



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
ESPECIALIDAD EN ESTOMATOLOGÍA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

**IMPLICACIONES ÉTICAS DEL
MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO EN
LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

**ESPECIALISTA EN ESTOMATOLOGIA EN ATENCIÓN
PRIMARIA**

P R E S E N T A

C.D. DAVID WHITE GUERRERO

DIRECTOR DE TESIS

ESP. JAVIER GUTIÉRREZ ORTÍZ

ASESOR

MTRO. FELICIANO PALESTINO ESCOTO



Ciudad de México, 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Contenido

INTRODUCCIÓN	4
OBJETIVO	6
CAPÍTULO I. VISIÓN AMPLIA DE LA ODONTOLOGÍA.....	7
CAPÍTULO II. APRECIACIONES TEÓRICAS SOBRE ÉTICA	10
<i>CAPÍTULO</i> III. CONCEPTOS, PRINCIPIOS Y DEFINICIONES.....	14
3.1 Ética.....	14
3.1.1 Etimología.....	14
3.1.2 Generalidades	14
3.1.3 Definición	15
3.2 Deontología o ética profesional.....	15
3.2.1 Etimología.....	15
3.2.2 Generalidades	15
3.2.3 Definición	16
3.3 Moral.....	17
3.3.1 Etimología.....	17
3.3.2 Definición	17
3.4 Bioética	17
3.4.1 Definición	17
3.4.2 Historia	18

3.4.3 Principios de bioética	18
3.5 Uso de los términos “ética” y “moral” en este trabajo.	19
CAPÍTULO IV. ESFERAS ÉTICAS EN ODONTOLOGÍA	20
4.1 Generalidades	20
4.2 Esfera tradicional	21
4.3 Esfera institucional.....	25
4.4 Esfera personal	29
CAPÍTULO V. CONSECUENCIAS ÉTICAS DEL MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA	33
5.1 Idealización de la práctica médica	33
5.2 Ausencia de pensamiento reflexivo.....	34
5.3 Ética centrada en la relación médico-paciente	36
5.4 Desinterés institucional	37
5.5 Pasividad del gremio	38
5.6 Propuesta de cambio de visión ética en odontología	39
CONCLUSIONES.....	40
BIBLIOGRAFIA	42

INTRODUCCIÓN

La visión actual de la ética dentro del quehacer científico y particularmente dentro del campo de la Odontología, se ha construido sobre un andamiaje académico, político y social, basado en la aceptación de enunciados axiológicos que no corresponden a la realidad de la práctica contemporánea.

Un axioma es un enunciado o afirmación que resulta tan evidente, que no requiere ser demostrado o probado (Real Academia Española, 2021).

Como odontólogos, nuestra formación es resultado necesariamente de la asimilación de conocimientos e ideas institucionales, pues es una profesión que solo se puede ejercer con el aval y reconocimiento de una universidad con validez oficial.

Dentro de esta formación, estamos continuamente expuestos a una serie de ideas que no son resultado de la reflexión personal, sino de un modelo de atención odontológica estrictamente delimitado con anterioridad.

Por la naturaleza y enfoque biológico de la profesión, los planes de estudio generalmente solo llevan una o dos materias relacionadas con las humanidades y muchos maestros y alumnos las consideran de “relleno”; pues de ellas será imposible aprender y practicar para realizar tratamientos estéticos, bien ajustados, planeados, etc.

El gremio odontológico parece no estar interesado en abrir espacios de discusión que cuestionen la parte no práctica de la profesión. Existen muchos congresos, foros, diplomados, webinars o especialidades enfocadas a las técnicas y materiales para la realización de tratamientos, pero muy pocos sobre las implicaciones sociales del modelo de atención actual.

Pareciera que existe un acuerdo tácito dentro del gremio, donde la naturaleza humanitaria y social de la profesión es responsabilidad únicamente de las instituciones y el gobierno; y que los odontólogos que sientan vocación por el trabajo social o comunitario, deben hacerlo exclusivamente a través de instituciones públicas o fundaciones.

En general, podemos decir que la discusión ética y moral se limita a los cánones institucionales, y en los que solo se debate lo estrictamente necesario para publicar un “código profesional” en la institución.

Se dan por buenos, ciertos valores o virtudes que el odontólogo “debería” tener; se les simplifica y universaliza, y, a partir de ahí se construye un listado en el cual se enumeran las cualidades esperadas en el buen odontólogo.

Esta visión, deja de lado al odontólogo en su quehacer cotidiano, y le exonera de la responsabilidad de cuestionar su actuar como individuo dentro de la comunidad.

A todos se nos enseña la importancia que tuvo el juramento hipocrático para la profesionalización y legitimación ética de la práctica médica, pero casi no se toca el tema de la importancia de hacer juicios de valor a la ética de nuestra práctica.

No es suficiente decir que hay que ser honrado, dedicado, empático, respetuoso, etc. Y, dar por hecho que estos valores tienen una interpretación universal, sino que se debería promover la reflexión crítica en todo momento.

La práctica odontológica cotidiana se encuentra muy alejada de la reflexión ética y moral profunda que permite el ejercicio de la autocrítica dentro del gremio, y que desencadene un debate serio dentro universidades, colegios y asociaciones dentales sobre si lo que hacemos y cómo lo hacemos es éticamente correcto.

Se acepta simplemente que los odontólogos curan, que curar es bueno y que, por lo tanto, el quehacer odontológico es bueno. Pero se ignoran una gran cantidad de cuestiones. La odontología en su modelo actual es incapaz de resolver las necesidades de atención de la comunidad. Recibirá atención oportuna y de calidad únicamente quien pueda pagarla, pues el odontólogo tiene derecho a ser remunerado justamente por su trabajo.

Son este tipo de axiomas, sobre los que se justifica que, aunque los odontólogos son los únicos capaces de resolver las necesidades de salud dental; ellos están eximidos de cualquier responsabilidad sobre las condiciones de salud de las personas.

Basta con echar un vistazo a las redes sociales para observar la posición de la mayoría de los odontólogos con respecto a cuál es su responsabilidad y cuál es la del paciente. Por ejemplo: “Eso les pasa por no lavarse”, “cuando regalas tu consulta, denigras y menosprecias el trabajo de todos”, “prefieres un celular que arreglarte la boca”.

Planteo que el mejor modelo ético es aquel que surge del pensamiento empático, y que la reflexión y actuación de los odontólogos clínicos y no solo académicos es el único camino a la construcción de un marco moral que responda a la realidad contemporánea.

No pretendo dar una solución específica para construir un mejor modelo de atención, pero defiendiendo la idea de que es necesario reivindicar la importancia de la reflexión ética y moral en la construcción de nuevos y mejores modelos.

El cuestionamiento de la naturaleza buena o mala de la forma en la que practicamos la Odontología, necesariamente tocará fibras sensibles que incomodarán a las instituciones y a los profesionales.

OBJETIVO

Describir los conceptos tradicionalmente asociados con la ética y la moral en Odontología, y demostrar que están basados en axiomas de la tradición médica que no responden a la realidad de la práctica contemporánea.

CAPÍTULO I. VISIÓN AMPLIA DE LA ODONTOLOGÍA

La Odontología (Del gr. ὀδοῦς, ὀδόντος odoús, odóntos 'diente' y λόγος 'estudio'), según la Real Academia de la Lengua Española es: “El estudio de los dientes y del tratamiento de sus dolencias” (RAE, 2021).

Contrario a lo que pueda sugerir esta definición, y a la visión occidental comúnmente aceptada, la Odontología como parte de las ciencias de la salud, no puede ser entendida únicamente desde una perspectiva biologista causa-efecto, pues, esto desestimaría sus implicaciones y relaciones emocionales, sociales, culturales, económicas, filosóficas o políticas.

La incapacidad de resolver las necesidades de salud de la población a través de modelos basados en esta perspectiva biologista, ha quedado de manifiesto en la mayoría de los sistemas de salud pública del mundo (Moreno, 2008).

Esta realidad es mucho más evidente en los países y regiones pobres, que tienen pocos recursos y que además se invierten en un modelo ineficaz (Birdsall y Ferranti, 1987).

El financiamiento y correcta ejecución de recursos para adquirir y mantener medios técnicos, materiales y humanos, siempre será un eje fundamental en la construcción de un buen sistema de salud. Sin embargo, estar saludable es mucho más que tener acceso a una clínica u hospital; es tener acceso cotidiano y sin restricciones a condiciones que nos permitan desarrollarnos de manera plena física y emocionalmente (Organización Mundial de la Salud, 1946).

Es imposible pensar que un hospital será capaz de mejorar la salud de una comunidad si esta, no tiene acceso a agua potable, áreas verdes, alimentación de calidad, condiciones de seguridad, educación, etc.

Podemos abordar este problema desde la perspectiva de La Teoría General de Sistemas de Ludwig Von Bertalanffy (Bertalanffy, 1968), que ha demostrado ser aplicable a una gran variedad de campos de estudio y que nos invita a reflexionar sobre la naturaleza de las relaciones que existen entre diferentes “sistemas”, es decir, cómo ninguna cosa puede ser estudiada como una entidad aislada, sino que forma parte de macrosistemas más grandes y está formada por microsistemas más pequeños.

En este sentido, la Odontología, se relaciona con una muy diversa gama de campos de estudios como: salud pública, economía, política, sociología, psicología, física o química, solo por mencionar algunos (Briceño-León, 2003).

El odontólogo no existe aislado con su sillón dental esperando a “estudiar los dientes y tratar sus dolencias”, se encuentra dentro de un contexto complicado, donde cada

paciente es un individuo con un bagaje personal distinto, inmerso en una realidad social diferente.

El odontólogo opera dentro de una estructura delimitada por las instituciones y sus colegas, que cambia continuamente por la presión de nuevos imperativos culturales como: la estética, la sobrevaloración del beneficio de la alta tecnología o la mercantilización de la salud (Tirado, 2010).

Se tiende a pensar en la Odontología solo en términos dentales, es decir, en especialidades odontológicas, materiales, tratamientos, costos, interconsultas, equipos o congresos de actualización. Pero no existe el mundo de la Odontología, la Odontología existe en un mundo complejo, en el cual interactúa de manera incesante con otras disciplinas y realidades, con individuos que poco o nada tienen que ver con la Odontología en su vida cotidiana.

Es necesario reconocer y estudiar estas interacciones, pues al ignorarlas, dejamos de ser actores proactivos en la construcción de un sistema de salud más equitativo y, por el contrario, nos convertimos únicamente en medios para la consolidación de intereses ajenos a la salud.

Cada día nos alejamos más de las relaciones odontólogo-paciente, basadas en interacciones mutuamente beneficiosas, y donde el fin último es mejorar la salud y calidad de vida de las personas, donde el odontólogo ocupa un lugar dentro de la comunidad que le garantiza un medio de subsistencia.

Mientras que nos acercamos a un modelo basado en las relaciones empresa-cliente donde la odontología es el medio para tener rentabilidad; el odontólogo, se ha convertido en una herramienta de apalancamiento para la venta de implantes, coronas, resinas, etc.

Estos modelos deshumanizan al paciente y al odontólogo, cambiando la naturaleza del motor que impulsa la práctica odontológica, sustituyendo la salud y el bienestar por consumismo y dividendos.

Ejemplo de esto, son los escándalos en años recientes de empresas dedicadas a la atención dental, que mediante clínicas de cadena y con venta de tratamientos costosos a crédito, desaparecieron de la noche a la mañana, defraudando de manera sistemática a miles de pacientes.

Las instituciones públicas también participan de esta deshumanización, donde lo importante son las metas institucionales. Los profesionales de la salud son medidos en consultas y tratamientos realizados, y al paciente hay que despacharlo tan rápido como sea posible para pasar al siguiente.

El odontólogo y su profesión se encuentran en una posición privilegiada como actores principales en el sistema de salud, y cuya participación será vital en la construcción de nuevos modelos.

En este trabajo pretendo estudiar la relación de la Odontología con la ética desde una perspectiva diferente a la habitual, no como materia obligatoria de relleno en los planes de estudio de las universidades, o como instrumento de validación en la realización de tratamientos odontológicos; sino como potente herramienta de reflexión sobre la naturaleza del sistema de salud del que forma parte la Odontología, y como eje de transformación en la creación de modelos más empáticos y equitativos, y que, además vayan acordes a las necesidades de atención de la población.

Los vicios y defectos de nuestro sistema de salud son muchos y requieren de estrategias complejas y adaptables que no pueden ser abordadas únicamente desde la perspectiva de la administración o la salud pública.

CAPÍTULO II. APRECIACIONES TEÓRICAS SOBRE ÉTICA

La ética es una rama de la filosofía muy amplia, que puede ser abordada desde una gran cantidad de ángulos y autores, por lo que presentaré únicamente las ideas centrales que permitan comprender la posición desde la cual realizo este trabajo.

Cuando hablamos de filosofía moral tenemos tres grandes áreas:

- 1) Meta-ética, que trata sobre el origen de la moralidad y qué significan los términos morales.
- 2) Ética normativa, que tiene como función crear normas que regulen las conductas buenas y malas.
- 3) Ética aplicada, que como su nombre lo dice, tiene la función de aplicar estas normas a temas específicos, incluye aquellos especialmente controversiales como el aborto, los derechos de los animales o la pena de muerte (Rachels, 2014).

Dentro del estudio de la meta-ética, existen dos escuelas predominantes: el relativismo y el objetivismo moral; cuyo punto central es el debate acerca de si la moralidad existe de facto o depende de la opinión (Durkheim, 1985).

El objetivismo moral considera que hay una serie de normas morales que existen como hechos sociales, es decir como “comportamientos, formas de ver, pensar, actuar y sentir independientemente a la conciencia.” (Holbach, 1840)

Sin importar si es abordada desde una perspectiva laica o religiosa, la idea general es que las acciones de los individuos deben perseguir un fin específico, como el bien o la virtud (Sánchez-Migallón, 2008).

La teología moral es un buen ejemplo de moral objetiva, es el área de estudio teológico, que considera que Dios a través de escrituras, revelaciones o líderes religiosos, ha delineado de manera específica aquello que debe ser considerado bueno y malo, además, dicha normativa es eterna e inalterable.

Por otro lado, el relativismo cultural defiende la idea de que la moralidad es por completo una construcción social. Esto implica que lo considerado bueno o malo, depende enteramente del contexto en que está enmarcada la acción y, por lo tanto, diferentes personas o grupos podrían diferir sobre la naturaleza buena o mala de una acción en particular.

Otro punto central que es pertinente revisar, es la definición de objetividad, pues esta puede tener dos acepciones: una científica y otra filosófica.

En el contexto científico, se define como un hecho, aquello que no es afectado por los sentimientos, opiniones o interpretaciones de las personas, y que por consecuencia es verificable.

Filosóficamente hablando, se considera objetivo aquello que es independiente de un sujeto, mientras que aquello que depende de un sujeto, es subjetivo (Errázuriz, 1996).

Esta precisión es importante porque en las discusiones sobre moralidad, es común que dichas definiciones se confundan. Cuando se habla de objetivismo o relativismo moral, se hace en el contexto filosófico, y esto no implica en ningún sentido que también lo sea en el contexto científico, pues lo que se discute es si la moralidad es o no independiente del sujeto y no, si está es detectable, medible y verificable.

David Hume, observó que la gente hace juicios sobre lo que se “debe hacer” basados en sus observaciones sobre lo que “es”. Es decir, tratando de obtener conclusiones morales a partir, únicamente de la descripción de ciertos hechos.

En su libro, Tratado de la naturaleza humana (Hume, 2016), aborda este problema para justificar que los sistemas morales son más un asunto visceral que de razón, y lo explica de la siguiente manera:

“En todo sistema de moralidad que hasta ahora he encontrado he notado siempre que el autor procede durante algún tiempo según el modo corriente de razonar, y establece la existencia de Dios o hace observaciones concernientes a los asuntos humanos, y de repente me veo sorprendido al hallar que en lugar de los enlaces usuales de las proposiciones <es> <no es> encuentro que ninguna proposición se halla enlazada más que con <debe> o <no debe>. Este cambio es imperceptible, pero es, sin embargo, de gran consecuencia, pues como este <debe> o <no debe> expresa una nueva relación o afirmación, es necesario que sea observada y explicada y al mismo tiempo debe darse una razón para lo que parece completamente inconcebible, a saber: como esta nueva relación puede ser una deducción de otras que son totalmente diferentes de ella, ya que los autores no usan comúnmente de esta precaución, debo aventurarme a recomendarla a los lectores, y estoy persuadido de que esta pequeña atención acabará con todos los sistemas corrientes de inmoralidad y nos permitirá ver que la distinción de vicio y virtud no se fundamenta en las relaciones de los objetos ni se percibe por la razón” (Hume, 2016).

Aquí se explica de manera sencilla, cómo es imposible defender desde la razón una moral objetiva, y cómo por el contrario, todos los sistemas morales son subjetivos; pues estos no nacen como consecuencia de una serie de razonamientos lógicos, sino como resultado del procesamiento emocional de la realidad.

No se puede sustentar el paso de <lo que hay> a <lo que debería haber> si no hay en el medio un individuo o comunidad que lo justifique a través de su propia concepción del mundo.

La Odontología, es una profesión estrechamente ligada con la salud y el bienestar de las personas, y se encuentra constantemente sometida a juicios sobre cómo “debería ser”, tanto de los odontólogos, como de la gente.

Estos juicios tienen su origen en creencias o sentimientos personales, como en el siguiente ejemplo:

P1. Los problemas dentales pueden causar dolor.

P2. Los odontólogos pueden solucionar problemas dentales.

C. Los odontólogos deberían solucionar los problemas dentales.

Si bien, la mayoría de nosotros podemos considerar la conclusión como buena, esta no tiene su origen en ninguna deducción lógica válida, esta es, en realidad una falacia de forma *Non sequitur**, en la cual, la conclusión no se deduce de las premisas; pues el que alguien “pueda” hacer algo, que a todas luces parece bueno, no implica (al menos lógicamente hablando) que deba hacerlo (Moraga, 2013).

En este ejemplo <el ser> es la existencia de problemas dentales y de personas que sufren dolor, y también de profesionales de la salud con la capacidad de resolverlo.

El <deber ser> que brota casi espontáneamente de cualquiera de nosotros, es que el odontólogo debería solucionar estos problemas.

Podemos decir entonces que la mayoría de nosotros aceptaría un sistema moral donde el odontólogo debería solucionar los problemas dentales de las personas con dolor.

Sin embargo, en la práctica el odontólogo podría argumentar que está dispuesto a hacerlo, siempre y cuando reciba una retribución económica que le parezca justa; o que no lo hará, porque este paciente en particular no es derechohabiente de la institución donde trabaja o no tiene cita programada.

Entonces, podemos decir que hay otras situaciones o intereses que se superponen o que modifican esta cuestión ética en particular y que, desde luego, llevarán a una nueva serie de cuestionamientos morales.

A pesar de que Hume ha planteado que no se pueden crear juicios sobre el “deber ser” a partir de la descripción de lo que es, esto no implica que no podamos deducir un “deber ser” válido, pero para lograrlo, este deberá ser el resultado de un silogismo que contenga en una de sus premisas otro “deber ser”, por ejemplo:

P1. Las personas que saben cómo aliviar el dolor, deberían ayudar a los demás cuando lo presenten.

* En lógica, non sequitur es un argumento en el cual la conclusión no se deduce de las premisas. En sentido amplio, se aplica a cualquier razonamiento inconsecuente o inválido

P2. Los odontólogos saben cómo evitar el dolor dental.

C. Los odontólogos deberían ayudar a los demás cuando presentan dolor dental.

Siguiendo esta forma, se evita la falacia *Non sequitur*, pues como podemos ver, la conclusión sí se sigue lógicamente de las premisas, pero esto dependerá completamente de la aceptación de la P1, que ya contiene en el enunciado un “debería”.

Es la aceptación de este enunciado la que dependerá de cada individuo o el contexto. Si alguien piensa, por ejemplo: “aguantarse el dolor es de hombres” y que, por tanto, buscar ayuda para aliviar el dolor dental menoscaba su hombría, podría no aceptar la primera premisa y la conclusión no resultaría lógica desde su perspectiva.

Esta es la razón por la que, en diferentes épocas y culturas, ciertos comportamientos han sido aceptados dentro de las normas morales, pues se daban por evidentes premisas axiomáticas del tipo: algunos hombres deberían ser considerados superiores a otros, los hombres deberían ser considerados superiores a las mujeres, las normas religiosas deberían ser consideradas por encima de la razón, etc.

CAPÍTULO III. CONCEPTOS, PRINCIPIOS Y DEFINICIONES.

3.1 Ética

3.1.1 Etimología

Como la mayoría de las palabras en las lenguas romances, su origen deriva del griego. A lo largo de los siglos, el significado de esta palabra se ha ido transformado y perdiendo su sentido fundamental.

La palabra griega êthos (ethos) significaba guarida, morada o lugar de residencia, y hacía referencia al lugar al que uno pertenecía, y que posteriormente se trasladó también a la patria o nación de procedencia.

En el periodo presocrático, la palabra êthos no existía dentro de la filosofía, pero gracias a Sócrates y a Heráclito, esta se redefinió como “El lugar de habitación del hombre en la cercanía de los dioses” o “El hombre que habita, en tanto que hombre, en la cercanía de Dios.”

Es Aristóteles quien da a la palabra êthos su acepción usual en la tradición filosófica “modo de ser” o “carácter” y que, según Xavier Zubiri podemos interpretar como “las disposiciones del hombre en la vida, su carácter, sus costumbres, y, naturalmente, también lo moral, en realidad se podría traducir por <<modo o forma de vida>> en el sentido hondo de la palabra, a diferencia de la simple <<manera>>”.

Dice Aristóteles también que el êthos es el carácter que se logra mediante el hábito, y no es dado por la naturaleza como la virtud o el vicio (Aranguren, 2003).

Posteriormente y en su sentido filosófico, êthos se transformó en ἠθικός (êthicos), que significa 'carácter' o 'perteneciente al carácter' (Coelho, s.f.).

3.1.2 Generalidades

La ética es una disciplina académica y la rama de la filosofía que estudia el comportamiento humano, en cuanto si es bueno o malo, a través de la reflexión.

También es conocida como filosofía moral y en muchos casos se utiliza como sinónimo de moral.

La ética está basada en la razón y es una rama de la filosofía, mientras que la moral, tiene su origen en las costumbres y está formada por un conjunto de elementos normativos socialmente aceptados. La primera es de origen reflexivo, ya sea personal o colectiva; mientras que la segunda es de origen social y busca guiar la conducta humana.

De manera más sencilla podríamos decir, que la ética es la teoría de la moral.

3.1.3 Definición

El Diccionario Filosófico Rosental-Iudin, define la ética como: “Ciencia de lo moral. Se divide en ética normativa y teoría de lo moral. La primera investiga el problema del bien y del mal, establece el código moral de la conducta, señala que aspiraciones son dignas, qué conducta es buena y cuál es el sentido de la vida. La teoría de la moral investiga la esencia de esta última, su origen y desarrollo, las leyes a que obedecen sus normas, su carácter histórico. La ética normativa y la teoría de la moral son inseparables entre si. La meta-ética investiga las enunciaciones éticas, su relación con la verdad, la estructura y constitución de la teoría ética” (Rosental y Iudin, 1967).

3.2 Deontología o ética profesional

3.2.1 Etimología

Tiene su origen en las palabras griegas δέον, -οντος (déon, -ontos) que significa “lo que debe ser” desde una perspectiva de imperativo categórico al estilo kantiano; y de la palabra λόγος (logos) que significa tratado y se entiende como estudio (Bentham, 1836).

3.2.2 Generalidades

Aunque la deontología entendida como el “deber ser” ha sido motivo de estudio filosófico riguroso desde tiempos tan antiguos como el siglo IV a.C. en Grecia; no fue hasta el siglo XIX que Jeremy Bentham en su obra Deontología o ciencia de la moralidad, acuñó el término “deontología profesional” (Fierro, 2001).

Aunque el término ya estaba rondando entre los estudiosos, fue hasta después de que se conocieron las investigaciones realizadas durante la Segunda Guerra Mundial, en la que se utilizaron a manera de conejillo de indias miles de personas en aras de la “investigación científica”, que se normalizó la creación de códigos de ética para las diferentes profesiones, especialmente las de naturaleza médica.

En la práctica, la deontología profesional se traduce en documentos redactados y aprobados por asociaciones que representan a cierto gremio, y que, a través de ellos, tratan de normar los deberes y obligaciones morales de sus agremiados.

Por ejemplo, en el caso de la odontología en México, la Asociación Dental Mexicana, publica con regularidad las actualizaciones del “Código de Ética de la Asociación Dental Mexicana. Principios éticos y conducta profesional” (Zerón, 2019).

Estos documentos son realizados a petición de las organizaciones y su redacción depende de un grupo limitado de personas a quienes se les confiere dicho encargo.

La idea principal es que hay ciertos valores como la honradez, rectitud, lealtad o sinceridad, que se consideran no solo deseables, sino necesarios en el ejercicio de una profesión específica.

Sin embargo, son cada vez más voces las que apuntan a que este tipo de lineamientos, lejos de garantizar el ejercicio ético de las profesiones, favorecen una práctica alejada de la reflexión personal profunda. En palabras de Ildefonso Camacho (1995):

a) “Como conjunto de deberes y obligaciones, la ética queda reducida al automatismo normativo donde no cabe espacio alguno para el ejercicio de la libertad y de la responsabilidad.

b) La ética como conjunto de prohibiciones deviene en una ética negativa, en tanto que se presenta como una coerción, lo cual encubre su verdadera esencia que consiste en ser una ética de valores, esto es, una ética afirmativa que enriquece a la condición humana” (Cardenas, 2008).

La problemática relacionada con el entendimiento de una vida moral sujeta a la obediencia de ciertas normas, sin la reflexión sobre sus valores (principios heterónomos) en lugar de una que sea consecuencia del cumplimiento de convicciones personales, derivadas de una buena formación ética (principios autónomos) ha sido abordada por diferentes filósofos a lo largo del tiempo (Rosales, 2007).

3.2.3 Definición

Es la rama de la ética aplicada, que define a partir de ciertos valores, las obligaciones éticas de los profesionales de un área específica.

De ella no emanan regulaciones o sanciones, sino más bien una serie de principios de observancia obligatoria de los profesionales que tratan con seres humanos o seres vivos (García, 2007).

3.3 Moral

3.3.1 Etimología

Esta palabra tiene su origen en el latín *mōrālis* (*moralis*) y esta a su vez en *mōris* (*moris*), y se puede traducir como lo relativo a los usos y costumbres (Boff, 2003).

Resulta interesante el hecho de que algunos autores consideran la etimología de la palabra moral como dudosa.

El primer uso de palabra moral dentro del contexto filosófico se encuentra en el tratado de Cicerón, *Del Destino*, donde la incorpora de la siguiente manera: "ya que atañe a las costumbres, lo que los griegos llaman ἦθος, mientras que nosotros solemos llamar a esa parte de la filosofía 'el estudio de las costumbres', pero conviene llamarla 'moral' para que se enriquezca la lengua latina" (Ortiz, 2016).

3.3.2 Definición

Tradicionalmente, se entiende como el sistema de valores inmanentes a una determinada comunidad o como las normas específicas que rigen la conducta de un grupo.

Es por esta razón que se habla de la moral cristiana o la moral musulmana.

El Diccionario Filosófico Rosental-Ludin, define la moral como: "Forma de la conciencia social, en que se reflejan y fijan las cualidades éticas de la realidad social. La moral constituye un conjunto de reglas, de normas de convivencia y de conducta humana que determinan las obligaciones de los hombres, sus relaciones entre sí y con la sociedad" (Rosental y Ludin, 1967).

3.4 Bioética

3.4.1 Definición

La Encyclopedia of Bioethics la define como "el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales" (Post, 2004)

En el prefacio de su monografía, Potter afirma:

“Necesitamos de una Ética de la Tierra, de una Ética de la Vida Salvaje, de una Ética de Población, de una Ética de Consumo, de una Ética Urbana, de una Ética Internacional, de una Ética Geriátrica, etcétera. Todos estos problemas requieren acciones basadas en valores y en hechos biológicos. Todos ellos incluyen la Bioética y la supervivencia del ecosistema total constituye la prueba del valor del sistema” (Hincapié y Medina, 2019).

3.4.2 Historia

Las ciencias médicas han venido evolucionando a lo largo del tiempo, transformándose desde rituales mágico-religiosos y medicina tradicional, hasta las prácticas que hoy son habituales y que son la base de los principales sistemas de salud en el mundo.

La medicina moderna tuvo su inicio en la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX. Importantes avances en la comprensión de los procesos patológicos, así como el desarrollo de nuevas tecnologías, convergieron con el positivismo, dando como resultado la consolidación de la visión biologista.

Dicho proceso generó una brecha entre los doctores o especialistas y los enfermos o pacientes, en donde la opinión del primero era más válida y respetable que la del segundo.

La consecuencia fue un sistema que fomentaba el que los médicos pudieran tomar decisiones que afectarían de manera permanente e irreversible la salud de sus pacientes, con tratamientos invasivos y/o experimentales.

A pesar de la enorme cantidad de atrocidades realizadas a comienzos del siglo XX, no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial, cuando se hicieron públicos los “experimentos médicos” realizados a los prisioneros de guerra, que se comenzaron a publicar diferentes escritos y publicaciones relativos a bioética, siendo la más importante La Declaración de Helsinki, hecha por la Asociación Médica Mundial en 1964 (Coccone, 2005).

3.4.3 Principios de bioética

Principio de autonomía: la capacidad del paciente de servirse de su propio entendimiento, en sentido positivo o, sin la dirección del médico, en sentido negativo.

Principio de beneficencia: es la obligación de actuar en beneficio del paciente.

Principio de no maleficencia: es la obligación de no realizar actos que puedan perjudicar o dañar al paciente.

Principio de justicia: Tratar a todas las personas, sin ninguna reserva, de la mejor manera posible, así como tratar de garantizar el acceso igualitario a atención de calidad. (Gómez, 2014)

3.5 Uso de los términos “ética” y “moral” en este trabajo.

Según el filósofo Miguel Angel Giusti Hundskopf, la moral es el compartir un sistema de valores con una comunidad, mientras que ética, es discutir sobre las razones por las cuales los humanos adoptamos un sistema de valores.

Sin embargo, esta definición es una pretensión meramente académica que presenta tres problemas:

- 1) Establece una jerarquía en la que la ética es superior a la moral, donde la primera es racional, mientras que la segunda es simplemente una serie de conductas irreflexivas. Esta jerarquía no la aceptarán las concepciones morales o culturales concretas, por el simple hecho de que, estas consideran a su sistema moral como el verdadero.
- 2) El uso cotidiano, pues sencillamente los dos términos se usan de manera indistinta.
- 3) No hay un consenso en la historia de la filosofía que confirme la distinción sostenida en los manuales (Giusti, 2018).

Diferentes autores de la talla de Hegel y Kant han reconocido la subjetividad de la línea entre ética y moral, incluso las han usado en sentido contrario (González, 2000). En diferentes momentos y culturas han abordado el tema sin una demarcación suficientemente clara entre los dos términos.

Con estos argumentos defiende que es mucho más fructífero en todos los sentidos entender que ambas se refieren a un sistema de valores, creencias o prácticas y que estas, necesariamente están enmarcadas en un contexto social y cultural; además, al no tener una finalidad descriptiva, sino una reflexiva, se gana más usándolos indistintamente y contemplando los valores inmanentes de cada cultura y reflexionando sobre ellos.

La coherencia y practicidad de esta perspectiva sobre el tema, así como la sencillez y claridad de los argumentos, me parecen más que suficientes para justificar que en la realización de este trabajo, los dos términos se usen indistintamente.

Las definiciones de los términos han sido explicadas suficientemente, para probar que el uso sinónimo de las palabras no es consecuencia de una omisión o confusión, sino una decisión consciente.

CAPÍTULO IV. ESFERAS ÉTICAS EN ODONTOLOGÍA

4.1 Generalidades

Los conceptos tradicionalmente asociados con la ética y la moral en odontología, descritos en el capítulo anterior, no son suficientes para demostrar que los axiomas de la tradición médica, no responden a la realidad de la práctica contemporánea.

Ética, moral y deontología, son en el sentido práctico, elementos indispensables de la odontología cotidiana.

Es diferente realizar juicios sobre las acciones y tratamientos realizados dentro del marco del sistema médico, a cuestionar el modelo mismo desde una perspectiva ética.

A fin de lograr lo segundo, es necesario tener una perspectiva más amplia, en la que se esté dispuesto a cuestionar y actuar como agentes disruptivos, para resignificar y reivindicar el papel de la odontología en el sistema de salud.

Para estudiar de manera ordenada y sistemática la relación de la ética y la odontología, propongo separar en tres esferas su estudio, que van de lo general a lo específico:

1.- Tradicional: que corresponde a la visión irreal que tiene de sí mismo el modelo médico hegemónico, que idealiza la práctica médica con lo enunciado en el juramento hipocrático y que reclama como propios los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia.

2.- Institucional: donde las diferentes organizaciones, ya sean públicas o privadas, alinean sus metas y objetivos mediante los llamados “valores institucionales” al marco ético de la esfera tradicional.

3.- Personal: donde el odontólogo actúa tomando decisiones y realizando acciones que repercuten en la vida y salud de los pacientes, de manera que estas cuadren con sus propias reflexiones, al tiempo que cumplen con las condiciones éticas impuestas en las esferas anteriores.

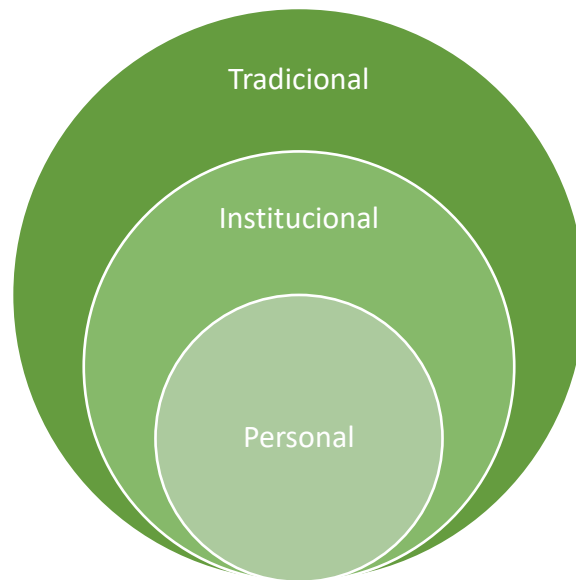


Figura 1. Esferas de estudio de la ética en odontología.

4.2 Esfera tradicional

De la misma manera en que resulta indispensable cuestionarnos las implicaciones de nuestras acciones para con los pacientes al realizar los tratamientos, la ética también debe cuestionar los modelos y sistemas dentro de los cuales se lleva a cabo nuestra práctica.

La práctica médica contemporánea, se encuentra sometida al modelo médico hegemónico (Menéndez, 1988), y aunque existen una gran cantidad de saberes y visiones del mundo y la salud, la práctica odontológica solo puede comprenderse dentro de este modelo, pues es una profesión regulada y avalada desde las instituciones propias del poder.

Existen saberes populares o prácticas tradicionales relacionadas con la prevención, cuidado o intervención de los problemas bucales, pero la “odontología” como la practicamos los odontólogos, solo existe dentro del modelo médico hegemónico. Solamente podemos ejercerla aquellos que cumplimos con ciertos requisitos establecidos, como por ejemplo: los estudios de grado y la tenencia de una cédula profesional.

La mayoría de las personas tienen un concepto de salud que necesariamente pasa a través de las instituciones ligadas al modelo médico hegemónico y, por tanto, al conjunto de ideas y valores que tradicional o históricamente se asocian con la práctica médica, y en este caso odontológica.

La esfera tradicional que planteo, no supone el desconocimiento o inexistencia de visiones diferentes, sino que está enfocada a la práctica odontológica realizada por

profesionales de la salud, graduados que tienen reconocimiento institucional, que cuentan con el aval de las autoridades competentes y actúan dentro de los límites impuestos por los sistemas de salud, ya sea en instituciones públicas o privadas.

La principal característica de la esfera tradicional, es que está construida a partir de las aspiraciones propias del modelo médico hegemónico y los sistemas de salud que de él emanan.

Lo primero que examina es la realidad del proceso salud-enfermedad, en términos cuantitativos, epidemiológicos, políticos, económicos, etc. Definiendo la realidad a través del prisma de la óptica del modelo médico hegemónico y proyectándolo en los sistemas de salud.

La medición en términos objetivos de la situación de la salud, por ejemplo, el número de camas, doctores y enfermeras por cada cien mil habitantes, el porcentaje del PIB destinado a salud, la cantidad de personas con acceso a los servicios de salud, las tasas de mortalidad y morbilidad, la organización administrativa, los costos, la efectividad, las políticas públicas, etc. Arroja con certeza que las organizaciones internacionales, los gobiernos y la sociedad, consensan que las estrategias en materia de salud no han funcionado.

Esto supone una enorme brecha entre lo que son y lo que deberían ser los sistemas de salud, según los propios términos del modelo médico hegemónico. Universalidad, accesibilidad, gratuidad, calidad, prevención, participación y muchas otras metas se observan improbables.

Es en este contexto en el que las profesiones de la salud, entre ellas la odontología, tienen que legitimar su actuación en términos éticos, es decir, deben argumentar que dentro de este modelo, realizan acciones enfocadas en hacer el bien.

La distancia existente entre lo que es y lo que debería ser, proporciona terreno fértil, al menos en el discurso, sobre las cualidades necesarias para zanjarla, de tal manera que la ética es disminuida a una simple lista de valores, con definiciones vagas, en contextos simplificados y universalizados de lo que se espera de un profesional de la salud para considerarlo bueno.

El modelo médico se corresponde con nuestra realidad social de corte capitalista, por lo que transformarlo, implicaría realizar cambios no solo dentro de las organizaciones que lo conforman, sino también en las que lo rodean y con las que interactúa.

En la siguiente figura se muestra la posición que promueve el modelo médico hegemónico para la construcción de un sistema de salud más justo, en la que si al sistema de salud que tenemos, le agregamos ciertos valores, este se transformará en el sistema de salud que queremos.

Sin embargo, como veremos más adelante, lo que aquí se propone, es cuestionar la moralidad propia del sistema de salud que tenemos.



Figura 2. Valores en la construcción de un nuevo sistema de salud

El éxito en términos de imposición cultural del modelo médico hegemónico, ha tenido como consecuencia que, en el imaginario colectivo, un buen médico u odontólogo es aquel que cumple de manera cabal con su función dentro del sistema de salud.

El objetivo no debe ser sustituir los principios o valores tradicionalmente asociados con una buena práctica médica, sino fomentar que se reflexione sobre ellos más allá de la dinámica médico-paciente.

Principios	Valores
Legalidad	Igualdad y no discriminación
Honradez	Respeto
Lealtad	Respeto a los derechos humanos
Eficacia	Entorno cultural y ecológico
Imparcialidad	Cooperación
Eficiencia	Liderazgo
Economía	
Integridad	
Disciplina	
Profesionalismo	
Objetividad	
Equidad	
Transparencia	
Rendición de cuentas	
Competencia por mérito	

Tabla 1. Valores y principios ligados a una buena práctica médica

Desde esta perspectiva, los principios y valores ligados a una buena práctica médica, son el medio por el cual los sistemas de salud pueden irse perfeccionando y alcanzar sus objetivos.

El principal problema con esta lógica, es que da por bueno el sistema de salud actual, y se asume que únicamente mediante el mejoramiento a través de ciertos valores, podrá dar solución a las necesidades sanitarias de la población.

La validación tácita de la naturaleza buena del sistema de salud actual, que funciona en términos del modelo médico hegemónico, desincentiva el análisis moral de sus objetivos, estructuras, instituciones y procesos.

Por otro lado, se han romantizado los ideales de la práctica médica, incorporando y adaptando elementos históricos, para dar legitimidad histórica. El juramento hipocrático es el ejemplo perfecto, pues su versión original es un compromiso de carácter religioso que prohíbe de manera explícita la eutanasia y el aborto, y que se ha venido adaptando hasta convertirlo en una especie de elemento en el “rito de iniciación” del personal médico contemporáneo.

Resulta interesante cómo dicho juramento pasó de ser una reflexión autónoma a una imposición heterónoma.

De todo esto se desprende que en la esfera tradicional, la ética médica no sea un tema de reflexión sobre si el actuar del sistema de salud es coherente con sus aspiraciones, sino más bien es una lista genérica de valores aceptados como buenos.

Esto no supone la inexistencia de personas u organizaciones que realizan análisis serios y profundos sobre las implicaciones éticas del modelo médico hegemónico. Pero en su gran mayoría, tanto pacientes como profesionales de la salud aceptan la concepción de una ética hipersimplificada, donde un profesional médico puede ser bueno o malo, basados en una lista de virtudes genéricas y sin tomar en cuenta ningún tipo de contexto o matiz.

En la esfera tradicional, encontramos idealizadas todas las características que la sociedad espera del sistema de salud, y los profesionales que lo componen.

El modelo médico hegemónico, promueve un discurso basado en el apropiamiento histórico y cultural de la salud en el mundo, asumiéndose como único modelo legítimo posible.

Dentro de esta narrativa, también se incluyen las cuestiones éticas y morales, y se refuerza la idea de que, a través del tiempo, ha habido una mejora sostenida y sistemática en cuestiones de sanidad, y que el modelo médico hegemónico es el pináculo de esta transformación, convirtiéndolo no solo en el mejor modelo, sino como el único modelo viable.

Esto crea la impresión de que solamente los sistemas de salud impulsados por el modelo médico hegemónico pueden ser justos, equitativos, igualitarios y profesionales. Y por lo tanto, en el imaginario colectivo, el acceso a la salud, solo pueden existir a través de los sistemas de salud.

4.3 Esfera institucional

Es dentro de este marco ideológico que las instituciones y los individuos construirán su sistema de valores. La esfera institucional, es donde se tratará de articular un discurso coherente entre los valores de la esfera tradicional, y los objetivos y acciones de las organizaciones.

Por un lado, tenemos una lista de virtudes y valores pensados para velar por el mejor interés del paciente; poner la salud de las personas por encima de cualquier otra cosa, ser responsables, honrados, desinteresados, etc. Por el otro, en la práctica se impulsa un modelo basado en la mercantilización de la salud y la utilización de los programas y planes públicos como plataforma electoral o empresarial.

Resulta complicado crear una serie lógica de ideas que mantenga balanceada de manera armoniosa la realidad de la explotación y rentabilidad de una de las necesidades básicas de los individuos y las comunidades como lo es la salud, con la idea del mejor interés de estos.

El modelo médico hegemónico, se constituye por una gran cantidad de instituciones públicas y privadas, que responden fundamentalmente a los intereses del poder y el capital.

Las instituciones privadas buscan generar dividendos, mientras que las instituciones públicas buscan afianzar su poder. Es justo decir, que los operadores de las instituciones de salud buscan obtener dinero, votos o posiciones de privilegio.

Bajo esta perspectiva, la salud tiene un valor específico, ya sea económico o político.

La ética en la esfera institucional es el matizado de los intereses reales de las instituciones (dinero y poder) dentro del discurso romántico de la esfera tradicional.

Incluso, los colectivos o grupos que desinteresadamente busquen generar bienestar y salud, como fundaciones, instituciones sin fines de lucro o universidades, estarán enmarcadas dentro de la regulación y contexto del modelo médico hegemónico, su naturaleza mercantilista y su sistema de valores.

Esta situación conduce a que la misión, visión y valores de las organizaciones sean redactados en términos de las virtudes de la esfera tradicional, sin importar que estos entren en conflicto o sean netamente contrarios a los fines institucionales.

Es precisamente a este nivel, donde actúan los consejos o comisiones de expertos que tienen la asignación de redactar o actualizar los códigos de ética.

En México, por ejemplo, la Secretaria de Salud, tiene un comité de ética cuya misión es “el fomento de la ética e integridad en el servicio público y la prevención de Conflictos de Intereses a través de acciones de orientación, capacitación y difusión en la Secretaría de Salud” (Secretaria de Salud, s.f.)

Resulta interesante que dentro de sus funciones, no existe ningún área destinada a la creación o revisión de principios morales dentro del ámbito de la salud, y mucho menos espacios o programas con la finalidad de dialogar sobre las implicaciones éticas y morales del modelo de atención.

Su tarea consiste en promover el “CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL GOBIERNO FEDERAL” (Secretaria de la Función Pública s.f.) así como el “CODIGO DE CONDUCTA DE LA SECRETARÍA DE SALUD” (Secretaria de Salud, s.f.).

En ambos casos, se trata de documentos que incorporan en su discurso muchos de los valores propios de la esfera tradicional, pero que en ningún momento tocan temas específicos referentes a la atención de la salud, y más bien tienen una perspectiva tecnocrática sobre asuntos administrativos o de interés general, aplicables a cualquier institución pública.

Los únicos temas que abordan son: el hostigamiento y acoso sexual, igualdad laboral, discriminación y conflicto de intereses.

Resulta interesante también, que este organismo depende de la Unidad de Administración y Finanzas de la Secretaria de Salud. Lo que explicaría el porqué del enfoque administrativo.

Podemos ver que al nivel de las máximas autoridades en materia de salud, se siguen utilizando las listas de valores como elemento de construcción de su normativa ética.

En momentos de transición política como los que atraviesa nuestro país, y en los que se pretende cambiar los paradigmas que sustentan el servicio público, así como la construcción de un “gobierno moral”, resulta evidente que al menos, en materia de salud, no se han hecho cambios significativos desde la perspectiva ética.

Por otro lado, a nivel de la práctica privada, son las asociaciones de las distintas profesiones de la salud las encargadas de impulsar este discurso sobre la naturaleza ética del actuar de sus agremiados dentro del sistema de salud.

A manera de ejemplo, a continuación se presentan los temas que aborda el “Código de Ética de la Asociación Dental Mexicana” en su versión más actualizada (Zerón y Velazco, 2019)

Temas del Código de Ética de la Asociación Dental Mexicana	Beneficencia y no maleficencia.
	Confidencialidad y secreto profesional.
	Asesoría o interconsulta.
	Servicios a la comunidad.
	Servicios de urgencia.
	Interconsulta profesional y referencia de pacientes.
	Uso de personal auxiliar.
	Crítica constructiva.
	Otorgamiento de opiniones consultivas o asesorías.
	Testimonio de experto.
	Rebajas y descuentos.
	Opiniones apoyos y asesoría.
	Educación.
	Dirección de profesiones.
	Investigación basada en pruebas y evidencias.
	Recursos y métodos terapéuticos.
	Anuncios profesionales
	Anuncios y publicidad.
	Especialidades
	Normas generales (ADM)
	Normas para los anuncios de múltiples especialidades.
	Dictamen de carácter consultivo.
	Anuncios de los servicios que brinda el profesionista general.
	Marco normativo en materia de salud.
	El consentimiento informado.
	La visita de inspectores o verificadores de sanidad
	Atención a pacientes seropositivos.
	Negligencia.
	Impericia o mala practica

Tabla 2. Temas del Código de Ética de la Asociación Dental Mexicana.

La naturaleza mercantilista de la atención y la inequidad de acceso, son dos de las principales críticas al modelo médico hegemónico, y que podrían resultar incompatibles con “proporcionar un servicio de calidad, competente y oportuno.”

Este código, dicta que el odontólogo “puede seleccionar a sus pacientes, (pero) no debe negarse a prestar sus servicios por causas de raza, credo, color, sexo, nacionalidad o enfermedades infectocontagiosas.”

Se puede deducir que la razón fundamental para negar la atención a una persona, o en términos del código de ética, no seleccionar como paciente a un individuo es su situación socioeconómica.

Aun cuando no se tratara de la situación socioeconómica, la utilización del término “seleccionar” implica un juicio moral.

En cuanto a la atención de urgencias “Los cirujanos dentistas están obligados a otorgar bajo arreglos razonables atención de urgencia a sus pacientes”. Entendiéndose por arreglos razonables, la capacidad de pago.

Sobre el tema del costo de la atención, el documento se limita a mencionar que “únicamente (se) aplicarán descuentos con un criterio discrecional y voluntario en personas de escasos recursos”. De manera que para los individuos con recursos suficientes se trata de un tema de salud, mientras que para las personas de escasos recursos se trata de caridad.

Podemos observar que el documento está redactado con los valores asociados a la esfera tradicional y que solo se entiende dentro del contexto del modelo médico hegemónico.

Si pensamos en el término justicia, podemos pensar que:

- a) Es justo que todas las personas tengan acceso a atención dental de calidad.
- b) Es justo que el profesional reciba una remuneración por su trabajo.

Sin embargo, la realidad de una sociedad donde hay muchas personas sin recursos, condiciona que estos dos enunciados no puedan suceder al mismo tiempo y el modelo médico hegemónico y su sistema de valores, privilegia la visión de que el segundo enunciado es más justo que el primero.

Esta problemática no se resolverá mediante un debate ético. El punto que pretendo demostrar es que las instituciones, promueven activamente un discurso sobre la naturaleza ética del sistema de salud, que no es coherente con la realidad.

A nivel institucional, a este tipo de documentos ha quedado reducida la ética de la profesión; esto no quiere decir que no existan una gran cantidad de voces y actores que participan de manera activa en la construcción de visiones diferentes, que critican directamente la moralidad del sistema o que impulsan movimientos transgresores.

Los puntos más importantes sobre la ética en esta esfera institucional son:

- Tiene como función principal construir un discurso moral que se centra en el bienestar del paciente, cuando las prácticas del modelo se encuentran centradas en la acumulación de capital y poder.

- No se caracteriza como un espacio de crítica y reflexión, sino como un conjunto de guías o normas pensadas en un sistema que no corresponde a la realidad.
- Solo atiende los temas relacionados con la dinámica profesional-paciente y se desentiende por completo de la moralidad del sistema mismo.

4.4 Esfera personal

La tercera esfera de estudio, es la que se relaciona con el actuar del odontólogo como individuo en su práctica cotidiana. Cómo esta se encuentra inmersa necesariamente en el sistema de salud, tiene que coexistir a las esferas tradicional e institucional.

En estas condiciones, el odontólogo como profesional de la salud deberá actuar cumpliendo por un lado, con las exigencias morales presentes en el imaginario colectivo, y las plasmadas en los códigos éticos institucionales, pero asumiendo como propias las consecuencias, aun cuando las condiciones no sean las óptimas para la realización de su trabajo.

Como consecuencia de la inconsistencia entre la realidad de los sistemas de salud y el discurso institucional, el odontólogo se desenvuelve en un medio, que por un lado exige el cumplimiento de los más altos estándares morales y que, por el otro, impulsa de manera activa condiciones que favorecen a las instituciones y no a los individuos.

Esta situación crea una atmósfera continua de conflicto, donde el odontólogo debe desarrollar e interiorizar un discurso personal que le permita lidiar cotidianamente con sus acciones y conductas, creando un conflicto entre lo interiorizado y el contexto.

La mayoría de los odontólogos son conscientes de las inconsistencias morales de los modelos actuales de atención, ya sean públicos o privados. Para justificar su actuación dentro de este, recurren a argumentos variados, casi siempre responsabilizando únicamente a las autoridades y afirmando que ellos no pueden hacer nada para cambiar las cosas.

Para la redacción de este apartado, he realizado un cuestionario a 15 odontólogos de diferentes estados de la República Mexicana y que se desempeñan profesionalmente tanto en el sector público como en el privado.

No es mi intención obtener ningún tipo de medición o responder a las exigencias de un estudio científico cuantitativo, más bien, pretendo ampliar mi perspectiva sobre las implicaciones de la ética en la práctica odontológica, de forma que pueda enriquecer el contenido de lo que aquí se discute.

Las instrucciones del cuestionario fueron: Por favor responde estas preguntas solamente basado en tu experiencia y conocimiento. No consultes información en internet. Importa lo que tú pienses.

En la siguiente tabla se transcriben los resultados.

¿Qué entiendes por ética?	Hacer las cosas de manera correcta siempre.
	Ciertas reglas con las que nos desarrollamos.
	El actuar bien.
	Es algo que representa el bien y el mal.
	Es la doctrina por la cual se modera el que está "correcto " e "incorrecto"
	Conjunto de correctas acciones para el bien social y personal y no causar mal alguno.
	Son principios morales y al practicarla se siente uno a gusto consigo mismo.
	Hacer bien las cosas, sin perjudicar a los demás.
	Es el conjunto de principios que rigen para una buena práctica.
	Comportamiento basado en la moralidad.
	Hacer las cosas de manera correcta siempre.
	Hacer bien las cosas.
	Actuar de acuerdo a lo que es correcto.
	Seguir las normas que dicta la sociedad para hacer algo bien.
Hacer las cosas correctas.	
¿Es importante la ética en odontología? ¿Por qué?	Sí, Por que un paciente pone su salud en tus manos.
	Sí, nos da lineamientos.
	Sí, porque buscamos lo mejor para nuestros pacientes y así podemos dormir bien.
	La ética es muy importante para siempre realizar lo mejor para nuestros pacientes.
	Para poder ofrecer el mejor tratamiento al paciente de acuerdo a sus necesidades
	Sí. Para llevar a cabo una práctica legal, correcta, buen trato, empática y respeto hacia el paciente.
	Sí, porque así se busca la excelencia con el paciente y en nuestro trabajo.
	Sí, hay muchas empresas y odontólogos que sólo ven a los pacientes como signos de pesos.
	Sí, para una práctica legal, honesta para el doctor y paciente
	Sí, debemos ser profesionales y actuar de buena fe con nuestros pacientes
	Sí, Porque un paciente pone sus salud en tus manos.
	Sí, de ella dependemos para cumplir con el paciente.
	Sí, es una profesión que se basa en hacer el bien a los pacientes
	Sí, porque tratamos con seres humanos y merecen atención de calidad.
Sí, porque es la única forma de ser congruentes con nuestros principios y beneficiar a los pacientes.	

¿Es ética la forma en que se hace odontología en México? ¿Por qué?	Considero que la mayor parte del tiempo si, aunque haya situaciones o tratamientos que no sean adecuados
	Creo que depende más del tipo de persona aunque pesa mucho el entorno local.
	Sí, yo hago odontología basada en ética.
	Creo que la mayoría de las veces lo es, aunque por ejemplo en sector salud es más importante los números que el paciente en sí, pero también dependerá de cada odontólogo.
	Sí, porque se ofrece la solución ideal en el caso de cada paciente con la empatía necesaria para ayudarlo.
	Yo creo que un 40 % si y un 60 % no.
	No se puede generalizar, pero tenemos odontólogos que ejercemos con ética. Viendo el bienestar del paciente antes que la cuenta bancaria.
	No, la mayoría de los doctores tienen costos establecidos arbitrariamente, sin un fundamento claro, incluso cobrando más de 5 veces el valor real del producto.
	No en todas partes de México, algunos dentistas pueden engañar a sus pacientes por obtener beneficio económico.
	Considero que la mayor parte del tiempo si, aunque haya situaciones o tratamientos que no sean adecuados.
	Creo que la mayoría de las veces no. Puede ser por falta de preparación o por mala intención.
	La mayoría de las veces, pero desafortunadamente por unos cuantos pagamos todos y podemos tener una mala imagen.
	Yo ejerzo con ética, pero hay odontólogos que no. Hay otros que son negligentes pero no por malos, sino porque les falta preparación. Y hay otros que son malos, como Dentix.
A veces, porque no existen las condiciones para hacer las cosas bien.	
No es su totalidad. Porque sólo queda plasmada en un papel, pero realmente por la exigencia en la atención mínima y máxima no permite llevar una ética adecuada. Y actualmente la odontología se ve como algo mercantil.	

Tabla 3. Respuestas del cuestionario

La información recabada en este cuestionario y su análisis, me permite afirmar que, al menos en este variado grupo de odontólogos existen nociones recurrentes y una percepción más o menos uniforme sobre lo que es la ética y sus implicaciones en la práctica profesional. Además, son consistentes con las observaciones que he venido haciendo a lo largo de este trabajo.

Podemos resumir que:

- Ética y moral se utilizan como sinónimos. Son el conjunto de principios, valores y normativas que moderan nuestro comportamiento y mediante las cuales se traza la línea que separa lo que es bueno de lo que es malo.

- La ética es una herramienta fundamental en la práctica de la odontología, porque en los temas relacionados con la salud de las personas, es especialmente importante actuar siempre en beneficio de ellas.
- Ningún odontólogo se reconoce a sí mismo como actor inmoral.
- Se enfocan en la relación médico-paciente.
- Los principales problemas de índole ético en la práctica odontológica son:
 1. Calidad de la atención: cuando se realizan tratamientos innecesarios, mal ejecutados, no indicados o negligentes.
 2. Naturaleza mercantilista de la atención: la arbitrariedad en los costos y los problemas que acarrea, principalmente la desigualdad en el acceso y el privilegiar el beneficio económico por encima del bienestar del paciente.
 3. Las metas institucionales: tanto a nivel público como privado, es común que se priorice alcanzar cierto número de pacientes atendidos, o de ventas, haciendo sistemáticamente a un lado el interés del paciente.

Podemos observar que los odontólogos han asimilado el discurso y lenguaje ético de las esferas tradicional e institucional, que lo incorporan a su práctica cotidiana, y que también lo utilizan para justificar su actuación dentro de un sistema de salud en el cual identifican problemas o inconsistencias de naturaleza ética.

Se debe tomar en cuenta que todos los odontólogos nos hemos construido dentro de la narrativa del modelo médico hegemónico, por lo que, no resulta sorprendente la asimilación y defensa de las estructuras e instituciones que sostienen nuestra práctica en los únicos términos en que la conocemos, que actúa como medio de subsistencia y como elemento de nuestra identidad.

CAPÍTULO V. CONSECUENCIAS ÉTICAS DEL MODELO ACTUAL DE ATENCIÓN EN ODONTOLOGÍA

5.1 Idealización de la práctica médica

La imagen contemporánea del profesional de la salud, solo puede ser entendida dentro del modelo médico hegemónico, y refleja la aspiración de contar con individuos que se desempeñan de forma excelente y casi perfecta, para encajar en el engranaje de los sistemas de salud.

Al pensar en los sistemas de salud como una maquinaria aislada y unidireccional, en la que por un lado entran pacientes enfermos y por el otro salen personas sanas; los profesionales de la salud pierden su identidad como sujetos, para transformarse en elementos de esta maquinaria, en la que deben realizar las tareas asignadas, de la forma indicada, de manera repetida y sin impulsar o participar de cambios en la dinámica de trabajo.

La meta es la construcción de clínicas y hospitales con personal médico de excelencia y equipo de última generación que permita aumentar la capacidad de esta maquinaria para atender a más pacientes enfermos.

Entonces, la única tarea de los profesionales de la salud, entre ellos los odontólogos, es resolver todas las necesidades de atención.

Además, se espera que mediante la inteligencia, el ingenio y el conocimiento, el profesional de la salud sea capaz de resolver de manera eficaz todas las carencias del sistema. Que cure pacientes, aun si no cuenta con el tiempo, los insumos, los equipos, la preparación, etc.

Lo que se pide a médicos y odontólogos, es que cumplan los estándares de lo que debería ser y no de lo que es, en las condiciones que son y no las que deberían ser.

Se ignora por completo que ninguna persona es capaz de resolver todos los problemas que se le presentan, que en muchos casos no existen los medios necesarios para la realización de tratamientos indicados, que la medicina no es una ciencia exacta y que en muchas ocasiones no hay ningún tratamiento para resolver alguna enfermedad, que los profesionales de la salud también presentan lagunas de conocimiento, algunas veces por falta de preparación y en otras ocasiones porque son temas que simplemente no utiliza en su práctica cotidiana.

En el imaginario colectivo, un buen odontólogo es aquel que tiene un 100% de efectividad en todos sus tratamientos, que nunca se equivoca y que vela desinteresadamente por el bienestar de su paciente.

La realidad, sin embargo, es un conjunto de circunstancias muy complejas, en las que los profesionales de la salud trabajan muchas veces en condiciones que se

alejadas de las óptimas, especialmente las que lo hacen en instituciones públicas, y en la que la toma de decisiones se ve afectada por elementos sociales, económicos, culturales o de escolarización.

Además, los seres humanos somos individuos complejos, que nos podemos ver afectados en nuestro desempeño por situaciones emocionales, personales o familiares.

Se esperan una serie de valores genéricos en la práctica odontológica como solidaridad, lealtad, honestidad, reconocimiento, prudencia, igualdad o privacidad, solo por mencionar algunos, pero que son difíciles de identificar y poner en práctica en un sistema de salud desigual, discriminatorio, público y privado, enfocado por un lado en la salud y por otro en la estética.

Se ha estandarizado la moral del odontólogo, basada en un modelo médico imaginario, ignorando la enorme diversidad de circunstancias y factores que juegan un papel en la toma de decisiones.

Se espera un odontólogo prácticamente perfecto, sin tomar en cuenta que las personas, los sistemas de salud, las condiciones y la realidad son esencialmente imperfectos.

5.2 Ausencia de pensamiento reflexivo

Las aspiraciones éticas y morales de los odontólogos, se originan por un lado desde lo que espera la sociedad de ellos, como en el caso de la idealización de la práctica médica, y por el otro, desde la visión que tiene el odontólogo de sí mismo, de su práctica y de la realidad.

No se puede hablar de una práctica fuera de la institucionalidad. Incluso en el caso de la práctica privada, esta se encuentra regulada y avalada por instituciones académicas y gubernamentales, que se encargan de definir los límites de acción del odontólogo.

Son estas instituciones, las que se han encargado de promover y difundir la visión romantizada de la práctica médica. Que en vez de entender la ética como rama de la filosofía dedicada a la reflexión de las cuestiones morales, y tratar de aplicarla a diferentes niveles en las instituciones, simplemente ha tomado una larga lista de “características deseables” y la han vertido en documentos como los códigos de ética, o en su misión, visión y valores.

El principal problema de esta dinámica, radica en que se adaptan los valores al sistema médico, en vez de construirse un modelo a partir de la reflexión.

Recordemos que por definición, las instituciones no pueden ser personificadas, y por lo tanto, serán incapaces de llevar a cabo tareas de naturaleza reflexiva. Se

podría hablar en el mejor de los casos, de consensos entre los miembros de las instituciones.

El pensamiento crítico y la reflexión precisan de individuos que cuestionen, en este caso, la naturaleza ética del actuar. Para que esto suceda, las instituciones deberán crear espacios de discusión; sin embargo, las instituciones continúan caracterizándose por favorecer el obedecer por encima del reflexionar.

Solo se podrá reflexionar y actuar, dentro de los límites impuestos por la institución.

Así, el odontólogo puede verse en una situación en la que realice acciones que, a su criterio, no parezcan éticamente correctas, pero que hace de todos modos porque así lo exige la institución en la que opera.

Actuamos entonces en consecuencia de lo que se nos ha dicho que es correcto y no de lo que nosotros pensamos que es correcto.

Tomemos por ejemplo el caso hipotético de un odontólogo que labora en el área de cirugía bucal de un hospital público. Su departamento tiene asignado un día de quirófano cada 15 días, sin embargo, por la naturaleza de la población que atiende y los tratamientos que realiza (solo extracciones) casi no hay pacientes que requieran anestesia general.

Aun así, para cumplir con las metas institucionales, se le ordena llenar los días de quirófano con pacientes que requieren extracciones simples o cirugías de terceros molares.

El odontólogo considera que no es ético someter a los riesgos que conlleva una anestesia general a pacientes que podrían ser tratados de manera ambulatoria, además de considerar un desperdicio de recursos, la utilización del quirófano cuando hay otros servicios que lo necesitan y tienen enormes listas de espera por la saturación de pacientes.

El odontólogo, si pretende mantener su empleo, se verá obligado a realizar los tratamientos aun cuando esto suponga actuar en contra de su propia evaluación moral de la situación y aliviará su conciencia interiorizando el discurso de que ese examen moral no le correspondía a él, sino a la institución.

Podemos pensar también en un odontólogo que trabaja en una clínica privada y se le encomienda que realice una endodoncia a un paciente. Después de analizar las radiografías y realizar un examen clínico, considera que se trata de un diente no restaurable, y que la endodoncia terminará en un tratamiento fracasado.

Le comunica esto al coordinador clínico, y este le responde que su trabajo consiste únicamente en realizar la endodoncia y que no puede decirle al paciente que considera que es un diente no restaurable, para evitar conflictos.

Ambas situaciones ejemplifican cómo el sistema de salud actual, suprime de manera sistemática el juicio ético de los odontólogos y los encamina a actuar de acuerdo a lo que se espera de ellos y no de acuerdo a sus propios valores.

5.3 Ética centrada en la relación médico-paciente

La posición del odontólogo dentro del sistema, es la de un subordinado y no la de un participante activo en la construcción y discusión en las instituciones.

Si el odontólogo solo tiene la tarea de atender al paciente, es natural que su visión y reflexión esté limitada únicamente a su trato con este y se centre en la naturaleza buena o mala de la calidad, accesibilidad y costo de los tratamientos, así como en el trato respetuoso.

Aunque la mayoría de los odontólogos reconozcamos la existencia de prácticas institucionales inmorales, consideramos estas como responsabilidad de alguien más.

El modelo médico hegemónico, se beneficia de la aceptación del papel de subordinados por parte de los profesionales de la salud, pues de esta manera, se desestiman sus ideas y reflexiones. El sistema de salud y las instituciones absorben el peso moral de las acciones de los profesionales, a cambio de la sumisión y obediencia de estos.

Cada vez que el odontólogo realiza una tarea, a pesar de que no le parezca correcta, reafirma su papel de subordinado, consolida la posición de poder y control de las instituciones, demerita el valor de su capacidad reflexiva, encuentra una sensación de alivio en el desplazamiento de la carga moral desde su persona hacia las instituciones y renuncia a la posibilidad de reclamar un papel de protagonista dentro de la dinámica de la salud.

La interiorización y aceptación de este discurso, hace que el odontólogo centre su mirada únicamente en la interacción con el paciente.

El cuestionamiento a la moralidad del sistema de salud y, por lo tanto, a la naturaleza de sus acciones y organización, resultará también una crítica de las propias acciones de sus actores, incluidos los odontólogos.

El hecho de pasar de subordinados a participantes en la construcción del sistema de salud, conlleva la aceptación de la inmoralidad de nuestras acciones como miembros de estos. A cambio de responsabilizarnos de todas las acciones que suceden a través de nosotros, ganamos una posición de privilegio en la transformación del sistema de salud.

La declaración de Almá-Atá, firmada hace más de 40 años, fue un hito en muchos sentidos, uno de ellos el reconocimiento generalizado de la incapacidad de los

sistemas de salud de cumplir con sus objetivos y el planteamiento de abordar este desafío a través de una estrategia basada en Atención Primaria.

Su fracaso obedece a una gran cantidad de factores, uno de los cuales es la falta de voluntad médica. Esto se explica como resultado de que las críticas y propuestas no surgieron dentro del sistema de salud, sino fuera de este, y su aceptación implicaba el reconocimiento tácito del sector, de que participa de una dinámica esencialmente injusta e inmoral.

Desde luego las instituciones no tienen interés en conceder más autonomía, y no van a aceptar o promover un discurso que aliente la democratización de la salud, que dé poder a los médicos y a los pacientes.

Si queremos un cambio, como por ejemplo dar alguna oportunidad a la Atención Primaria, no debemos esperar que las críticas vengan desde las instituciones hacia los profesionales, por el contrario, debemos hacer que estas vengan desde los profesionales hacia las instituciones. Esto solo será posible si juzgamos, analizamos y criticamos abiertamente el modelo médico.

5.4 Desinterés institucional

La crítica a la moralidad en el actuar de los sistemas de salud, conlleva necesariamente a la crítica de las instituciones que lo componen.

No sorprende la carencia de foros y espacios destinados a la autocrítica, pues las universidades o instituciones públicas, difícilmente se arriesgarían a exponer de manera pública y abierta sus deficiencias y problemas.

Del mismo modo, las asociaciones y colegios que representan a los odontólogos que ejercen de manera privada, no están interesados en dedicar tiempo y/o recursos a discutir si el funcionamiento y estructura del modelo del que ellos forman parte, obedece verdaderamente a los valores que mencionan en sus discursos.

El primer paso en la resolución de un reto o problema, es desde luego reconocer que existe. En el caso de los sistemas de salud, especialmente en países en vías de desarrollo como México, existen una gran cantidad de problemas que han sido apuntados por diferentes organizaciones, así como por las exigencias de la sociedad civil.

La concepción general del sistema de salud como un sistema cerrado, en el que dentro están los administrativos y personal médico, mientras que afuera están todos los demás; ha ayudado a desestimar la idea de un sistema que pertenece a todos, y en el proceso ha creado dos bandos. Por un lado, los usuarios y por el otro, el personal.

Esta frontera imaginaria, pero muy bien delimitada, explica que las exigencias sociales sobre la transformación de los sistemas, no hayan permeado con suficiente fuerza en los profesionales de la salud. O el que aun conociéndolas y estando de acuerdo con ellas, no impulsen cambios o acciones de resistencia.

Además, un odontólogo, o cualquier profesional de la salud tendrá mucho que perder si cuestiona de manera abierta y directa el sistema que le brinda un medio de subsistencia, y más, si se toma en cuenta que está imposibilitado para trabajar fuera de este.

Las instituciones presentan una resistencia al cambio, pues este supone una nueva distribución de poder en la cual podrían salir perjudicadas.

Los grandes cambios institucionales son el resultado de las exigencias y presiones de la sociedad, así como de la disidencia interna de algunos de sus actores.

Ya he mencionado que la dirección en la que se establecen los valores y la moralidad de los odontólogos es jerárquica y descendente, es decir, viene desde el modelo médico hegemónico y las instituciones, hacia los profesionales de la salud y finalmente a los pacientes.

Para lograr el interés institucional en la apertura de espacios de diálogo, se requieren mucho más que talleres o ponencias sobre los retos del sistema de salud. Se necesitan grupos que fuercen el reconocimiento de los grandes problemas y sus enormes implicaciones morales.

5.5 Pasividad del gremio

Aun cuando existen una gran cantidad de elementos dentro de la práctica profesional cotidiana de los odontólogos que ponen en evidencia las implicaciones inmorales del sistema de salud actual y de que la mayoría expresamos de manera abierta nuestra disposición y voluntad de actuar de manera ética, son pocas las acciones que se toman para impulsar un cambio.

En el modelo actual, los odontólogos nos encontramos en una posición de privilegio, pues a nivel del sistema de salud, la atención de los pacientes pasa exclusivamente a través de nosotros.

Somos actores con un papel protagónico en la dinámica de atención odontológica actual y, por tanto, tenemos el potencial de impulsar cambios importantes.

Sin embargo, el modelo ético actual, desalienta la crítica personal y refuerza la identificación del profesional de la salud únicamente como engranaje dentro del sistema de salud.

El odontólogo se encuentra en posición de realizar actividades transgresoras, de explorar y poner a prueba los límites del modelo actual y de cambiar la dinámica para centrar su actuación en el beneficio de las personas y no de las instituciones.

5.6 Propuesta de cambio de visión ética en odontología

El cambio que propongo es la transformación de la reflexión ética en la práctica odontológica cotidiana, de principios heterónomos, dictados desde el modelo medico hegemónico, a principios autónomos, basados en la instrucción ética personal y la reflexión.

Al ser una problemática de carácter colectivo (gremio odontológico), cuyo abordaje podría implicar grandes beneficios sociales (la construcción de un sistema de salud más justo) vale la pena impulsar un cambio.

La consolidación de un cambio requiere de varias etapas, la primera es hacernos conscientes de que el problema existe, la segunda es prepararnos y tener la decisión firme de cambiar, la tercera es pasar a la acción y finalmente una etapa de mantenimiento.

En el caso de los sistemas morales, los cambios tienden a ser muy lentos, pues requieren de un largo proceso de asimilación de nuevas ideas, que enfrentan continuamente resistencia al cambio.

El espacio universitario es un terreno ideal para plantar la semilla que permita dar el primer paso, es decir, comenzar a hacer conciencia de que el problema existe.

En este sentido, vale la pena retomar el concepto de objeción de conciencia en la práctica médica, se define como “la decisión individual que toma un profesional de la medicina para dejar de realizar un acto médico científico y legalmente aprobado según la *lex artis medica* aduciendo la transgresión que dicho acto médico hace a su libertad de pensamiento, conciencia o religión (en otras palabras, sus principios morales y creencias religiosas)” (Doherty, 2018)

La ética no se aprende, se desarrolla y se ejercita. Para lograr esto, se requiere de programas y docentes que fomenten la reflexión, no a través de alguna materia, sino en la incorporación del pensamiento crítico en todas las actividades que se llevan cabo.

CONCLUSIONES

Los odontólogos nos formamos y desarrollamos dentro de un discurso moral que tiene como finalidad, justificar los modelos actuales de atención. Este, ha sido profundamente interiorizado por la sociedad y los distintos profesionales de la salud.

Puede reducirse a las ideas de, hacer lo que sea en mejor interés del paciente y hacerlo de la mejor manera posible. Además, en nuestra práctica debemos ser justos, profesionales, eficientes, honrados, diligentes, respetuosos y una lista interminable de valores y virtudes, que en realidad cabría esperar en el trato con cualquier profesional o persona.

Los odontólogos hemos asimilado este discurso, y lo adaptamos sin esfuerzo a nuestra práctica particular, sin importar si esta es pública o privada.

Inmediatamente saltan a la vista conflictos entre, este discurso basado en el sistema de salud que queremos, y la realidad del sistema de salud que tenemos.

Pero la falta de una cultura de reflexión, cuestionamiento y acción, nos hace voltear la mirada en otra dirección. No la de los miles y miles de pacientes que no tienen acceso a nuestra atención, sino al paciente que tenemos en nuestro sillón.

Con una visión donde las obligaciones morales del profesional de la salud son solo con sus pacientes y no con la sociedad, nuestros cuestionamientos morales están enfocados exclusivamente en la naturaleza ética de los tratamientos que realizamos y no en el sistema de salud del que formamos parte.

Apoyamos la idea de sistemas de salud universales, gratuitos y de calidad, siempre y cuando nosotros no tengamos que hacer nada, o lo que se haga no afecte nuestra práctica.

Nos consideramos profesionales de la salud, que ejercen una profesión de naturaleza noble, aunque se tenga un marcado interés mercantilista y político.

Sabemos que trabajamos en un área donde la enorme mayoría de la población se vería beneficiada si tuviera acceso a nuestros servicios, y aunque solamente nosotros podemos atenderlos, paradójicamente no lo consideramos nuestro problema.

Observamos cotidianamente los vicios y defectos de nuestro sistema de salud y la forma en la que afectan la vida de las personas, pero consideramos que no tenemos el nivel jerárquico para hacer nada al respecto.

Es necesaria la construcción de un nuevo modelo de atención, que sea más incluyente y democrático, pero este no puede pasar únicamente por el diseño económico y administrativo, sino que deberá ser construido desde una perspectiva moral.

Es necesario incentivar a los odontólogos a hablar sobre las injusticias y contradicciones de los modelos de atención actuales.

Debe dejarse atrás la visión romántica de profesión médica y aceptar que por su naturaleza, está ligada a muchos intereses ajenos al bienestar del paciente; que los profesionales de la salud son personas comunes y corrientes que se equivocan y cometen errores.

La ética sí es una parte fundamental de la práctica odontológica, pero la forma en la que la entendemos y estudiamos no corresponde a la realidad actual, está basada en el modelo que queremos y no el que tenemos.

BIBLIOGRAFIA

Aranguren, J. L. L. (2003). La ética y su etimología. *Arbor*, 174(687-688), 591-606.

Bentham, J. (1836). *Deontología o ciencia de la moral*. Librería de Hallen y Sobrinos.

Birdsall, N., & Ferranti, D. D. (1987). El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo. Una agenda para la reforma. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 103 (6), dic. 1987.

Boff, L. (2003). *Ética y moral. La búsqueda de los fundamentos (5ª ed.)*. Bilbao: Editorial Sal Terrae.

Briceño-León, R. (2003). Las ciencias sociales y la salud: un diverso y mutante campo teórico. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 8, 33-45.

Cardenas, R. A. (2008). De la moral heterónoma a una ética autónoma. *Principia Iuris*, 9(9).

Ciccone, L. (2005). *Bioética: Historia. Principios. Cuestiones*. Palabra

Coelho, Fabián (s.f.). "Etimología de ética".

<<https://www.diccionariodedudas.com/etimologia-de-etica/>> [30 de noviembre de 2021].

Doherty, P. S. (2018). ¿Es justificable la objeción de conciencia en la medicina?. In *Bioética laica: vida, muerte, género, reproducción y familia* (pp. 285-304). Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Durkheim, E. (1985). *Las reglas del método sociológico*. Ediciones Akal.

Errázuriz, J. G. (1996). Moral: ¿Algo objetivo o subjetivo? *Revista de Derecho Público*, (60), ágs-133.

Ética. Rosental, M. M., & Iudin, P. F. (1967). *Diccionario filosófico*. Universo.

Fierro, A. (2001). Génesis y análisis del Código Deontológico. *Papeles del psicólogo*, (78), 24-28.

García Fernández, A. (2007). *Ética y deontología*.

Giusti, M.A. [El Talón de Aquiles]. (31 de agosto de 2018). *Introducción a la Ética*, por Miguel Giusti (parte 3 de 6).

<https://www.youtube.com/watch?v=i_Cr6Ht3_8Q> [8 de abril de 2021]

Gómez-Pineda, Floro Hermes (2014). Identificación entre Bioética y ética médica». *¿Qué es la bioética?* Universidad Libre. p. 52.

- González, A. M. (2000). *Ética y moral. Origen de una diferencia conceptual y su trascendencia en el debate ético contemporáneo.*
- Hincapié Sánchez, J., & Medina Arellano, M. D. J. (2019). 1. Bioética: teorías y principios. *Enseñanza Transversal en Bioética y Bioderecho: Cuadernillos Digitales de Casos.*
- Holbach, P. H. T. (1840). *La moral universal o los deberes del hombre fundados en su naturaleza.* Oficina del Establecimiento Central.
- Hume, D. (2016). *El tratado de la naturaleza.* NoBooks Editorial.
- Menéndez, E. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. *Segundas jornadas de atención primaria de la salud, 30*, 451-464.
- Moraga, R. (2013). Las 10 reglas de la argumentación y 13 tipos de falacias argumentativas.
- Moral. Ética. Rosental, M. M., & Iudin, P. F. (1967). *Diccionario filosófico.* Universo.
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación, 9(1)*, 93-107.
- Organización Mundial de la Salud. (22 de julio de 1946). Conferencia Sanitaria Internacional. Nueva York, Nueva York.
<https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf> [05 de junio de 2021]
- Ortiz Millán, G. (2016). Sobre la distinción entre ética y moral. *Isonomía, (45)*, 113-139.
- Post, S. G. (2004). *Encyclopedia of bioethics.* Macmillan Reference USA.
- Rachels, J. (2014). *Introducción a la filosofía moral.* Fondo de cultura económica.
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea].* <<https://dle.rae.es/axioma?m=form>> [02 de junio de 2021].
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española, 23.ª ed., [versión 23.4 en línea].* <<https://dle.rae.es/odontologia?m=form>> [02 de junio de 2021]
- Rosales, G. I. (2007). *Ética y valores profesionales.* Reencuentro. *Análisis de Problemas Universitarios, (49)*, 43-50.
- Sánchez-Migallón, S. (2008). *Ética filosófica.* Pamplona: Eunsa, 178.
- Secretaría de la Función Pública (s.f.). *CÓDIGO DE ÉTICA DE LAS PERSONAS SERVIDORAS PÚBLICAS DEL GOBIERNO FEDERAL.*
<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573893/9._Versi_n_amigable_d

el_C_digo_de__tica_de_las_personas_servidoras_p_blicas_del_Gobierno_Federa
l.pdf> [19 de Agosto de 2021]

Secretaria de Salud (s.f.). CODIGO DE CONDUCTA DE LA SECRETARÍA DE
SALUD.

<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/573041/6._C_digo_de_Conducta_de_la_Secretar_a_de_Salud.pdf> [19 de Agosto de 2021]

Secretaria de Salud (s.f.). Ética e Integridad en el Sector Salud.
<<https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/etica-e-integridad-en-el-sector-salud-251023>> [19 de Agosto de 2021]

Tirado, I. (2010). La salud pública: una propuesta desde la complejidad y la
transdisciplinariedad. ODOUS científica, 11(2), 42-55.

Von Bertalanffy, L. (1968). Teoría general de los sistemas. New York, 3(1), 1.

Zerón y Gutiérrez de Velasco, J. A. (2019). Código de Ética de la Asociación
Dental Mexicana. Principios éticos y conducta profesional. (Parte 2). Revista de la
Asociación Dental Mexicana, 76(5), 294-300.

Zerón, J. A., & de Velasco, G. (2019). Código de Ética de la Asociación Dental
Mexicana. Principios éticos y conducta profesional. (Parte 2). Revista de la
Asociación Dental Mexicana, 76(5), 294-300.