



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

SITUACIÓN ACTUAL DE LA BIOÉTICA COMO
ASIGNATURA EN ESCUELAS Y FACULTADES DE
ODONTOLOGÍA DEL PAÍS Y PROPUESTA DE UN CÓDIGO
DE BIOÉTICA PARA ODONTÓLOGOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
CIRUJANA DENTISTA
P R E S E N T A :

ANA LAURA BUENDÍA LÓPEZ

TUTORA DE TESIS: C.D. CAROLINA ALVAREZ DE LA CADENA SANDOVAL



2004



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A Dios y a mami María;

Por estar conmigo cada segundo,

Por regalarme la vida,

Por permitirme soñar, amar y realizar,

Por llenar de magia cada uno de mis días.

INFINITAMENTE GRACIAS.

A mis padres, Lauro y Cristina;

Por ser mis padres, por su apoyo incondicional, por amarme tanto.

A mi hermano Alex;

Por todo lo que hemos compartido, por saber ser hermano y amigo.

Ustedes tres son mi todo... LOS AMO!!!

AGRADECIMIENTOS

A mi Alma Mater;

Por darme la oportunidad de formarme en ella.

A mi tutora de tesis, la Dra. Carolina Álvarez de la Cadena;

Por haber creído en el proyecto, por todo su apoyo.

A los Drs. Vicente Cuairán R. y José Carlos Suárez M.;

Por la oportunidad que me han brindado de trabajar con ellos,

Por su paciencia y ejemplo.

A la Comisión Nacional de Bioética.

Al Dr. Jorge Triana E. por su disposición.

A Sor Gema Lesprón.

A toda mi familia, muy especialmente;

A mis tías Inés, Maru, Mara, Martha, Silvia B. y mi prima Diana.

A todos mis amigos, muy especialmente;

A Adriana Arroyo, por ser escucha incondicional, por su fe y fortaleza.

*A Marco Jiménez, Miguel Noriega, Tere Arredondo, Itzel Chávez, Mauricio Peniche,
Bernardo Boleaga, Rosa María Cristerna, Ricardo Islas, Liz Corona, Mariana Corona,*

Arturo Anaya, Juan Pablo Jiménez.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO 1. HISTORIA DE LA BIOÉTICA.....	9
1.1 ANTECEDENTES DE LA ÉTICA MÉDICA.....	9
<i>1.1.1 MEDICINA HIPOCRÁTICA.....</i>	<i>10</i>
<i>1.1.2 MEDICINA GRIEGA.....</i>	<i>12</i>
<i>1.1.3 EL SER HIPOCRÁTICO.....</i>	<i>13</i>
<i>1.1.3.4 JURAMENTO HIPOCRÁTICO.....</i>	<i>15</i>
<i>1.1.4 ALGUNAS OTRAS CULTURAS.....</i>	<i>18</i>
1.2 MEDICINA MEDIEVAL.....	20
1.2.1 MEDICINA MONÁSTICA Y ESCOLÁSTICA.....	20
1.2.2 MEDICINA Y TEOLOGÍA.....	23
1.2.3 ANTECEDENTES MEDIEVALES DE GÉNEROS ÉTICOS.....	24
1.2.3.1 JURAMENTOS.....	24
1.2.3.2 GENERO CONSILIAR.....	25
1.2.3.3 ANTECEDENTES EN LA EDAD MEDIA SOBRE LAS REGULACIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL	26
1.3 MODERNIDAD.....	27
<i>1.3.1 LA MORAL EN LA MODERNIDAD.....</i>	<i>28</i>
<i>1.3.2 DEONTOLOGÍA MÉDICA.....</i>	<i>29</i>
1.4 DE LA ÉTICA MÉDICA A LA BIOÉTICA.....	30
<i>1.4.1 ÁMBITOS DE COMPETENCIA DE LA BIOÉTICA.....</i>	<i>33</i>
<i>1.4.2 NIVELES DE LA BIOÉTICA.....</i>	<i>34</i>

1.4.3 DIVISIONES DE LA BIOÉTICA.....	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37
CAPÍTULO 2. SITUACIÓN ACTUAL DE LA BIOÉTICA COMO ASIGNATURA EN LAS ESCUELAS Y FACULTADES DEL PAÍS.....	38
CAPÍTULO 3. COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.....	60
3.1 DECRETO DE CREACIÓN	60
3.2 PROCEDIMIENTO.....	63
3.3 ESQUEMA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	67
3.4 ESTADÍSTICA DE CONFLICTOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE, MANIFESTADOS POR QUEJAS RECIBIDAS EN CONAMED.....	69
3.5 CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	79
3.5.1 ANTECEDENTES DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	81
3.5.2 CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO EN MÉXICO.....	84
3.5.2.1 BASES LEGALES DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	86
3.5.3 ELEMENTOS BÁSICOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	88
3.5.4 FUNDAMENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	92
3.5.5 OBSTÁCULOS PARA LA ADECUADA INTEGRACIÓN DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	93
3.5.6 UTILIDAD DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	94

3.4.7 VENTAJAS DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.....	94
BIBLIOGRAFÍA.....	95
CAPÍTULO 4. BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO.....	96
4.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL VALOR.....	96
4.2 AXIOLOGÍA.....	99
4.2.1 CORRIENTES SUBJETIVISTA, OBJETIVISTA Y ECLÉCTICA DE LA CONCEPCIÓN DE LOS VALORES.....	101
4.2.2 JERARQUIZACIÓN DE VALORES.....	103
4.3 VISIÓN INTERNACIONAL.....	106
4.4 PERSPECTIVAS EN MÉXICO DE LA EDUCACIÓN EN VALORES.....	109
4.4.1 LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN COMO PROMOTORES DE VALORES DE INTEGRIDAD.....	114
4.4.2 PROGRAMAS DE INTEGRIDAD Y CÓDIGOS DE HONOR.....	117
4.4.3 VISIÓN EN MÉXICO DE LA EDUCACIÓN BIOÉTICA EN BIOÉTICA.....	119
BIBLIOGRAFÍA.....	124
CAPÍTULO 5. PROPUESTA DE UN CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA ODONTÓLOGOS.....	126
ANTECEDENTES Y DEFINICIÓN DE LOS CÓDIGOS.....	126
5.1 PRINCIPIOS GENERALES.....	132

5.2 CONDUCTA BIOÉTICA DEL ODONTÓLOGO Y OBLIGACIONES DE ATENCIÓN.....	134
5.3 DERECHOS DE LOS ODONTÓLOGOS.....	136
5.4 URGENCIAS.....	137
5.5 CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	138
5.6 HONORARIOS.....	139
5.7 LIMITACIONES PROFESIONALES.....	140
5.8 SECRETO PROFESIONAL.....	140
5.9 RELACIONES PROFESIONALES CON OTROS COLEGAS Y CON LAS INSTITUCIONES.....	142
5.10 EL ODONTÓLOGO Y SUS RELACIONES CON EL PERSONAL AUXILIAR	
5.11 PUBLICIDAD.....	145
5.12 INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS.....	146
BIBLIOGRAFÍA.....	148
CONCLUSIONES.....	149
BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	152

INTRODUCCIÓN

La Bioética es el “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales”, según la definición de uno de los pioneros más importantes, Potter.

La Bioética es mucho más que esta definición, y afortunadamente, ya comienza a haber profesionales en este ramo con verdadero interés de introducirla a la curricula de las carreras universitarias, y Odontología no es la excepción. Probablemente quienes tengan estos deseos hayan sido cautivados por los vastos temas en los que se encuentra inmersa la bioética, así como sus campos de aplicación.

Espero que con la elaboración de este documento, se despierte la inquietud de conocer más acerca de la Bioética, ya que este trabajo es sólo una noción del amplio mundo de esta ciencia.

Cada capítulo de esta tesis podría ser por sí mismo, tema de una tesis completa, sin embargo, se trató de extraer de la literatura, lo más relevante y de utilidad para Odontología.

El camino que ha recorrido la Bioética para convertirse en disciplina independiente de la Ética Médica, ha sido un ejemplo verdadero de los procesos evolutivos de las diferentes culturas del hombre, y del hombre en sí mismo como individuo pensante y comprometido con su entorno. Ahora el hombre también es consciente de los estragos que el mismo puede crear sobre la naturaleza, y peor aún, con sus iguales, es decir, los estragos del hombre sobre el hombre.

El Primer Capítulo es un recorrido histórico desde la Ética Médica Hipocrática, de la cual, la Bioética nace discreta y calladamente. Podremos notar que la intención del Juramento Hipocrático, entre otras, era sensibilizar al practicante de medicina sobre el trato humano con el paciente e introducir el secreto profesional. Sin embargo, es sumamente paternalista -lo que termina por aniquilar el principio de autonomía-, y condena a un castigo divino a quien no cumpla sus preceptos, basados en un estilo pendiente de la etiqueta, que por supuesto, se adecua con el pensamiento de esa cultura y momento histórico determinado. Ahora, no está tan cercana a los conceptos bioéticos actuales y a pesar de ello, lleva los indicios bioéticos de beneficencia, no maleficencia y secreto profesional.

Un proceso evolutivo importante para la ética en el ramo de la salud, se da en la Edad Media, al emitirse las primeras regulaciones sobre el ejercicio de la profesión. Es en esta etapa cuando se institucionaliza la práctica médica, en donde el cristianismo tuvo una influencia verdaderamente importante en cuanto a la enseñanza del arte de curar, bajo el concepto de benevolencia y ayuda al prójimo, así como en el principio bioético de justicia.

El surgimiento de la bioética como tal, casi podría decirse que comienza cuando el mundo se hace consciente y se lamenta por las atrocidades nazis, en el ámbito de la pseudo investigación científica. Así se manifiesta un estado de alerta en contra de una sociedad que ha rebasado los límites del respeto a la vida humana y en donde la ciencia se usa como la peor arma en contra de los seres vivos del mundo.

Estos hechos, exhortan por sí mismos a serios pensadores a la reflexión moral, y mejor aún, a una pluralidad que lleva implícita la diversidad cultural que conduce al diálogo.

Debido a esta forma dialógica que caracteriza a la bioética, esta tesis toma cuatro puntos importantes para la Odontología.

En primer lugar, se tuvo la inquietud de conocer la situación actual de la Bioética como asignatura en la mayoría de las escuelas y facultades del país.

Este tema pertenece al segundo capítulo y los resultados de este sondeo podrán ser punto de partida para nuevas líneas de investigación en el tema, dando pie a nuevas propuestas educativas en Bioética, y ofrecernos un panorama nacional de cómo es que las mismas escuelas facultades consideran a la Bioética.

Siguiendo con esta forma dialógica de la Bioética, el segundo punto, fue el reflexionar sobre la comunicación odontólogo-paciente. Es por ello que el tercer capítulo, hace mención de la situación del Departamento de Estomatología de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), con la finalidad de tomar conciencia de las fallas más usuales que, como profesionales de la salud, cometemos con nuestros pacientes. Así mismo, debido a que el origen más frecuente de las quejas es la falta de comunicación entre ambas partes, se habla muy a conciencia del consentimiento válidamente informado.

Se detectaron algunos conflictos en el ejercicio profesional para con nuestros pacientes. Por esta razón, se decidió hablar de los valores dentro de la formación académica, ya que como se menciona en el cuarto capítulo, en un sondeo que se realizó en el país, los mismos alumnos consideran al catedrático universitario como el ejemplo más contundente del comportamiento a seguir, ya sea correcto o incorrecto. Esto nos parece de suma importancia para Odontología, ya que durante nuestra formación, estamos en contacto directo con el catedrático en las clínicas de práctica con paciente, y son ellos, los profesores, quienes guían por completo los procedimientos operatorios y quirúrgicos, que se convertirán en nuestro ejercicio profesional diario.

Por último, teniendo como antecedentes estos tres puntos (la situación actual de la Bioética como asignatura; los conflictos en la relación médico-paciente, los valores dentro de la

formación académica), se generó la inquietud de un cuarto punto, una Propuesta de Código de Bioética para Odontólogos. Esta Propuesta es sólo un bosquejo de lo que podría considerarse algún día como un Código formalmente establecido, después de la reflexión y el diálogo entre odontólogos comprometidos con su ejercicio profesional. Es una manera de expresar el deseo de tener a una comunidad odontológica aún más comprometida con sus pacientes y su entorno, e incluso, más comprometida entre los mismos colegas.

Afortunadamente, se está tomando verdadera conciencia de lo que representan los Códigos de Ética para cada rama de las Ciencias de la Salud. Incluso, en el Plan de Salud 2001-2006, expedido por Decreto Presidencial, hace mención en el punto 4.1, que se debe adoptar un Código específico para cada especialidad de los profesionales en salud.

Además, para que este Código se llegase a establecer, se debe tener presente que sólo se trabaja con eficacia en una disciplina, cuando se conocen profundamente sus principios, e incluso, como menciona el Dr. Lolas, “olvidarlos en cierta medida”, con la finalidad de romper con algunos estereotipos o prejuicios que no permitan replantear y mejorar dicha disciplina.

Ana L. Buendía L.

CAPÍTULO 1

HISTORIA DE LA BIOÉTICA

1.1 ANTECEDENTES DE LA ÉTICA MÉDICA

Desde hace ya miles de años que los médicos y la sociedad, han tomado conciencia de los aspectos morales de la práctica médica.

Los primeros documentos que se preocupan por consideraciones éticas en el ejercicio de la medicina, son los papiros egipcios del S. XVI a. C., aproximadamente, y constan ya de una metodología para establecer diagnóstico, tomar decisiones acerca de “tratar o no tratar”, así como si la terapia a seguir “pudiera ser apropiada”. Los médicos seguían las normas de estos primeros papiros, y aún cuando no acertara, si su paciente moría, no era considerado culpable, y por otra parte, si no seguía los preceptos contenidos en estos papiros e intentaba un nuevo método de tratamiento, y el paciente moría, podía él, incluso, hasta perder la vida. En Mesopotamia la medicina se desarrolló en forma paralela a su crecimiento en Egipto. Hammurabi, quien fue uno de los principales reyes de Babilonia, redactó, hace aproximadamente 2000 años, un código de leyes que gobernaban a los que practicaban la medicina y la cirugía, e históricamente, lo escribió 500 años antes de que Moisés recibiera los diez mandamientos y los llevara desde el Monte Sinaí. Incluso, desarrolló un sistema de

precios en cirugía, que iba de acuerdo con el estado social del paciente, además de establecer medidas punitivas para aquellos que emplearan una mala técnica.

Por otra parte, las sociedades egipcias y babilónicas elaboraron reglamentos y sanciones para controlar a los cirujanos y sus actividades; gran parte de la tradición médica judaica se basó en los preceptos mesopotámicos. Después del periodo del servilismo en Egipto, estos preceptos incorporaron ideas provenientes del sistema egipcio.

Quienes tomaron la experiencia de egipcios y babilónicos, fueron los griegos.¹

1.1.1 MEDICINA HIPOCRÁTICA

Existe una característica pragmática acerca de la filosofía griega, en la cual, Platón aseguraba que mentir era aceptable desde un punto de vista médico cuando era en “bienestar” del paciente, e incluso, la podía considerar como parte del tratamiento.

Los griegos daban un sentido secular a la medicina, a excepción de Esculapio, ya que recomendaban un cierto nivel de tratamiento para todos, dejando lo óptimo para los que formaban parte de la elite, a diferencia de los cristianos, que daban énfasis en la misma calidad del tratamiento para todos, como en su momento lo había hecho Esculapio.¹

Hipócrates (460-377 a.C.), inició una escuela reflexiva en la medicina al imponer el método científico por medio de una observación cuidadosa del paciente y redactó junto con sus discípulos el juramento hipocrático, el cual hace énfasis en la naturaleza individual del hombre al incorporar un código moral a los aspectos médicos.

Así la medicina hipocrática se hace responsable del paciente como individuo, iniciando una manera paternalista benigna que se desarrolló en la medicina del mundo oriental.¹

El origen de la medicina hipocrática tiene dos versiones: la primera relata que los templos de Asclepio se convirtieron en la cima de un arte de curar desacralizado e independizado de

la casta sacerdotal. La otra versión, relata que la técnica médica se formó en familias de artesanos como la de los carpinteros o herreros, que hicieron la escuela laica o profesional de su pericia como servicio público.

Puede ser que también sea un símbolo de la efectiva y armónica coexistencia entre la medicina sacerdotal y la quirúrgica o artesanal la figura del “divino y diestro” Centauro Quirón como uno de los “primeros inventores” de las artes o *tekhnai*, incluida en la primogénita del curar.

Parece ser que en Grecia la medicina no estuvo tan subordinada al sacerdocio como en Egipto, Mesopotamia o Israel, ni tampoco el médico hipocrático fue el resultado de la evolución histórica relevante del sacerdote en esas sociedades.

El hecho históricamente relevante de la medicina hipocrática, es su progresiva transformación, desde una *tekhné* que empezó con un modesto sentido de oficio manual o artesanía, hacia el más ambicioso cometido de *sofia* y al mismo tiempo el ascenso del status médico, que va desde el quiropráctico al intelectual.

Los médicos artesanos cedieron el lugar a los médicos científicos.

A partir del helenismo, los escritos hipocráticos tienen el estilo sofisticado de la medicina filosófica y la idea del médico escolástico o académico no sólo toma fuerza, sino entra en la sociedad como una realidad social.

Este cambio intelectual y profesional de la medicina hipocrática se debe a la relación de la filosofía y su participación en los ideales de la cultura griega, que para este caso, comprenden el reparto del hombre en cuerpo y alma con sus respectivos pedagogos, filósofos y médicos, estos últimos poseedores de la ciencia y el arte del cuidado corporal, como la gimnasia y el régimen de dieta sana que forma al varón virtuoso.

La filosofía es la matriz ideológica de la medicina. ²

1.1.2 MEDICINA GRIEGA

Uno de los médicos más legendarios de los griegos, Esculapio, daba más importancia al arte y a la magia que a la ciencia, incluso visitaba a los enfermos disfrazado de serpiente. Se puede decir que él heredó a los griegos este modo de ver la medicina, y la mayoría de los médicos griegos desarrollaron entonces, un sistema de tipo empírico más que científico, e incluso, pocos desarrollaron este último nivel.¹

Jaeger es uno de los pioneros en reflexionar sobre la medicina griega. Considera que en Grecia, la medicina no fue sólo una profesión entre las demás, ya que allí tomó un rol diferente jamás representado en otras culturas.³ Este rol no es más que el paradigma médico-filosófico en la tradición antigua, en donde la medicina y la filosofía tienen en común la dualidad; saber y sabiduría, ciencia y forma de vida, unidas por la cultura clásica como ideal.

Demócrito mencionó: “La medicina cura las enfermedades del cuerpo, la filosofía libera el alma de las pasiones”, y esta frase tiene continuidad a lo largo de las relaciones que en la antigüedad mantienen la filosofía y la medicina.

Ya los griegos tenían el concepto de salud como equilibrio e igualdad de derechos, y el concepto de enfermedad como desequilibrio y monarquía, es decir, el pensamiento griego tenía muy claro su ciclo político-filosófico-médico. Es por eso que Platón y Aristóteles tienen un concepto médico-filosófico.

El modelo médico griego, incluye tres campos, la física, la lógica y la ética, ya que la medicina estudia a la medicina en general y a la naturaleza humana en particular, dando

lugar así, a los conceptos de salud y enfermedad, natura contra natura, y la idea normativa universal de la Physis -visión de la naturaleza de las cosas como cosas de la naturaleza-, y que proviene del verbo *phyein*, que significa hacer, crecer o brotar.

Platón y Aristóteles postulan, en individual al mismo tiempo universal, el conocimiento sensible: el sentido común del arte médico que se resume en criterios de verdad y en una conciencia de falibilidad del juicio en el diagnóstico como la construcción de signos y síntomas.

La práctica médica forma lo material y lo formal de la ética griega, en donde lo material son los bienes de la medicina y lo formal es la coincidencia médico-filosófica de la racionalidad práctica, científica, casuística y prudencial que es la ética como disciplina.

El concepto griego médico-filosófico, es el logro de una medicina hipocrática que supo asimilar muy ampliamente la cosmovisión naturalista, y así poder normalizar racionalmente la vida individual y social.

1.1.3 EL SER HIPOCRÁTICO

La medicina dio un prestigio intelectual y social al médico, y esta es una de las razones de la existencia de un Corpus Hippocraticum, que son escritos llamados deontológicos.

En esta clase de textos, podemos encontrar dos formas distintas de moral, que además, se contraponen, y son la ética y la etiqueta. La diferencia es que en la ética, hay filantropía, es decir, una moral altruista del amor a la humanidad, cuyo fin principal es el bien del enfermo y pide al médico virtudes humanitarias de compasión, respeto y honestidad. Por otra parte, está la ética de la filotecnia o etiqueta, que es una moral egoísta o el interés profesional, que

tiene como objetivo sólo la reputación del médico a través de una imagen decorosa o buena apariencia por su forma de vestir, carácter y conducta.

Eldestein en "The Professional Ethics of the Greek Physician" ⁴ menciona que el ethos hipocrático fue evolucionando, y pasó por dos fases. Los escritos del Corpus Hipocrático van del S. V al I a.C., y que la mayoría de los documentos con contenido deontológico son posteriores al S. IV., es decir, periodos helenísticos y principios de la era cristiana. El contenido de estos documentos llevan una elevada conciencia profesional y filosófica, en cambio, en la ética hipocrática primitiva o clásica, es decir, del S. V a.C., se aleja de los ideales del humanismo médico tradicional, no es una ética de la intención, sino del resultado o éxito técnico. Las reglas de la conducta médica se ajustan a la moral de la eficacia que afianza la fama del médico, porque éste es considerado un artesano como otros artesanos, pero juzgado por su pericia y competencia en el arte.

La otra fase o período del ethos médico se da al reevaluarse las artes y los oficios, junto con la transformación de la práctica médica en empresa científica y cultural.

La medicina se convierte en profesión entre los S. III a.C. y II d.C., y se ubica en el rango más elevado de la filantropía de las artes, por lo tanto, el médico ya no es sólo un virtuoso técnico, sino un virtuoso moral.

Se puede observar la conversión al humanismo médico por la influencia en los textos de las escuelas filosóficas, sobre todo pitagóricos y estoicos, quienes tienen una gran influencia cristiana, que incluso llevan al ethos hipocrático como un nuevo estado sacerdotal.

Jackie Pigeaud, en "La maladie de l'ame. Etude sur la relation de l'ame et du corps dans la tradition médico-philosophique antique", ⁵ menciona que la medicina y la ética no se

desarrollaron como dos técnicas diferentes, sino que permanecieron profundamente ligadas por una cierta concepción del hombre.

1.1.3.4 JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Es un escrito de Occidente. Forma parte del Corpus Hipocraticum, que son una colección de escritos médicos de la época recopilados en el S. III a. C. por la Biblioteca de Alejandría y editados íntegramente (54 textos) por Littré el siglo pasado.² Estos textos fueron escritos por varios médicos de la época.⁶

Los textos originales tiene la estructura “canónica” de un juramento, es decir, la afirmación o negación de algo poniendo a Dios u otra figura suprema como testigo. Está formado por ocho cláusulas que se ordenan en cuatro partes:

1. Invocación:

A los dioses sanadores, divinidades tutelares y hasta a los “primeros inventores” del arte de curar, como son Apolo, Esculapio, Higinia y Panacea, sin embargo, no se les invoca en auxilio de cura de enfermos.

2. Compromiso:

Es el pacto entre la comunidad docente y profesional, son las obligaciones que adquieren entre sus miembros, ya sean colegas, maestros y discípulos y las relaciones entre su núcleo familiar individual. El médico debe fidelidad al maestro y restringir la enseñanza a una elite, y al mismo tiempo, el amor y desinterés en la transmisión del saber.

3. Código:

Que son los deberes del médico hacia el paciente según sus tres ramas: dietética, -que se refiere a los principios de beneficencia y no maleficencia; farmacéutica, -que se refiere a los a la administración de fármacos, e incluso remedios y venenos, así como la inviolabilidad de la vida, donde prohíbe el aborto y la eutanasia, así como el deber de la pureza y la santidad en la vida; y por último, la rama quirúrgica, -que es la intervención manual.

Por lo tanto, articula el arte de curar en estas tres ramas y la naturaleza de la relación terapéutica, que son ayuda y respeto.

El Código está basado en una afirmación positiva: “viviré y practicaré mi arte en forma santa y pura”, y a su vez tiene su base en las siguientes prohibiciones: perjudicar, matar, abortar, operar, fornicar y divulgar.

4. Demanda:

Pide la recompensa por el cumplimiento del juramento y la pena por su incumplimiento, centradas en la moral del bienestar y el prestigio.

No se sabe si el documento es auténtico o retocado, o a quiénes se imponía y en que momento, ni tampoco su fuerza obligante, ya que incluso existe incongruencia en ciertas cláusulas, como la prohibición del aborto y la eutanasia, que eran aceptadas por la moral greco-romana, así como la prohibición de la cirugía, que fue de excelencia entre los hipocráticos.

Ya aquí se habla del secreto profesional o “silencio pitagórico”.

La reescritura del juramento hipocrático lleva ya veinte siglos vigentes en las más distintas lenguas, épocas y culturas que lo tomaron como legado, incluso en los juramentos de Ginebra.

Mainetti, hace referencia a que el cambio bioético, tanto en la en la práctica médica como en las actitudes sociales “se contraponen al paternalismo e individualismo del código hipocrático, más allá del principio de beneficencia y la teoría de la virtud tradicionales. Sin embargo, constituye un actual desafío la propuesta de modelos alternativos al juramento hipocrático”.²

En resumen, el juramento Hipocrático dice:

“Juro por Apolo médico, Asclepio y por Higía, por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándolos por testigos, que cumpliré en la medida de mis posibilidades y de mi criterio, el juramento y mis compromisos siguientes:

Considerar a mi maestro en medicina como si fuera mi padre; compartir con él mis bienes y, si llega el caso, ayudarle en sus necesidades, tener a sus hijos como hermanos y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo, sin gratificación y compromiso; hacer a mis hijos partícipes de los preceptos, enseñanzas orales y demás doctrinas, así como a los de mi maestro, y a los discípulos comprometidos y que han protestado juramento según la ley médica, pero a nadie más.

Dirigir el tratamiento con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes en la medida de mis fuerzas y de mi juicio, y abstenerme de toda maldad o daño.

No administrar a nadie un fármaco mortal, aunque me lo pida, ni tomar la iniciativa de una sugerencia de este tipo. Así mismo, no recetar a una mujer un pesario abortivo; sino por el contrario, vivir y practicar mi arte de forma santa y pura. No castraré ni siquiera a los

pacientes enfermos de cálculos, sino que los dejaré en manos de quienes se ocupan de esas prácticas.

Al visitar una casa, entrar en ella para bien de los enfermos, manteniéndome al margen de los daños voluntarios y de actos perversos, en especial de todo intento de seducir a muchachos y mujeres, ya sean libres o esclavos.

Callar todo cuanto vea y oiga, dentro y fuera de actuación profesional, que se refiere a la intimidad humana y no deba divulgarse, convencido de que tales cosas deben mantenerse en secreto.

Si cumplo este juramento sin faltar a él, que se me conceda gozar de la vida y de mi actividad profesional rodeado de la consideración de todos los hombres hasta el último día de mi vida; pero si lo violo y juro en falso, que me ocurra todo lo contrario”⁷

1.1.4 ALGUNAS OTRAS CULTURAS

En cuanto a otras culturas, también existen los códigos médicos hindúes, parecidos a los de los babilonios y griegos, y uno de los primeros decía: “día y noche, tú darás lo mejor de ti para los pacientes, y esto lo harás con todo tu corazón y con toda tu alma. Nunca abandonarás a tu paciente, nunca lesionarás a un paciente, aún pensando que esto sería lo mejor para su vida”. Esta frase es muy parecida a los conceptos de Hipócrates: “por lo que se refiere a las enfermedades, haz un hábito de dos hechos, ayudar, y si no puedes, al menos no lesionar”.

Por otra parte, la medicina china, con una herencia de más de mil años, había ya determinado preceptos similares, como se establece en un código de medicina redactado 200 años a.C.: “misericordia del enfermo y obligación de disminuir el sufrimiento entre todas las clases, viejo o joven, bello o feo, enemigo o amigo, nativo o extranjero, educado o

no educado. Todos deben ser tratados de igual forma”. “El médico debe ver sobre la miseria de sus pacientes, como si fuera su propia miseria”. Estos preceptos son muy parecidos a lo descrito por Esculapio y a los primeros cristianos.

Los romanos dieron grandes aportaciones en el campo de la salud pública. Los aspectos de ingeniería sanitaria se consideraron como realizados por el estado y responsabilidad de la sociedad. Galeno, un médico de origen griego que trabaja en Roma, intentó llevar la medicina por un camino hipocrático, incluso, gracias a su influencia, sus dogmas forman la filosofía médica prevalente. Sin embargo, hubo muy poca innovación, estatizándose el conocimiento. Era de carácter obligatorio aprender los protocolos de Galeno para todos aquellos que iniciaban en el campo de la medicina. ¹

1.2 MEDICINA MEDIEVAL

Continuamos con la Edad Media, en donde la mayoría de los médicos se guiaban por los principios galénicos, lo que no se impugnó hasta Vesalio en 1543, época en la que la medicina y la filosofía avanzaron principalmente gracias a los árabes, cuando se trasladaban por la franja del Mediterráneo a España.

Avicena y Rhazes, ambos persas, filósofos y médicos, observaron detalladamente las características de las enfermedades, por ejemplo, Rhazes diferenció la viruela de la varicela, y Avicena, redactó un famoso compendio de conocimientos médicos de la época y más de cien tratados médicos.¹

Por otra parte, el cristianismo tuvo aportaciones importantes en la institucionalización de la medicina en Europa medieval de Occidente. Virtudes teologales como la caridad, fe y esperanza, son el origen de instituciones médicas como: asistencial, profesional y académica, en donde la asistencial, se refiere a la médica organizada bajo el principio de caridad cristiana.

1.2.1 MEDICINA MONÁSTICA Y ESCOLÁSTICA

La medicina medieval se divide en monástica y escolástica. La etapa monástica comprende el periodo los siglos V-IX, y la escolástica, que a su vez se divide en preuniversitario (o profesional) y universitario (o académico), comprende el periodo que comprende el final

del siglo XI al XIV. Es en esta última etapa cuando se inician los grandes centros médicos laicos, en el S. XI, y la medicina de las universidades a partir del siglo XIII, cuando se hace una diferenciación entre el arte médico y el arte académico.

La medicina monástica se basa en el principio filantrópico de los hospitales. Fue el obispo Basilio, quien en Cesárea de Capadocia, institucionalizó la asistencia caritativa, gratuita e igualitaria, sin hacer discriminaciones por raza, credo o clase. Sin embargo, se prohibió ejercer la medicina a los clérigos en el siglo XI.

Al iniciar la etapa escolástica, comienza la medicina como profesión, surgiendo a su vez, las primeras escuelas médicas de Salerno, Chartres y Toledo, así como también las primeras regulaciones en la enseñanza y ejercicio profesional del médico, que contempla normativas como la titulación y licencia oficial, promulgadas por Federico II y aplicarse en el reino de Sicilia en el año de 1240,² encaminó al Estado como Rector de la Medicina, formulando normas progresivas para la educación, entrenamiento de médicos, metodología para la práctica, costo de sus servicios, e incluso mecanismos para asegurar la pureza de los medicamentos.¹

Este modelo fue adoptado por universidades y organizaciones profesionales desde entonces.

Las primeras universidades eran instituciones eclesiásticas, por supuesto, con modelos canónicos que incluían Teología, Derecho, Medicina y Artes.

La medicina Bajomedieval alcanza un conciente profesionalismo en cuanto a la responsabilidad de virtualidad sanitaria y servicio pública desafiando las enfermedades y epidemias.

La ética médica escolástica comenzó a formular reglas conforme a la moral cristiana, con base en tratadistas médicos de la época como Arquimateo (que era salernitano) o Arnau de

Vilanova (escolástico), así como legislaciones civiles decretadas por Federico II, el derecho canónico y la literatura teológico-moral.

Según Argerami, los deberes médicos estaban divididos en tres categorías:

- a) La obligación moral de asistencia gratuita a los pobres y a su vez, regulación de honorarios.
- b) Compromiso a atender las necesidades religiosas del paciente como confesiones, unión sacramental, preceptos de ayuno y abstinencia,
- c) Responsabilidades civiles de competencia y diligencia, con sanciones por la legislación del ejercicio profesional.²

En Londres, en el año de 1520, se elaboró un código penal para médicos, redactado por el Real Colegio de Médicos de Londres, en donde la palabra “penal” fue cambiada por la palabra “ético” en 1543 para minimizar la idea de la implicación de actividad criminal.

Así, en 1796, Samuel Bard, médico que pertenecía a la Asociación Médica Norteamericana, la cual se fundó para elevar la calidad de la educación médica y mejorar la eficacia de la práctica y cuyo código se basaba en el del Colegio Real de Londres, enunció un discurso acerca de los deberes del médico, el cual se incluyó en el código de ética de su Asociación.¹

Es importante destacar la ética prudencial o de etiqueta característica de esta época, que pone atención en los intereses profesionales más que en los altruistas, y se habla más también del poder terapéutico, honorarios y hasta requerimientos espirituales del paciente.

1.2.2 MEDICINA Y TEOLOGÍA

El mundo medieval, relacionaba la medicina con el cristianismo, e incluso, de tal relación, los paganos daban el nombre a la medicina de “religión de los enfermos”, y a su vez, al cristianismo se le relaciona como “religión médica”, por su implícito arte de curar, incluso, hasta en su mensaje de salvación, en donde hay un curador y un curado.

La religiosidad se “medicaliza”, demostrando el poder divino del Salvador en sus curaciones milagrosas, además de exhortar a la caridad como tarea asistencial. Ve al ser como una dualidad de cuerpo y alma.

Mahoma, decía que sólo había dos ciencias, la teología –para la salvación del alma-, y la medicina –para la salvación del cuerpo.

También se hace relación entre la enfermedad y el pecado, es decir, el enfermo había pecado y su castigo era la enfermedad, siendo un modelo que materializa el pecado y moraliza la patología, considerando así, el pecado como “enfermedad del alma”, y la enfermedad como “pecado del cuerpo”.

De esta época, según Mainetti,² surgen similitudes entre el “juicio clínico” y la religiosidad por técnicas parecidas como el examen de conciencia y la anamnesis, la oración medicinal y la confesión por palabra, penitencia y régimen correctivo.

A partir del siglo XII, decayó el ethos filantrópico de la medicina por que se convierte en un ejercicio lucrativo y la consiguiente discriminación estamental de la asistencia médica.

1.2.3 ANTECEDENTES MEDIEVALES DE GÉNEROS ÉTICOS

1.2.3.1 JURAMENTOS

El juramento hipocrático se quedó en el pasado como una encarnación del humanismo y el ethos médicos.

Hasta las regulaciones de Federico II, el ejercicio profesional estuvo al margen de la normatividad legal, civil o penal con una doble moral: ética altruista y etiqueta estratégica.

Durante el período del Medioevo, el juramento hipocrático tiene influencias sobre varias culturas, e incluso da el formato para el género de juramentos. Con contenidos éticos como teoría de la virtud, teoría normativa de acción y la ética deontológica profesional.

Caraza, médico hindú del S. I d.C. redactó el “Juramento de Iniciación”, que al igual que el hipocrático, lleva en su contexto la doble obligación maestro-discipulo y médico-paciente.

Habla de santidad y pureza, sin embargo, no lleva el deber de asistencia a los pobres.

Otro legado, es el juramento hebreo del S. VI, el Juramento de Aspa, en el que habla de la ética en la relación terapéutica, el papel del sacerdocio, la santidad, y virtudes como humanidad, compasión, fe y esperanza religiosa.

En las escuelas médicas medievales como Salerno, París y Montpellier se redactaron juramentos con los principios de las escuelas escolásticas, como la relación pedagógica y los deberes profesionales y expresaban virtudes de probidad, honestidad, respeto, valores de salud y vida.

1.2.3.2 GENERO CONSILIAR

Es un género de la Baja Edad Media en Europa, hacia el S. XIII. Este tipo de literatura médica son una serie de consejos que médicos experimentados dejaban a sus pupilos, redactados como manuales o guías y con historias clínicas para ejemplificar.²

Este género surgió debido a que muchos de los estudiantes, "...aprendían a curar enfermos como buenamente podían; y los más afortunados, los que lograban sentarse en los bancos de un *studium generale*, comenzaban no pocas veces su ejercicio público sin haber visto por sí mismos un solo paciente...", según Lain.⁹ Así, dándose cuenta del problema, los más experimentados dejaban plasmadas sus experiencias diagnósticas y terapéuticas redactándolos como consejos.

Es en este siglo, también se escribe sobre la ética de etiqueta. A mediados del 1200, Arnau de Vilanova, de la escuela escolástica, impregna su espíritu conciliar de las reglas de ética en la práctica médica, esta ética de etiqueta o prudencial, habla pintorescamente de los modales y poses y que se deben tener junto al lecho del paciente, e incluso, de las probables "trampas" que el paciente pueda tenderle al médico para probar sus conocimientos.

Henri de Mondeville,⁸ en su libro "Sobre la moral y la etiqueta de los cirujanos", da recomendaciones para el cobro de honorarios.

Quizá esta serie de consejos fueron redactados en parte, para el fortalecimiento y credibilidad del médico ante la sociedad medieval, ya que en esta época, el médico estaba desprestigiado, un tanto por el comportamiento de los romanos, ya que incluso, se identificaba al médico como un gladiador.

Como otros datos que la Edad Media dio a la etiqueta médica, se encuentran escritos en los que el médico lleva implícitos deberes religiosos como confesión sacramental, que la referían como de carácter obligatorio e incluso, en caso de no cumplirla, podrían ser penalizados por el poder civil, incluso, esta orden fue dada por los Reyes Católicos.²

1.2.3.3 ANTECEDENTES EN LA EDAD MEDIA SOBRE LAS REGULACIONES DEL EJERCICIO PROFESIONAL.

La medicina como profesión nace en Sicilia, cuando Rogelio, en 1140 exige en su reino un examen obligatorio y de carácter oficial para poder ejercer la profesión. Es aquí donde empieza el carácter de autorregulación para determinar quién pertenece al gremio y cómo deben comportarse. Requisitos como diploma universitario e incluso, licencia gubernamental, 3 años de estudio, realizar prácticas bajo la supervisión de un médico experimentado, fueron expedidos por Federico II en 1240,^{1,2} para el aprendizaje y enseñanza de la medicina, cirugía y farmacéutica.

Después, se iniciaron los grados académicos de bachiller, licenciado y doctor, que otorgaban licencias para el ejercicio profesional.

Finalmente, la profesión médica dejó de regularse como gremio para instaurarse como colegios. Así nació el Royal Collage of Physicians de Londres,^{1,2} con lo que comienza una nueva historia de la profesión y regulación médica.

1.3 MODERNIDAD

El periodo moderno comprende cinco siglos y procesos culturales: Renacimiento, Barroco, Ilustración, Romanticismo y Positivismo.

Este periodo se caracteriza por transformaciones revolucionarias en el campo socio-económico-político, al igual que en el científico-técnico-industrial, traen consigo la secularización de la vida o el alejamiento del mundo cristiano medieval. Ahora, el desarrollo científico tecnológico y la democratización de regímenes políticos dan un nuevo orden. Las nuevas tendencias son la racionalidad científica y la libertad civil.

En lo filosófico, los tópicos dominantes ya no son la Naturaleza, ni Dios en términos de tradición, ahora es el hombre como sujeto trascendental, con conocimiento y con una moral totalmente autónoma. Ante su concepción de la naturaleza y divinidad bajo el orden natural o sobrenatural, de orden inmutable, jerárquico y perfecto, nace el orden social de un mundo por hacer.

Podemos distinguir que a partir del renacimiento, la dignidad del hombre significa que el mismo es autor, creador y actor de su libertad y autonomía. Ahora la reflexión filosófica corresponde a la razón científica, se toma conciencia del papel que juega al producir conocimiento, y el poder ya no consiste en el *adaequatio* sino en el poder de transformar el mundo.

Con las revoluciones europeas (Inglaterra 1688 y Francesa en 1789), se abre paso la teoría del conocimiento; el pensamiento político del “estado de la naturaleza”, contrato social, soberanía del pueblo y derechos de los ciudadanos.

1.3.1 LA MORAL EN LA MODERNIDAD.

En este periodo se distingue la separación entre ética y religión y pasa de una autonomía de la moral respecto del orden natural y sobrenatural a una moral autónoma crítica, por la vía del empirismo o del racionalismo. Se abren dos alternativas de filosofía moral: una la inicia Hume con la moral del sentimiento y continúa el utilitarismo, fundamentación empírica y consecuencialista, y la otra, es de Kant, con la fundamentación trascendental de la acción, que no es la perfección del ser sino el punto de vista *a priori* de una voluntad buena y autónoma.

En la moral del sentimiento de Hume, las cualidades morales no son propiedades objetivas o reales de las cosas, sino creencias subjetivas cuyo origen es el sentimiento.

Por otro lado, Kant fundamenta que la moral es la reflexión crítica sobre las condiciones de posibilidad del uso práctico de la razón. Para él, lo que importa es la determinación racional de la voluntad. Lo bueno o lo malo, son solo atributos de la voluntad. Aquello que se quiere no cuenta tanto como la forma de quererlo, el querer por deber.

Después de la ética kantiana, que según Mainetti, es formalista y rigorista e inepta para resolver conflictos morales concretos, surge el utilitarismo en los siglos XVIII y XIX, y habla del mejoramiento de las condiciones materiales de la existencia: la felicidad es entendida como bienestar o satisfacción de necesidades, así como la vida moral es como un negocio o calculo de intereses de los placeres. Aquí, la racionalidad científica se aplica a la ética bajo un paradigma económico.

1.3.2 DEONTOLOGÍA MÉDICA.

También es llamada deóntica médica, y se refiere a la teoría del deber, el nuevo estatuto de la moral separada de la ontología, que es la teoría del ser.

Después, Nietzsche introduce el voluntarismo, que es la “voluntad del poder”, así como Heidegger, “voluntad de voluntad”.²

Surge también la nueva idea de la técnica de *sub specie bellum contra natura*, que se refiere a la dominación de la naturaleza y la producción ilimitada de posibilidades y no como imitación, sino como invención.

Otra es la ética de la técnica, que formula la relación entre el deber y el poder, que no se trata de manera negativa de lo que no debe hacerse porque no puede hacerse, al contrario, de manera positiva, de lo que debe hacerse porque puede hacerse.

Por otro lado, junto al prestigio del saber, es decir, las universidades, academias y publicaciones, aumenta el *ethos* cívico-político y la medicina ya como institución social: existe el desarrollo de la Higiene, la medicina desde sus injerencias legales, la intervención del Estado como partícipe de las responsabilidades médicas para el pueblo.

El surgimiento de la deontología o ética médica es un espacio normativo intermedio entre lo privado y lo público, separada del orden religioso y legal para dar lugar a códigos profesionales con la mera intención de regular las relaciones científicas y políticas dentro del personal de salud, de naturaleza normativa para garantizar el prestigio e intereses de cada profesión de la salud.

1.4 DE LA ÉTICA MÉDICA A LA BIOÉTICA

Para poder hablar de cómo se llegó a la bioética a partir de la ética médica, es necesario ubicar y recordar ciertos elementos importantes de la historia de la ética médica, que ya se han mencionado como antecedentes en este mismo capítulo, sin embargo es importante ahora hacer alusión de ellos, para poder articular todos estos hechos que han sido el camino a la bioética.

Se identifican, según Sgreccia,⁶ cuatro etapas previas a la bioética: la ética médica hipocrática, la moral médica con inspiración teológica, las aportaciones de la filosofía moderna y la reflexión sobre los derechos humanos que tuvieron origen en Europa.

El *Corpus Hippocraticum* es el resultado de las aportaciones de varios pensadores y no de un maestro único, y sigue aún vigente, incluso frente a la crítica histórica de la paternidad de la que es característico el pensamiento del contenido del juramento.

Diego Gracia considera el juramento como una expresión propia de la cultura de la época en donde se considera a los médicos por encima de la ley, ya que se daba una jerarquización a la profesión médica como al rey o sacerdote, es decir, una “profesión fuerte” con una “moral fuerte”,⁶ por esa razón es que el juramento tiene un gran sentido religioso, una fundamentación filosófico-teológica que se denomina “paternalismo médico”. Además, otra de sus características básicas es que empieza a hablar de los principios de “beneficencia y no maleficencia”,⁶ que son principios básicos de la bioética, sólo que, en esa época, el médico no necesitaba otra confirmación para el tratamiento prescrito, ni siquiera el del paciente, ya que según Sgreccia, el médico era “custodio inapelable y por encima de la ley”. El juramento fue un canon para la cultura de la Edad

Media y sus juramentos, como el “Juramento de Asef Ben Berachyau”^{2,6} en Siria en el siglo VI, “la oración diaria del médico” de Mamónides (1135-1204) en Egipto o “los deberes del médico” por Mohamed Hasin en 1770 en Persia.

Surge después el antipaternalismo y liberalismo ético por pensadores Hume, Smith, Mell y Gregory, así como una nueva serie de derechos del ciudadano y derechos humanos, con obligaciones, derechos y autonomía para ambos, médico-paciente, así como el principio de justicia.

El cristianismo dio también aportaciones básicas en el espacio sanitario, introduciendo nuevos conceptos y valores a la enseñanza y práctica. Estos nuevos conceptos fueron el del valor de la persona humana o personalismo cristiano, que supera el concepto sólo del alma espiritual y da a la persona una dualidad cuerpo-espíritu, además del concepto de asistencia médica para todos, bajo la bandera de que todos los hombres, hasta el más necesitado es imagen visible de Dios, y ayudar al prójimo es caridad y es tomado en cuenta por Dios,^{2,6} por lo que encabezan la salud pública como “un deber de fraternidad y como una autenticidad de su mensaje” según Sgreccia.⁶ Aquí, la imagen del médico ya no es el que está por encima de la ley, sino es un servidor para la gente que sufre.

De esta forma surge la moral que proclama la sacralidad e inviolabilidad de la vida para cualquier ser humano, así como condenas al aborto, eutanasia, etc., separándose ya de los juramentos y tratados de la Edad Media.

Incluso, la aportación del cristianismo fue tan importante para la evolución de la ética y el nacimiento de la bioética, que, el Papa Pío XII habla a los médicos de dos tópicos, importantes, uno, es el de los crímenes nazis, y otro, es el progreso de la ciencia y de la tecnología que pueden llevar a la destrucción de la vida humana.

Después de la Revolución Francesa, nace el concepto del derecho ciudadano a la asistencia.

Tenemos también el antecedente de Nuremberg en 1946^{1,2,6} en contra de los crímenes nazis que demuestra los excesos de un poder fuera de la moral.

Después de los acontecimientos nazis surgieron dos líneas de normas, que algunos las consideran como el nacimiento de la Bioética. Una de las líneas es la formulación de los “derechos humanos”, y otra es la aprobación de “Códigos de Deontología médica”, redactados por la Asociación médica Mundial (AMM) y Federación de los Colegio Médicos y cuyos contenidos implicaban y pedían una reflexión fundamentada teóricamente, que necesariamente se encaminada a una nueva ciencia: la bioética.

Cabe mencionar que las llamadas Declaraciones, Convenciones y Recomendaciones poseen un compromiso normativo distinto, ya que –y sobre todo las Recomendaciones-, tienen valor jurídico desde el instante en que son admitidas por los Estados, además, tienen un gran contenido ético-cultural.

Entre estos Códigos, podemos recordar el de Nuremberg, 1946, el de ética Médica de Ginebra en 1948, el de Helsinki, sobre experimentación biomédica, la Declaración de Sydney cuyo contenido es de determinación del momento de muerte, todos continuamente actualizados por la AMM, los Principios de ética Médica Europea en 1987.

Finalmente, todos estos acontecimientos históricos de la ética, han dado como legado a la bioética actual sus principios de maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia, aunque claro, cada uno de estos principios, con su propio proceso evolutivo.

La Bioética se nutre con las aportaciones y nuevas reflexiones ético-filosóficas sobre problemas históricos y contemporáneos de medicina, demografía e investigación experimental en el hombre y animal, articulando la ética médica clásica y doctrinas religiosas con los derechos humanos.

Debido a la interdisciplinariedad, se han dado a la bioética varias definiciones, como un movimiento de ideas históricamente cambiantes, o como una metodología de confrontación interdisciplinaria entre ciencias humanas y biomédicas, o tan solo una reflexión de moral, y por el contrario, quienes la consideran como una disciplina autónoma y diferente de la Deontología, Medicina Legal o Derechos Humanos.^{6,2}

La definición de Bioética de la Enciclopedia of Bioethics en 1978 es la siguiente: “Estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizadas a la luz de los valores y principios morales”, y sin embargo, la misma definición haya propiciado los juicios y límites de algunas personas al decir “analizar bajo la luz de los valores y principios morales”, pero a su vez, hace que no se limite a Deontología, Medicina Legal o simples pensamientos filosóficos.

1.4.1 ÁMBITOS DE COMPETENCIA DE LA BIOÉTICA

La Bioética no es una fracción naciente de la ética Médica, ya que es la ética respecto a las intervenciones sobre la vida y salud del hombre en un amplio y extenso sentido. Además, si se quiere avanzar en medicina es de suma importancia la investigación básica en el plano biológico y su relación social con el plano ambiental.

El Documento de Erice (que surgió de la Reunión de Erice, en Italia en 1991), menciona y le reconoce a la Bioética cuatro ámbitos de competencia:

- 1.- Problemas éticos de las profesiones sanitarias,
- 2.- Problemas éticos en las investigaciones sobre el hombre, sin ser necesariamente con finalidad terapéutica,

3.-Problemas sociales inherentes a políticas sanitarias nacionales e internacionales, políticas de la medicina del trabajo y políticas de planificación familiar así como de control de natalidad,

4.- Problemas que se relacionen con la intervención sobre la vida de todos los seres vivos (incluyendo plantas, animales y microorganismos) para el equilibrio del ecosistema. ^{2,6}

1.4.2 NIVELES DE LA BIOÉTICA

Quizá de estos cuatro ámbitos de competencia, hayan surgido los tres niveles de la bioética que menciona Mainetti:

1) Microbioética:

Es la ética médica en *stricto sensu*. Se refiere a la responsabilidad profesional y atención de la salud, con los aspectos morales de la relación terapéutica, como veracidad, confidencialidad, consentimiento, derechos y deberes médicos y del paciente, así como la asignación de recursos.

2) Macrobioética:

Encargada de los problemas ambientales, poblacionales y nucleares.

3) Mesobioética:

Se encarga del análisis de las intervenciones biomédicas en el ser humano, desde antes de que nazca hasta que muere (que se demarcan como temas alfa (contracepción, reproducción asistida, aborto, etc.), temas beta (experimentación humana, transplantes, control de conducta, etc.), y por último, los temas omega (muerte). ²

La deontología en siglo XIX, se basó en dos ideas principales, primero, que la medicina como ciencia es neutra, y que el deber ser del médico lo asigna la moral común con mezcla de un orden religioso, civil y jurídico.

Mainetti menciona que la bioética está demostrando lo contrario: "... que la ciencia y la medicina... es normativa y que se complica con valores; por otra parte, la ética no tiene fundamento uno y último, debe aceptarse consecuentemente el pluralismo moral"², así mismo, Lolas también menciona el pluralismo moral como parte del diálogo, que es fundamental en la bioética.⁹

La bioética, que revoluciona a la ética médica, cumple una dualidad, una es la apertura de la medicina a la normatividad universal de la razón filosófica, y la otra, es la introducción de la filosofía al modelo médico del razonamiento práctico.²

1.4.3 DIVISIONES DE LA BIOÉTICA

Se divide en tres:

- A) La Bioética General; que se encarga de los fundamentos éticos, razonando los valores y principios con origen en la ética médica y fuentes documentales de derecho internacional, deontología y legislación.
- B) La Bioética Especial; que analiza conflictos de mayor magnitud desde un punto general médico y biológico, como ingeniería genética, aborto, eutanasia, experimentación Clínica, etc..
- C) Bioética Clínica o De Toma de Decisiones; que examina la práctica médica en base a los valores adecuados para el caso.

Por lo tanto, la Bioética no es una nueva disciplina con simples opiniones y posiciones éticas sino que se compromete a dar respuestas objetivas sobre criterios racionalmente válidos, bajo una discusión crítica y una orientación normativa. También responde a diversos problemas mediante la organización social de los profesionales de la salud y del derecho. Reconsidera la pregunta sobre el valor de la persona en el ámbito físico, psicológico y espiritual, así como sus prerrogativas, deberes y complementariedad con la sociedad y el ecosistema.

La Bioética, es una ética racional que a partir de la descripción de la información científica, biológica y médica, hace un análisis racional y exhaustivo de la licitud de la intervención del hombre sobre el hombre y su entorno.⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Potter Kutty et al. Introducción a la bioética. Primera Ed. 1997. Méndez Editores, México, D.F.
2. Mainetti José A. Compendio Bioético. Editorial Quirón. La Plata 2000
3. Werner Jaeger. Paideia. los ideales de la cultura griega. Edic. en español. Fondo de cultura económica, México 1957
4. Cf. Rewriting Hippocrates (Guidelines). Bulletin of the Institute of Medical Ethics. Vol. Jun. No. 39, 1998.
5. Pigeud Jackie. La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique. Les Belles Lettres, Paris, 1981
6. Sgreccia Elio. Manual de Bioética. México. Primera Edición. Septiembre 1996. Edit. Diana. Universidad Anahuac
7. Álvarez de la Cadena S. Carolina. Ética Odontológica. UNAM, Facultad de Odontología. Ciudad Universitaria, México D.F.. Segunda Edición, 1998.
8. Henri Mondeville on the Morals and Etiquette of Surgeons, en Ethics in Medicine (Historical Perspectives and Contemporary Concerns). Op. Cit. P.15-16
9. Lolas S. Fernando. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Ciudad Universitaria. Chile, 1998

CAPÍTULO 2.

SITUACIÓN ACTUAL DE LA BIOÉTICA COMO ASIGNATURA EN LAS ESCUELAS Y FACULTADES DEL PAÍS

Uno de los objetivos de este estudio, es determinar la situación actual de la Bioética como asignatura, en los planes de estudio de 56 escuelas y facultades de odontología del país.

Se redactó la encuesta y se personalizó para enviarla a cada Director.

Los envíos se hicieron a través de servicio postal privado, con base en el Directorio de las Federación Mexicana de Escuelas y Facultades 2003, y entre los meses de marzo y abril 2003.

Algunas otras encuestas se mandaron por correo electrónico.

En cualquiera de las dos opciones, se confirmó vía telefónica la llegada de la encuesta, así como se exhortó también a que se participara con la respuesta.

Los resultados que se extraigan de las respuestas, serán de gran importancia para conocer la situación de la Bioética en los planes de estudio de las escuelas y universidades del país, que imparten odontología, estomatología o cirujano dentista.

También se podrá inferir en el concepto que se tiene de bioética, debido a que, las universidades que no cuentan con la materia de bioética como tal, la relacionan a materias como Odontología Legal, que son conceptos diferentes.

Así mismo, quizá sea una forma de evaluar el interés que escuelas y universidades a las que se envió la encuesta, tengan por temas bioéticos o éticos.

A continuación se presenta un modelo de la encuesta que se envió.

México, DF. a 3 de junio de 2003

C.D.,

Director de la Facultad de Odontología de la Universidad....

Presente.

Estimado Director:

En los últimos años, la Bioética, una ciencia que es parte de la evolución de la ética, se ha desarrollado en nuestro país favorablemente.

Se está realizando un sondeo en todas las universidades que imparten odontología en el país, para determinar la situación de la Bioética como asignatura dentro de las universidades.

La información que nos proporcione será de vital importancia para el estudio, ya sea una respuesta afirmativa o negativa. Solicitamos los siguientes datos: Si imparten la materia de Bioética como tal, o la incluyen dentro de otra materia, en que año o semestre se imparte Bioética o la materia relacionada, si es obligatoria u optativa y si su escuela o facultad se rige por un Código de Bioética o Ética y/o tienen Comités de Bioética. Su respuesta será recibida por correo electrónico bioetica@salud.gob.mx o en la Comisión Nacional De Bioética. San Pablo 13. Col. Centro. México DF.

Agradezco de antemano su atención.

RESULTADOS

De las 56 escuelas y facultades del país (obtenidas del registro de FMFEO 2003), a las que se les envió la encuesta, se recibieron exactamente el 50% de las respuestas, es decir, 28 universidades, que fueron las siguientes:

UNIVERSIDAD

Escuela Militar de Odontología, D.F.

FES Iztacala

FES Zaragoza

IPN Santo Tomás

IPN Unidad Milpa Alta

U. A. "Benito Juárez" de Oaxaca

U. A. de Aguascalientes

U. A. de Coahuila

U. A. de Chihuahua

U. A. de Guadalajara

U. A. de Nayarit

U. A. de Yucatán

U. A. del Edo. De Hidalgo

U. Cuauhtemoc, campus Aguascalientes

U. Cuauhtemoc, campus Qro.

U. Cuauhtemoc, Puebla. Fac. de Odon.

U. del Valle de México, Qro.
U. Juárez del Edo. De Durango
U. Latina de México, Celaya, Gto.
U. Latinoamericana
U. Veracruzana **** Minatitlán, Ver
U.A. de Baja Calif., Fac. Odont. de Tijuana
U.A. de Baja California, Mexicali
U.A. Estado de México.
UIC
UNAM, CU
Universidad La Salle Bajío, León, Gto.
UPAEP

Las respuestas se clasificaron por:

1. Nombre de la materia con la que relacionan la Bioética en caso de no contar con Bioética curricularmente.
2. Año o semestre en el que se imparte dicha materia.
3. Si es obligatoria u optativa.
4. Si en su facultad o escuela se rigen por algún Código de Bioética o ética, o si tiene comités de Bioética.

Los resultados en cuanto a materia designada fueron los siguientes:

NOMBRE DE LA MATERIA	Total
Administración	2
Administración de Recursos Humanos	1
Aspectos Legales De la odontología	1
Bioética	7
Bioética (Maestría en ortodoncia)	1
Bioética o Deontología	1
Clínica Integral	1
Deontología y Administración de Consultorios	1
Deontología Y Odontología Legal	1
Deontología	2
Deontología y Legislación	1
Don y ejercicio de mando y liderazgo	1
Ética	3
Ética Profesional	3
Farmacología	1
Filosofía de la Odontología	1
Formación Humana	1
Humanidades	1
NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIO	1
Odontología Forense	11

Odontología Legal	3
Odontología Legal y Forense	1
Odontología Social	2
Organización y Administración de Consultorios	1
Organización de consultorios	1
Protocolo de Investigación (posgrado)	1
Psicología Médica	1
Salud Pública	1
Seminario de Deontología	1
Seminario de Odontología Legal	1
Seminario de Tesis de Licenciatura	1
Seminario de Tesis de Maestría	1
Ética Militar	1
Ética General	1
Ética a través del Autoconocimiento	1
Mecanismos de Control de Infecciones, 5ta unidad Bioética y Aspectos Legales	1
Administración y Desarrollo de la Práctica Odontológica	1
Aspectos Ético Legales y Administración en Estomatología	1
Administración de Consultorios	3
Total general	66

De tal modo que:

a) 9 escuelas y facultades (E y F) de las respuestas recibidas, imparten la asignatura de Bioética, lo que equivale al 32.14%. A su vez, esto podría inferir que equivale al 16% del total de escuelas y facultades a las que se envió la encuesta, ya que, se podría también inferir, que las universidades que no contestaron, es por que posiblemente, no consideran la Bioética en sus planes de estudio. Sin embargo, no lo podemos afirmar.

Esto es importante mencionarlo, ya que podría quedar sobreestimado el porcentaje de escuelas y facultades que imparten Bioética si tomamos el 32.14% como un total del universo de 56 universidades.

Al igual que en el resto del estudio, se debe tener siempre en cuenta que la respuesta corresponde sólo al 50% del universo de estudio.

Ahora bien, de estas 9 escuelas y facultades que imparten Bioética:

8 la imparten en licenciatura, es decir, el 28.57%

1 la imparte en la maestría de ortodoncia, es decir, el 3.57% la imparte en posgrado.

De las 8 E y F, una de ellas nos contestó que impartía la materia Bioética o Deontología, por lo que puede parecer que no tiene claro el concepto de Bioética, ya que Deontología y Bioética son conceptos diferentes.

b) Las E y F que no imparten Bioética como tal, la relacionaron a un total de 38 materias distintas mencionadas en la tabla anterior y obteniendo los siguientes resultados:

1. Administración:

Con un total de 2 universidades, que corresponde al 7.14% de las universidades de las que recibimos respuesta.

2. Administración de Recursos Humanos:

Impartida por una universidad, correspondiendo al 3.57%.

3. Aspectos legales de la odontología:

Impartida en una universidad, correspondiendo al 3.57%.

4. Clínica Integral:

Una universidad menciona que dentro de su Clínica Integral se manejan conceptos de Bioética, representa el 3.37%.

5. Deontología y Administración de consultorios:

Se imparte en una universidad, correspondiendo al 3.57%.

6. Deontología y Odontología Legal:

En una universidad, correspondiendo al 3.57%.

7. Deontología:

En dos universidades, correspondiendo al 7.14%.

8. Deontología y Legislación:

En una universidad, correspondiendo al 3.5%.

9. Don y ejercicio de mando y liderazgo:

En una universidad, correspondiendo al 3.5%.

10- Ética:

Se imparte en 3 universidades, correspondiendo al 10.71%.

11. Ética Profesional:

Impartida en 3 universidades, y corresponde al 10.71%.

12. Farmacología:

Una universidad menciona que esta materia, tocan aspectos bioéticos. Corresponde al 3.57%.

13. Filosofía de la Odontología:

Impartida en una universidad, correspondiendo al 3.57%.

14. Formación Humana:

En una universidad, corresponde al 3.57%.

15. Humanidades:

Impartida en una universidad, corresponde al 3.57%.

16. Odontología Forense:

En este caso, 11 universidades respondieron que en esta materia consideran ver conceptos bioéticos. Corresponde al 39.28% de las respuestas recibidas.

17. Odontología Legal:

Para 3 universidades, los conceptos bioéticos se encuentran en esta materia.

Corresponde al 10.71%.

18. Odontología Legal y Forense:

Una universidad considera sus conceptos bioéticos dentro de esta materia.

Corresponde al 3.57%..

19. Odontología Social:

Dos universidades la imparten, representando el 7.14%

20. Administración de consultorios:

Tres universidades mencionan tener aspectos bioéticos en esta materia, correspondiendo al 10.71%

-Las siguientes materias sólo se imparten en una universidad y corresponden al 3.57% cada una:

Organización y Administración de Consultorios

Organización de consultorios

Protocolo de Investigación (posgrado)
Psicología Médica
Salud Pública
Seminario de Deontología
Seminario de Odontología Legal
Seminario de Tesis de Licenciatura
Seminario de Tesis de Maestría
Ética Militar
Ética General
Ética través del Autoconocimiento
Mecanismos de control de infecciones (su 5ta unidad, es
Bioética y aspectos legales.
Administración y desarrollo de la práctica Odontológica.
Aspectos ético legales y administración en Estomatología

Como se distingue en el nombre de las materias anteriores, muchas tienen relación entre sí, y cambia el nombre por pertenecer a planes de estudio de universidades diferentes.

Debido a esto, fue posible agruparlas por materia en general y determinar con que materia relacionan más a la Bioética.

Cabe mencionar que al sumar los porcentajes, no dan como resultado un 100%, por que cada escuela y facultad (E y F) de la que se recibió respuesta, relacionan a la Bioética con una o más materias de su curricula, y para que la suma diera 100, cada E y F tendría que habernos dado sólo una respuesta. Al determinar los porcentajes, se calculó sobre las 28 respuestas, no sobre el número de materias relacionadas con la Bioética.

Podemos determinar que relacionan a la Bioética de la siguiente forma:

CLASIFICACIÓN	NOMBRE DE LA MATERIA	Total
Administración	Administración	2
	Administración de Consultorios	3
	Administración de Recursos Humanos	1
	Administración y Desarrollo de la Práctica Odontológica	1
	Organización y Administración de Consultorios	1
	Organización de Consultorios	1
	Odontología legal	Aspectos Legales de la Odontología
	Aspectos Ético Legales y Administración en Estomatología	1
	Odontología Legal	3
	Seminario de Odontología Legal	1
Bioética	Bioética	7
	Bioética (Maestría en ortodoncia)	1
	Bioética o deontología	1
Otros	Clinica Integral	1
	Don y Ejercicio de mando y liderazgo	1
	Farmacología	1
	Filosofía de la Odontología	1
	Humanidades	1

	Mecanismos de control de infecciones	1
	Odontología Social	2
	Psicología Médica	1
	Salud Pública	1
Deontología	Deontología y administración de consultorios	1
	Deontología y Odontología Legal	1
	Deontología	2
	Deontología y Legislación	1
	Seminario de Deontología	1
Ética	Ética	3
	Ética General	1
	Ética Militar	1
	Ética Profesional	3
	Ética través del Autoconocimiento	1
NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ	NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ	1
Odontología Forense	Odontología Forense	11
Investigación	Protocolo de Investigación (posgrado)	1
	Seminario de Tesis de Licenciatura	1
	Seminario de Tesis de Maestría	1
Total general		64

Con estos datos, podemos inferir que relacionan a la asignatura de Bioética con las siguientes materias:

1. Administración:

9 universidades, lo que representa el 32.14%

2. Odontología legal:

6 universidades, lo que representa el 21.42%

3. Deontología:

6 universidades, que corresponde al 21.42%

Entre odontología legal y deontología existe gran semejanza, por lo que podríamos hacer un solo grupo, que sumarían 12 universidades y correspondería al 42.85% entre odontología legal y deontología.

4. Ética:

9 universidades, correspondiendo al 32.14%

5. Odontología Forense:

11 universidades relacionan a la bioética con esta materia, lo que representa el 39.28%

6. Investigación:

3 universidades en sus Seminarios de tesis o en la elaboración de sus protocolos de investigación consideran tener aspectos bioéticos, y corresponde al 10.71%

7. Otras:

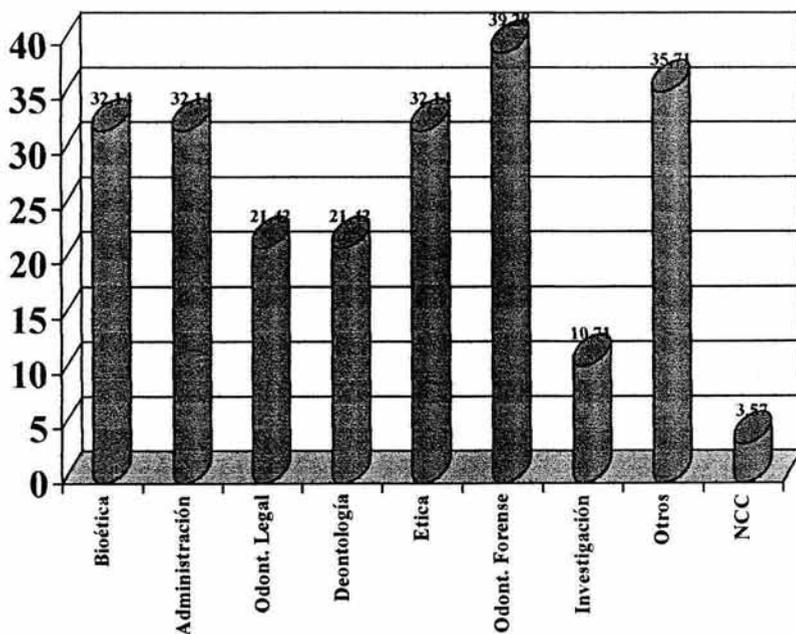
Las materias de este grupo, no se pudieron relacionar entre ellas. Están descritas en el cuadro correspondiente. Son un total de 10, lo que corresponde al 35.71%

Cabe mencionar que una de las universidades, no contestó lo que se pidió, y no dio nombres de materias. Este tipo de respuesta corresponde al 3.57%, y a pesar de que no dio

la respuesta adecuada, es parte de las respuestas recibidas y por ello debe ser tomada en cuenta.

De acuerdo con estos datos, podemos mostrar la siguiente gráfica, que muestra los porcentajes de las materias con las que es asociada la Bioética.

GRÁFICA EN PORCENTAJES DE LAS ASIGNATURAS IMPARTIDAS COMO BIOÉTICA O RELACIONADAS A BIOÉTICA.



NCC= No Contestó Correctamente, su respuesta fue diferente a lo que se solicitó.

Podemos inferir que la mayoría de las universidades (39.28%) que respondieron, la relaciona dentro de sus planes en la materia de Odontología Forense.

CLASIFICACIÓN	NOMBRE DE LA MATERIA	obli	opt
Administración	Administración		
	Administración de Consultorios	1	
	Admón. De Rec. Humanos	1	
	Admon. Y Desarrollo De la Práctica Odontológica		
	Organ. y Admon. de Consultorios	1	
	Organización de consultorios	1	
Odontología legal		4	
Bioética	Bioética	3	1
	Bioética (Maestría en ortodoncia)	1	
	Bioética o deontología		
Otros	Clinica Integral		
	Don y Ejercicio de mando y liderazgo	1	
	Farmacología	1	
	Filosofía de la Odontología	1	
	Humanidades		
	Mecanismos de control de infecciones		
	Odontología Social	1	
	Psicología Médica		
	Salud Pública	1	
Deontología	Deontología y Admon. De consul.		
	Deont. Y Odontología Legal		
	Deontología		1
	Deontología y Legislación	1	
	Seminario de Deontología	1	
Ética	Ética	3	
	Ética General	1	
	Ética Militar	1	
	Ética Profesional	2	
	Ética través del Autoconocimiento	1	
NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ	NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ		
Odontología Forense	Odontología Forense	4	2
Investigación	Protocolo de Invest. (posgrado)	1	
	Seminario de Tesis de Licenciatura		
	Seminario de Tesis de Maestría		
Total general		32	4

También se elaboró una relación entre la asignatura y su obligatoriedad o no, dentro del curriculum del plan de estudios de la escuela o facultad.

Desafortunadamente, no todas las respuestas estuvieron completas. Quizá se debió haber mandado un cuestionario en vez de una carta de petición. Esto con el fin de tener datos más completos, ya que en el caso de obligatoriedad o no de la o las asignaturas de Bioética o relacionada a esta, no todas las escuelas y facultades respondieron, sin embargo, los resultados con los datos obtenidos son los siguientes:

1. Para los que imparten la materia de Bioética, de las 9 universidades que la imparten, contestaron este rubro 5 de ellas, es decir, el 55.55%, siendo en 4 de ellas una asignatura obligatoria y en una optativa.
2. Para el grupo de Administración, de las 9 universidades, respondieron 4 a este rubro, es decir, el 44.44%, en donde las 4 son obligatorias.
3. En el grupo de Odontología Legal, de las 6 universidades que la imparten, sólo 4 respondieron, es decir, el 66.66%, siendo en los 4 casos obligatoria.
4. Para el grupo de Deontología, son 6 universidades en donde se imparte, respondiendo a este rubro 3, es decir, el 50%, y en donde 2 son obligatorias y una es optativa.
5. En el grupo de Ética, de las 9 universidades que la imparten, respondieron 8, es decir, el 88.88%, y las 8 la tienen como obligatoria.
6. En cuanto a Odontología Forense, la imparten 11 universidades, y contestaron 6, lo que representa el 54.54%. 4 mencionaron que es obligatoria y 2, optativa.
7. En el grupo de Investigación, de las 3 universidades, contestó este rubro sólo una, es decir, el 33.33%, mencionando que la tiene como obligatoria.

8. Por último, el grupo de las materias que no se relacionaban entre sí, nombrado como “otras” y que corresponde a 10 universidades, se obtuvo respuesta a este rubro de 5 universidades, en donde las 5 consideran a esas materias como obligatorias dentro de su currículum.

Del total 36 de las respuestas obtenidas para este rubro, 32 consideran a la materia obligatoria, es decir, el 88.88%, y el resto, que corresponde 4 respuestas como optativa, representa el 11.11%.

El que el 88.88% de las respuestas haya correspondido a una clasificación de materia como obligatoria, podría significar que la mayoría de los alumnos que está inscrito a un plan de estudios en odontología, tiene la posibilidad de cursar materias de Bioética o ética, lo cual, por supuesto tendrá un impacto positivo a lo largo de su carrera, así como en su ejercicio profesional.

Sin embargo, como se ha mencionado antes, estos resultados, desafortunadamente, no son del todo certeros, ya que faltaron datos por proporcionar de parte de las universidades, quizá por que no se realizó un cuestionario en donde se pidiera explícitamente la información, ya que en la petición por escrito, las respuestas tendían a ser abiertas.

Otro de los rubros a clasificar, fue el semestre en el que se imparte Bioética o la materia que se relaciona con la Bioética. Es importante mencionar que al igual que la clasificación por optativa u obligatoria, no todas las escuelas y facultades indicaron en que semestre o año la imparten. La siguiente tabla, representa todas las respuestas por materia en semestre o año en el que se imparte cada materia.

Los cuadros vacíos tanto en semestre como en año, significa que no respondieron el semestre o año en el que la materia se imparte.

NOMBRE DE LA MATERIA	SEMESTRE	AÑO	Total de materias
Administración	9,10		1
		5	1
Total Administración			2
Administración de Recursos Humanos	6		1
Total Administración de Recursos Humanos			1
Aspectos Legales de la Odontología		5	1
Total Aspectos Legales de la Odontología			1
Bioética	3		1
	5		3
	6		2
			1
Total Bioética			7
Bioética (Maestría en ortodoncia)	1		1
Total Bioética (Maestría en ortodoncia)			1
Bioética o deontología	7		1
Total Bioética o deontología			1
Clínica Integral	7		1
Total Clínica Integral			1
Deontología y Administración de Consultorios		5	1
Total Deontología y Administración de Consultorios			1
Deontología y Odontología Legal		5	1
Total Deontología y Odontología Legal			1
Deontología	7		1
			1
Total Deontología			2
Deontología y Legislación	5		1
Total Deontología y Legislación			1
Don y Ejercicio de mando y liderazgo	4		1
Total Don y Ejercicio de mando y liderazgo			1
Ética	3		1
	6		1
	9,10		1
Total Ética			3
Ética Profesional	7		1
	9		1
			1
Total Ética Profesional			3

Farmacología		3	1
Total Farmacología			1
Filosofía de la Odontología	4		1
Total Filosofía de la Odontología			1
Formación Humana			1
Total Formación Humana			1
Humanidades	10		1
Total Humanidades			1
NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ			1
Total NO CONTESTÓ LO QUE SE PIDIÓ			1
Odontología Forense	7		2
	8		2
	10		1
			6
Total Odontología Forense			11
Odontología Legal	7		1
		5	1
			1
Total Odontología Legal			3
Odontología Legal y Forense		4	1
Total Odontología Legal y Forense			1
Odontología Social	8		1
		5	1
Total Odontología Social			2
Organización y Administración de Consultorios			1
Total Organización y Administración de Consultorios			1
Organización de consultorios		5	1
Total Organización de consultorios			1
Protocolo de Investigación (posgrado)	1		1
Total Protocolo de Investigación (posgrado)			1
Psicología Médica	4		1
Total Psicología Médica			1
Salud Pública		2,4	1
Total Salud Pública			1
Seminario de Deontología	3		1
Total Seminario de Deontología			1
Seminario de Odontología Legal	8		1
Total Seminario de Odontología Legal			1
Seminario de Tesis de Lic.	7		1
Total Seminario de Tesis de Lic.			1
Seminario de Tesis de Maestría			1
Total Seminario de Tesis de Maestría			1
Ética Militar		Propedéutico	1
Total Ética Militar			1
Ética General	1		1

Total Ética General			1
Ética través del Autoconocimiento	2		1
Total Ética través del Autoconocimiento			1
Mecanismos de control de infecciones, 5ta unidad Bioética y Aspectos Legales	3,4		1
Total Mecanismos de control de infecciones			1
Administración y Desarrollo de la Práctica Odontológica	8		1
Total Administración y Desarrollo de la Práctica Odontológica			1
Aspectos Ético Legales y Administración en Estomatología	10		1
Total Aspectos Ético Legales y Administración en Estomatología			1
Administración de Consultorios	8		1
	9		1
			1
Total Administración de Consultorios			3

De estos datos, podemos definir que:

1. Bioética se imparte en una universidad en 3ero, en dos universidades en 5to, una en 6to y en otra en 7mo semestres de licenciatura y en 1er semestre de maestría.
2. De las demás materias relacionadas con Bioética, en la tabla anterior se menciona cada materia y el semestre en el que se imparte, por lo que la relación de los semestres es la siguiente:

En Curso Propedéutico	1 materia
En 1er semestre	1 materia.
En 2do semestre	1 materia
En 3er semestre	2 materias
En 4to semestre	3 materias
En 5to semestre	1 materia
En 6to semestre	2 materias
En 7mo semestre	7 materias
En 8vo semestre	5 materias

- En 9no semestre 4 materias
- En 10mo semestre 5 materias
- En 1er semestre de posgrado 1 materia

Por lo tanto, la mayoría de las universidades imparten la materia en 7mo semestre.

Otras universidades mencionaron que la impartían por año, no por semestre. Por lo tanto, a pesar de que se pudo haber considerado como semestre, se clasificó como año, ya que puede ser que lo que consideran como contenido bioético, esté solo en un semestre del año.

- En 2do año 1 materia
- En 3er año 1 materia
- En 5to año 7 materias
- En 4to año 2 materias.

Por lo tanto, la mayoría de las universidades imparte en 5to año.

Por último, otra clasificación es “Si se rigen por algún Código de Bioética o Ética, y si tienen en su institución algún Comité de Bioética o Ética”.

Sólo una universidad mencionó regirse por un Código de ética y tener un Comité de Bioética.

Otra universidad tiene un Código de ética, pero no mencionó tener Comité.

Otra universidad respondió tener un Comité de Bioética.

Por lo tanto:

Sólo el 3.57% de las escuelas y facultades de las cuales recibimos respuesta, considera un Código de Bioética y tiene su propio Comité de Bioética.

Sólo el 3.57% de las escuelas y facultades de las que recibimos respuesta, tienen un Comité de Bioética como apoyo en la resolución de problemas de alumnos, profesores y pacientes.

Sólo el 3.57% de las escuelas y facultades de las que recibimos respuesta, consideran un Código de Ética para la enseñanza de la Odontología.

CONCLUSIONES

Estos resultados justifican la importancia que debe darse a la difusión de la Bioética, ya que, como puede observarse, no se tiene claro el concepto y la relacionan a materias de conceptos diferentes.

Por otro lado, el semestre en el que se imparte, tiene su importancia en que, según los expertos, el grado académico en el que un alumno tenga contacto con ciertos temas, influye en la seriedad con la que tomará el tema. Por lo tanto, se debe reflexionar sobre cual sería la mejor opción dentro del currículum.

Otro punto importante es que, si en su mayoría, estas materias son catalogadas como obligatorias dentro de los planes de estudio, es más probable que todo alumno tenga contacto con estas materias y pueda reflexionar y hacer conciencia de estos conceptos. Sin embargo, esto puede ir de la mano con el semestre o año en el que se imparta la materia, ya que el alumno no reflexiona igual empezando la carrera, que después de varios semestres en los que haya estado en contacto con la toma decisiones en la práctica diaria con los pacientes en las clínicas integrales, por ejemplo.

Aunque eso ya es parte de otro estudio, quizá podría en algún momento sugerirse integrar estos temas al inicio de la carrera, para que el alumno empiece a reflexionar de manera diferente, a la mitad de la carrera y al final como exposición de casos prácticos para enriquecer con las opiniones ante los dilemas que se presenten.

CAPÍTULO 3.

COMISIÓN NACIONAL DE ARBITRAJE MÉDICO.

3.1 DECRETO DE CREACION

La Comisión Nacional de Arbitraje Médico, fue creada en México bajo los estatutos del Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, el cual planteaba mejorar la calidad de los servicios médicos a través de la reestructuración de las instituciones, así como atender las legítimas demandas de los usuarios para que los servicios operen con mayor calidad y eficiencia.¹

En este Plan menciona que los mexicanos debemos recibir “servicios médicos de las instituciones públicas y privadas, así como los profesionales de la salud que ejerzan libremente su actividad, con el objeto común de proteger, promover y restaurar la salud de los habitantes del país;

Que en las actuales circunstancias resulta necesario que la población cuente con mecanismos que, sin perjuicio de la actuación de las instancias jurisdiccionales en la solución de conflictos, contribuyan a titular el derecho a la protección de la salud, así como a mejorar la calidad en la prestación de los servicios médicos;

Que para lograr tal objetivo, es pertinente contar con un órgano al cual puedan acudir los usuarios y prestadores de servicios médicos para dilucidar, en forma amigable y de buena fe, posibles conflictos derivados de la prestación de dichos servicios, con lo cual se contribuirá a evitar grandes cargas de trabajo a los órganos jurisdiccionales, sin sustituirlos,

Que de igual manera, es necesario que esa instancia especializada garantice a los usuarios y prestadores de servicios médicos la imparcialidad en el análisis, dictamen y resolución en las controversias que conozca.

Que la creación de un órgano administrativo con autonomía técnica para recibir quejas, investigar las presuntas irregularidades en la prestación o negativa de prestación de servicios médicos y emitir sus opiniones, acuerdos y laudos, responde a los legítimos reclamos de los actores de la relación que genera la prestación de los servicios médicos, he tenido a bien expedir los siguiente:

Decreto por el que se crea la Comisión Nacional de Arbitraje Médico”¹

Este Plan se realizó por el entonces Presidente de la República Ernesto Zedillo Ponce de León, quien al decretar la instauración de la CONAMED, redactó 14 artículos con apartados, que se resumen en:

-Que la CONAMED es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, que posee plena autonomía técnica para emitir opiniones, acuerdos y laudos.

-Que tiene por objeto contribuir a la resolución de conflictos entre profesionales de la salud y pacientes.

-Que brinda asesoría e información a los usuarios del servicio médico sobre sus derechos y obligaciones.

-Que recibe, investiga y atiende quejas que presenten los usuarios en contra de posibles irregularidades de los servicios médicos.

-Conciliar amigablemente conflictos en la relación médico-paciente, como pueden ser actos u omisiones por parte del prestador de servicios, negligencia con consecuencias sobre la salud del paciente.

- Que funge como árbitro cuando las partes en conflicto se sometan a arbitraje.
- Que informa a autoridades competentes, e incluso colegios, academias, asociaciones y consejos médicos, así como a comités de ética o similares, del profesional de la salud que se niegue a facilitar información solicitada por la CONAMED, así como del incumplimiento de resoluciones por parte del profesional de la salud
- Que para el cumplimiento de sus funciones deben ser designados un Consejo, un Comisionado, dos Subcomisionados y las unidades administrativas que determinen su reglamento interno.
- Políticas internas. ¹

También tiene otras atribuciones como la emisión de Recomendaciones para mejorar la práctica de los profesionales de la salud, y asesorar a gobiernos estatales en la instauración de instituciones análogas. ^{1,2}

La CONAMED, para el cumplimiento de sus atribuciones, brinda múltiples alternativas extrajudiciales para atender inconformidades de posibles actos de mala práctica médica. Estas alternativas son: la gestoría para mejorar la atención, conciliación y el arbitraje.

Esta tres características tienen , carácter gratuito, ágil, expeditos y confidenciales.

Otras ventajas de los procesos de conciliación y arbitraje sobre los juicios ordinarios (penales y civiles), son que en la CONAMED, la evaluación de los casos se hace por expertos en la materia, además de rapidez en conclusiones y búsqueda de soluciones, así como imparcialidad y gratuidad. ²

3.2 PROCEDIMIENTO

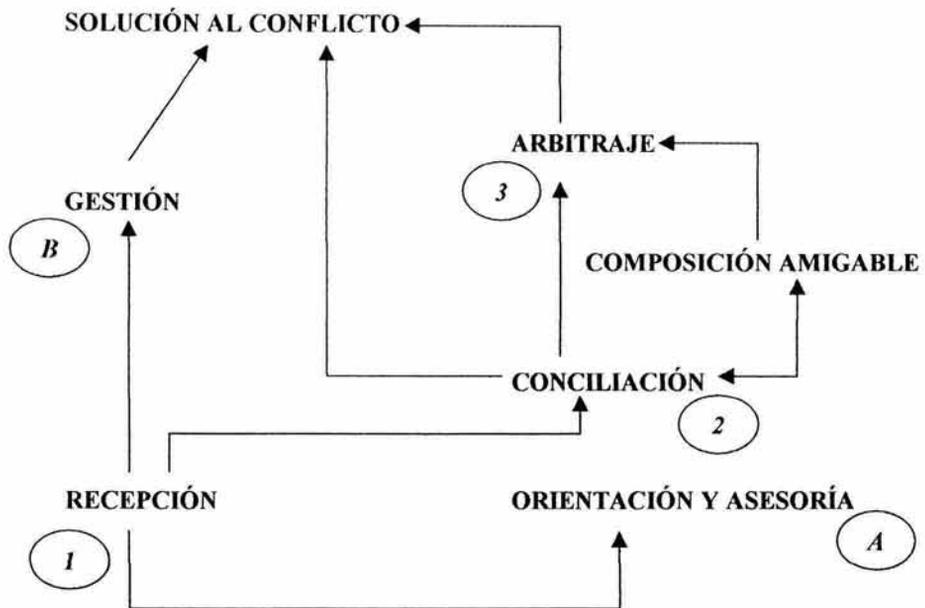
De acuerdo al reglamento bajo el cual se rige la Conamed para solicitar una asesoría o presentar una queja, se siguen los siguientes pasos:

Artículo 49º "Las quejas deberán presentarse ante la Conamed de manera personal por el quejoso, ya sea en forma verbal o escrita y deberán contener"

- a) Nombre, domicilio y en su caso, el número telefónico del quejoso y del prestador del servicio médico contra el cual se inconforme.
- b) Una breve descripción de los hechos motivo de la queja.
- c) Número de afiliación o de registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de instituciones públicas que asignen registro a los usuarios.
- d) Pretensiones que deduzca del prestador del servicio.
- e) Si actúa a nombre de un tercero, la documentación probatoria de su representación sea en razón de parentesco o por otra causa.
- f) Identificación con firma y fotografía o huella digital del quejoso.

A la queja se agregará copia simple y legible de los documentos que soporte los hechos manifestados (notas y recetas médicas, carnet de citas, etc.).

3.2.1 ESQUEMA DEL PROCEDIMIENTO



Solución al conflicto:

Existen 4 formas básicas de soluciones:

1. Explicación Técnica
2. Atención Médica
3. Indemnización o Reembolso
4. Trámite Administrativo

A. Orientación y asesoría:

Es el primer contacto del paciente o sus familiares con la CONAMED. Aquí se expone la inconformidad y la CONAMED la ayuda a encontrar posibles soluciones.

1. Recepción:

Se reciben a los pacientes que recibieron atención médica, ya sea pública o privada, y que consideran que les causó algún daño debido a mala práctica.

2. Conciliación:

Se intenta conciliar mediante el diálogo médico-paciente o médico-familiares, o una combinación de ambas. En este diálogo se identifica si el daño fue por mala práctica médica o por mala información. Juntos se decide la mejor solución.

Propuesta de arreglo amigable o Composición:

Si no se logra la conciliación entre las partes y, además, no aceptan la emisión de un laudo, la CONAMED emitirá una propuesta de arreglo mediante el análisis del caso.

3. Arbitraje Médico:

Se llega al arbitraje cuando, tanto médico como paciente (o sus familiares) piden a la CONAMED que resuelva el caso, y ésta, entonces, obtiene opinión de un asesor externo, es decir, de un médico experto y certificado.

B. Gestión:

Se da al considerar que el paciente amerita información o atención médica (en especial de urgencia) y no la recibe a pesar de haberla solicitado. La CONAMED ayuda a gestionar el apoyo que se requiere, con la finalidad de evitar un problema mayor.

(Información obtenida de www.conamed.gob.mx)

Una vez conociendo el proceso de CONAMED, es importante mencionar que la Comisión coopera con las instituciones públicas e instancias de justicia. Cuando se tiene casos en común se elaboran dictámenes médicos, con el fin de ilustrar a estas instancias con diagnósticos especializados y que cuenten con elementos que permitan conocer más a fondo las situaciones legales o administrativas de los prestadores de servicios, ante posibles responsabilidades provenientes de su ejercicio profesional.

Todos los juicios de la CONAMED son emitidos al “leal saber y entender” de ésta, por medio de su ejercicio de autonomía técnica, no son emitidos por perito persona física.

La Comisión también actúa como Gestor de Calidad en el ramo de la salud, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención médica que se ofrece a nivel público y privado.

Otro punto importante es que por medio de todos estos acontecimientos, incluyendo las inconformidades en los dictámenes por parte de profesional de la salud, se genera conocimiento que permite evaluar el comportamiento de los profesionales de salud por especialidad. Esto es de gran relevancia para poder plantear y sugerir acciones orientadas corregir errores y deficiencias detectados en las profesiones de la salud y utilizarlas como medida preventiva en el mejoramiento de la calidad de los servicios profesionales de la salud.

Por último, la CONAMED tiene como tarea, el apoyar la creación de instituciones análogas, llegando en el 2001 a ser 17 estados de la República los que ya cuentan con estas instituciones.²

3.3 ESQUEMA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

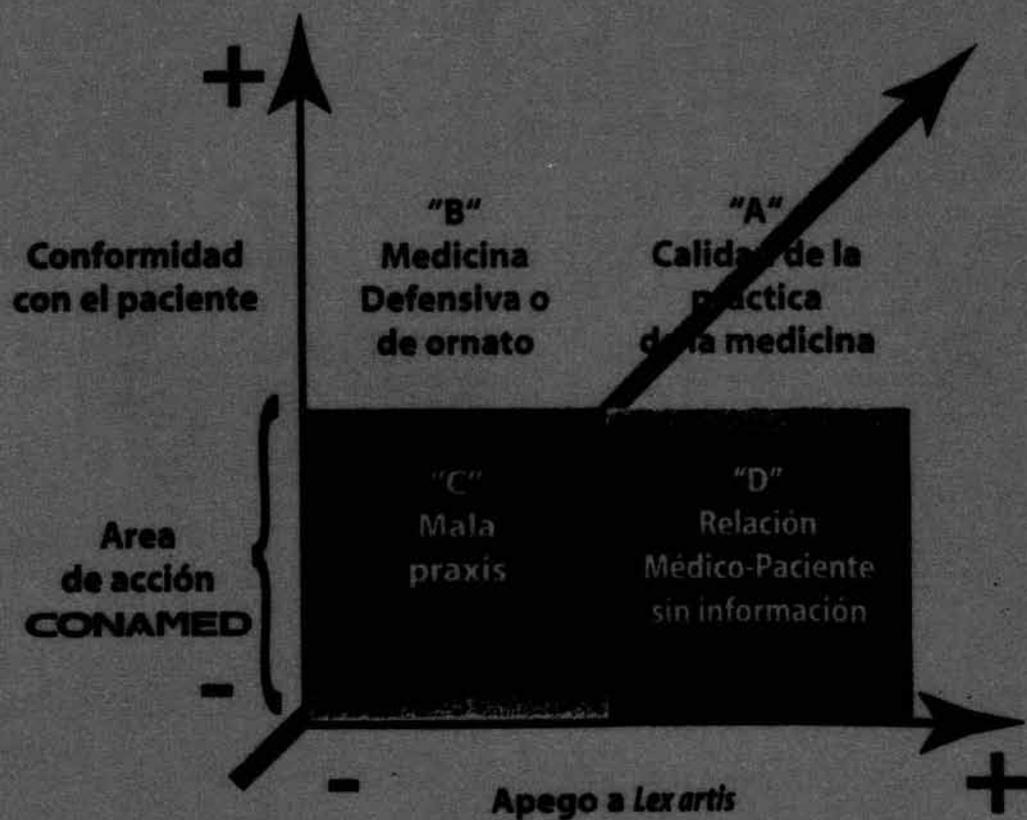
Para el análisis de la relación médico-paciente se necesita un modelo sistematizado con bases científicas y con el apoyo multidisciplinario de la sociología, psicología, derecho, odontología y medicina por mencionar algunas, con el fin de favorecer la prevención de inconformidades provenientes del actuar médico.

La CONAMED esquematizó en un modelo cartesiano la relación médico-paciente, con el objetivo de que el profesional de la salud comprenda y alcance la *lex artis*, lo que da como fruto la conformidad del paciente, es decir la calidad de la atención “A”.

Este esquema nos indica que aunque no nos ajustemos exactamente a la *lex artis* médica, el paciente puede estar conforme, cosa que sucede en el nivel de medicina defensiva o medicina de ornato “B”. En este nivel, existe gran influencia mercadotécnica sin apego a estándares o a lo universalmente aceptado en lo que respecta a atención médica. Esta situación se considera como antiético o mala práctica, sin embargo, no existe demanda porque el paciente está conforme.

Otro punto de este plano, se manifiesta cuando el médico actúa bajo *lex artis* pero su paciente no queda satisfecho, y por lo general se deriva de falta de comunicación e información.

El último caso se desarrolla cuando el profesional de la salud no actúa con apego a *lex artis* y no obtiene la satisfacción de su paciente. Esto se encuentra en el nivel “C” del esquema y se denomina mala práctica. Lleva consigo una demanda.²



ESQUEMA DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

3.4 ESTADÍSTICAS DE CONFLICTOS EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE, MANIFESTADOS POR QUEJAS RECIBIDAS EN CONAMED.

Con la finalidad de crear conciencia entre los odontólogos en cuanto a su relación con el paciente, se buscó obtener la información de la CONAMED sobre las quejas más frecuentes de los pacientes, en contra de los profesionales de salud bucal. Estas quejas se encuentran registradas en el Sistema de Atención de Quejas Médicas (SAQMED) de dicha institución, y representan el período de enero de 2001 a octubre de 2003.

Los datos aquí presentados, fueron proporcionados por la Dirección de Estomatología* de CONAMED.

Las quejas se han dividido en los siguientes rubros:

- A) PROCEDENCIA
- B) INSTITUCIÓN
- C) CONCILIADOS
- D) NO CONCILIADOS
- E) TIPO DE TRATAMIENTO

Más adelante se dará una explicación de lo que abarca cada rubro, así como la gráfica correspondiente al número de quejas y las conclusiones respectivas.

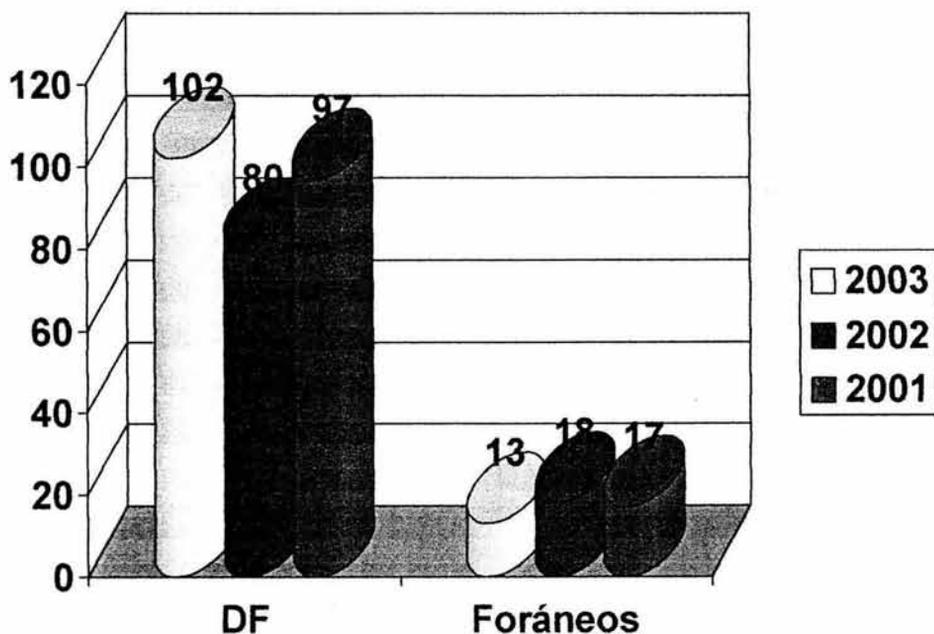
*Se agradecen las facilidades y el apoyo para la elaboración de este capítulo por parte del C.D. Jorge Triana Estrada, Director de Estomatología CONAMED.

PROCEDENCIA

La clasificación por procedencia se refiere a la ciudad de origen donde se generó la queja.

Es importante mencionar que la CONAMED se ha extendido a varios estados de la República como Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Es decir, que muchos de los casos que se presentan en el interior de la República, no llegan a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, ya que son resueltos en las propias Comisiones Estatales.

Sin embargo, también se han presentado casos que no pueden ser resueltos por la Comisión Estatal correspondiente y se pide intervención a CONAMED, los cuales



también están representados en estas gráficas.

Podemos observar el incremento de 97 quejas en el 2001 a 102 en 2003, procedentes del DF.

A su vez, apreciamos una disminución en los casos procedentes de los estados de la República, de 17 registrados en 2001 a 13 en 2003.

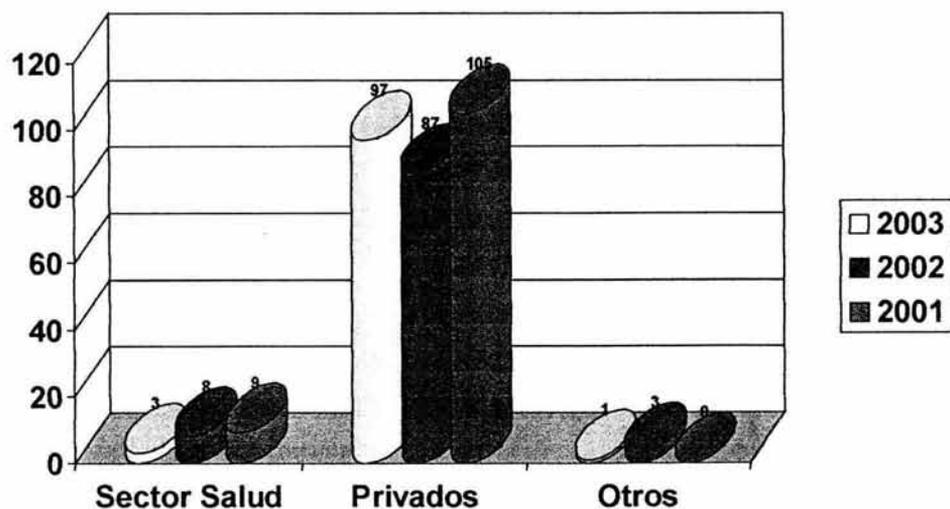
Esta disminución en foráneos puede ser debida a la existencia de Comisiones Estatales de Arbitraje Médico. Sin embargo, se debe tomar en cuenta que la fecha de corte de 2001 fue en diciembre, y la de 2003, en octubre, es decir, 2 meses antes que en 2001, período en el cual puede ser factible que se reporten más casos foráneos.

INSTITUCIÓN

Se refiere al lugar donde se llevó a cabo la atención odontológica que generó la inconformidad, mismo que puede provenir de las Instituciones de Salud Pública; de consulta privada; u otros, como escuelas y facultades donde se imparte la carrera de odontología, o bien, lugares de asistencia.

Es importante mencionar que el servicio odontológico que se presta en las Instituciones de Salud Pública en México es limitado y reducido, ya que no todas estas Instituciones cuentan con el servicio y, en la gran mayoría de las que si lo ofrecen, los tratamientos no son de especialidad, es decir, que las opciones de atención se limitan a obturaciones con amalgama, colocación de materiales de obturación temporal o extracciones, es decir, operatoria dental, que incluso, representan menos quejas en la clasificación por tipo de procedimiento.

Es por esto, que la gran mayoría de la atención de salud bucal se otorga a nivel privado,



razón por la cual, es el medio de donde proviene la mayor cantidad de quejas derivadas de la atención odontológica.

Se puede observar que el Sector Público ha tenido una disminución de quejas en más de un 50% del 2001 al 2003, ya que se presentaron 9 casos en 2001, contra 3 en 2003.

El sector privado también ha presentado una ligera disminución del 7.61% del 2003 al 2001, ya que en 2003 se han presentado 97 quejas, contra 105 correspondientes al 2001.

A su vez, en términos de porcentajes, en el rubro de las instituciones de asistencia, el incremento en quejas ha sido del 100% de 2001 a 2003, debido a que en 2001 no se presentó ninguna queja y en 2003, una sola. Sin embargo, aunque en porcentaje represente un aumento del 100%, en número de casos reales, no es alarmante ni significativo.

La disminución en quejas en los primeros dos casos, puede ser la manifestación de una mayor conciencia por parte del profesional de salud bucal en cuanto a la adecuada comunicación con sus pacientes, por ejemplo.

Otro punto importante, es que la diferencia en números reales es sólo de 8 quejas menos en 2003 con respecto a 2001, tomando en cuenta que el corte en 2001 fue de enero a diciembre y en 2003 de enero a octubre, es decir, que existe la posibilidad que las cifras cambien en el último mes de 2003.

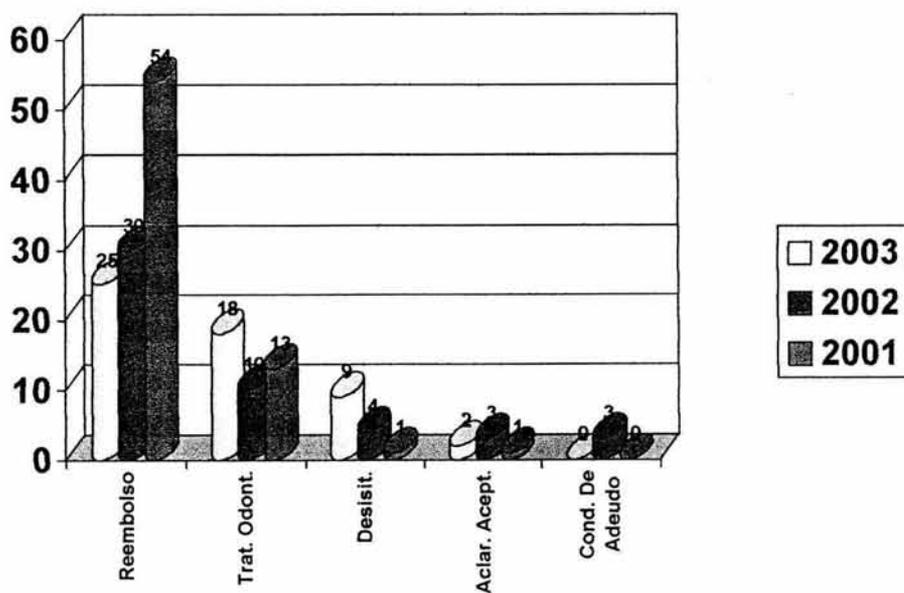
CONCILIADOS

Son el número de casos que llegaron a una conciliación, es decir, encontraron solución en la primera etapa de procedimiento de la CONAMED. Esto significa, por tanto, que no hubo necesidad de llegar a procedimientos civiles o penales en contra del odontólogo.

Se clasificaron según el tipo de conciliación.

Las soluciones fueron el “reembolso” de parte del odontólogo al paciente, ya sea en una parte del porcentaje del costo del tratamiento o en su totalidad, con previo pago parcial o liquidación total por parte del paciente. Otra de las soluciones es el que el mismo odontólogo repita o reanude el tratamiento, y es clasificado como “atención odontológica”.

La “aclaración aceptada” se refiere a que, lo que el paciente consideraba una falta, fue aclarada mediante una explicación por parte del odontólogo y el paciente quedó satisfecho.



En el “desistimiento”, el paciente se desiste de su queja inicial.

Y por último, la “condonación del adeudo”; se refiere a que el odontólogo condona, en el caso de existir, algún adeudo pendiente.

Podemos percibir que en la modalidad de solución a los conflictos, ha disminuido la modalidad de Reembolso en un 53.70% de 2003 a 2001, ya que en 2003 conciliaron 25 casos por esta modalidad y en 2001 en 54 casos. Esto nos da a entender que el odontólogo a propuesto otras vías de solución diferentes al Reembolso del costo del tratamiento o del pago ya recibido.

Sin embargo, se presenta un aumento del 38.46% en 2003 en las conciliaciones por medio de la repetición del Tratamiento Odontológico, ya que en 2001 se solucionaron así 13 casos, con un aumento a 18 en 2003.

Así mismo, también hubo un aumento en el caso de solución por Desistimiento, que en números reales, aumenta de 1 caso en 2001 a 2 en 2003, es decir, un 100%.

En la modalidad de condonación de adeudo, tanto en 2001 como en 2003 no se han solucionado conflictos por este medio, no así en 2002, en donde se presentaron 3 casos.

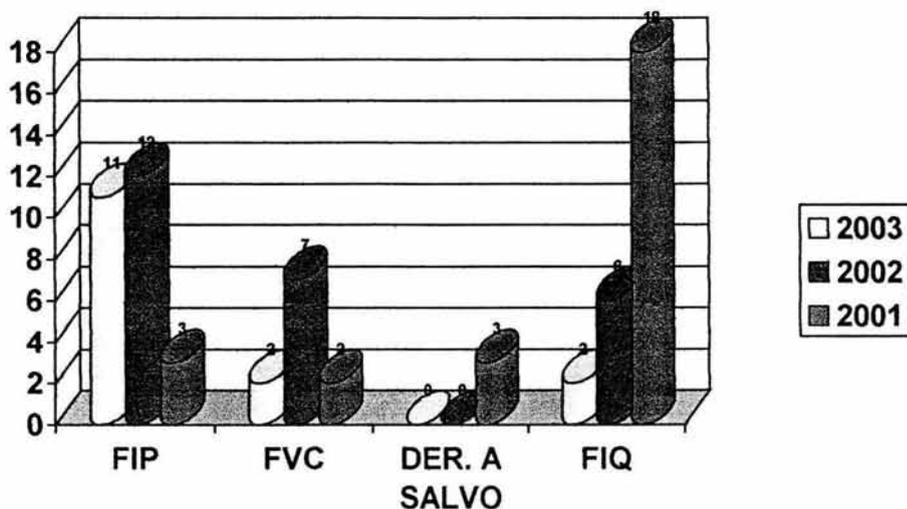
NO CONCILIADOS

Representan los casos que llegan a CONAMED y que no lograron ser resueltos en la etapa conciliatoria.

Se clasifica en “falta de interés procesal”(FIP), que significa que el odontólogo dejó de asistir a las citas de conciliación o que nunca se presentó. La “falta de voluntad conciliatoria” (FVC), se manifiesta al no ceder ninguna de las dos partes a las soluciones de conciliación.

Por otra parte, los “derechos a salvo” se refieren a que no se llegó a una conciliación pero el caso puede ser llevado, mediante conformidad de ambas partes, es decir, odontólogo-paciente a una vía penal o civil. La “falta de interés procesal del quejoso” (FIQ) se da cuando el paciente abandona el caso o no continúa con el procedimiento.

En estos casos no conciliados en CONAMED, es posible que los quejosos busquen otra vía para atender sus demandas, como puede ser la vía civil o penal.



Se puede observar que ha habido una Falta de Interés Procesal mayor de 2001 a la fecha, ya que en 2001, sólo no se conciliaron 3 casos y en 2003, la cantidad asciende a 11, lo que representa una aumento del 266.66%.

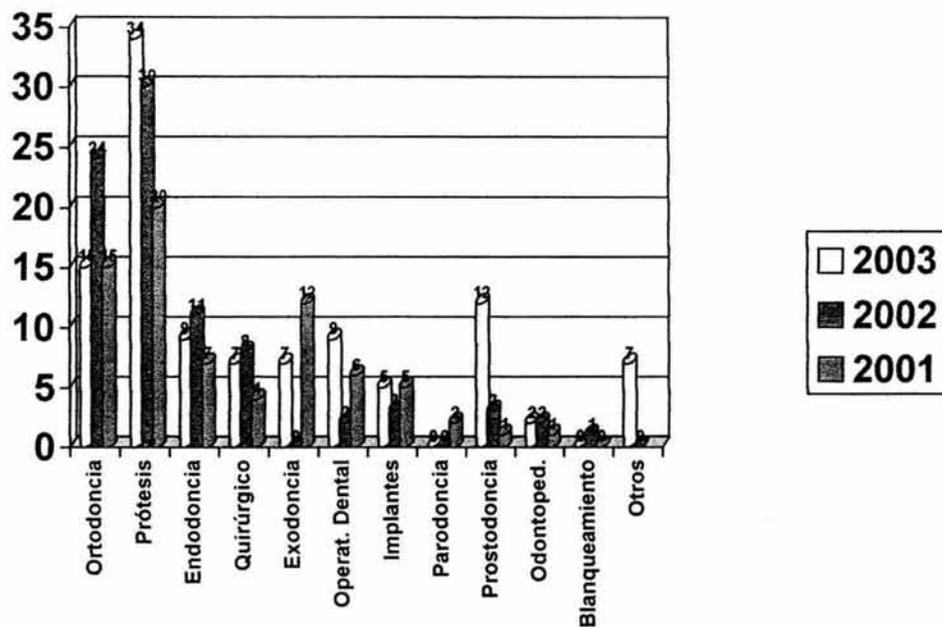
En cuanto a la Falta de Voluntad Conciliatoria, ha permanecido igual en 2001 y 2003, con 2 casos no conciliados.

Se presenta una disminución de Derecho a Salvo del 300% de 2001 a 2003, ya que en 2001 se presentaron 3 casos y ninguno en 2003.

Por último, la Falta de Interés del Quejoso tuvo una disminución considerable de 2001 a 2003, ya que en 2001, los casos no conciliados por esta causa fueron 18 y en 2003 sólo 2.

TIPO DE PROCEDIMIENTO

Esta gráfica demuestra las quejas que se presentan clasificadas por tipo de procedimiento a la que pertenecen.



La gráfica nos demuestra que la mayor parte de las quejas presentadas se deben a tratamientos protésicos, e incluso han tenido un aumento considerable de 2001 a 2003.

Le sigue la ortodoncia como el segundo procedimiento con más quejas e igual número de casos en 2001 que 2003.

Prostodoncia ocupa el tercer lugar de quejas en la relación médico paciente.

3.5 CONSENTIMIENTO VALIDAMENTE INFORMADO

Debido a las fallas en la comunicación entre el odontólogo y el paciente, se ha decidido dedicar un amplio espacio dentro de esta tesis, al consentimiento informado, esperando que se haga conciencia sobre la importancia de éste. La elaboración de un consentimiento informado no es sólo cumplir un requisito (ya que es solicitado en algunas disposiciones oficiales mencionadas más adelante), es el hecho de otorgarle al paciente su derecho a la información completa y clara del tratamiento que se va a realizar, así como también, hacer cumplir el principio de autonomía del paciente.

Este documento (anteriormente llamado autorización familiar) es la aceptación voluntaria, autónoma y libre que da el paciente, en pleno uso de sus facultades, para someterse al tratamiento médico, quirúrgico o rehabilitatorio propuesto.

El derecho sanitario mexicano define al Consentimiento Válidamente Informado al “acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso el representante legal, autoriza su participación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección sin coacción alguna” (Art. 20 RIS, 1986).³

El médico tiene siempre la obligación de informar sobre los procedimientos que desarrollará para obtener el consentimiento del paciente⁴, y puede ser de dos formas: expreso cuando se manifiesta verbalmente o por escrito, y tácito cuando sea el resultado de hechos o actos que lo presupongan o autoricen a presumirlo, con excepciones que se marcan en la ley o que por convenio la voluntad deba manifestarse expresamente, como lo establecen los Art. 179, 1803 y 1812 del Código Civil del Distrito Federal 1932.

Se debe anexar al expediente clínico, no como un instrumento de ejercicio profesional defensivo, sino como un derecho universal de cada paciente de recibir información confidencial sobre su diagnóstico, plan de tratamiento y pronóstico, para que pueda decidir y aceptar con libertad y pleno conocimiento de su situación.

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), se ha observado que uno de los principales motivos de las quejas en el área odontológica es la ausencia de información objetiva, clara y descriptiva en cuanto al diagnóstico y tratamiento por parte de los prestadores de servicio odontológico. Esto da como resultado que el paciente genere sus propias expectativas, que podrían ser diferentes al objetivo de la atención, provocando también ruptura en la relación médico-paciente, la cual, debería ser siempre un medio de confianza, respeto y confidencia.⁴

El paciente siempre debe recibir una atención médica de calidad, con absoluto respeto de su dignidad e intimidad, así como a la información suficiente y necesaria que fundamenten objetivamente su decisión terapéutica, así como la confidencialidad de la información proporcionada.³

Es necesario que en nuestra vida profesional diaria, exista el hábito de incluir este documento, donde se señale brevemente, que el paciente recibió de nosotros información confidencial, completa y entendible de su diagnóstico, opciones de plan de tratamiento y pronóstico.⁴

3.5.1 ANTECEDENTES DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

De los antecedentes más antiguos a la decisión terapéutica y consentimiento válidamente informado, se encuentran la Declaración de Filadelfia de 1773, que establece “el derecho de las personas a la vida, a la libertad y a la propiedad”, así como la ética Médica de Thomas Percival en 1803, en el cual indica que el médico debe cerciorarse que el paciente, e incluso allegados, tengan la información necesaria sobre el estado del enfermo, con el fin de proteger los intereses del mismo.⁵

Otro antecedente se desarrolló en 1914, en el Tribunal de Nueva York, cuando el juez Cardoso en el caso Schloendorff contra Society of New York Hospital declaró que “todo ser humano en edad adulta y mente sana tiene el derecho de decidir qué se puede hacer con su propio cuerpo y en el caso de que el cirujano lleve a cabo alguna intervención sin el consentimiento de su paciente, comete un delito”.⁴

Al concluir la Segunda Guerra Mundial, comenzó un movimiento a favor de los derechos fundamentales del hombre, y el ramo de la salud hizo dos grandes aportaciones. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, redactado por la ONU en 1948³ y la Reunión de Nuremberg en 1947, la cual se llevó a cabo debido a situaciones en la medicina influenciadas por el movimiento nazi de la época. El producto de esta reunión fue el Código de Nuremberg, en el cual se instituye que todo proceso de investigación en humanos debe regirse por un consentimiento válidamente informado previo.^{3,5}

Se redactaron después la Declaración de Helsinki en 1964 y revisada en Tokio en 1975, Trieste en 1983 y Hong Kong en 1989. En este documento se da relevancia al sujeto humano como agente autónomo y responsable para decidir y autorizar su participación en experimentos médicos.

Bajo estos principios fundamentales, la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, se redactaron el Código Internacional de Ética Médica en Londres 1949 y Sydney 1968, así como la Declaración sobre los Derechos del Paciente en Lisboa 1981 y Bali 1995.³

El Artículo 4 de la Guía Europea de Ética Médica dice acerca del consentimiento informado que, “salvo en caso de urgencia, el médico explicará al enfermo los efectos y consecuencias previsibles de la terapia. Obtendrá en consentimiento del paciente”. También el Código Deontológico Italiano en su artículo 39 menciona el deber que tiene el médico de dar “una serena información sobre el diagnóstico, pronóstico, perspectivas terapéuticas y sus consecuencias”.⁴

De estos documentos podemos resumir los siguientes derechos:

-Derecho a la libre elección:

El paciente puede elegir y cambiar de médico y/o unidad médica, así como la libertad de consultar una segunda opinión.

-Derecho a la autodeterminación:

El paciente puede aceptar o rechazar someterse a procedimientos médico-quirúrgicos en cualquier momento, lo que se define como libertad terapéutica. Esto se basa en la información clara y suficiente sobre su padecimiento, intervención propuesta y pronóstico.

El paciente puede decidir o no participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

Puede haber algunos casos excepcionales en los que en contra de la voluntad del paciente se lleven a cabo procedimientos. Esto solo procede cuando el médico lo juzga indispensable y esté permitido por la ley y esté bajo los principios de la ética médica.

-Derecho a la información:

El paciente debe recibir información sobre su estado actual de salud, en un lenguaje sencillo. También existen excepciones, en las cuales, se puede denegar la información al paciente, cuando se considere que el conocerla puede poner en peligro su vida o su salud.

-Derecho a la dignidad:

Siempre debe ser respetada la dignidad, intimidad, cultura, valores, religión, preferencias sexuales y raza del paciente.

-Derecho a la confidencialidad:

Toda información que proporciones el paciente debe ser confidencial, incluso hasta después de su muerte. Esta información sólo se podrá compartir con otros profesionales de la salud que intervengan en su atención, sin dejar de proteger los datos personales e identificables. En ocasiones en que la ley exija información, ésta debe ser proporcionada.

-Derecho a la educación para la salud:

Es indispensable la educación sobre hábitos y estilos de vida saludables, así como métodos de prevención, detección de enfermedades y utilización de servicios de salud.

-Derecho del paciente inconsciente:

Si el paciente no pudiese expresar su voluntad, se tendrá que solicitar el consentimiento de un representante legal. En casos de urgencia y en ausencia del representante, se tomarán en cuenta las expresiones o convicciones previas del paciente, con la absoluta intención de actuar en beneficio del paciente.

-Derecho del paciente legalmente incompetente:

Cuando el paciente es menor de edad, o siendo adulto es incompetente por alguna circunstancia, se necesita consentimiento de un representante legal. El médico siempre debe involucrar al paciente en la decisión, proporcionando explicaciones de acuerdo a su

capacidad, sin perder objetividad y veracidad. Las decisiones racionales del paciente legalmente incompetente serán respetadas, e incluso, si el representante legal no acepta el tratamiento que el médico propone y es interés del paciente, el médico puede desafiar la decisión del representante legal.

-Derecho a la asistencia religiosa:

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar la asistencia espiritual y moral de un ministro de su religión. ³

En los Estados Unidos de América existen un mayor número de documentos del Consentimiento Informado en las últimas décadas debido a la idiosincrasia particular de esa sociedad que se basa en los conceptos de libertad y respeto a los derechos individuales. ⁴

3.5.2 CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO EN MÉXICO

En México, este tema se ha retomado a partir de la publicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA-1998, que se refiere a la elaboración e integración del expediente clínico publicado en el DIARIO Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 1999, en el que subraya la importancia del derecho del paciente a tomar decisiones con independencia de criterio para que conozca el tratamiento y posibles complicaciones de lo que se llevará a cabo en su organismo. ⁴

Dentro de las legislaciones mexicanas, está el Código Civil del Distrito Federal, en la que en varios artículos hace referencia a los derechos de toda persona, por ejemplo, la definición de personas físicas y las restricciones de la personalidad jurídica sin menoscabo a la dignidad, mencionados en los Art. 22, 23 y 24 ; criterios sobre los representantes

cuando por ella misma un persona no pueda ejercer sus derechos en los Art. 414, 450 y 461; Definición de consentimiento y sus vicios en la celebración de contratos en los Art. 1794, 1795, 1803 y 1812. Todo esto en el Código Civil del Distrito Federal de 1932.

Nosotros como Odontólogos y pertenecientes al ramo de la salud, estamos dentro de las disposiciones de la Ley General de Salud, así como los Reglamentos en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, de Investigación para la Salud, y Disposición de Órganos, Tejidos y cadáveres de Seres Humanos, los cuales, en relación a el consentimiento válidamente informado exponen los siguiente:

-La obligación del profesional para dar a al usuario o representante legal, la información completa sobre el Diagnóstico, evolución, tratamiento y pronóstico del padecimiento, en el Art. 29, RPSAM, 1986.

-Definición del consentimiento informado en al Art. 20 de RIS, 1986.

-Sobre los titulares que otorguen el consentimiento en el Art. 100, 315 y 316 de LGS, 1984.

-Sobre las intervenciones que requieran del consentimiento informado escrito en los Art.100, 324, de la LGS 184, en los Art. 80, 81, 83, 119 de la RPSAM 1986 y Art.13, RIS 1986 y RDOTCSH 1985.

-Sobre las formas de consentimiento bajo información en los Art. 82 de la RPSAM 1986, Art. 21 de RIS 1986 y Art. 24 y 26 de RDOTCSH 1985.

-Los casos de excepción para prescindir del consentimiento informado en los Art. 81 RPSAM 1986, Art.23 de RIS 1986 y Art. 27 de la RDOTCSH de 1985.

-Sobre las sanciones por incumplimiento o vicios en la obtención del consentimiento bajo información en los Art. 418, 420,421, 466 de la LGS 1984. ³

Bajo toda esta información, pareciera difícil, comprometedor o quizá tortuosa la elaboración del Consentimiento Válidamente Informado, pero no es así. Debemos tener en cuenta la definición mencionada al principio de este capítulo del Art. 20 RIS 1986 para tener la idea clara de que es lo que significa y que se busca en el Consentimiento Válidamente Informado así como los cuatro elementos básicos que se expondrán a continuación y las recomendaciones de la CONAMED sobre los puntos que serían ideales en la elaboración de este documento.

3.5.2.1 BASES LEGALES DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Es un documento esencial para consolidar la relación médico-paciente, por lo tanto, se convierte en un acto profesional y deontológico que tiene repercusiones legales.

El actuar sobre cualquier parte del cuerpo de una persona, es necesario que ésta dé su consentimiento al acto médico, ya que posee autonomía moral y dignidad.

En el pasado, por lo general el médico decidía el tratamiento y las terapias de sus pacientes, ya que se tenía la idea que una persona en estado de sufrimiento no tenía la capacidad de tomar decisiones libres y claras, por que la enfermedad no sólo afectaba su cuerpo sino también su alma y su conciencia.

El respeto a la libertad en la toma de decisiones debe considerarse un derecho del paciente, así como recibir de su odontólogo la suficiente información en términos comprensibles adecuados con su estrato cultural, educacional y situación emocional.

La doctrina jurídica actual considera que la información que se le proporcione al paciente es una responsabilidad que debe llevar a cabo el equipo de salud y a su vez, considera al

consentimiento como un requisito para que el paciente pueda expresar su manifestación de voluntad a someterse a determinado plan de tratamiento.

Es importante mencionar, que la validez del documento, se extenderá hasta donde haya llegado la información.

El objetivo del consentimiento válidamente informado es instituir los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios para la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico, teniendo como campo de acción a todo el territorio nacional, convirtiéndose en obligación para todos los prestadores de servicio del campo de la salud.

Una vez existiendo el consentimiento válidamente informado, se podrá hablar de un modelo de relación médico-paciente de tipo compartido, ya que existe la participación libre de ambos en torno a una mejor decisión y alternativas verdaderas.⁴

Este documento no es más que es fruto de una nueva cultura médica de información y quizá la culminación en el desarrollo de la relación clínica.

Es también es resultado inevitable de la interacción en las necesidades cambiantes e individuales de cada paciente, así como de la sensibilidad y competencia de cada profesional.⁶

En resumen, es una exigencia ética y legal para el profesional de la salud, sin pretender ser un frío documento legal, por el contrario, fomentar un diálogo más cálido y una mejor comunicación que antes.^{4,6}

3.5.3 ELEMENTOS BÁSICOS DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Los cuatro elementos básicos son el: *qué, quién, cómo y cuando*. Por lo tanto, en el documento se deben dar respuesta a ellos.

QUE

Se refiere al objeto del consentimiento. Son los términos pactados a los que se llegarán después de que el médico y el paciente hayan dialogado sobre el Diagnóstico, Plan de Tratamiento, Pronóstico y Honorarios, y en donde el paciente autoriza al odontólogo a tratarlo bajo los términos pactados.

QUIEN (TITULARIDAD):

El titular del consentimiento. El paciente es quien tiene el derecho de aceptar o rechazar el plan de tratamiento. Si el paciente no tiene la capacidad de autodeterminación, el consentimiento puede obtenerse de: la pareja, padres que ejerzan la patria potestad, tutor testamentario, abuelos o familiar en segundo grado o quien determine la autoridad en ausencia de los anteriores.

Las limitaciones de autodeterminación no excluyen en deber médico de explicar e involucrar al paciente en la decisión.^{3,4}

Sin embargo, el médico puede actuar bajo el “estado de necesidad”, que se da en casos específicos, como un paciente que llega en estado de inconciencia y el esperar a que llegue la persona indicada para firmar el consentimiento provocaría mayor riesgo de muerte o lesiones irreversibles en el paciente.⁴

COMO (FORMA):

La mayoría de las veces se otorga de manera verbal, sin embargo, tiene mayor peso legal de defensa para el médico si se tiene por escrito con la firma del paciente o titular.⁴

La responsabilidad recae sobre el médico, ya que el médico deja constancia de los términos pactados. El documento por escrito puede ser objeto de discusión en los siguientes puntos:

-Como requisito legal en caso de denuncias o demandas, ya que se puede argumentar que el paciente tenía conocimiento de lo que iba a someterse.

-En situaciones de urgencia, puede suceder que ni el paciente ni los familiares tiene la capacidad suficiente para comprender la información que su médico les proporciona.

-Cuando la redacción y contenido de los formatos son ambiguas, genéricas o simplistas, y no precisan la intervención médica que se propone, y por el contrario, es compleja y saturada de tecnicismos que dificultan la comprensión del paciente o familiares.

Por esto, es recomendable que los protocolos del consentimiento válidamente informado tengan una estructura básica y se anexen complementos para cada caso, dependiendo de las circunstancias, características del paciente y el odontólogo, así como de la institución de salud, en su caso.³

Para este formato, la CONAMED recomienda que contengan los siguientes datos:

1. Datos completos del paciente (Ficha de identificación).
2. Naturaleza, origen y característica del procedimiento.
3. Nombre descripción y objetos del procedimiento.
4. Beneficios esperados y posibilidades de éxito.
5. Molestias previsibles y posibles riesgos.
6. Procedimientos alternativos.

7. Efectos esperados en caso de no efectuar terapéutica.
8. Disposición a aclarar dudas o ampliar información.
9. Posibilidad de cambiar su decisión en cualquier momento.
10. Declaración del paciente, expresando su consentimiento, la satisfacción de la información y la disipación de sus dudas.
11. Datos y firma del médico que informa.
12. Fecha y hora de la elaboración del documento.
13. Firma de aceptación y fecha.
14. Datos de dos testigos y firma de los mismos.
15. Apartado para el consentimiento, a través del representante legal en caso de incapacidad del paciente, así como de la causa de la misma.
16. Apartado para la revocación del consentimiento.

Así mismo, la CONAMED recomienda que en éste documento la información y firma sean en el momento adecuado (por ejemplo; que el paciente no se encuentre en un estado de dolor agudo o sedado), en el lugar adecuado (es decir, en el consultorio u oficina, no en un pasillo o lugar que esté fuera de contexto), con tiempo para meditar y tiempo para preguntas.⁴

Otro tipo de formato más sencillo, como mínimo debe contener (Art. 82. RPSAM, 1986; NOM-168-SSA1-1998):

1. Identificación de la institución de salud o médico tratante.
2. Título del documento.
3. Lugar y fecha, acto médico autorizado.

4. Señalamiento de riesgos y beneficios esperados.
5. Autorización para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado.
6. Nombre y firma del médico responsable
7. Firma del paciente o representante

Seguido de requisitos específicos según el objeto y naturaleza del procedimiento, de consentimiento bajo información establecidos en la ley sanitaria.³

CUANDO (TIEMPO):

Se refiere al tiempo del documento, el cual debe presentarse antes del acto médico.⁴ La información que se da al paciente no puede ser estática ni concretarse a un momento determinado, sino que debe replantearse en diferentes momentos.

El deber del profesional de la salud de informar se inicia desde el primer contacto con el paciente.³

3.5.4 FUNDAMENTOS PARA LA INTEGRACIÓN DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

Información:

Si bien el diálogo entre odontólogo-paciente es fundamental, por un lado, para conocer las expectativas del paciente, que dependerán de su personalidad, objetivos y necesidades, y por otro, que el paciente conozca a su odontólogo, no es suficiente para futuras aclaraciones. Por ello, es recomendable el documento por escrito para ser anexado al expediente.

Voluntariedad:

Se refiere a la manifestación autónoma de la elección del paciente en donde acepta o rechaza el plan de tratamiento con base a la información que se le proporcionó.

Libertad:

La ejerce cada paciente en sano juicio y en ausencia de coerción y conocimiento del procedimiento.

Debemos tomar en cuenta que el paciente es quien se somete a las consecuencias del tratamiento y afronta los gastos del mismo, por lo tanto, tiene el derecho de conocer los pormenores del procedimiento que se va a realizar, así como los riesgos, pronóstico, tratamientos alternativos y consecuencias de no sujetarse al tratamiento adecuado.⁴

3.5.5 OBSTÁCULOS PARA LA ADECUADO INTEGRACIÓN DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

Pueden existir cuatro elementos que entorpezcan la integración adecuada del consentimiento válidamente informado:

1. Que el odontólogo dé el diagnóstico y proponga tratamiento, así como exponga pronósticos sin preocuparse o preguntar al paciente lo que realmente quiere saber y cuales son las expectativas del paciente.
2. Que el paciente niegue psicológicamente su padecimiento.
3. Que el paciente tenga sentimientos masoquistas.
4. Que el paciente quiera obtener una ganancia secundaria, que puede ir desde captar más atención de su entorno familiar u obtener beneficios extras del odontólogo.

Es de suma importancia que la información que se le proporciona al paciente sea objetiva, sin aumentar o disminuir información con el objeto de obtener los resultados deseados por el odontólogo.

También podemos encontrar fallas en la comunicación que precede al documento o en el documento mismo debido a tecnicismos, por lo que es recomendable que al elaborar el escrito se pida la opinión de otro colega calificado, para ayudar a determinar si es comprensible para el paciente.

Las omisiones, así como detalles excesivos en la información pudieran dar como resultado malos entendidos en la relación o angustia por parte del paciente, por lo que se debe buscar el equilibrio.

3.5.6 UTILIDAD DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

-Este documento promueve la autocrítica, conocimientos y convicción del médico, además de llevar a decisiones más pensadas y razonadas, sin decisiones precipitadas de ambas partes.

-Protege a pacientes que legalmente no tienen autodeterminación.

-El paciente tiene confianza en su odontólogo, así como en el tratamiento al que se está sometiendo.

-El rechazo por parte paciente del tratamiento propuesto, después de una correcta información, es una defensa para el odontólogo en caso de una demanda por negligencia o por no haber realizado el tratamiento indicado.

3.5.7 VENTAJAS DEL CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO

-Fomenta la autocrítica del odontólogo en cuanto a su deber profesional.

-Las decisiones de ambas son más razonadas.

-Previene tomar decisiones erróneas.

-El paciente tendrá mayor conocimiento de su enfermedad y sobre su médico. ⁴

-Exige mayor respeto para llegar a un equilibrio.

-Pone en manifiesto las expectativas y preferencias de ambos.

-Se basa en principios éticos y jurídicos. ⁶

BIBLIOGRAFÍA

1. Decreto de creación y Reglamento interno de la CONAMED. Cuaderno de Divulgación 2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México 1999 1era. Edición.
2. El modelo mexicano de arbitraje médico: una opción viable para mejorar la calidad de los servicios médicos que recibe la población y prevenir la medicina defensiva. CONAMED, México 2001. 1era. Edición.
3. Fernández Varela Mejía Héctor, Sotelo Monroy Gabriel. El consentimiento mediante información. Rev. Fac. Med. UNAM Vol.43 No. 1 Enero-Febrero, 2000
4. El consentimiento bajo Información. Bases para su comprensión. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México. Comité Editorial de la Administración Pública. Toluca, México, 2000
5. Llanera del Rosario María Elena, Delgado Escobedo Patricia. Consentimiento bajo información. Compromiso entre odontólogo y paciente. Dentista y Paciente. Vol. 8. No. 92. Feb.2000
6. Broggi Trias M.A., ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Barc) 1999;112
7. www.conamed.gob.mx

CAPÍTULO 4

BIOÉTICA EN LA FORMACIÓN DEL ODONTÓLOGO.

Uno de los objetivos de la educación, es el pleno desarrollo del ser humano en su dimensión social. “Así, la educación no sólo es el mejor vehículo para la transmisión del conocimiento, también es formadora de valores, es construcción de un espacio de socialización y es crisol de un proyecto común”.¹

La universidad, es formadora de cultura y civilización. Por eso, la formación en valores, no es algo ajena a la función universitaria, por el contrario, es parte fundamental de la misión universitaria. Estos valores, entonces, han de penetrar y dar un sentido humanista a la educación superior.

La educación en valores, está conformada por estos tres campos, y se podría definir como “el esfuerzo sistemático por ayudar a los educandos a adquirir aquellas cualidades de su personalidad que se consideran deseables en los diversos ámbitos de su desarrollo humano, y particularmente aquellas que se relacionan con el uso responsable de su libertad”¹

El interés de introducir los valores en la educación, no es más que un reclamo, un deseo de recuperar algo esencial que se ha perdido: la función formativa de la escuela. Se convierte en esencial porque nadie puede educar sin valorar, tanto al individuo como a la sociedad.¹

4.1 DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DEL VALOR.

Existen ciertos aspectos importantes y elementales que deben conocerse acerca del valor para su enseñanza, y en este capítulo se mencionan algunos de ellos.

Los valores en la vida humana, son directrices de la conducta, por lo que dan, tanto al individuo como a la sociedad, sentido y finalidad.

La vida debe apoyarse sobre valores, ya que al entender, explicar y justificar hechos en nuestra vida, siempre va implicada una valoración. “Nuestras decisiones y acciones éticas encierran implícitamente un proceso valorativo previo”.²

La Teoría de los valores ocupa su mayor campo de estudio a la ética y la estética.

Desde la que somos pequeños, consciente o inconscientemente, damos valor a cosas y personas, son buenos o son malos, bellos o feos, agradables o desagradables. Todos estos valores que damos a personas u objetos, van transformándose con el paso del tiempo, cambian conforme maduramos y adquirimos experiencias y conocimientos.

Algunas definiciones de valor son:

- Algo estimable o deseable para una persona o grupo de personas.
- Cualidad o calidad que observamos en objetos o personas, y nos complementan y puede complementarnos y perfeccionarnos.
- Cualidad de objetos o personas que satisface la necesidad del ser humano.
- Cualidad positiva que se otorga a objetos o sujetos.
- Objetivamente, es la cualidad positiva, utilidad o importancia de un objeto; y subjetivamente, es el interés, el aprecio o la aceptación que tiene para la persona dicho objeto.²

Debemos recordar, como se mencionó en el Capítulo de Consideraciones Bioéticas de esta tesis, que un principio es una característica de una acción que tiende a realizar la acción moralmente bien. Los principios incluyen características como el hecho de que la acción producirá beneficios. Los principios describen características de acciones que hacen la

acción moralmente buena, las virtudes describen características de las personas que hacen a una persona loable, sin embargo, es lógicamente posible, que las personas que tengan buen trato con los demás, se puedan comprometer en conductas moralmente incorrectas.

El término valor se usa mejor para referirse a aquellas cosas que son racionalmente deseables, Así, si somos cuidadosos en usar el lenguaje moral, no usaremos los términos principios, virtudes y valores intercambiamente. Los principios se refieren a la conducta correcta, las virtudes a los rasgos del carácter, y los valores a las concepciones racionales del bien.³

Primero, el valor es un atributo específico y característico. Segundo, podemos jerarquizar los valores, es decir, darles mayor o menor preferencia, y esto,² depende directamente del entorno cultural en el que nos hayamos desarrollado y de nuestras experiencias de vida.^{2,4}

Y tercero, para que exista una valoración, tiene que haber un sujeto calificador.²

Los valores, tiene ciertas características, y son:

a) Polaridad:

Que se refiere a dos extremos opuestos, como honesto y deshonesto, por ejemplo. Se aprecian como valor positivo o negativo. Al valor negativo se le conoce también como antivalor o ausencia de valor.

b) Trascendencia:

Los valores trascienden los hechos. El ser humano busca los valores, pero estos siempre son superiores a nosotros, nos trascienden.

c) Inherencia o dependencia:

Los valores no existen por sí mismos, necesitan pertenecer a algo o alguien, es decir, siempre están en un sujeto u objeto.

d) Preferibilidad:

Es la atracción que ejercen en nosotros, que depende, como se mencionó anteriormente, del entorno cultural del sujeto y de sus propias experiencias. La preferibilidad de valores, es muy diferente entre las culturas anglosajona, latina e hindú, por ejemplo.

La preferibilidad nos da la posibilidad de jerarquizar, y de esta manera, se rompe la indiferencia.

e) Heterogeneidad:

Al variar según la circunstancia y la persona.

e) Sutileza:

f) Debido a que los valores son intemporales e inespaciales, ya que no ocupan ni tiempo ni espacio. ²

4.2 AXIOLOGÍA

Proviene de *axios*, que significa: valor, o digno de estima; y *logos*, tratado. Por lo tanto, se encarga del estudio de los valores.

En la antigüedad, no se tenía una clasificación de estos, y Sócrates, por ejemplo, los denominaba genéricamente como bien.

Nietzsche (1844-1900), es uno de los primeros filósofos que habla de los valores. ²

Primero, la noción del valor, era entendida como economía: la cantidad de dinero que juzga que una cosa está en relación con otra o el satisfacer necesidades personales. También se dice que el valor de una cosa, aumenta con la escasez y la rareza, al igual que disminuye con la abundancia.

Estas concepciones se alejan completamente de lo que conceptualiza ahora la ética como valor, ya que después, del concepto económico, se redefinió en un sentido filosófico, desarrollándose entonces, una axiología bajo los siguientes puntos:

1. Reacción contra el espíritu cientista (de ciencia).

En este sentido, el objetivismo de la ciencia no toma en cuenta al sujeto, ni tampoco admite más valor que lo verificable. Es decir, para la ciencia no hay verdades buenas o malas, se equilibran en resultados numéricos. A esto se le llama positivismo, que se resume en que lo que no se ve, no se mide y no se comprueba, no tiene valor.

2. Acontecimientos históricos, sobre todo, los hechos ocurridos por el gobierno nazi, fueron detonantes del cuestionamiento sobre el significado y valor del ser humano.
3. Avances tecnológicos que modificaron el *modus vivendi* de algunas sociedades, y al mismo tiempo, provocó que se volvieran obsoletos algunos valores.
4. Ante el avance de las ciencias económicas, en donde la noción del valor es fundamental.

4.2.1 CORRIENTES SUBJETIVISTA, OBJETIVISTA Y ECLÉCTICA DE LA CONCEPCIÓN DE LOS VALORES

En resumen, la teoría subjetivista sostiene que el valor está en el sujeto, mientras que en la teoría objetivista, el valor pertenece a los objetos. La unión de las dos teorías, es la ecléctica, articula estas dos teorías, por lo tanto, afirma que los valores, se encuentran en sujetos y objetos.

-Corriente subjetivista:

Sostiene que los valores son el resultado de reacciones individuales y colectivas. Para el subjetivista, la pregunta es: ¿Puede algo tener valor si nadie lo ha percibido?

Aquí, el valor no tiene sentido ni existencia propia sin que exista el sujeto. La valoración real es un elemento indispensable del valor. El valor es para el hombre o los seres vivos. Un “algo” carece de valor sino no existe sujeto que se lo otorgue.

Según esta corriente, los valores no existen en sí o por sí mismos, sólo son creaciones de la mente de cada persona, y lo que hace a una cosa valiosa, es el deseo o interés individual.

-Corriente objetivista:

Afirma que los valores dependen del objeto y no de un sujeto, por lo tanto, el papel del sujeto, es captar el valor.

Reconocen que la valoración es subjetiva, pero esto no implica que el valor lo sea, es decir, en una escultura, por ejemplo, la percepción subjetiva es que para mí, puede ser hermosa y horrible para otra. Sin embargo, el objeto existe y en el siempre habrá cualidades aún cuando lo nadie lo perciba, por ejemplo aún estando cerrado el museo donde se encuentre y nadie la vea.

Para los objetivistas hay dos puntos fundamentales:

1. Separar radicalmente entre el valor y la realidad, o independencia de los valores de con respecto de los bienes en que éstos se plasman.
2. Afirmar que los valores son absolutos, que no existen para mí, sino en sí, es decir, son independientes de todo sujeto.

-Corriente ecléctica:

Elige las tesis más apreciables de ambas corrientes, sin importar demasiado la coherencia de éstas entre sí ni su relación con la corriente de origen.

Fronzizi sostiene que el valor surge de la interacción del sujeto y el objeto, originándose una relación axiológica con estructural empírica, que nace de una situación humana concreta y su jerarquía de valores, que es situacional y compleja.

Entonces... ¿los valores son necesariamente objetivos o subjetivos?; la respuesta puede ser, que debido a la interacción entre el sujeto y el objeto, existan ambas percepciones.

La Dra. Juliana González,² menciona al respecto que se debe superar el vaivén entre el subjetivismo y el objetivismo, y entre el sujeto y el objeto, ya que los valores, los encontramos en ambos, se articulan, se encuentran. Se valora lo que se desea y deseamos lo que es valioso porque es valioso. Otorgamos valor a algo o alguien por que lo queremos, porque nos interesa, y a su vez, lo queremos y nos interesa porque tenemos la capacidad de sentir e intuir valores, de los cuales, dependerán la cultura, momento histórico específico al que el individuo u objetivo pertenezca, así como a la individualidad afectiva de la persona.

4.2.2 JERARQUIZACIÓN DE VALORES

El criterio empírico no es aceptado para poder jerarquizar los valores seriamente, es decir, cada persona, podrá tener su propia jerarquía de valores, sin embargo, no significa represente la verdad para otros:

Algunos filósofos como Max Scheller, Nicolás Hartman, y F. de Finance, han dado sus clasificaciones.²

Una de las más conocidas es la de Max Scheller,^{2,5} que jerarquiza de lo inferior a lo superior, ya que el sostiene, que los valores superiores sostiene a los inferiores. Por lo tanto, clasifica:

1. Valores de lo agradable y desagradable, con los estados afectivos que pertenecen al placer y al dolor. Lo útil y lo inútil.
2. Valores vitales, referentes a al bienestar y malestar. Prosperidad y decadencia, salud y enfermedad, juventud y vejez.
3. Valores espirituales, los cuales, dan como resultado el sacrificio de los vitales y los agradables. Los valores espirituales están divididos en:
 - a. Valores de belleza y fealdad. Puramente estéticos.
 - b. Valores de justicia e injusticia, con referencia a un marco jurídico.
 - c. Valores de conocimiento de la verdad, lo que es opuesto al positivismo, en donde, con el conocimiento, se pretende dominar la naturaleza.
 - d. Valores religiosos, referentes a lo divino y lo sagrado. Este es el rango supremo.

Otra clasificación importante, es la de F. de Finance,^{2,5} en donde el punto de referencia es el hombre, y la jerarquización de valores se hace en relación con la capacidad de

perfeccionar al sujeto, es decir, el valor es más importante y trascendente cuanto más encamine al hombre a su sentido más humano. Por tanto, F. de Finance, clasifica al valor de la siguiente manera:

1. Valores Infrahumanos:

Los tienen en común tanto animales como el hombre, como salud, agilidad, fuerza.

Son representados por valores de sensibilidad, valores vitales o biológicos. Con estos valores, el hombre fortalece su cuerpo y su sexualidad, se entusiasma con su trabajo.

Auxilian al hombre a perfeccionarse. Estos valores están subordinados a otros más altos.

2. Valores Inframorales:

Sólo le pertenecen al hombre, pero el grado de perfección que le ofrecen es parcial.

Están encaminados a una parte muy específica de la realidad humana, perfeccionando al hombre de lo que lo distingue del animal, sin embargo, no califican al hombre como persona.

Estos se dividen en:

a) Valores económicos.

Son creación del hombre en aras satisfacer sus necesidades materiales. Entre ellos se encuentran la prosperidad y la miseria, fracaso y éxito. Por parte del objeto, están el dinero, calidad (por ejemplo, de una empresa), etc., y del sujeto, el ser y la pobreza.

b) Valores del conocimiento.

Se deriva de la actividad intelectual que perfecciona el entendimiento. La parte objetiva corresponde a la ignorancia o conocimiento, verdad o falsedad, certeza o error, que se pueden encontrar en un libro o determinadas doctrinas, por ejemplo. Por la parte del sujeto, encontramos la captación del conocimiento, ignorancia, error, etc.

c) Valores estéticos:

Belleza, fealdad, elegante, vulgar. Existe una armonía entre el objeto y el gusto estético del sujeto.

3. Valores morales:

Son los únicos que perfeccionan al hombre en tanto su naturaleza humana, ya que el valor moral, perfecciona en esencia y miden el valor de la persona humana.

Ejemplos de los valores morales son:

-Justicia, que es la proporción equitativa de lo que corresponde a cada uno. Existen dos tipos de justicia: la justicia distributiva y conmutativa. La distributiva es el distribuir equitativamente bienes, en función de las necesidades de cada quien, y la conmutativa, es la igualdad al hacer cambios o permutas.

-Bondad, que se refiere a la inclinación natural del procurar el bien.

-Honradez: Surge de la inteligencia y voluntad, es el determinar las consecuencias favorables y desfavorables para sí y para los demás antes de tomar una decisión, Actuar o dejar de actuar de acuerdo a lo determinado por la inteligencia.

-Veracidad. Ser franco, conducirse y hablar con la verdad. En nuestro ejercicio profesional, ser veraces en cuanto a complicaciones o sencillez en nuestro trabajo.

-Altruismo:

4. Valores Religiosos:

Se relacionan con el Principio Supremo de cada individuo. La divinidad tiene un papel muy superior a la naturaleza humana. Sólo se perciben si el sujeto es creyente, si tiene fe, es decir, cree y se adhiere, cree en el que se le está revelando, en eso que no puede palpar, pero cree en ello por convicción, sabe que existe como verdad sobrenatural. ²

4.3 VISIÓN INTERNACIONAL

El movimiento bioético ha ampliado el número de interlocutores válidos en materia de ética y, sobre todo, la posición de los profesionales y expertos en su trato con quienes no lo son. Por eso, cabe considerar la aparición de la bioética como un fenómeno propio de las últimas décadas del siglo XX.

En muchos centros europeos las antiguas cátedras o institutos de historia de la medicina y de las ciencias reorientan su actividad hacia la bioética, que así se convierte en la disciplina fundamental de las llamadas "humanidades médicas". En América Latina, el trabajo pionero de José Alberto Mainetti en La Plata, Argentina, Alfonso Llano, en Bogotá, Colombia, Manuel Velasco-Suárez, en México, Armando Roa y Fernando Lolas en Santiago de Chile, además de muchos otros, conduce a diversas formas de institucionalización dentro y fuera de las universidades tradicionales.

Los colegios y asociaciones profesionales, a veces confundiendo la bioética con una extensión de la ética médica convencional (en medicina, por ejemplo), han contribuido a extender el interés público por los temas bioéticos.

La extensión a todos los países del continente americano ha sido veloz, encontrando distintas formas de expresión e inserción en las instituciones de investigación y enseñanza. Puede hoy considerarse a la bioética como un movimiento o proceso social como disciplina que busca su reconocimiento académico.⁴

En Estados Unidos la bioética se institucionalizó a partir de 1969 en Hastings, en el Instituto of Society, Ethics and Life Sciences, y en el Kennedy Institute of Ethics, en Georgetown University en 1971. La bioética mediante cátedras y programas de enseñanza se adoptan por primera vez en Society for Health and Human Values en Philadelphia en

1961 y en el Department for Medical Humanities en Hershey Medical School en Pennsylvania, e el año de 1967.⁶

Es necesario reiterar que algunos de los atributos más comúnmente asociados con esta disciplina son producto específico de su nacimiento en una cultura determinada en un momento específico de su evolución.

Por otro lado, en algunos círculos se ha entendido la bioética como una forma ética aplicada de preferencia al campo biomédico. Así lo entienden los que usan el vocablo como sinónimo de ética biomédica o ética médica.

Otra fuente de heterogeneidad en la bioética contemporánea deriva de la procedencia de sus cultores. El término ha permitido circunscribir una serie de preocupaciones que estaban presentes como vago malestar cultural y que al ser expresadas compactamente pueden ser objeto de trabajo académico y de aplicación concreta.

Cabe mencionar que existen diferencias entre la bioética anglosajona y la europea, las cuales no sólo aluden al origen geográfico, sino básicamente al ámbito cultural en que han sido formados. Lo interesante es que esta gran diversidad de tendencias da como resultado un fascinante desafío de ideas y matices. Sin embargo, siempre existirá el factor de heterogeneidad, que influye en una imagen modelo del ser humano y que determina la práctica de la bioética en distintas culturas. Este factor de heterogeneidad incluso, precede a cualquier tendencia o discurso y tiene sus orígenes en convicciones religiosas, creencias implícitas, institucionalidad política o incluso, fantasías colectivas. Su sentido común es postsensorial pero preconceptual, es decir que quizá nunca se exprese específicamente en algunos individuos, porque quien la tiene, si no sabe el concepto, ni siquiera se puede dar cuenta que la posee, por lo tanto, lleva consigo una “antropología implícita”. Por lo tanto,

debemos desechar la creencia de algunas personas, de que influye en intelectuales, profesionales y público de manera oculta.

No se debe olvidar la importancia de la bioética practicada en contextos específicos, porque a parte de la bioética en general que se centra en principios y conceptos amplios, puede hablarse de una bioética en oncología, psiquiatría o por supuesto, odontología. Incluso se puede hablar de bioética económica, jurídica o científica.

Uno de los más reconocidos exponentes de la bioética es Daniel Callahan,⁴ quien sugiere al menos cinco formas de ésta disciplina: clínica, normativa, regulatoria, fundamental y cultural, que difieren sutilmente en métodos y argumentación. Por ejemplo, el principalismo, que se expresa fuertemente en la bioética clínica, en la normativa, regulatoria y muy poco en las formas fundamental y cultural.

Cabe mencionar que para trabajar eficazmente en una disciplina, se necesita saber a fondo sus principios, pero para lograr acrecentarla o mejorarla, es necesario olvidarlos en cierta medida.

Los que fomentan la bioética fundamental, están en busca de argumentos nuevos, así como nuevas expresiones y nuevos contextos, y desconstruyen y repiensen los principios ya existentes.

En la bioética cultural, se indaga sobre la influencia de la cultura y del contexto en la estructura de convicciones morales en las distintas comunidades. Aquí nos encontramos con el problema de la universalidad de valores y el relativismo de su percepción, justificación y aplicación, ya que aquí podemos encontrarnos con aportaciones originales en la síntesis de la cultura, que implica fortalezas y debilidades de las tradiciones intermedias entre un mundo “occidental” y otro autóctono.

El Dr. Fernando Lolas ⁴ tiene una acertada aseveración: "lo que identifica a todas las formas de bioética, a pesar de sus diferencias, es ser una forma dialógica de reflexión moral. No es que los textos filosóficos hayan sido solamente monólogos (en realidad, todo texto técnico supone un interlocutor y es por ende una forma de diálogo). Lo distintivo es el empleo del diálogo como fuerza productiva y producto. Como herramienta, como recurso. Como procedimiento y meta. Tal es la diferencia con las formas tradicionales de ética filosófica."⁴

Entre personas, grupos, intereses sociales, profesiones, grupos, racionalidades y disciplinas, el diálogo se entiende a distintos planos y niveles. Incluso, toda persona posee una filosofía práctica y espontánea que proviene de diálogos ocultos con su propia conciencia, es decir, la percepción individual de cada persona de actuar bien o mal es lo desencadena la reflexión.⁴

4.4 PERSPECTIVAS EN MÉXICO DE LA EDUCACIÓN EN VALORES

México es un país de jóvenes; según datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO), vivimos más de 25 millones de jóvenes de entre 12 y 24 años.⁷

En los resultados de la encuesta nacional de corrupción y Buen Gobierno que realizó en 2001 la Organización Transparencia Mexicana, se pudo comprobar que los maestros tienen una enorme credibilidad e impacto social para promover conductas éticas, por lo que la influencia de los maestros en la formación de los individuos es fundamental. Es precisamente con los jóvenes que tienen estudios superiores con los que hay que hacer un mayor énfasis en la promoción de valores de legalidad y transparencia.

Las universidades e instituciones de educación superior son instancias inmejorables para transmitir el aprendizaje de valores de legalidad e integridad. En las instituciones

académicas los estudiantes comparten con profesores y compañeros vivencias con las que forman y ejercitan valores como la responsabilidad, el trabajo en equipo, la tolerancia, la honestidad, el diálogo, la integridad y la honorabilidad.

El gobierno federal con la coordinación de la SECODAM (Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo), ha establecido un compromiso irrenunciable con el combate a la corrupción y con la promoción de una cultura de transparencia y legalidad, así como el reforzamiento de sus valores sociales y éticos.⁷

Ahora, se pretende que los jóvenes universitarios de nuestro país tengan asegurada una formación académica, cívica, ética y humana acorde a las transformaciones de nuestra sociedad. Incluso, se han publicado documentos como “Códigos de Honor: la creación de una cultura de transparencia y responsabilidad en las universidades”^{7,8} como una guía para aquellos estudiantes profesores y universidades que tengan el interés de promover valores democráticos, de respeto a la ley y de integridad mejorando al mismo tiempo su desempeño.⁷

La encuesta Nacional de Corrupción y Buen Gobierno, coordinada por la organización de Transparencia Mexicana, registró 214 millones de actas de corrupción en el uso de servicios públicos los doce meses anteriores a su levantamiento (agosto 2001). En promedio, estas mordidas costaron a los hogares mexicanos \$109.50 pesos, lo que implica más de 23 mil 400 millones de pesos anuales gastados por las familias mexicanas en corrupción.⁹

Uno de los resultados más alarmantes de esta encuesta fue que el grupo social más propenso a cometer actos de corrupción son los jefes de hogar jóvenes con mayor escolaridad (universitarios).

La Secretaría de Contraloría y Desarrollo Administrativo (SECODAM), la Secretaría de Educación Pública (SEP) y la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) convencidas de que a través de la educación cívica de los jóvenes se puede contribuir a lograr un cambio cultural, ha desarrollado el programa en “Ética, Responsabilidad Social y Transparencia”. Este programa tiene el objetivo general de fomentar, a través del método del caso, la reflexión crítica sobre temas relacionados con la ética entre los estudiantes de educación superior.⁹

Se busca enfatizar las repercusiones de la acción ética individual en la conformación de una sociedad responsable y justa.

El curso creado por estas instituciones, emplea como medio educativo el diálogo y discusiones subjetivas.

Subrayando las repercusiones de la postura ética individual, la idea de este curso, no es ofrecer o imponer soluciones taxativas, sino fomentar la reflexión personal y la conciencia crítica, suscitar la discusión argumentada de los textos y aplicar las conclusiones del tema.

Además, contempla la participación activa del lector en la confrontación con problemas concretos y reales que corresponden a la vida ética en una sociedad.

Es una invitación a reflexionar sobre la ética, que nace de la urgencia personal y nacional de vivir éticamente.⁹

Los capítulos que se manejan son:

La ética un problema cívico, en donde menciona que es posible la libertad en el marco de la ley y es viable la legalidad en el panorama de la libertad humana. Lo que llaman ideal de humanismo cívico.

Hace ver que cada uno pueda alcanzar los fines que se han propuesto en la vida y al mismo tiempo, la sociedad a la que pertenecemos viva en un verdadero Estado de Derecho.

La vida lograda como proyecto personal y social. En este capítulo, se habla de que la vida presenta diversas alternativas de realización, y que la forma correcta de llegar a ellas es haciendo compatible nuestro proyecto personal con el entorno social, conociendo a fondo nuestros intereses y aptitudes, ya que la verdadera vida lograda supone, por encima de los bienes económicos y del reconocimiento social, el privilegio de la auto posesión.

La posibilidad de la vida lograda. Subraya que un proyecto vital bien integrado implica diferentes niveles en los que puede desarrollarse el ser humano. De ahí la importancia de una correcta comprensión de la identidad.

También reflexiona sobre los objetivos del ser humano y los jerarquiza.

Diagnóstico y estrategia: Analiza la acción humana con sus limitaciones naturales, las del entorno social y, algunas veces la resistencia interna que experimentan las personas ante el deber.

Hábitos y Habilidades: Nuestra personalidad se forma a partir del temperamento y del carácter. El temperamento se asocia con la carga genética y el carácter puede formarse a partir de dos modos de socialización: entorno familiar y social. Por lo tanto, temperamento y carácter influyen en la estabilidad operativa de cada individuo, que a su vez, es alcanzada gracias al mecanismo de los buenos hábitos y el modelamiento del Yo

El mapa de la personalidad. Propone como poner en marcha la estabilidad operativa. Divide en tres temas: el autodomínio en relación con la autoestima, la responsabilidad y la justicia. Habla de los enemigos de la persona y de la sociedad como apatía, violencia, alcoholismo, drogadicción, trastornos alimenticios, pornografía infantil y acoso sexual.

Deontología profesional. En este capítulo se hace conciencia que, por encima de la remuneración económica, la actividad laboral implica un impacto social, por lo tanto, debe llevarse a cabo en un marco ético. Menciona que el esfuerzo y la responsabilidad en el

ejercicio profesional son exigencias de la justicia social y que el buen desempeño laboral forma parte del deber de cada uno de nosotros.

Justicia social y derechos humanos. Se insiste en que los derechos humanos no son negociables y en que constituyen la base para la conformación de una sociedad más justa y éticamente madura.

Democracia, Tolerancia y Pluralismo. La democracia ha fortalecido la defensa de los derechos humanos, a esta se suma la tolerancia, pluralismo, multiculturalidad, diálogo y justicia social.

La continuidad entre lo público y lo privado. Las opciones éticas individuales son inseparables de los parámetros éticos de la sociedad a la que el individuo pertenece. Se analizan las funciones de la familia, las instituciones educativas, la empresa privada, los partidos políticos, las asociaciones religiosas y el Estado. Se demuestra como todo grupo social representa un anhelo de orden, justicia y bienestar. También se hace una reflexión sobre ecología, desarrollo sustentable, la globalización y el multiculturalismo.

El cáncer de la democracia es la corrupción. Habla de los grandes esfuerzos políticos e institucionales en México dedicados al análisis de este problema, se propone que la solución adecuada al mal de la corrupción surge necesariamente de la vida ética.

Repensar en el liderazgo. Hace énfasis en que además de las aptitudes naturales y las habilidades persuasivas del líder son necesarias convicciones claras y definidas, así como cualidades éticas y compromiso cívico. Un líder debe ser promotor del cambio que fomente la creatividad y la iniciativa de las personas a quienes inspira.⁹

4.4.1 LAS INSTITUCIONES DE EDUCACIÓN COMO PROMOTORES DE VALORES DE INTEGRIDAD.

Las universidades e instituciones de educación superior, son instancias inmejorables para transmitir el aprendizaje de valores.

Esto hace urgente la búsqueda de mecanismos para optimizar la calidad de la educación superior en México para la formación de profesionistas de clase mundial, con sólidos valores éticos y de integridad. Además, las instituciones de educación superior producen y transmiten conocimientos, por lo que están plenamente involucrados en la formación humana y social de los estudiantes y de quienes laboran en ellas.^{7,8,9} Esto se debe a la interacción con la comunidad académica, estudiantil y administrativa, en donde todos ellos conviven bajo ciertas reglas y valores propios de la institución. Así, tanto el aprendizaje como la experiencia en las universidades, es de tipo intelectual, profesional, personal, social y ético, por lo que una práctica cotidiana de valores e integridad es esencial en las universidades para poder cumplir su función educativa.

La integridad en las instituciones se puede definir como la “adopción por parte de todos los miembros, de principios éticos y de honestidad, bajo el elemento clave de la constancia”.⁸

La integridad en universidades tiene que ver con los valores, así como en acciones específicas, es decir, adquirir el conocimiento de valores y el aplicarlos a la vida cotidiana. Es importante mencionar que el ejemplo que den las autoridades administrativas y profesores en esa institución educativa, será una influencia determinante en los alumnos.

Se ha observado, que las instituciones educativas que tienen bien definidas sus reglas y valores con orientación ética, por lo general, obtienen mejores resultados académicos e incluso, alumnos y personal, están satisfechos de pertenecer a ellas. Esto, a su vez, les permite la permanencia y el reclutamiento de los mejores catedráticos y estudiantes, lo que

conlleva a ser vistos con prestigio por la sociedad ya que contribuyen al mejoramiento y crecimiento de ésta.

Por el contrario, cuando las instituciones educativas no definen sus valores, se crea un ambiente de apatía y vergüenza hacia su sentido de pertenencia a la institución sin sentirse comprometidos con su deber. En este caso, las pérdidas para la sociedad son inmensas.

La mayoría de las personas que no cumplen las reglas, lo hacen con pleno conocimiento de causa, y al momento de evaluar o darse cuenta de los riesgos, se justifican diciendo que “todos lo hacen” o “no le hago daño a nadie”, lo que solo son excusas para evadir sus responsabilidades.

Es esencial ver siempre más allá de nuestras acciones para evaluar las consecuencias de estas. No olvidar que somos los únicos responsables de nuestras decisiones, y el tomar decisiones éticas es la mejor forma de evitar problemas en el futuro.

En la universidad, el alumno debe comenzar por evitar todos los tipos de fraudes académicos. Estos van desde copiar en el examen, presentar trabajos de otras personas como si fueran suyos, acciones que lleven a obtener calificaciones o reconocimientos que no correspondan a los esfuerzos o conocimientos, o el soborno o extorsión para mejoras en calificaciones u obtener beneficios sobre otros estudiantes.⁸

En cuanto a los profesores, son figuras representativas para los alumnos debido a que guían el proceso de transmisión y difusión de conocimientos.^{7,8,9} Esto está demostrado en la Encuesta de Corrupción y Buen Gobierno llevada a cabo por la organización Transparencia Mexicana en 2001, en la que la opinión de los encuestados señaló que la familia y los maestros son quienes tiene mayor credibilidad, así como impacto social en la promoción de valores.^{7,8} Esto indica el respeto social y autoridad moral que tienen los catedráticos en nuestro país. Además, demuestra que el alumno es sumamente receptivo de la conducta de

sus profesores e incluso, se toman como referencia en cuanto a su comportamiento. Un profesor que cumple con sus responsabilidades, marca modelos de conducta para sus alumnos a nivel profesional y personal. Por el contrario, cuando un profesor no se conduce bajo criterios de honestidad, responsabilidad e integridad, su mal ejemplo podría ser reproducido por el alumno.

Es por ello que las autoridades administrativas de cada institución tienen la gran responsabilidad de preocuparse por la formación ética de sus alumnos.⁸

4.4.2 PROGRAMAS DE INTEGRIDAD Y CÓDIGOS DE HONOR.

En México, la SECODAM ha preparado un programa de integridad, que consta de un conjunto de prácticas para mejorar el desempeño, hacer más eficientes los procesos y orientar hacia conductas éticas e integridad en las instituciones.

Uno de los documentos preparados para este programa se titula “Construyendo un programa de integridad: el papel de los códigos de conducta”.⁸

Estos se redactaron bajo el conocimiento de que los Códigos de Honor en universidades pueden llegar a ser instrumentos para mejorar significativamente el nivel académico, así como el funcionamiento de la misma institución.

Estos Códigos de Honor son para que en ellos se establezca claramente los valores de la institución y las conductas que se esperan de cada uno de los miembros.

Es importante que todo tipo de organización establezca reglas claras que ayuden a mejorar el desempeño de todos los integrantes, así como a prevenir problemas.

Una vez que se redactan, el camino es largo, incluso, en la Universidad de Stanford, un grupo de estudiantes hizo campaña en la promoción de conductas éticas durante siete años.

En Estados Unidos, la mayoría de las universidades tiene su Código de Honor debido a la gran competencia que existe por captar a los mejores alumnos y a los mejores profesores.

Sin embargo, las problemáticas y las realidades en las universidades de cada país son diferentes, por lo que cada país y cada universidad, debe identificar y reconocer sus fallos.

La SECODAM emite algunas recomendaciones para la redacción de estos Códigos de Honor, y son:

1. “La necesidad de elaborar un Código debe ser compartida por todos los miembros de la universidad.
2. En su elaboración y validación deben participar el mayor número de miembros de la universidad.
3. Debe desarrollarse un programa de sensibilización y compromiso con el Código.
4. El cumplimiento del Código no es un punto de llegada, sino el inicio de un proceso de crecimiento y mejora.
5. El Código tiene valor porque clarifica, orienta y compromete.”⁸

Consideramos que éstas recomendaciones, se podrían ampliar.

También ayuda a definir los valores y los objetivos de la universidad, identificar conductas que deseen evitarse, así como las que se quieran promover.

Debe existir el compromiso sincero por parte de la institución, académicos y estudiantes de respetar el Código, así como una promoción y adopción del Código en dicha universidad.

Se debe estar consciente de que en una institución académica, no hay forma más efectiva de minimizar la ineficiencia y acrecentar la integridad, que mejorando la conducta individual de cada miembro.

4.5 VISIÓN EN MÉXICO DE LA EDUCACIÓN EN BIOÉTICA

La poca información con la se cuenta acerca de bioética en educación en México en la literatura, es acerca de las facultades de medicina. Sin embargo, lo que pretende esta tesis es generar información de bioética en la educación en las facultades de odontología, por lo que los antecedentes los encontramos en las escuelas de medicina.

A principios de este siglo en la Facultad de Medicina, se planteó la posibilidad de enseñar ética médica, que como ya se ha mencionado antes, es la predecesora de la bioética. Sin embargo, al discutir la posibilidad reañadir esta al curriculum, un distinguido humanista del positivismo, Porfirio Parra,¹⁰ señaló que la ética médica no necesitaba enseñarse, que era una aberración tratar de asignarla como materia, y que los alumnos sólo necesitaban seguir el ejemplo de sus profesores.

Afortunadamente, ahora las cosas son diferentes. A esto, El Dr. Carlos Viesca Treviño¹⁰ afirma dos cosas: una es, que gracias a esa forma de pensar, la Facultad de Medicina de la UNAM no tuvo ética médica ni bioética durante aproximadamente 80 años, y la otra, es que Porfirio Parra, a pesar de sus estudios humanistas, es ignorante del significado de los problemas filosóficos. Él, como buen positivista, consideraba que la filosofía no tenía nada que ver con la ciencia, que estaba fuera de ella, y que quizá la filosofía moral se podría minimizar al ejemplo y a una consideración extra catedrática en un ejemplo sobre algún hecho de la actividad profesional.¹⁰ La bioética no existía o no se le daba importancia.¹¹

Otro punto importante, es que la bioética tuvo que replantearse en la Facultad de Medicina de la UNAM y analizarse en su sentido epistemológico. Si Porfirio Parra aún viviera, seguramente ahora aceptaría que es indispensable incluir la bioética dentro de la enseñanza de las profesiones de la salud, ya que estas son un área específica del conocimiento,

conocimiento que se basa en conceptos y principios científicos. Así se vuelve necesario reconocerle a la bioética su estatuto epistemológico de base y su inclusión dentro de las ciencias.¹⁰

El Dr. Roberto Uribe,¹² menciona que en la Facultad de Medicina de la UNAM, desde hace 40 años, en licenciatura, dentro de los programas de psicología médica y psiquiatría, se tienen contenidos de carácter bioético, lo que refleja el interés en los principios que rigen la conducta del hombre, sus problemas, dilemas que enfrenta y la importancia de que el hombre joven se preocupe por problemas de la vida, la salud, la enfermedad y todos los procesos de interacción del hombre con el hombre, y del hombre con su medio ambiente mediante el estudio, análisis y bases para un desenvolvimiento armónico del hombre con el hombre, del hombre como parte de una familia a la vez, como parte de la comunidad.¹²

Ahora somos conscientes de una necesidad científica y una responsabilidad moral ante el incremento de una tecnología que nos conduce a caminos de conocimiento que no imaginábamos en décadas pasadas.

El Dr. Carlos Viesca Treviño,¹⁰ subraya que la necesidad de que en la formación del profesional de la salud debe incluir a la bioética como materia, y propone que se divida en dos partes; bioética básica en donde se enseñen principios y fundamentos filosóficos básicos), y una segunda parte en la que se planteen situaciones concretas que podrían desembocar de un y a un nivel de práctica directa. En este caso, dilemas que se presenten en la práctica odontológica, lo que invitaría al diálogo.

Otro punto importante, es el definir la postura con la cual nos definimos de entre todas las corrientes bioéticas, para poder ir sobre un mismo camino en este nuevo campo de conocimiento, ya que, las posiciones son muy claras y desgraciadamente, no muy conocidas.

Considero importante citar textualmente algunos comentarios del Dr. Viesca, en donde sugiere que: "...en el mundo actual, ... no nos podemos dar el lujo de mantener reflexiones filosóficas ... ya no tan pertinentes para el momento histórico en el que vivimos y nos lleva al terreno sumamente complicado de la ética situacional y a una instancia de relativismo ético que forzosamente no se puede manifestar ni como absoluto ni como trascendente sino que nos dejaría en la necesidad de ser suficientemente humildes en la necesidad de reconocer que sería una solución parcial con grandes restricciones temporales, con grandes variables socio-culturales y con grandes restricciones en cuanto al espacio en que se aplica..."¹⁰

Por esto es tan importante que los que se dediquen a la enseñanza de la bioética tengan los suficientes conocimientos de las corrientes bioéticas para tener postura definida que vaya de acuerdo a su persona, lo cual se puede lograr gracias a la diversidad de ideologías y al pluralismo que envuelve a la bioética.^{4,10} El tener definida una postura no significa que no enseñe las demás, sino que será de gran ayuda en la resolución seria de problemas y dilemas éticos.

Paradójicamente, al conocer todas las corrientes, existe el dilema de que es lo que se puede y que es lo que se quiere enseñar a los estudiantes para que caigan en la cuenta de que sus actos llevan implícitos a la bioética.¹⁰

Sobre esto último, mi opinión es que no debe haber restricciones (más que el pleno conocimiento del tema en quien lo está enseñando) en cuanto la enseñanza de la bioética, ya que, como menciona el Dr. Fernando Lolas⁴, todas las corrientes tienen fundamentos válidos para el que los expone, además de ser sustanciales y demostrarnos que no son más que le reflejo de una pluralidad, de un cúmulo de ideologías culturales y de una apertura consciente a los nuevos retos científicos.

La bioética se ha tenido que considerar en un principio por la necesidad de identificación de problemas y de todo lo que rodea ese problema, así como de posibles repercusiones que pueda llevar consigo.

Por último, el Dr. Viesca, menciona que desde 1988, la experiencia en la Facultad de Medicina de la UNAM, de tener un curso formal de bioética, ha sido muy enriquecedora. Incluso afirma, que los resultados en los alumnos, ahora médicos, que han llevado el curso, es que tienen inquietudes diferentes a las generaciones que no tuvieron la oportunidad de tomarlo, además de tener otra visión cuando se vieron frente a la gran responsabilidad de ser profesionales de la salud.¹⁰

El Dr. Roberto Mercado,¹¹ menciona que en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, se tiene la obligación por parte de los profesores, "...de formar médicos de excelencia académica moral ética...". Para ello, estructuraron el Plan Global de Desarrollo, que tiene como base que, cada una de las materias que el alumno toma desde el comienzo de su carrera, sea contemplada desde una introducción a la bioética, con cursos más específicos y profundos que auxilien en la formación de excelencia ética, moral y académica. Incluso se impartieron cursos de bioética para el personal general no docente que forma parte de la universidad, con el objetivo de crear "conciencia de una verdadera labor asistencial". También se formó un Comité de Bioética, cuya labor es analizar de manera correcta los trabajos de investigación. Se estructuró también en esta misma universidad un post-grado en Bioética. Subraya que es necesario que todos los que se dedican a la enseñanza de la salud se preocupen y comprometan por que los alumnos, desde el inicio de su formación se informen y se formen dentro de un marco de referencia bioético, ya que la mayoría se interesa más por el actuar de la ciencia y no en sus fundamentos y consecuencias bioéticas de hechos científicos.¹¹

Ahora se tiene que hablar de ética médica y bioética si se quiere responder a las necesidades actuales, lo que fue ética médica en tiempo de Hipócrates, ya no es útil en la actualidad.¹⁰

La bioética introducirá en el estudiante de odontología la concepción del humanismo científico, los conceptos del hombre y la interacción de la odontología con su medio ambiente, para llegar a una odontología humanística.

La relación médico-paciente, su naturaleza, el análisis de la iatrogenia y las respuestas tanto del odontólogo como del enfermo ante el dolor, son factores que promueven el estudio del criterio bioético.¹²

En la Facultad de Odontología de la UNAM, en Ciudad Universitaria, se tiene registrado que la materia de deontología se impartió hasta 1971, estaba programada en el plan de estudios de cinco años, cursándose en el último año de la carrera e impartándose por el Director de la entonces Escuela Nacional de Odontología.

A partir de la modificación del plan de estudios de 5 a 4 años, fueron algunas materias, y desafortunadamente, la deontología fue una de ellas.

Sin embargo, el 17 de agosto de 1992, el Consejo Universitario aprobó el nuevo plan de estudios, en donde la carrera volvió a ser de 5 años y la materia fue impartida de nuevo bajo el nombre de "Seminario de Deontología".

Incluso, también se agregó a la clínica de operatoria del tercer año un tema de deontología.

A partir de 1997, se imparte Seminario de Deontología también en las clínicas periféricas.

Así mismo, en este mismo año, el H. Consejo Técnico de la Facultad de Odontología, aprobó por unanimidad el cambio de materia del quinto año al segundo año.¹³

BIBLIOGRAFÍA

1. Antonio Ávila Storer. Desarrollo de Valores Humanos en la Educación Superior. Ponencia en el Congreso Internacional “Responsabilidad Científica y Bioética: Llamado a los científicos”. México, D.F. 2003
2. Álvarez de la Cadena S. Carolina. Ética Odontológica. UNAM, Facultad de Odontología. Ciudad Universitaria, México D.F. Segunda Edición, 1998
3. Veatch. The Fundamentals of Bioethics. Memorias del Primer Congreso Internacional de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. México DF. 1994.
4. Lolas Stepke Fernando. Bioética. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Ciudad Universitaria. Chile, 1998.
5. Gutierrez Sáenz Raúl. Introducción a la ética. Edit. Esfinge. Estado de México. Quinta Edición.
6. Mainetti José A. Compendio Bioético. Edit Quirón. La Plata, 2000
7. Para leer sobre transparencia. Boletín SECODAM. No. 10 Noviembre-Diciembre 2002. México.
8. Códigos de Honor: La creación de una cultura de transparencia y responsabilidad en las universidades e instituciones de educación superior. SECODAM
9. Materia “Ética, responsabilidad social y transparencia” Para construir un México íntegro. ANUIES, SECODAM, SEP
10. Viesca Treviño Carlos. Bioética en la Educación Médica. Memorias de del Primer Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de Bioética.
11. Mercado Roberto. Bioética en la Educación Médica. Memorias del Primer Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de Bioética.

12. Uribe Roberto. Bioética en la Educación Médica. Memorias de del Primer Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de Bioética
13. Álvarez de la Cadena Carolina. Historia y Proyección de la materia de ética. Ponencia en la universidad Anahuac del Sur, México, D.F. 1997

CAPÍTULO 5

PROPUESTA DE UN CÓDIGO DE BIOÉTICA PARA ODONTÓLOGOS

ANTECEDENTES DE CODIGOS

El periodo clásico de la Babilonia Antigua se representa por la época en la que gobernaba el rey Hammurabi, quizá entre 1704-1672 antes de Cristo. Bajo este gobierno se promulgó uno de los primeros códigos, el Código de Hammurabi.

En la codificación de Hammurabi se redactan reglas para el ejercicio adecuado de la judicatura, así como el derecho de la familia y derecho penal, y cuyas penas se regían por el principio de ojo por ojo, diente por diente.

Después, los emperadores romanos se empeñaron en promulgar leyes en las que se reglamentaron usos y costumbres de este pueblo, en una nueva sociedad como lo fue el siglo V.

De esta forma, surgen los códigos que integraron la colección de constituciones del Imperio Romano, los cuales, fueron redactados en los tiempos de Justiniano, quien murió en 565 antes de Cristo.

El Derecho Romano desde entonces, es un antecedente válido y aún vigente en muchos aspectos. Tomó el concepto y nos dejó el de código.¹

Ahora bien, como definición de código, mencionaremos dos. La primera, extraída del Diccionario de Derecho Procesal dice: “un conjunto de disposiciones legislativas reunidas en un solo cuerpo y destinadas a regir las materias que constituyen su objetivo”. Otra de las definiciones, del Diccionario Larousse menciona: “es un cuerpo de leyes que forman un sistema completo de legislación sobre alguna materia”.

Un criterio más amplio, acepta como código a un conjunto de normas establecidas con un objetivo común, aunque no lleguen a tener la categoría de leyes, cuyo conjunto es lo que constituye, desde el punto de vista jurídico, la esencia de un código.

Se pueden clasificar a los numerosos códigos desde diferentes puntos de vista:

*Según la materia o tema que ocupen, por ejemplo ética Médica o Bioética.

*Según la duración de su vigencia. Los hay de duración casi permante, ya que han subsistido desde tiempo remotos, con algunas adecuaciones. En cambio, existen otros que se redactan para un determinado factor circunstancial, sin embargo, terminan por ser obsoletos debido a cambios de usos y costumbres.

*Según su jurisdicción, los hay universales, internacionales, regionales, locales, grupales y generales. Por ejemplo, existen códigos que abarcan todo el género humano y otros que son específicos para una conducta profesional de un grupo de especialistas.

Estas disposiciones pueden surgir inicialmene de forma independiente, pueden reunirse y oficializarse para convertirse en un verdadero instrumento legal, como la Ley General de Salud, por ejemplo.

En México, los instrumentos legales son la Constitución Política, el Código Penal y la Ley General de Salud, así como el Código Nacional de Bioética.²

**CODIGO
DE
BIOÉTICA
PARA
ODONTÓLOGOS**

PROPUESTA

PROPUESTA

INTRODUCCIÓN

El Código de Bioética para Odontólogos, tiene como objetivo, auxiliar en las resoluciones adecuadas que nos lleven a una buena práctica diaria profesional.

De ningún modo intenta ser imperativo o impositivo, ya que el ejercicio de cada profesional, será dictado por su conciencia, por sus principios y convicciones.

Sin embargo, éste Código de Bioética está basado en valores médicos y odontológicos universales; es un compendio de estos, para que el gremio posea una herramienta viable, comprensible y aplicable en el ejercicio de nuestra profesión, sentirnos satisfechos y orgullosos del beneficio que otorgamos al paciente con nuestro bien proceder.

El gremio odontológico debe llevar a la reflexión y al proceder profesional los tres principios básicos de la ética, que son: autonomía, beneficencia y justicia.

Para llegar a ellos debe haber verdadera vocación por nuestra profesión, a fin de que se consideren como actos naturales realizados por convicción.

La odontología es la rama de la medicina cuyo objetivo es la prevención y tratamiento de las enfermedades y trastornos de los dientes y las estructuras circundantes de la cavidad oral. Y siendo perteneciente a las Ciencias de la Salud, es conveniente mencionar la definición de medicina, para articularlas en este Código. La medicina es el arte científico que se ocupa de servir al hombre, de luchar contra sus enfermedades, aliviar sus sufrimientos, conservar su salud, protegerlo de las enfermedades y ayudarlo a rehabilitarse para que viva en plenitud de sus facultades.

Así, para la odontología, es menester contar con odontólogos comprometidos integralmente con el paciente, servirle, diagnosticar adecuadamente su rehabilitación integral, aliviar su dolor, darle seguimiento a nuestros tratamientos, y hacerlo conciente de la prevención. Hacernos conscientes de la responsabilidad y compromiso que adquirimos con nosotros mismos, con el entorno social y con el paciente, ya que éste pone parte de su vida en nuestras manos, junto con su corporeidad y esencia.

El odontólogo, basado en los conocimientos plenos de su profesión, es el que debe determinar lo que es bueno para el paciente, sin dejar a un lado su autonomía, previo consentimiento informado. Para este efecto es de suma importancia que en la relación médico-paciente, cada uno tome el papel que le corresponde, ya que por un lado, el odontólogo debe ser un profesional que por medio de su formación académica constante, lo conviertan en el asesor de la atención bucal ideal de su paciente, y al paciente el mejor guardián de ésta.

En la relación odontólogo-paciente, ambos contratantes adquieren derechos y obligaciones, por lo que es importante no olvidarnos de nuestras facultades como odontólogos, como son: el respeto a la vida, integridad física, libertades de pensamiento, de expresión, de asociación y seguridad laboral, económica y social, que al llevarlos a cabo, nos harán más conscientes de nuestra justa profesión, enaltecéndola.

Ser conscientes de que tenemos derecho al esparcimiento, que van desde el descanso hasta la superación cultural y profesional.

Así mismo, es obligación contar en nuestra área de trabajo con todo el equipo necesario para desempeñar nuestro trabajo; que van desde instrumental y materiales, hasta los conocimientos mismos.

Lograr la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, de modo que aumente la confianza, efectividad y eficiencia en el gremio odontológico, y crear un ambiente laboral agradable entre colegas, personal auxiliar y los mismos pacientes, que debe ser meta primordial del odontólogo.

El Código Bioético para Odontólogos, busca armonizar el desempeño individual con el equipo de trabajo, convirtiéndonos en profesionales de alto nivel de calidad, que fortalezcan la identificación del personal con su profesión. Previene conductas profesionales reprochables, favoreciendo el desarrollo profesional, así como el trato cálido y amable a los pacientes, junto a la mejor utilización del tiempo y de los recursos disponibles.

Es cierto que la sociedad cambia constantemente, y los valores éticos no son la excepción, por lo tanto, el Código debe tener revisiones y modificaciones periódicas serias y exhaustivas, bajo un sustento bibliográfico previo.

CAPÍTULO I. PRINCIPIOS GENERALES

1. Ver al paciente como un ser con corporeidad y esencia, no sólo como una cavidad oral.
2. El paciente le da al odontólogo el derecho de poner su salud en sus manos, por lo tanto, debe responder , como obligación moral, a proceder con la máxima precaución y sensibilidad.
3. En el examen diagnóstico de primera vez, se debe hacer una revisión completa de todo el aparato estomatognático, y no solo de los órganos dentarios y sus restauraciones.
4. La relación del odontólogo con todos sus pacientes sin excepción de raza, religión, nivel socio-económico y cultural, edad, género, preferencias políticas y sexuales, etc., debe ser dentro de un ambiente de respeto mutuo, y con la más alta capacidad de calidad técnica y moral.
5. Los pacientes que gocen plenamente de sus facultades, o en su defecto (por ser menor de edad o no gozar de sus facultades mentales) el que funja como tutor, tienen el derecho moral y legal de decidir, previo consentimiento informado. Estas decisiones se respetarán por encima de las nuestras.
6. El odontólogo deberá siempre estar informado sobre los avances técnicos y científicos de la profesión, y muy especialmente de su especialidad, ya que es un principio moral

básico. Esto mediante su constante preparación en congresos, publicaciones, etc., avaladas por instituciones reconocidas. Así podrá ofrecer un servicio de calidad, siendo una forma de respeto a nuestros pacientes.

7. El profesionalista deberá consultar bibliografía especializada ya que aumenta su conocimiento, calidad individual y la satisfacción final del paciente.

8. El odontólogo no deberá proponerle al paciente tratamientos con materiales o procedimientos operatorios que no conozca profundamente y que sólo haya visto en propagandas realizadas por fabricantes o recomendados por gente externa a su círculo profesional.

9. El odontólogo tiene la obligación de estar informado de todos aquellos materiales y procedimientos operatorios por medio de publicaciones científicas serias y/ o seminarios técnico-prácticos reconocidos y avalados por instituciones y asociaciones reconocidas.

10. Debe hacer uso racional y responsable de nuevas tecnologías solo bajo el conocimiento adecuado de los materiales; sus ventajas, desventajas, indicaciones y contraindicaciones.

CAPITULO 2. CONDUCTA BIOÉTICA DEL ODONTÓLOGO Y OBLIGACIONES DE ATENCIÓN.

11. En los casos donde haya más de una opción de tratamiento o cuando el paciente pregunte por más opciones, éste tiene todo el derecho a recibir completa y veraz información. Todas las opciones deberán estar basadas, no sólo en la resolución del problema en ese momento, sino en beneficio a largo plazo con los mayores beneficios posibles.

12. El odontólogo deberá tener a su disposición todos los recursos teóricos, técnicos y materiales, además de una actitud de beneficencia al tratar a un paciente.

13. Se debe de tratar de igual manera y con la misma calidad científica y moral tanto a pacientes en instituciones de atención a población abierta, como a pacientes remitidos a nuestra consulta por igualas o aseguradoras así como a los de consulta privada.

14. El odontólogo no debe privar a su paciente de un tratamiento o intervención quirúrgica por inexperiencia teórica o práctica, o falta de dominio de la técnica, cuando sepa que existe y que no está capacitado para realizarlo. Se deberá remitir a un colega que domine y realice con éxito estos tratamientos. En estos casos, el límite en la realización de ese tratamiento, será el que haya alcanzado nuestro conocimiento y no el que determine nuestra falta de actualización.

15. Al utilizar una material de recién ingreso a mercado, se debe tener conocimiento suficiente, basado en bibliografía científica confiable, y no sólo en la información proporcionada por la casa manufacturera.

16. Se deberá informar al paciente de su diagnóstico y pronóstico en un lenguaje fácil y completamente entendible para él.

17. Debemos fomentar una conciencia farmacéutica, actualizando nuestros conceptos de farmacología y microbiología, para prescribir con pleno conocimiento en presentaciones y dosificación.

18. El odontólogo deberá cuidar siempre y en todo lugar su presentación personal, lenguaje, cordialidad humana, calidez y actitud de respeto y servicio.

19. Los pacientes que padezcan VIH no deberán ser discriminados por temor o perjuicio de los que formen el equipo de salud.

20. El odontólogo mantendrá su consultorio con el decoro y la responsabilidad que requiere su ejercicio profesional, estando pendiente de que su personal auxiliar colabore con el buen funcionamiento y organización de éste, así como la calidez y calidad al servicio del paciente.

21. Deberá dedicar a cada paciente, el tiempo que sea necesario para la evaluación y diagnóstico completos auxiliado en las pruebas pertinentes para dar un diagnóstico integral y a su vez tratamiento adecuado.

22. Es obligación profesional y ética tener adiestramiento en reanimación cardiopulmonar, en caso de alguna emergencia, así como un botiquín con pleno conocimiento de su manejo.

CAPITULO. 3 DERECHOS DE LOS ODONTÓLOGOS

23. El odontólogo tiene la libertad de negarse a realizar tratamientos que su conciencia los identifique como perjudiciales para el paciente.

24. El binomio odontólogo-paciente conlleva obligaciones mutuas. Por un lado, el odontólogo debe estar a la altura de los últimos conocimientos generados en su especialidad, y proceder con ética y trato cálido. Por otro lado, una vez que el paciente ha comprendido el tratamiento que se le realizará, debe cooperar con el odontólogo siendo puntual en sus citas y en el pago de honorarios según hayan acordado, además, deberá tener especial cuidado en el mantenimiento de su salud.

25. Es derecho de todo odontólogo, recibir un pago justo por sus servicios profesionales.

CAPÍTULO 4. URGENCIAS

26. Es obligación moral del odontólogo brindar atención específica de urgencia .

27. En situaciones de urgencia que no correspondan a su especialidad, tiene la obligación moral de ayudar al paciente a encontrar un especialista que resuelva la urgencia adecuadamente. El especialista al que se remitirá tiene también la obligación, al terminar el tratamiento de urgencia, de informar lo que realizó al referidor y remitir al paciente a su propio odontólogo terminado el caso específico por el que fue enviado.

28. En los casos de urgencia, su atención nunca deberá estar bajo cobro anticipado de honorarios.

CAPÍTULO 5. CONSENTIMIENTO INFORMADO

29. El odontólogo debe informar a cada paciente, el tratamiento que se va a realizar, explicando de manera completa, veraz, actualizada y sin tecnicismos que el paciente pudiera no comprender con la libertad para decidir si acepta o no el tratamiento .

30. Se le informará al paciente riesgos e incertidumbres a corto y/o largo plazo que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento.

31. El odontólogo deberá evitar comentarios que inquieten al paciente en el diagnóstico o pronóstico de algún tratamiento o padecimiento, así como tampoco hará pronósticos de enfermedades sin bases científicas o sin resultados de las pruebas específicas adecuadas.

32. El paciente tiene derecho a recibir, si así lo solicita un informe de contenido veraz, el cual será entregado únicamente de manera confidencial al paciente o persona autorizada por él.

CAPÍTULO 6. HONORARIOS

33. El odontólogo establecerá sus honorarios de acuerdo a su grado de especialización, material, técnicas, mobiliario e inmobiliarios. En caso de que la situación en la que le paciente no tenga la solvencia económica correspondiente, podrá ajustar estos honorarios a la baja, mas nunca aumentarlos.

34. No deberá exagerar el valor económico de un tratamiento, ni antepondrá intereses comerciales o personales.

35. Antes de empezar el tratamiento, es aconsejable entregar al paciente por escrito un presupuesto, que indique tiempo estimado, tratamiento y costo, firmado por ambos, con beneficio para ambas partes. Puede tener una cláusula excluyente previniendo casos en los que se necesiten tratamientos extras de acuerdo a lo que vaya siendo ideal para la rehabilitación del paciente. En caso de que alguna exclusión se cumpla, el paciente deberá ser notificado bajo consentimiento informado.

36. El odontólogo no establecerá sus honorarios con fines lucrativos mal intencionados a favor de él o terceras personas.

37. Es antiético cobrar honorarios por tratamiento que no se realizarán o que no fuesen necesarios.

CAPÍTULO 7. LIMITACIONES PROFESIONALES

38. El odontólogo no deberá comprometerse a realizar tratamientos que por cualquier motivo no pueda terminar exitosamente ya sea por tiempo, desconocimiento técnico, falta de materiales o personal capacitado.

39. El profesionista debe reconocer cuando algún tratamiento o enfermedad se ha salido de sus manos, para requerir la opinión de colegas especializados. En este caso, el odontólogo que solicita ayuda, debe dar información completa y veraz sobre el caso, tratamientos y prescripciones.

CAPITULO 8. SECRETO PROFESIONAL

40. El secreto profesional es una obligación del odontólogo y un derecho del paciente y se refiere a todo lo que el odontólogo y su equipo auxiliar puedan conocer, oír, ver o comprender y le sea confiado en ejercicio de su profesión.

41. El secreto profesional puede excluirse sólo en los casos que sea solicitado por disposiciones legales o si perjudicara al mismo paciente u otras personas. También es exclusión cuando el odontólogo remite a otro especialista su paciente y el receptor necesita conocer los procedimientos que el referidor realizó.

42. El odontólogo está obligado a informar a su personal sobre el secreto profesional y la importancia y observancia estricta de su cumplimiento.

43. El profesionista deberá llevar sus expedientes clínicos de acuerdo a la NOM-013-SSA2-1994, y su modificación de 1999, Para la prevención y control de las enfermedades bucales, que marca los estatutos para expedientes clínicos dentales. Bajo el conocimiento de esta información, el odontólogo deberá manejar y archivar los expedientes clínicos.

44. En caso de que el paciente fallezca o cambie de odontólogo, éste aún tiene la obligación de guardar el secreto profesional.

45. Los expedientes clínicos no podrán ingresar a sistemas de información públicas ni electrónica, ni impresa, que mermen el derecho del paciente a la intimidad y vida privada.

CAPÍTULO 9. RELACIONES PROFESIONALES CON OTROS COLEGAS Y CON LAS INSTITUCIONES.

46. Entre los odontólogos, deben existir principios fundamentales, como lo son: lealtad, solidaridad, respeto mutuo, comunicación, no maleficencia.
47. Es antiético que entre odontólogos se censuren los tratamientos efectuados o que se ponga en duda delante del paciente la capacidad o trabajo de los colegas.
48. Es una conducta no ética difamar, calumniar o injuriar a los colegas, o incluso, tratar de perjudicarlo en su práctica profesional.
49. Al recibir un paciente remitido se deberá informar al referidor la llegada de su paciente. Lo ideal, es que el referidor, mande por escrito al especialista a quien remite, el tratamiento que el paciente requiere. En caso de no tener nada por escrito del referidor, el odontólogo receptor deberá hablar con el referidor antes de empezar algún tratamiento.
50. El receptor deberá realizar únicamente, el tratamiento por el cual fue solicitado, y no hará otros tratamientos aún cuando el paciente se lo solicite.
51. No se deberá ofrecer comisiones por pacientes remitidos.

52. El odontólogo no debe intervenir en un tratamiento ya iniciado sin que compruebe antes que ese paciente ha informado al anterior odontólogo tratante que cambiará de profesionista.
53. La búsqueda o aceptación de cargos públicos o privados por parte del odontólogo, estará sujeta a las reglas profesionales y éticas, con el fin de proteger y dignificar la profesión, así como la dignidad e independencia del odontólogo y conforme a los beneficios del paciente y de la comunidad.
54. Cuando el paciente trabaje para alguna institución, deberá apegarse a sus deberes profesionales y al reglamento interno.
55. No es ético que el odontólogo que trabaje en instituciones públicas, aproveche su cargo para llevar pacientes a su práctica privada.
56. Sobre los expedientes clínicos, se deberán tener los mismos parámetros y cuidados, así como la guarda del secreto profesional.

CAPÍTULO 10. EL ODONTÓLOGO Y SUS RELACIONES CON EL PERSONAL AUXILIAR

57. Es ético tener personal auxiliar calificado, el cual deberá trabajar bajo prescripción y supervisión del odontólogo.
58. El odontólogo debe tratar cálidamente y con respeto al personal a su cargo. Debe tomar en cuenta que todos son parte de un equipo en beneficio del paciente.
59. Es ético capacitar adecuadamente al personal auxiliar, ya que este debe conocer las metas, visión, misión y objetivos del odontólogo con respecto a sus pacientes y crecimiento de todo el equipo de trabajo.
60. La relación odontólogo-personal auxiliar, debe tener como principio básico la comunicación, para el mejoramiento y crecimiento de las dos partes, tanto personal como profesionalmente.
61. Ante el personal como técnicos dentales, técnicos en enfermería, técnicos en asistencia dental, etc., el odontólogo debe respetar al área de acción de cada uno, sin dar consentimiento a que estos no respeten o incluso invadan la responsabilidad exclusiva perteneciente a las actividades del odontólogo.
62. Es una cuestión moral que el odontólogo reconozca que su personal auxiliar, tiene derecho a recibir honorarios justos por ser parte de su equipo de trabajo.

CAPÍTULO 11. PUBLICIDAD

63. Con lo que respecta a la publicidad , lo correspondiente a placas, membretes, tarjetas de presentación y anuncios fuera del consultorio, sólo podrían tener el nombre del odontólogo, la universidad que le otorgó el título y especialidad (en este caso, con la leyenda (Especialidad en ...), así como el número de registro de su cédula profesional y acreditación de especialidad.

64. Las menciones de título académico, honorífico, científicos o cargos desempeñados, sólo se podrán mencionar en publicaciones científicas serias, y/o estar enmarcadas en su consultorio.

65. El odontólogo estará consciente que su reputación se basa únicamente en su capacidad y honorabilidad profesional.

66. Es una falta ética hacer mención de títulos de los cuales no haya terminado el posgrado u obtenido su acreditación.

67. El odontólogo general, sólo deberá anunciarse como de práctica general y no mencionar en su papelería las especialidades de las cuales no está certificado por no haberlas cursado.

68. Se considera como una falta ética los anuncios publicitarios luminosos fuera del consultorio, ya que no dignifican la profesión, así como mencionar las diferentes especialidades que practique un odontólogo de práctica general.
69. El odontólogo deberá evitar que casas materiales dentales, usen su nombre e imagen en su publicidad.
70. La publicidad deberá tener como base fundamental la veracidad, competencia leal y la protección al paciente y a su salud, con información objetiva y transparente, de tal forma que no ofrezca falsas esperanzas.
71. Cuando el odontólogo participe en campañas de salud oral para la comunidad, no deberá aprovecharse de la publicidad de ese servicio para divulgación de su actividad privada.

CAPÍTULO 12. INVESTIGACIÓN Y PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

72. Es científicamente necesaria la investigación de nuevos medicamentos y técnicas en humanos, siendo lo más importante ante todo la salud y total integridad del paciente, además de que debe realizarse con completo apego a los estatutos que marca la Secretaría de Salud para la investigación en humanos.

73. Es necesario consultar la reglamentación actualizada de la Secretaría de Salud en cuanto a investigación en seres humanos, para que desde el protocolo se cumplan los requisitos y garantías científicas, éticas y bioéticas.

74. Es conveniente que los protocolos de investigaciones en seres humanos sean sometidos a un Comité de Bioética establecido formalmente y con profesionales de la salud que estén involucrados en la Bioética y que sean independientes del investigador y su equipo de trabajo.

75. Ninguna investigación deberá ser llevada a cabo sin el consentimiento informado del paciente, y en caso de ser menor, el consentimiento informado deberá ir destinada al menor y a su tutor. Deberá de contener información clara, objetiva y veraz, así como todos los efectos trans y post-tratamiento, a corto, mediano y largo plazo. No deberá omitirse o “disfrazar” información que sea en perjuicio del paciente.

BIBLIOGRAFIA

1. CANO VALLE Fernando, LUNA BARRADAS Fidela. Código de ética. Una propuesta. Clínica Londres, México, D.F. 1999.
2. Código de ética Colombiano. Ley 35 de 1989. Bogotá, D.E., 1989.
3. Código español de ética y deontología dental.
4. ORTIZ ESQUIVEL Alejandro. Ética en la medicina odontológica. Memorias del Tercer Congreso Nacional de Bioética, México 1999.
5. Código de conducta para el personal de salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética, México, 2002
6. Código de Bioética para el personal de salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. México, Mayo de 2002.
7. Diccionario de Medicina. Océano Mosby. P.926

CONCLUSIONES

1. Se puede observar mediante el resultado de la encuesta realizada a escuelas y facultades del país, que la mayoría de éstas, no incluye en su plan de estudios una materia de Bioética como tal, e incluso, quizá no tengan el concepto correcto de Bioética, ya que la asocian a materias como Administración de Consultorios, Odontología Forense, Aspectos legales y Administrativos, entre otras.
2. Sólo el 50% de las escuelas y facultades a las que se le envió la petición (28 de 56), respondieron. De ese 50% que respondió, el 32.14% imparten la materia de Bioética como tal. Esto equivale al 16% del total de las 56 escuelas y facultades a las que fue enviada la petición.
3. El 39.28% de las respuestas recibidas, considera a la Bioética como Odontología Forense, o que la asignatura de Odontología Forense posee contenidos bioéticos. Esto nos puede dar a entender, que la mayoría de las escuelas y facultades, no tiene a la Bioética como un concepto bien definido. Si bien, no se estudiaron a fondo los contenidos que, consideran son bioéticos, el hecho en sí de especificar que su opción más cercana a la Bioética en su currícula es Odontología Forense, significa que la materia de Bioética como tal, no es relevante para ellos.

4. Otras consideraciones importantes, son; que el 35.71% relacionan a la Bioética con materias como Farmacología, Salud Pública, Filosofía, etc. Así mismo, el 32.14% de las universidades relaciona a la Bioética como Administración en Odontología, otro 32.14% la relaciona con Ética. De igual modo, consideramos que en estos casos, la materia de Bioética como tal, no es relevante en su plan de estudios, y que de igual manera, no tienen claro el concepto de Bioética al relacionarlo con administración.

5. De las 36 respuestas para el rubro de obligatoria u optativa para la materia relacionada con Bioética, el 32% fueron obligatorias, es decir, el 88.88%. El resto, corresponde a 4 escuelas y facultades, y representa el 11.11% de estas materias como optativas.

Esto significa que el alumno, tiene una gran probabilidad de cursar materias relacionadas con la ética en cualquier plan de estudios, lo que en teoría, los debe llevar a realizar bajo ciertos lineamientos éticos su ejercicio profesional.

6. En cuanto al grado en el que se dan estas materias, la mayoría respondió que se dan en 7mo semestre o en 5to año.

Cabe mencionar que al sumar los porcentajes, no dan como resultado un 100%, por que cada escuela y facultad (E y F) de la que se recibió respuesta, relacionan a la Bioética con una o más materias de su curricula, y para que la suma diera 100, cada E y F tendría que habernos dado sólo una respuesta. Al determinar los porcentajes, se calculó sobre las 28 respuestas, no sobre el número de materias relacionadas con la Bioética.

7. En la investigación realizada en CONAMED sobre los casos de quejas más frecuentes, encontramos que la falta de comunicación en la relación odontólogo-

paciente es un problema importante, así como la falta de conocimiento de aplicación del consentimiento válidamente informado.

8. Los catedráticos universitarios son un ejemplo para sus alumnos, e incluso, modelo de las acciones a seguir en su ejercicio profesional, como se menciona en el Capítulo de Valores en la Educación. Es por ello que es tan importante cursar alguna materia relacionada a valores en la formación académica.
9. Es de suma importancia, debido a las conclusiones de cada capítulo, que el odontólogo tome conciencia que puede mejorar la relación con el paciente. La realización de una Propuesta de Código de Bioética, no es por el hecho de que el odontólogo incurra en faltas éticas en su ejercicio profesional. Es sólo una manera de proponer una mejor comunicación con el paciente y con sus colegas, es propiciar una forma dialógica de actuar, como lo es la Bioética.

Por todo ello, es de suma importancia que como miembros de una comunidad odontológica tomemos *conciencia* de estas situaciones y reflexionemos sobre estas. Pero lo que considero aún más importante, que *creamos* en la Bioética y que *creamos* en la necesidad de fortalecerla durante la formación del odontólogo, así como de adoptar la idea, de que ya en el ejercicio profesional, nos enriquezcamos con ella, interesándonos en lo que puede hacer la Bioética en beneficio de nuestra profesión, que es más de lo que imaginamos, ya que sus campos de aplicación son vastos y sólo hace falta que nos interese en ello, que tengamos la disposición de articularla con la odontología.

En lo personal, puedo concluir que este trabajo me ha dejado descubrir un camino diferente de hacer odontología, ya que he conocido mejor a mi carrera en el aspecto humano, lo que me ha hecho mejor persona y por ende, mejor profesional de la salud.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. Álvarez de la Cadena S. Carolina Ética Odontológica. UNAM, Facultad de Odontología. Ciudad Universitaria, México D.F. Segunda Edición, 1998.
2. Álvarez de la Cadena S. Carolina. Ponencia
3. Ávila Storer Antonio. Desarrollo de Valores Humanos en la Educación Superior. Ponencia en el Congreso Internacional “Responsabilidad Científica y Bioética: Llamado a los científicos”. México D.F. 2003
4. Boleaga Paulin Bernardo. Compendio Derecho y Salud. Comisión Nacional de Bioética, Instituto de Investigaciones Jurídicas UNAM
5. Broggi Trias M.A., ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Barc) 1999;112:95-96
6. Cano Valle Fernando, Luna Barradas, Fidela. Código de ética. Una propuesta. Clínica Londres, México, D.F. 1999.
7. Propuesta Carta de los Derechos Generales de los Odontólogos. CONAMED. Dirección General de Asuntos Jurídicos y Asesoría Legal. 2 de Diciembre 2002
8. Carta de los Derechos Generales de los Pacientes 2001-2006. Secretaría de Salud. México.
9. Cf. Rewriting Hippocrates (Guidelines). Bulletin of the Institute of Medical Ethics. Vol. Jun. No. 39, 1998.
10. Cf. San Juan 9:1-3. Nuevo Testamento
11. Código de Bioética para el personal de salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética. México, Mayo de 2002.

12. Código de conducta para el personal de salud. Secretaría de Salud. Comisión Nacional de Bioética, México, 2002
13. Código de español de ética y deontología dental.
14. Código de ética Colombiano. Ley 35 de 1989. Bogotá, D.E., 1989.
15. Código de Ética de Argentina. Libro V, “De otros profesionales que integran el equipo de salud”, Capítulo 36, E) De los odontólogos. Buenos Aires, Argentina
16. Código de Ética de Costa Rica. Comisión de “Ética y Regulación de la Odontología” San José de Costa Rica
17. Código de ética para el área de estomatología. Comité de Planeación y Evaluación. CIFHRS, México, 2003.
18. Código de Ética. Año 2002. Academia Mexicana de Cirugía
19. Código de ética. Colegio Nacional de Cirujanos Dentistas. Octubre 2002
20. Código de ética. Escuela Militar de Odontología. Secretaría de la Defensa Nacional. México, 1999
21. Códigos de Honor: La creación de una cultura de transparencia y responsabilidad en las universidades e instituciones de educación superior. SECODAM
22. Colegio de Odontólogos del Perú. Código de ética. Colegio Odontológico del Perú. Consejo Nacional. Lima, Perú 1999
23. Decreto de creación y Reglamento interno de la CONAMED. Cuaderno de Divulgación 2. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. México 1999 1era. Edición.
24. Directorio FMEFEO 2003. Monterrey, Nvo. León. Noviembre 2002

25. El consentimiento bajo Información. Bases para su comprensión. Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México. Comité Editorial de la Administración Pública. Toluca, México, 2000
26. El expediente clínico en odontostomatología. CONAMED
27. El modelo mexicano de arbitraje médico: una opción viable para mejorar la calidad de los servicios médicos que recibe la población y prevenir la medicina defensiva. México 2001. 1era. Edición.
28. Fabre Abel. Francesc. Bioética: orígenes, presente y futuro. Institut Borja de Bioética. Fundación MAPFRE Medicina. Editorial MAPFRE, S.A. 2001, Madrid, España.
29. Fernández Varela Mejía Héctor, Sotelo Monroy Gabriel. El consentimiento mediante información. Rev. Fac. Med. UNAM Vol.43 No. 1 Enero-Febrero, 2000
30. Gutierrez Sáenz Raúl. Introducción a la ética. Editorial Esfinge. Quinta Edición 2003. Edo. De México.
31. Henri Mondeville on the Morals and Etiquette of Surgeons, en Ethics in Medicine (Historical Perspectives and Contemporary Concerns). Op. Cit. P.15-16
32. Juramento Hipocrático
33. Ladrón de Guevara, Federico, Nieto, Fernando. Código de Ética ADM. Asociación Dental Mexicana. Federación Nacional de Colegios de Cirujanos Dentistas. 1988
34. Ley del Ejercicio de la Odontología. Congreso de la República de Venezuela.
35. Llanera del Rosario María Elena, Delgado Escobedo Patricia. Consentimiento bajo información. Compromiso entre odontólogo y paciente. Dentista y Paciente. Vol. 8. No. 92. Feb.2000

36. Lolas S. Fernando. El diálogo moral en las ciencias de la vida. Ciudad Universitaria. Chile, 1998
37. Mainetti José A. Compendio Bioético. Editorial Quirón. La Plata 2000
38. Materia “Ética, responsabilidad social y transparencia” Para construir un México íntegro. ANUIES, SECODAM, SEP
39. Mercado Roberto. Bioética en la Educación Médica. Memorias de del Primer Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de Bioética.
40. Nómina Anatómica. A revision by the International Anatomical Nomenclature Committee, approved by the Eleven International Congress of Anatomists in Mexico City.
41. Normas Oficiales Mexicanas. www.ssa.gob.mx
42. Ortiz, Alejandro. Ética en la medicina odontológica. Memorias del Tercer Congreso Nacional de Bioética, México 1999.
43. P. Lain Entralgo. La Historia Clínica. La Historia y Teoría del Relato Patográfico. C.S.I.C. Madrid 1950.
44. Pigeud Jackie. La maladie de l'âme. Etude sur la relation de l'âme et du corps dans la tradition médico-philosophique antique. Les Belles Lettres, Paris, 1981
45. Potter Kutty et al. Introducción a la bioética. Primera Ed. 1997. Méndez Editores, México, D.F.
46. Propuesta para el Código de ética en el área de Estomatología. CIFRHS, México, D.F. 2003
47. Recomendaciones Generales para Mejorar la Práctica Odontológica. CONAMED, Universidad Intercontinental, Facultad de Odontología de la Universidad

- Tecnológica de México, Universidad Justo Sierra .Revista CONAMED, Revista 25
Vol.8 No. 1, Enero-marzo 2003. www.conamed.gob.mx
48. Sgreccia Elio. Manual de Bioética. México. Primera Edición. Septiembre 1996.
Edit. Diana. Universidad Anahuac
49. Triana E. Jorge. Ponencia La CONAMED y su relación con el ejercicio profesional
estomatológico. Jornadas Académicas del XXVIII Aniversario de la FES Iztacala.
UNAM, 17 Octubre 2003.
50. Triana E. Jorge. Notas Personales
51. Uribe Roberto. Bioética en la Educación Médica. Memorias de del Primer Congreso
Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de Bioética.
52. Veatch. The Fundamentals of Bioethics. Memorias del Primer Congreso
Internacional de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. México DF. 1994.
53. Viesca Treviño Carlos, Bioética en la Educación Médica. Memorias de del Primer
Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 1994. Comisión Nacional de
Bioética.
54. Werner Jaeger. Paideia: los ideales de la cultura griega. Edic. en español. Ondo de
cultura económica, México 1957
55. Zerón y Gutierrez Agustín, Ladrón de Guevara, Federico. Código de Ética del
Cirujano Dentista. Asociación Dental Mexicana, A. C. Federación Nacional de
Colegios de Cirujanos Dentistas. 1996