información confidencial del paciente a un tercero. Por lo tanto, es esencial que el personal esté capacitado en esta área. El incumplimiento de la confidencialidad por parte del personal, después de que se les haya dado a conocer sus deberes, puede resultar en una acción disciplinaria grave, aunque la confidencialidad en última instancia, siga siendo responsabilidad del dentista.

Este capítulo ha mostrado que, la necesidad de mantener la confidencialidad de la información del paciente, proporcionada a los dentistas en su ámbito profesional, es de suma importancia. La confianza que este cuidado genera es esencial para el éxito de una relación profesional con los pacientes. El principio ético de la autonomía del paciente y el valor de confidencialidad que lo acompaña deben garantizarse en todas las circunstancias, salvo excepciones muy concretas. Los pacientes tienen el derecho ético y legal de esperar esta confidencialidad de todo el equipo dental, junto con la expectativa de que la información proporcionada se mantenga segura en todo momento. En algunas circunstancias, puede existir el deber de divulgar información, pero esto solo puede hacerse con el

consentimiento del paciente o si existe un interés público, prescrito por ley.

Algunas reglas prácticas para garantizar la confidencialidad y la privacidad incluyen:

- Todas las historias (en papel o electrónicas) deben mantenerse seguras y en un lugar donde no sea posible que otros puedan consultarlas (ver Capítulo 7).
- La información del paciente no debe discutirse con ninguna persona ajena a la clínica, incluidos familiares, familiares o amigos.
- Las solicitudes de las escuelas sobre si un niño asistió a una cita en un día en particular no deben ser divulgadas. En su lugar, se puede sugerir que el niño solicite un documento firmado por el dentista para confirmar su asistencia.
- La formación y las demostraciones de los sistemas administrativos e informáticos de la clínica no deben incluir información real de pacientes.
- Cuando nos comuniquemos con un paciente por teléfono o en persona en una sala de espera o un área de recepción pública, se debe tener cuidado de que la información confidencial no sea escuchada por otras personas.
- La información sobre el registro de citas de un paciente no debe entregarse al empleador del paciente.
- Los mensajes sobre la atención clínica de un paciente se deben enviar directamente al paciente y no a terceros o dejarlos en el contestador automático. Si el paciente no está disponible, deje un mensaje para pedirle que llame a la consulta.
- Los informes y otra información personal deben enviarse en un sobre sellado.
- Solo podrá entregarse información a oficiales de policía u otros funcionarios, si lo autoriza el dentista. El personal de la clínica no debe hacerlo sin instrucciones precisas del dentista.
- Los pacientes no deben tener acceso ni poder ver la información contenida en los libros de citas, los informes o la pantalla del ordenador.
- Las discusiones sobre los pacientes no deben tener lugar en áreas públicas de la clínica sino en área privada.

Supuesto práctico

Después de un tratamiento no complicado del conducto radicular en un molar mandibular en una paciente de 20 años de edad, la mujer regresó unas pocas semanas más tarde, junto con su esposo. Se quejó de una úlcera en el paladar y su esposo supuso que estaba relacionada con el tratamiento de endodoncia anterior. En el examen, el dentista concluyó que la úlcera en el paladar parecía ser un chancro sifilítico. A la paciente se le informó que el hallazgo no estaba relacionado con la endodoncia reciente, sino que se parecía mucho a una lesión por enfermedad de transmisión sexual. Al preguntarle si había tenido sexo oral recientemente respondió afirmativamente, pero pidió expresamente que no se le dijese nada a su esposo.

Si bien el diagnóstico del dentista es presuntivo, el dentista está colocado en una posición compleja derivada de la solicitud de la paciente de no revelar información. El dentista tiene que elegir entre respetar la autonomía de la paciente (manteniendo la confidencialidad de su diagnóstico) o proteger al marido relevando información sensible. El dentista tiene que considerar las siguientes posibles opciones:

- Mantener la confidencialidad sin más.
- Mantener la confidencialidad y remitirla a su médico de familia para un diagnóstico, consejo y tratamiento definitivos.
- Animarla a que permita que el dentista le informe a su esposo y, si está de acuerdo, le informe que, en su opinión, la lesión en su paladar no está relacionada con la endodoncia y que requiere una derivación al médico de familia para un diagnóstico definitivo y atención adecuada.
- Si la paciente no acepta que el dentista le informe a su esposo y se niega a ser referida a su médico general, hay que mantener la confidencialidad, pero considerar una derivación a una clínica comunitaria o especializada en enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Este capítulo ha sido escrito por Sudeshni Naidoo

Lectura complementaria

- British Dental Association (2014). BDA Advice Sheet B1: Ethics in Dentistry. Available at: <https://www.scribd.com/document/59236984/Ethics-in-Dentistry-b1>
- Edelstein I (1943). *The Hippocratic Oath: Text, Translation and Interpretation*. Baltimore, MD: John Hopkins Press.
- Ware W. Lessons for the future: Dimensions of medical record keeping. In: Task Force on Privacy, Department of Health and Human Services. *Health Records: Social Needs and Personal Privacy*. Conference Proceedings, Washington, DC; February 11–12, 1993 [Online]. Available at: <http://aspe.hhs.gov/pic/reports/arhq/4441.pdf>

Capítulo 7: Registro y gestión de las historias clínicas

Resumen

Junto con la obligación de confidencialidad (ver Capítulo 6), una segunda obligación ética es la de almacenar la información confidencial del paciente de forma segura. El mantenimiento del historial clínico es esencial para el manejo del paciente y se considera una obligación ética y legal del dentista. Es ético, ya que cumple con el deber de cuidado que el dentista tiene para con el paciente, y legal, ya que protege contra problemas médico-legales. Además, los registros dentales pueden proporcionar información crítica a los forenses para ayudar en la identificación de autores de delitos o de víctimas de desastres naturales o causados por el hombre. En este capítulo, examinaremos la importancia de un buen registro y discutiremos sus usos, componentes esenciales, conservación, propiedad, accesibilidad y relevancia en la odontología forense.

Introducción

La práctica dental diaria requiere un registro eficiente y detallado y es un aspecto importante de la atención al paciente. Una historia clínica dental se define como cualquier registro realizado por un odontólogo en el momento de una consulta (o después de ella), de un examen o la aplicación de un procedimiento dental para el paciente, y que sea relevante para el mismo. Dado que la relación de dentista-paciente se basa en la confianza, cada historia clínica se compila bajo la premisa de que esa información de salud del paciente se mantendrá confidencial, no solo por parte del dentista sino por todo el equipo dental. Esta información debe protegerse del uso o divulgación no autorizada, incluso a miembros de su familia, excepto cuando lo exija la ley o cuando el paciente haya dado su consentimiento expreso, idealmente por escrito.

Los dentistas están obligados a crear y mantener registros adecuados del historial dental, hallazgos clínicos, diagnóstico, tratamiento y costes, consentimiento y comunicaciones relacionadas con el paciente, incluidas las instrucciones suministradas al paciente. Los historiales clínicos son, por lo tanto, documentos legales propiedad del dentista y contienen información subjetiva y objetiva sobre el paciente. Sólo puede haber una historia clínica por paciente. La calidad de los registros dentales del paciente es un reflejo de la calidad de la práctica y de los servicios profesionales prestados. Un mal historial clínico puede comprometer la reputación profesional, así como la defensa de un profesional en el caso de que un paciente presente una queja. Esto es especialmente importante hoy en día, cuando los historiales de los pacientes son vistos y utilizados cada vez más por terceros.

¿Para qué se usan las historias clínicas?

Las historias clínicas, correctamente conservadas, tienen muchos usos. Además de los fines administrativos, pueden proporcionar evidencia de que un profesional ha tratado al paciente de manera adecuada, con el grado requerido de habilidad, atención y continuidad de la atención. Se puede utilizar una historia clínica (i) como base para planificar y mantener la atención continua del paciente; (ii) para pruebas documentales de la evaluación y el diagnóstico de la condición del paciente, el plan de tratamiento y el consentimiento informado, el tratamiento realmente realizado, los recuerdos de citas y las remisiones y seguimiento brindado; (iii) no solo sirve para monitorizar el éxito o fracaso del tratamiento realizado, sino también para evaluar la salud oral del paciente y ayudar con la promoción de la salud y la práctica preventiva; (iv) documentar todas las comunicaciones con el paciente, ya sean escritas, verbales, electrónicas

o telefónicas; (v) como un registro de la comunicación que ha existido con el paciente, con otros proveedores de salud, así como con terceros; (vi) proteger los intereses legales de todas las partes involucradas; (vii) proporcionar datos para la educación, formación continua e investigación; y (viii) para la facturación, control de calidad y otras funciones administrativas.

Las historias clínicas detalladas y precisas pueden utilizarse para comunicarse con otros profesionales o especialistas al fin de obtener una segunda opinión, en auditorías clínicas, investigación y producción de estadísticas sanitarias. Las historias clínicas son indispensables como evidencia directa en casos de litigios o quejas presentadas por pacientes, en caso de juicios por mala praxis. El historial clínico de una persona puede proporcionar información vital para los investigadores forenses en la identificación y detección de un delito, o en desastres naturales o causados por el hombre. Además, los historiales clínicos también se pueden usar para propósitos de estudios históricos, en la enseñanza, en la investigación o en la revisión de casos.

¿Qué incluye una historia clínica?

Una historia clínica completa debe contener toda la información relacionada con la gestión dental del paciente. Incluye datos subjetivos (motivos para visitar al dentista, motivo principal de la consulta y síntomas), hallazgos objetivos (obtenidos de exámenes clínicos y pruebas de diagnóstico), evaluaciones (juicios diagnósticos y terapéuticos basados en datos subjetivos y hallazgos objetivos) y planes de tratamiento (las diferentes opciones y sus costes, riesgos y beneficios, consideraciones de tiempo de trabajo, etc.).

Una historia clínica generalmente consta de tres secciones: información del paciente (ver a continuación); información administrativa (detalles de facturación con fecha y monto, copias de los formularios de reclamación presentados, información relacionada con los servicios de laboratorio utilizados, programación de citas); y el registro de la medicación prescrita al paciente (pa-

tología tratada, fechas y método de prescripción, administración del medicamento, incluido el nombre, concentración, dosis e instrucciones de uso).

Todos los registros deben estar fechados cronológicamente, ser objetivos y contener solo hechos y opiniones profesionales, y no interpretaciones subjetivas u observaciones despectivas con respecto al paciente. En caso de que modifiquemos alguna información relevante, debe ingresarse la fecha del cambio, así como la información corregida y dársele al paciente para que la vuelva a firmar. El registro original debe permanecer intacto y completamente legible. La firma de todos los documentos oficiales relacionados con la atención del paciente (recetas, certificados, registros de pacientes u otros informes) deben ser firmados e incluir las iniciales y apellidos de quien los firma.

Como mínimo, debe registrarse la siguiente información del paciente:

- Hora y fecha de cada consulta;
- Datos personales del paciente (sexo, edad, fecha de nacimiento, empleo, teléfono y datos de contacto de la dirección);
- Historia bio-psicosocial del paciente (incluida toma de medicamentos, alergias e idiosincrasias);
- La evaluación de la condición del paciente (motivo principal de consulta, antecedentes dentales, médicos, antecedentes familiares, vacunaciones, embarazo y lactancia);
- Una imagen de la boca del paciente. Debe haber un registro de las restauraciones existentes, junto con las necesidades actuales;
- Un perfil dental y periodontal, junto con detalles de signos importantes, como inflamación o inflamación gingival, así como un examen de tejidos blandos en busca de evidencia de patología oral;
- Pruebas radiográficas clínicas, exploraciones, diagnóstico y tratamiento propuestos, pronóstico;
- Copias de los resultados de las pruebas, instrucciones para el paciente, evaluación del seguimiento y citas de control, tarifas cobradas y detalles de posible referencia a especialistas;
- La medicación y dosis prescritas;

- Consentimiento informado por escrito y firmado por el paciente. Este también es necesario en caso de una negativa informada, por ejemplo, si el paciente se niega a someterse a un tratamiento, a pesar de que el dentista considere que es esencial.

Junto con la información anterior, todas las comunicaciones con el paciente, incluidas las consultas telefónicas o electrónicas por motivo de urgencia, deben ser registradas. Si un paciente tiene una queja, debe anotarse, junto con la información sobre cómo se abordó el problema y si se encontró una solución o si se llegó a un acuerdo. Si un paciente desea interrumpir el tratamiento, se deben documentar las razones de esa interrupción.

Propiedad de la historia clínica

Cuando las historias clínicas se crean como parte del funcionamiento de una consulta privada, incluidas las radiografías originales o las imágenes escaneadas, el dentista es el propietario legal de dichos registros y son propiedad exclusiva del dentista. Deben ser custodiadas por el dentista y nunca son dadas de alta, a menos que sea por deseo expreso del paciente. Se puede proporcionar al paciente una copia de los registros, las radiografías, los modelos de estudio, etc., o transferirlos a otro profesional sanitario a petición del paciente.

Se le puede cobrar al paciente una tarifa apropiada por dichas copias, siempre que el paciente tenga información previa de estos costes. Dado que la propiedad de los registros en una práctica multidisciplinaria depende de la estructura legal de la práctica, el órgano rector de dicha práctica multidisciplinaria debe asegurarse de que se cumplan las directrices relativas a las historias clínicas. Si un dentista interrumpe su actividad clínica o vende su consulta, lo ideal es que los pacientes reciban una notificación por escrito del cambio de propietario.

Si el dentista no puede hacerlo, entonces es responsabilidad del dentista entrante notificar a los pacientes que es el nuevo propietario de la clínica y que ahora está en posesión de esas historias clínicas. Si un dentista en ejercicio privado

(tanto en práctica individual como compartida) fallece, entonces su patrimonio, que incluye las historias clínicas, será administrado por el heredero del patrimonio. En caso de que la clínica sea asumida por otro profesional, el heredero patrimonial deberá pasar los registros al nuevo dentista. Este está obligado a informar a todos los pacientes por escrito sobre el cambio de titularidad, y los pacientes podrán elegir entre permanecer con el nuevo profesional o solicitar que sus historias clínicas se transfieran a otro profesional de su elección.

En caso de que la clínica no prosiga su actividad, los herederos deben informar a todos los pacientes por escrito y transferir esas historias a otros profesionales designados por los pacientes a título individual. Los archivos restantes se conservarán en un lugar seguro por parte del heredero durante al menos 12 meses, siendo plenamente responsable de su custodia y manteniendo en todo momento las normas de confidencialidad profesional. En el caso de que un dentista en práctica privada decida cerrar o vender su clínica por cualquier motivo, deberá informar por escrito y de manera oportuna a todos sus pacientes de la siguiente manera:

- Que la clínica se cerrará a partir de una fecha determinada;
- Que se pueden hacer solicitudes para que las historias clínicas se transfieran a otros profesionales de elección del paciente;
- Que después de la fecha especificada, las historias se custodiarán de manera segura durante un período específico, indicando la persona o institución con plena autoridad para esa custodia y asegurando que se cumplirán las normas de confidencialidad profesional.

Acceso a las historias clínicas

Los pacientes no tienen el derecho a exigir poseer su historia clínica original, pero pueden solicitar el acceso a ella o tener una copia de la misma por diversos motivos que pueden incluir una insatisfacción subyacente, el deseo de resolver un problema o la necesidad de compartir su historial clínico con otro profesional o con su abogado. En ocasiones,

los pacientes se trasladan y es posible que deseen proporcionar a su nuevo dentista su historia clínica previa para que tenga conocimiento de los tratamientos o problemas anteriores. Los dentistas están obligados a proporcionar dichas copias, independientemente de cualquier desacuerdo o falta de abono de algún tratamiento realizado. El derecho al acceso del paciente a su historia clínica varía de un país a otro. Ha evolucionado, y continúa evolucionando, en respuesta a una mayor demanda de la población en relación a su derecho a saber qué se registra en su nombre y tener acceso a esa información.

Además, a los pacientes en algunas legislaciones, se les otorga el derecho a alterar la información si la consideran incorrecta o inexacta. También es importante evitar que la información se divulgue accidentalmente manteniendo la información almacenada de forma segura en todo momento. La capacidad para divulgar la información varía dependiendo del país, pero en general, ningún dentista pondrá la información a disposición de un tercero sin la autorización por escrito del paciente o su representante legal. Un dentista solo puede poner la información a disposición de un tercero, sin la autorización por escrito del paciente o su representante legal en los casos en que:

- El tribunal lo exige en casos médico-legales, por ejemplo, cuando el dentista actúa de testigo en un juicio entre un paciente y otra parte, o cuando el paciente ha iniciado una acción judicial contra el dentista, y el dentista es llamado para testificar sobre la situación dental del paciente o para entregar su historia clínica.
- Un órgano profesional ha instruido audiencia disciplinaria, y el dentista debe responder al cargo para defenderse.
- El dentista tiene la obligación legal de revelar ciertos hechos (por ejemplo, en el caso de sospecha o confirmación de maltrato infantil).

Historias clínicas en formato electrónico

La tecnología digital, la información en red, la digitalización de la información y el uso de registros

electrónicos han revolucionado la práctica de la odontología, desde los usos clínicos hasta la formación continua, transacciones de gestión de práctica, como citas, pagos y marketing. Las historias clínicas de los pacientes con audio, texto, imágenes y fotografías clínicas pueden transmitirse a especialistas de cualquier parte del mundo al objeto de obtener una segunda opinión. Tener registros sin papel no implica que sean seguros y estén exentos de problemas, y que no importe tomar precauciones, pues existe el riesgo de que alguien pueda acceder a la información electrónica almacenada.

Además, pueden perderse datos como consecuencia de virus informáticos y fallos de hardware y software. La copia de seguridad de todos los registros se debe realizar en un medio extraíble que permita la recuperación de esos datos en caso de fallo o mal funcionamiento de los sistemas. Los profesionales deben asegurarse de que utilizan dispositivos adecuados para la seguridad de la información personal cuando se almacena, envía o recibe por fax, ordenador, correo electrónico u otros medios electrónicos. Como requisito básico, debe existir protecciones al inicio de la sesión usando contraseña. Si es necesario, se debe buscar el asesoramiento profesional apropiado sobre cómo mantener segura la información antes de conectarse a una red. Se debe anotar que tal asesoramiento ha sido solicitado. Las máquinas de fax, los terminales de ordenadores y otros dispositivos electrónicos deben estar ubicados en áreas seguras.

Si los datos se envían por medios electrónicos, los profesionales deben asegurarse, en la medida de lo posible, de que los datos no puedan ser interceptados o vistos por nadie más que el destinatario. Al decidir en qué forma transmitir la información personal, los dentistas deben tener en cuenta que la información enviada por correo electrónico a través de Internet puede ser interceptada. Durante el periodo de transición a los registros sin papel, el mantenimiento de un registro doble es muy aconsejable. Los dentistas no solo deben informarse sobre los problemas éticos, legales y tecnológicos relacionados con el uso de medios electrónicos, sino también consultar regularmente y mantenerse al día con las leyes relacio-

nadas con el mantenimiento de registros electrónicos, ya que esta área se somete constantemente a cambios legislativos.

Comunicación por email con los pacientes

La comunicación con los pacientes por correo electrónico puede ahorrarle tiempo y dinero al dentista y puede ayudar al paciente a comunicarse fácilmente con su dentista con respecto a las consultas, la programación de citas o cualquier otra información de interés. Sin embargo, plantea importantes consideraciones. Es difícil garantizar la confidencialidad y confirmar la identidad de la persona cuando nos comunicamos a través de un correo electrónico no seguro. Los correos electrónicos pueden enviarse por error a un paciente equivocado o reenviarse a terceros desconocidos.

Los pacientes deben ser informados sobre los posibles riesgos y aceptarlos antes de utilizar la comunicación electrónica. Además de la aceptación del paciente de usar correspondencia por correo electrónico, existen otras consideraciones para la clínica, como la forma en que se incorporará la correspondencia por correo electrónico en la historia clínica y cómo se puede minimizar la exposición / riesgo o disminuir la responsabilidad en caso de pagos electrónicos.

Conservación de historias clínicas

Las historias clínicas de pacientes generalmente se clasifican como activas o inactivas. Los archivos activos contienen los registros dentales de los pacientes que actualmente reciben tratamiento dental en la clínica. Por lo general, se considera que los pacientes inactivos son aquellos que no han regresado a la clínica en los últimos dos años.

¿Por qué deben conservarse las historias clínicas?

Se conservan las historias clínicas para recordar el tratamiento propuesto o para realizar el tra-

tamiento clínico en curso del paciente. También pueden usarse para segundas opiniones, auditorías clínicas, como evidencia directa en casos de litigios o quejas presentadas por pacientes, o para investigar posibles fraudes en caso de que intervengan terceros (por ejemplo, compañías aseguradoras que reembolsan).

¿Durante cuánto tiempo deben conservarse?

La conservación de las historias clínicas es una preocupación común, especialmente cuando hay una escasez de espacio de almacenamiento en la clínica. Los diferentes países y jurisdicciones tienen diferentes pautas con respecto a la duración del tiempo en que deben conservarse los registros dentales. Las historias deben almacenarse en un lugar seguro y, si están en formato electrónico, deben protegerse con contraseñas. Los profesionales deben asegurarse de estar bien informados de las pautas relevantes con respecto a la conservación de las historias clínicas de los pacientes en cualquier formato. Al final del período de conservación, las historias pueden eliminarse, pero siempre de una manera que proteja la confidencialidad del paciente y mantenga la seguridad de la información contenida en ellos.

Las nuevas tecnologías han hecho posible almacenar enormes cantidades de datos electrónicamente. En el caso de menores de edad y pacientes que no son legalmente responsables (enfermedades mentales, por ejemplo), los dentistas deben usar su propio criterio en cuanto a si las historias clínicas deben conservarse durante un período más prolongado del legalmente establecido, ya que una posible acción judicial puede iniciarse mucho después de la prestación del tratamiento. Los historiales guardados en un hospital o clínica pública solo pueden destruirse si lo autoriza la persona interesada. Debe alcanzarse un equilibrio entre los costes que supone un almacenamiento indefinido y el potencial riesgo que se asume en caso de defensa de un profesional (por ejemplo, por un caso de negligencia) derivado de la ausencia de historia clínica. Cuando existen obligaciones legales que prescriben el período du-

rante el cual se deben mantener las historias clínicas del paciente, lógicamente el profesional debe respetarlas.

Conservación de historias clínicas electrónicas

El almacenamiento de historias clínicas electrónicas debe incluir las siguientes medidas de protección:

- Todos los registros clínicos electrónicos, incluidos los almacenados en CD y copias de los mismos, deben estar cifrados y protegidos por contraseñas para evitar que personas no autorizadas tengan acceso a dicha información.
- Las copias de los CD utilizados en las oficinas de los profesionales deben estar en formato de solo lectura, y una copia de seguridad debe guardarse y almacenarse en un sitio físicamente diferente para que los dos discos puedan compararse en caso de sospecha de manipulación.
- Se deben garantizar las protecciones efectivas contra el uso no autorizado o la transmisión de información confidencial del paciente. El derecho a la privacidad, seguridad y confidencialidad del paciente debe estar protegido en todo momento.

Destrucción de las historias clínicas

Al finalizar las obligaciones de almacenamiento, las historias clínicas deben eliminarse de manera segura y coherente con el mantenimiento de la confidencialidad del paciente y la información registrada. Esto se puede hacer de varias maneras, incluyendo:

- Destrucción física de registros mediante trituración, incineración u otro método;
- Devolver las historias clínicas al paciente o desecharlos de acuerdo con las instrucciones del paciente;
- Transferencia confidencial a una compañía / agencia especializada en la destrucción de historias clínicas;
- Toda la información relativa a la identificación de los modelos de estudio (escayola o similar) debe eliminarse antes de su destrucción;

- Asegurarse de que el proceso utilizado para destruir los registros electrónicos los hace ilegibles de una manera que no permita reconstruirlos en su totalidad o en parte.

Utilización de historias clínicas para investigación forense

Las historias clínicas correctamente conservadas son invaluable como recurso de fácil acceso para investigaciones forenses con respecto a la identificación de autores de lesiones por mordeduras, maltrato infantil y restos humanos de víctimas en asesinatos, suicidios o accidentes. Además de las descripciones clínicas orales, periorales, de tejidos duros y blandos, las radiografías, fotografías, modelos de escayola, impresiones y prótesis pueden formar parte de la historia clínica. Las radiografías y las fotografías se pueden usar para la reconstrucción facial cuando se identifican las víctimas cuyos rasgos faciales han desaparecido y no son identificables. Los investigadores forenses pueden usar las historias clínicas y determinados registros para determinar la identidad de las marcas de mordeduras, los patrones de las arrugas palatinas y la edad cronológica, en particular, de los niños pequeños.

Las personas también pueden identificarse mediante prótesis dentales o aparatos de ortodoncia. Los dentistas deben recomendar rutinariamente a sus laboratorios dentales que coloquen marcadores, etiquetas, códigos de barras, microchips, etc. en prótesis o aparatos para la identificación del usuario. Puede que no sea tan fácil determinar cuándo es adecuado divulgar los registros clínicos a un miembro de la familia con fines de identificación, ya que es posible que dichas divulgaciones deban limitarse a la información legalmente. La opción más prudente es que el dentista consulte con un abogado, y probablemente tenga que limitar la divulgación exclusivamente a los registros o datos necesarios para la identificación de la víctima. Como se mencionó anteriormente, mientras que los dentistas tengan en su poder las historias clínicas (físicas o electrónicas) de los pacientes, estos generalmente tienen derecho legal a acceder

a la información contenida en su propio historial clínico o al de un familiar dependiente incapacitado legalmente. Los pacientes pueden tener un derecho legal adicional para restringir la divulgación de su historial.

En consecuencia, los dentistas deben familiarizarse con los requisitos legales nacionales, estatales y locales y establecer procedimientos específicos en su clínica. Dicha política de divulgación de historias clínicas puede preverse por escrito y que el paciente consienta, llegado el caso, el acceso a su historial por parte de los miembros de la familia, o por miembros de la policía, al mismo tiempo que se protege la privacidad de la historia clínica. En la mayoría de los casos, la fotocopia de la historia suele ser suficiente para el destinatario, a menos que los originales sean específicamente requeridos, o la autenticidad de la misma esté en litigio. Si los investigadores aceptan las fotocopias de los historiales escritos, se deben proporcionar copias claras. Si un solo documento contiene múltiples páginas, deben estar numeradas. Antes de entregar las copias, es necesario asegurarse de que cada página identifique al paciente en cuestión y al dentista que proporciona la historia. Siempre que sea posible, si hay que proporcionar las historias clínicas originales o radiografías, el dentista debe hacerlo en persona y no a través de terceras personas.

Lista de verificación resumen para las historias clínicas

- Todos los datos relativos de un mismo paciente deben de ir a una única historia clínica
- Las historias deben estar actualizadas, ser precisas, completas, pero concisas.
- Debe ser consistentes.
- Utilice un formato estandarizado: las notas deben contener el historial del paciente, los hallazgos clínicos, diagnóstico, plan de tratamiento, resultados e instrucciones de seguimiento.
- La información sobre el estado médico debe actualizarse en cada visita.
- Asegúrese de que, si se usan iniciales o términos abreviados, sean reconocibles universalmente.
- Evite los comentarios egoístas, desaprobadores o despectivos en la historia clínica.
- Describa los hechos y solo las conclusiones que son esenciales para el cuidado del paciente
- Si la historia clínica necesita ser alterada en interés del cuidado del paciente, marque los nuevos ítems y ponga la fecha de los cambios realizados, sin alterar los datos iniciales. De esta manera, el dentista demuestra que no hay ninguna intencionalidad de ocultar información.
- Asegúrese de que los formularios de consentimiento informado o de rechazo firmados se adjuntan a la historia clínica.
- No entregue copia de la historia clínica sin recibir la autorización correspondiente.
- Mantenga los registros de facturación separados de los registros clínicos.
- Seleccione aleatoriamente algunos registros de pacientes y pídale a un colega que compruebe si son legibles y comprensibles.
- Etiquete siempre los documentos adjuntos (fotografías, modelos, resultados de laboratorio, etc.) para que el paciente pueda ser identificado.
- Solicite autorización por escrito en caso de tener que transferir la historia clínica en caso de que lo solicite el paciente por cambiar de dentista
- Recuerde al personal que toda la información de la historia clínica de los pacientes es confidencial.

Este capítulo ha sido escrito por Sudeshni Naidoo

Capítulo 8: Comportamiento profesional

Resumen

Este capítulo analiza los deberes y responsabilidades de los dentistas con los pacientes, así como con las comunidades en las que viven y trabajan. Esboza los elementos que causan tensión y crean problemas, tanto para los dentistas como para la profesión en general. Algunos de los elementos discutidos incluyen los estándares profesionales, la comprensión de las limitaciones personales, la aptitud para la práctica y el papel de los individuos y las asociaciones en el mantenimiento de los estándares profesionales de la colaboración, la referencia, la delegación y el trato con personas que no son pacientes habituales.

Introducción

La mayoría de los dentistas son bien intencionados y tratan de defender sus responsabilidades profesionales, pero también existen dentistas que violan los códigos de práctica de forma involuntaria o deliberada. Este capítulo examina el papel de un profesional que trata con individuos y con la comunidad en general, principalmente en situaciones donde los estándares clínicos de atención (analizados en el Capítulo 3) no se respetan. Debido a las diferencias entre países (y, a veces, dentro de los países), se recomienda a los lectores que consulten sus leyes y códigos de ética locales cuando busquen información específica.

Los dilemas éticos que pueden encontrar los dentistas se resumen en las siguientes preguntas:

- ¿Por qué los estándares para las relaciones profesionales son diferentes de los de otras relaciones?
- ¿Deben los dentistas notificar a los pacientes los errores, divulgar detalles de sus limitaciones personales o proporcionar información personal?
- ¿Cómo manejan los dentistas sus propias discapacidades temporales o permanentes?
- La aptitud para la práctica requiere que los dentistas estén al tanto de las discapacidades que pueden mermar su capacidad profesional y modificar su práctica en consecuencia. ¿Cuál es el deber de los colegas y otras personas que conocen a un dentista discapacitado?
- ¿Cómo deben los dentistas a nivel individual y las asociaciones profesionales, gestionar a los dentistas que se comportan inadecuadamente o violan los principios éticos?
- ¿Cómo deben comportarse los dentistas con otros dentistas y con otros profesionales de la salud?
- Cuando los pacientes son referidos a especialistas, ¿con qué problemas éticos pueden encontrarse el dentista y / o el especialista?
- ¿Qué deberes tienen los dentistas con las personas que no son sus pacientes?

Estándares profesionales en las relaciones

Los dentistas se enorgullecen de ser respetados como miembros de una profesión sanitaria. Este estado se basa en la confianza, incluida la creencia de que se mantendrán los altos estándares (tanto clínicos como personales). Las normas clínicas se basan generalmente en la evidencia y las opciones de tratamiento se seleccionan después de equilibrar los beneficios y los riesgos. Por otro lado, el comportamiento profesional refleja los estándares aceptables, pero a menudo variables y más subjetivos de la sociedad en un momento particular y dentro de una comunidad o cultural particular. Es posible que los pacientes no puedan saber si un dentista es un buen clínico, pero pueden, y generalmente lo hacen, juzgar al dentista mediante indicadores de comportamiento tales como si son amables o groseros, interesados o arrogantes, generosos o mercantilistas. Muchas quejas formales sobre los dentistas están relacio-

nadas o incluyen problemas de comportamiento. Incluso las quejas sobre aspectos técnicos del tratamiento a menudo son precipitadas por un mal comportamiento.

Por lo general, los estándares de comportamiento exigidos a un profesional son más altos que los del público general. Este estándar más alto se basa en el contrato social o una promesa pública, que se establece entre la sociedad y la profesión de dentista, fundamentada en la confianza.

¿Cuál es la esencia del contrato social?

Los dentistas tienen habilidades y conocimientos específicos que la sociedad valora y necesita, y por eso la sociedad a menudo contribuye en los gastos para la formación de los dentistas a través de dinero público. Incluso cuando el coste de la matrícula no está subvencionado, siempre son necesarios voluntarios para que los estudiantes adquieran práctica clínica y para los proyectos de investigación. La profesión dental goza de protección legal para realizar procedimientos invasivos y para protegerse del intrusismo. Los dentistas tienen autonomía, individualmente y como profesión, para gestionar los estándares clínicos. Ambos, la protección y la autonomía, son privilegios que la sociedad proporciona y no son un derecho inamovible. Pueden ser suspendidos o restringidos.

Además, la mayoría de los dentistas disfrutan de privilegios sociales y económicos y de un determinado estatus en la sociedad. A cambio de estos beneficios, los dentistas aceptan la responsabilidad y el deber de dar prioridad al bienestar de sus pacientes, de compartir el conocimiento para ventaja de todos, de tener una relación con los pacientes y los colegas que sea colaborativa, no competitiva y basada en la confianza. Los códigos éticos de práctica guían a los dentistas y les recuerda sus obligaciones con las personas y, colectivamente, con la sociedad en su conjunto.

Vulnerabilidad y susceptibilidad del paciente

Consideremos la situación de una persona que quiere comprar un teléfono móvil. El teléfono es

caro y el usuario habitualmente debe comprometerse con un plan de permanencia determinado. Esa persona obtendrá información de muchas fuentes, consultará a los proveedores que compiten entre sí, se hará preguntas, buscará las especificaciones técnicas de los diferentes modelos de móviles en la web, lo hablará y reflexionará con amigos y expertos y comparará los precios. Sin embargo, cuando se trata de odontología, los pacientes obtienen la mayoría (si no toda) la información sobre el tratamiento, de una sola persona: el dentista. Hacen pocas preguntas, rara vez buscan una segunda opinión y confían en que el dentista va a poner sus intereses de salud en primer lugar. Este nivel de confianza atribuido es un motivo de orgullo para la mayoría de los dentistas, pero aumenta la vulnerabilidad de un paciente frente a cualquiera que haga un uso inadecuado de su posición profesional.

Abusar deliberadamente de esta confianza para beneficio personal no es ético y es inaceptable.

Ante tal nivel de confianza depositado, un dentista debe ser sensible al riesgo de una posible influencia involuntaria. Las meras sugerencias pueden interpretarse como recomendaciones, y los pacientes pueden anular sus preferencias personales al adoptar decisiones. Los dentistas no deben hacer suposiciones sobre lo que es importante para el paciente en términos de coste, estética o función. Si hay varias alternativas aceptables de tratamiento disponibles para un paciente, el dentista debe proporcionar comparaciones imparciales basadas en la evidencia clínica. Si el dentista intenta predecir la preferencia del paciente en función del coste, el tiempo o el resultado, la predicción puede ser incorrecta. Un ejemplo puede ser el de un dentista que sabiendo que un paciente tiene ingresos limitados, continúa tratándole en vez de recomendarle un especialista como suele hacer en otros casos. Sin preguntar, el dentista no puede predecir el valor que el paciente puede asignar al resultado, y es poco probable que el paciente le haga preguntas hasta que sea demasiado tarde.

Tal paternalismo se basa en la preocupación del dentista por su paciente, y aunque puede estar equivocado, tiene un buen fondo. Sin embargo,

no hay excusa para que se brinde información en función del interés del dentista. Si un dentista puede obtener una mayor ganancia a través de un tipo de tratamiento determinado, si un estudiante necesita completar unos tratamientos concretos para aprobar, o si un proyecto de investigación está reclutando casos específicos, la información sobre las opciones de tratamiento debe entregarse con precisión y sin sesgo de contenido. El paciente puede dar su consentimiento, pero obtener el consentimiento mediante la manipulación (deliberada o bien intencionada) no es ni válido, ni honesto ni ético.

Relaciones interpersonales

Tratar a pacientes que terminan siendo bien conocidos por el dentista, durante mucho tiempo, es un aspecto gratificante de la odontología y ayuda a proporcionar la atención adecuada. Sin embargo, existen algunos riesgos en tener relaciones tan estrechas. Un riesgo es que el dentista o el paciente puedan malinterpretar una relación profesional como una amistad personal. Si existe una desigualdad basada en el nivel educativo, el dinero o el estatus social, el paciente puede sentirse halagado o sentirse obligado a pagar esa atención de manera personal, financiera u otras. Además, es más difícil para un dentista resistirse a determinadas acciones como falsificar un certificado médico, manipular fechas o tratamientos (por ejemplo, para un reembolso por parte de una aseguradora) si el paciente es, además, amigo.

Las asociaciones profesionales y las leyes prohíben en muchos países, que un dentista establezca una relación sexual con un paciente actual o reciente, o con algún familiar directo de un paciente. Un dentista no debe iniciar la relación y debe desviar cualquier insinuación de un paciente. Se recomienda a los dentistas y estudiantes de odontología que verifiquen las pautas proporcionadas por las leyes locales. La razón de esta prohibición es que un paciente siempre es considerado estar en una posición de desigualdad de poder con respecto a un profesional sanitario, y se considera que buscar una relación es aprovecharse de una situación privilegiada.

Los dentistas deben tener especial cuidado al decidir tratar a un miembro de su familia, pareja o amigo personal cercano, especialmente en los casos de tratamientos complejos. Siempre que sea posible, se le debe pedir a otro colega que trate a esta persona para que la autonomía del paciente no se vea comprometida, de modo que, en los procedimientos de tratamiento complejos, el dentista no se vea sometido a un estrés adicional, y por lo tanto no haya restricciones en la discusión libre, cuando las opiniones del dentista y el paciente difieren. La distinción entre la vida personal y profesional puede también ser compleja en relación con la religión, la política, la cultura y los negocios. Las creencias personales pueden hacer que un paciente se sienta presionado, y en algunas circunstancias, puede sentir (correcta o incorrectamente) que el tratamiento está siendo comprometido. Otros pueden sentirse presionados a asistir a una clínica determinada debido a que comparten una actividad común (política, cultural, religiosa) con el profesional.

La explotación o presión deliberada de estas creencias, siempre es poco ética. Sin embargo, no hay una línea clara entre lo que es inaceptable y lo que es una expresión libre de la personalidad. Se debe tener cuidado en los espacios públicos de las clínicas dentales para garantizar que se cumplan las normas comunitarias y profesionales. Las cajas de recolección para organizaciones benéficas, en posiciones visibles, son difíciles de evitar y pueden presionar a las personas para que donen. Los iconos religiosos, los carteles y dípticos políticos, el material impreso inapropiado (dibujos animados, calendarios o revistas), los anuncios de negocios, etc., pueden parecer triviales, pero pueden causar ofensas o violar los límites de la conducta profesional. Las soluciones varían desde no mostrar elementos personales o en el otro extremo, tener un tablón de anuncios para que todos puedan contribuir. Las relaciones personales con los pacientes en cualquiera de las interacciones mencionadas anteriormente se vuelven más complejas cuando el dentista está ubicado en una ciudad pequeña o en un entorno muy concreto. Aquí es probable que el dentista coincida con los pacientes en una

variedad de entornos sociales. Puede haber un conflicto entre un dentista que forma parte activa de una pequeña comunidad y mantiene una distancia profesional. Para los dentistas recién graduados es aún más importante contar con una red sólida de colegas profesionales con los que discutir tales situaciones.

Comprendiendo las limitaciones personales

Todos experimentamos desafíos que limitan nuestra capacidad. Algunos de estos desafíos son temporales, como la fatiga, enfermedad, estrés, realizar un nuevo procedimiento o tratar a un paciente difícil. Otras limitaciones duran más tiempo o incluso se convierten en discapacidades permanentes. Asumir la necesidad de ajustar los procedimientos, las técnicas o el alcance del ejercicio clínico, es deber de cada dentista.

El agotamiento en los dentistas a menudo se relaciona con esforzarse por lograr la perfección clínica y tener que aceptar un compromiso. Los dentistas jóvenes pueden estresarse particularmente al tener que determinar la diferencia entre un tratamiento razonable y un trabajo deficiente. Los dentistas mayores deben permanecer alertas y saber que las técnicas antes recomendadas, pueden ser reemplazadas o incluso convertirse en contraindicadas.

A menudo es difícil reconocer si nuestro propio comportamiento es deficiente o está desactualizado. Se organizan pocos cursos de formación continuada que aborden este tema, y se habla poco de esto abiertamente entre colegas. Las normas sociales, el lenguaje y la interacción con grupos de personas (como los grupos minoritarios) evolucionan con el tiempo y es esencial que los dentistas se mantengan al día de qué puede ofender a pacientes o colegas. Pasar de un país a otro, e incluso dentro de un país, puede introducir diferentes normas culturales. Como se menciona con frecuencia en este y otros capítulos, la mejor manera de prevenir o resolver dilemas profesionales es fomentar la autoconciencia y buscar el consejo y la orientación de otros colegas.

Divulgación de información personal

La autonomía del paciente es uno de los principios más importantes de la ética dental. Para ello es esencial el derecho a la información (a menudo definida como suficiente y apropiada) que es esencial para un consentimiento válido. El capítulo 5 analiza en detalle la autonomía en situaciones clínicas, mientras que este capítulo se centra en la información personal.

Como se discutió en el Capítulo 5, recibir información es un derecho positivo y el dentista debe proporcionarla voluntariamente. La decisión de qué divulgar y con qué profundidad puede determinarse utilizando uno de los tres estándares basados en (i) el dentista competente, (ii) el paciente razonable o promedio, o (iii) el individuo particular o específico (es decir, el paciente).

¿Qué debe ser informado al paciente?

Sobre la base de estas pautas, hay ciertos detalles que siempre deben estar a disposición del paciente y que el dentista debe proporcionar sistemáticamente y no solo como respuesta a una pregunta.

El primero de ellos es la filiación y la cualificación de la persona que trata al paciente: el dentista, el estudiante, el higienista dental, o el especialista. Muchos dentistas proporcionan además información relacionada con su cualificación profesional, su pertenencia a asociaciones profesionales, títulos y diplomas universitarios, etc., en la propia clínica, en folletos o en su página web. Cuando existe alguna posibilidad de confusión (varios dentistas en la clínica, estudiantes, higienistas), se debe proporcionar una aclaración de quien es quien. El segundo grupo de información necesaria es la relativa a la participación de un paciente en cualquier tipo de investigación o prueba de nuevas técnicas o materiales. En tercer lugar, el dentista debe divulgar cualquier incentivo o interés financiero que tenga y que pueda ser relevante para el tratamiento que se proporcionará.

Un dentista que sufra de alguna afección que interfiera con la prestación de la atención dental adecuada debe abstenerse de continuar con el

tratamiento. Revelar esa condición al paciente e incluso obtener su consentimiento, no le eximirá de ningún error que pueda cometerse.

¿Cuanta información personal debe ser proporcionada al paciente?

Una vez que toda la información necesaria para el paciente, con respecto al tratamiento ha sido proporcionada, ¿qué hay de otro tipo de información, menos disponible públicamente, conocida por el dentista, pero no solicitada por el paciente? ¿Debe ser voluntario informar sobre la falta de experiencia? Muchos dentistas (y estudiantes) encuentran que decirle a un paciente que “este es mi primer ...”, “estoy usando un nuevo ...”, puede ser tranquilizador para el profesional. Los pacientes tienden a respetarlo y entenderlo, siempre que se combine con garantías, y puedan decidir si se realizan o no el tratamiento.

Respondiendo a las preguntas del paciente

Los pacientes tienen derecho a hacer cualquier pregunta que pueda influir en su decisión de ser tratados por un dentista determinado. Sin embargo, ¿está obligado el dentista a dar una respuesta? Lo que en otras circunstancias puede considerarse como discriminación (como una preferencia de género, raza, o religión), no se suele aplicar al paciente en su relación con un profesional de la salud. Por razones culturales, un paciente puede preferir un dentista o una persona que hable un idioma en particular. Puede darse el caso de que un paciente solicite información sobre la salud de un dentista. Si el dentista o la clínica dental no están dispuestos a divulgar esta información, pueden indicárselo al paciente y ofrecerle la opción de referirlo a otro dentista o clínica. Un paciente puede abandonar la clínica si la respuesta no le parece convincente, esa es su decisión. Sin embargo, para el dentista mentir no es nunca una opción.

Si el paciente considera que alguna información personal es relevante para decidir si quiere ser tratado por ese dentista determinado, se debe dar una respuesta honesta, sin exageraciones y sin manipulación para beneficiar al dentista.

Conversación social

Algunos dentistas se encuentran cómodos al conversar con sus pacientes sobre la familia, las vacaciones, los pasatiempos, mientras otros prefieren mantener una distancia. La decisión de participar o no en una conversación es personal, y las preguntas directas de los pacientes sobre asuntos privados pueden desviarse con sensibilidad.

Los dentistas deben recordar que a pesar de que la conversación puede ser bidireccional, algunos pacientes pueden sentirse incapaces de desviar cortésmente las preguntas personales que encuentran intrusivas, o de responder con “eso no le interesa”. La conversación social cortés para crear una experiencia cómoda está bien, pero puede suponer una invasión de la privacidad para un dentista, pedirle a un paciente información personal que no se requiere directamente para el tratamiento.

No es profesional hablar con el paciente sobre otros pacientes o dentistas, especialmente de forma negativa. Recuerde que cualquier conversación que mantenga con el asistente dental, también es indirectamente una conversación con el paciente, aunque él no participe.

Divulgación de errores

Casi todas las fuentes recomiendan que, cuando se produce un error o una complicación, el paciente sea debidamente informado al respecto. Independientemente de si el paciente se enfada o no, es preferible para el paciente y para el dentista, informarle de inmediato, a que otro profesional se lo diga más adelante.

Los pacientes son los que sufren las consecuencias de los eventos adversos y tienen derecho a conocerlos. El dentista tiene la obligación de decir la verdad, y ocultarla no está justificado éticamente. En el pasado, algunas compañías de seguros alentaban a los dentistas a no admitir la culpa, y estos se ponían a la defensiva cuando se enfrentaban a un error. Sin embargo, se ha comprobado que tratar de encontrar las palabras correctas para decir la verdad sin admitir la responsabilidad, puede ser interpretado por el paciente como evasivo. Al pa-

ciente se le da mejor servicio mediante la transparencia, la empatía y una disculpa, seguido de una guía sobre qué hay que hacer.

La justicia para el paciente se consigue mediante la restitución, que puede tomar muchas formas, como no cobrarle por el tratamiento o reparar el error. Si el paciente demanda al dentista, se puede negociar una compensación o el tribunal puede imponer un acuerdo financiero. La diferencia entre una complicación en el curso del tratamiento y un error (negligencia / mala praxis) por parte del dentista implica una interpretación legal y las leyes difieren dependiendo de los países. Los dentistas deben estar familiarizados con su legislación local.

Capacidad para ejercer

Responsabilidad del dentista

Es deber de los dentistas garantizar que sus enfermedades físicas o mentales no afecten su capacidad para brindar a sus pacientes un alto nivel de cuidados.

El deterioro puede ser muy variable, de temporal a permanente, de específico a integral, y de menor a total por incapacidad. En casos de impedimentos temporales, menores o específicos, a menudo es posible continuar practicando la odontología con exclusiones o limitaciones autoimpuestas. Las bajas a corto plazo de la práctica clínica pueden ser necesarias en caso de enfermedades o lesiones.

Puede ser necesario un reajuste de las condiciones de trabajo para hacer frente a algunas condiciones crónicas (por ejemplo, el dolor de espalda se puede controlar con asientos especiales, postura, ejercicios y descansos), la delegación o referir al paciente para algunos procedimientos puede convertirse en la norma. Algunos procesos, que aumentan en severidad con el tiempo, pueden progresar tan lentamente que el dentista no sea consciente del impacto cada vez mayor que tienen en su estándar clínico, hasta que exista la evidencia de una seria preocupa-

ción. Algunos de estos están relacionados con la edad y otros comienzan con niveles más bajos de una condición crónica, por ejemplo, reducción de la agudeza visual, pérdida de audición, pérdida de destreza, artritis, depresión o agotamiento.

Algunas deficiencias son más graves que otras, aunque sean menos comunes. Estas incluyen las adicciones e infecciones. Los dentistas bajo los efectos del alcohol o drogas (con receta o ilícitas) pueden poner en riesgo a sus pacientes, especialmente porque la intoxicación suele ir acompañada de juicio deficiente, incapacidad para evaluar la capacidad de uno mismo, negación del problema y una inclinación hacia un comportamiento antisocial o no profesional. Por otra parte, los dentistas corren el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y de transmitirlas, y algunas enfermedades permanecen en las listas de notificación obligatoria a las autoridades sanitarias. En las décadas de los 80 y 90, el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH / SIDA) estaban a menudo en los titulares. Los dentistas infectados y otros profesionales sanitarios fueron excluidos de la práctica en muchos países.

A lo largo de las décadas, hemos aprendido más sobre la transmisión, el tratamiento y las prácticas preventivas, y el control universal de infecciones se ha convertido en obligatorio. El futuro profesional para los dentistas VIH positivos ha mejorado. Esta historia puede repetirse con otras nuevas enfermedades. Otras infecciones que reciben menos atención de los medios, como la tuberculosis y la tos ferina, la influenza, la rubéola y la hepatitis, pueden transmitirse desde y hacia los dentistas. Es importante que los dentistas y el personal estén inmunizados contra infecciones conocidas para proteger a los pacientes y a ellos mismos. En algunos países, dicha inmunización es obligatoria. Algunos argumentan que esta obligación viola la autonomía del dentista y que el control infeccioso a través de las medidas universales es una protección suficiente. Sin embargo, esto no debe pasar por alto el deber de proteger a los pacientes en el contacto cercano y sostenido de la práctica dental. Los dentistas y el personal tienen la libertad de buscar un empleo alternativo, pero los pacientes

no pueden permitirse el lujo de recibir cuidados alternativos.

Los dentistas deben tener cuidado con el auto-diagnóstico y el autotratamiento y evitar la auto-prescripción. Mantener un equilibrio sano entre trabajo y vida personal, así como contar con una red de colegas colaboradores, ayudará a los dentistas a gestionar mejor su vida profesional.

Las autoridades regulan a los dentistas para mantener a los pacientes y a la comunidad seguros. La mayoría de las autoridades profesionales tienen guías donde explican su legislación o normas éticas. Muchas autoridades han pasado de excluir a un dentista discapacitado a ayudarlo a permanecer en ejercicio bajo supervisión administrada y / o con restricciones, hasta que pueda regresar a la práctica completa, de manera segura.

Responsabilidad entre iguales, autorregulación, revisión por pares.

Si un dentista está afectado por un impedimento (físico o psicológico) que está afectando la calidad de los cuidados y esta situación llama la atención de un colega, ¿qué se debe hacer? Parte de la respuesta depende de la relación entre los dos dentistas y la gravedad del problema. Cuanto más estrecha sea la relación, más pronto puede (y debería) ocurrir una intervención. Las primeras etapas del deterioro pueden ser más fáciles de disimular a los extraños, sin embargo, son más fáciles de tratar si son identificadas por amigos o por colegas cercanos.

Los colegas son reacios a inmiscuirse en los problemas personales de otro colega, y aún más reacios a denunciarle a las autoridades. Si un dentista piensa que el deterioro es grave y no temporal, y está poniendo en riesgo a los pacientes u otras personas (incluido al propio dentista discapacitado), tiene la responsabilidad ética de actuar. La evidencia, sin embargo, debe extenderse más allá de la mera sospecha. Lo ideal es convencer y alentar al dentista afectado a buscar ayuda y tratamiento voluntariamente, pero esto no siempre es factible.

El dentista informador debe conocer la regulación aplicable en estas circunstancias. Algunas autoridades reguladoras tienen reglas de notificación obligatoria. Si los dentistas, a sabiendas

permiten que los pacientes se pongan en peligro al no informar de un colega discapacitado para ejercer, ellos mismos pueden ser sujetos a sanciones. Algunas asociaciones y autoridades dentales cuentan con instalaciones para la notificación voluntaria y / o anónima de dentistas discapacitados. También pueden tener un sistema de reentrenamiento o rehabilitación para el dentista que lo necesite. En algunos países, las leyes de difamación pueden ser severas y disuadir el reporte temprano y buscar la confirmación por parte de otros colegas. También existe el riesgo social de que el dentista informador sea mal visto. No obstante, es un deber de los dentistas proteger a los pacientes de cualquier daño. En relación al mal comportamiento: si lo ignora, se convierte en el estándar que está dispuesto a aceptar.

Revisión por pares

La revisión por pares es un término en odontología que puede tener varias interpretaciones. En investigación y publicaciones, indica un control previo que asegura la fiabilidad de los hallazgos. En odontología clínica, puede desempeñar un papel proactivo en el mantenimiento de la calidad a través de auditorías regulares y rutinarias sobre las habilidades y la gestión de los casos. Esta puede ser una forma de garantizar mejoras individuales e institucionales, así como la detección temprana de problemas. Las auditorías clínicas integradas en actividades de formación continuada profesional servirán para un propósito similar. La revisión por pares también se puede usar para tratar un conflicto activo, una queja o una reclamación. Una revisión retrospectiva puede servir para evaluar el nivel de un problema o el tipo de intervención necesaria para evitar que se repita. En un conflicto entre el paciente y el dentista, la revisión por pares puede incluir un proceso de mediación.

Códigos éticos de asociaciones y sociedades odontológicas.

Las asociaciones dentales nacionales, los grupos de estudio, las academias y las sociedades cien-

tíficas, ofrecen a los dentistas la oportunidad de aprender y reflexionar sobre las normas de la profesión. Muchas han desarrollado un código de ética para guiar a sus miembros hacia un comportamiento apropiado. La crítica desde fuera de la odontología (y, a veces desde dentro) es que la efectividad del código depende de cómo se gestiona y que puede ser usado para proteger a los infractores o a la profesión, en lugar de defender y proteger a los pacientes.

¿Cómo deben las asociaciones dentales manejar las violaciones de sus códigos de ética o conducta?

Existen puntos de vista diferentes sobre la forma en que una organización puede mantener los estándares éticos de sus miembros y controlar a aquellos que violan sus estándares. El primer método se refiere a la admisión de miembros. Muchas asociaciones dentales y sociedades científicas tienen una política de membresía abierta, donde los miembros potenciales solicitan ingresar y generalmente son aceptados, con el compromiso de que cumplirán con el código de ética. El modelo alternativo es que los miembros son invitados a unirse, pero son previamente evaluados sobre su idoneidad antes de ser plenamente aceptados. En caso de un comportamiento no ético, la membresía abierta tiene el riesgo potencial de tener miembros que no entienden o no cumplen con los códigos aceptados. El modelo de membresía por evaluación previa se arriesga a pasar por alto un comportamiento poco ético debido a un fallo en esa selección. Ninguno de los modelos está inherentemente libre de dentistas que infringen los principios éticos.

Si un miembro es culpable de una conducta no ética, existen dos puntos de vista sobre cómo debe actuar una organización. Uno es, que esos miembros deben ser expulsados. Esto se fundamenta en que la expulsión mostrará, tanto a los demás miembros como a la sociedad en general, que el código es útil y que los pacientes pueden confiar en los miembros de la organización. Sin embargo, esto puede ser percibido como una protección de la organización en lugar de una protección de la

comunidad, al liberar al infractor de la supervisión o la presión del resto de los colegas.

La opción alternativa es que la expulsión sea un último recurso y que se utilice solamente en los casos más extremos. Incluso en casos graves de mala conducta, existe la opinión de que a una persona se le debe dar la oportunidad de aprender y corregirse, y que la mayoría de los infractores pueden rehabilitarse más efectivamente con el apoyo de una red profesional que por su cuenta.

Con frecuencia se encuentra que los dentistas que sufren una incapacidad debido a las drogas, el alcohol o las enfermedades mentales son los que más se aíslan de sus colegas. Al emitir sentencias en casos de negligencia (o mala praxis), los jueces a veces han obligado a estos profesionales sanitarios a unirse a una asociación profesional para obtener apoyo y orientación. Si el objetivo de un código profesional es proteger a la población, este objetivo puede lograrse mejor si se alienta a los dentistas a formar parte de una red de dentistas, donde la prevención y la intervención temprana sean posibles.

Trabajo en equipo y colaboración

Según lo define la Organización Mundial de la Salud, la práctica colaborativa ocurre cuando, varios trabajadores sanitarios de diferentes perfiles profesionales, brindan servicios integrales al trabajar con pacientes, sus familias, cuidadores y comunidades con el fin de brindar la más alta calidad de atención en todos los entornos.

Si bien esta definición es amplia, sirve como recordatorio de los recursos necesarios para garantizar una buena atención médica y en el que personas con diversas habilidades, se unen para constituir un equipo. Nos centraremos específicamente en el campo de la odontología y la salud bucodental.

Colaboración

Los dentistas han comprobado desde hace mucho tiempo que el apoyo de un asistente dental (odonto-

logía a cuatro manos) y un técnico dental son esenciales, y han adoptado el trabajo en equipo como norma. El estímulo para incrementar el tamaño y la diversidad del equipo surgió como producto de la combinación de una alta prevalencia de enfermedades y una escasez de dentistas. Los higienistas dentales nacieron durante el siglo XIX y han ampliado su alcance en todo el mundo. En 1920, Nueva Zelanda introdujo una nueva figura llamada enfermería dental. Desde entonces, los profesionales de la salud que tratan directamente a los pacientes se han generalizado en la odontología y ahora incluyen a higienistas dentales, terapeutas dentales, dentistas / protésicos y auxiliares dentales. La capacitación, la formación y el alcance de la práctica varían de un país a otro, pero el equipo dental, en la mayoría de los países, está compuesto por una gama de profesionales con habilidades, funciones y atribuciones diferentes, pero complementarias.

La práctica clínica colaborativa se ha extendido más allá del equipo dental para incluir a otros profesionales sanitarios, y también a una red de apoyo no clínico pero esencial de técnicos, profesionales de la comunicación y trabajadores comunitarios, así como a los propios pacientes con sus familiares y amigos.

Colaboración significa un conjunto de ideas, recursos e investigación, y se basa en reconocer que todos tienen experiencia específica para contribuir, y todos respetan las demás contribuciones. El objetivo principal es mejorar los resultados en pacientes individuales, y el objetivo último, mejorar la odontología en general. Durante el siglo pasado, se han realizado mejoras cuantificables.

Colusión

Un tema común en este manual es el esfuerzo para señalar cómo las prácticas poco éticas y el comportamiento no profesional, pueden dañar o destruir una actividad por lo demás valiosa.

La colusión ocurre cuando dos o más agentes, que son competidores naturales, unen sus fuerzas para obtener ventaja sobre los demás. Por lo general, implica un acuerdo para defraudar o engañar al mercado, distorsionando los beneficios o los precios en provecho de un grupo específico. En la

mayoría de los países existen leyes contra la colusión (también llamada práctica anticompetitiva).

Las asociaciones dentales, las facultades de odontología, los proveedores de seguros dentales y los dentistas en su conjunto, a veces son acusados de "prácticas colusorias". Una opinión es que la profesión mantiene altos los precios y los beneficios, al restringir la competencia. Esto se logra, según algunos, a través de estrictos requisitos de colegiación, asegurando un bajo número de estudiantes (a través de la limitación del número de facultades de odontología con altos estándares de ingreso), o limitando el alcance de la práctica para cada categoría de profesionales. Estas acusaciones rara vez llegan a los tribunales, pero son debate frecuente en el ámbito público de la política y de los medios de comunicación. La publicidad es la excepción. En varios países, el derecho de las asociaciones odontológicas o las autoridades reguladoras a imponer restricciones a la publicidad de los dentistas ha sido cuestionado en los tribunales sobre la base de restringir la competencia y los mercados libres.

Algunas críticas de la colusión se relacionan con el manejo que las aseguradoras hacen de las quejas, siendo acusadas de coquetear con los dentistas y las asociaciones dentales para resolver reclamaciones extrajudiciales para ahorrar dinero y restringir los pagos.

Otro aspecto de colisión se produce cuando se ordena a un dentista que forme parte de actividades como la tortura (ya sea por acción directa o indirectamente al tratar a una víctima), enfrentándose a un grave dilema moral. Al no inhibirse, informar o criticar tales actividades, el dentista puede ser acusado de tolerar tales actos. Los dentistas (así como otros profesionales de la salud) han sido acusados de conspirar con las autoridades cuando participan en el tratamiento de pacientes bajo coacción, como puede ocurrir en las cárceles, los centros de detención o los campamentos de refugiados.

Referir, delegar y sustituir: ¿Por qué referir?

Cuando un dentista carece de la habilidad para cumplir con un estándar aceptable para un pro-

cedimiento clínico determinado, tiene el deber de referir al paciente. La persona a quien se refiere el paciente puede ser otro dentista generalista, un especialista u otro profesional de la salud. El motivo de esa derivación es permitir que los pacientes reciban un tratamiento dental que sea de un estándar aceptable y adecuado para sus necesidades. El deber de referir no significa que un dentista deba hacerlo con cada paciente para una extracción compleja, un tratamiento periodontal o endodóntico, porque sea menos experto o más lento que un especialista. Si su estándar de cuidados es aceptable, no se requiere de esa referencia.

La diferencia entre un estándar de atención aceptable y el mejor estándar disponible es una decisión que se debe tomar de forma individual, comprendiendo la necesidad de cada paciente. Por ejemplo, un dentista puede restaurar habitualmente los dientes anteriores fracturados en accidentes, pero puede necesitar un mayor nivel de habilidad si la víctima es un modelo fotográfico o un cantante de ópera cuya voz es esencial para su carrera. En caso de duda, el dentista debe solicitar una segunda opinión. Las áreas rurales y las clínicas de salud pública comúnmente tienen un acceso limitado a especialistas. Si un dentista cree que un paciente debe ser visto por un especialista, pero el acceso no está disponible, el dentista no está obligado a realizar un tratamiento más allá de su capacidad cuando implique un riesgo para su paciente. Cualquier decisión de cómo proceder, debe tomarse después de una seria consideración y una discusión abierta con el paciente.

Eligiendo al especialista

¿Cómo se elige un especialista? La mayoría de los dentistas tienen un grupo de especialistas en cuyas habilidades confían, basadas en parte en la evidencia de un tratamiento exitoso con pacientes anteriores. El dentista puede haber asistido a cursos impartidos por el especialista o puede seguir las recomendaciones de un colega. Muchos dentistas seleccionarán a un especialista por cercanía con su clínica. Sin embargo, antes de recomendar a un paciente, el dentista debe tener cierta información de la capacidad del especialista.

No todas las opciones están exentas de conflicto. La presión (sutil o manifiesta) puede producirse en el dentista generalista para seleccionar un especialista en particular. La lealtad a amigos personales o a miembros de grupos mutuos (culturales o religiosos) o asociaciones (profesionales, deportivas, políticas) puede ejercer presión social sobre el dentista. En algunos casos, el temor a las represalias, la pérdida de referencias recíprocas o el ostracismo pueden influir en la decisión. Estos temores no deben prevalecer sobre una evaluación honesta de la calidad o habilidad del especialista. Los especialistas pueden tratar de atraer referidores usando obsequios, compartiendo los honorarios u ofreciendo incentivos monetarios. Sea cual sea la influencia o el incentivo, el deber ético del dentista es seleccionar el especialista más adecuado para el paciente.

Terceros, como las compañías de seguros, las prácticas grupales y las prácticas corporativas pueden dictar la elección de un especialista. En estos casos, el dentista puede no tener una alternativa para ofrecer al paciente. Sin embargo, si el dentista determina que un especialista no es apropiado, no se debe referir al paciente y se le debe buscar una alternativa.

Papel del especialista

El dentista generalista es el cuidador y responsable principal del paciente. Un especialista tiene la obligación de devolver al paciente al dentista e informarle de lo que se ha hecho y de cualquier otro requisito. Pueden surgir conflictos profesionales entre el dentista remitente y el especialista. Los especialistas a veces se quejan cuando el dentista remitente no le explica nada al paciente, o cuando el dentista le explica al paciente, con demasiados detalles, lo que hará el especialista. Ambas opciones colocan al especialista y al paciente en una situación donde las diferencias de opinión pueden ser complejas.

Calidad del tratamiento previo

Una queja de los especialistas es que algunos dentistas "marean" a los pacientes sobre sus propios

niveles de habilidad, y cuando surgen problemas, demoran la búsqueda de la ayuda de un especialista. Los problemas éticos surgen cuando el especialista (o cualquier otro dentista) se encuentra con un trabajo deficiente o una negligencia por parte del dentista remitente. ¿Qué debe decirle el especialista al paciente? ¿Qué debe decirle el especialista al dentista? ¿Debe ser remitido de nuevo el paciente al dentista? ¿Qué ocurre si el trabajo de mala calidad no puede ser corregido por el especialista? ¿Puede un especialista referir al paciente a otro especialista, o debe remitirlo primero al dentista? ¿Qué problemas requieren ser notificados a las autoridades? Cada una de estas preguntas plantea un intenso debate.

Los pacientes deben ser informados sobre las condiciones que presentan un riesgo para su salud oral. Cualquier pregunta directa debe ser respondida con veracidad. Este es un requisito ético y un deber de cualquier profesional sanitario. Surgen problemas al responder preguntas que requieren que el dentista o el especialista emitan especulaciones sobre las razones, causas o responsabilidad. Sin conocer las circunstancias o limitaciones bajo las cuales se proporcionó el tratamiento, o los compromisos que se tuvieron en cuenta y fueron aceptados después de una discusión con el paciente, es imposible dar una opinión acertada. Por otro lado, no ser transparente puede aparecer como proteccionismo de la profesión. Si la mala práctica se establece con certeza y sin dudas razonables, el dentista o el especialista tienen el deber de actuar ética y legalmente para garantizar que se mantenga la seguridad del paciente.

Seguimiento de los pacientes referidos

Cuando un paciente es referido a un especialista, el dentista tiene el deber ético de hacer un seguimiento de la derivación para asegurarse de que todo ha ido bien, incluso si el paciente no regresa a la consulta. Esto se aplica particularmente en el caso de derivaciones a médicos y patólogos orales, donde el hecho de no acudir a una cita puede tener graves consecuencias. En algunos países, el seguimiento es también un deber legal. Es importante, cuando se explica al paciente las razones

de la referencia, incluir una discusión de las consecuencias de no asistir.

Peticiones de referencia inapropiadas

Algunos pacientes solicitarán ser referidos en función de su exposición a la publicidad, los programas de televisión e Internet. Cuando la solicitud no es necesaria o apropiada, el dentista debe explicar por qué, pero si el paciente persiste en su solicitud ¿Qué debe hacer el dentista? Hay dos situaciones que pueden influir en la decisión del dentista. La primera es donde el paciente paga directamente por las visitas al especialista, y la segunda en donde el paciente no paga.

Si el paciente está sufragando el coste de una segunda opinión de un especialista, y el dentista ha explicado que no es necesario, no hay justificación para retener la solicitud. Cuando hay niños involucrados en solicitudes de derivación a odontopediatras u ortodoncistas, algunos padres se sienten más seguros pagando una derivación temprana, incluso si es innecesaria.

En una clínica de salud pública, los dentistas tienen la doble responsabilidad de tratar al paciente individual, pero, además, de velar en la administración de los gastos. Referir inapropiadamente dentro del sistema público puede resultar en un uso inútil de recursos limitados y en una escasez de fondos para la atención necesaria del resto de pacientes, o pueden agravar la lista de espera para especialistas más allá de lo razonable. El paciente debe ser informado de la política y tener la oportunidad de recibir una referencia fuera del sistema si lo desea (las decisiones éticas en salud pública se desarrollan en otros capítulos).

Si el paciente solicita una referencia al especialista para poder ser reembolsado por su seguro dental, y el dentista cree que es inapropiada, ¿qué debe hacer? Aceptar referirle puede colocar al dentista en una posición difícil en caso de que el fondo del seguro niegue la necesidad de atención especializada, pero negárselo al paciente supone un riesgo de violar sus deseos. La principal responsabilidad del dentista es con el paciente.

Cuando un paciente solicita ser referido a un especialista que no es conocido por el dentista, este tiene la responsabilidad de averiguar más sobre el especialista antes de completar la referencia. En la situación en la que un paciente solicita un especialista a quien el dentista considera que es una mala elección, el dentista no debe criticar al especialista, sino encontrar una forma sutil de desviar al paciente de esta elección. Si el generalista tiene una razón de peso para no referir al paciente a ese especialista, no debe hacerlo.

Responsabilidad del paciente

Los pacientes también tienen responsabilidades en el sistema de referencia, y tanto los dentistas como los especialistas, se quejan de que están sometidos a presión por parte de algunos pacientes que defraudan el sistema de salud, exagerando la necesidad de atención especializada, solicitando que se les rellene formularios para las compañías de seguros, o pidiéndoles que falsifiquen datos médicos. Por supuesto, hay que abstenerse de participar en estas actividades. En algunas clínicas, este problema es frecuente y a menudo molesto. Algunos dentistas optan, como solución, por colocar un aviso en el área de recepción indicando que tales solicitudes serán rechazadas.

Delegación

La delegación difiere de la referencia en que la responsabilidad recae o es compartida por el dentista original. Cuando tiene lugar una referencia a un especialista, la responsabilidad del estándar de ese tratamiento específico se transfiere al mismo. La delegación a otro dentista es similar a la derivación a un especialista. La delegación es frecuente en los higienistas dentales, pero también puede ser en otro personal auxiliar de salud bucal o a estudiantes. El dentista original debe supervisar la calidad del tratamiento y, en muchos casos, es responsable de los errores, individual o conjuntamente, dependiendo de la legislación local.

Sustitución

La sustitución de roles implica a un miembro del equipo dental que realiza una tarea que generalmente es llevada a cabo por el dentista. Esto se hace bajo la dirección y con la aprobación de un dentista y está sujeto a las leyes locales. La razón suele ser el abaratamiento de costes y la eficiencia. Dependiendo de la legislación local, un higienista dental puede realizar un examen de rutina o colocar selladores, un asistente dental puede quitar los alambres de ortodoncia o tomar impresiones. Se ha visto que los pacientes a menudo no comprenden el rol específico de cada miembro del equipo, pero confían en el dentista la responsabilidad general de su tratamiento. Esto no significa que no deban ser informados de quién está proporcionando los procedimientos clínicos. Esta responsabilidad impone al dentista una obligación adicional de estar al tanto de la naturaleza y de la calidad del trabajo realizado por otros miembros de su equipo.

Liderazgo

La cantidad y variedad de actores que participan habitualmente en el tratamiento dental de un paciente está creciendo. Refiriendo y delegando, tanto los pacientes como los profesionales de salud oral, pueden perder la pista de quién está coordinando el tratamiento. Es imperativo que una persona sea responsable de saber lo que está sucediendo con el paciente globalmente y de reunir todos los detalles del proceso en un archivo. Esta persona debe mantener al paciente informado de los diversos resultados y asegurarse de que no se pase nada por alto. En la mayoría de los casos, este es el dentista generalista. La movilidad geográfica de los pacientes confiere una responsabilidad adicional a los dentistas. La coordinación y la movilidad son dos asuntos que serán cada vez más problemáticos en el futuro. Si bien los pacientes deben asumir su responsabilidad para mantener el seguimiento, los dentistas deben encontrar formas de facilitar la continuidad de los cuidados, suministrando al paciente informes escritos y resúmenes detallados.

Responsabilidades en las urgencias dentales

Un dentista tiene la obligación de atender a sus pacientes regulares y de responder a sus situaciones de urgencia, ya sea personalmente o mediante una lista de dentistas colaboradores. Los incidentes postoperatorios a menudo se pueden anticipar, pero más allá de eso, los dentistas no tienen muchas llamadas de urgencia de sus pacientes habituales. De hecho, estos pacientes regulares a menudo son reacios a molestar a su dentista y prefieren esperar si les es posible, hasta que la clínica esté abierta (ver Capítulo 4).

En esta sección, la discusión se limitará a las interacciones con pacientes no habituales o personas con quienes el dentista no está comprometido profesionalmente.

¿Cómo tratar a aquellos que no son pacientes regulares, pero necesitan ayuda fuera de las horas normales de trabajo o cuando la agenda del consultorio no permite acomodarlos? ¿Hay situaciones en las que un dentista puede negar la atención de urgencia por razones personales? Existe una obligación profesional (tratada anteriormente como contrato social) de ir más allá de la relación individual y tener total disponibilidad para aquellos que necesitan ayuda. Dado que pocas urgencias dentales ponen en peligro la vida o necesitan atención inmediata (a diferencia de las emergencias médicas), una lista de dentistas o clínicas puede solventar la mayoría de los casos, o el paciente puede ser trasladado a un hospital o clínica pública para recibir atención paliativa o tratamiento. Sin embargo, ninguna de estas opciones es práctica en ciudades pequeñas con solo uno o dos profesionales, y el dentista debe tener cuidado de no sobrecargarse con el trabajo fuera de su horario laboral.

Urgencias fuera del horario laboral

Hay ocasiones en que una persona, que no es un paciente regular, pero presenta dolor, se pone en contacto con un dentista. Si bien la reacción inicial es ofrecer ayuda, puede que no sea lo mejor ni para el paciente ni para el dentista. Teniendo

experiencia, un dentista puede, preguntando por teléfono, evaluar el tipo y la gravedad de la situación y diferenciar a aquellos que necesitan atención inmediata de los que pueden esperar hasta el día siguiente.

Si se necesita de equipo dental para proporcionar un tratamiento temporal, el dentista debe reflexionar antes de aceptar tratar a esta persona. ¿Necesitará un asistente en el sillón silla para garantizar un tratamiento seguro al paciente? ¿Puede recurrir a un acompañante? Si es así, ¿hay un asistente o sustituto disponible? ¿Existe algún obstáculo para proporcionar un tratamiento aceptable, aún recurriendo a un asistente no capacitado o incluso tener que hacerlo sin asistencia, haber consumido una pequeña cantidad de alcohol, tener fatiga extrema, etc.? Debe informarse de todas estas limitaciones al paciente, obtener el consentimiento para proceder y dejarlo todo bien documentado en los registros. El tratamiento realizado solo debe limitarse al que se necesita para resolver la urgencia dental del paciente. Es importante que, si el riesgo para el paciente o el dentista es mayor que el riesgo de recomendar cuidados paliativos, el dentista no se comprometa.

Un dentista necesita mantener un equilibrio saludable entre su vida y el trabajo, y esto es especialmente importante si no hay otro dentista para compartir la carga, como sucede en las ciudades pequeñas. Abrir una clínica, ya sea para atender una urgencia como para un día entero, lleva tiempo. Una media hora de tratamiento sencillo puede extenderse a una hora o más mientras se encienden los equipos y ordenadores, se activan los compresores, se inicia el protocolo de control de infecciones y se procede posteriormente al cierre. Si bien puede resultar una decisión difícil negarle el tratamiento a un paciente, el cansancio o el estrés debido al exceso de trabajo no benefician a nadie a largo plazo.

Los dentistas a los que se llama frecuentemente después de sus horas laborales deben examinar el motivo y modificar su patrón de trabajo para garantizar que solo se trata de urgencias genuinas. ¿Se niegan otros dentistas a ver a los pacientes? ¿Tiene la reputación de estar

siempre disponible para los pacientes a la primera llamada? ¿Los farmacéuticos o médicos locales le recomiendan a usted porque otros no se preocupan y usted sí? ¿Interroga a los pacientes adecuadamente por teléfono? ¿Está utilizando su disponibilidad para levantar una clínica o mejorar sus ingresos? Ofrecer horas ilimitadas de tratamiento para casos no urgentes puede llevar a comprometer el tratamiento de los demás.

Urgencias y buen Samaritano

¿Un dentista está obligado a actuar como buen samaritano cuando ocurren accidentes en un área pública o en eventos sociales? Supongamos que una persona sufre de una avulsión dentaria debido a un accidente, y un dentista está cerca. En la mayoría de los países no existe una ley que exija la obligación de actuar por parte del dentista. Sin embargo, identificarse como dentista y ofrecer asistencia es la respuesta humanitaria, y la sociedad necesita personas que ayuden a otras en situaciones de accidentes, enfermedades repentinas o desastres. En reconocimiento a los problemas técnicos que suponen estos primeros auxilios en condiciones comprometidas, la mayoría de las jurisdicciones prevén algún tipo de legislación de buen samaritano para precisamente cubrir las acciones de quienes ofrecen ayuda. La mayoría proporciona protección legal para los errores que puedan ocurrir, y garantizar que los dentistas no serán demandados. Otras tienen en cuenta las condiciones, al determinar el estándar de atención proporcionado en caso de litigios por negligencia. Los dos principios éticos de hacer el bien y no hacer daño, son relevantes aquí. Se debe hacer todo lo posible para obtener el consentimiento de acuerdo con la situación y proporcionar solo ayuda esencial limitada hasta que se obtenga el consentimiento completo. Si el dentista ha estado bebiendo alcohol, está fatigado o tiene algún impedimento, tiene la responsabilidad ética de evaluar de manera realista su estado físico o mental. El consentimiento, incluso con su declaración explícita, no exime de la responsabilidad profesional.

Observaciones finales

Como ha podido verse en este capítulo, no siempre es fácil para un profesional de la salud encontrar el equilibrio adecuado entre atención clínica, empática y enfocada al paciente, y mantener al mismo tiempo una distancia profesional que ayude a la objetividad. Sin embargo, al actuar profesional y éticamente en todo momento, este difícil equilibrio puede hallarse y llevar a una práctica gratificante y profesionalmente satisfactoria.

Este capítulo ha sido escrito por Suzette Porter

Lectura complementaria

- Coggon J (2008). On acts, omissions and responsibility. *J Med Ethics*, 34, 576–579.
- Cressey DM (1998). Too drunk to care? An ethical debate. *BMJ*, 316:1515–1517.
- Harrison J (2006). Illness in doctors and dentists and their fitness to work – are the cobbler’s children getting their shoes at last? Editorial. *Occup Med (Lond)*, 56:75–76.
- Holden ACL (2016). Self-regulation in dentistry and the social contract. *BDJ*, 221(8):449–451.
- Kerridge I, Lowe M, McPhee J (1998). Ethics and Law for the Health Professions. Katoomba, NSW: Social Science Press.
- Lande RH, Marvel HP (2000). The three types of collusion: Fixing prices, rivals, and rules. *Wisconsin Law Review*, 2000(941):2000.
- Singer PA, Viens AM (2008). *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Stewart C, Kerridge I, Parker M (2008). *The Australian Medico-Legal Handbook*. Sydney, Australia: Churchill Livingstone.
- Warnock M (2006). *An Intelligent Person’s Guide to Ethics*. London, UK: Duckworth Overlook.
- Winwood PC, Winefield AH, Lushington K (2003). The role of occupational stress in the maladaptive use of alcohol by dentists: a study of South Australian general dental practitioners. *ADJ*, 48(2):102–109.

Capítulo 9:

El impacto de la actividad empresarial en la odontología

Resumen

La mayoría de los dentistas trabajan en lo que podría definirse como pequeñas empresas. Los pacientes pagan por sus servicios, y el dentista tiene que obtener un beneficio después de pagar los gastos generales. El dentista también tiene los deberes éticos y las obligaciones de un profesional, en particular el deber de colocar los intereses del paciente en primer lugar. Si bien este es un resumen simplista, estos roles duales, como profesional y como empresario, pueden introducir posibles conflictos éticos.

Introducción

Este capítulo presenta algunas de las complejidades en la gestión de la relación comercial / profesional y presenta algunos de los conceptos que desafían a la profesión al definir qué es ser un dentista que respeta los principios éticos y cuya práctica sigue siendo rentable. Algunas de estas preguntas incluyen las siguientes:

- Los dentistas enfrentan múltiples conflictos de intereses. ¿Cómo pueden identificar qué presentará un conflicto y cómo pueden abordar el problema?
- Tanto la profesión como la empresa pueden funcionar éticamente, pero aún pueden diferir en la forma en que abordan los valores clave. ¿Cuáles son las diferencias?
- Los dentistas deben colocar los intereses de sus pacientes en primer lugar, pero la participación de terceros hace que esto sea cada vez más difícil. ¿Cuál es el trato de los dentistas tanto con los pacientes como con terceros?
- Los dentistas están recurriendo a asesores comerciales para ayudarles a mantener sus prácticas financieramente viables. Algunas de las sugerencias presentadas para mejorar el

aspecto comercial de la práctica dental originan dilemas a los dentistas para garantizar que no se infrinja el comportamiento profesional.

- Los reguladores definen el alcance de la odontología en general para garantizar que la innovación no sea mermada. Con el deseo de ofrecer una gama más amplia de servicios, los dentistas van más allá de los tratamientos dentales tradicionales. ¿Es esto ético o aceptable?

Conflicto de intereses

El conflicto de intereses (CDI) es tener una doble lealtad o responsabilidad, en la que las decisiones imparciales o independientes, se vean comprometidas debido a presiones superpuestas.

Tener un CDI no es poco ético per se, pero abre la puerta a un comportamiento no ético. El daño a la reputación, causado por una percepción de comportamiento inadecuado debido a un CDI puede ser tan grave como el comportamiento inadecuado real.

La expectativa de la sociedad es que tales conflictos serán eliminados o divulgados, pero esto no siempre es posible en la práctica. Mientras que los pacientes pueden no ser conscientes de algunos conflictos, los dentistas deben ser sensibles a la posibilidad de verse comprometidos. Cuando los roles se superponen para que un dentista ya no pueda tomar una decisión independiente o imparcial con respecto al paciente, debe dar un paso atrás y renunciar a uno de los dos roles, ya sea el rol de dentista clínico, o el otro rol que origina el conflicto.

El CDI se menciona a lo largo de este manual, por lo que esta sección se centrará más en los conflictos que surgen a través de la comercialización de la odontología y la interacción entre la odontología y el negocio.

Interés personal versus intereses del paciente

El interés propio puede tomar muchas formas. Por ejemplo, un dentista puede hacer valer sus intereses personales al considerar las opciones disponibles para un tratamiento en particular. En otros ejemplos, los estudiantes pueden ser tentados a estar sesgados hacia procedimientos que cumplan con sus necesidades clínicas de prácticas, y los supervisores clínicos pueden recomendar que un estudiante reemplace un procedimiento por otro más rápido para terminar la sesión clínica a tiempo. Los dentistas experimentan eventos algunos previsible y otros inesperados, que requieren elegir entre prioridades personales y prioridades clínicas. En los actos clínicos que sean regulares, el dentista debe planificar (no dar citas para trabajos complejos al final de un día, tener siempre en cuenta el tiempo perdido en llamadas telefónicas y otros asuntos, prever un tiempo de margen). Si ocurre algo inesperado, es preferible reprogramar o reorganizar la secuencia del plan de tratamiento a seleccionar una opción de tratamiento más rápida pero menos apropiada al caso.

Interés público versus intereses del paciente

- **Racionamiento:** equilibrar las necesidades de una comunidad o grupo de pacientes frente a las de un paciente individual, es un gran desafío. La mayoría de las clínicas de salud pública colapsarían financieramente y bajo el peso de las listas de espera, si todos los pacientes tuvieran el mismo acceso a recursos limitados. Los dentistas que participan en el diseño de las directrices para la distribución de ciertas opciones tienen problemas para decidir qué es apropiado incluir y quién debería recibir qué. Los dentistas que tratan a personas se ven confrontados entre la persona real en el sillón dental y el grupo de personas en la lista de espera. El resultado final se basa en el juicio de un dentista en la búsqueda de una distribución justa.

- **Informes:** ¿Debe exigirse a un dentista que informe sobre incidentes que se conozcan en el curso de conversaciones confidenciales, como abuso infantil, abuso doméstico, enfermedades infecciosas, embarazo infantil, abuso de drogas u otros problemas similares? Ya sea porque exista la obligatoriedad de informar, ya sea porque sea voluntario, siempre se crea una tensión entre la confidencialidad y la divulgación (este aspecto ha sido discutido en el Capítulo 6). Los dentistas a veces no reportan casos sospechosos o incluso confirmados, por temor a cometer un error o por temor a repercusiones sociales o financieras en sí mismas. Una comprobación sería en cada caso podría ser preguntarse a sí mismo: "Si no informo de esta sospecha, ¿puedo aceptar alguna responsabilidad por lo que pueda ocurrir en el futuro?"

Intereses de terceros

Éticamente, y en la mayoría de las leyes, el dentista que atiende a un paciente es el principal responsable de su cuidado. Sin embargo, los terceros tienen una influencia cada vez mayor en las decisiones clínicas o, al menos, tienen el potencial de ejercer presión sobre los dentistas. Los terceros que intervienen con mayor frecuencia entre un dentista y un paciente son los empleadores (públicos o privados) y las compañías de seguros o fondos de salud. Una tercera categoría, los intereses institucionales, incluye a aquellos pacientes que están bajo el control directo o la protección de una instalación, como instituciones penitenciarias u otras.

Empleo

El hecho de que un dentista empleado goce de plena autonomía, para tratar pacientes, es cada vez más raro. Las restricciones o demandas impuestas al dentista empleado (incluida la lealtad autoimpuesta) pueden significar que el dentista deba decidir entre los mejores intereses de un paciente o el de su empleador. El propietario de la clínica o el gerente puede decidir qué tratamientos o materiales están excluidos, limitados o son

los preferidos. Muchos materiales tienen alternativas aceptables, pero comprometer la calidad, con el uso de productos con fechas de caducidad o de origen dudoso, es inaceptable. Las directrices universales para el tratamiento no se fundamentan en el conocimiento de un paciente en particular. Cuando el tratamiento no es posible, la acción apropiada es explicar la situación al paciente y ofrecer una alternativa derivándole a una clínica que pueda manejar sus necesidades clínicas. Si esto está prohibido por las reglas de una clínica, la decisión ética se convierte en algo serio que afecta al núcleo de la relación dentista-paciente.

La mayoría de las prácticas tienen especialistas, higienistas y técnicos, ya sea como personal o en una lista para referir. Esto no causa un problema, ya que los elegidos suelen haber sido seleccionados en base a su experiencia probada (y confirmada por el dentista al referir a sus pacientes). El conflicto puede surgir si existe un incentivo financiero para seleccionar a esa persona de la lista o si el dentista o el paciente manifiestan un fuerte deseo de elegir una alternativa diferente a la lista sugerida.

El Capítulo 8 discute la referencia de pacientes a otros dentistas con mayor detalle, pero la decisión final es responsabilidad del dentista que refiere en base al diálogo con el paciente. Los métodos de pago de los dentistas empleados pueden ejercer una presión sutil o manifiesta, sobre la forma en que estos dentistas tratan a los pacientes. Recibir un porcentaje de honorarios puede tentar a los dentistas a ofrecer procedimientos más costosos o más rentables, o puede tentar al empleador del dentista a retener estos procedimientos y otorgarle al dentista empleado, los menos lucrativos. Los empleados pueden encontrarse con huecos en su agenda de trabajo y estar tentados a sobretratar a aquellos pacientes que ven. Salarios fijos o tarifas por hora pueden reducir el estrés que produce el ingreso variable, pero los empleadores se quejan de una menor productividad.

Seguros

La escasez de recursos en el sector público y el dinero en el sector privado son consideraciones

importantes en muchos planes de tratamiento. Cuando sea necesario, se pueden alcanzar compromisos y se pueden implementar acuerdos tales como pagos fraccionados o tratamiento por etapas. La incorporación de seguros y de terceros incrementa el riesgo de CDI. Idealmente, estos esquemas deberían ser tratados íntegramente entre el paciente y el tercero si existe. No debe haber restricciones clínicas ni para el paciente ni para el dentista, y este debe explicar claramente que los honorarios se basan en principios actuariales o comerciales y no en costes clínicos. Las decisiones clínicas tienen que mantenerse exclusivamente entre dentista y paciente. Sin embargo, este ideal rara vez es realidad, y los dentistas esgrimen que la omnipresencia de estos métodos de pago de terceros no se puede ignorar. Para superar las limitaciones (percibidas o reales) que establecen terceros, algunos dentistas recurren a comportamientos poco éticos y empeoran la situación para otros dentistas. Hay varios problemas que pueden causar conflicto o confusión.

- **Elección:** si la cantidad reembolsada por el seguro y otros esquemas de pago de terceros está vinculada a un proveedor preferido, entonces el beneficiario acepta que se elimine la libre elección de dentista. Los dentistas pueden tener que decidir entre unirse a un modelo determinado y perder la autonomía debido a restricciones impuestas por un tercero, o a perder a determinados pacientes.
- **Reembolso:** independientemente de la letra pequeña, los pacientes a menudo asumirán que la tasa de reembolso es indicativa de los costes clínicos y que los dentistas están cobrando de más si hay una discrepancia entre el reembolso y lo que el dentista ha cobrado. Los pacientes, y en ocasiones los propios dentistas, tienen dificultades para entender cómo se calculan esos montos de reembolso.
- **Restricciones:** el contrato puede definir la frecuencia de las visitas, los reembolsos totales por año, la necesidad de permiso para realizar un procedimiento y las inclusiones o límites familiares, lo que resulta en una restricción de la flexibilidad tanto para el paciente como para el dentista. En respuesta a estas restricciones,

los dentistas a veces brindan tratamiento (o los pacientes demandan tratamiento) en función de variables ajenas a los requisitos clínicos. El resultado puede originar sobretratamiento o subtratamiento.

- **Desafíos éticos:** existe presión para maximizar los retornos de tales esquemas de seguro. Los pacientes desean que el dentista les proporcione detalles para recuperar el máximo reembolso posible. Los dentistas lo saben y, en ocasiones, se sienten tentados a satisfacer al paciente añadiendo códigos de facturación (sin realizar los tratamientos) para inflar la factura y permitir que el paciente reciba un mayor reembolso. Ya sea que el paciente lo solicite o no, si está redactado por el dentista o el recepcionista, estas acciones no son éticas y constituyen un fraude.

Influencia institucional

Los presos, las personas detenidas, las personas vulnerables con problemas de salud mental y otras personas pueden tener su acceso a la atención médica y dental controlada y supervisada por una autoridad designada en un centro determinado. Ya sea porque el dentista esté empleado directamente por la autoridad o no, hay reglas impuestas que pueden parecer restricciones innecesarias (especialmente sobre la autonomía y la confidencialidad) pero que se basan en la experiencia dentro de la institución y están diseñadas para proteger al recluso, al dentista y al resto del personal. Se recomienda que los dentistas que trabajen en dichas instalaciones obtengan asesoramiento para adquirir cualquier requisito ético específico complementario.

Investigación

El Capítulo 11 proporciona una revisión detallada de la ética de la investigación. Los dentistas clínicos también pueden enfrentarse a problemas éticos que surgen de la investigación.

Las empresas que financian la investigación o compran patentes después de una investigación exitosa necesitan obtener un beneficio. Se diri-

giran a los dentistas con actividades de marketing diseñadas para que conozcan el producto y en definitiva mejorar las ventas del mismo. Algunas herramientas de promoción incluyen regalos, viajes para asistir a conferencias, muestras, pagos para dar conferencias o incluso para respaldar el producto mediante recomendaciones. Cuando el valor monetario de la promoción excede lo razonable, debemos de estar sobre aviso. Los dentistas deben recordar que estas actividades tienen un propósito comercial y siempre deben buscar información independiente sobre las reclamaciones, la idoneidad y la efectividad del producto antes de usarlo o prescribirlo. Las revistas científicas prestigiosas requieren que los autores firmen una declaración de posible conflicto de interés, pero esto no siempre es requerido por otras publicaciones. La prensa no especializada, el sitio web de la compañía o las búsquedas generales en Internet no son fuentes fiables de asesoramiento independiente sobre materiales dentales, productos farmacéuticos o procedimientos técnicos.

Educación

Las facultades de odontología siempre necesitan más fondos. La existencia de becas o donaciones de empresas que tienen un interés en la venta de productos, materiales y equipos a los dentistas o sus pacientes, es rutinaria y mutuamente beneficiosa. Las empresas conocen el impacto del respaldo implícito que supone ver asociado su nombre o sus productos en una facultad dental. También es bien sabido que los dentistas, especialmente los recién graduados, prefieren continuar usando lo que ya les es familiar en la facultad.

La administración y los departamentos responsables de las compras, pueden recibir obsequios personales o ser invitados a visitar empresas en el extranjero. La facultad y los docentes pueden ser seleccionados con fondos para apoyar la investigación, abonar conferencias, asistir a congresos, tener mayores oportunidades de publicación, regalos, muestras, etc. Esta promoción plantea un problema ético solo si es exce-

siva o no se realiza con transparencia, si obstaculiza consciente o subliminalmente las decisiones independientes o si requiere algo a cambio.

Con frecuencia, los estudiantes son el grupo diana para la promoción y buscan activamente patrocinio para sus propias actividades estudiantiles: apoyo para sus actividades deportivas o sociales, proporcionando oradores invitados y organizando conferencias, ayudando con materiales educativos y folletos, proporcionando regalos, muestras, productos como cepillos eléctricos y premios son ejemplos de estas actividades promocionales. Los estudiantes están familiarizados con las técnicas de publicidad comercial, pero tienen menos experiencia en la ética profesional. Están más inclinados a querer corresponder o mostrar gratitud hacia estos patrocinadores. Es responsabilidad de los educadores guiar su comprensión de lo que es un conflicto de interés (CDI) y ayudarles a mantener un enfoque ético equilibrado.

El manejo del conflicto de intereses (CDI)

El CDI se contiene de manera más efectiva existiendo una divulgación honesta y abierta (hacia uno mismo y hacia los otros). Como ya se mencionó, no es ni fácil ni práctico eliminar todas las situaciones que generan CDI. De hecho, a menudo es difícil separar lo que es un CDI, de lo que son las interacciones normales y variadas entre las personas. Ser consciente de las obligaciones, incluso de los riesgos potenciales, ya es un comienzo. La comprensión y la conciencia de que, las influencias pueden impedir la relación con los pacientes, es esencial. Si existe un CDI potencial o real, como usar un producto patrocinado sabiendo que formará parte de una publicación del distribuidor de ese producto, debe hacerse una divulgación clara y transparente. Cuando nos ofrecen un acuerdo “demasiado bueno para ser verdad”, debe rechazarse. Y, finalmente, cuando el CDI es tal que no es posible una relación objetiva e imparcial con el paciente, el dentista debe decidir si debe interrumpir la relación con una u otra parte (paciente o empresa).

Ética profesional versus ética empresarial

Las clínicas dentales son generalmente propiedad y gestionadas por dentistas. Sin embargo, es cada vez más común que los dentistas trabajen en clínicas que son propiedad de corporaciones o personas que no son dentistas. Cuando se venden pequeñas clínicas, los compradores a menudo no son dentistas, o son dentistas en combinación con no dentistas. Los dentistas pueden sufrir tensiones en la negociación, entre los estilos de gestión de los gerentes comerciales con una orientación mercantil y los estilos a los que están acostumbrados los profesionales de la salud. Al igual que con todos los conflictos, la razón no es tanto la diferencia en sí misma de estilos, sino la falta de comprensión de esas diferencias y cómo hacer para intentar reconciliarlas.

Denominador común

Tanto las empresas como las profesiones, buscan ser percibidas como participantes éticos en la sociedad, y una de las características distintivas de los participantes éticos es la integridad. Muchas empresas funcionan y prosperan como empresas comerciales a la vez que muestran integridad y altruismo. De hecho, gran parte del comportamiento ético (honestidad, trato sólido, asesoramiento imparcial, integridad, responsabilidad por las acciones) es compatible y coherente, tanto en las empresas como en las profesiones. La integridad es ser honesto, aceptar la responsabilidad y tener una brújula moral que dirija las acciones de uno. La integridad es la base de negocios éticos y es consistente con el comportamiento profesional. Incluye:

- Veracidad: ser sincero, no retener información, compartir información importante y no usar el conocimiento como un medio de control sobre otros;
- Contraer compromisos y cumplir las promesas declaradas o implícitas;
- No aprovecharse de los demás o buscar obtener ganancias a sus expensas;
- Negarse a participar en actividades corruptas;

- Negarse a sucumbir a presiones o influencias inapropiadas.

Dos personas pueden tener diferentes opiniones y filosofías, como la asistencia sanitaria privada frente a la asistencia social, pero pueden reconocer que cada una actúa con buenas intenciones.

Las diferencias

Las diferencias entre ética profesional y ética empresarial se ilustran mejor por la manera en que cada una aborda tres conceptos: obligaciones, formación / habilidades y relaciones.

Obligaciones

Tanto en las empresas profesionales como en las comerciales, existe la necesidad de seguir siendo rentables. Ninguno de los grupos tiene el requisito de hacerlo a expensas de otros. Los dentistas como profesionales tienen obligaciones tanto individuales como colectivas que se extienden hacia los pacientes y la comunidad en general. Dos de estas obligaciones pueden diferir de los negocios: poner los intereses de los demás antes que uno mismo, y tener responsabilidad y autoridad para mantener el estándar general de la profesión. Los intereses comerciales no tienen la misma obligación ética de actuar en interés de otros, pero si tienen la obligación ética de abstenerse de dañar a otros por coacción o fraude. La actividad altruista es opcional para las empresas comerciales, pero se considera parte de las obligaciones profesionales.

Formación y habilidades

Los dentistas pueden percibir que su formación y habilidades han sido facilitadas y apoyadas por la comunidad para beneficiar a los pacientes, lo que significa que tienen el deber de mantener y mejorar esas habilidades. Los pacientes confían en los dentistas para mantener estándares aceptables. En los negocios, cualquier habilidad o experiencia es vista como un producto para ser utilizado por el proveedor en competencia con otros provee-

dores. El consumidor tiene interés en seleccionar la mejor calidad o en obtener la mejor oferta, de modo que se promueve una habilidad o experiencia superior para alcanzar una ventaja competitiva sobre otras empresas.

Relaciones

La relación entre los dentistas y los pacientes es un compromiso abierto basado en la confianza de que el dentista ayudará al paciente a colocar sus intereses en primer plano y a ser imparcial y honesto. En la colaboración entre los dos, el paciente confía en que el dentista no se aprovechará de esa situación desigual.

Las empresas dependen de contratos definidos, donde los derechos del consumidor existen solo en cómo están definidos y descritos. Es responsabilidad del consumidor comprender los detalles del contrato, ya que tanto la empresa como el consumidor tienen un interés propio abierto en la negociación. Se aconseja al consumidor (incluso ante negocios éticos) que busque una segunda opinión ante cualquier contrato importante.

La odontología como actividad empresarial

Los dentistas dirigen pequeñas empresas. Los pacientes pagan por el tratamiento (con o sin subsidio), y el dentista paga los gastos de administración y mejora de la clínica. El beneficio restante se convierte en el ingreso del dentista o retorno de la inversión. Siempre existe el riesgo de que un dentista con un sentido débil de la integridad, pueda recurrir a un comportamiento poco profesional para obtener mayores beneficios o incluso para continuar siendo solvente. Si bien un dentista necesita adoptar principios comerciales sólidos para mantenerse viable, esto debe hacerse respetando las reglas éticas y profesionales.

La necesidad de obtener ganancias ha generado un aumento de asesores de gestión especializados en odontología. Con frecuencia predicen métodos de negocio sustituyendo al dentista por un vendedor de artilugios, sin analizar cómo de-

ben modificarse las prácticas comerciales para incorporar el comportamiento profesional. Miden su éxito por el incremento financiero y las ganancias de la clínica dental. Uno de los errores más frecuentemente cometidos por estos consultores es pasar por alto la responsabilidad social que tienen los profesionales sanitarios y enfatizar la responsabilidad en términos de accionista. La responsabilidad social no es vista como elemento esencial en esa mezcla profesional de negocios, sino como una herramienta de lujo o como un elemento publicitario. También ignoran la importancia de la colaboración profesional y enfatizan la competencia entre clínicas. Como pocas facultades de odontología incorporan principios de ética empresarial o de negocios en sus planes de estudio, los recién graduados suelen ser consumidores ingenuos de estos servicios de consultoría de gestión. Son vulnerables a la adopción de actividades que no son profesionales sin una evaluación crítica.

Marketing

El marketing combina publicidad y promoción: la publicidad da información y la promoción utiliza técnicas para alentar la elección de una clínica sobre otra. A los efectos de esta sección, se utilizarán como sinónimos. Una presencia en el directorio telefónico local que indique el nombre, los títulos (generalista o especialista), la dirección, el número de teléfono y los horarios de atención de la clínica, constituye la publicidad en su nivel más básico y es necesaria para los pacientes actuales y potenciales. Esta es la única publicidad permitida para los dentistas en algunos países.

Los críticos con las actividades de marketing argumentan que son engañosas, crean una demanda innecesaria de productos o servicios con el despilfarro ulterior, y manipulan las necesidades de los consumidores con el objetivo de satisfacer las ganancias. Los siguientes son algunos escollos potenciales para el mantenimiento de estándares profesionales de comportamiento en actividades de marketing:

- **Engaño:** las falsedades absolutas en la publicidad son poco éticas y, a menudo, ilegales, pero es posible engañar sin mentir. Un anun-

cio que utiliza narrativas creativas, fotos mejoradas digitalmente o afirmaciones exageradas puede ser engañoso y, por lo tanto, poco profesional. Proporcionar información sobre salud oral para promover la educación para la salud o explicar los tratamientos es aceptable y alentador. Los folletos de salud oral para uso de los dentistas a menudo están disponibles en los departamentos de salud o asociaciones dentales. Estos son útiles para la información y como una ayuda para la comunicación. La publicidad no profesional, por otro lado, incluye información sesgada o presentada de una manera que establezca o implique que un dentista es mejor a otros.

- **Expectativas:** ni el paciente ni el dentista pueden decidir cuál es el tratamiento adecuado sin una discusión individualizada, incluyendo un examen clínico. La publicidad es buena para delinear lo que está disponible al dar información sobre alternativas, comparar y contrastar, e introducir nuevos conceptos e ideas. Sin embargo, la publicidad también puede crear el deseo de algo inapropiado o crear insatisfacción en el paciente, con algo que es perfectamente normal. En el caso de personalidad susceptible y un anuncio persuasivo, un paciente puede esperar un resultado que no es posible.
- **Incentivos:** la publicidad de descuentos, regalos prometedores, incentivos o recompensas a cambio de convertirse en un paciente o por recomendar a un nuevo paciente, puede interferir con el enfoque racional para elegir un dentista. También introduce un CDI potencial pagar a los pacientes existentes para que capten a otros. Una recomendación honesta de un paciente satisfecho estimulará la confianza, pero se generan dudas cuando la recomendación se considera que no es libre.
- **Marketing social:** los dentistas generalmente son miembros respetados, educados y con buena posición social dentro de la comunidad, y sus obligaciones sociales forman parte de ser un profesional. Se acude a los dentistas para que den su apoyo a muchas organizaciones locales, como la escuela, clubes deportivos, los scouts, la sociedad de ópera u organizaciones

benéficas. Su generosidad es reconocida en boletines, periódicos locales, certificados y demás. Estos reconocimientos, dentro de lo razonable, no se consideran poco profesionales.

- **Mal gusto:** una queja contra la publicidad es que tiene mal gusto. Aunque la ética y el comportamiento profesional no son idénticos, ambos se relacionan con la moral y los valores. El valor del comportamiento profesional es que respalda la naturaleza seria del contrato entre las profesiones y los individuos de la comunidad. Todo lo que someta a la profesión al ridículo o al desprecio debe ser evitado. Esto significa que los extremos del humor o del saber estar, deben ser moderados. La publicidad debe estar exenta de cualquier vulgaridad u ofensa. El contenido y el estilo, ya sean serios o alegres, no deben mermar la confianza en la profesión. Si bien los modales, la moda y el estilo son el reflejo de culturas y grupos de edad, la publicidad debe aspirar a ser universalmente aceptable.
- **Mantenerse al día con los demás:** la publicidad es generalizada, en parte porque los asesores de gestión empresarial insisten en que uno debe anunciarse o quedarse atrás. La publicidad es costosa de diseñar, y los costes aumentan con la complejidad de las plataformas publicitarias. En algunas clínicas, genera poco o ningún aumento en el número de pacientes, con respecto a lo que se logra con las simples referencias del boca a boca. Lleva mucho tiempo, pero es esencial que el dentista revise el contenido y los estándares de la publicidad y no los deje en manos de expertos en marketing. Existe una opinión común de que una buena publicidad dental debe minimizar cualquier promoción de los propios dentistas y maximizar de manera imparcial la información clínica relacionada con la salud.

Redes sociales

Los correos electrónicos, los mensajes de texto y el uso de plataformas de redes sociales han reemplazado al correo postal y reducido el número de conversaciones telefónicas. La velocidad y la

inmediatez de la comunicación actual tienen beneficios, pero requiere de un tiempo necesario para reflexionar sobre el contenido de los mensajes. También existe una pérdida de privacidad y la posibilidad de errores en la distribución. Tener un registro permanente y la capacidad de llegar a muchas personas puede considerarse a la vez un activo y un problema potencial, con los métodos de comunicación electrónica. Terceros pueden buscar datos en las redes sociales, usar el reconocimiento facial, construir un perfil y obtener mapas de opiniones. Los empresarios y los pacientes pueden encontrar información personal para formarse opiniones de dentistas actuales o potenciales. Debido al hecho de que las plataformas de redes sociales se han convertido en la corriente principal en las últimas dos décadas, las implicaciones profesionales para el uso de las comunicaciones digitales siguen evolucionando. Aquí se mencionan algunas de estas implicaciones:

- **Privacidad:** se viola la confidencialidad cuando se divulga información identificable sobre un paciente. Los dentistas pueden hablar sobre pacientes de buena fe con el fin de obtener consejos, en la enseñanza y como parte de las derivaciones, siempre que ese intercambio de información no identifique al paciente de forma innecesaria o amplia. Los intercambios en redes sociales entre profesionales, sin embargo, conllevan el riesgo de que los pacientes puedan ser identificados involuntariamente debido al amplio alcance sin restricciones de los medios electrónicos.
- **Quebrantamiento de las reglas:** los países requieren que los dentistas se colegien para poder ejercer, lo que los hace sujetos a las regulaciones locales. El alcance global de las redes sociales puede significar que la publicidad, el tratamiento, la búsqueda de pacientes, etc. pueden sortear jurisdicciones y es imposible evitar que esto suceda. Los dentistas pueden encontrarse en situación de quebrantamiento de algunas reglas, en jurisdicciones distintas a las suyas propias. Los legisladores tienen que establecer métodos satisfactorios para poder manejar tales situaciones.

- **Dentista versus negocio:** los expertos en marketing ven un gran potencial en el uso de las redes sociales para promover una clínica dental. Éticamente, se aplican las mismas reglas a las redes sociales a las que se aplican a otras actividades profesionales, pero con una atención especial a los temas de privacidad, precisión, transparencia y mantenimiento de la confianza pública. Cuando el uso de las redes sociales se considera simplemente otro procedimiento de gestión de la práctica, es fácil pasar por alto sus implicaciones más amplias. Si los pacientes se unen a la red social, determinado material que no debe ser compartido, puede circular ampliamente y estar fuera del control del dentista.

Los pacientes, por ejemplo, pueden intercambiar sus impresiones sobre un dentista o una clínica de manera libre y amplia, y pueden unirse a determinados sitios para agregar un testimonio o una queja. Pueden compartir la información que les dio su dentista, con el riesgo de que se produzcan errores en la interpretación. Pueden decir que un dentista es un especialista sin ninguna base. La mayoría de los reguladores y asociaciones reconocen que hay un límite en la cantidad de información que un dentista puede controlar o enmendar cuando otros publican en las redes sociales, y advierten de no solicitar o pagar testimonios o reenviar comentarios, los cuales podrían considerarse una participación activa del dentista y tratarse como una infracción de los códigos de ética.

La familia y los amigos usan las redes sociales como parte de la comunicación diaria. Sin embargo, cuando el usuario es un dentista (porque se haya identificado como tal o sea conocidos como tal en la comunidad), la profesión puede verse implicada, especialmente si algo se publica en la prensa y el dentista es acusado de desacreditar a la profesión. Hay casos de personas que han sido atacadas, perseguidas e incluso rechazadas por expresar opiniones (por ejemplo, políticas) o por sus acciones (por ejemplo, la caza) por publicar en sitios privados. Las redes sociales pueden llegar a crear una confusión entre los ámbitos privado y público.

Ampliando el alcance de la práctica

La educación continuada está universalmente recomendada y, a menudo, es obligatoria, y garantiza que las innovaciones emprendidas por los dentistas estén respaldadas por la ciencia y la formación. Las autoridades que definen el alcance de la práctica dental tratan cuidadosamente de tener una definición que sea lo suficientemente amplia como para permitir la innovación, pero lo suficientemente limitada como para garantizar la protección del público. Requieren que un dentista sea competente y tenga una formación y experiencia sólidas antes de emprender un nuevo procedimiento. Sin embargo, cuando se trata de una actividad que no es específicamente odontológica, a veces es difícil de enmarcar, y la definición de odontología variará entre generaciones y culturas.

El afán para expandir las actividades realizadas por el dentista se localiza sobre todo en las ciudades de los países ricos, donde la enfermedad dental ha disminuido, el número de graduados de odontología ha aumentado y los dentistas se muestran reacios a abandonar las prácticas privadas urbanas. Estos dentistas buscan nuevas fórmulas para atraer pacientes y rellenar sus agendas de citas. Por el contrario, en los sectores públicos y rurales, hay un aumento de enfermedades y suele haber más escasez de dentistas. En estas áreas, el alcance actual de la odontología ofrece una oportunidad más que suficiente para el estímulo profesional con el rango y la variedad de enfermedades.

Esta sección analiza las innovaciones en la práctica dental, yendo más allá del uso de nuevos materiales o nuevas técnicas y considerando aquellas actividades que introducen nuevos conceptos.

Odontología cosmética

Odontología estética y cosmética son términos que a veces se usan como sinónimos, pero tienen diferentes connotaciones.

Cada dentista que realiza el tratamiento necesario tiene como objetivo restaurar la salud y la función, y hacerlo de tal manera que la apariencia resultante sea generalmente aceptable para la so-

ciudad. La ortodoncia, las restauraciones, los implantes, etc. se utilizan para mejorar la apariencia de los pacientes que se consideran fuera de esta norma, debido a accidentes, enfermedades o por razones genéticas. Esta aplicación de odontología estética es una parte integral y clara del ámbito de la odontología. La odontología cosmética, por otra parte, parte de una apariencia que es aceptable (y de hecho puede ser atractiva) para muchas personas. El dentista lo que hace es cambiar la dentición usando un sentido preconcebido de belleza dictado por el gusto individual o las tendencias de la moda. Bajo esta definición de belleza, la exageración de características puede desafiar la función o la forma natural. El lapso de una moda puede ser corto, y su concepto de belleza puede quedar relegado.

Mientras que la odontología estética es parte del proceso de restauración (por ejemplo, una o dos carillas sobre dientes oscurecidos por traumatismo o enfermedad y emparejados con los dientes contiguos), la odontología cosmética puede eliminar estructuras sanas (por ejemplo, carillas en múltiples dientes sanos para crear una sonrisa más amplia y más blanca).

Los dentistas están formados para hablar sobre el diagnóstico oral y los tratamientos necesarios para reparar el daño. Las discusiones necesarias para los cambios cosméticos, deben ser más detalladas y complejas. Incluyen la publicidad, revistas y cambios de imagen apoyados por celebridades en televisión. Estos promueven la idea actual de la belleza. Si los pacientes aspiran a cambiar su apariencia, ¿pueden describir el resultado que esperan y el dentista puede realmente traducir esto en un resultado que cumpla con sus expectativas? ¿Se puede revertir el procedimiento si la moda cambia?

El dentista debe tratar de determinar el verdadero estímulo para el cambio. ¿Es para satisfacer un deseo personal de una apariencia diferente, o incluye objetivos adicionales, como el éxito social o profesional, satisfacer a alguien, alcanzar la felicidad, o debido a un trastorno de la personalidad? ¿Pueden los procedimientos dentales aisladamente, lograr estos objetivos?

Los dentistas deben resolver estas preguntas, o referir al paciente a alguien que pueda resolverlas, antes de aceptar cambios cosméticos extensos. Lograr la perfección técnica puede no ser suficiente para satisfacer las expectativas del paciente. La satisfacción inicial puede cambiar a una decepción posterior o al remordimiento del profesional que puede dejar al paciente peor que antes.

Si además hay un tercero, responsable del pago, es posible que el dentista deba satisfacer a ambas partes. ¿El tratamiento se ajusta a los requisitos del seguro? ¿Un amigo o familiar es el estímulo para la visita o simplemente está pagando el tratamiento? ¿La dinámica de la relación entre el paciente y su pareja o familiar influye en las decisiones clínicas?

La mayoría de los tratamientos dentales conllevan un riesgo de daño iatrogénico, un riesgo que debe compararse con el beneficio del tratamiento y con los riesgos de la opción de no hacer nada (es necesario analizarlo bien para obtener un consentimiento informado). Si no existe un beneficio clínico o de salud para un procedimiento, es más difícil determinar cuál es el equilibrio adecuado entre riesgo /beneficio. Pocos aceptarían la extracción de un diente sano, sin embargo, algunas personas piden la extracción de los dientes posteriores para dar una apariencia de pómulos altos.

Si el dentista acepta la solicitud del paciente solamente para no perderlo y evitar que vaya a otra clínica para recibir el tratamiento, el dentista está tomando una decisión financiera, no una decisión basada en criterios de salud. La autonomía del paciente es un problema en la odontología cosmética. Por un lado, la autonomía se respeta permitiendo que el paciente tenga la decisión final. Por otro lado, los dentistas pueden utilizar su experiencia para proporcionar información y asesoramiento, y ayudar a los pacientes a tomar decisiones basadas en la mejor forma de satisfacer sus necesidades. Para proceder, entonces, debe de tratarse de una decisión compartida, en la que tanto el dentista como el paciente pueden desistir.

Hay precauciones éticas razonables que deben tenerse en cuenta cuando la odontología cosmética deseada es extensa. Dado que los dentistas,

no siempre están entrenados para comprender los trastornos de personalidad, es prudente proceder por etapas. Se puede iniciar un proceso de blanqueamiento simple antes de comenzar con una eliminación de la estructura dental sana. Las joyas incrustadas en los dientes se pueden unir con adhesivos que se pueden remover más adelante. Se pueden realizar opciones menos permanentes o menos invasivas para muchas otras solitudes comunes.

Cuando se trata de tratar enfermedades, los pacientes y los dentistas determinan conjuntamente cuál es un resultado exitoso y colaboran para lograrlo. Para el tratamiento cosmético (electivo), el paciente actúa más como un consumidor en el sentido de que tiene una idea predeterminada de lo que constituye el éxito. Sin embargo, los dentistas no deben exagerar o dejar que el paciente se forme una opinión exagerada del resultado esperado. Los pacientes deben disponer de tiempo para poder reflexionar antes de decidirse. Otra precaución es mantener registros precisos y completos, incluidas buenas fotografías de todas las etapas clínicas.

Procedimientos no tradicionales

La profesión dental ha logrado éxito en la prevención de la caries y en la intervención temprana. Se sugiere que el entrenamiento dental podría incluir pruebas de detección de rutina para otras anomalías, particularmente de la cabeza y el cuello, durante el examen dental regular. El examen de los ganglios linfáticos y los tejidos blandos de la boca para detectar signos tempranos de anomalías es actualmente una práctica normal. Extender el entrenamiento a identificar otras anomalías, como el cáncer de piel, el melanoma, las pruebas para diabéticos, etc., puede ser un servicio de salud pública de utilidad. Los dentistas también han ayudado en actividades de promoción de la salud, como la fluoración del agua, la cesación tabáquica, la reducción del consumo de azúcar, el asesoramiento dietético y las técnicas de relajación para el control del dolor o la ansiedad. Se podría argumentar que tales actividades se encuentran dentro de la atención médica y estarían bajo requisi-

tos de conducta ética similares a los de la práctica dental tradicional.

Otras actividades pueden ampliar la definición de lo que constituye el tratamiento del área oro facial y plantearían problemas éticos. Los siguientes son ejemplos de procedimientos que han sido denunciados. Muchos no son éticos, algunos caen en el charlatanismo o la ilegalidad, y otros están abiertos a debate.

Tratamientos no probados (sin evidencia)

Los dentistas siempre deben tratar de usar técnicas que tengan evidencia científica sólida para respaldarlas y que sean apropiadas para el paciente. Sin embargo, los padres de niños pequeños y las personas con dolor a menudo están dispuestos a intentar cualquier cosa, especialmente si lo recomienda un dentista. Hay una creciente popularidad en algunas clínicas, por ejemplo, para recomendar rutinariamente una frenectomía para mejorar la succión en recién nacidos, incluso si no hay una evidencia comprobada, y el dentista no ha recibido una formación especial en el tratamiento de recién nacidos. Los anuncios de tratamientos caros, pero no probados, para los trastornos temporomandibulares abundan y están dirigidos a quienes tienen dolor. Los dispositivos anti ronquidos, tratamientos para la apnea del sueño, dispositivos para el chasquido de la ATM y otros muchos, han sido promocionados por dentistas que quieren convertir una técnica o dispositivo que puede ser útil puntualmente en algunas personas, en la última moda rentable recomendada para todos.

Tratamientos no convencionales

Las personas que están preocupadas por los venenos, la contaminación o las curas no químicas son atraídas por procedimientos alternativos, como el uso del análisis de orina para justificar la eliminación de las restauraciones de amalgama, la desintoxicación de la amalgama y el mercurio, pruebas de alergia, uso de la homeopatía para prevenir o curar la caries, tratamientos en definitiva que refuerzan sus preocupaciones o filosofía.

Algunos dentistas comercializan dichos servicios como si se tratase de una ciencia nueva o alternativa. De manera similar, algunos dentistas y otros profesionales usan la cuasi ciencia para negar la efectividad del fluoruro, las vacunas o el tratamiento endodóntico. Los pacientes leen noticias en los medios o en Internet en contra de dichos tratamientos, y se acercan a los dentistas para recibir aclaraciones. No es ético que un dentista promueva pruebas no científicas o capitalice las preocupaciones del paciente. Deben redirigir al paciente hacia información fiable que se puede encontrar en los sitios web de las asociaciones dentales o de los departamentos de salud.

Tratamientos no dentales

Las clínicas dentales a veces anuncian el uso de Botox y rellenos dérmicos para suavizar las líneas de expresión y agrandar los labios. Los dentistas, o su personal, también pueden proporcionar piercings corporales y tatuajes. Ninguno de estos procedimientos está dentro de la definición de odontología o atención médica. El argumento presentado para permitir que tales procedimientos sean realizados por un dentista o bajo la supervisión de un dentista es que los dentistas tienen un conocimiento de la anatomía y control de infecciones que es muy superior a los esteticistas, tatuadores y otras personas que suelen realizar estos procedimientos, y que, por lo tanto, el paciente estará más seguro. Otro argumento es que los dentistas pueden administrar anestesia local. Algunas legislaciones prohíben a los dentistas realizar estos procedimientos o usar anestesia local fuera del ámbito del tratamiento dental. Además, las aseguradoras de responsabilidad civil profesional no suelen cubrir estos procedimientos, en caso de que ocurran problemas.

Ventas comerciales

Las clínicas dentales normalmente disponen de productos como cepillos de dientes, cepillos interdentales, pastas dentales, etc., como detalle para el paciente. Muchos códigos de práctica ética excluyen la venta de dichos artículos con

finés de lucro, pero permiten la recuperación del coste.

Los asesores de negocios, sin embargo, ven estas actividades como un potencial para mejorar los ingresos de la clínica dental. La gama de productos a menudo se selecciona sobre la base de los márgenes de ganancia y puede incluir elementos que tienen un beneficio dudoso. Además, algunos asesores han promovido la venta de artículos no dentales a comisión, como las pólizas de seguro de salud. Para justificar esta expansión, apuntan a las farmacias como un ejemplo de profesionales éticos que son minoristas. La comparación, sin embargo, es de tipo de negocio, no de profesionales.

Observaciones finales: Trabajo ético en marcha

Muchos de los temas planteados en este capítulo son novedosos o están ganando importancia y no se han debatido completamente, ni dentro de la comunidad dental ni tampoco en este capítulo. La odontología se ha alejado de ser una comunidad relativamente pequeña y próxima, en la que se hacía caso a los mentores principales (y muchas veces se les seguía), donde los profesionales podían permanecer algo alejados de la presión comercial. En los países desarrollados, tanto el nivel relativo de enfermedad dental como la escasez de dentistas se han reducido. Existe una brecha cada vez mayor entre las comunidades con alta necesidad y las que reciben servicios incluso exagerados. El amplio acceso a Internet ha cambiado la forma en que se recopila y difunde la información sobre salud bucal y sobre los dentistas.

Los valores profesionales y éticos de la beneficencia (hacer el bien), ausencia de daño, la autonomía, la justicia y la confianza siguen siendo válidos y continuarán como valores profesionales en el futuro. Lo que ha aumentado es la amplitud y el alcance de áreas grises entre las acciones que son éticas y profesionales y aquellas que no lo son. En un momento en el que sectores importantes de la sociedad permanecen libres de enfermedades graves, incluso se debate el concepto de lo que

debe constituir la atención médica, incluida la salud dental.

Es importante para la profesión de dentista dar prioridad a la discusión sobre la ética en cada oportunidad que se tenga, para evitar errores que puedan resultar irreversibles.

Este capítulo ha sido escrito por Suzette Porter

Lectura complementaria

- Affleck P, Macnish K (2016). Should 'fitness to practise' include safeguarding the reputation of the profession? *BDJ*, 221:545–546.
- Ahmad I (2010). Risk management in clinical practice. Part 5. Ethical considerations for dental enhancement procedures. *BDJ*, 209:207–214.
- Goldstein BH (2000). Unconventional dentistry: Part V. Professional issues, concerns and uses. *J Can Dent Assoc*, 66:608.
- Goldstein BH (2000). Unconventional dentistry: Part I. Introduction. *J Can Dent Assoc*, 66:323–326.
- Goldstein BH (2000). Unconventional dentistry: Part II. Practitioners and patients. *J Can Dent Assoc*, 66:381–383.
- Goldstein BH (2000). Unconventional dentistry: Part III. Legal and regulatory issues. *J Can Dent Assoc*, 66:503–506.
- Goldstein BH (2000). Unconventional dentistry: Part IV. Unconventional dental practices. *J Can Dent Assoc*, 66:564–568.
- Holden ACL (2016). Self-regulation in dentistry and the social contract. *BDJ*, 221(8):449–451.
- McDonald M. Ethics and conflict of interest. UBC Centre for Applied Ethics Available at: <https://ethics.ubc.ca/people/mcdonald/conflict-htm/>
- Singer PA, Viens AM (2008). *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Trathen A, Gallagher JE (2000). Dental professionalism: definitions and debate. *BDJ*, 206:249–253.
- Warnock M (2006). *An Intelligent Person's Guide to Ethics*. London, UK: Duckworth Overlook.

Capítulo 10: Acceso a la atención sanitaria

Resumen

Las necesidades globales de cuidados orales están aumentando en complejidad, y ha habido un interés renovado en las dimensiones éticas de la toma de decisiones de salud oral y el desarrollo de la ética de la salud, en la enseñanza y la investigación en odontología. A pesar de su reducción a nivel mundial, las enfermedades orales persisten, con un patrón de distribución que refleja una desigualdad creciente y generalizada en el acceso comunitario a los cuidados dentales y a la prevención. Esta desigualdad refleja diferencias en la adecuación, disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la educación y el cuidado orales. Este capítulo proporciona una visión general del acceso a la atención desde una perspectiva ética, incluyendo la importancia de la equidad, los derechos humanos y la justicia social en la provisión de atención de salud bucal a poblaciones marginadas y vulnerables. Se discute la necesidad de un cambio de paradigma de los currículos de odontología, altamente técnicos e individualistas, junto con la necesidad de introducir un enfoque holístico de la responsabilidad ética y social en los nuevos graduados de odontología.

Introducción

Los patrones cambiantes globales de las enfermedades orales siguen reflejando una desigualdad generalizada en el acceso a la atención preventiva y curativa. El estado de salud oral variable de las poblaciones, pone de manifiesto las principales diferencias en la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de la educación bucodental y la salud oral. Esto implica que el contrato social entre la profesión dental y el público está en peligro, ya que no se satisfacen las necesidades de grandes segmentos poblacionales. Es una obligación moral hacer algo al respecto. Tanto la profesión de den-

tista en su conjunto, como sus miembros a nivel individual, deben tomar medidas para luchar por un mejor acceso a los servicios de atención de la salud bucal para todos aquellos que lo necesiten. Sin embargo, surgen una variedad de preguntas complejas: ¿Cuál es exactamente el deber de la profesión dental para abordar este problema? ¿Cuánto están obligados a hacer los dentistas individuales? ¿Cuál es la base teórica para redistribuir los servicios de salud oral escasos? En este contexto, la ética puede ser utilizada como una herramienta para la discusión, el mejoramiento y la consolidación de la ciudadanía, los derechos humanos y la justicia social. Este capítulo ofrecerá una reflexión sobre el acceso a la atención en poblaciones marginadas desde un punto de vista bioético.

Es necesario comenzar con un análisis del papel de la bioética en salud pública.

La bioética en salud pública

El estudio de la bioética se expandió a principios del 2000, desde los problemas de salud puramente biomédicos a problemas más amplios de salud pública, biotecnológicos y otros problemas sociales, como la salud y el medio ambiente. En términos conceptuales, los principios bioéticos propuestos por Beauchamp y Childress, que se basan en los cuatro principios esenciales de autonomía, beneficio, no hacer daño y justicia, son los más difundidos.

La autonomía se relaciona con la preocupación básica por desarrollar políticas públicas que eviten la limitación indebida del libre albedrío individual.

La justicia reflexiona sobre las desigualdades y la asignación de recursos escasos. En el marco conceptual de la bioética, las cuestiones relacionadas con el acceso a la atención médica se encuentran principalmente en el principio de justicia y equidad, junto con el derecho y la distribución equita-

tiva de los recursos. Las cuestiones de justicia en la asistencia sanitaria pueden dividirse en dos dimensiones diferentes pero relacionadas: acceso y asignación de recursos. El acceso se refiere a si las personas que tienen, o deberían tener, derecho a los servicios de salud, los reciben. Incluye los derechos a la atención médica, es decir, los servicios de atención médica y las barreras a estos servicios. La asignación se refiere al proceso utilizado para determinar qué recursos se distribuirán para la atención médica dentro de las poblaciones y para las personas, y generalmente incluye tres niveles: (i) el nivel social, que se relaciona con la cantidad de recursos gubernamentales que se destinarán a la atención médica a diferencia de otras necesidades presupuestarias, como la defensa o el transporte; (ii) asignación referida a los servicios de atención médica, que implica decisiones sobre la parte de presupuesto nacional dedicada a salud, y cómo, dónde y para quién se gastará la financiación; y (iii) el paciente individual.

La salud pública es el enfoque social (y no individual) para proteger y promover la salud y mejorar el bienestar de las comunidades. El enfoque de salud pública basado en la población a menudo ha dado lugar a dilemas éticos con respecto a la extensión apropiada de su alcance y si sus actividades infringen las libertades individuales. La bioética ha permitido a los profesionales de la salud y a los responsables de formular políticas públicas, tomar decisiones sobre el comportamiento y sobre la política que los gobiernos, las organizaciones y las comunidades deben considerar acerca de cuál es la mejor manera de utilizar los nuevos conocimientos e innovaciones biomédicas. La salud pública y la bioética tienen muchos problemas en común, ya que ambas se ocupan de cuestiones de derechos humanos, ciudadanía, movimientos sociales y políticas públicas. La responsabilidad, la prevención y la precaución son los principios clave del enfoque multi, trans e inter-disciplinario de la bioética de salud pública.

La responsabilidad es un valor fundamental, y se requiere que la prevención sea efectiva y eficiente con una relación costo-beneficio sostenible. Su componente ético aborda la justa distribución de las políticas preventivas. La precaución se re-

fiere a la toma de decisiones frente a la incertidumbre, donde se pretende evitar el daño futuro combatiendo factores de riesgo sospechosos, pero no comprobados. Generalmente se asume que el Estado asume el papel de proteger a todos sus ciudadanos, porque no poseen los medios para protegerse contra ciertos riesgos y amenazas a su vulnerabilidad personal. Para salvaguardar las necesidades esenciales, dicha protección debe garantizar que se cumplan los requisitos morales y legítimos. Desde una perspectiva de salud, la bioética de la protección considera el derecho a la atención médica y a la igualdad de tratamiento, como una necesidad. Para garantizar el acceso a la atención, debe haber una discusión continua sobre la responsabilidad social del Estado, una definición de prioridades con respecto a la asignación y distribución de los recursos, una asignación de recursos humanos apropiados, una participación organizada de la población en todo el proceso, una revisión y actualización de los códigos de ética para diferentes grupos de profesionales sanitarios, y unos cambios necesarios y profundos en los currículos universitarios.

Los enfoques bioéticos tradicionales se cuestionan a medida que surgen nuevas perspectivas teóricas. Dos conceptos importantes reflejan las condiciones actuales: la bioética de las situaciones persistentes y la bioética de las situaciones emergentes. La bioética de las situaciones persistentes está relacionada con las condiciones que han persistido en las sociedades humanas desde la antigüedad y continúan haciéndolo a pesar de los desarrollos socioeconómicos y tecnológicos. Estas condiciones incluyen la exclusión social y la concentración de poder, la discriminación, la inequidad, el control y la distribución de los recursos económicos en salud y derechos humanos, y su impacto en la salud y el modo de vida de las personas. Los países de bajos y medianos ingresos están incluidos en la categoría de temas emergentes. Los problemas emergentes han surgido como consecuencia de los recientes avances biotecnológicos y científicos, incluida la ingeniería genética, la donación y el trasplante de tejidos y órganos humanos, la clonación, la bioseguridad y la investigación científica en humanos.

La carga global de las enfermedades orales

Las enfermedades orales siguen siendo una carga importante en salud pública en todo el mundo y afectando tanto al bienestar como a la calidad de vida. La mala salud oral tiene un profundo impacto en la salud general, y varias enfermedades orales están relacionadas con enfermedades crónicas, como la diabetes y la obesidad. La caries dental es la más común de todas las enfermedades crónicas en los países industriales, así como en los ingresos bajos-medios. "Las enfermedades orales afectan a 3.900 millones de personas y la caries no tratada en dientes permanentes, es la afección más prevalente según el estudio de 2010 sobre Carga Global de Enfermedad (GBD, Global Burden of Disease) con una prevalencia global ajustada por edad del 35% ". Además, la carga global de enfermedad periodontal, cáncer oral y caries aumentó notablemente en un promedio del 45.6% desde 1990 a 2010, en paralelo con las principales enfermedades no transmisibles como la diabetes que lo hizo en un 69%.

En los niños, la caries dental no solo afecta a la salud general del menor, sino que tiene otras consecuencias, como el absentismo escolar unido al absentismo laboral para los padres. Debido a la alta prevalencia y a la naturaleza acumulativa recurrente de la caries y la enfermedad periodontal, la cavidad oral es una de las partes del cuerpo con mayor coste de tratamiento en algunos países, y se ha estimado que, si el tratamiento estuviese disponible para todos, solo el coste de los tratamientos dentales de la caries en niños, superaría el presupuesto total actual de toda la atención médica pediátrica.

Si bien la prevalencia de la caries dental en los niños ha disminuido notablemente en los últimos 30 años en la mayoría de los países, como resultado de la implementación exitosa de muchas medidas de salud pública (incluido el uso efectivo de fluoruros, cambios en las condiciones y estilos de vida y mejores prácticas de cuidado personal), siguen existiendo disparidades y la enfermedad persiste en ciertos grupos demográficos. Por ejemplo, muchos niños, adultos mayores, personas con una

educación deficiente o un estatus socioeconómico bajo, personas en grupos minoritarios raciales y étnicos, y aquellos con necesidades especiales en salud, son definidos como grupos de alto riesgo. Muchos programas de educación para la salud y políticas públicas de atención médica han sido solo parcialmente efectivos para reducir las tasas de caries dental en estas poblaciones. Desafortunadamente, las poblaciones más afectadas, las personas vulnerables y marginadas, son aquellas que reciben la menor atención.

Aparte de los dos problemas dentales más comunes, la caries dental y la enfermedad periodontal, ambos reversibles y, en la mayoría de los casos, pudiendo ser controlados por medidas simples, tanto a nivel individual como comunitario, las enfermedades de los tejidos blandos de la boca y de la mandíbula son debilitantes y en ocasiones pueden llegar a ser fatales. La prevalencia de los cánceres de boca y garganta continúa aumentando a un ritmo alarmante en las comunidades a menudo desatendidas y más pobres, con una atención inadecuada de la profesión.

Los trastornos orales potencialmente malignos (TOPM) son aquellas lesiones y afecciones que tienen un mayor potencial de transformación maligna y son indicadores de riesgo de enfermedades malignas futuras. Se definen de manera integral como "un grupo de trastornos de diversas etiologías, generalmente el tabaco, caracterizados por mutaciones asociadas, alteraciones espontáneas o hereditarias o mutaciones en el material genético de las células epiteliales orales con o sin alteraciones clínicas e histomorfológicas, que pueden conducir a su transformación en carcinoma oral de células escamosas". El impacto de los TOPM en la vida de una persona afectada es multidimensional, y se ha visto que los pacientes diagnosticados y tratados por tumores malignos orales experimentan una calidad de vida deficiente. Los impactos se extienden más allá del deterioro físico y las limitaciones funcionales a aspectos de la vida diaria, incluido el bienestar psicológico y social. Las consideraciones éticas relacionadas con el acceso a la atención para estas poblaciones enfatizan la necesidad de considerar: (i) la capacitación de los profesionales sanitarios para diagnosticar y tra-

tar; (ii) la provisión de instalaciones a nivel local o en un centro donde los pacientes pueden recibir atención especializada; (iii) qué hacer cuando se diagnostica a los pacientes y no existe posibilidad de tratamiento o educación preventiva contra la presión social y comercial, por ejemplo del hábito de mascar nuez de betel masticar o usar tabaco, etc. y (iv) estrategias sostenibles a largo plazo para la promoción de la salud y la prevención de enfermedades a través de programas multidisciplinarios efectivos.

Consideraciones éticas para mejorar el acceso a la atención: ¿Qué tipo de atención debemos proporcionar?

La mayoría de las teorías acerca de la justicia afirman que existen obligaciones sociales para proteger las oportunidades. Con respecto a una visión basada en oportunidades, la justicia requiere que protejamos la participación de las personas en el rango normal de oportunidades al tratar la enfermedad cuando ocurre, al reducir el riesgo de enfermedad y discapacidad antes de que ocurran, y al distribuir esos riesgos de manera equitativa (Daniels, 2013). Por lo tanto, en la perspectiva de la igualdad de oportunidades, es de especial importancia moral proteger y satisfacer las necesidades de salud oral de todas las personas, que son considerados como ciudadanos libres e iguales. Satisfacer las necesidades de salud oral de una población favorece el rango de oportunidades que las personas pueden ejercer, y cualquier obligación social de proteger las oportunidades implica la obligación de proteger y promover la salud oral (funcionamiento oral normal) de todas las personas. Extrapolar esto al entorno dental significa que todas las personas deben tener acceso a un conjunto razonable de servicios que promuevan y restablezcan la función oral, no debiéndose descuidar las medidas preventivas a favor de las curativas.

Las intervenciones clínicas representan solo una pequeña proporción de las mejoras en la salud y, por lo tanto, existe la necesidad de ir más allá de los aspectos clínicos dentales en el entorno

de las medidas tradicionales de salud pública que afectan profundamente los niveles de riesgo de la enfermedad oral y su distribución, y fijarse también más allá del aspecto sanitario, en los determinantes sociales de la salud y su distribución. La profesión dental debe estar a la vanguardia de los esfuerzos que claman por una reducción de las disparidades de ingresos y defienden un mayor acceso a la atención y los recursos para una buena salud oral, así como para el bienestar y la salud en general. Las industrias cuyos productos son nocivos para la salud oral y la salud en general, especialmente los productores de azúcares libres en alimentos y bebidas, así como los fabricantes de alimentos que contienen carbohidratos refinados, deben estar obligados a etiquetar sus productos con dicha advertencia.

Sin embargo, dado que no pueden satisfacerse todas las necesidades de salud oral que surgen dentro o fuera de la odontología, se debe ser responsable y racional en las decisiones que se toman en la asignación de los recursos. Debemos ser claros sobre los tipos de atención que le debemos a los pacientes, cómo se determina dicha atención y qué constituye un acceso adecuado a esa atención, dado que existen diversas barreras para dicho acceso. En los casos en que exista desacuerdo, tras reiteradas discusiones con el paciente, siempre son sus decisiones, velando por su mejor interés, quienes deben prevalecer.

Justicia distributiva

Con respecto al acceso a la atención, la justicia distributiva es particularmente relevante para los países de bajos ingresos donde, especialmente en el sector de la salud pública, existen recursos limitados. Cuando los recursos son limitados, ¿cómo se distribuyen de manera justa entre quienes los necesitan? Al determinar el racionamiento o establecer prioridades, es fundamental que el proceso refleje un sentido de imparcialidad.

Existen varias teorías que determinan cómo distribuir las cargas sociales, los bienes y los servicios, entre ellas: (i) Utilitarismo, que sostiene que el estándar de justicia depende del principio de

utilidad (por ejemplo, la maximización del bien general, con el mayor valor para el mayor número de personas). La asistencia sanitaria pública para la mayor cantidad de personas posible está respaldada por esta teoría; (ii) Liberalismo: esta teoría de la justicia distributiva se basa en la capacidad de los individuos para pagar su atención médica. Los que pueden pagar tienen derecho a la asistencia sanitaria. Esta teoría apoya la asistencia sanitaria privada; (iii) Comunitarismo: los principios de justicia se consideran pluralistas. Las comunidades deciden cuáles son sus necesidades de atención médica y cómo se distribuyen los recursos. Las necesidades de salud de una comunidad son priorizadas en función de las necesidades de salud de las personas; y (iv) igualitarismo: esta teoría sostiene que todas las personas deben recibir una distribución equitativa de la atención médica, independientemente de su capacidad financiera.

Desigualdades sociales y acceso a la salud oral

En los últimos tiempos, el mundo ha visto un crecimiento significativo en las desigualdades sociales entre los ricos y los pobres. Los programas de ajuste estructural han desviado el gasto social y de asistencia social del sector público al sector privado, lo que ha dado como resultado un servicio de salud más complejo: uno para los ricos y otro limitado y, a menudo, de peor calidad para la mayoría. Las diferencias en la accesibilidad, la disponibilidad y la aceptabilidad de la atención en salud oral y la educación tienen un impacto en la disponibilidad de prevención y promoción de la salud que afecta el nivel de la salud oral de un individuo. Las disparidades y desigualdades actuales en la salud oral reflejan diferencias en el desarrollo socioeconómico entre países, de la misma manera que afectan una amplia gama de otros problemas sanitarios. Enfrentar las desigualdades en salud requiere estrategias adaptadas a los determinantes y necesidades de diferentes grupos de población distribuidos a lo largo del gradiente social. Las desigualdades socioeconómicas tienen graves consecuencias tanto para la salud general como

para la salud oral, y se ha demostrado que las personas con un estatus socioeconómico más bajo tienen menos acceso a los servicios de salud oral. En muchos países, los servicios de salud pública constituyen el principal recurso para la mayoría de las poblaciones desatendidas, especialmente para las mujeres y los niños con un estatus económico más bajo. Las desigualdades en salud entre grupos sociales se consideran injustas porque resultan de una distribución desigual de los factores socialmente controlables que afectan a la salud de las poblaciones y a su distribución.

La justicia entendida como equidad, garantiza la igualdad de libertades básicas y el valor que tiene la participación y los derechos políticos, la igualdad de oportunidades justa a través de la educación pública, los apoyos para la primera infancia, los servicios médicos y de salud pública apropiados, y restringe las desigualdades socioeconómicas de manera a que los grupos más desfavorecidos se encuentren lo mejor posible. Se anticipa que esta distribución de los determinantes de salud aplanará significativamente el gradiente socioeconómico de la salud y minimizará varias inequidades en la salud, incluidas las desigualdades de raza y de género. El principio de justicia se refiere a la igualdad de acceso a los servicios de salud para todas las personas, la distribución de recursos y los criterios para resolver estos problemas de manera justa. La atención médica pública generalmente se basa en la doctrina igualitaria de que todas las personas son iguales en los valores fundamentales y en el estatus moral y por lo tanto deben satisfacer sus necesidades de salud. Sin embargo, esto no siempre es posible en el contexto económico global actual. Con una población creciente de ancianos, unas tecnologías cada vez más caras, los cambios en la epidemiología y el surgimiento de nuevas enfermedades y problemas de salud, estas doctrinas universales requieren ahora de una amplia reflexión ética con respecto a la priorización y las limitaciones de la distribución de los recursos en salud. El acceso a la atención no solo está restringido a los aspectos curativos, sino también a las medidas preventivas contra las enfermedades bucales.

Consideraciones económicas y gratuidad de los cuidados

Las poblaciones que tienen acceso a la atención bucodental tienen más posibilidades de recibir servicios básicos de prevención y educación sobre cómo alcanzar y mantener una buena salud oral y de que se detecten las enfermedades orales en estadios precoces. En contraste, la falta de acceso a la atención oral, como suele ser el caso para las poblaciones desfavorecidas, tiene un impacto importante en los niveles de salud y de salud oral, y a menudo resulta en un diagnóstico tardío, enfermedades y afecciones orales no tratadas, estado de salud comprometido y, ocasionalmente, incluso la muerte. Ha habido una disminución en el acceso y la utilización de la atención médica, principalmente debido al aumento de las barreras económicas. Además, la prestación de asistencia sanitaria oral se ha visto obstaculizada por factores relacionados con la financiación de actividades y servicios preventivos. Los factores sociodemográficos, incluidos el género, la edad, los ingresos y la educación, siguen siendo los principales factores predictivos del acceso a los servicios de salud bucal. Si bien ha habido avances en la inversión en salud bucal en los últimos años, la financiación de estas acciones a menudo ha requerido grandes inversiones en el sector público por parte de los gobiernos de todo el mundo.

Mejorar el acceso a la atención se ha convertido en un enfoque importante para muchas organizaciones odontológicas profesionales, que han alentado a la profesión a desempeñar un papel más activo en la promoción de reducción de costes y atención gratuita. Los profesionales individuales pueden desempeñar un papel importante en la mejora del acceso a la atención. Pero, ¿deberían todos los dentistas hacer algo por las poblaciones desfavorecidas o de bajos ingresos? ¿Deberían participar en programas de iniciativa pública para mejorar el acceso, incluso si no lo desean? ¿La prestación de cuidados a los desfavorecidos económicamente debe formar parte de la atención habitual de cada dentista? Si los dentistas consideraran la atención gratuita como importante, ¿cuánto tiempo deberían dedicar a ello y

cómo seleccionar a los pacientes que se beneficiarían de dicha atención gratuita? El principio de justicia sugiere que se enfoque en aquellos que están en peor situación. El principio de la utilidad social apoyaría prestar atención a quienes más pueden ser ayudados. Estas contribuciones pueden hacerse en sus prácticas privadas u ofreciendo sus servicios en centros dentales públicos.

Una de las preocupaciones sobre la atención gratuita (altruista) es que estigmatiza inevitablemente, condenando a un paciente a ser clasificado como un caso de caridad. Además, la atención altruista deja en manos de personas muy vulnerables, buscarse al proveedor de cuidados. Por estas razones, un acceso universal a la atención se considera una forma justa de hacer que la atención básica esté disponible para todos, en lugar de confiar en la caridad de las profesiones sanitarias.

Formación ética para los dentistas

Los debates actuales han demostrado que la formación ética de la mayoría de los dentistas es inadecuada para satisfacer las necesidades de salud de la población. Esta controversia se debe a la práctica dominante de la mayoría de las profesiones sanitarias, que ha demostrado ser empírica, cuantitativa y orientada hacia soluciones precisas y definitivas para problemas específicos.

Existe un grado de indiferencia en la formación del dentista con respecto a la injusticia social y la necesidad de mejorar la calidad de la salud bucal de la población, y esta indiferencia tiene una influencia directa en la calidad y la eficacia del sistema de salud. Existe la necesidad de integrar la educación y la prestación de servicios, y esta integración debe servir para guiar el proceso de reflexión ética sobre el papel que tienen las universidades y cuál es su contribución a la modelación / remodelación de buenas prácticas.

Se ha demostrado que, en el campo de la salud, la enseñanza de la ética se encuentra rezagada con respecto a las necesidades de la sociedad, y es necesario introducir los valores humanísticos en la formación ética de los profesionales sanitarios. La admisión a la universidad inicia el proceso de

socialización profesional, con la incorporación de la moral profesional determinada por la adopción de modelos y la internalización de los comportamientos y actitudes que se aceptan entre colegas de la profesión. Los currículos dentales deben resaltar los problemas ético-morales de las actitudes y conductas profesionales hacia pacientes e instituciones. Además, los entornos de la Facultad deben promover el desarrollo personal y humano de los estudiantes garantizando una alta integridad académica y profesional del profesorado.

Los valores, como la dignidad, los derechos humanos, el respeto por la autonomía y la vulnerabilidad, deben incorporarse en la práctica académica para desarrollar actitudes que vayan más allá de los límites de la atención clínica. La formación en ética de los profesionales de la odontología debe incorporar un marco que permita la reflexión y una visión crítica del mundo, que centre la atención en los problemas sociales, culturales y económicos de las poblaciones y que, en última instancia, resulte en un compromiso social para mejorar la calidad de vida de las personas a través del ejercicio profesional. La teoría de la justicia sirve para muchos propósitos al ayudar a centrar la atención en las necesidades y al conceptualizar los problemas de manera que guíe la acción y la reforma, y los estudiantes de odontología deben ser conscientes de que, los estados deficientes de salud no son solo una cuestión de desgracia, sino más bien una cuestión de injusticia. Los profesionales de la odontología deben ser educados para cuidar a la comunidad mostrando un buen juicio, la capacidad de reconocer y analizar problemas éticos, una tolerancia a la ambigüedad y una capacidad de empatía dentro del contexto más amplio de las experiencias y los valores humanos.

Algunas estrategias

Los factores de riesgo para varias enfermedades crónicas son comunes a la mayoría de las enfermedades orales, y el enfoque del factor de riesgo común se ha convertido en la nueva estrategia de salud pública para la prevención efectiva de las enfermedades orales, siendo las más frecuentes la

caries dental y la enfermedad periodontal. Los factores de riesgo comunes, como los factores dietéticos y nutricionales, deben abordarse junto con los factores socioambientales que son causa en última instancia de las enfermedades orales. En 2002, el Programa Global de Salud Bucal de la Organización Mundial de la Salud adoptó una nueva estrategia, según la cual la caries dental se incluyó en la prevención de enfermedades crónicas y la promoción general de la salud. Este enfoque se justificó por el hecho de que la caries dental es una enfermedad crónica progresiva y debe ser manejada durante toda la vida en la mayoría de las personas.

Educación del paciente y poblaciones vulnerables

Se ha vuelto necesario encontrar estrategias para disminuir la incidencia y la carga de las enfermedades orales, ya que muchas políticas de salud pública han sido ineficientes para atender a los grupos marginados y vulnerables. Una de las estrategias que se ha propuesto para reducir la carga y la gravedad de las enfermedades orales, en vista del hecho de que la caries dental se ha definido como una enfermedad crónica que requiere tratamiento de por vida, es el concepto de educación terapéutica del paciente. Este concepto fue desarrollado inicialmente para otras enfermedades crónicas, como el asma y la diabetes. La educación terapéutica del paciente permite a los pacientes auto gestionar y adaptarse a los tratamientos, así como afrontar nuevos procesos y habilidades que les permitan gestionar de manera óptima sus vidas y sus enfermedades. Es un proceso continuo que se integra en su atención médica general y está diseñado para ayudar a los pacientes a comprender la enfermedad y el tratamiento asociado, cooperar con los proveedores de la atención médica, vivir con buena salud y mantener y mejorar su calidad de vida.

Aspectos éticos de los programas de educación y promoción de la salud oral

La educación en salud oral es el proceso de impartir y proporcionar acceso a la información de salud

oral de tal manera que los pacientes la entiendan y se sientan motivados a utilizarla para proteger, mejorar y mantener su salud oral individual, la de su familia o la de la comunidad. La promoción de la salud bucal es el proceso que permite a los pacientes aumentar el control y mejorar su salud oral. Ambos procesos requieren que un paciente cambie su identidad para cumplir con un ideal dental y, por lo tanto, plantea dilemas éticos. De alguna manera, la educación para la salud puede ser una intervención ideal de salud pública, ya que es voluntaria y trata de proporcionar poder a las personas para que tomen sus propias decisiones con respecto a su propia salud oral, una vez que se les ha proporcionado la información relevante sobre cómo hacerlo. Sin embargo, a pesar de sus ventajas obvias, los programas de educación y promoción de la salud pueden no ser apropiados para todas las situaciones. Es posible que no funcionen en todos los entornos y que deban dirigirse a una población claramente definida o diana. Las intervenciones a poblaciones específicas pueden ser problemáticas, plantean preguntas y pueden crear tensiones. Por ejemplo, ¿qué criterios se utilizarán para seleccionar quién participará en el programa? ¿Cómo pueden justificarse estos criterios? ¿La voluntad de cambiar el comportamiento de un paciente es un instrumento de control social que puede infringir la libertad del paciente, o es un imperativo ético destinado a mejorar la salud oral del paciente?

En algunos casos, los programas de educación y promoción de la salud oral pueden utilizar prácticas éticamente cuestionables, como la manipulación o la coerción, para aumentar su eficacia. También tienen el potencial de ser paternalistas al sugerir que ciertos rasgos son universalmente valorados. El principio ético de la autonomía entra en juego, y los dentistas deben tener cuidado de no usurpar las elecciones del paciente al asumir sus objetivos, ni de privar al paciente del conocimiento y las habilidades necesarias para ejercer su elección. De esta manera, los pacientes tomarán decisiones autónomas en el manejo de su salud oral. Los profesionales de la odontología deben estar capacitados para educar a sus pacientes, de modo que puedan manejar el tratamiento de

su afección y evitar complicaciones evitables. Sin embargo, esto requiere un cambio de paradigma, para pasar de la cultura tradicional basada en el tratamiento, a una cultura de prevención, o a una combinación de ambas.

Observaciones finales

Si bien hay muchas razones para la persistencia de enfermedades orales, especialmente en poblaciones marginadas, el acceso de una población a los servicios dentales contribuye directamente a las inequidades en la salud oral. En muchos países, la responsabilidad por el bienestar de la población y su acceso a los servicios de salud, incluidos los programas dentales y otros programas de salud, corresponde al sector de salud pública. Sin embargo, los principios éticos de protección y responsabilidad no son asunto exclusivo del Estado y sus representantes, sino que deben contar con el respaldo de todo profesional dental, ya sea en el marco de su práctica o en el seno de la comunidad en general. En muchos países existen preguntas sobre el acceso justo y equitativo a los servicios de salud bucal apropiados, así como la asignación justa y equitativa de los recursos limitados de salud bucal. A pesar de la omnipresencia de estas preguntas, los dentistas a menudo realizan sus actividades diarias sin pensar en ellas o incluso reconocer el impacto que tienen en sus pacientes y en sus familias. El principio de justicia se aplica cuando los profesionales sanitarios también utilizan los recursos de la epidemiología y los criterios de riesgo social para detectar a las personas vulnerables, especialmente aquellas en áreas marginadas, para de ese modo, facilitar su acceso a la atención de la salud oral. Los dentistas deben conocer los servicios de salud bucal que se brindan a todas las personas, considerar qué se puede hacer para garantizar el acceso universal a los servicios odontológicos adecuados y pensar en enfoques justos para la asignación de recursos de atención oral.

La enseñanza de la ética en las facultades de odontología es un desafío intelectual. Pero debe enseñarse de manera efectiva y practicarse en

nuestras facultades, a pesar de que se trate de un campo no bien unificado y que no tenga una conciencia clara de sí misma como profesión. Existe la necesidad de un marco ético intelectual y conceptual claro, tanto en el profesorado universitarios como en el alumnado, para desarrollar una ética de salud oral en la comunidad, que dé como resultado un profesional sanitario verdaderamente educado para cuidar de la comunidad, con buen criterio y capacidad de reconocimiento. y analizar los problemas éticos, la tolerancia a la ambigüedad y la capacidad de empatía dentro del contexto más amplio de las experiencias y valores humanos.

Supuesto práctico

El Dr. Smith tiene una consulta dental en un área socioeconómica deprimida. Mientras algunos de sus pacientes tienen seguro de salud, la mayoría de los pacientes pagan por los servicios prestados. Una joven acude a la consulta dental por primera vez. Al descubrir que no tiene ningún seguro de salud o ayuda médica, la recepcionista se pregunta si la joven tiene dinero para pagar los tratamientos dentales. Rechaza a la paciente cuando se da cuenta de que solo podrá abonar la mitad de los honorarios de la consulta inicial. El Dr. Smith no ha sido consultado.

Preguntas

- ¿Es ético rechazar a un paciente que no tiene suficiente dinero sin que el dentista determine primero el motivo de la consulta de la paciente?
- ¿Qué entrenamiento ha recibido la recepcionista del Dr. Smith sobre la calidad del servicio que se ofrecerá a los pacientes?
- ¿La consulta tiene un procedimiento operativo estándar para lidiar con los impagos?

Discusión

En este escenario del caso planteado, resalta el papel crucial desempeñado por el personal de recepción, ya sea en una clínica dental privada o en una clínica dental pública. La recepcionista es

una intermediaria crítica entre el dentista y el público. Como tal, la recepcionista es un miembro importante del equipo dental y si no es profesional, podría crear rápidamente una mala imagen de la consulta. Como gerente de la consulta, es responsabilidad del dentista asegurarse de que el personal de recepción tenga la formación y las habilidades necesarias para funcionar de manera competente y profesional dentro del marco de su trabajo.

En los centros de salud pública, los pacientes a menudo se ven expuestos a muchas dificultades, incluidos retrasos administrativos, largos períodos de espera y un personal de recepción hostil o difícil, y esto a menudo origina que llegue a la consulta del dentista, un paciente irritado, enojado e infeliz. Esta situación, si no se maneja de manera diplomática, puede erosionar fácilmente la relación dentista-paciente.

La recepcionista contribuye significativamente a la reputación y al éxito de una consulta. En la formación, se debe enfatizar la naturaleza ética del cuidado dental, junto con las habilidades de recepción y comunicación. Esta capacitación es responsabilidad del empleador, y debe fomentarse la necesidad de un tratamiento respetuoso y justo a los pacientes. Además, debe destacarse la importancia de mantener la confidencialidad en todo momento. De acuerdo con la teoría de la ética de la virtud, las características personales o las virtudes del personal de recepción y del asistente dental son tan importantes como las propias virtudes del dentista.

El contexto o las circunstancias específicas de un paciente son importantes y deben ser tomados en cuenta, en casos de esta naturaleza. El problema de los pacientes que no pagan es complicado y no tiene resolución fácil. Cada consulta dental manejará este problema a su manera. Sin embargo, es importante que se establezca una política uniforme que se aplique de manera justa y profesional a todos los pacientes. También es importante que el recepcionista discuta los casos individuales en privado con el dentista, al ser quien deba tomar la decisión final. La situación de un paciente que es rechazado por una recepcionista sin el conocimiento

del dentista, descubriéndose luego que tuvo una emergencia, puede plantear serios problemas médico-legales.

Desde una perspectiva ética, la provisión de atención de emergencia se basa en los principios de beneficencia y no maleficencia (hacer el bien y no hacer daño). Desde una perspectiva legal, todos los profesionales sanitarios (tanto en el sector privado como en el público) están obligados a brindar atención de emergencia a todos los pacientes, independientemente de la capacidad del paciente para pagar o no los servicios prestados. En última instancia, se convierte en responsabilidad del dentista si este no le ha dado instrucciones específicas a la recepcionista sobre la importancia de evaluar a los pacientes antes de remitirlos a otros centros de salud.

Las opciones cuando un paciente solicita un tratamiento sin capacidad de abonarlo incluyen las siguientes:

- El paciente será examinado y tratado, independientemente de si liquidará los honorarios o no.
- El paciente será evaluado de manera rápida por el dentista, sin cargo, y después remitido a una clínica dental pública con un informe.
- Siempre que no sea una emergencia, el dentista puede decidir que todos estos pacientes no pueden ser atendidos en su consulta.
- Solo los pacientes con extrema necesidad económica serán atendidos y tratados, a discreción del dentista. Esto formará parte de la responsabilidad social corporativa de la consulta.
- Todos estos pacientes serán tratados, pero se permitirán consultas futuras solo si se abona previamente la cuenta de la visita anterior.

Cada consulta dental puede decidir sobre la política que desea adoptar. Dicha política puede verse influenciada por principios utilitarios, el kantismo (un sentido del deber / obligación), el individualismo liberal (los derechos del dentista), la teoría comunitaria (el bien de la comunidad) o la ética de la virtud, basada en los rasgos personales del dentista: compasión, integridad, altruismo, etc. Lo que es importante es que exista una política claramente establecida, que el personal de la clínica la conozcan y existan pautas a seguir ante tales circunstancias.

*(Caso adaptado de Moodley and Naidoo, 2009.)
Este capítulo ha sido escrito por Sudeshni Naidoo*

Lectura complementaria

- Beauchamp TL, Childress JF (2001). *Principles of Biomedical Ethics*, 5th ed. New York, NY: Oxford University Press.
- Comba P, Martuzzi M, Botti C (2004). The precautionary principle in decision-making: the ethical values. In: Martuzzi M, Tickner JA (eds). *The Precautionary Principle: Protecting Public Health, the Environment and The Future of Our Children*. Geneva, Switzerland: WHO, Geneva.
- Daniels N (2013). Justice and access to health care. In: Edward N. Zalta (ed). *The Stanford Encyclopedia of Philosophy* (Spring 2013 Edition). Available at: <https://plato.stanford.edu/archives/spr2013/>
- Emanuel EJ (2000). Justice and managed care: four principles for the just allocation of health care resources. *Hastings Center Report*, 30(3):8–16.
- Fonseca LLV, Mota JAC, Gonçalves, PF (2011). Public primary oral health care – a bioethical reflection. *Rev Odonto Cienc*, 26(2):165–171.
- Garrafa V, Porto D (2003). Intervention bioethics: a proposal for peripheral countries in a context of power and justice. *Bioethics*, 17(5–6): 399–410.
- Hobdell M, Sinkford J, Alexander C, et al. (2002). Ethics, equity 20. and global responsibilities in oral health and disease. *Eur J Dent Educ*, 6: 167–178.
- Welie JVM (ed) (2006). *Justice in Oral Health Care: Ethical and Educational Perspectives*. Marquette studies in philosophy: No. 47. Milwaukee, WI: Marquette University Press.
- Kass NE (2001). An ethics framework for public health. *Am J Public Health*, 91(11):1776–1782.
- Kottow M (2012). Bioethics in public health – from justice to protection. *Springer Briefs in Public Health*, 1:33–44.
- Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, et al. (2016). Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*, 22(7):609–619.
- Lo B (1995). *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Marcenes W, Kassebaum NJ, Bernabé E, et al. (2013). Global burden of oral conditions in 1990–2010: a systematic analysis. *J Dent Res*, 92(7):592–597.
- Moodley K, Naidoo S (2009). *Ethics and the Dental Team*. Pretoria, South Africa: Van Schaik Publishers.
- Rawls J (1971). *A Theory of Justice*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Sarode SC, Sarode GS, Karmarkar S, Tupkari JV (2011). A new classification for potentially malignant disorders of the oral cavity. *Oral Oncology*, 47(9):920–921.
- Schuh CM, Martins de Albuquerque I (2009). A ética na formação dos profissionais da saúde: 34. algumas reflexões. *Rev Bioet*, 17:55–60.
- Selwitz HR, Ismail IA, Pitts BN (2007). Dental caries. *Lancet*, 369:51–59.
- Sheiham A, Watt RG (2000). The common risk factor approach: A rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol*, 28(6):399–406.
- Tadakamadla J, Kumar S, Laloo R, Johnson NW (2017). Qualitative analysis of the impact of oral potentially malignant disorders on daily life activities. *PLoS One*, 12(4):e0175531.
- Trentesaux T, Delfosse C, Rousset MM, Herve C, Hamel O (2014). Social vulnerability in paediatric dentistry: An overview of ethical considerations of therapeutic patient education. *Cult Med Psychiatry*, 38:5–12.
- Yee R, Sheiham A (2002). The burden of restorative dental treatment for children in Third World countries. *Int Dent J*, 52:7–10.

Capítulo 11: Investigación

Resumen

Este capítulo proporciona una base histórica de la ética de la investigación, describe la evolución de las directrices internacionales y los acuerdos que constituyen la base sobre la que se basan las leyes y directrices internacionales y nacionales para realizar investigación en seres humanos, y explora los principios fundamentales de la ética de la investigación, incluida la importancia de la protección de los participantes y cómo limitar los riesgos asociados a la investigación.

Introducción

La creciente complejidad de la investigación sobre salud oral, que puede involucrar asociaciones público o privadas, la coordinación de colaboradores de diversas instituciones y múltiples países, patrocinadores ubicados lejos de las comunidades que albergan la investigación, el creciente patrocinio comercial de la investigación y la recolección de muestras biológicas, ha ido acompañada de una mayor atención internacional a las cuestiones éticas y legales. En el centro de esta preocupación está el reconocimiento de que la investigación puede beneficiar, pero también perjudicar, a las comunidades y poblaciones involucradas. El riesgo de daño se incrementa especialmente en entornos donde los participantes de la investigación son pobres, analfabetos, carecen de acceso a la atención médica y son social y económicamente vulnerables.

Los profesionales dentales pueden verse involucrados a participar en la investigación para el desarrollo de un tratamiento dental seguro, innovador y eficaz, por lo que los procedimientos dentales deben basarse en estudios científicos basados en la evidencia. Dicha investigación debe ser científicamente válida y éticamente sensible, y por lo tanto es responsabilidad de la profesión dental

adquirir conocimientos sobre las directrices y la legislación sobre cómo realizar una investigación ética.

La ética de la investigación implica el análisis sistemático de preguntas éticas y legales para garantizar que los participantes del estudio estén protegidos y, en última instancia, que la investigación clínica se lleve a cabo de manera que satisfaga las necesidades de los participantes y de la sociedad en general. Un principio central en los debates sobre ética de la investigación es la distinción importante entre la relación dentista-paciente en un entorno clínico y la relación investigador-participante (paciente) en las actividades de investigación. Los dentistas deben ser conscientes de las diferencias en los objetivos, y por lo tanto de las obligaciones, entre el tratamiento dental clínico y la investigación dental, porque la confianza de los pacientes es sometida a prueba cuando un dentista recluta a un paciente para un estudio de investigación. ¿Cómo debe un dentista, que participa en la investigación, asegurarse de que un paciente (que es un participante potencial de la investigación) es consciente de que se le está realizando una intervención dental para generar conocimiento y no necesariamente para promover sus intereses de salud dental individuales?

Tradicionalmente, la relación dentista-paciente está basada en la preocupación por los pacientes individuales, y la salud del paciente es el objetivo principal. En la investigación, el paciente como participante de la misma, puede beneficiarse en cierta medida, pero el beneficio para la ciencia y la sociedad puede ser suficientemente significativo para hacer que el participante sea un medio para alcanzar el fin. Como resultado de esta delicada relación, los derechos del paciente como participante en la investigación requieren de protección especial en tales entornos. Durante y después de la Segunda Guerra Mundial, surgieron muchos problemas éticos, bien porque no se reconoció la distinción entre la relación dentista-paciente y la

relación investigador-paciente, bien porque no se brindó una protección especial a los participantes, lo que resultó en una violación de sus derechos. ¿Qué necesita saber un paciente antes de participar en una investigación, y cómo y quién debe transmitirle esta información?

Una perspectiva histórica

Los principios básicos de la ética de la investigación están bien establecidos hoy en día, pero este no ha sido siempre el caso. Muchos investigadores de los siglos XIX y XX, realizaron experimentos en pacientes sin su consentimiento y con poca o ninguna preocupación por el bienestar de los mismos. El final de la Segunda Guerra Mundial dio paso a una nueva guerra, la guerra contra la enfermedad, y varios países consideraron la investigación como un asunto de seguridad nacional para proteger tanto a las fuerzas armadas como a la nación contra enfermedades infecciosas y otras. Como resultado, a los investigadores se les otorgó una considerable autonomía en sus investigaciones. También se puso a su disposición una financiación adecuada. Muchos científicos, en su afán por desarrollar nuevas drogas, persiguieron agresivamente sus metas y agendas científicas, mientras que se descuidó el respeto y la compasión por los participantes en la investigación.

Aunque hubo algunas declaraciones de ética de investigación que datan de principios del siglo XX, los médicos en la Alemania nazi y en otros lugares realizaron investigaciones que violaban claramente los derechos humanos fundamentales. Después de la Segunda Guerra Mundial, algunos de estos médicos fueron juzgados y condenados por un tribunal especial en Núremberg (Alemania). Los fundamentos del juicio celebrado en 1947 se convirtieron en el conocido como Código de Núremberg, que ha servido como uno de los documentos fundamentales de la ética de la investigación moderna. Se basa en 10 principios, el más importante de los cuales insiste en que la investigación debe basarse en la ciencia legítima y el consentimiento voluntario. Estos 10 principios incluyen: (i) se debe buscar el consentimiento infor-

mado voluntario para todos los experimentos; (ii) los experimentos deben ser para beneficio de la sociedad y los resultados no deben obtenerse por otros medios; (iii) los experimentos en humanos deben basarse en estudios previos con animales; (iv) deben evitarse el sufrimiento y las lesiones físicas y mentales; (v) no debe haber ninguna expectativa de que ocurra una muerte o una lesión incapacitante como consecuencia del experimento; (vi) los riesgos deben sopesarse frente a los beneficios; (vii) los sujetos deben estar protegidos contra lesiones, discapacidad o muerte; (viii) solo personas científicamente cualificadas deben realizar experimentos en humanos; (ix) un sujeto puede decidir terminar con su participación cuando lo desee; y (x) el investigador debe terminar un experimento si es probable que ocurra una lesión, discapacidad o muerte.

Como resultado directo del infame estudio de Tuskegee, la Ley Nacional de Investigación se aprobó en 1974, y el Informe Belmont se publicó en 1979, ambos en los Estados Unidos. El estudio de la sífilis de Tuskegee comenzó en 1932 y terminó en 1972. Seiscientos hombres afroamericanos pobres del condado de Macon (Alabama) fueron reclutados en un proyecto que se propuso analizar la historia natural de la sífilis. Cuatrocientos de estos hombres tenían sífilis, y 200 fueron utilizados como controles. Se les dijo a los pacientes que tenían problemas en la sangre y que debían someterse a exámenes médicos regulares, incluyendo punciones lumbares. Les prometieron transporte gratuito, almuerzos calientes, atención médica gratuita para cualquier enfermedad excepto la sífilis y enterramiento gratuito. Sin embargo, los participantes desconocían que estaban participando en un estudio de investigación. Al inicio del estudio, no existía un tratamiento definitivo para la sífilis, y se utilizaron metales pesados para el tratamiento. En 1945, se había descubierto la penicilina y se sabía que era efectiva contra la sífilis, pero este tratamiento fue deliberadamente omitido puesto que los investigadores querían conocer cuál sería la historia natural de la sífilis.

El Informe Belmont afirmaba que la investigación humana debería basarse en tres principios principales. El primero, el respeto a las personas.

Se basaba en el principio de que los sujetos de investigación humanos son agentes autónomos y deben ser tratados como tal, y que debe proporcionarse protección específica para los sujetos con autonomía disminuida, como es el caso de los niños y adultos mentalmente incapacitados; el segundo principio, el del beneficio, mantiene que, los investigadores al trabajar con humanos, deben maximizar los beneficios y minimizar el daño a los sujetos; el tercer principio, el de justicia, implicaba que debería haber un equilibrio en la investigación entre beneficio y riesgo, y que los sujetos debían ser tratado de manera justa.

El estudio Vipeholm sobre Caries (1945-1954)

Con la salud dental muy deteriorada en Escandinavia en los años 30 del siglo pasado, se priorizó la investigación en prevención. Se realizaron estudios clínicos sobre dieta y caries dental en el hospital de Vipeholm, un hospital para personas discapacitadas mentales. Los estudios comenzaron en 1945 y finalizaron en 1954. El llamado Estudio de carbohidratos se dividió en dos partes. En la Parte 1, "se aplicaron condiciones extremas con respecto al consumo de carbohidratos". El azúcar era administrado en solución o en forma pegajosa (caramelos tipo toffees) entre las comidas o durante las comidas. En la segunda parte, se entregaron dulces similares a los consumidos en el hospital, para que los niños los consumieran en casa. El principal hallazgo reveló que el azúcar en forma pegajosa, consumido entre las comidas (entre horas) aumentó significativamente los niveles de caries. La ética de este estudio de investigación ha sido ampliamente criticada. En primer lugar, un estudio de esta naturaleza, en el que niños vulnerables fueron sometidos deliberadamente a una dieta alta en azúcares y carbohidratos, no hubiera sido aprobado por un comité de ética de la investigación (CEI) en ninguna parte del mundo. No está claro si se solicitó el consentimiento de los padres / tutores de estos niños. Aunque los dentistas participan en el estudio "no apreciaron ningún problema ético con el estudio", el gobierno decidió que los pacientes del hospital de Vipeholm

no debían continuar utilizándose como sujetos de investigación interrumpiéndose la misma el 1 de julio de 1955.

Documentos de orientación para la investigación

La Asociación Médica Mundial (WMA) fue creada en 1947, el mismo año que el código de Núremberg fue publicado. Consciente de las violaciones de ética médica producidas antes y durante la segunda guerra mundial, en 1954 la WMA, para garantizar que los médicos estuviesen al menos informados de sus obligaciones éticas, adoptó un conjunto de principios para los médicos involucrados en investigación y experimentación. Este documento fue revisado durante los 10 años siguientes y finalmente adoptado como la Declaración de Helsinki (DoH) en 1964. Fue más adelante revisado en 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2008 y 2013. El DoH es un resumen conciso de la ética en investigación. Otros documentos mucho más detallados han ido surgiendo sobre la ética en investigación en general, por ejemplo, el producido por el Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS), la Guía ética para la investigación biomédica sobre sujetos humanos de 1993 y revisada en 2002, o la Guía ética sobre Estudios epidemiológicos. También han surgido documentos sobre cuestiones específicas en la ética de investigación (por ejemplo, el Consejo Nuffield sobre Bioética del Reino Unido o la Ética de la investigación sanitaria en países en desarrollo del 2002). A pesar del diferente alcance, extensión y autoría de estos documentos, todos contienen los principios básicos de Ética de la investigación y abordan las responsabilidades éticas de los profesionales sanitarios en la realización de investigaciones. Estos principios han sido incorporados en las legislaciones y regulaciones de muchos países y organizaciones internacionales.

El DoH actualmente incluye 32 principios que declaran con diferente terminología que: (i) la investigación con humanos debe basarse en experimentación de laboratorio y animal; (ii) los protocolos experimentales deben ser revisado por un co-

mité independiente; (iii) el consentimiento informado debe ser requerido; (iv) los sujetos menores de edad y aquellos con incapacidad física o mental deben ser protegidos (v) la investigación debe ser conducida por personal cualificado desde el punto de vista médico y científico; (vi) los riesgos y beneficios deben estar equilibrados (vii) la privacidad de los sujetos, así como la confidencialidad de la información deben ser mantenidas; (viii) los resultados de la investigación deben ser publicados; (ix) deben evitarse los conflictos de intereses; y (x) los placebos deben usarse bajo estrictas pautas.

Los ensayos clínicos en odontología

Los ensayos clínicos han contribuido de manera significativa en la base del conocimiento odontológico. Ejemplos de estos ensayos incluye la evaluación de antibióticos para el control de la pérdida de inserción en la periodontitis, los ensayos clínicos controlados con pastas dentífricas para el control de la caries, los ensayos controlados sobre agentes diagnósticos para la detección precoz del carcinoma oral o la investigación clínica sobre anestésicos locales para el adecuado control del dolor. Investigaciones similares están en curso y continuarán en el futuro. Es imperativo que todos estos ensayos sean llevados a cabo de acuerdo a los principios de una buena práctica clínica (BPC) que incluye:

- Los ensayos clínicos deben ser conducidos de conformidad a los principios éticos que tienen su origen en el DoH y ser consistentes con una BPC y con los requisitos regulatorios aplicables
- Antes de que se inicie un ensayo clínico, los riesgos previsible, los inconvenientes deben sopesarse y compararse con el potencial beneficio para el sujeto de experimentación ya la sociedad. El ensayo solo debe iniciarse y continuar si los beneficios potenciales justifican los riesgos.
- Los derechos, la seguridad y el bienestar de los sujetos de experimentación constituyen la consideración más importante y prevalecen sobre los intereses de la ciencia o de la sociedad.
- La información clínica y no clínica disponible sobre un producto de investigación debe ser adecuada

- para poder apoyar el ensayo clínico propuesto.
- Los ensayos clínicos deben ser científicamente sólidos y estar descritos en un protocolo claro y detallado.
- Un ensayo debe llevarse a cabo de conformidad con el protocolo que ha recibido previa autorización por el Comité de ética correspondiente.
- Los cuidados médicos/dentales proporcionados y las decisiones médicas/odontológicas tomadas, en nombre de los sujetos, siempre deben ser responsabilidad de un médico/dentista cualificado.
- Cada individuo involucrado en un ensayo clínico debe tener la educación, formación y experiencia para poder realizar correctamente las tareas que se le solicita
- El consentimiento informado libre debe ser proporcionado por cada sujeto antes de iniciar su participación en el ensayo clínico
- Toda la información del ensayo clínico debe ser registrada, manejada, y almacenada de tal manera que permita su precisa interpretación, emisión de informes y comprobación.
- Los registros que permitan la identificación de los sujetos deben ser protegidos, respetando las normas de confidencialidad y privacidad del sujeto, de acuerdo a los requisitos regulatorios aplicables
- Los productos usados en la investigación (medicamentos o dispositivos) deben ser fabricados, manipulados y almacenados de acuerdo con la buena práctica de fabricación aplicable. Deben ser utilizados de acuerdo al protocolo aprobado.
- Deben utilizarse sistemas que aseguren la calidad en todos los aspectos del ensayo clínico.

¿Que hace que sea ética la investigación clínica?

Los conceptos siguientes, adaptados de Emanuel et al. (2008) han sido descritos como referencia en la ética de la investigación:

- Relevancia, valor científico, clínico y social
- Validez científica
- Selección adecuada de los sujetos
- Ratio riesgo-beneficio

- Revisión independiente
- Consentimiento informado
- Respeto por los participantes
- Acción, política, publicación y profesionalismo éticos

Relevancia, valor científico, clínico y social

Uno de los requisitos más controvertidos en investigación es que debe contribuir al bienestar de la sociedad en general. Como los recursos disponibles para la investigación siguen disminuyendo, el valor social ha surgido como un criterio importante para juzgar si la investigación debe llevarse a cabo. Para cualquier investigación, para tener valor social, debe contribuir al conocimiento científico y conducir a una mejora en la salud y el bienestar de la sociedad. La investigación que carece de valor social o científico no es ética, ya que resulta en el desperdicio de recursos, explota sujetos humanos exponiéndolos a un daño potencial, y debilita la reputación de la investigación como factor contribuyente de salud y bienestar.

La importancia de los objetivos de la investigación (incluidos los que tienen importancia tanto científica como social), no debe superar los riesgos para los sujetos de investigación. Además, las poblaciones en las que se lleva a cabo la investigación deberían beneficiarse de los resultados de la investigación. Esto es especialmente importante en países donde los sistemas sanitarios son deficientes e injustos, y utilizamos sujetos de investigación que se someten a los riesgos e incomodidad de la investigación, mientras que los medicamentos que se desarrollan como resultado de esa investigación, solo beneficiarán a pacientes en otros lugares. A menudo, el valor social de un proyecto de investigación es más difícil de determinar que su propio mérito científico. Los investigadores y los comités de revisión ética deben garantizar que los pacientes no están sujetos a pruebas que probablemente no sirvan para ningún fin social útil.

Validez científica

Toda investigación debe realizarse de manera correcta y rigurosa desde el punto de vista meto-

dológico. Esto requiere un protocolo de investigación:

- Objetivos claros y científicos
- Diseño del estudio relevante, apropiado y que utilice los principios aceptados
- Tamaño muestral con suficiente poder estadístico para responder a los objetivos
- Estudio estadístico adecuado para generar resultados válidos
- Métodos válidos, reproducibles y realizables
- Análisis de los datos claros y plausible.

La investigación clínica que compara terapias debe tener una hipótesis nula honesta, lo que significa que no debe existir controversia dentro de la comunidad científica sobre si la nueva intervención es mejor que la terapia estándar. La investigación realizada en países de bajos recursos requiere que sea sensible al contexto social, cultural, político y económico del país y la comunidad en la que se realizará la investigación, y el diseño del estudio debe evitar explotar a la población. La justificación ética de la validez científica se basa en los mismos principios que se aplican al valor social: recursos limitados y prohibición de la explotación. Sólo las personas científicamente calificadas deben realizar investigaciones sobre sujetos humanos.

Selección adecuada de los sujetos

La idoneidad y la validez del diseño científico no son las únicas cuestiones éticas que un investigador debe tener en cuenta al planificar un estudio. La selección del sujeto y del sitio debe ser justa y libre de explotación de grupos vulnerables. El reclutamiento, la inclusión y la exclusión en el estudio también son importantes y deben hacerse de manera justa y de acuerdo con los propósitos y objetivos científicos del estudio y no de acuerdo con la vulnerabilidad, el privilegio u otros propósitos. Desde el punto de vista de la justicia, la investigación no debe imponer riesgos y cargas a un subconjunto de personas seleccionadas arbitrariamente. Los participantes de la investigación, que asumen los riesgos y las cargas de la investigación, también deben de poder disfrutar de sus beneficios.

La mayoría de los estudios de investigación que involucran la participación humana van dirigidos a grupos específicos. Algunos grupos pueden ser más vulnerables que otros a los daños asociados a su participación en la investigación, y pueden requerir consideraciones especiales en la evaluación y protección contra esos posibles riesgos. Los siguientes grupos se consideran participantes vulnerables o grupos especiales: niños y adolescentes; mujeres embarazadas; los ancianos; poblaciones cautivas (por ejemplo, prisioneros, estudiantes, soldados); aquellos con una capacidad disminuida en la toma de decisiones (por ejemplo, personas con enfermedades mentales o trastornos derivados del abuso de sustancias); poblaciones étnicas y minoritarias. Las comunidades vulnerables suelen experimentar un desarrollo económico limitado, una protección inadecuada de los derechos humanos, una discriminación basada en el estado de salud, una comprensión inadecuada de la investigación científica, opciones limitadas de atención médica y tratamiento, y una capacidad limitada para proporcionar el consentimiento informado individual.

Los investigadores están en una posición de poder con respecto a la elección de los participantes en la investigación humana. El uso de individuos o grupos que tienen una relación de dependencia con el investigador es éticamente cuestionable. Puede tratarse de estudiantes, pacientes, empleados o incluso miembros de la familia. Además, los profesionales que reclutan directamente pacientes para la investigación y los médicos que reciben una compensación por inscribir a sus pacientes para participar en una investigación clínica también están incurriendo en pautas de conflicto de intereses. Por eso, es una buena práctica ética declarar posibles conflictos de intereses de forma prospectiva si se puede percibir algún sesgo en los deberes primarios de uno en relación con las otras partes.

Ratio riesgo-beneficio

Una vez que han sido establecidos la relevancia, el mérito científico, clínico, y el valor social de la investigación, es necesario que el investigador de-

muestre que los riesgos para los sujetos de investigación no son irracionales ni existe desproporción con respecto a los beneficios esperados de la investigación. La investigación en humanos plantea preocupaciones éticas porque generalmente involucra drogas, dispositivos y procedimientos sobre los cuales existe un conocimiento limitado y no siempre sirven a los mejores intereses del participante. Como tal, existe una incertidumbre inherente sobre el grado de riesgos y beneficios asociados con las intervenciones experimentales. El riesgo de daño para los participantes de la investigación es uno de los temas más difíciles de considerar y sopesar. ¿Qué riesgos son aceptables para lograr los beneficios previstos?

¿Quien debe ser consultado para aceptar estos riesgos? ¿Quien debe decidir qué nivel de riesgo es aceptable? En el contexto de investigación en países de ingresos bajos o medios bajos, resolver los problemas derivados de tales preguntas es crucial para asegurar una investigación ética.

Un riesgo es la posibilidad de que ocurra un resultado adverso (daño). El riesgo tiene dos componentes: (i) la probabilidad de que ocurra un daño (desde poco probable a muy probable), y (ii) la gravedad del daño (desde trivial hasta la incapacidad permanente o incluso la muerte). Un riesgo altamente improbable de un daño trivial no sería problemático; sin embargo, un riesgo probable de un daño grave sería inaceptable, a menos que la investigación proporcione la única esperanza de tratamiento en sujetos de investigación con enfermedades terminales. Entre estos dos extremos, los investigadores están obligados a evaluar adecuadamente los riesgos y asegurarse de que pueden ser correctamente manejados. En algunos casos, es difícil decir cuando se justifica un riesgo ante los posibles beneficios relacionados con la investigación. En muchos países, uno no puede depender de que los participantes sean siempre capaces de apreciar plenamente los riesgos asociados con la investigación científica, por lo que el investigador asume la obligación de ejercer alguna responsabilidad sobre los riesgos a los que los participantes pueden exponerse. Si el riesgo es completamente desconocido, entonces el investigador no debe proceder con el proyecto hasta que

estén disponibles algunos datos fiables, por ejemplo, derivados de estudios de laboratorio o experimentos en animales.

En cualquier investigación, el beneficio neto esperado para los pacientes debe superar los riesgos anticipados. La investigación clínica solo puede justificarse si: (i) los riesgos potenciales para los sujetos participantes están minimizados; (ii) los beneficios potenciales para los participantes son maximizados y (iii) los beneficios potenciales para los participantes y la sociedad son proporcionales o superan a los riesgos.

Los principios éticos de evitar el daño y promover el bien son los que permiten una ratio riesgo/beneficio favorable. El evitar el daño justifica la necesidad de reducir los riesgos asociados a la investigación, mientras que el promover el bien se refiere a actuar en pro de los demás, y esto se traduce en la necesidad de mejorarlos beneficios potenciales de la investigación tanto para los participantes del estudio como para la sociedad en su conjunto.

Revisión independiente

Todo ensayo clínico, así como cualquier protocolo en humanos, debe ser revisado y aprobado por un comité ético independiente antes de su puesta en marcha. Para obtener la aprobación, los investigadores tienen que explicar los objetivos y la metodología del proyecto. Tienen que explicar cómo van a ser reclutados los sujetos, cómo va a obtenerse el consentimiento informado, cómo va a protegerse su privacidad, especificar si el proyecto está subvencionado e incluir expresamente la ausencia de conflicto de intereses por parte de los investigadores. El comité de ética puede aprobar el protocolo tal y como está presentado, requerir algunos cambios antes de su aprobación o rechazar el protocolo. El comité tiene un papel adicional de monitoreo de proyectos que están en marcha para asegurar que los investigadores cumplan con sus obligaciones, y que, si es necesario, puede detenerse la investigación debido a graves acontecimientos adversos inesperados. La razón por la cual se requiere la aprobación del comité de ética es que ni los investigadores ni los

sujetos de investigación están siempre bien informados ni son lo suficientemente objetivos como para determinar si un proyecto es científica y éticamente apropiado. Los investigadores necesitan demostrar ante un comité de expertos imparcial que el proyecto merece la pena, que son competentes para llevarlo a cabo, y que los potenciales sujetos de investigación serán protegidos contra posibles daños en la mayor medida posible. Si se trata de una investigación multicéntrica que piensa llevarse a cabo en diferentes países, generalmente se requiere de la revisión y aprobación de la investigación en cada país. Además, si un medicamento o dispositivo forma parte de la investigación, se requiere la aprobación de las agencias correspondientes. Por ejemplo, en los Estados Unidos, dependiendo del proyecto, se suele requerir la aprobación de la FDA (Administración de alimentos y medicamentos). Si el dispositivo es seguro y no invasivo para los participantes en la investigación, se considera como un dispositivo de riesgo no significativo (NSR) y no necesita la aprobación de la FDA. Sólo se requiere la aprobación del Comité de ética en esos casos. Si el dispositivo está clasificado como dispositivo con riesgo significativo (SR), se requiere la aprobación tanto por parte del Comité de ética como por parte de la FDA. Ejemplos de dispositivos SR en odontología: (i) materiales absorbibles que ayudan en la curación de defectos periodontales y otras condiciones maxilofaciales (ii) proteína morfogénica ósea con y sin hueso; (iii) láseres dentales para tejidos duros; (iv) implantes endoóseos y relleno óseo asociado y materiales de aumento óseo. utilizados con los implantes; y (v) implantes subperiósticos y prótesis de la articulación temporo-mandibular.

Consentimiento informado

Aunque el consentimiento informado apareció en los códigos de Ética para la investigación científica desde el siglo XIX, su importancia se consolidó tras los juicios de Núremberg y la consecuente elaboración del Código de Núremberg. El consentimiento informado como principio subyacente de la investigación ética, implica y depende de la capacidad legal de cada participante en la inves-

tigación para dar su consentimiento. Es decir, se trata de la capacidad de tomar una decisión de forma autónoma y sin la intervención de la fuerza, el fraude, el engaño, la coacción, o coerción, junto con conocimientos suficientes y la comprensión de la materia en cuestión como para permitirle tomar una decisión fundamentada. Para poder tomar una decisión afirmativa, los participantes necesitan ser informados sobre la naturaleza, duración y objetivos de la investigación, los métodos y los medios a través de los cuales va a ser llevada a cabo, y los efectos que sobre su salud oral y general va a tener su participación. El deber y responsabilidad de obtener un consentimiento válido descansa sobre cada persona que inicia, dirige o participa en la investigación. Es un deber personal y la responsabilidad, no puede ser delegada a otro. Sin consentimiento del sujeto participante en la investigación, ninguna investigación puede seguir adelante.

El primer principio del Código de Núremberg enfatiza tres cualidades esenciales para considerar que un consentimiento es válido: (i) la persona debe tener la capacidad de dar su consentimiento; (ii) la persona debe actuar voluntariamente; y (iii) la persona debe contar con suficiente comprensión e información para tomar una decisión fundamentada. Las siguientes secciones amplían estos puntos.

Capacidad para dar el consentimiento informado

La capacidad para dar el consentimiento informado presenta dos aspectos: primero, que el sujeto esté legalmente capacitado para tomar su propia decisión y segundo, que tenga la capacidad de entender y cuestionar la información en la que basará su decisión. El primer aspecto a menudo se da por sentado cuando se trata de adultos, mientras que el segundo es a menudo pasado por alto en el contexto de la investigación. Investigar a menudo implica una terminología, unos métodos y suposiciones que son desconocidos y con frecuencia incomprensibles para los participantes del estudio. En algunos casos, la autonomía individual puede tener un valor mucho menor y puede in-

cluso verse en contraposición a estructuras establecidas desafiantes donde la cultura, la costumbre u otros factores relacionados con la seguridad o la confianza, pueden otorgar un mayor valor a la prerrogativa de otro (por ejemplo, un líder comunitario, un jefe de familia) a tomar decisiones en nombre de los demás.

Voluntariedad

La voluntariedad a veces se puede pasar por alto, incluso darse por asumida, porque, aunque los investigadores no recurran a la fuerza, coacción u otras formas de coerción abierta, los posibles participantes pueden sentir que tienen poca opción en cuanto a si participar o no en la investigación. Por lo tanto, los sujetos de investigación deben ser informado de que son libres de retirar su consentimiento para participar en cualquier momento, incluso después de que la investigación haya comenzado y que no habrá ningún tipo de represalia por parte de los investigadores y que esa decisión libre no tendrá consecuencia para su cuidado dental.

Cuando el dentista se convierte en el investigador, esto cambia su rol de dentista terapéutico a un papel de reclutador de participantes, y pueden surgir dos desafíos en relación a la voluntariedad. En primer lugar, es posible que los pacientes no terminen de comprender plenamente las diferencias entre el tratamiento (que surge de la relación entre dentista y paciente) y la investigación (que surge de la relación entre un investigador y un participante). El segundo desafío es que los pacientes pueden sentir que deben aceptar participar o enfrentarse a repercusiones. Para garantizar la voluntariedad, se debe proceder a un nuevo contrato de investigación.

En muchos países de ingresos bajos y medios bajos, y en algunos países ricos, las enfermedades dentales son más frecuentes entre las poblaciones marginadas, los pobres desfavorecidos y los grupos vulnerables. Sin embargo, para dar su consentimiento informado, los individuos deben ser informados con precisión sobre el propósito, los métodos, los riesgos, los beneficios y las alternativas a la investigación, y deben comprender la

información que se les proporciona. Hay muchos problemas relevantes en relación al consentimiento informado, incluyendo la comprensión de la información, la comunicación de los riesgos, la autoridad de la decisión para acceder a la investigación, la consulta comunitaria, y la conciencia y sensibilidad en relación a la posición social y a la desigualdad de poder.

Proveer suficiente información

A diferencia de la situación clínica dental, donde el consentimiento informado a menudo incluye información de importancia para una persona razonable, en el ámbito de la investigación, obtener un consentimiento informado es mucho más complejo y debe incluir: (i) una divulgación / declaración completa de todos los beneficios y riesgos anticipados y potenciales, incluida la muerte; (ii) una declaración clara del propósito de la investigación y alternativas a la misma; (iii) el nombre de los patrocinadores del estudio; (iv) una declaración de cualquier interés potencialmente conflictivo por parte del investigador; y (v) una cuantificación de la atención y compensación que recibirían los participantes si ocurriera algún evento adverso u otras lesiones.

Estos puntos deben ser divulgados en un formulario de consentimiento por escrito (o por un equivalente oral para los participantes que sean analfabetos). Sin embargo, la información en sí misma es insuficiente para garantizar la participación informada del sujeto, debiéndose asegurarse que también comprende la información proporcionada. Para investigaciones complejas que implican riesgos considerables, los investigadores también tienen la obligación de evaluar formalmente el grado en que los participantes de la investigación han entendido la información que se les ha proporcionado.

Hay muchos otros temas relevantes a la hora de obtener el consentimiento informado, incluida la autoridad de decisión a la hora de dar el consentimiento para la investigación, la consulta a la comunidad, la conciencia y sensibilidad en relación a la posición social y a la desigualdad de poder. A pesar de los muchos desafíos que surgen

durante el proceso de consentimiento, el consentimiento voluntario, válido e informado requiere una consideración especial en la investigación en salud oral. Un consentimiento informado firmado no debe considerarse como una garantía adecuada de que el participante ha comprendido y aceptado la investigación, sino como un proceso que es sensible a las especificidades contextuales. Se deben encontrar formas culturalmente apropiadas de divulgar la información sobre la investigación, así como una forma adecuada de manifestar el verdadero consentimiento de aquellos con autoridad para tomar decisiones para sí mismos o para otros, y el consentimiento de aquellos que no tienen la capacidad para tomar sus propias decisiones.

Respecto por los participantes

El respeto por los participantes no termina una vez que han firmado el consentimiento informado y se han inscrito en el estudio, o cuando se han negado a participar. El respeto por los participantes potenciales e inscritos incluye: (i) respeto a la privacidad al mantener la confidencialidad; (ii) permitir que los participantes se retiren del estudio sin penalización; (iii) proporcionar cualquier información nueva (positiva o negativa) que esté disponible durante el curso del estudio; y (iv) monitorizar cuidadosamente a los participantes durante la duración del estudio e informarles sobre los resultados de la investigación.

Los deberes de privacidad (un derecho de individuos o grupos de personas) y la confidencialidad (deber de los profesionales) pueden verse comprometidos por actividades relacionadas con la investigación. Esto también tiene consecuencias para la protección de datos, para quien controla el acceso a la información, y para la salud pública. Al igual que con los pacientes durante su atención clínica, los sujetos de investigación tienen derecho a la privacidad con respecto a la información sobre su salud personal. Sin embargo, a diferencia de la atención clínica, la investigación a menudo requiere la divulgación de información personal de salud a otros,

incluida la comunidad científica en general y, a veces, al público en general.

Los deberes de privacidad en la investigación se pueden agrupar en tres categorías: (i) control de quién tiene acceso a la información de los participantes; (ii) control de quién tiene derecho a observar a alguien cuando no está en un espacio público; y (iii) control sobre decisiones específicas concernientes a uno mismo. La definición de lo que se percibe como una violación de la privacidad varía de una cultura a otra, y esta variación debe tenerse en cuenta. Para proteger la privacidad de los participantes de la investigación, los investigadores deben asegurarse de obtener el consentimiento informado de los participantes para utilizar su información de salud personal con fines de investigación, lo que requiere que se les informe con anticipación sobre los usos a los que se destinará su información. Como regla general, la información no debe ser identificativa, debe desvincularse de un sujeto concreto y se debe almacenar y transmitir de forma segura.

La confidencialidad implica el cumplimiento de una obligación de no divulgar información privada. La obligación surge dentro de una relación cuando es necesario compartir información con alguien que de otra manera no estaría al tanto de ella. En la mayoría de los países, los profesionales de la odontología se comprometen a mantener la confidencialidad porque la profesión considera que es esencial e importante proteger la confianza depositada en los dentistas por sus pacientes. Sin embargo, puede haber casos en que el investigador esté legalmente obligado a divulgar información (incluso si se obtiene bajo la premisa de confidencialidad) a las autoridades pertinentes, por ejemplo, el conocimiento del investigador sobre abuso infantil, violencia contra las mujeres o el diagnóstico de una enfermedad contagiosa que podría representar una amenaza para la salud pública.

Las bases de datos electrónicas sobre salud, cada vez más abundantes, pueden facilitar los estudios de investigación y ofrecer oportunidades para descubrir nuevos tratamientos prometedores, estudiar la seguridad y eficacia de los productos farmacéuticos y las vacunas, o mejorar la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, estos

estudios generalmente requieren el intercambio de grandes cantidades de información de salud relacionada con los resultados sanitarios, las condiciones existentes y los comportamientos y características individuales. En este sentido, ¿cómo se equilibran los intereses de privacidad individual con las necesidades de investigación comunitaria? Este es un debate que requiere decisiones difíciles y equilibrios. Si resulta fácil acceder, adquirir y utilizar datos de salud confidenciales, la privacidad individual se ve amenazada. Esto hará que las personas eviten la participación en la investigación.

Acción, política, publicación y profesional ética

La publicación y la ética profesional para que los resultados de la investigación estén públicamente disponibles, para así poder informar debidamente, es una obligación ética de todos los investigadores. Las investigaciones que no están publicadas no contribuyen al conocimiento generalizable.

Los investigadores tienen un conflicto de intereses si pueden lograr una ganancia personal (dinero o equivalente) al no cumplir con su obligación profesional de proteger el bienestar de los participantes o de defender la integridad del proceso científico. En la investigación clínica, los conflictos de intereses pueden surgir de las acciones de las industrias farmacéuticas en relación con los profesionales de la salud, las universidades, los institutos de investigación y los propios Comités de ética y sus miembros. Por ejemplo, la tendencia hacia la investigación financiadas comercialmente ha ido acompañada de una variedad de incentivos financieros para que los investigadores puedan reclutar pacientes rápidamente y permitir otras prácticas éticamente cuestionables. Tales arreglos amenazan la integridad de los investigadores y de la ciencia. Las universidades o los institutos de investigación también tienen conflictos de intereses, ya que los proyectos patrocinados pueden ayudar a aumentar sus presupuestos, directa e indirectamente, a través de la mejora de la infraestructura física de los laboratorios o clínicas. La revisión independiente de los proyectos, realizada por individuos no envueltos

en la investigación propuesta, ayuda a minimizar el impacto de tales conflictos de intereses y salvaguarda la responsabilidad social.

Relación de dependencia

Como los investigadores a menudo se encuentran en una posición de poder con respecto a la elección de participantes en investigaciones humanas, el uso de individuos o grupos que tienen una relación de dependencia con el investigador es éticamente cuestionable. Esto incluye estudiantes, pacientes, empleados o incluso miembros de la familia. Los investigadores deben evitar el uso de sus propios estudiantes. Las profesiones sanitarias tienen un largo historial en la utilización de estudiantes, usados como muestra de conveniencia, en investigaciones y ensayos clínicos. Otros ejemplos de muestras de conveniencia incluyen colegas de investigación o personal de laboratorio que pueden depender del investigador principal para el avance profesional o incluso para su sustento. Además, los profesionales que reclutan directamente pacientes para la investigación y los médicos que reciben una compensación para inscribir a sus pacientes para participar en la investigación clínica, también se oponen a las pautas de conflictos de intereses. La buena práctica ética requiere que el investigador declare cualquier posible conflicto de intereses prospectivamente si percibe un sesgo en los deberes principales del investigador y en relación con otras partes involucradas.

Informe honesto de los resultados

No debería ser necesario exigir que los resultados de la investigación se informen con precisión, pero han sido numerosos los relatos recientes de mala conducta científica y prácticas deshonestas en la publicación de resultados de investigación. La mala conducta científica incluye la fabricación deliberada o la falsificación de datos científicos, la distorsión de datos científicos en el informe, el plagio, las publicaciones duplicadas y la autoría regalada. Tales prácticas pueden beneficiar al investigador, pero pueden causar un gran daño a los pacientes, a los que se les puede administrar tratamientos

incorrectos basados en informes de investigación inexactos o falsos, y a otros investigadores, que pueden perder mucho tiempo y recursos tratando de hacer un seguimiento de esos estudios.

Denuncia de irregularidades

Los dilemas éticos a menudo surgen cuando se decide cómo responder a una conducta inadecuada. ¿A quién incumbe la responsabilidad de informar e investigar las denuncias? Técnicamente, cualquier persona que tenga conocimiento de tal comportamiento tiene la obligación de divulgar esta información a las autoridades correspondientes. La denuncia de irregularidades no siempre se aprecia y los denunciantes a veces son castigados o estigmatizados por denunciar presuntos delitos. Los miembros de un equipo de investigación deben negarse a participar en prácticas que consideren claramente poco éticas, por ejemplo, mentir a sujetos de investigación o inventar datos. Si observan que otros se ven envueltos en tales prácticas, deben tomar todas las medidas posibles para alertar a las autoridades pertinentes, ya sea de forma directa o anónima.

Observaciones finales

Se ha señalado anteriormente en este capítulo, que el papel del dentista en la relación dentista-paciente es diferente de su papel en la relación investigador-participante, incluso si el dentista y el investigador son la misma persona. La Declaración de Helsinki deja claro que, en tales casos, la función del dentista debe tener prioridad. Esto significa, entre otras cosas, que el dentista debe estar preparado para recomendar que un paciente no participe en un proyecto de investigación si el paciente se encuentra bien con el tratamiento actual y la investigación requiere que los pacientes sean asignados al azar a diferentes tratamientos y / o a un grupo placebo. Solo si el dentista, por razones científicas sólidas, no está seguro de que el tratamiento actual que recibe el paciente sea tan adecuado como el nuevo tratamiento propuesto, o incluso un placebo, podrá

pedirle al paciente que participe en el proyecto de investigación.

Existe un creciente debate público sobre el uso de la tecnología digital, los avances en la terapia génica, la clonación, la investigación sobre tejidos embrionarios y las aplicaciones de la investigación con células madre, y la sociedad está realizando una gran inversión en la promoción de una ética sólida en la investigación. Las cuestiones éticas son vitales para el futuro de la investigación dental, ya que se está llevando a cabo mucha investigación pionera en terapia génica, en investigación de células madre y en medicina regenerativa aplicada a los problemas de salud oral.

La divulgación completa de la información y el riesgo aceptable para el investigador, el participante y la sociedad son expectativas mínimas. Si bien la autonomía del paciente, el consentimiento informado, la confidencialidad, la protección de la privacidad, la competencia profesional, los estándares de atención y la evidencia científica racional y sólida son factores críticos para distinguir entre la investigación dental aceptable y la inaceptable, la determinación de si la investigación es aceptable es, en última instancia, una cuestión ética y tiene por finalidad la preparación, claridad, transparencia y respeto por los derechos humanos y la justicia. El principio de la ética discursiva, en el que los afectados por las decisiones deben tener voz en las mismas, significa que la profesión en general, y la sociedad en general, deben decidir dónde se ubicarán los límites de la investigación aceptable. El conocimiento de las leyes y regulaciones locales pertinentes, el mantenimiento de la integridad personal y profesional y la ejecución detallada de un plan de investigación, son cruciales para garantizar resultados que mejoren y promuevan la práctica dental, y en última instancia mejoren el manejo de las enfermedades orales.

Supuesto clínico

Un grupo de investigación (GI) se dirige a un odontólogo general en un pequeño pueblo rural para que participe en un ensayo clínico de investigación de un nuevo fármaco antiinflamatorio no esteroideo (AINE) para el dolor postoperatorio. Se le ofrece una suma de dinero por cada paciente que se inscriba en el estudio. El representante del GI le asegura que el ensayo ha recibido todas las aprobaciones necesarias, incluida la de un comité de revisión ética. El dentista nunca ha participado en un estudio de investigación y se complace en tener esta oportunidad y ganar dinero extra. Inmediatamente acepta la oferta sin preguntar más sobre los aspectos científicos o éticos del estudio de investigación.

Comentarios

El dentista no debería haber aceptado la oferta sin primero informarse mejor sobre el proyecto de investigación y asegurarse de que cumple con todos los requisitos para la investigación ética. En particular, debería haber pedido el protocolo que se presentó al comité de revisión de ética y buscar comentarios o recomendaciones por parte del comité sobre este proyecto. En general, los participantes en proyectos de investigación solo deben participar en aquellos proyectos relacionados con su área de práctica, y deben estar plenamente convencidos con el mérito científico y el valor social del proyecto. Si no confían en su capacidad para evaluar el proyecto, deben buscar el asesoramiento de colegas universitarios.

Este capítulo ha sido escrito por Sudeshni Naidoo

Lectura complementaria

- Annas GJ, Grodin MA (eds) (1992). *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ellen RP, Singleton R (2008). Human rights and ethical considerations in oral health research. *JCDA*, 74(5):439–439e.
- Emanuel EJ, Grady CC, Crouch RA, et al. (2008). *The Oxford Textbook of Clinical Research Ethics*. New York, NY: Oxford University Press.
- Freedman B (1987). Equipose and the ethics of clinical research. *N Engl J Med*, 317:141–145.
- International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) (2008). *Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals*. International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). Available at: <https://www.icmje.org>
- Krasse B (2001). The Vipeholm dental caries study: recollections and reflections 50 years later. *J Dent Res*, 80(9):1785–1788.
- Marshall PA (2007). *Ethical Challenges in Study Design and Informed Consent for Health Research in Resource-Poor Settings*. Geneva, Switzerland: WHP/TDR.
- McNeill P (1993). *The Ethics and Politics of Human Experimentation*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moodley K, Naidoo S (2010). *Ethics and the Dental Team*. Van Schaik Publishers, Pretoria: South Africa, 2010.
- National Academy of Sciences (1992). *Responsible Science, Volume 1: Ensuring the Integrity of the Research Process*. National Academy of Science, National Academy of Engineering, Institute of Medicine. Washington DC: National Academy Press, 1:28.
- The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioural Research (1979). *The Belmont Report*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Thompson DF (1993). Understanding financial conflicts of interests. *N Eng J Med*, 329:573–576.
- World Medical Association (2008). *Declaration of Helsinki – 59th WMA General Assembly, Seoul, October 2008*. Available at: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
- World Health Organization; Cash R, Wikler D, Saxena A, Capron A (eds) (2009). *Casebook on Ethical Issues in International Health Research*. Geneva, Switzerland: WHO, 2009.

Capítulo 12: Cultura, altruismo y medio ambiente

Resumen

La historia muestra que el movimiento de personas intra e inter países nunca ha sido tan rápido y diverso. Las culturas ya no están aisladas las unas de las otras. Incluso las comunidades remotas que no tienen agua corriente o saneamiento en el hogar pueden tener electricidad en la aldea y un televisor. Las personas pueden ver las condiciones en que viven los demás y el entorno, y quieren ayudar donde puedan. En el seno de cada uno de estos temas tan amplios, hay dilemas éticos específicos con los que se enfrenta la profesión dental, y este capítulo proporciona una breve descripción de algunos de ellos.

Introducción

El capítulo presenta tres temas: cultura, altruismo y medio ambiente. Si bien puede parecer forzado vincularlos, tienen algunos hilos en común. Los tres son globales y también nacionales, y existe un nexo de disparidad entre ricos y pobres en cada subapartado.

Cultura

¿Por qué es importante la comprensión de la cultura en odontología?

Como se insiste a lo largo de este manual, la aplicación de valores morales en los que el paciente es el foco principal, es el núcleo del cuidado dental adecuado. Cada paciente es un individuo, pero como los humanos tienden a ser parte de un grupo, los pacientes adoptarán los valores y las normas del grupo al que pertenecen. Los dentistas también pertenecen a grupos – tanto a nivel privado como profesionalmente – y por lo tanto, una comprensión de la diversidad es valiosa. Centrarse en las diferencias entre culturas puede ser

contraproducente si produce estereotipos, pero una comprensión de las diferencias es útil para identificar y salvaguardar las barreras potenciales entre uno mismo y los demás.

¿Qué es la cultura?

Los grupos de personas están unidos por un conjunto compartido de creencias y valores. Estos se aprenden a través de tradiciones, historias y estilo de vida. Las personas usan un lenguaje, dialecto o jerga compartida. Romper las normas culturales puede promover una respuesta del grupo que puede ir desde la desaprobación y la censura hasta el ostracismo o la expulsión. Los vínculos culturales primarios pueden estar basados en la raza, el origen étnico o la religión, pero dentro de culturas amplias, los vínculos pueden ser subculturas, tales como el género, estatus económico, estatus social, atributos físicos o discapacidades, estatus de minoría, afinidad profesional, escolar o laboral, y los individuos pertenecerán a más de uno de estos vínculos simultáneamente. Si bien los valores y creencias fundamentales de una persona no se cambian fácilmente, otras características pueden ser modificadas o combinadas, dependiendo de las actitudes y circunstancias personales. La ropa tradicional que es parte de una cultura, por ejemplo, puede ser mantenida o desechada totalmente o dependiendo de la situación. Existen algunas culturas tan cerradas que no permiten ni siquiera fomentan la diversidad personal.

Conocimiento de las diferencias y similitudes culturales

Algunas diferencias fundamentales entre las culturas incluyen actitudes hacia la autonomía, la igualdad, la verdad y la confianza, y comportamientos como la asertividad o reticencia, apertura y delegación de control o poder. Otras diferencias incluyen la ropa, dieta y métodos de

higiene oral. El conocimiento de las normas culturales ayudará a eliminar barreras y obtener cooperación, especialmente cuando se requiere de un cambio de comportamiento para la prevención de enfermedades.

Si bien es importante no crear estereotipos ni hacer suposiciones, algunas generalizaciones pueden ayudar a ilustrar las diferencias culturales, ya que pueden afectar a los dentistas en su práctica y en salud pública. Es un punto de partida valioso para que el dentista entienda sus propios valores y características culturales, tanto personales como profesionales.

Autonomía

La autonomía es un valor ético fundamental que proporciona el derecho a tomar decisiones sobre lo que le sucede a uno mismo. Las culturas difieren en su comprensión de lo que es un proceso apropiado de toma de decisiones. Algunas culturas permiten e incluso animan a los individuos a tomar sus propias decisiones, mientras que otras prefieren compartir el rol con la familia o una comunidad cercana, y algunos aceptan (o requieren) la delegación del rol del "tomador de decisiones" a otra persona. Parte de la información necesaria para tomar una decisión relacionada con la salud puede ser confidencial.

Se plantean dos dilemas para los dentistas:

- Toma de decisiones compartida: el dentista cree que la autonomía recae en un individuo, pero el paciente tiene una visión diferente. Los dentistas deben tratar de entender por qué el paciente sostiene esto, y si es lo suficientemente importante como para imponer la responsabilidad de una decisión sobre este paciente en particular. ¿Se puede alcanzar un compromiso? Si el paciente solicita a otra persona que lo ayude y ha aceptado compartir información, el dentista debe usar un método de comunicación en el que la discusión siempre incluya al paciente; por ejemplo, usar el contacto visual y el lenguaje para incluir al paciente, y luego dejar que el paciente tome la decisión final. De esta manera, es más fácil identificar los deseos del

paciente y detectar cualquier coacción inapropiada de los demás.

- Toma de decisiones delegada: el dentista cree que el paciente debe tomar su propia decisión, pero la cultura del paciente confiere ese derecho a otra persona, como un cónyuge o líder religioso. ¿Es aceptable que una tercera persona imponga una decisión al paciente, incluso si la cultura lo requiere? Cuando esto ocurre en una situación dental, el paciente suele ser una mujer en una cultura dominada por los hombres (aunque también podría tratarse de una persona mayor dependiente en cualquier cultura). La persona que toma la decisión a menudo es un hombre (esposo, padre, hermano o representante religioso) que puede tener poder financiero y social. A veces es difícil determinar si el paciente cumple voluntariamente o no. Si el paciente se ve obligado a realizar un tratamiento con el que no está de acuerdo, el dentista debe respetar siempre las necesidades y deseos del paciente.

Veracidad

La veracidad por parte del dentista es un deber ético clave. Del mismo modo, los dentistas realizan preguntas a sus pacientes y anticipan que las respuestas serán veraces. A menos que se entiendan las diferencias culturales en el manejo de la verdad, pueden originarse problemas. Cuando se hace una pregunta, pero el paciente no conoce la respuesta o no quiere divulgar la información, puede actuar de varias maneras. El paciente puede decir directamente que no puede responder o que no quiere responder, dar una respuesta vaga, decir una mentira porque es descortés rechazar la respuesta o responder respetuosamente lo que cree que el dentista desea escuchar. En algunas culturas y entre muchas poblaciones indígenas, existe una fuerte superstición de que expresar malas noticias hará que ocurran. Esto tiene implicaciones para los programas preventivos o el diagnóstico temprano dirigido a problemas de salud graves, como los cánceres orales, donde se cree que la advertencia de muerte significa una predicción de la misma.

Justicia

La distribución de la asistencia sanitaria oral se basa en el principio de justicia, pero tiene diferentes variaciones culturales. La equidad puede ser alcanzada por la caridad - los que tienen, proveen a los que no tienen. Algunas culturas consideran que esto es inaceptable y buscan distribuir los recursos por igual a través de impuestos y bienestar social. Muchas religiones tienen fuertes requisitos filantrópicos de sus miembros, pero algunas enfatizan la entrega de dinero y otras la entrega de tiempo. Existen culturas con jerarquías basadas en el nacimiento, la riqueza o la educación y otras con valores igualitarios. Tales variaciones importan en la planificación de programas de salud pública.

Respeto

Los dentistas pueden mostrar respeto al escuchar y hacer preguntas con sensibilidad cuando no entienden. Se pueden producir malentendidos, pero se pueden resolver con buena voluntad por ambos lados. En un capítulo anterior, se discutió la ética de aceptar regalos. Para algunas culturas, la entrega de regalos no es solo una forma de gratitud, sino que muestra respeto y el reconocimiento de una relación. El rechazo de tal regalo se considera un insulto y una ruptura de tal relación. Existen otras culturas donde los sobornos son parte de la práctica comercial normal para garantizar resultados confiables o de calidad. Rechazar regalos excesivos o costosos y desviar sobornos basados en normas culturales puede ser difícil, pero se debe negociar. Anticipar un problema es resolverlo en parte. ¿Qué haría si el billete de lotería de 5 euros entregado como regalo se convirtiera en un millón de euros o en 1,000 o 100?

Tratamiento de las diferencias culturales

Los dentistas que entienden su propia cultura y sus valores personales están mejor situados para reconocer las cualidades individuales que son importantes para los demás. Hoy en día hay mucho más que una mezcla de culturas, particularmente en los jóvenes, y en muchos casos las diferencias

entre grupos de edad dentro de una cultura pueden ser mayores que las diferencias entre culturas. Algunas pautas que pueden ayudar en la sensibilidad cultural incluyen las siguientes:

- La información sobre las diferencias culturales está fácilmente disponible, y los dentistas deben intentar tener una comprensión general como ayuda para tratar a sus pacientes. Los hábitos de consentimiento, dieta, ayuno e higiene oral son algunas de las prácticas que variarán entre las culturas. Sin embargo, es importante no hacer suposiciones: el paciente puede identificarse con una cultura o religión, pero puede no seguir todas las reglas.
- En caso de duda, preguntar. Buscar comprender y escuchar las explicaciones del paciente es una forma segura de establecer una buena relación y mostrar respeto.
- Si existe un conflicto cultural potencial entre usted y el paciente sobre algún tema importante (consentimiento, solicitud de un dentista del mismo sexo, renuencia a cooperar con las solicitudes), debe ser una negociación entre usted y el paciente y / o un representante cultural elegido por el paciente.

Para garantizar que el paciente entienda los requisitos del tratamiento y pueda dar su consentimiento, el dentista y el paciente deben poder comunicarse. Cuando la comunicación directa no es posible (diferencias de lenguaje o sordera), se necesita un intermediario para la comunicación. Lo más apropiado para lograr esto es utilizar un intérprete titulado que tenga la formación, comprensión y obligación profesional de traducir las palabras de cada parte de manera impersonal y precisa, manteniendo la confidencialidad. Los intérpretes proporcionan un conducto de comunicación, pero no forman parte de la discusión. Desafortunadamente, es un método caro, no siempre están disponibles para dialectos específicos (aunque los servicios de interpretación telefónica cubren la mayoría de los idiomas) y pueden no ser aceptables para el paciente debido a diferencias, como el género, la religión o la afiliación política. El uso de la familia (especialmente los niños) o los amigos del paciente puede ser eficiente, pero

existe el peligro de que el paciente sea reacio a divulgar información confidencial. También existe la posibilidad de que el acompañante haga suposiciones en lugar de pedir aclaraciones, o que se convierta en parte del proceso de toma de decisiones sin el conocimiento del paciente o del dentista. Esto puede producirse de manera deliberada, pero la mayoría de las veces ocurre como una forma equivocada de intento de ayudar.

Tortura

El propósito de esta sección es presentar a los lectores el tema a modo de resumen. Para aquellos dentistas que están directamente afectados por cualquiera de estos problemas, se recomienda encarecidamente que se busque información y consejos complementarios.

Algunos dentistas se han encontrado en situaciones en las que se exige su participación en la administración de torturas o actos que son perjudiciales o que amenazan al paciente, ya sea directamente a través de sus habilidades y conocimientos, o indirectamente. Se les puede pedir que proporcionen acceso a clínicas, materiales o equipos. Se les puede solicitar que proporcionen información que pueda ayudar a identificar a las personas o compartir información confidencial sobre los pacientes que pueden convertirse en objetivos, y se les puede pedir que falsifiquen registros para ocultar u omitir actos que hayan ocurrido. Muchas asociaciones dentales, incluyendo la Federación Dental Internacional (FDI) tienen políticas y pautas que refuerzan el deber de hacer el bien y el deber de justicia de un dentista y condenan el uso de la tortura, en cualquiera de sus formas y bajo cualquier circunstancia. Los dentistas no deben aprobar ni participar de ninguna manera en la tortura. Deben resistir la presión y comunicar cualquier actividad de este tipo del que tengan constancia.

La comunidad dental local e internacional debe garantizar su apoyo para estos dentistas en evitación de represalias.

Los sobrevivientes de tortura y trauma que buscan atención dental necesitan ser manejados con especial sensibilidad. Si bien es difícil juzgar el alcance de la tortura, varios de los informes indi-

can que entre el 25 y el 50% de los refugiados han experimentado u observado torturas o han recibido amenazas de tortura. En muchas situaciones, la cabeza o la boca son el área afectada. Los dentistas deben tratar a cualquier refugiado como un posible superviviente de tales eventos, incluso si no lo ha mencionado al dentista. Es probable que estos pacientes muestren altos niveles de miedo y un comportamiento impredecible debido a los recuerdos. El dentista debe asegurarse de que el paciente tenga el mayor control posible durante la consulta, que se encuentre en un entorno tranquilo y de apoyo, y tenga una continuidad de atención que genere confianza, especialmente en instalaciones sanitarias públicas. Pueden tener miedo a la autoridad y pueden necesitar el apoyo de una persona de confianza elegida por el paciente. Los familiares pueden no estar al tanto de la historia del paciente, y el personal clínico con un lenguaje común puede sospechar estos antecedentes previos.

Odontología global

La facilidad de viajar y comunicarse, acompañada por la voluntad de más y más personas de ser parte de sociedades multiculturales, aporta muchos beneficios, como el intercambio generalizado de investigación, conocimiento y educación. Desafortunadamente, algunos de los impactos menos positivos de esta globalización, deben ser tenidos en cuenta, como los problemas éticos discutidos anteriormente en este manual, que involucra la investigación global (Capítulo 11) y la asimetría de la enfermedad y los recursos de salud bucal (Capítulo 10). El movimiento de profesionales sanitarios de un país a otro crea otro problema ético. Si la migración es temporal y los dentistas vuelven a su país de origen a compartir su experiencia, o si el movimiento de los dentistas es similar en ambas direcciones, todos ganan. Sin embargo, existe un patrón de migración de dentistas de países de menos recursos a países ricos de manera constante. El dilema ético radica en reconocer, por un lado, que las personas y sus familias podrían beneficiarse de muchas maneras (profesionales y personales) y deberían tener la oportunidad de

moveirse libremente. Por otro lado, los países de los que proceden los dentistas podrían sufrir. Pierden experiencia, pierden el dinero invertido en educación dental, y pierden continuidad mientras tienen que formar a los que van a reemplazarlos. Los países ricos no deben reclutar deliberadamente a dentistas de países más pobres, sino centrarse en formar a los profesionales suficientes para sus necesidades. Dado que la migración se producirá incluso sin un reclutamiento específico, es importante que los países ricos apoyen los esfuerzos para encontrar soluciones (permanentes, no temporales) para mejorar la salud bucal, los servicios dentales y las instalaciones en estos países desfavorecidos.

Altruismo

Uno de los problemas más apremiantes en la salud oral es la creciente disparidad en la distribución de enfermedades orales y en el acceso a la atención dental. Esta disparidad está ocurriendo tanto dentro de los países como entre los países. La distribución de dentistas y otros profesionales de la salud no siempre se ajusta a las necesidades de salud bucal. Los dentistas se concentran en las ciudades, en los distritos ricos. Sin embargo, precisamente ahí, las necesidades de salud son menores porque la enfermedad está bajo control o existen más recursos. Esto no significa que los dentistas deban verse obligados a mudarse (aunque una distribución más equilibrada sería bienvenida), sino un desafío para encontrar un medio de atención básica universal dentro de la realidad existente. Como con cualquier problema social complejo, son muchas las causas y posibles soluciones. La prevención de enfermedades y el suministro de recursos adecuados son dos de los componentes más importantes para reducir la disparidad, y se discuten en otros capítulos. Este capítulo se centra en la caridad y el voluntariado. Si bien estos aportan una contribución relativamente pequeña al desequilibrio general, pueden ser esenciales para quienes reciben ayuda. La necesidad de altruismo no disminuirá, sin importar

cuánta mejora hagan los gobiernos u otros proveedores sanitarios. Siempre habrá algunos que requieran de ayuda, en cualquier sistema.

¿Por qué las personas se involucran en actividades altruistas?

Hay razones morales, personales y sociales para que las personas realicen actividades que ayudan a otros, mucho más allá, de sus deberes u obligaciones. La motivación puede ser cumplir con un deber profesional de responsabilidad social, o puede basarse en un deseo personal de compartir la riqueza relativa de uno y, al hacerlo, devolver algo a la sociedad. No aceptar las injusticias, la compasión por los demás, la sensación de culpabilidad, la empatía o la simpatía pueden estimular los actos de altruismo. Menos nobles, pero igualmente comunes, son las motivaciones que surgen de la necesidad de reconocimiento social, la justificación de la condición social o el elogio. ¿Es importante la fuente de motivación? Probablemente no, siempre que las acciones satisfagan los imperativos morales de hacer el bien y no hacer daño. Las pautas éticas o los códigos de las asociaciones dentales presentan el altruismo como una parte integral de la profesionalidad, y alientan a sus miembros a participar en él.

Entrega

El tratamiento altruista gratuito se menciona en varios capítulos de este manual. Puede tomar la forma de tarifas reducidas o exentas para aquellos que no pueden pagar, o la provisión de atención de emergencia para aquellos que no son pacientes regulares. Este tipo de tratamiento es un medio ineficiente para mejorar el acceso a las poblaciones desatendidas, pero es útil como medio para ayudar a algunas personas. En algunas culturas, la odontología gratuita altruista (pro bono) se establece exitosamente como una rutina para apoyar a los pobres, pero para otras culturas resulta difícil pedir o aceptar la caridad debido a lo que consideran una pérdida de dignidad. Esto les disuade de buscar ayuda hasta que su situación es crítica.

La filantropía se puede hallar en todas las facetas de la odontología, desde pequeñas clínicas hasta grandes proyectos internacionales de investigación. Las donaciones (grandes o pequeñas) constituyen un medio universal para ayudar a innumerables organizaciones benéficas que brindan excelentes servicios. Desafortunadamente, la situación es demasiado fácil de explotar por algunas organizaciones benéficas sin escrúpulos. Tan pronto como se descubre una estafa, otra toma su sitio. Se recomienda buscar información fiable de una organización benéfica antes de decidir apoyarla.

Las organizaciones no gubernamentales (ONG), grupos benéficos internacionales reconocidos y las principales organizaciones religiosas, realizan la evaluación de organizaciones benéficas para identificar el porcentaje de costos administrativos, actividades genuinas y resultados de su trabajo. Las asociaciones dentales saben normalmente qué organizaciones benéficas dentales son fiables. Vale la pena informarse antes de donar.

Voluntariado

Los dentistas y otros profesionales de la salud ofrecen voluntariamente su tiempo y experiencia para brindar tratamiento a los necesitados, en un entorno que no forma parte de su lugar de trabajo habitual. El voluntariado dental está aumentando considerablemente y, en algunas circunstancias, muestra signos de ser víctima de su popularidad: cientos de sitios web promueven el voluntariado. No es fácil separar lo fiable de las estafas. Al regresar de una visita a Camboya en 2017, una senadora australiana (Linda Reynolds) escribió sobre una de estas estafas: el turismo de orfanatos (posteriormente encontró muchas otras similares). Asociaciones de todo tipo, incluidas asociaciones religiosas, estudiantes y personas bien intencionadas, son el objetivo. Donan dinero o visitan orfanatos para proporcionar un trabajo innecesario, a menudo mientras los trabajadores locales están desempleados. Peor aún, los llamados huérfanos son niños que han sido retirados a sus familias y no son huérfanos genuinos. Los voluntarios son explotados pagando unas tarifas de agencias de

viajes y otros costos que son más altos de lo habitual. Cualquier trabajo que hagan los voluntarios beneficia a los operadores, no a los niños ni a las comunidades. Los niños son adoctrinados para interpretar su parte o sufrir las consecuencias, y la sofisticación de los estafadores deja a los voluntarios en una total ignorancia de lo que está ocurriendo, dispuestos a seguir promoviendo la caridad y a recaudar dinero para ello. Si bien la mayoría de los casos como este no involucran a los dentistas, fácilmente podrían hacerlo. Peor que el dinero desperdiciado, es la explotación de los niños y de la comunidad. Por lo tanto, es importante llevar a cabo controles exhaustivos e independientes.

Los grupos establecidos o las ONG conocen las dificultades y pueden guiar las actividades de los voluntarios de manera eficiente y efectiva. Aquellos que intentan establecer un servicio dental voluntario, ya sea en solitario o dentro de una organización benéfica o grupo religioso existente, pueden tener las mejores intenciones, pero es probable que encuentren dificultades.

Las personas sin hogar y los pobres, así como las comunidades indígenas, refugiadas y rurales atraen voluntarios nacionales. Algunas de estas personas, el único tratamiento dental que reciben es a través de voluntarios, incluso en sociedades ricas. Cuestiones como los viajes, y las leyes internacionales no se aplican. La evaluación de las actividades y cualquier modificación posterior del programa es más fácil. Sin embargo, muchos de los temas que se discuten a continuación son relevantes tanto para los voluntarios nacionales como internacionales.

Además de estar motivados por la compasión, el compartir y la justicia, los voluntarios pueden tener otros motivos. El deseo de viajar, conocer a los lugareños fuera de las rutas turísticas, tener una aventura segura o ser parte de una cultura diferente, son algunos de los beneficios del voluntariado. Las facultades de odontología y sus estudiantes pueden tener dificultades para encontrar pacientes adecuados para algunas prácticas clínicas, especialmente en extracciones y caries rampantes, y pueden beneficiarse de viajar a entornos con gran necesidad de estos tratamientos. Los

grupos religiosos pueden desear incluir misioneros que también sean trabajadores sanitarios. Los dentistas (y empresas dentales) pueden recibir deducción de impuestos a cambio del trabajo voluntario o por donar materiales y equipos. Todos estos ejemplos, y más, se encuentran entre los beneficios del voluntariado, pero pueden presentar conflictos de interés.

Legislación

Es deber de los dentistas ejercer conforme a las leyes del país en el que trabajan. Se les exige que estén colegiados y, además, pueden tener que convalidar su título, estar supervisados por un período de tiempo o pueden existir otro tipo de restricciones. Es posible en determinados países que los higienistas o terapeutas dentales no estén incluidos en la legislación y que los estudiantes no puedan brindar tratamiento clínico. Además de cumplir con la ley, todos los dentistas voluntarios deben ser conscientes de no superar sus niveles de competencia. Estar cubierto por un seguro de responsabilidad civil profesional puede o no ser requerido, pero es muy recomendable obtener dicho seguro. Algunos gobiernos tienen leyes que requieren que los voluntarios obtengan autorización antes de emprender un proyecto, de modo que el proyecto sea considerado necesario, y no duplique lo que ya se proporciona. Donde no existan tales leyes, es importante confirmar los proyectos con las autoridades locales.

Enlace comunitario

La mayoría de los gobiernos o comunidades tienen programas de salud oral (incluso si son débiles, ineficaces o pueda parecer que son inexistentes). A menos que los voluntarios entiendan lo que la comunidad necesita, la situación puede empeorar cuando los voluntarios se vayan. Algunos de los resultados no deseados derivados de una preparación deficiente, incluye generar falsas expectativas de lo que la comunidad debería esperar de los servicios locales, y luego dejar a la comunidad anfitriona con la sensación de que los servicios locales son incompetentes, deficientes o inapropia-

dos. Los dentistas locales pueden sentir que los materiales y las prácticas introducidas son superiores (no solo diferentes) a los que normalmente se brindan, pero cuando los voluntarios realizan su trabajo, incluso durante un par de semanas, los dentistas locales pueden perder el respeto de la comunidad y también perder dinero. Algunas técnicas y equipos podrían ser incluso inadecuados en esas condiciones, y los voluntarios deben escuchar al personal local a este respecto. Donde sea posible, todo se debe comprar localmente para que la ganancia permanezca en el país anfitrión. Cuando se donan materiales e instrumentos, estos no deben estar desactualizados, defectuosos o inutilizables (por ejemplo, requieren una potencia de 120 voltios cuando la potencia local es de 240 voltios).

Diferencias culturales

Aprender a trabajar y vivir dentro de una cultura diferente es una experiencia valiosa para los voluntarios nacionales e internacionales. Existen muchas características de tales situaciones que permiten que los voluntarios y la comunidad anfitriona obtengan el máximo beneficio del encuentro. Los mejores voluntarios son aquellos que están genuinamente interesados en los anfitriones, dispuestos a aprender, abiertos a nuevas ideas y sin prejuicios. En las clínicas, aprenden los enfoques locales, antes de ofrecer nuevos métodos o críticas. Están dispuestos a hacer todo lo que se necesita hacer, desde extraer los dientes hasta barrer el suelo. Siempre que sea posible, deben llegar con una comprensión básica de un lenguaje común. En muchos países, se estudia un idioma europeo como segunda lengua y lo hablan los profesionales sanitarios. Algunos comportamientos molestan tanto a los anfitriones como a los compañeros voluntarios. La falta de humildad, actitud superior, autocrática, expectativa de enseñar, pero no aprender, no respetar el comportamiento del huésped en el vestir, beber o en sus costumbres en las relaciones sexuales, no estar dispuesto a adaptarnos a las reglas locales ni a seguir las instrucciones de un jefe local, siempre es inaceptable. También hay dos rasgos que son

incompatibles con un buen voluntariado. Uno es el deseo de emprender el voluntariado por la sensación de poder que da. La otra es una obsesión con la compasión y la beneficencia, una actitud paternalista que ofende a las personas y hace que el voluntario pierda de vista el hecho de que el voluntario o voluntaria es un invitado de la comunidad de acogida.

Los voluntarios deben estar bien preparados, con información sobre las costumbres locales, como la extracción de dientes con fines ceremoniales o cosméticos. La situación debe entenderse de antemano y establecerse protocolos. Los dilemas más serios que se plantean son aquellos en los que el voluntario observa violencia doméstica, abuso de niños, esclavitud humana, soborno, robo de equipo dental, pacientes agresivos y otros incidentes y condiciones similares. Los proyectos bien planificados comprenderán la cultura local, habrán considerado y anticipado algunos de estos problemas, a menudo con el apoyo de una persona local como enlace, quien habrá preparado al voluntario. Cuando un voluntario se enfrenta a situaciones en las que la reacción o el comportamiento adecuado no es evidente, la cortesía, la curiosidad y estar abiertos a la orientación, mitigarán cualquier posible delito.

Impedimentos a la autonomía

Uno de los principales impedimentos para la autonomía es la falta de poder o un poder desigual, en particular para las personas que dependen de voluntarios para su atención bucodental. Los voluntarios y los pacientes locales pueden carecer de un lenguaje común o de intérpretes independientes para ayudar a comprender la información proporcionada. Las opciones de tratamiento disponibles pueden ser limitadas. Los pacientes pueden percibir que deben cumplir con los deseos de los voluntarios porque de lo contrario se les negará el tratamiento ahora o en el futuro. Cuando el dentista es parte de un grupo misionero religioso, el paciente puede sentir que debe involucrarse también con esa confesión para recibir el tratamiento dental que tanto necesita. Es antiético utilizar los tratamientos dentales para ganar con-

versiones y los dentistas deben asegurarse de que este aspecto es claramente comprendido por los huéspedes.

Duración de la estancia

Los voluntarios pueden permanecer por períodos de tiempo variables desde un fin de semana hasta varios años. Los voluntarios que trabajan a nivel local a menudo proporcionan asistencia de fin de semana. Para obtener el máximo beneficio, la asistencia debe ser regular, previsible y continua; por ejemplo, una visita de tres días cada seis meses a un pequeño pueblo rural o una clínica móvil todos los sábados en un parque frecuentado por personas sin hogar.

Para proyectos de voluntarios internacionales (y proyectos domésticos en comunidades indígenas), existen algunos esquemas, como visitas planificadas de antemano por un cirujano oral, que pueden durar solo una semana y ser muy exitosos. Sin embargo, en la mayoría de los casos puede llevar al menos una semana ganarse la confianza de la gente local y adaptarse al entorno local. Se acepta que se necesita un mínimo de tres semanas para lograr cualquier objetivo realista. La duración más adecuada de la estadía varía según los países y depende de la configuración de la clínica (una clínica establecida con una rotación regular de voluntarios o una instalación temporal), las condiciones de los dentistas voluntarios (no remunerados e independientes, o empleados en el local), las condiciones de los pacientes (tratamiento de emergencia o programa planificado de rutina) y si se realiza o no alguna enseñanza formal del personal local durante la visita.

Guías

Muchas páginas web gubernamentales tienen recomendaciones para mantener a los voluntarios internacionales seguros e informados. Las asociaciones dentales suelen tener pautas, manuales, y listas de verificación para ayudar a los planificadores de proyectos y asegurar que las comunidades anfitrionas obtengan el máximo beneficio del tiempo, dinero y entusiasmo de los dentistas vo-

luntarios. No es difícil acceder a estos sitios web, y se recomienda a las personas que piensen ser voluntarias, que lo hagan.

La Organización Mundial de la Salud ha preparado un manual para la salud bucal en África que es útil para otras áreas con grandes necesidades.

Los proyectos de salud oral deben evaluarse en función de la rentabilidad, el impacto, la sostenibilidad y el nivel de prevención para las poblaciones y los individuos. Para satisfacer estos objetivos, se diseñó un paquete básico de cuidado oral. Las siguientes tres áreas pueden proporcionar una base para el tratamiento en muchas de las comunidades que dependen de voluntarios:

- Promover que las pastas dentífricas con fluoruro sean asequibles.
- Proporcionar tratamiento urgente para el alivio del dolor.
- Utilizar un tratamiento de restauración atraumática para el tratamiento y la prevención de la caries dental.

En general, hay acuerdo sobre lo que es esencial en cualquier actividad de voluntariado. El proyecto debe:

- no dejar a la comunidad con gastos adicionales o complicaciones posteriores al tratamiento después de que los voluntarios se vayan;
- ser planificado en colaboración con la comunidad local, de modo que el proyecto sea necesario, deseado y no se duplique o sea antagónico con otros proyectos;
- estar vinculado con programas establecidos y aprobados;
- respetar la cultura local, debiendo los voluntarios ser buenos invitados;
- cumplir con los requisitos y regulaciones legales, y proteger la seguridad de los anfitriones y voluntarios;
- ser evaluado al finalizar. Tanto la planificación como la evaluación deben entregarse a la comunidad de acogida para comentarios y mejoras;
- ser emprendidos dentro de los principios éticos de hacer el bien, evitar el daño, respetar la autonomía, justicia y veracidad.

Medio ambiente: Impacto de la odontología en la sostenibilidad del medio ambiente

Se considera que la bioética estudia las relaciones entre individuos, y generalmente se piensa que el medio ambiente se relaciona con el aire, el agua, la flora y la fauna, más que con las personas. Algunos autores afirman que el entorno introduce un nuevo concepto de ética y no debe constituir una extensión de los principios morales existentes. Como dijo Benson, esta puede ser una buena discusión filosófica, pero no es realmente relevante para el debate central que plantea tres preguntas principales: “¿Son los efectos perjudiciales? ¿Podemos hacer algo? ¿Es moralmente obligatorio que lo hagamos?”

En el pasado, era raro encontrar comentarios sobre el medio ambiente en libros o artículos de revistas sobre bioética, y mucho menos en relación con la ética dental. En el siglo XXI, la contaminación y los daños al medio ambiente se reconocen como uno de los problemas de salud pública más importantes. Los profesionales de la salud están comenzando a debatir sus implicaciones morales y, en 2017, la FDI aprobó la Declaración de principios “Sostenibilidad en Odontología” para resaltar aquellos temas que involucran a la odontología en particular.

Desarrollo sostenible es un término que se refiere a la importancia de administrar el medio ambiente para que las generaciones futuras puedan continuar disfrutando de los recursos naturales disponibles en la actualidad. La odontología produce una variedad de productos de desecho, desde desechos domésticos inofensivos hasta desechos tóxicos, y una apropiada gestión de los mismos es obligatoria en algunos países, voluntaria en otros y, desafortunadamente, ignorada en algunos. Si bien el uso y la eliminación insegura de productos tóxicos se considerarían poco éticos, la eliminación es solo un componente de la gestión sostenible. De acuerdo con el adagio de que más vale prevenir que curar, es útil considerar que reducir la carga de la enfermedad dental reducirá la cantidad de productos ambientalmente comple-

jos que se utilizan en odontología. Cuando se hace lobby para aumentar la financiación pública de la salud oral, el beneficio ambiental de la prevención a menudo se pasa por alto.

La mayor parte de los desechos de la odontología son desechos generales que van directamente a la red de desagüe pública. Los elementos clave del cuidado del medio ambiente son relevantes: reducir (menos envases o plásticos, alternativas de mayor duración, como luces de diodo emisoras de LED, usar cantidades de productos que sean suficientes, pero no excesivas); reutilizar (usar vajilla de porcelana en lugar de desechables, imprimir a doble cara); reciclar (usar papel reciclado, usar productos de limpieza ecológicos); y eliminar (gestionar la basura con eficacia). Adoptando hábitos correctos para el desecho general, se desarrolla una mentalidad que fluye a lo largo de la práctica y de la clínica.

Los principios señalados anteriormente (reducir, reutilizar, reciclar y eliminar) se aplican a los desechos dentales más perjudiciales. Mercurio (restauraciones de amalgama), plata (fijador de radiografías y película no utilizada), plomo (paquetes de radiografías) y una variedad de productos de desechos químicos y farmacéuticos son tóxicos para el medio ambiente y deben recibir un tratamiento distinto a los desechos generales. Los desechos infecciosos incluyen aquellos que han sido expuestos a la sangre (agujas, objetos punzantes y cortantes). Los protocolos dictan cómo deben eliminarse cada uno de forma segura, y detallan qué se incluye en qué categoría (por ejemplo, dientes extraídos con o sin amalgama, rollo de algodón empapado en saliva o baberos de papel salpicados de sangre). El impacto ambiental y la energía utilizada en la eliminación de desechos tóxicos e infecciosos es mayor que la eliminación de desechos generales debido a la necesidad de incineración y al uso de otros productos químicos, así como el coste del almacenamiento y la eliminación por separado. Para reducir el impacto y el uso de energía, los dentistas deben capacitar a su personal para asegurarse de que no incluyan artículos innecesarios entre los residuos peligrosos.

Los dentistas deben estar familiarizados con sus regulaciones locales y cumplir con ellas. Tie-

nen el deber de cuidar y de asegurar que, aquellos miembros de su personal que manejan los desechos, estén capacitados para hacerlo de manera segura y que estén vacunados, cuando corresponda. También deben asegurarse de que las empresas que utilizan para eliminar los desechos estén registradas y sean fiables.

Existe una dimensión global para las prácticas sostenibles en odontología. Un ejemplo es la presión para reducir el mercurio en el medio ambiente. Aunque la amalgama dental representa solo un pequeño componente del problema general, hubo presiones para eliminarla. En comunidades ricas, la reducción en el uso de amalgamas se ha producido debido a la reducción de caries y la sustitución de la amalgama por materiales alternativos; esto probablemente habría ocurrido de todos modos, independientemente de las demandas ambientales. Pero en aquellas comunidades y países que continúan experimentando caries rampantes, la amalgama sigue siendo un material rentable y duradero. No obstante, el enfoque en la reducción del mercurio, ha estimulado la financiación para la investigación de materiales de restauración alternativos, y una toma de consciencia del impacto ambiental de los nuevos materiales.

Promover la gestión ética del impacto de la odontología en el medio ambiente, debería ser responsabilidad de todos los involucrados en odontología, conociendo el papel que pueden desempeñar: aprender y enseñar, investigar productos más respetuosos con el medio ambiente, reducir enfermedades, revisar el impacto de los residuos y pensar en el medio ambiente para las generaciones futuras.

Este capítulo ha sido escrito por Suzette Porter

Lectura complementaria

- Australian Dental Association Incorporated (2011). Handbook for Dental Volunteer Projects, 2nd ed. St Leonards, NSW: ADA Inc.
- Benson J (2013). Environmental Ethics: An Introduction with Readings. Oxford, UK: Routledge Oxford (ebook).

- Corey G, Schneider Corey M, Callanan P (2003). *Issues and Ethics in the Helping Professions*, 6th ed. Belmont, CA: Wadsworth Group.
- Donate-Bartfield E, Lausten L (2002). Why practice culturally sensitive care? Integrating ethics and behavioural science. *J Dent Educ*, 66(9):1006–1011.
- FDI Policy Statement (2005). Guidelines for Dental Volunteers. Adopted by the FDI General Assembly: August 26, 2005, Montréal, Canada.
- FDI Policy Statement (2006). Ethical International Recruitment of Oral Health Professionals. Adopted by the FDI General Assembly: September 24, 2006, Shenzhen, China.
- FDI Policy Statement (2007). Guidelines for Dentists against Torture. Adopted by the FDI General Assembly: October 26, 2007, Dubai, UAE.
- FDI Policy Statement (2017). Sustainability in Dentistry. Adopted by the FDI General Assembly in August 2017 in Madrid, Spain.
- Hiltz M (2007). The environmental impact of dentistry. *JCDA*, 73 (1):59–62.
- Holland C (2014). Greening up the bottom line. *BDJ*, 217(1):10–11.
- JAMA Conflict of Interest Theme Issue – May 2, 2017: Volume 317, Number 17.
- Lasker JN (2016). *Hoping to Help: The Promises and Pitfalls of Global Health Volunteering*. New York, NY: Cornell University Press.
- Reynolds L (2017). ‘Orphans’ schemes trap thousands. *The Australian Digital Edition*: January 16, 2017. Available at: <http://www.theaustralian.com.au/>
- Roucka TM (2014). A look at international short-term service trips: challenges from a dental ethical perspective. *J Am Coll Dent*, 81(1): 21–27.
- Sanghera B (2016). Charitable giving and lay morality: understanding sympathy, moral evaluations and social positions. *Sociol Rev*, 64: 294–311.
- Seymour B, Benzian H, Kalenderian E (2013). Voluntourism and global health: preparing dental students for responsible engagement in international programs. *J Dent Educ*, 77(10): 1252–1257.
- Singer PA, Viens AM (2008). *The Cambridge Textbook of Bioethics*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Smith JD (2007). *Australia’s Rural and Remote Health: A Social Justice Perspective*, 2nd ed. Vic, Australia: Tertiary Press.
- WHO Regional Office for Africa (2016). *Promoting Oral Health in Africa*. Available at: http://www.who.int/oral_health/publications/promoting-oral-health-africa/en/

Apéndice: Un enfoque paso a paso para la toma de decisiones ética

El equipo dental se enfrenta diariamente y varias veces con situaciones clínicas que pueden plantear complejos dilemas éticos. La comprensión de los principios éticos discutidos en este manual hará más fácil el trabajo y encontrar soluciones a los dilemas. Este apéndice recurre a un enfoque paso a paso para proporcionar un ejemplo de la aplicación del conocimiento teórico para resolver dilemas clínicos/éticos.

Hay muchos enfoques de resolución de problemas disponibles, pero la mayoría siguen pasos similares a este. La toma de decisiones éticas puede ser un reto, y enfrentarse a un dilema ético no es fácil (si lo es, deja de ser un dilema) pero requiere de práctica y consideración. El enfoque que se describe a continuación está pensado como una guía para el Proceso de toma de decisiones éticas. Puede ser necesaria su modificación en algunos casos concretos, y está destinado a servir como una guía de ayuda para resolver dilemas éticos.

- Paso 1: Identificar el dilema ético – cuales son los valores en conflictos?
- Paso 2: Recabar toda la información necesaria –médica, legal, ética, normas sociopolíticas, preferencias del paciente, Sistema de valores del dentista.
- Paso 3: Analizar la información obtenida.
- Paso 4: Formular soluciones, hacer recomendaciones, justificar con argumentos y actuar en consecuencia.
- Paso 5: Implementar el plan y las políticas necesarias en la práctica dental.
- Paso 6: Reflexionar sobre el resultado de toma de decisiones éticas

Supuesto práctico

Una paciente de 50 años requiere que su dentista le sustituya su prótesis parcial por implantes. Su dentista le explica que no tiene experiencia en la

colocación de implantes y la refiere a un cirujano maxilofacial. El cirujano la explora, le aconseja y decide colocarle los implantes. Después de la extracción de media docena de dientes. el cirujano anticipa que puede producirse una reabsorción ósea y aconseja una técnica de injerto óseo para garantizar un soporte adecuado para los implantes. La paciente no está interesada en el injerto ya que esto requerirá la extracción de hueso de la cresta ilíaca de su cadera, y el cirujano acepta proceder sin aumento óseo. El cirujano coloca 12 implantes y refiere a la paciente a un prostodoncista para preparar las coronas.

A pesar de que el prostodoncista ha notado que dos de los implantes no fueron colocados correctamente, continúa con la colocación de las coronas sobre los implantes. La paciente no está contenta con el resultado del tratamiento y se da cuenta de que tiene dificultad para hablar después de la colocación de los implantes. La paciente consulta a otro prostodoncista, que intenta solucionar el problema. La paciente ha gastado todos sus ahorros y sigue descontenta con el resultado. Informa al cirujano maxilofacial y a los prostodoncistas sobre su insatisfacción, pero no le proponen soluciones a sus problemas.

Paso 1: Identificar el dilema ético

- Identificar los valores en conflictos, los derechos y las responsabilidades que los profesionales tienen con respecto a las demandas de la paciente.
- Considerar la autonomía vs beneficio (hacer el bien) y el no perjuicio (no hacer daño) en el intento de tratar a la paciente.
- ¿Qué significados y limitaciones van típicamente asociados a estos valores en competencia?
- ¿Aceptando los requerimientos de la paciente, los profesionales causaron más daño que beneficio?

Paso 2: Recabar toda la información necesaria

Antes de proceder al análisis ético de este caso, es necesario recabar toda la información científica y clínica pertinente relacionada con el caso.

Deben tenerse en cuenta algunas preguntas generales:

¿Es segura la terapia con implantes?

El titanio ha sido considerado un material de implante seguro sin que exista evidencia de toxicidad o alergias. La colocación quirúrgica de los implantes requiere de una comprensión detallada de la anatomía, un buen conocimiento práctico de la cirugía oral, de la patología oral, periodoncia y odontología restauradora. Pueden surgir complicaciones, incluso en manos de cirujanos experimentados.

¿Cómo de bien puede funcionar el tratamiento en condiciones ideales en manos de un clínico experimentado?

La eficacia de los implantes dentales endoóseos es del 96.5% y la efectividad clínica de los implantes en la práctica arroja una supervivencia del 79.1% de los implantes.

¿Qué resultados se pueden esperar en manos de un dentista?

La colocación de implantes dentales requiere de un adecuado entrenamiento y formación. La colaboración con un clínico experimentado puede maximizar los resultados y minimizar los problemas.

¿Aplicará el dentista los mismos criterios de selección para la técnica en su propia clínica que los recomendados en los estudios que obtienen altas tasas de éxito?

Obviamente, si no se cumplen las directrices que ya han sido probadas y se utilizan criterios de selección menos estrictos, el fracaso de los implan-

tes es más probable. La elección de las técnicas y materiales son componentes críticos para el éxito. El clínico tiene el deber de explicar claramente el nivel de experiencia que tiene, así como los resultados a largo plazo a sus pacientes potenciales. Una explicación honesta puede desactivar cualquier decepción en el caso de que los implantes fallen.

Preguntas específicas:

1. Era esta paciente una candidata apropiada para recibir implantes dentales?
2. ¿Si estaba indicado un aumento óseo, por qué no se ha realizado?
3. ¿Si la paciente no aceptó la técnica de aumento óseo, debía de haberse proseguido con el tratamiento?
4. Existió una correcta comunicación entre el cirujano maxilofacial y el prostodoncista?
5. Debió el primer prostodoncista aceptar el tratamiento aun habiendo detectado que algunos implantes no estaban adecuadamente colocados?
6. Era aceptable la calidad del tratamiento dental?
7. Qué aportaría una opinión independiente al dilema clínico?
8. Por qué se vio afectada el habla de la paciente después de la colocación de los implantes?
9. El equipo dental suministró por escrito a la paciente toda la información relevante sobre los implantes y su colocación?

Cuestiones éticas a considerar:

- ¿Cuál es el punto de vista ético? ¿Cómo interactúan los principios éticos de autonomía, beneficio y riesgos? ¿Tomó la paciente una decisión autónoma? ¿Fue el consentimiento realmente informado? ¿Qué información se presentó a la paciente con respecto a la globalidad de un procedimiento dental muy complejo? ¿Se proporcionó esta información por escrito? ¿Firmó la paciente un documento de consentimiento que indique que comprende y está de acuerdo con el procedimiento? Para poder proporcionar un bene-

ficio a la paciente, uno tiene que ser competente con el procedimiento solicitado. ¿Cuál era el nivel de competencia del cirujano maxilofacial y los protodoncistas? ¿Se realizó una evaluación riesgo-beneficio? ¿Se comunicó y se discutió con la paciente? ¿Los beneficios del procedimiento superaron los riesgos? ¿Se hizo justicia en este caso? La justicia como principio se refiere a la equidad. En odontología, la justicia se refiere al trato justo de los pacientes. ¿Se sintió la paciente justamente tratada? Estos principios deben ser analizados en su globalidad y equilibrados entre sí.

- ¿Qué impacto tienen las teorías en este caso? ¿Puede una teoría ética universal influir en la decisión de tratar? ¿Se tuvieron en cuenta los resultados al principio y se logró el mayor beneficio posible? Al final del proceso, ¿estaban todas las partes satisfechas? ¿Fue la intención de todos los profesionales participantes, ayudar a la paciente? ¿Se comprometieron todos los profesionales con el deber de hacer el bien y brindar el mejor nivel de atención posible? Al intentar respetar y ayudar a la paciente (beneficencia), ¿el daño fue causado inadvertidamente? ¿Qué motivó a los profesionales a continuar con la petición de la paciente? ¿Qué hubiera hecho un buen profesional? ¿Los profesionales mostraron integridad? ¿Fueron motivados por el interés propio o por la ganancia de un procedimiento costoso?
- ¿Cuáles eran las preferencias de la paciente? Claramente, ella eligió desde el principio la opción de implantes. ¿La evidencia clínica apoyaba la renuncia de la paciente a hacerse un injerto óseo tal y como se le aconsejó?
- ¿Qué le dicta su sistema de valores personal? Por lo general, esto influirá significativamente en la decisión final. En su país, ¿cómo están influenciados estos sistemas de valores por la educación médica, la influencia de los padres, las creencias políticas y las experiencias personales?
- ¿Cuáles son las normas sociopolíticas actuales? ¿Son aceptables? ¿Cómo influirán en la toma de decisiones médicas?

Paso 3: Analizar la información

Teniendo en cuenta toda la información recopilada en el paso 2, jerarquice los valores o principios éticos. ¿Cuáles son los más relevantes para el dilema? Es importante conferir diferentes ponderaciones a los principios. ¿Qué razones se pueden esgrimir para elegir un valor o principio en competencia sobre otro? Respetar la autonomía del paciente no significa que los dentistas siempre deban hacer exactamente lo que los pacientes solicitan. La obligación de consentimiento informado derivado del principio de respeto a la autonomía, requiere que se produzca un proceso de consentimiento bilateral entre el dentista y el paciente, en este caso entre el cirujano maxilofacial y la paciente. Un proceso de consentimiento inadecuado invalida el peso que supone el principio de autonomía e inclina la balanza a favor del máximo beneficio, es decir, actuar en el mejor interés del paciente. Esto puede significar que el cirujano maxilofacial tenga que rechazar hacer un procedimiento que no sea adecuado desde el punto de vista médico. Cuando al respetar la solicitud del paciente (en este caso, tener implantes sin aumento de hueso) provocará un daño previsible (implantes inestables), es importante que el profesional informe al paciente que no está preparado para realizar ese procedimiento porque conlleva un daño. Puede ser aconsejable utilizar diferentes enfoques para el problema central y analizar diferentes resultados probables. Este proceso culminará en el desarrollo de argumentos morales para justificar la posición adoptada. Las premisas bien construidas utilizando la lógica y la racionalidad llevarán a conclusiones racionales.

Paso 4: Formular soluciones, hacer recomendaciones y luego actuar

En este paso, uno considera posibles soluciones, hace recomendaciones y luego desarrolla un plan de acción que es consistente con las prioridades éticas que se han identificado como centrales en el dilema. El rigor ético de este plan depende de la capacidad de justificarlo a

través de argumentos. Estos argumentos deben ser convincentes para las personas involucradas en el caso, como el paciente, los familiares y los miembros del equipo de atención médica. Todos ellos pueden preguntar: “¿Por qué este plan?”. Ser un dentista éticamente responsable es poder responder a preguntas como “¿por qué hiciste eso?”.

Algunas posibles soluciones incluyen:

- El desarrollo de un protocolo de tratamiento para implantes dentales basado en la evidencia científica que pueda respaldar o justificar este plan de acción con los valores y principios en los que se fundamenta. Dicho protocolo debe contener criterios de inclusión y exclusión, así como un proceso de planificación detallado que incorporará a otros miembros del equipo.
- Establecimiento de un equipo de salud bucal apropiado para consultar con el paciente los posibles riesgos y consecuencias de acciones alternativas, antes de que comience el procedimiento.
- Desarrollo de un documento de consentimiento completo para que los potenciales pacientes lo lean antes de embarcarse en un tratamiento tan costoso. Los riesgos, beneficios, costes y complicaciones deben ser debidamente descritos.
- Video para proporcionar a los pacientes información sobre el proceso quirúrgico a seguir.

Paso 5: Puesta en marcha del plan o política

El plan debe implementarse utilizando las habilidades y competencias más apropiadas. Es posible que las acciones deban implementarse, crearse o modificarse en la práctica dental. Cualquier desarrollo de acciones se basará en cómo se manejó el caso al final. Es posible que deban redactarse directrices, para que, en el futuro, quede más claro cómo debe gestionarse un problema similar. Estas pautas pueden incorporarse en los procedimientos operativos estándar de la práctica clínica.

Paso 6: Reflexione sobre el resultado de este proceso de toma de decisiones éticas

¿Como deben ser evaluadas las consecuencias de este proceso por las partes involucradas: paciente, equipo profesional, colegas?
(Caso adaptado de Moodley and Naidoo, 2010.)

Este apéndice ha sido escrito por Sudeshni Naidoo

Lectura complementaria

Five-step approach adapted from the curriculum in medical ethics, courtesy of Dr. Eugene Bereza, family physician/clinical ethicist, Department of Family Medicine, McGill University, Canada.
Moodley K, Naidoo S (2010). Ethics and the Dental Team. Pretoria, South Africa: Van Schaik Publishers.

Glosario

- Altruismo:** Virtud de priorizar los intereses de los otros sobre los propios intereses de uno.
- Argumento:** declaración que aclara lo que cualquier persona razonable puede estar de acuerdo con las conclusiones.
- Arte:** en odontología, la práctica de lograr resultados únicos con nuestras intervenciones en pacientes individuales. Comparar con los resultados científicos.
- Asignación.** Distribución de recursos escasos.
- Autonomía:** o autodeterminación. Originalmente utilizado como un término político para significar gobernado por el yo. En bioética, el término se refiere principalmente a un paciente que determina propia atención médica. Los pacientes tienen derecho al respeto por su autonomía, es decir, los proveedores de cuidados sanitarios deben tener en cuenta muy seriamente los deseos, valores y elecciones del paciente.
- Beneficio:** acto de fomentar el bienestar de otra persona. En bioética, se utiliza para indicar la obligación de los profesionales sanitarios de actuar pensando en los mejores intereses del paciente, de actuar pensando en el bien del paciente. El beneficio va desde prevenir la enfermedad por completo, hasta prevenir un deterioro de salud, mejorar el estado de salud del paciente, curar la enfermedad por completo, y finalmente, rehabilitar las funciones perdidas, resultado de enfermedades pasadas.
- Bioética:** estudio crítico de las cuestiones morales que surgen en salud y en las ciencias de la vida.
- Ciencia:** práctica de construir conocimiento genérico que se mantiene cierto y se puede aplicar con resultados predecibles, genéricos. Diferenciar del arte.
- Comercial:** que sigue los principios del comercio, es decir, las transacciones de bienes y servicio entre un vendedor individual o proveedor de servicios y sus clientes.
- Compasión:** virtud de sufrir o sentir por el sufrimiento de otro humano y estar cerca de ese paciente que sufre.
- Competencia:** si se refiere a un dentista: la capacidad de un dentista para practicar la odontología de una manera científica y técnicamente sólida. Si se refiere a un paciente: la capacidad para ser autónomo y tomar decisiones sobre su propia asistencia sanitaria.
- Comunitario:** reflejo de la idea sociopolítica de que los seres humanos en esencia son miembros de una comunidad y no seres solitarios. En otras palabras, las relaciones sociales entre las personas no surgen de acuerdos entre individuos, sino que siempre existen, independientemente de cualquier acuerdo específico entre individuos particulares.
- Confidencialidad** el estado de guardar secreto, específicamente con respecto a la información relacionada con el paciente y su documentación. El deber del dentista de mantener la confidencialidad surge de la confianza depositada por el paciente en su dentista. La confidencialidad implica una relación respetuosa entre paciente y dentista. La palabra también incluye la información que está fácilmente disponible o en el dominio público, pero está en depósito del dentista.
- Consentimiento:** autorización facilitada por el paciente para proceder con una intervención diagnóstica o terapéutica propuesta por el dentista.
- Consentimiento explícito:** consentimiento dado por el paciente para una intervención específica. Diferenciar del consentimiento implícito y consentimiento presunto.
- Consentimiento expreso:** sinónimo de consentimiento explícito.
- Consentimiento informado:** consentimiento basado en la información (acerca del diagnóstico, pronóstico, opciones terapéuticas, entre otras) proporcionada por el dentista.

- Consentimiento implícito:** autorización para proceder con intervenciones diagnósticas o terapéuticas que son componentes necesarios de un plan diagnóstico o terapéutico más complejo y que el paciente ya ha consentido previamente. Diferenciar del consentimiento expreso.
- Consentimiento presunto:** autorización para proceder con un tratamiento médico o dental basado en la presunción de que el paciente lo haría si hubiera sido competente para hacerlo. Solamente es lícito recurrir al consentimiento presunto en situaciones de emergencia donde ni el paciente ni ningún próximo puede otorgar el consentimiento. Solo es válido para la atención de emergencia y a la que un paciente, normalmente concedería su consentimiento.
- Consentimiento sustituido:** forma específica de consentimiento en la que un próximo sustituye al paciente en el consentimiento, de la forma en que el paciente lo hubiera hecho si estuviese en condiciones de hacerlo. Ver juicio sustituido.
- Contrato:** documento formal y legal de acuerdo entre dos o más partes para intercambiar ciertos bienes y/o servicios.
- Contrato social:** acuerdo, normalmente voluntario, entre los miembros de la sociedad, que orienta el comportamiento, definiendo sus derechos, responsabilidades y deberes.
- Declaración de falacia:** que parece tener fuerza argumentativa pero que en una inspección más profunda resulta engañosa.
- Denuncia de irregularidades:** exponer la incompetencia o la inmoralidad de un dentista u otro colega.
- Derecho:** reclamación por parte de una persona, ya sea para que no se le obligue a actuar de alguna manera (derecho negativo) o para reclamar el poder actuar de una manera específica (derecho positivo).
- Derecho a no saber:** derecho del paciente a declinar la información acerca de las intervenciones dentales propuestas.
- Derecho negativo:** aquel que no puede ser restringido de alguna forma. También denominado derecho liberal.
- Derecho positivo:** derecho a reclamar ciertos bienes o servicios a determinada persona o, más comúnmente a la sociedad (se les llaman también derechos sociales).
- Dilema:** situación en la que hay que elegir entre dos opciones (di) mutuamente excluyentes (-lema).
- Directiva anticipada:** Instrucciones dadas por parte de un paciente a un profesional de la salud antes de que ese paciente pierda su facultad para seguir siendo competente. Normalmente se dan en forma escrita y es legalmente ejecutable en muchos países.
- Efecto secundario:** efecto involuntario e indeseable de una intervención o medicación.
- Empírico:** observacional. Basado en las observaciones del estado de las cosas.
- Equidad:** virtud de tratar a todas las personas de tal manera que haga justicia a las necesidades de cada uno, sin discriminación indebida o favoritismo.
- Estándar de competencia profesional:** estándar por el cual se evalúan las acciones de un dentista, comparándolo con el trabajo promedio competente de colegas en su comunidad. Comparar con lo que se considera razonablemente un paciente estándar.
- Estándar de paciente razonable:** estándar por el cual las acciones de un dentista son evaluadas comparando el trabajo de este dentista con lo que la mayoría de los otros pacientes podrían haber esperado razonablemente de ese profesional. Diferenciar del estándar competente profesional.
- Etiqueta:** código de instrucciones para el correcto comportamiento, típicamente basado en tradiciones y convenciones.
- Excepción terapéutica:** también llamada terapia privilegio. Se trata de un privilegio reclamado por el dentista para no tener que informar (completamente) al paciente, porque esa información podría causarle un daño grave.
- Experimental:** dirigido a adquirir nuevos conocimientos mediante la comprobación de ciertas hipótesis aún no probadas.
- Fiduciario/a:** basado en la confianza depositada.

- Grado de cumplimiento:** grado en que el paciente coopera en el plan de tratamiento, y específicamente, con las recomendaciones domiciliarias suministradas.
- Hecho descriptivo:** descripción de un estado pasado, presente, o futuro. Comparar con hecho preceptivo.
- Honestidad:** virtud de ser genuino, sincero; siendo verdadero en las comunicaciones con otras personas.
- Humildad:** virtud de ser modesto.
- Igualitario:** enfatizando la igualdad entre personas.
- Incapacitado:** cuando se refiere al dentista, que ya no puede ejercer de manera competente, normalmente debido a limitación física o mental
- Incompetencia:** ver competencia.
- Indicación:** motivo para iniciar el tratamiento dental basado en las necesidades médicas (en lugar de simplemente sus deseos) de un paciente.
- In dubio (dubiis) abstenerse.** En caso de duda, abstenerse. Antigua guía médico-ética para no proceder con intervenciones diagnósticas o terapéuticas, cuando su efectividad o beneficio es improbable.
- Inocuidad:** abstenerse de hacer daño al paciente
Inútil: cuando se refiere a un tratamiento dental: no proteger o fomentar la salud general del paciente (aunque puede ser eficaz en restaurar la función de un órgano en particular o parte del cuerpo).
- Invalidez:** referido a un argumento, formalmente y lógicamente incorrecto y que resulta en una conclusión cuya verdad no es conocida.
- Juicio objetivo:** juicio emitido por un profesional sanitario acerca de cuál es objetivamente el mejor tratamiento para el paciente. Contraponer al juicio comercial.
- Juicio sustituido:** juicio que mimetiza lo que el paciente hubiera decidido en el caso de haber podido hacerlo. Ver consentimiento sustituido.
- Justicia distributiva:** equidad en la distribución de los recursos.
- Liberalismo:** teoría política que defiende que todos los sujetos, una vez su libertad protegida por el Estado, pueden y deben ser responsables de su propio bienestar.
- Negligencia:** fallo por no haber intervenido cuando estaba indicado hacerlo.
- Normativo:** que implica una norma, esto es, una regla de conducta vinculante.
- Paciente con historial (o expediente):** ver paciente regular o habitual.
- Paciente regular:** también llamado paciente con expediente o historial. Se trata de aquel paciente que ha expresado su deseo de mantener una relación profesional a largo plazo con un determinado dentista o clínica dental, y el dentista o la clínica lo ha aceptado. Esos pacientes no acuden para una visita esporádica (como pueda ser un tratamiento de urgencia) sino que su expectativa es mantener un tratamiento dental regular en esa clínica.
- Paternalismo:** tratar a los pacientes como un padre trata a sus hijos pequeños. En otras palabras, tomar decisiones, en nombre de un paciente para su presunto bien, pero sin implicarle en el proceso de toma de decisiones.
- Paternalismo suave o débil:** toma de decisiones. en nombre de un paciente cuando uno no conoce la propia opinión del paciente al respecto.
- Paternalismo duro o fuerte:** tomar decisiones en nombre de un paciente contrarias a los deseos expresados por el paciente.
- Pluralismo:** tesis que defiende que existe en la actualidad una pluralidad de opiniones morales de gran diversidad e incluso incompatibles.
- Prescriptivo:** dictado prescribiendo cómo debería ser el presente o el futuro, incluso si de hecho no lo es. Opuesto a descriptivo.
- Primum non nocere:** antigua expresión latina cuyo significado también se encuentra en el Juramento Hipocrático: "Lo primero, no hacer daño".
- Privacidad:** que otros no tengan conocimiento personal sobre uno mismo poseído. La privacidad pertenece a hechos que no son ampliamente conocidos, y la persona no desea que sean conocidos. Una vez los hechos son de dominio público, dejan de ser considerados como privados.

- Profesión ocupación que se caracteriza por:** (i) un alto grado de experiencia; (ii) extenso poder sobre clientes / pacientes necesitados y vulnerables; y (iii) el compromiso de aplicar esta experiencia en el mejor interés de los clientes / pacientes (en lugar de aprovecharse de la vulnerabilidad de los clientes / pacientes). Algunas profesiones todavía requieren que sus miembros materialicen ese compromiso bajo la forma de un juramento publico Otras no requieren del juramento, pero todas las profesiones están estructuradas socialmente de tal forma que este compromiso es parte de su identidad. Los clientes / pacientes esperan y confían que los profesionales cumplan con ese compromiso.
- Próximo:** sinónimo de sustituto, representante legal: persona cercana al paciente que puede tomar decisiones acerca de su cuidado médico, en nombre del paciente.
- Regla:** en ética, guía moral que se aplica a un conjunto de actos.
- Revisión por pares:** proceso de aseguramiento de la calidad, por el cual los miembros de la misma profesión evalúan el trabajo de otro. Más estrechamente utilizado para indicar el proceso por el cual los miembros de la profesión median en un conflicto ocasionado entre un paciente y un profesional.
- Sostenibilidad:** enfoque de proveer las necesidades del presente al tiempo que se garantiza que el medio ambiente y la economía no se agotarán para las generaciones futuras.
- Subrogado:** sinónimo de próximo.
- Teoría:** cuerpo consistente y coherente del conocimiento que explica unos fenómenos o experiencias determinadas.
- Utilitarismo:** teoría ética que sostiene que una acción está moralmente justificada en la medida en que proporciona los mayores beneficios al mayor número de personas.
- Validez:** corrección lógica y formal de un argumento, llegando a una conclusión veraz si las premisas son también verdaderas.
- Valor:** calidad que hace que algo tenga interés y merezca la pena.
- Veracidad:** confiabilidad. Incluye proporcionar toda la verdad, así como anticipar información que pueda ser necesaria con la finalidad de completar una comprensión de los hechos. No es solo la ausencia de mentiras.
- Verdad:** calidad de una proposición para describir adecuadamente la realidad. Véase también validez.
- Virtud:** disposición de una persona hacia el comportamiento moral.
- Voluntariamente:** de acuerdo con el libre albedrío, con lo que uno decide libremente.

Sobre FDI World Dental Federation

La FDI es la principal entidad representativa de más de un millón de dentistas en el planeta; su visión es conducir al mundo a una salud bucal óptima. Su membresía incluye a unas 200 asociaciones nacionales y grupos de especialistas en más de 130 países.

www.fdiworlddental.org

facebook.com/FDIWorldDentalFederation

twitter.com/fdiworlddental

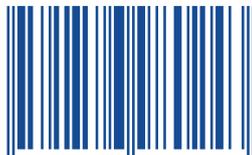


FDI World Dental Federation

Avenue Louis-Casai 51
1216 Geneva
Switzerland

www.fdiworlddental.org
info@fdiworlddental.org

ISBN: 978-1-78698-024-3



9 781786 980243