



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN CIENCIAS
MÉDICAS, ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

CAMPO DEL CONOCIMIENTO DE LAS HUMANIDADES DE LA SALUD

CAMPO DE ESTUDIO PRINCIPAL EN BIOÉTICA

**EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
EL EJERCICIO ODONTOLÓGICO:
UNA REFLEXIÓN BIOÉTICA.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN CIENCIAS

PRESENTA:

MARÍA ELENA VELÁZQUEZ ROMERO

TUTOR: DR. JOSÉ M. SANFILIPPO Y BORRÁS

MÉXICO, D.F.

AGOSTO 2013



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.

*A mis amados hijos
Mario y Diana Cristina*

*Me acompañan en mis sueños
y en mis travesías...*

*Mi lucha interminable será
siempre por ustedes...*

Siempre Juntos...

A mi mamá y a mi papá

*Gracias por su amor.
Mamita gracias por creer en mí siempre...
Los amo*

Universidad Nacional Autónoma de México

*Le agradezco a mi Alma Mater
la oportunidad de haber
alcanzado mis metas profesionales,
es un orgullo más que me acompañara toda la vida.*

Por mi raza hablará el espíritu.



ÍNDICE

RESÚMEN	6
INTRODUCCIÓN	8

PRIMERA PARTE

CAPITULO 1. El Consentimiento informado.	
1.1. Antecedentes y fundamentos.	10
1.2. Requisitos para su validez.	16
1.3. Expreso o implícito.	17
1.4. Bases jurídicas del C.I. en México.	18
1.5. Elementos.	19
1.6. Elementos de la teoría del C.I.	21
1.7. Instrumentación.	24
1.8. Funciones.	24
1.9. Excepciones.	25
CAPITULO 2. Bioética y el Consentimiento Informado.	
2.1. Bioética.	27
2.2. Consentimiento Informado en la bioética.	32
2.2.1. Principio de Autonomía.	34
2.2.2. Principio de Justicia.	36
2.2.3. Principio de Responsabilidad.	36
2.2.4. Derecho a la Información.	37
2.2.5. Dignidad humana.	41



SEGUNDA PARTE

CAPITULO 3. La Medicina y la Odontología.

3.1. El Médico y el paciente.	43
3.1.1. El paternalismo.	47
3.1.2. Ética Médica.	47
3.1.3. Código de Conducta del Personal de Salud.	49
3.1.4. Códigos de ética médica mexicanos.	50
3.2. La atención odontológica.	52
3.2.1. El odontólogo y el paciente.	57
3.3. Marco Jurídico para la Odontología.	58
3.3.1. Los Códigos de bioética y ética para la práctica odontológica.	62

TERCERA PARTE

CAPITULO 4. El Consentimiento Informado en la Odontología.	66
4.1. Aspectos éticos en la relación entre el odontólogo y el paciente: una relación idónea.	68
4.2. Elementos necesarios para la aplicación práctica del consentimiento informado en el consultorio dental.	73
4.3. Indicaciones para su aplicación.	74
4.4. El C.I. en la formación del odontólogo, Facultad de Odontología UNAM.	76
4.4.1 Carta de Autorización.	78
CONCLUSIONES.	80
BIBLIOGRAFIA.	83



RESUMEN

El siguiente trabajo se divide en tres partes, y tiene como objeto realizar un análisis bioético sobre los factores que implican cuando se aplica el consentimiento informado en el ejercicio odontológico, reconociendo los actuales paradigmas de la relación entre el odontólogo y el paciente. A pesar de que el consentimiento informado llega a la medicina, la odontología es considerada como parte de ésta, y su ejercicio está enfocada a restablecer la salud de la cavidad oral, es importante considerar que todo paciente que acude con el odontólogo, es un paciente en la mayoría de las veces que presenta dolor, y que requiere desde ese primer momento atención odontológica, que implica riesgos y/o beneficios; y como primer paso analizaré la actual relación que se da entre el odontólogo y el paciente, y la aplicación o no del consentimiento informado por parte del odontólogo, debido a que actualmente la sociedad exige que se le informe y se le tome en cuenta en cuestiones de su salud.

En la primera parte se realiza una remembranza de los antecedentes que dieron origen al consentimiento informado, así como los diferentes aspectos éticos y jurídicos que lo definen, y su relación con la Bioética.

En la segunda parte se explica cómo es la profesión de la odontología, su nacimiento en el área de la salud y lo que implica en su quehacer diario desde un punto de vista paternalista y la necesidad de hoy en día del rompimiento de paradigmas a dicha relación; así como también la revisión del programa de estudios vigentes de la Facultad de Odontología UNAM, donde se mencione el consentimiento informado.



En la tercera parte se realiza un análisis ético y bioético sobre el consentimiento informado en la odontología, con el objeto de entender porque se aplica o que se otorga al aplicarlo, su naturaleza y no solo acatarlo como la obligación jurídicas lo señalan, y señalando lo importante de la bioética en la odontología que devuelve el aspecto de la reflexión en el acto humano que desempeña el odontólogo, aun frente a cambios paradigmáticos en la sociedad y con la existencia de tecnología cada vez más innovadora.



INTRODUCCIÓN

El Consentimiento informado es la máxima expresión del principio de autonomía en la relación médico–paciente, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente. Así que éste principio debe estar presente siempre en cualquier relación, y en este caso, entre el odontólogo y el paciente.¹

Considero importante revisar la relación actual entre el odontólogo y el paciente, definiendo el papel que desempeña cada uno, así como el surgimiento del consentimiento informado, teniendo en cuenta que la profesión inicia con una relación de tipo paternalista, y que hoy en día, la sociedad tiene mayor acceso a la información sobre su salud, exigiendo así, que se le informe sobre los procedimientos a realizar en su boca y que se tome en cuenta su opinión.

En ocasiones el paciente solo es informado por su odontólogo con el objeto de obtener la carta de autorización para los procedimientos a realizar, dejando a un lado el diálogo que permitirá consentir los procedimientos en boca, la explicación de riesgos y beneficios; y sobre todo, el de tomar en cuenta la opinión del paciente ante su situación.

Se revisará en los planes de estudios de la Facultad de Odontología, UNAM los contenidos que orientan y enseñan a los alumnos sobre los valores necesarios para establecer una relación óptima ante una sociedad que evoluciona a diario, así como los contenidos éticos y bioéticos del consentimiento informado.

¹Sala Mateus C. “Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) y diseminación pública de los resultados de la investigación”. *Revista de Bioética y Derecho*. Edición (XIII promoción 2010-2012). <http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf> (consultada el 13 de noviembre de 2012)



La aplicación del consentimiento informado ha sido con propósitos de tipo legal como lo marca las normas, pero el objetivo de esta investigación es realizar un análisis bioético sobre el consentimiento informado abarcando los aspectos éticos de la relación del odontólogo con el paciente que dan como resultado el nacimiento del consentimiento informado, y analizar su aplicación en la Odontología y sus implicaciones bioéticas.

Pero nos detendremos en dicha relación, ya que nace el consentimiento informado en ese acto humano y lo legitima; por lo tanto, es de mi interés, analizar desde el punto bioético el acto humano y el consentimiento informado dentro del ejercicio odontológico.

Es de mi interés también revisar los cambios paradigmáticos de la relación entre el odontólogo y el paciente, y que exige la aplicación del Consentimiento informado en la consulta privada para cualquier tratamiento dental, ya que por mínimo que sea muchos de los procedimientos que se realizan en la boca se produce dolor, sangrado, etc. Y muchas veces informar al paciente tiene como objeto aceptar el presupuesto a dichos tratamientos. Por otro lado, como mero antecedente se realizará una búsqueda en los planes de estudio sobre el tema del Consentimiento informado y el tipo de contenido que recibe el estudiante durante su formación.

El Consentimiento Informado es un tema importante que nace de las propias necesidades de la sociedad, y que debe ser considerado importante y aplicable en los diversos servicios de salud. Se ha mencionado que su utilidad es para evitar problemas jurídicos; sin embargo, conlleva cuestiones éticas y filosóficas, las cuales pretendo abordar haciendo un análisis bioético del consentimiento informado dentro del ejercicio odontológico, en decir, analizaré los principios de autonomía y de responsabilidad, como también el derecho a la información y el consentimiento de su voluntad.



PRIMERA PARTE

CAPITULO 1

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1.1. Antecedentes y fundamentos

El tema del Consentimiento válidamente informado, se remota a tiempos inmemorables, como lo constata lo dicho por Aristóteles a su médico en una ocasión en la que se encontraba enfermo: "... no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero de la causa, me tendrás así presto para obedecer...".²

Sin embargo, algunos autores no consideran que el consentimiento informado no surge de la tradición médica, quien lo ha desconocido a lo largo de la historia; sino que llega desde el derecho.³

Comenzaré por describir los conceptos y antecedentes que fueron dando origen a la necesidad de considerar al consentimiento informado importante para realizar prácticas e investigaciones médicas.

² Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México. *Consentimiento bajo información o consentimiento informado*. 2ª edición. Toluca, Edo de México. 2001.

³ Chávez Ruiz, Vedyalud. *El consentimiento informado*. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/.../pdf/consentimiento.pdf (consultada el 14 de marzo 2012)



Informed consent son palabras anglosajonas que han dado origen a este concepto, debido al nacimiento del sistema legal norteamericano.⁴

✦ En 1914 en Estados Unidos, el juez Cardozo condena a un médico por operar a un paciente que no había dado consentimiento para la cirugía:⁵ “Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar (principio de autonomía) lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por lo que se pueden reclamar legalmente daños”.

✦ En 1947 el consentimiento voluntario surge como consecuencia de los crímenes del Instituto de Frankfurt para la higiene racial y de los campos de concentración en Alemania. A mediados del siglo pasado, después de la II Guerra Mundial, se promulga el *Código de Núremberg*, que fue el primer protocolo internacional sobre investigación en humanos y el primer esfuerzo decidido por introducir el *consentimiento informado* en la investigación:⁶

Art 1. ...la persona afectada deberá tener capacidad legal para consentir, deberá estar en situación tal que pueda ejercer plena libertad de elección, sin impedimento alguno de fuerza, fraude, engaño, intimidación, promesa o cualquier otra forma de coacción y amenaza; y deberá tener información y conocimiento suficiente de los elementos correspondientes al experimento de modo que pueda entender lo que decide.

⁴ Castilla García, A. “Consentimiento informado”. En: Castilla A y Espejo M.D. editores. *Bioética en las ciencias de la salud*. Granada. Asociación Alcalá. 2001. p. 103-117.

⁵ Córdoba, P. “El Consentimiento Informado del paciente”. *Memorias: VI Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Odontológica*. Medellín. Tribunal Nacional de Ética Odontológica. 1999.

⁶ Lorda, S.P., Judez, G.J. “Consentimiento informado. Bioética para clínicos”. *Med. Clin.* 2001. 117(3) 99-106.



- En 1957 en California con el juez Brody Salgo & Stanford mencionó que los médicos violan sus deberes con sus pacientes y se exponen a demandas si se ocultan hechos que son necesarios para formar la base de un consentimiento informado inteligente por el paciente respecto al tratamiento propuesto. Destacando la importancia de dar adecuadamente la información y contar con el consentimiento del paciente respecto a la otra.
- En España, ya en 1972, el Reglamento General de Gobierno y Servicio de las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social establecía que los enfermos tenían derecho a autorizar -directamente o a través de sus allegados- las intervenciones quirúrgicas y actuaciones terapéuticas que implicaran riesgo notorio previsible, así como a ser advertidos de su gravedad.
- En 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa aprobó un documento en el que se hacía un llamamiento a los Estados miembros para que tomaran medidas de forma que los pacientes estuvieran completamente informados, y recomendaba la armonización de los derechos de los pacientes, entre ellos el derecho básico del Consentimiento Informado.⁷
- Pero es con la Constitución de 1978, cuando en España el concepto de Consentimiento Informado comienza a tener auténtico sentido e importancia, a partir de la defensa que en ella se hace del libre desarrollo de la personalidad sobre la base de la libertad, y del reconocimiento, en su artículo 43, del derecho a la protección de la salud. En 1986, el Instituto Nacional de la Salud en España, puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, con la

⁷ Seguridad y consentimiento informado. www.fundaciongeiser.org/.../Seguridad-y-consentimiento-informado.pdf (consultada el 22 de enero de 2013)



✦ implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes. Basándose en los principios recogidos en dicha Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad, en su artículo 10 dice que todos tienen derecho:

5. A que se les dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico, y alternativas al tratamiento.

6. A la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

- cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas cuando la urgencia no permita demoras por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.

✦ En 1982 en el caso Culver se mencionó sobre la obtención del consentimiento informado puede ser formalmente correcta y, además, se puede valorar adecuadamente la capacidad del paciente, pero el consentimiento otorgado puede no ser válido porque interfieran en la decisión diversos mecanismos psíquicos de defensa. En éste mismo año, se habló del consentimiento auténtico que se caracteriza por la decisión auténtica del paciente, entendiendo como tal la que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo.



El Consentimiento informado emana del Derecho y debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que éste ha realizado a la medicina, su validez radica necesariamente en una información leal y completa. Por su concepción de “derecho humano primario”, está señalado “no solo como un derecho fundamental, sino como una exigencia ética y jurídica que debe respetar el médico”.⁸

Por consiguiente, el Consentimiento Informado es definido como un presupuesto y elemento integrante de la *lex artis* para llevar a efecto la actividad médico-quirúrgica curativa,⁹ entendiéndose como acto clínico que genera responsabilidad. Aunque el límite de la autonomía del paciente sería la *lex artis*.

También tenemos otra definición que emite el Derecho Sanitario Mexicano en materia de investigación para la salud, en donde el consentimiento informado se entiende como:

...el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal, autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.¹⁰

Así mismo, en la) define a las cartas de consentimiento bajo información, como los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y

⁸ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina*. Revista CONAMED, Año 5, Vol. 7, Núm. 18, enero - marzo, 2001. p. 14-15

lex artis: "ley el arte" o ley artesanal o regla de actuación de la profesión que sea. Desde luego, es aplicable a la medicina. En línea jurisprudencial se podría encontrar la definición de: "criterio valorativo de la corrección del acto médico concreto ejecutado por el profesional de la medicina que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del actor y, en su caso, de la influencia de otros factores endógenos -estado o intervención del enfermo- de sus familiares o de la misma organización sanitaria, para calificar dicho acto de conforme o no con la técnica normal requerida".

⁹ Galán Cortés, Julio César. *El consentimiento Informado del usuario de los servicios sanitarios*. Editorial Colex. Madrid. 1997. p 162.

¹⁰ *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*. Art. 20.



beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéutico o rehabilitatorios.¹¹

En la Carta de Consentimiento bajo Información NOM 013-SSA2-2006 se define al Consentimiento Informado como “Documento escrito y firmado por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se aceptan los procedimientos estomatológicos, bajo la debida información de los riesgos y beneficios esperados”.¹²

La Comisión Nacional de Bioética hace mención de que:

El consentimiento informado es la expresión tangible del respeto a la autonomía de las personas en el ámbito de la atención médica y de la investigación en salud. Es un proceso continuo y gradual que se da entre el personal de salud y el paciente y que se consolida en un documento. Mediante el consentimiento informado el personal de salud le informa al paciente competente, en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de la enfermedad y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que éste conlleva y las posibles alternativas. El documento escrito sólo es el resguardo de que el personal médico ha informado y de que el paciente ha comprendido la información. Por lo tanto, el consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico o de investigación en salud, que eleva la calidad de los servicios y que garantiza el respeto a la dignidad y a la autonomía de las personas.¹³

¹¹ Normas Oficiales Mexicanas NOM-168 SSA1-1998.

¹² Norma Oficial Mexicana de Salud, NOM-013-SSA2-2006.

<http://www.economía-noms.gob.mx/noms/variosAction.do> (consultada el 22 de mayo 2012)

¹³ Comisión Nacional de bioética. *Guía Nacional para la Integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de bioética.*

<http://cnbmexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/docutec/guiachb.pdf> (consultado el 21 de septiembre de 2012).



La Comisión Nacional de Arbitraje Médico también lo define como:

... la expresión de dos voluntades debidamente conocedoras, competentes y autónomas, las cuales deciden participar activamente en la atención médica y que garantizan que el sujeto o paciente después de haber comprendido la información expresa la intención de colaborar o por qué no decirlo corresponsabilizarse. El consentimiento informado es un acto humano.¹⁴

El consentimiento informado debe ser una garantía de autonomía moral del paciente y no un expediente para eximir de responsabilidad al equipo de salud.¹⁵

En la actualidad el consentimiento Informado constituye parte elemental de la relación entre el médico y el paciente, y por lo tanto, de la propia atención médica que se brinda, y de la participación del paciente en la toma de decisiones, con el objeto de que la convivencia sea con calidad evitando en todo momento dificultades que puedan estropearla.

1.2. Requisitos para su validez.

Para la validez del consentimiento se requiere no haber sido manifiesto por error, arrancado por violencia, o sorprendido por dolo, esto está sustentado en los artículos 1794 a 1823 del Código Civil Federal.¹⁶

- Existencia de información médica adecuada para que el paciente tome la decisión suficientemente informado.
- Aplicación en pacientes competentes y sanos en cuanto a salud mental se refiere.
- El odontólogo tratante debe aplicar el consentimiento informado y el paciente otorgarlo.

¹⁴ Manuell Lee, Gabriel. “El Consentimiento Válidamente Informado en la práctica médica”. *Revista CONAMED* Editorial. 2ª época. Julio-septiembre, 2004. Vol.9, no.3, p.4.

¹⁵ Collazo, E. “Consentimiento Informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos”. *Cir. Esp.* 2002. Vol. 71(6): 319-24.

¹⁶ Código Civil Federal Mexicano. mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-civil-federal ... capitulo-i (Consultada el 14 de abril 2013)



- El propósito del C.I. deben estar enfocados a mejorar la práctica y la relación con el paciente.
- El proceso debe estar orientado a una forma externa (verbal y escrita).
- El tiempo de obtención del CI debe ser previo a la realización del acto médico.



1.3. Expreso o Implícito.

Ahora bien, el Consentimiento Informado también puede ser llamado "expreso" o "implícito":

¹⁷ Izzeddin Abou, Roba. "El odontólogo frente al consentimiento informado. Aspectos relevantes". *Acta Odontológica Venezolana* 2011. Vol. 49. no. 2. p. 3.

Capacidad: se hace referencia a la posibilidad que tienen las personas para ejercer sus derechos y obligaciones, siendo incapaces las personas que por diferentes circunstancias no pueden ejercer sus derechos y obligaciones, como es el caso de los menores de edad. Sobre este concepto se discutirá más adelante.



1. El Consentimiento expreso se da por escrito o en forma oral. Si el consentimiento de un paciente es escrito, éste debe incluir el nombre del profesional de atención de salud que analizó y propuso el tratamiento con el paciente, el nombre del proveedor de atención de salud que va a llevar a cabo el procedimiento y la fecha, hora y lugar donde se firmó el formulario de consentimiento.

El consentimiento informado puede ser expreso, la doctrina que lo sustenta informa que es válido el consentimiento expresado verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología o por signos inequívocos, es decir por cualquier forma de expresión, pero hay que anotar la forma en que se dio el consentimiento.¹⁸

2. El Consentimiento implícito es cuando un paciente no da su consentimiento por escrito o en forma oral, pero comprendió las circunstancias que rodeaban el procedimiento o tratamiento en cuestión. Por ejemplo, el consentimiento puede ser implícito cuando un paciente se ofrece para un procedimiento relativamente simple y no invasivo. Por lo general, un consentimiento a menudo es implícito para los procedimientos necesarios que puede realizar un cirujano en el transcurso de un procedimiento quirúrgico para el cual el paciente dio su consentimiento.

1.4. Bases jurídicas del C.I. en México.

El derecho sanitario reconoce por primera vez al consentimiento bajo información en el Código Sanitario de 1973, por cuanto hace al derecho de disposición del cuerpo humano para trasplante. Fue hasta 1986 cuando se reguló en toda forma en el Reglamento de la Ley General de Salud, en materia de Prestación de Servicios Médicos.

¹⁸ Tena Tamayo, Carlos. El consentimiento informado en la práctica médica: Una visión humanista. Revista CONAMED Vol 9 No.3. julio-septiembre, 2004 p. 8-10



Finalmente, la Secretaría de Salud, en la NORMA Oficial Mexicana NOM-168-SSA1- 1998, del expediente clínico, en el apartado 4.2 “Carta de Consentimiento Bajo Información” publicada el 30 de septiembre de 1999 en el Diario Oficial de la Federación, deja signada la obligatoriedad de su elaboración.

En el pleno de la Cámara de Diputados aprobó una reforma a la Ley General de Salud, para establecer la figura del consentimiento informado, el cual le permitirá a los pacientes aceptar o no la atención médica que se les ofrezca, así como sus tratamientos, e incluye la obligación de los médicos para alentar una toma de decisión con libertad, ofrecer más de una opción y respetar la autonomía de los pacientes.¹⁹

1.5. Elementos.

El Consentimiento informado concibe tres elementos distintos:

1) Elementos normativos:

Reglas de primer nivel; que implican principios éticos de no maleficencia y justicia: voluntariedad, información, capacidad y competencia, respeto a las decisiones, aseguramiento del registro de consentimiento informado como decisión sustancialmente autónoma o en la medida de lo posible como una decisión plenamente autónoma.

Reglas de segundo nivel; que involucra el principio de beneficencia: para optimizar la voluntariedad, la información, la competencia y capacidad, la deliberación y el registro del consentimiento informado.

¹⁹ Consentimiento informado en la Ley de salud, La Jornada viernes de marzo de 2009 www.jornada.unam.mx/2009/03/20/sociedad/045n1soc (consultada el 08 de octubre 2012)



2) Excepciones.

Tiene sus excepciones como son ante un mandato judicial. Ante urgencia vital inmediata, incompetencia e incapacidad del paciente, rechazo a recibir información de parte del paciente, y “el privilegio terapéutico”.

3) Aplicación práctica.

El consentimiento informado debe ser aplicado tanto a nivel público, privado e institucional, ya que traería como ventajas la autocrítica, conocimientos y convicción del profesional de la salud, obliga a pensar y razonar las decisiones por ambas partes.

Como herramienta que facilita la transmisión de la información y la comunicación.

La Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit, comenta que el Consentimiento Informado se construye con base a la Lex Artis, la Ética y la Norma:²⁰

Lex Artis	Conjunto de conocimientos científicos y técnicos, de procedimientos y reglas de la profesión médica, generalmente aceptados, acordes con modo, tiempo y lugar
Ética	Es el conjunto de normas morales que regulan las conductas del hombre en sociedad.
Norma	Lineamientos o disposiciones de observancia general obligatoria.

²⁰ Chávez Ruiz, Vedyalud. *El consentimiento informado*. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/.../pdf/consentimiento.pdf (consultada el 14 de marzo 2012)



1.6. Elementos de la teoría del consentimiento informado.

El propio nombre de consentimiento informado implica dos características voluntariedad e información.²¹

Todo ello implica que el paciente contribuya con sus toma de sus propias decisiones para recuperar su salud. Y se puede mencionar que tres condiciones básicas son necesarias para tomar decisiones en forma racional, razonable y con responsabilidad y son:

- Voluntariedad.²²

El primer elemento de la teoría del consentimiento informado es la voluntariedad, suscitado por la ética de la investigación, en el plano asistencial la voluntad es también inobjetable, representa el respeto por la autonomía.

El informe Belmont contempla la voluntariedad y el principio de respeto por las personas. Dicha voluntariedad se daña por coacción o influencia indebida, entendiéndose por coacción cuando de manera intencionada y abierta se presenta una amenaza de daño a una persona para lograr su colaboración.

La manipulación es una forma más de pretender invalidar la voluntad del paciente, se caracteriza por que los profesionales inducen a los pacientes a dar una determinada respuesta, induciendo a los pacientes a darla.

La forma en la que se da la información puede afectar enormemente a quien la recibe. El tono de voz y otros aspectos de la forma de presentación de la información que hace el profesional pueden indicar si un riesgo de determinado tipo y una incidencia determinada debería ser considerado serio. La información puede ser enfatizada o desvalorizada sin alterar su contenido.

²¹ Collazo E. "Revisiones de conjunto consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos". *Cir. Esp.* 2002. Vol. 7(6); 319-324.

²² "Making Health care decisions". *President's Commission*, 1982, 1:66.



Existen dos restricciones generales a la voluntariedad:

- La primera surge de las relaciones individuales con el mundo exterior. La coacción y la manipulación limitan la libertad y voluntad de un sujeto, obstaculizando una decisión responsable.²³

-La segunda surge de las relaciones individuales con su mundo interior.

- Información.²⁴

Una sección aparte merece la información en la teoría del consentimiento informado. Debemos iniciar porque datos o criterios debe cubrirla información que se va a proporcionar, hasta donde se debe extender y la calidad de dicha información, y luego el problema de la comprensión por parte del paciente.

La obligación de información del médico se ha sugerido, que se debe hacer en tres ámbitos distintos.

1. El estado de salud del paciente. Donde se incluye el pronóstico probable en caso de no recibir tratamiento alguno.

2. Intervención que involucra el pronóstico, su descripción, probabilidad y naturaleza de los riesgos y curso probable con y sin la intervención sugerida.

3. Opinión profesional de lo que sería la mejor alternativa.

La entrega de información es necesaria pero no suficiente, pues dentro de los elementos críticos para obtener consentimiento informado verdadero se incluye asegurar la habilidad del paciente para entender la decisión; y asegurar la comprensión del paciente de la información médica.²⁵

²³ González, J. "Bioética clínica y protocolos de consentimiento informado en un hospital general de Madrid". *Cuad. Bioética*. 1993. Vol. 15(3): 20-26.

²⁴ "Making Health care decisions". *President's Commission*, 1982, 1:74.

²⁵ Terry, P.B. "Informed Consent in clinical medicine". *Chest*. 2007 Vol. 131:563-568.



- Capacidad para consentir (competencia).

La competencia es entendida como la capacidad física, mental y moral que tiene una persona para comprender la situación que enfrenta, y las consecuencias que ésta podría generarle, tomando y fundamentando una decisión o elección basada en sus valores y preferencias de vida. Es cierto que la capacidad de *autodeterminación*, es prerequisite y un mínimo ético para la obtención del consentimiento informado si se desea participar en una investigación, no obstante, en este aspecto también se considera la protección adicional contra daños y abusos potenciales a quienes tengan una autonomía disminuida.²⁶

La capacidad de decidir no es un atributo fijo ni unidimensional característico de un individuo, sino un juicio al cual el profesional de la salud llega luego de verificar una serie de condiciones que se identifican como criterios²⁷ y están relacionados con:

- a) Comunicación de la decisión.
- b) Comprensión de la información.
- c) Apreciación de la situación presente y sus consecuencias.
- d) Manipulación racional de la información.

²⁶ Lugo E. “El paciente y su capacidad de decisión sobre la terapia”. Presentación realizada en el curso “Problemas de ética en medicina” realizado en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en mayo de 2001, publicadas en el *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina (CAEEM)*. 2001. Tomo 1 p. 115-128.

²⁷ Lugo E. Op cit.

Autodeterminación: El interés de una persona en la autodeterminación refleja el deseo común de tomar decisiones importantes sobre la propia vida y de acuerdo a los propios objetivos y valores. Es la capacidad de los individuos para formar, revisar luego de un tiempo, y perseguir un plan de vida o concepción de su bien.



1.7. Instrumentación.

En nuestro país las principales instituciones de salud, las organizaciones médicas, integraron la carta de los derechos de los pacientes, que incluye el derecho a recibir atención médica adecuada, trato digno y respetuoso, recibir información, clara, suficiente y verdadera, a decidir libremente sobre su atención, otorgar o no el consentimiento informado, ser tratado con confidencialidad y facilidad para obtener una segunda opinión, integración del expediente clínico y ser atendido en caso de inconformidad de la atención recibida.

La instrumentación puede ser en dos formas:

1. Implícita donde el paciente indica su voluntad de someterse a cierto procedimiento o tratamiento a través de su actitud o comportamiento.
2. Explícita es cuando la acción implica riesgo o la generación de molestia más que leve, puede otorgarse de manera verbal pero es preferible obtenerlo por escrito.

1.8. Funciones

1. Promover la autonomía de los individuos.
2. Fomentar la racionalidad en la toma de decisiones odontológicas, lo que se consigue por la necesidad de explicitar la justificación de las decisiones.
3. Proteger a los enfermos y a los sujetos de experimentación.
4. Evitar el fraude y la coacción en la asistencia sanitaria.
5. Introducir en las ciencias médicas y odontológicas una mentalidad más probabilista y más capaz de hacer frente a la incertidumbre.
6. Atenuar la desconfianza del paciente hacia el médico y su temor hacia los procedimientos utilizados.



1.9. Excepciones.

La excepción está en su aplicación en personas no autónomas que por carecer de voluntad no pueden ser informados, como los embriones y fetos humanos, los enfermos mentales y deficientes, los pacientes terminales; son individuos que deben ser tratados con base a la información que reciben los encargados de ellos.²⁸

1. Situación de urgencias vital inmediata.
2. Grave peligro para la salud pública.
3. Incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales.
4. Rechazo de todo tipo de información por parte del enfermo.

En odontología no atendemos urgencias vitales inmediatas, ni grave peligro para la salud pública, ahora si el paciente presenta alguna incapacidad siempre llegara al consultorio por medio de un familiar o persona responsable, quien proporcionará de ser así la información necesaria, y en lo que respecta al rechazo de la información esto no sucede ya que el paciente de ahora cuenta con información sobre los tratamiento o incluso hasta del prestigio del odontólogo.

En la Odontología nosotros realizamos tratamientos en boca desde la primera visita, y en algunos casos los pacientes que llegan pueden carecer de “voluntad” para ser informados y para decidir los tratamientos planteados. Por lo tanto, siempre son acompañados por otra persona.

²⁸ *Ley General de Salud*. México. Editorial Porrúa, 2001



Son considerados casos especiales aquellos requeridos para tratar a un menor, a un menor con padres divorciados, a un adulto con enfermedad mental, o a los pacientes que no pueden entender la información que se les presenta porque hablan otro idioma o dialecto, o al obtener consentimiento informado para practicar un diagnóstico prenatal, en caso de extrema urgencia y en pruebas diagnósticas por mandato judicial.²⁹

²⁹ Mendoza-Romo, Miguel Ángel; Nava Zarate, Nadia; Escalante-Pulido, Jesús Miguel. “Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación. El médico y la ley”. *Gac. Méd. Méx.* 2003. Vol. 139 no2 p.187.



CAPITULO 2.

BIOÉTICA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

2.1. Bioética.

La Bioética es un término recientemente acuñado para definir las relaciones entre lo ético y lo biológico; designa a ésta disciplina con varias definiciones según sus autores, debido a que su concepción es más amplia que la propia ética, abarcándola, pero limitándose a ella.³⁰

Esta disciplina según Potter en los años setenta se refiere al puente entre la biología y las humanidades.³¹

la humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo usar el conocimiento para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida.

En EE.UU en 1978 en la Enciclopedia de Bioética, se define a la bioética en su primera edición por W. Reich como:³²

El estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias biológicas y la atención de la salud, en la medida en que esta conducta se examine a la luz de los principios y valores morales.

En éstas definiciones configuran los cuatro rasgos sobre la bioética moderna como son:

1. Se trata de un marco de reflexión ética interdisciplinaria y transdisciplinaria;

³⁰ Gispert Cruells Jorge. 1. “Conceptos en Bioética Médica”. *Conceptos de Bioética y responsabilidad médica*. 3ª. Edición México. Manual Moderno. 2005. p. 9-10.

³¹ Potter, V.R. *Una ética para la vida en la sociedad*.

portal.iteso.m portal page portal Sinectica ... sin uintanas.pdf (consultada el 10 de marzo de 2013)

³² Reich, W. *Encyclopedia of Bioethics*. George Town University. EEUU. Simon & Schuster and Prentice Hall International. 1996. p. 1233.



2. Es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la medicina y su entorno, cuyos principales protagonistas son el médico y el paciente;
3. Se trata de una reflexión ética que conduce a decisiones de salud pública de gran repercusión social y legal, y
4. Nadie puede permanecer ajeno a la bioética, porque determina una praxis en el campo de la salud e involucra comportamientos que someten a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad.³³

En 1984 el *Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos* define al consentimiento informado como:

“El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y normalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente”.³⁴

La filósofa argentina Teresa Asnariz también define a la bioética muy acertadamente como:³⁵

“El estudio sistemático de las dimensiones morales (incluyendo visión moral, decisiones, conducta y política) de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, empleando una variedad de metodologías éticas en un espacio interdisciplinario.”

³³ Escribar A. “Raíces de la Bioética”. *Anales de la Universidad de Chile*. 6ª serie, no. 8. 1998.

³⁴ Collazo, Eliseo. “Consentimiento informado en la práctica médica .Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos”. *Cir. Esp.* 2002. Vol. 71(6), p. 321.

³⁵ Asnariz, Teresa. “De qué hablamos cuando hablamos de bioética”. Citado por Llano, E. S.J., en *¿Que es Bioética?* www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23757/2/articulo1.pdf (consultado el 16 de marzo de 2013)



Como es mencionado anteriormente la bioética tiene la característica de ser interdisciplinaria, es decir no solamente toma a la ética y a la medicina sino que también permite que se involucren diversas áreas, por tal motivo, es de mi interés revisar al consentimiento informado (a pesar de que sus fundamentos son jurídicos), haciendo una reflexión bioética, aportando al odontólogo conocimientos que lo llevaran a la reflexión durante su ejercicio.

Y en su obra los *Principios de Bioética* de los profesores Beauchamp & Childress define al consentimiento informado como:

“la autorización para iniciar un plan de tratamiento, debiera darse en un lenguaje adecuado al paciente, de manera que pueda comprender los beneficios que obtendrá, las obligaciones que asume y los riesgos que corre”.³⁶

Y en su obra *Los Principios de Bioética* de los profesores Tom Beauchamp y James Childress, aquí mismo desarrollan los cuatro principios rectores de la bioética que orientan a los bioeticistas en la toma de decisiones: Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía.³⁷

□ Beneficencia:

Se trata de la obligación de hacer el bien. El problema es que hasta hace poco, el médico podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Pero actualmente, este principio viene matizado por el respeto de la autonomía del paciente, a sus valores, deseos. No se puede hacer el “bien” sin consentimiento de los pacientes y menos sometiéndolo a riesgos y /o daños.

³⁶ Beauchamp T.L y Childress J.F: *Principios de Bioética Médica*. Barcelona, Esp. Mesón. 1999.

³⁷ Llano Escobar, Alfonso. *¿Qué es la bioética? Según notables bioticistas*. Colección Bioética. Bogotá. 2001. Presentación. p. 5-6.



La beneficencia, principio rector de todo profesional sanitario, no se concibe en la actualidad sin el respeto a las preferencias de los pacientes y sin tener en cuenta los recursos que se utilizan para atenderlos.³⁸

No maleficencia:

Este principio estipula no hacer daño al paciente. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana. Es relevante ante el avance de la ciencia y la tecnología, porque muchas técnicas pueden acarrear daños y riesgos.

Justicia:

Involucra al médico, al paciente y sobre todo a la sociedad o al Estado cuya obligación es procurar los recursos suficientes para que todos tengan acceso fácil a la salud. Reclamando una distribución equitativa de los recursos y de las cargas entre los ciudadanos para evitar discriminaciones en políticas de salud públicas.

Autonomía:

La concepción de autonomía del hombre entendida como autogobierno, dueño de sí, nace de un carácter primario y fundamental, es un derecho que como principio permite al hombre con voluntad autorregularse y en sentido amplio tomar decisiones por sí y para sí, y que con ésta autoderminación surgen responsabilidades.

Estos principios se entrelazan con el consentimiento informado y el derecho a la información.³⁹

³⁸ Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), División de Ética, Ciencia y Tecnología. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO. 2005.

³⁹ Spencer E. "Competency and consent to treatment". *JAMA* 1985. No.. 253: p. 778-779.



Para Diego Gracia (1992), los cuatro principios se ordenan en dos niveles:⁴⁰

- ✚ Nivel 1 (pública): no maleficencia y justicia. Es el nivel que podemos llamar de "ética de mínimos", en el que se nos puede obligar desde fuera, porque regula el bien común. Se refiere a las obligaciones "perfectas" que generan deberes negativos transitivos (lo que no se debe hacer a otros). Socialmente vendría regulado por el Derecho.
- ✚ Nivel 2 (Privada): autonomía y beneficencia. Es el nivel de "ética de máximos", relacionado con el proyecto vital que cada persona libremente escoge en la búsqueda de la felicidad y de la plasmación de sus propios valores. Se refiere a las llamadas obligaciones "imperfectas", que me puedo exigir a mí, pero no que no puedo imponer a los demás. Este nivel sería el correspondiente al estudio de la Moral.

Para Diego Gracia la Bioética es deliberativa es decir "Decidir antes de actuar", con ello se refiere que es necesario realizar un examen cuidadoso y reflexivo sobre los principales factores implicados. El busca analizar los problemas en toda su complejidad"⁴¹

La bioética nació de la preocupación del hombre por el efecto de la tecnología sobre la vida humana; después se amplió el ámbito de la praxis médica y a los dilemas surgidos de la relación médico-enfermo-terapéutica, en búsqueda de la mejor solución posibles a determinadas situaciones como a la aceptación o al rechazo de tratamientos y aplicación o no de prácticas.⁴²

⁴⁰ *Introducción a la Bioética* www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm (consultada el 19 de diciembre de 2011)

⁴¹ Gracia Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid, España. 1989.

⁴² Zamora Marín R. "Consideraciones bioéticas sobre la muerte encefálica y su relación con las Ciencias Médicas". *Bioética*. Ciudad de la Habana: Centro de Referencia Juan Pablo II, 2002. p.4



La bioética y sus principios nos conducen a reconocer que el paciente es una persona y por ende, un fin en si mismo y no un instrumento para conseguir otras cosas y que el sentido último de las cosas para los humanos está en los otros humanos.⁴³

2.2. Consentimiento informado en la Bioética.

El Consentimiento informado ha sido cuestionado por los tradicionalistas con respecto a la convivencia de que el paciente pueda influir en las decisiones médicas, esto ha propiciado dos corrientes de opinión: los que consideran que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del enfermo, dejando como algo sin importancia su participación, y los que piensan que lo importante es lo que piensa y decide el paciente, aunque en ocasiones esto no propicie su bienestar.⁴⁴

Quien sea dueño del saber tendrá en sus manos el arma más poderosa para dominar o para servir, para imponer su voluntad bondadosa o perversa, para medrar y lucrarse, para construir o para arruinar a la humanidad.⁴⁵

El consentimiento informado tiene como respaldo el principio a la persona, que pretende ver al “otro”, aceptándolo en su dignidad, autonomía y libertad, y aunque hay críticas a la bioética principialista que lo fundamenta, es innegable que por sus características es imprescindible en la relación odontólogo paciente.

La sociedad ha requerido favorecer la inclusión de valores como autonomía, derecho a la información, que han de incorporarse con ayuda de la ley en la relación clínica, más allá de la beneficencia.⁴⁶

⁴³ Ferro, M. Molina, L. Rodríguez, W. “La Bioética y sus principios”. *Acta odontológica de Venezuela*. 2009. Vol. 47, no 2 p. 6

⁴⁴ Fernández Varela Mejía H y Sotelo Monroy G. “El Consentimiento mediante información”. *Rev. de la Facultad de Medicina de la UNAM*. 2000. Vol. 43. No. 1, p. 6-11.

⁴⁵ Chávez Ruiz, Vedyalud. *El Consentimiento bajo información*. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/.../pdf/consentimiento.pdf (consultada el 14 de marzo de 2012).

⁴⁶ Laín Entralgo, P. *La curación por la palabra en la antigüedad clásica*. Barcelona: Esp. Anthopos; 1987.



El consentimiento informado es un derecho fundamental del paciente y un deber ético del médico. En la mayoría de los espacios en los que se propicia la discusión.

El consentimiento informado es el elemento más viable, necesario y práctico para testimoniar por escrito un compromiso bilateral, privilegiando los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, no maleficencia y justicia, necesarios para la atención médica, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios.⁴⁷

El consentimiento informado es un instrumento para llevar a la práctica un principio esencial que la persona sea dueña efectiva de su destino con la dignidad que le corresponde y de acuerdo con los valores que rigen su vida.⁴⁸

El *consentimiento informado* trata de respetar la autonomía del paciente, y para que una acción sea autónoma debe cumplir cuatro condiciones:⁴⁹

- Intencionalidad: capacidad de obrar voluntariamente. Se tiene intención o no se tiene.
- Conocimiento preciso de la acción: el paciente debe conocer las circunstancias que afectan a sus decisiones.
- Ausencia de control externo: el paciente no debe sufrir manipulaciones.
- Control interno: el paciente debe poseer una personalidad suficientemente capaz.

⁴⁷ Manuell Lee G. “El consentimiento válidamente informado en la práctica médica”. *Rev. CONAMED*. Julio-septiembre 2004. Vol 9, no.3, p.4

⁴⁸ Bacallao San Julian, Francisco; Matos Santos, Irma. “Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente”. *Revista cubana de Cardiología y cirugía cardiovascular*. 2012. Vol 18, no. 1, p. 47.

⁴⁹ Lugones Botell, Miguel, Pinchs García, Alberto y García Hernández, Marlen. “Consentimiento Informado”. https://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi195-605.htm (consultada el 30 de enero de 2013).



Filosóficamente, cada persona es un fin en sí misma, y no un simple medio, ni siquiera para hacer el bien. La libertad humana, esa cualidad tan específica de nuestra especie y que nos distingue de las otras, exige respeto y consulta, también para lo que afecta a la corporeidad. Quizá los médicos deberíamos aplicar nuestras ansias de hacer el bien con un respeto exquisito a la libertad.

Ése puede ser el fondo del Consentimiento Informado. El principio de autonomía exige un trato igualitario de relación profesional con comunicación continua, y con apoyo emocional a los enfermos y a sus familias, como consecuencia de la dignidad humana, inseparable de la libertad.⁵⁰

2.2.1. Principio de Autonomía.

Hay múltiples definiciones de autonomía como un bien del ser humano; sin embargo, una definición contemporánea que considero idónea para esta investigación es:

“Es el derecho que tienen las personas para ejercer su voluntad y hacer lo que consideren adecuado, siempre y cuando los actos derivados de esas acciones no dañen a terceros”⁵¹

El ser humano es autónomo ontológicamente; sin embargo, el derecho a la autonomía se puede ceder a un sustituto moralmente competente o bajo notario o realizando un testamento en vida, esto se realiza en ocasiones y en circunstancias en que la persona sea no competente, es decir, para que una persona ejerza su autonomía debe ser competente.

Todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a la protección. (...) Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus fines personales y de obrar bajo la dirección de esa deliberación.⁵²

⁵⁰ Morelli M.G. “Bioética, derechos humanos, discriminación y experimentación”. *Cuadernos de Bioética*. 2000. Vol. 1:134-45.

⁵¹ Kraus A.A. “Autonomía y enfermedad: algunas preguntas”. *La jornada*. Marzo 2006.

⁵² Elósegui Itxaso, María. “Fundamentos de la Bioética y necesidades actuales”. www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf (consultada el 25 de octubre 2011).



La autonomía, la define Pellegrino⁵³ como:

La capacidad de autogobierno, una cualidad inherente de los seres racionales, que les permite elegir y actuar de forma razonada a partir de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas según sus propios sistemas de valores.”

Ahora bien, se debe comprender que el consentimiento es una acción esencialmente autónoma, por lo que:

Las personas son autónomas y pueden decidir con criterios de racionalidad como deben comportarse, juzgando las acciones y los motivos que subyacen como aceptables o inaceptables y actuando conforme a dicho juicio.⁵⁴

La autonomía sería equivalente a la autodeterminación. Mientras que la beneficencia es equivalente a paternalismo.

La autonomía no es una condición de todo o nada, sino que existen diversos grados que permiten o no ejercerla, total o parcialmente.⁵⁵

La autonomía es un derecho inalienable del paciente, que le corresponde por naturaleza, y que no debe estar influenciada ni manipulada por ninguna coacción ni circunstancia ajena a su voluntad y sin constreñir las relaciones adecuadas con las autoridades con quienes esté relacionado.⁵⁶

⁵³ Pellegrino, E. D. “Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness”. *The Journal of Medicine and Philosophy* [university of Chicago Press] 1979. Vol. 4(1):32-56,

⁵⁴ Kraus A. “Autonomía y enfermedad: algunas preguntas”. *La jornada*. Marzo 2006.

⁵⁵ Comité de ética de la SECPAL. “Consentimiento informado en cuidados paliativos”. *Cuad. Bioét.* 2006; Vol. 17(59): p. 95-105.

⁵⁶ Cadavid, C. Gustavo Jorge. “Autonomía y Consentimiento informado: Principios fundamentales en Bioética”. *Ces Odontología*, 2005. Vol 18, No. 2, p. 60



Pero su principal propósito del consentimiento informado es establecer la autonomía del paciente, promover su derecho a la autodeterminación y proteger su condición como un ser humano que se respeta a sí mismo.⁵⁷

2.2.2. Principio de Justicia.

Precisamente de autonomía y de justicia se trata cuando hablamos de “consentimiento informado” y que se define como la conformidad expresada por escrito y tras la obtención de una información adecuada para la realización de un diagnóstico terapéutico sobre su persona.^{58, 59}

2.2.3. Principio de Responsabilidad.

La responsabilidad es una capacidad propiamente humana.⁶⁰, y es cualidad y condición de la persona libre y consciente de su conducta y de sus actos, y siempre existe ante alguien o hacia algo.

La ética de la responsabilidad mucho tiene que ver con el llamado utilitarismo, porque cuando se producen o hacen cosas útiles se tiene éxito, y porque para el cual el criterio o patrón de enjuiciamiento de las acciones humanas son los resultados o consecuencias que produzcan.⁶¹

⁵⁷ Angueta, Z. “El consentimiento informado”. *Cuadernos de Bioética*. 2003. 4:81

⁵⁸ Organización Panamericana de la Salud. *Normas Éticas Internacionales para la investigación Biomédicas con sujetos humanos*. Washington: OPS. 1996.

⁵⁹ Rodrigo Núñez, A. “El consentimiento informado en pediatría”. *Cuaderno de Bioética*. 1995. Vol. 5(22), p.188-195.

⁶⁰ Kemp, Peter. *La mundialización de la ética*. Traducción Lisbeth Sagols Sales. México. Ed. Fontamara. 2007. p. 131.

⁶¹ En Inciarte, F. “Liberalismo y republicanismo”. *Ensayos de filosofía política*. Eunsa, Pamplona, 2011 p. 162



La ética de la responsabilidad entendida por Jonas la describe no solo a la persona humana, sino la naturaleza también. Ese nuevo poder de la acción humana impone modificaciones en la propia naturaleza de la ética.⁶²

La ética de la responsabilidad entendida por Max Weber la describe como aquella actitud de una persona que, en sus acciones, considera el conjunto de las previsible consecuencias, y se pregunta cuales son las consecuencias mejores en conjunto, y entonces actúa en consecuencia.⁶³

La responsabilidad en la ética es la articulación entre dos realidades, una subjetiva y otra objetiva. Es forjada por esa fusión entre el sujeto y la acción. El orden ético está presente, no como realidad visible, sino como un llamado sensato que pide calma, prudencia y equilibrio. A este nuevo orden Jonas le da el nombre de principio de Responsabilidad.⁶⁴

2.2.4 Derecho a la Información.

Aunque el término de Consentimiento informado surge en 1957, su significación se discutió hasta 1972, y es cuando se estableció la obligación de darles información a los pacientes capaces de entender la misma y el derecho de ellos de autorizar o rechazar intervenciones biomédicas. Hasta ese momento el manejo de la información con los pacientes era puntualizado en términos de prudencia y discreción, intentando sobre todo no infringir mal o dañar, prevenir el mismo y en defecto promover el bien. En la actualidad, se sabe que “los principios son proposiciones normativas, como las reglas que se derivan de ellos. Esto quiere decir que delimitan obligaciones morales vinculantes con los sujetos. No son meras máximas prudenciales”.⁶⁵

⁶² De Si ueira, José Eduardo. “El principio de responsabilidad de Hans Jonas”. Acta de Bioethica. Año VII, No. 2, 2011. P. 279

⁶³ En Inciarte, F. “Liberalismo y republicanism”. *Ensayos de filosofía política*. Eunsa, Pamplona, 2011 p. 162

⁶⁴ Ibid p. 278

⁶⁵ Simón P. *El Consentimiento informado*. Triacastela. Madrid. 2000. p. 141.



La American Medical Association, insiste en que es obligación de los médicos decir la verdad a sus pacientes, el código que emite marca como regla la veracidad. En Estados Unidos los movimientos por los derechos encuentran su mejor expresión en Worthington Hooker quien defiende el derecho de las personas a recibir información, y “se mostraba preocupado por los efectos generales del engaño en la sociedad y en las instituciones médicas”.⁶⁶

Pero aunque se optaba por decir la verdad a los pacientes no se fomentaba la autonomía para la toma de decisiones; es decir, no existía participación del paciente.

Inicialmente Thomas Percival en su *Ética Médica* en 1803 continúa la tradición de valorar la información y el diálogo con los pacientes, pero sin tener en cuenta su conocimiento y sin respeto a sus decisiones, sin embargo sostenía el derecho del paciente a saber la verdad siempre y cuando los beneficiara en situaciones de conflicto.⁶⁷

Otros aspectos que son importantes revisar son por un lado el arte de comunicar al paciente y su derecho a ser informado. Empezaré por analizarlo como lo explica Javier Barbero en su artículo⁶⁸ donde nos muestra diferentes puntos como:

1. El acceso a la verdad es un derecho de los pacientes. Porque cada persona tiene derecho a decidir, con apoyo y conocimiento de causa, sobre aspectos tan importantes de su vida como es el proceso de salud/enfermedad o de vida/muerte.

⁶⁶ UNESCO. www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/.../DicoParteIII.pdf (consultada el 23 de mayo de 2013)

⁶⁷ Reich, W. *Encyclopedia of Bioethics*. George Town University. Simon & Schuster and Prentice Hall International. 1996. p.1233

⁶⁸ Barbero, J. “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”. *An. Sist. Sanit. Navarra, Esp.*. 2006. Vol 29, suplemento 3 p.19-27.



2. El enfermo tiene el derecho a rechazar la información diagnóstica y/o pronóstica, y el apoyo solidario y efectivo de profesionales y voluntarios, pero para que haya rechazo tiene que haber oferta. Y esta oferta es una responsabilidad ética de todos los profesionales desde el momento en que empiezan a intervenir en su atención.

Los factores o criterios que deben ser considerados para determinar el contenido de la información que proporcionará el médico:⁶⁹

SUBJETIVOS	OBJETIVOS
El nivel cultural	Urgencia del caso
Edad	Necesidades del tratamiento
Situación personal, familiar, social y profesional del paciente	Peligrosidad de la intervención
	Novedad del tratamiento
	Gravedad de la enfermedad
	Posible renuncia del paciente a recibir información

⁶⁹ Gómez García, Roberto. “Consentimiento informado en odontología”. Revista ADM. Septiembre-octubre 2007. Vol. LXIV no.5 p. 205.



Morelli nos habla sobre los alcances del derecho a la información y lo describe así:⁷⁰

1. La persona tiene derecho a conocer toda la información obtenida con respecto a su salud. No obstante, tiene que respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

2. La información tiene que formar parte de todas las actuaciones asistenciales, tiene que darse de forma comprensible, ser verídica y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con el fin de ayudarlo a tomar decisiones de forma autónoma.

3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También tiene que asumir responsabilidades en el proceso de información aquellos profesionales asistenciales que le atiendan o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.

El derecho a la información es una manifestación concreta del derecho a la protección a la salud y, a su vez, uno de los derechos a la personalidad.⁷¹

Que debemos informar, pues es importante que al paciente se le hable sobre su diagnóstico, sobre las diversas alternativas de tratamiento, sino el tratamiento, sin omitir riesgos, consecuencias, beneficios; toda aquella información entendible para el paciente para que sea capaz de tomar la decisión que más considera propia para su salud, y sobre todo que permita o rehúsa el acto médico.

Barbero considera que el problema de la información no es un dilema, como ha llegado afirmar, entre los principios de autonomía y beneficencia, sino entre autonomía y no-maleficencia. Tan maleficente puede ser el encarnizamiento

⁷⁰ Morelli, M.G.. “Bioética, derechos humanos, discriminación y e perimentación”. *Cuadernos de Bioética*. 2000. Vol. 1:13 p. 4-45.

⁷¹ Galán Cortés, Julio César. *La responsabilidad médica y el consentimiento informado.* ”. Rev. Med. Uruguay. 1999. 15 p.6.



informativo (informar de un diagnóstico o pronóstico negativo a un paciente que no quiere saber), como la conspiración del silencio frente a un paciente que desea ser informado.⁷²

2.2.5 Dignidad humana.

El respeto a la dignidad de la persona humana es el tema central en los actuales debates de Bioética, y en general de toda ética social contemporánea. Es la base común sobre la que podemos construir un consenso ético general entre todos, en nuestras sociedades plurales y multiculturales, con diversidad de posiciones éticas.⁷³

La dignidad humana es uno de los principales fundamentos del Consentimiento Informado, la que nos obliga a tratar a nuestros semejantes como a nosotros nos gustaría que nos trataran. La dignidad es algo elemental dentro de toda persona y es común a todo individuo. Así, la dignidad debe ser considerada como el patrimonio propio de toda persona, la que se opone a toda instrumentalización de un individuo.⁷⁴

Kant menciona la necesidad de saber quién es el hombre, para esclarecer el modo correcto de tratarlo, y en su metafísica de la costumbre expresa:⁷⁵ “la humanidad misma es una dignidad, porque el hombre no puede ser tratado por ningún hombre como un simple medio o instrumento, sino siempre a la vez, como un fin”, remitiendo la dignidad personal a la autonomía de la voluntad y a la libertad.⁷⁶

⁷² Barbero, J. “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”. *An. Sist. Sanit. Navarra*, Esp. 2006 vol 29, suplemento 3 p.19-27.

⁷³ León Correa, Francisco Javier. Dignidad humana y Derechos humanos en Bioética. *Biomedicina*. Vol. 3, Nº. 1, 2007 , págs. 71-81

⁷⁴ Núñez-Cubero P. “Confidencialidad médica”. *Labor hospitalaria*. 2 000; 3(257) p. 235.

⁷⁵ Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Grupo Editorial Tomo. México. 2010.p.8

⁷⁶ Garza Garza, Raúl. “La dignidad de la persona”. *Bioética la toma de decisiones en situaciones difíciles*. Trillas. México. 2007. p. 45-51.



El principio del respeto de la persona (principio kantiano) pertenece a una concepción moral, en la se dice que la dignidad del ser humano reside en su autonomía moral, y, por lo tanto, en libertad (principio de autonomía).⁷⁷

Ahora bien, también podemos hablar de la dignidad en el ejercicio profesional implica la aplicación de los principios éticos hasta sus últimas consecuencias. Y por ello, da como resultado el prestigio individual en su profesión.⁷⁸

⁷⁷ Galán Cortes, Julio César. “La responsabilidad médica y el consentimiento informado”. *Rev. Med. Uruguay* 1999. Vol. 15: 5-12 , p. 5.

⁷⁸ Gispert Cruells, Jorge. *El perfil del médico. Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. Manual Moderno. México. 2006. p. 19.



SEGUNDA PARTE

CAPITULO 3.

LA MEDICINA Y LA ODONTOLOGÍA

3.1. El Médico y el paciente.

La relación entre el médico y el paciente, es explicada en tres situaciones históricas como lo hace Laín Entralgo en su libro *El médico y el enfermo*.⁷⁹ Y nos da un panorama actual del concepto y quehacer del médico ante el paciente vulnerable, donde la relación entre ellos es de tipo *paternalista*, el médico poseedor de la razón clínica atiende al paciente y a la sociedad con fines técnicos de diagnóstico y tratamiento,⁸⁰ es una amistad con características particulares.

Etimológicamente médico proviene de *mederi* (curar) y la raíz *med* significa meditar o pensar; por otra parte, *doctor* originalmente significó maestro o instructor. Así es que desde la semántica el quehacer médico, incluye un marco semántico con tres funciones delimitadas:⁸¹

- Saber, es decir, diagnosticar.
- Curar, el tratamiento.
- Educar, orientar, asesorar a este paciente concreto.

⁷⁹ Laín Entralgo, P. *El médico y el enfermo*. Ediciones Guadarrama, España, 1969. P. 13-145.

Paternalista: Es un concepto de la medicina, mantenido desde hace varios siglos, como lo fue con la Autoridad de Esculapio, en que al enfermo (*infirmus*= débil, sin firmeza física ni moral) solo se hacía receptor de las acciones médicas: "Todo para el enfermo, pero sin el enfermo".

⁸⁰ Jinich H. *El paciente y su médico*. 2ª edición Ed. El manual moderno. México. 2002. p. 11-19.

⁸¹ Barbado Alonso, J.A; Aizpiri Díaz, J.J; Cañones Garzón, P.J; Fernández Camacho, A y cols. "Aspectos históricos-antropológicos de la relación médico-paciente". *Habilidades en Salud Menta de la SEMG*. Febrero 2005 p.33.



La relación médico-paciente no es una relación única y estática, sino un encuentro complejo y progresivo.⁸²

El médico hipocrático actuaba con respeto por la vida humana y con un exagerado instinto paternalista, conocido como *beneficencia paternalista*. El enfermo era tratado como un incapacitado mental, sometido al criterio del médico, quien poseía la moral, autoridad y conocimientos suficientes para ordenarle al minusválido moral (el enfermo) lo que debía hacer con su salud.^{83, 84}

Afortunadamente para la humanidad, las sociedades fueron desarrollándose, apareció el concepto de Estado, y ya en 1789 la Revolución Francesa promulgó los derechos del hombre por la Asamblea Nacional Francesa, que dio al individuo su condición de persona, quien fue ganando respeto social, autoestima y dignidad hasta para su relación médico-paciente, que seguía siendo paternalista, pero los conocimientos sociales que la propia vida daba al hombre, incluso en materia de salud, lo hicieron con el devenir del tiempo más exigente.⁸⁵

En la relación médico-paciente, tanto el médico como el enfermo, deben forjar un vínculo, cuyo fin sea el restablecimiento del estado de salud del paciente; siendo indispensable la comunicación entre ellos, pues en la medida que la información médica sobre las características del plan diagnóstico y terapéutico,

⁸² Mondragón L, Monroy Z, Ito M.E, Medina-Mora M.E. “Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida2. *Acta Bioet.* Junio 2010. Vol. 16(1):p. 77-86.

⁸³ Lugones Botell, M. “Hipócrates”. *Revista Cubana Med Gener Integr.* 1990. Vol. 6(3):461.

⁸⁴ De Castro, Bachiller R. “Juramento hipocrático.” En: *Caduceos y juramentos médicos. Cuadernos de Historia de la Salud Pública.* La Habana; Editorial Ciencias Médicas. 2000. p. 76.

⁸⁵ Colectivo de autores. “La historia del desarrollo de la medicina como ciencia sociobiológicas. Momentos trascendentales”. En: *Introducción a la Medicina General Integral. Selección de temas.* Literatura básica. La Habana; Editorial Ciencias Médicas. 2001. p. 13-32.



sean comprendidas por el paciente, se reforzará la relación y se atenderá el deber jurídico de informar.⁸⁶

Algunos autores le llaman relación clínica definiéndola como el núcleo fundamental de toda la asistencia sanitaria y que históricamente se ha basado en el valor predominante de la beneficencia del enfermo, entendida como la búsqueda del beneficio del enfermo.⁸⁷

El médico puede o no elegir libremente al médico o ser atendido según la organización política, administrativa o laboral a la que pertenece donde el fin propio en la relación médica es la salud del enfermo, con dos fines subordinados con nombres técnicos “diagnóstico” y “tratamiento”.⁸⁸

El médico no asume una obligación de resultados sino de medios: no se compromete a sanar enfermos, sino a poner los medios a su alcance para ello. Este principio, que es de vital importancia, debe ser ratificado cuidadosamente, pues de lo contrario se desvirtuaría la naturaleza misma del deber profesional y se pondría sobre las espaldas del médico una obligación insoportablemente onerosa, tanto económico como moralmente.⁸⁹

El acto médico es un proceso complejo. Se trata de un acto humano en donde dos personas se relacionan entre sí, por una parte el profesional de la medicina y por el otro el paciente. En esta relación coexisten elementos explícitos e implícitos y se evalúan, como en cualquier otro tipo de relación, en función de sus resultados. El propósito de que el paciente se acerque al médico, es para resolver su “problema de salud”, y a medida que se resuelve, se presenta el

⁸⁶ López M.G.H. “El Consentimiento Informado como obligación de fines”. *VII Congreso Internacional de derechos de daños*. Argentina. 2006.

⁸⁷ Sánchez Santiesteban, Ana María. “El consentimiento informado y la relación médico-paciente”. *Bioética*. Septiembre-diciembre 2009. p. 5.

⁸⁸ Jinich, H. Op. cit. p. 11-19.

⁸⁹ Gispert J. *Conceptos de Bioética y responsabilidad médica*. 3ª edición. Editorial El manual moderno. México. 2005. p. 25-39.



reconocimiento que el paciente y la sociedad le otorga al acto médico, al propio médico.⁹⁰

He revisado diferentes fuentes donde se consideran algunos factores que pudieran intervenir en la relación médico-odontólogo y el paciente, nos hablan desde los estilos de la personalidad del paciente y del profesional. Algunos de estos factores relevantes son:⁹¹

- Factores dependientes del paciente como por ejemplo actitudes de ansiedad y aprensión, cuestionamiento y desconfianza, falta de cooperación e insatisfacción permanente.
- Aspectos Formales como incumplimiento económico, impuntualidad, ausencias, cambios permanentes de las horas, etc.
- Factores dependientes del Odontólogo se encuentran rasgos competitivos, acelerados, irritables y tensos; y falta de entrenamiento en el manejo del stress.
- Factores dependientes de la interacción incluyen que el dentista le cause dolor al paciente, o el temor simple latente de esa posibilidad, inscrito atávicamente en el subconsciente colectivo.

Diego Gracia considera que en la actualidad debe tomarse en cuenta que la relación médico-paciente es una denominación poco precisa. Debido por un lado, porque el médico no es el único que brinda atención a la salud de los individuos, también está la enfermera, el odontólogo, el psicólogo clínico y otros

⁹⁰ Manuell Lee, G. La comunicación humana en la relación médico-paciente. Cap. 14 *El Consentimiento Válidamente Informado*. 2ª edición, Editorial Prado, México, 2005 p. 311.

⁹¹ Fodor, Andrés. "La Relación paciente odontólogo: Algunas consideraciones". *Revista dental de Chile*. 2007. Vol. 99 (3) p. 22.



más, cuya relación con el individuo es tan intersubjetiva y humana como la de aquel.⁹²

3.1.1. El paternalismo.

Durante siglos, el paradigma hegemónico de la relación médico-paciente ha sido de carácter paternalista, es decir, una relación vertical y asimétrica en donde el médico ha ejercido un papel activo, autoritario, y el paciente un papel pasivo y de obediencia. En este paradigma de carácter paternalista propio del pensamiento occidental anterior al siglo XIX y que aún prevalece en ciertos lugares, el mandato del médico se ha basado fundamentalmente en principios morales hoy conocidos, en la terminología bioética, como beneficencia y no maleficencia.⁹³

En odontología durante muchos años se ha ejercido con una visión paternalista; es decir el odontólogo es quien ha determinado la situación sobre la salud del paciente, dejando a un lado, la participación del paciente, y esto ocurre muy frecuentemente en lugares donde el paciente es minimizado por su ignorancia a sus derechos, y posiblemente por el abuso del propio odontólogo.

3.1.2. Ética Médica.

Lo Ético – *Ethos*-, caracteriza las actitudes de los seres humanos, de los grupos profesionales para el cumplimiento de los propios deberes. El fenómeno ético conduce al servicio. Platón identifica lo ético con lo natural. Es decir, lo que corresponde a la naturaleza humana. Para Tomás de Aquino, siguiendo el pensamiento de Aristóteles, lo ético es lo recto, lo que procede de la recta razón. El actuar éticamente conduce al hombre hacia el bien, y esa acción va acompañada de una “sensación de responsabilidad”.⁹⁴

⁹² Gracia, Diego. “La práctica de la medicina”. En: Couceiro A. editor. *Bioética para clínicos*. Madrid, España: Triacastela. 1999.

⁹³ Ocampo- Martínez, Joaquín. “La bioética y la relación médico-paciente”. *Cir. Ciruj* enero-febrero. 2002. Vol.70, no.1 p.55-59.

⁹⁴ Roldán González, Julio. *Ética Médica*. 3ª edición. Librería Parroquial de Clavería. México. 1990. p. 15-18.



La Ética Médica es una disciplina que dota al médico de los conocimientos necesarios para ejercer correctamente la profesión, y se define como “la ciencia teórica-práctica que enseña la moralidad de los actos médicos en relación con la comunidad humana”.

La ética médica actual sigue sustentada en los cuatro principios: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.⁹⁵

El doctor Ruy Pérez Tamayo en su trabajo titulado “Reflexiones sobre Ética Médica”, presentado ante los miembros de la Academia Nacional de Medicina en 1981, afirma que la seguridad social implica la desaparición progresiva de la medicina privada y su reemplazo por un nuevo concepto y un nuevo modelo, el de la medicina social, señalando que:

... los médicos mexicanos de hoy, tenemos la responsabilidad impostergable e intransferible de señalar nuestros ideales operativos, nuestros límites de capacidad profesional y nuestra vivencia contemporánea; proponiendo que la ética médica en nuestro país debiera incluir, como actividades indispensables y absolutamente necesarias las tres obligaciones morales:⁹⁶

1. Curar y aliviar, en la medida de sus humanas intenciones, a todos los enfermos que lo soliciten, cualquiera que sea su condición social, su raza, su religión o su ideología política.
2. Enseñar y divulgar los conocimientos de su profesión a alumnos, pacientes, familiares y otras personas que los escuchen y puedan beneficiarse de esta actividad.
3. Contribuir a aumentar los conocimientos que les permitan mejorar la calidad de la atención médica que prestan a sus pacientes y el contenido de la docencia que realizan entre sus alumnos, enfermos y demás personas.

⁹⁵ Tena Tamayo, Carlos et al. “Derechos de los pacientes en México”. *Rev. Med. IMSS*. 2002. Vol. 40(6) p. 526.

⁹⁶ Pérez Tamayo, Ruy. UNAM. www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/ruy_perez_tamayo.pdf (consultada el 12 de mayo de 2013).



3.1.3. Código de Conducta del Personal de Salud.

Éste código se fundamenta en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial (que refiere la fidelidad profesional), adoptada desde 1948 y enmendada en Sydney en agosto de 1968, y en el Código Internacional de Ética Médica, adaptado por la tercera Asamblea Médica Mundial de Londres en 1949 y enmendado en la Vigésima Segunda Asamblea Médica Mundial de Sidney en 1968, y en Venecia en octubre de 1983. El Código de Conducta del Personal de la Salud se refiere a la conducta que debe observar el personal de salud y el derecho que tienen los pacientes a recibir información y al secreto profesional por parte del personal de salud.⁹⁷

Para interés de éste trabajo solo citare parte del Código,⁹⁸ los párrafos referentes al tema de mi trabajo.

- Párrafo 14: Solicitará al paciente o su representante legal su consentimiento válidamente informado, para la práctica normada o científicamente fundamentada de procedimientos o suministro de medicamentos que impliquen riesgos o daños imprevistos que puedan afectar la función, integridad o estética del paciente, entre los que se incluyen estudios de investigación o donación de órganos, en cuyo caso habrá de cumplirse con los procedimientos legales establecidos.

- Párrafo 15. Así mismo les hará saber los beneficios que pueden lograrse con lo anterior y las complicaciones o eventos negativos que puedan presentarse.

- Párrafo 16. Respetará las decisiones de los pacientes o quien tutele sus derechos, para aceptar o rechazar la práctica de maniobras exploratorias diagnósticas, terapéuticas o rehabilitatorias para las que se solicita su autorización, misma que deberá ser documentada.

⁹⁷ Cano Valle, F. “¿Qué es la bioética?” *México Moderno*; 2002. p.32-46.

⁹⁸ Secretaría de Salud. *Código de Bioética para el personal de salud*. Secretaría de Salud - Comisión Nacional de Bioética. México. 2002.



- Párrafo 17. Mantendrá informado al paciente sobre el curso de su enfermedad, el resultado de los exámenes practicados y las alternativas de tratamiento, a fin de que pueda valorar, con base en los riesgos y beneficios el que considere adecuados.
- Párrafo 23. Se informará al paciente el tipo de tratamiento indicado, las dosis de los medicamentos que van a ser utilizados y el horario de su administración, siguiendo estrictamente las órdenes médicas.

El párrafo siguiente se relaciona con los estándares de trato social:

- Párrafo 4. Proporcionar información clara, oportuna y veraz, que a cada uno corresponda, entregada con mesura y prudencia, considerando la aguda sensibilidad de los pacientes y familiares, procurando favorecer su aceptación gradual sobre todo a las noticias desfavorables.

3.1.4. Códigos de ética médica mexicanos.

Debemos recordar que los Códigos de Ética son pautas para una adecuada Deontología Médica, y dado que su valor es esencialmente moral no establecen sanciones de ningún tipo sean legales, civiles o administrativos.

Los códigos de ética médica con el tiempo fueron aumentando el rigor en las exigencias para los integrantes de la profesión.⁹⁹ El éxito futuro del uso de códigos éticos para controlar la práctica médica puede depender en gran parte del ajuste entre las normas éticas de los médicos y las de la sociedad en general.¹⁰⁰

⁹⁹ López Varela, Esteban Alfonso. *Ética Médica*. www.uaca.ac.cr/bv/ebooks/salud/1.pdf (consultada el 21 de agosto 2012)

¹⁰⁰ Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina*. México. 2001. México. Revista CONAMED, Año 5, Vol. 7, Núm. 18, enero - marzo, 2001. p. 14-15



Emparentado con la vieja tradición de los juramentos, oraciones y plegarias de los médicos, esos códigos han expresado a través de la historia los sentimientos compartidos por los miembros de la profesión. Se trata, como surge de lo expresado, de un conjunto de normas emanadas de los propios médicos.

El Código de Ética reglamenta la forma y actuación de los profesionales de la salud en su práctica profesional, en México existe un referente como es el Código de Ética Médica de la Asociación Mexicana de Cirugía General,¹⁰¹ que tiene varios artículos que orientaron por sus coincidencias en la práctica del odontólogo:

- ❖ El cirujano general debe actuar con plena conciencia de que su obligación profesional tiene por medida sus conocimientos y la amplitud de su poder de decisión.
- ❖ Para todo procedimiento diagnóstico o tratamiento, el cirujano general deberá contar con el “Consentimiento informado” documentado por escrito y firmado por el paciente o familiares responsables.
- ❖ Es deber del cirujano general respetar el derecho y libertad del paciente de solicitar cambio de médico. En caso de ser así, debe entregar al nuevo tratante la información completa que incluya resultados de laboratorio, imagen, estudios, informes quirúrgicos y notas de evolución.
- ❖ En la indicación de la cirugía, el cirujano debe tomar en cuenta las condiciones del enfermo, la patología que sufre, así como los posibles beneficios y riesgos del procedimiento.

Éste último también es elemental considéralo ya que en odontología se realizan diferentes tipos de procedimientos quirúrgicos y que implican riesgos.

¹⁰¹ *Códigos de Ética Médica de la práctica de la Cirugía de la asociación Mexicana de Cirugía General.* Academia Mexicana de Cirugía, México. 2002. Art. 18, Art. 31, Art. 52, Art. 66.



3.2. La atención odontológica.

Pierre Fauchard nacido en Francia y es considerado como el padre de la odontología moderna, practicó la medicina. Sus ideas y procedimientos los escribió en su famoso libro *El Cirujano Dentista* en 1728 donde se muestra la separación de la odontología de la medicina general, presentándola como una profesión distinta, con una base científica. A él se deben muchos logros innovadores en el campo de la odontología. Esta obra fue una de las primeras que señalaron la importancia que tiene para los odontólogos el recibir una formación adecuada.¹⁰²

Es necesario transportar la Odontología y la Medicina a la filosofía, y la filosofía a la medicina; no hay diferencias entre ellas, todo lo que hay en la primera se encuentra en la segunda: desinterés, reserva, pudor, modestia en el vestir, dignidad, juicios, tranquilidad, firmeza en todo, limpieza, manera sentenciosa, conocimiento de todo cuanto es útil y necesario en la vida, rechazo de la impureza, alejamiento de la superstición, el empleo de todas las fuerzas contra la intemperancia, la bajeza, la codicia, la concupiscencia, la piraña y el impudor.

La justicia debe presidir siempre las relaciones odontológicas con los pacientes y con sus mismos colegas, pues es necesario que intervenga siempre.¹⁰³

La Odontología es una ciencia relativamente joven que nació como parte de la medicina y que poco a poco fue siendo autónoma. En el estudio realizado en México como en el del 2007 nos indica que hay catorce odontólogos por cada diez mil habitantes. Y a nivel internacional México ocupa el cuarto lugar en cuanto al número de odontólogos.¹⁰⁴

¹⁰² *Odontología en el siglo XVIII en Europa*. <https://sites.google.com/.../6-2-odontologia-en-el-siglo-xviii-en-euro...> (consultada el 3 de febrero 2013).

¹⁰³ Álvarez de la Cadena, C., Espinosa C. y Medrano J. *Aspectos Ético-jurídicos en Odontología*. Paquete Didáctico. Facultad de Odontología, UNAM. México. 2010. p.17-24.

¹⁰⁴ Capítulo 5. “Ambiente Externo de la empresa”. p. 68 http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ladi/...b.../capitulo5.pdf (consultada el 26 de mayo de 2012).



Esto nos pone a pensar que el odontólogo como servidor de la Salud está más a la mano de la población y que por consiguiente la sociedad exige mejor calidad en el servicio,¹⁰⁵ y que aun con los avances tecnológicos existentes en el área atraído como consecuencia ser más certero con los diagnósticos y con los tratamientos, y consigo exige la participación del paciente durante la consulta, es decir, debe compartir la información necesaria que servirá para tomar decisiones por parte del paciente y que el odontólogo debe de considerar.

La Odontología como disciplina de la salud, incorporada en su diario quehacer los avances en conocimientos, técnicas y el terreno moral.¹⁰⁶

La atención odontológica se puede caracterizar en su mayor parte por tener una carga empírica, y se observa principalmente en la práctica privada, donde el odontólogo brinda atención sin guías clínicas, dependiendo muchas veces de la pericia, el conocimiento y materiales disponibles. Esto hace vulnerable los procedimientos a realizar en boca del paciente, es decir, los rangos de error son pequeños y deja la puerta abierta a problemas de salud, problemas legales y problemas de credibilidad de la profesión.

El quehacer del odontólogo se ve desfasado con el quehacer del médico cirujano debido a:

1. Se tiene un rezago para la detección de eventos adversos.
2. Es muy dispersa la profesión.
3. No suelen compartir errores, y más por que la práctica del odontólogo es totalmente privada.
4. Los odontólogos carece de una cultura de seguridad.

¹⁰⁵ Triana Estrada, Jorge. "La Ética: Un problema para el Odontólogo". *Acta bioeth.* 2006. vol.12 no.1. p.75.

¹⁰⁶ Luengas Aguirre, María Isabel de Fátima. "La Bioética en la relación clínica en Odontología". *Rev. ADM.* Noviembre-diciembre 2003. Vol. LX, no. 6 p. 233.



Si revisamos actualmente, las formas de ejercer de la odontología podemos observar que en diferentes países se sigue realizando en la calle por personas carente de principios donde el paciente permite que en su boca que se realicen procedimientos sin tener información, y sin la garantía de que estén realizados sin perjudicar su salud; y por otro lado, el odontólogo recibe su formación profesional en Instituciones universitarias, dotados de programas de estudio, cuya currícula se antepone al ejercicio del odontólogo, para ofrecer una atención segura a los paciente.

Aunado al error humano en su práctica, también es importante considerar que actualmente el odontólogo cuenta con diversos productos y tecnología que utiliza para llevar a cabo diversos procedimientos en boca de los pacientes, y que estos materiales entran en contacto en el cuerpo del paciente, teniendo los riesgos predecibles o no de causar alguna reacción adversa. Esta situación obliga a informar al paciente de los riesgos y beneficios de los procedimientos que realiza el odontólogo.

Ahora bien, las áreas de la odontología son diversas y realizando un análisis de cada una de ellas quedarían como se presenta en el siguiente cuadro:

ÁREA	PROCEDIMIENTO
Ortodoncia y Ortopedia	El objetivo es la estética, se coloca materiales que sujetan a los dientes, provocando movimiento con cierto dolor y son tratamientos con duración de meses a años.
Operatoria	El objetivo es la eliminación de caries, y devolver la funcionalidad y estética del diente y dependiendo de la profundidad en el diente, existe dolor, el cual se controla



	con el uso del anestésico.
Prótesis total y removibles	El objetivo es devolver la funcionalidad del aparato estomatognático, colocando dientes en los espacios edéntulos, para ello el paciente utiliza materiales que pueden quedar fijos o removibles en boca.
Cirugía y Extracciones	El objetivo es eliminar estructuras ajenas a los tejidos, o la valoración de dientes para su eliminación de la boca.
Periodoncia	El objetivo es devolver la arquitectura del periodonto, utilizando instrumentales punzocortantes.
Endodoncia	El objetivo es la eliminación del paquete vasculo-nervioso (pulpa), para después colocar en el espacio materiales que ayudaran a reconstruir el diente. Es muy importante realizar bloqueo del área.
Odontopediatría	El objetivo es la atención dental a niños, donde es importante saber interactuar para llevar a cabo los procedimientos en boca, e informar a los padres, para su autorización.

Sin descartar que los procedimientos son realizados en un sillón dental, donde puede sentirse el paciente disminuido al estar en una posición semi-acostada, y cuando es necesario utilizar materiales y equipo para disminuir el dolor y realizar otros procedimientos.

Ahora bien otro aspecto importante en la odontología es que la mayoría de los odontólogos son de práctica general, es decir ofrecen servicios a la comunidad de todas las áreas, sin garantizar la pericia efectiva en cada una de ellas.

Obstante a ello, no existe un control para la atención, que dando en la elección, recomendación, y comodidad del paciente, buscando un fin, que es restablecer la salud de su boca, pero cuando no es garantizado e informado, se convierte



en una situación de queja, que en ocasiones trasciende a instancias como CONAMED (Comisión Nacional de Arbitraje Médico) y que muchas son publicadas por la ADM, ADA, OMS, FDA.

El ejercicio odontológico se puede ejercer de tres maneras:

1. Como estudiante de la carrera en donde el alumno tiene por primera vez contacto con el paciente desde el primer año, así lo establece los programas de estudio
2. En la consulta privada en donde el encargado de la atención es el propio odontólogo.
3. A nivel institucional donde se trabaja dentro de un equipo multidisciplinario y que se requiere que el odontólogo tenga estudios superiores como la especialización.

Los odontólogos deben expresar firmeza, bondad y simpatía hacia sus clientes; moderados para no realizar falsas promesas y dispuestos a expresar sus procedimientos profesionales. Existen estudios descriptivos, transversal sobre la aplicación del consentimiento informado por estomatólogos,¹⁰⁷ en donde se llega a la conclusión que una información adecuada para el tratamiento o el diagnóstico puede aumentar la confianza del paciente en el personal de salud, confianza que a la larga será beneficiosa para la prevención, curación y rehabilitación, y en la que existirá una verdadera colaboración de ambos, pero con el estudio se comprobó que el odontólogo conoce algunos de los elementos del consentimiento informado, pero la autorización del paciente y la incorporación de éste en las decisiones, eran aspectos menos realizados, denotando la relación paternalista existente.

¹⁰⁷ Roges, Sánchez, Ana Victoria; Sánchez García, Salvador y cols. “Aplicación del Consentimiento Informado por Estomatólogos en la atención primaria de salud”. *Rev. Ciencias Médicas*. Pinar del Río. Ene.-mar.2010. Vol.14 n.1 p.36.



En el ejercicio de la Odontología actual existen factores a menudo subvalorados, cuyo impacto a través del tiempo, pueden ser trascendentes para un desempeño adecuado en el aspecto profesional y la vida cotidiana del Odontólogo. La experiencia ha demostrado que los niveles de estrés y angustia con los cuales muchos pacientes enfrentan los tratamientos, justificados o no, no dejan indemne al profesional tratante.¹⁰⁸

3.2.1. El odontólogo y el paciente.

Al igual que en la Medicina, la Odontología se caracteriza por la actuación del operador (médico, odontólogo) como el poseedor del conocimiento para tomar decisiones ante la salud del paciente, y por otro lado, el paciente se ponía en manos confiando en esa toma de decisiones sin cuestionar, acatando las órdenes que se le daban, estableciendo lo que se conoce como relación paternalista.

Pero hoy en día los cambios en la sociedad por los avances tecnológicos, por la lucha de valores, por el otorgamiento de derechos y obligaciones, ha tenido como consecuencia cambios en la forma de relacionarse el binomio odontólogo-paciente, y por no mencionarlo incluso la propia relación del médico y el paciente.

La transformación del tradicional esquema autoritario, vertical y egocéntrico en otro tipo de relación democrática, horizontal y con equidad, como lo estamos viviendo actualmente, respeta los diferentes códigos morales de cada persona que ha sido propiciado por la pérdida de confianza y por la deshumanización provocada por la especialización del ejercicio profesional.¹⁰⁹ Este modelo pondera el derecho a la determinación y decisión de los individuos autónomos y el respeto a la libertad de los pacientes, para recibir información, para que se le ayude a comprenderla y que sus decisiones deriven de su voluntad.

¹⁰⁸ Gonzalo Rojas, A; Claras Misrachi, L. "Impacto del ejercicio profesional en la salud mental del odontólogo". *Revista Dental de Chile*. 2004; No. 95: p. 35-40.

¹⁰⁹ Galán Cortes, J.C. "La responsabilidad médica y el consentimiento informado". *Rev. Med. Uruguay*. 1999. Vol. 15: p. 5-12.



La personalidad del odontólogo influye en la forma en que responderá a las tensiones del ejercicio de su profesión, aunque no existe un estilo específico.

El odontólogo tiene el derecho y la responsabilidad profesional de realizar una investigación personal de los antecedentes clínicos del paciente, de examinarlo, en especial su boca, y de llevar a cabo un tratamiento.

También es importante mencionar que el odontólogo es propenso a dar recomendaciones y consejos a los pacientes, y en ocasiones sin que ellos la hayan pedido, y esas opiniones muchas veces son coercitivas, aunque se recomienda solo estimular al paciente para que haga preguntas sobre el diagnóstico y el tratamiento, sin existir discrepancias, y discutirlos de la mejor manera.¹¹⁰

3.3. Marco Normativo para la Odontología.

En México se pensaba que la práctica odontológica podía permanecer alejada de los cambios que se daban en el ámbito médico y de la investigación, es hasta 1984 que se establece la Ley General de Salud, y en 1986 las Normas Técnicas Mexicanas, para luego dar paso en 1992, a las Normas Oficiales Mexicanas. Paralelamente a ellas aparecen códigos éticos de Asociaciones, Academias, Colegios y Consejos, para orientar el proceder científico, técnico y, humanístico de la investigación, y del servicio clínico.

Desde 1995 los cirujanos dentistas tienen la obligación de recabar la firma de autorización de los pacientes para la realización de los tratamientos:

5.2 En caso de aceptar el plan de tratamiento propuesto por el cirujano dentista, éste debe ser firmado por el paciente o por algún familiar, tutor o representante legal, en pacientes menores de edad o personas discapacitadas, y se debe incluir en el expediente clínico del paciente.¹¹¹

¹¹⁰ *Making Health Care Decisions*. President's Commission. 1982. Vol. 1 p. 77-78.

¹¹¹ Norma Oficial Mexicana 013-SSA2-199 "Para la prevención y control de enfermedades bucales" (D.O.F. 06/01/1995). Art 5.2.



Sin embargo, el 10 de octubre de 2008 se publicó en el DOF la modificación a NOM, y dando así la NOM-013-SSA2-2006:¹¹²

5.2 El estomatólogo debe informar al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

5.3 La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como al consentimiento informado, debe ser firmado por el paciente y en el caso de pacientes menores de edad o personas discapacitadas, por algún familiar, tutor o representante legal, y se debe incluir en el expediente clínico.

5.3.1 El consentimiento informado, debe ser actualizado cada vez que se modifique el plan de tratamiento establecido, siempre en beneficio de la salud del paciente.

El objetivo de conocer las leyes, normas y sobre la prestación de servicios de salud bucal y los reglamentos relacionados con la profesión, es prevenir, solucionar de la mejor manera los problemas en boca que aquejan a la población.

La Comisión Nacional de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal en 2004 emite sobre el consentimiento informado mencionando que el personal de salud debe elaborar, integrar y actualizar el consentimiento válidamente informado por escrito con base a la normativa vigente:

Ley General de Salud.

Art. 100 Fracción IV Investigación para la Salud. Título Quinto.

Art. 101, 102 Investigación en Seres Humanos.

¹¹² Norma Oficial Mexicana NOM -013- SSA2- 6 “Para la prevención y control de enfermedades bucales” <http://www.economía-noms.gob.mx/noms/variosAction.do> (consultada el 22 de mayo 2012).



Art. 103 Terapéutica a seguir en la Relación Médico-Paciente.
Código Civil Mexicano. Art. 1803 y 1812 Sobre el Consentimiento Informado y sus vicios.
NOM-168-SSA1-1998 Del Expediente Clínico en su Numeral; 4.2. modificada NOM-004-SSA3-2012 ¹¹³ NOM-013-SSA2-2006 Para la prevención y control de enfermedades bucales; 5.2 y 5.3.
Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos Art. 4

El artículo 4º de la Constitución Mexicana dice: se debe de proporcionar a los individuos la información en su lengua, en forma clara.¹¹⁴

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes representa la experiencia mexicana de realizar un trabajo en consenso con instituciones de salud, públicas y privadas, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos.¹¹⁵

En los Derechos Generales de los Pacientes, podemos observar que es considerado el otorgamiento del consentimiento informado para mejorar la calidad en el acto médico.

¹¹³ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. www.idconline.com.mx/.../2012/.../nom-004-ssa3-2012-del-expediente (consultada el 14 de junio de 2013)

¹¹⁴ *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. México: Editorial Porrúa. 2002.

¹¹⁵ Tena Tamayo, Carlos; Ruelas Barajas, Enrique; Sánchez González, Jorge Manuel y cols. "Derechos de los pacientes en México". *Rev. Med. IMSS*. 2002. Vol. 40(6) p. 523-539.



DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES

1.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA ADECUADA.

El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención, así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

2.- RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.

3.- RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERAZ.

El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustado a la realidad.

4.- DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

El paciente o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

5.- OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tienen derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico, lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.

6.- SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.



7.- CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.
El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

8.- RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.
Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

9.- CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.
El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo con el fin requerido.

10.- SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.
El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados. Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.

3.3.1. Los Códigos de bioética y ética para la práctica odontológica.

La Comisión Nacional de Bioética en 2004, presentó una guía de conducta sustentada en principios éticos, preceptos morales y ordenamientos jurídicos, con la finalidad de verse reflejadas en la práctica cotidiana de todo profesional, auxiliar y técnico; sin embargo, no existe alguna forma que supervise la conducta de los odontólogos en la práctica privada.

La ética y la bioética deben ser elementos preventivos, con la posibilidad de transformar la práctica médica y odontológica influyendo en ellas como modo de vida que protege los valores sociales. Así el diagnóstico, pronóstico y plan



de tratamiento constituyen una pirámide para otorgar al paciente las óptimas condiciones de salud odontológica integral.¹¹⁶

En México, la Comisión Nacional de Bioética creó el Código o Guía de Conducta Bioética y/o Deontológico en abril de 2001 para regir el actuar del médico en nuestro medio.¹¹⁷

El Código de bioética nacional vincula con el consentimiento informado al reconocer la necesidad de respetar la dignidad de la persona y no verlo sólo como quien busca que se le solucione su problema de salud, sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad, género, preferencia sexual o cualquier otra circunstancia personal o social, que implicará discriminación y tratar de dignificar el ejercicio de la profesión. Por lo tanto, es importante señalar que:¹¹⁸

El secreto profesional debe de reservarse aún cuando la relación profesional haya finalizado de manera temporal o definitiva, este secreto podrá revelarse solo si se requiere alguna autoridad competente. Está obligado a resguardar el contenido de la historia clínica y todo lo que haya visto y escuchado durante la relación con el paciente.

El cirujano dentista debe actuar responsablemente y corregir las iatropatogías provocadas a los pacientes, ya sea por negligencia, impericia, imprudencia, abandono o accidente.

Para la buena práctica clínica el cirujano dentista debe integrar un expediente clínico que incluya la historia clínica del paciente así como un consentimiento válidamente informado.

¹¹⁶ Izzeddin Abou, Roba; Spina, María; Tosta, Egilda. "Dimensión ética en la práctica odontológica. Visión Paternalista". *Acta Bioethica*. 2010. Vol. 16(2) p. 207-210.

¹¹⁷ Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Dirección General de Servicios de Documentación, *Información y Análisis Últimas Reformas* DOF 07-06-2012.

¹¹⁸ Comisión Nacional de Bioética. *Código de Bioética*. Art. 6, Art. 10, Art. 11.



En el Código de Conducta Bioética hay tres principios que denotan la importancia del consentimiento informado, además de los principios generales de este código que son los siguientes:¹¹⁹

I. Principios básicos.

II. Obligaciones hacia el paciente.

III. Planificación familiar y regulación de fertilización humana.

IV. Paciente moribundo.

V. Trasplante de órganos y tejidos.

VI. Investigación biomédica.

VII. Respeto a personas con libertad restringida.

VIII. Relaciones interpersonales con respecto a otros médicos.

IX. Consideraciones finales.

A continuación se indican los principios que tratan sobre el consentimiento informado:

• I Principios básicos.

Artículo 1 sección 11: La actuación del médico debe apegarse a la “*Lex Artis*” (arte de la ley) solicitando el consentimiento informado de los pacientes o sus familiares, excepto en los casos, como en el que se ejemplifica en el transcurso de una cirugía donde se debe tomar una decisión rápida, sin que ello se demore por la obtención del consentimiento informado.¹²⁰

¹¹⁹ Fernández Lara, Danitza; Soberanes Gutiérrez, Erick; Díaz Jouanen, Efraín. “Consentimiento Informado en Medicina”. *Acta Médica Grupo Ángeles*. Enero-marzo 2005. Vol. 3 no.1 p. 59-61.

¹²⁰ Snyder, J.D. y Karine Morin, “American College of Physicians”. *Manual de Ética. Annals of Internal Medicine*. 1998. <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/bibliotecav/manual%20etica.pdf>.



- II Obligaciones hacia el paciente.

Artículo 2 sección 3: Deben preservarse los derechos y dignidad del paciente, respetando su estado emocional o condición mental y concientizar paciente y/o familiar responsable para obtener el consentimiento válidamente informado, con plena libertad de aceptar o rehusar, el plan de estudio, tratamiento médico y/o la ayuda médica recomendada.¹²¹

- VI Investigación biomédica.

Artículo 6 sección 1: El médico comprometido con la investigación debe solicitar el consentimiento válidamente informado a los participantes como sujetos de la investigación.¹²²

¹²¹ Tena Tamayo C, Manuel LG, “Consentimiento válidamente informado”. *Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Casa-Madrid M.O, Eds. México D.F. 2004.

¹²² Aguirre Gas H. “Ética médica consentimiento informado”. Seminario del ejercicio actual de la medicina. México. UNAM. 2002.



TERCERA PARTE

CAPITULO 4.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ODONTOLOGÍA.

En la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se han elaborado diferentes formatos de consentimiento informado para cada una de las áreas clínicas que están contempladas en sus programas de estudio, con el objeto de aplicarlos a los pacientes para sustentar la práctica de los alumnos.¹²³

TRATAMIENTO DE LA ODONTOLOGÍA DONDE SE APLICA ACTUALMENTE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNAM
1. Endodónticos
2. Cirugía Bucal
3. Prótesis Fija y Removible
4. Periodoncia
5. Operatoria
6. Odontopediatría

¹²³ Castro Sarabia Roberto Carlos. *Importancia del Consentimiento Válidamente Informado en odontología*. Tesis de Licenciatura. Facultad de Odontología, UNAM, México. 2012.p.55



Con lo anterior quiero comentar el que el ejercicio odontológico antes de cualquier tratamiento a realizar, se requiere de forma anticipada la limpieza c/sin eliminación de cálculo, y a este procedimiento no se le ha considerado aplicar consentimiento informado, sin embargo, es un tratamiento que implica de cierta forma riesgos, y muchas veces no se le comunica al paciente, las posibles consecuencias.

En 2010 la CONAMED realizó un estudio que permitió confirmar que es importante que el médico comprenda, que tiene su amparo y defensa en un *expediente clínico* veraz y completo, y a su vez en su actividad médica el advenimiento del consentimiento bajo información, que es signado por el paciente.¹²⁴ Por otro lado, previo a ello se realizó un análisis en 2010 donde indicaron que en la práctica privada se encontraba la mayor incidencia de quejas reportadas por la CONAMED,¹²⁵ debido a la ausencia de información dada al paciente.

El director de Estomatología de la Comisión Nacional de Arbitraje de México, advierte el valor del consentimiento informado expreso por el paciente trae tanto la comprobación de que no hubo negligencia, impericia e imprudencia por parte del profesional, como también desarrolla en las personas la reflexión sobre sus problemas de salud, y la tarea de asumir la responsabilidad por ésta, y en el profesional, una consciencia crítica de su poder, sin abdicar, no obstante, de la condición de los procedimientos, que es de la responsabilidad inherente a su función.¹²⁶

¹²⁴ Dubón Peniche, María del Carmen. “La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente”. *Rev. Fac. Med. UNAM*. Enero-Febrero 2010. Vol. 53 no. 1 p.15-20.

¹²⁵ Espinosa Carbajal, Ariel. “Análisis de quejas del área de odontología”. *Revista CONAMED*, Octubre-diciembre, 2000. Año 4, Vol. 6 no. 17 p. 5-7.

¹²⁶ Garbin, C.A.S; Goncalves, P.E; Garbin, A.J.I. “Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales”. *Acta odontol. Venez*, Ago. 2006. Vol. 44 no. 2 p.261-264.



En su discusión sobre su estudio, Palomer hace mención de que hay una fuerte tendencia a considerar el consentimiento informado como una herramienta que protege de problemas legales y reclamos, más que como un proceso en el que se toman decisiones en forma conjunta y responsable por parte del paciente y el profesional.¹²⁷

En el caso del ejercicio odontológico, es muy común ver el consentimiento informado como una herramienta que protege de problemas legales, y no se ha mirado desde el punto de vista como la oportunidad de establecer una relación óptima con comunicación idónea que permita el dialogo para aplicar y otorgar el consentimiento informado.

4.1. Aspectos éticos en la relación entre el odontólogo y el paciente actual: una relación idónea.

Los odontólogos, en su ejercicio profesional, en su consultorio particular se ven comprometidos a afrontar situaciones particulares en relación a los pacientes, para lo cual deben ser preparados para manejarlas. Se trata de reconocer y respetar al paciente como persona, con sus proyectos de vida, dignidad, miedos y valores.

La relación odontólogo-paciente se equilibra entre el manejo científico y el carácter humanístico para tratar a quienes sufren de dolor.¹²⁸

Ésta relación es quizás la base fundamental de la profesión odontológica, pues sin una relación adecuada no puede conseguirse el fin de servicio y cuidado al paciente. Si en otros tiempos la relación odontólogo-paciente pudo

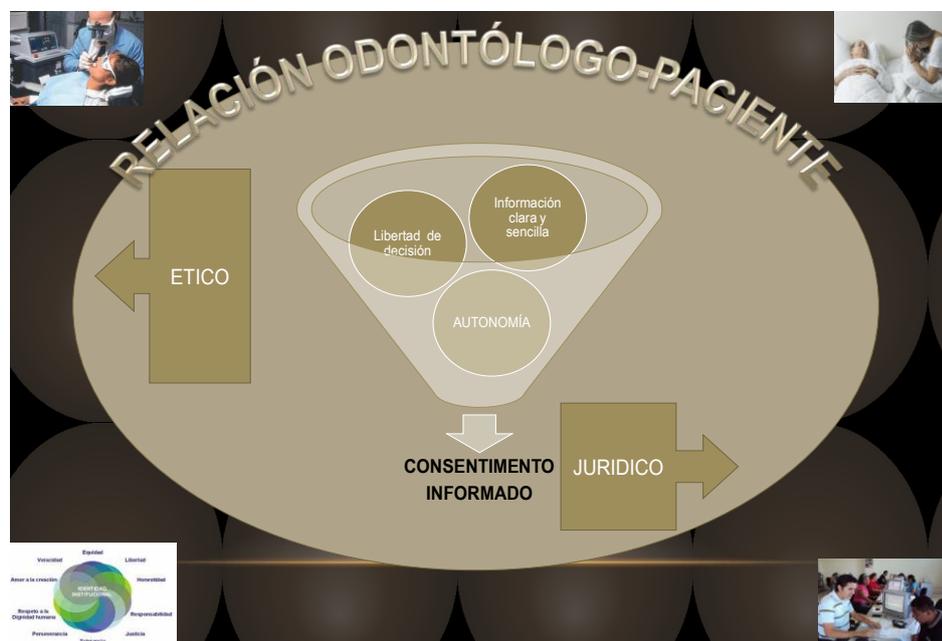
¹²⁷ Palomer R, Leonor. "Consentimiento informado en Odontología. Un análisis teórico-práctico". *Acta Bioethica*. 2009. Vol. 15(1) p. 100-105.

¹²⁸ Rodríguez G. William; Capote M, Cristina; Sánchez C, María Carolina, Saquelli, Anaymi. "Consideraciones Bioéticas en el manejo del dolor en Odontología." *Acta Odontológica Venezolana*. 2010. Vol.48 no.4 p. 1.



considerarse como de dos personas, en la actualidad esta relación tiene ramificaciones multidireccionales, tanto por personas implicadas (familia, equipo que colabora durante la atención, autoridades sanitarias, compañías de seguros, comisiones éticas, abogados y jueces, etc) como por los valores e intereses en juego.¹²⁹

Actualmente, la relación del odontólogo y del paciente durante la prestación de servicio ha cambiado debido a situaciones existentes en la sociedad, como es las diferentes formas que hay para comunicarnos-expresarnos y la existencia de tecnología cada vez más innovadora, y esto ha traído como consecuencia cambios en la forma de percepción en el momento de solicitar un servicio de salud.



¹²⁹ Universidad Nacional Autónoma de México. *La relación Odontólogo-paciente. Aspectos Éticos-jurídicos en la Odontología*. Paquete didáctico. México. 2010. p. 17.



La expresión más notable de los cambios que se han operado en la relación médico-paciente es el desarrollo y aplicación práctica del concepto conocido como consentimiento informado¹³⁰ y designa la obligación del médico, y el correlativo derecho del paciente, es decir, el médico proporciona la información apropiada y completa sobre la enfermedad o el padecimiento al paciente, y éste tomará la decisión sobre los riesgos y tipos de tratamiento de la enfermedad diagnosticada, así como su pronóstico, todo esto debe ser por escrito y firmada por el paciente.

La aplicación del consentimiento informado viene a modificar el esquema de la relación médico-paciente, del tradicional paternalismo donde el dentista decidía el tratamiento ideal para el paciente, a su vez el Consentimiento informado designa la obligación del médico a informar, y el correlativo derecho del paciente a tomar de forma libre la decisión que mejor él considere para su salud, es decir, el médico proporciona la información apropiada y completa sobre la enfermedad o el padecimiento al paciente, y éste tomará la decisión sobre los riesgos y tipos de tratamiento de la enfermedad diagnosticada, así como su pronóstico, todo esto debe ser por escrito y firmada por el paciente. Este derecho es ético, legal y sobre todo es conocido en casi todos los países.¹³¹

Pero podemos empezar por realizar un análisis de algunos principios sobre la relación entre el médico y el paciente, los que se mencionan a continuación proponen buscar permanentemente la calidad de la atención médica, a través de los diferentes mecanismos conocidos, fundamentalmente con la aplicación del proceso de mejora continua, todas ellas de gran importancia.

¹³⁰ Dolcini, Horacio; Yansenson, Jorge. *Ética y Bioética para el equipo de salud*. Editorial Acadia. Buenos Aires, Arg. 2004. <https://www.terras.edu.ar/.../41TANUS-Eduardo-GALINDEZ-Rafael-BARO> (consultado el 23 de octubre de 2012).

¹³¹ Cadavid, Gustavo Jorge. "Autonomía y Consentimiento Informado: Principios Fundamentales en Bioética". *Revista CES Odontología*, 2005. Vol.18 no.2 p.59-64.



Otorgar atención médica al paciente, con oportunidad, conforme a los conocimientos médicos y principios éticos vigentes, que permita satisfacer sus necesidades de salud y sus expectativas.

1- Principio de equidad.

Otorgar atención médica a los pacientes, conforme a sus necesidades de salud, sin distinciones, privilegios, ni preferencias.

2- Principio de autonomía.

Derecho de los enfermos adultos, en uso de sus facultades mentales, para decidir lo que ha de hacerse con su persona, en lo referente a atención médica.

3- Principio de confidencialidad.

Derecho del paciente de que se respete el secreto en la información proporcionada al médico, durante la relación profesional médico-paciente.

4- Principio de dignidad.

Otorgar atención médica al paciente en forma congruente con su condición humana, en cuanto a su organismo, su conciencia, su voluntad y su libertad.

5- Principio de respeto.

Compromiso del médico de otorgar atención a sus pacientes, con la consideración y cortesía que su condición de humano enfermo requiere.

6- Principio de honestidad.

Valor del ser humano que lo conduce a expresarse y obrar con apego a la ley, a las normas vigentes y a los principios éticos y religiosos.

7- Principio de solidaridad.

Compromiso del médico de compartir sus bienes y conocimientos, con las personas que requieren de sus servicios o apoyo, y de promover la donación de órganos para trasplantes.



9- Principio de lealtad.

Compromiso del médico de corresponder a la confianza depositada en él.

10- Principio de Actualización.

El médico tiene un compromiso profesional, moral y legal, de otorgar la atención conforme a conocimientos y habilidades actualizados, para lo cual dispone de programas de educación médica continua, asistencia a cursos y congresos. La mejor garantía que se puede ofrecer a los pacientes es la certificación vigente, otorgada por el consejo de la especialidad correspondiente.

La relación odontólogo- paciente no se presenta igual en todas las sociedades; países como Francia, Japón, Estados Unidos y Alemania, por citar algunos, poseen los más altos adelantos tecnológicos dentro de nuestra especialidad y constituyen verdaderos monopolios de la rama. Y aunque se puede decir que la calidad de la Estomatología suele ser óptima, el individuo o paciente que recibe esta atención no es visto en muchas ocasiones como ser humano, sino una vía para obtener ganancias, como expresa el investigador colombiano Yeuiés Parra en su artículo “El derecho a la salud”.¹³²

Con este argumento podemos destacar que con el uso de tecnología existente no se garantiza la calidad en la atención humana.

La autonomía en los pacientes que acuden a la consulta dental puede verse limitada por el propio odontólogo, lo más conveniente es enseñar al odontólogo a realizar con ética su profesión y apegarse a la realidad que se está viviendo. El paciente es un ser humano que merece ser informado, escuchado y tomado en cuenta para tomar decisiones en su propia salud.

¹³² Blanco Ruiz, Antonio; García López, Eneida; Rodríguez García, Luis y cols. “La relación estomatólogo-paciente. Importancia de factores sociales”. *Rev. Cubana Estomatología*. 2004. Vol. 41 n. 1.



El odontólogo, es un profesional de la salud que debe apegarse a las normas éticas en su quehacer diario y considerar como persona autónoma al paciente en todo momento, y de ésta forma estará actuando éticamente y apegado a la ley.

4.2. Elementos necesarios para la aplicación práctica del consentimiento informado en el consultorio dental.

La aplicación del consentimiento informado debe garantizar la participación de los pacientes en la selección de su tratamiento.¹³³

Si pensamos en la práctica odontológica en un consultorio particular, muchas veces el odontólogo toma las decisiones y el paciente acata lo dicho por él, y poco tiempo después por falta de información se emiten las quejas y el paciente pierde credibilidad hacia el odontólogo.

El consentimiento informado debe aplicarse durante el proceso continuo que implica la relación entre el odontólogo y el paciente.

También podemos revisar las ideas del Maestro Gonzalo Moctezuma Barragán,¹³⁴ en donde menciona que el consentimiento válidamente informado consta de tres etapas:

1. Comunicación permanente entre médico y paciente

Esta deriva del reconocimiento de la dignidad y de la autonomía de cada uno de los participantes del acto médico, se inicia un proceso de retroalimentación entre el usuario de los servicios de salud y el facultativo, en el marco de una relación asimétrica, en la que el médico

¹³³ Gómez García, Roberto. "Consentimiento informado en Odontología". *Rev. ADM.* Sep-Oct, 2007. Vol. LXIV no.5 p. 205.

¹³⁴ Moctezuma Barragán, Gonzalo. "Consentimiento válidamente informado como cumplimiento normativo". Segundo Foro de Discusión y Análisis. El Consentimiento válidamente informado en la práctica médica "Una visión clínica" Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Academia Mexicana de Cirugía. Asociación Mexicana de Derecho Sanitario. Ciudad de México. Octubre de 2004.



ocupa una posición de supremacía, obligándose a transmitir la información necesaria para que el paciente pueda tomar una decisión fundamentada y responsable.

2. Toma de conciencia del médico y del paciente.

El consentimiento válidamente informado es parte del derecho a la información y reside en el seno de la relación médico-paciente. Este tipo de consentimiento protege el derecho de elección, una vez que el facultativo ha proporcionado toda la información relativa sobre el procedimiento que va a ser sometido.

3. Corresponsabilidad.

Una vez que es vertida la información por parte del médico, el paciente asume los riesgos y consecuencias del procedimiento clínico, y el facultativo sobre la asesoría brindada al usuario de los servicios de salud y la de actuar conforme a la *lex artis*.

4.3. Indicaciones para su aplicación.

El consentimiento informado debe ser aplicado tanto a nivel público, privado e institucional, ya que traería como ventajas la autocrítica, conocimientos y convicción del profesional de la salud, obliga a pensar y razonar las decisiones por ambas partes; y en considerado aplicarlo desde la atención primaria.¹³⁵

¹³⁵ Rogés Sánchez, Ana Victoria; Sánchez García, Salvador y colb. “Aplicación del Consentimiento Informado por Estomatólogos en la atención primaria de salud”. *Rev. Ciencias Médicas*. Pinar del Río. Ene.-mar. 2010. Vol. 14 n. 1 p.26-36.



Un estudio sobre la aplicación del consentimiento informado a nivel público realizado en Brasil concluyo que hay dentistas que antes de empezar un tratamiento no obtienen ningún tipo de documentos, y que gran parte de ellos están totalmente vulnerables frente a un proceso ético o jurídico y que es importante tomar conciencia sobre estos procesos.¹³⁶

Es importante mencionar que existen autores preocupados por sugerir recomendaciones para la mejora en la práctica odontológica, y son sustentadas en un estudio realizado en CONAMED¹³⁷ donde los factores identificados en las quejas presentadas a dicha comisión es la falta de comunicación entre el profesional de la salud y el paciente. Esto nos hace pensar que a pesar de que está escrito en nuestras leyes, no se considera importante o quizás no es “conveniente” informar al paciente sobre los tratamientos, riesgos, alternativas, omitiendo toda información y solo dedicarse a los procedimientos en boca, dejando a un lado, la parte ética y bioética de la propia profesión.

El consentimiento informado se convierte en prueba para que el profesional demuestre quién es el culpable. Sin embargo, ese consentimiento sólo tendrá validez sobre las informaciones que el paciente recibió de forma cuantitativa y cualitativa en relación a su tratamiento, sin que éste haya sometido a coacción, influencia, inducción o intimidación para aceptarlo.¹³⁸

¹³⁶ Saliba Garbin, Clea Adas; Iper Garbin, Artenio José, colb. “Percepción del Cirujano-dentista respecto del uso del consentimiento informado en el tratamiento odontológico”. *Acta Biotehica* 2009. Vol. 15(1) p. 106.

¹³⁷ González Barrón, Sergio; Rivera Cisneros, Antonio; Tena Tamayo, Carlos; Sánchez González, Jorge Manuel y cols. “Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica”. *Revista ADM*. Mayo-Junio, 2004. Vol. LXI, no. 3 p 109-116.

¹³⁸ Terra, M.S.; Majolo M.S.; Carrillo V.E.B. “Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia”. *Ortodontia*. 2000. Vol. 33(3), p.74-83.



Partiendo de que el consentimiento informado es la aceptación “libre” por parte del paciente del diagnóstico y procedimiento terapéutico indicado por el médico. Un acto libre (Max Weber), debe reunir las siguientes condiciones:¹³⁹

1. Real intención de realizar la acción, terapéutica en este caso.
2. Información adecuada acerca de la acción a realizar.
3. Ausencia de coerción, manipulación, sugestión, intimidación.

La utilidad del consentimiento válidamente informado es que puede:

1. Fomentar la autocrítica, conocimiento y convicción del médico y personal auxiliar, técnico y administrativo.
2. Obliga a pensar y razonar la decisión de ambas partes.
3. Impide el fraude o forzar una decisión, protege a los pacientes para evitar que sean sujetos sometidos.
4. Es útil en la defensa del médico y personal que asista en la atención médica-estomatológica ante una controversia, conflicto, queja o demanda.

4.4. El C.I. en la formación del odontólogo, Facultad de Odontología, UNAM

El tema del Consentimiento informado en los programas de estudio de la Facultad de Odontología, UNAM, solo se expresa desde el punto de vista legal en el Seminario de Deontología, y es de interés aportar a los nuevos programas de estudio el punto de vista ético los nuevos paradigmas de la relación entre el odontólogo y el paciente y la aplicación del consentimiento

¹³⁹ Pérez Flores, Manuel. "Bioética: Consentimiento informado". *Revista médica Clínica las Condes*. Octubre 2002. Vol. 13 no.4 p. 4



informado, haciendo énfasis entre la diferencia de la información para la aceptación de hoja de presupuesto y el consentimiento informado al padecimiento actual, diagnóstico y plan de tratamiento (riesgos y beneficios).

También considero importante revisar el conocimiento que se enseña referente al consentimiento informado, antes de su aplicación, para ello me remoto a la formación del odontólogo.

En las revisiones encontré que en diferentes diseños curriculares de diversas universidades donde se imparte Odontología, expresan su preocupación por una formación completa llena de valores éticos que ayudaran y fortalecerán el ejercicio de los futuros odontólogos, por mencionar algunos se habla de responsabilidad, honestidad, veracidad, compromiso, respeto, justicia, libertad.

Entendiendo que la formación es dependiente de los procesos de prestación de servicios.¹⁴⁰

Las recomendaciones del Consejo General Odontológico del Reino Unido dirigidas a la educación odontológica presentan un nuevo énfasis sobre la importancia de incluir la ética y las legislaciones respectivas en los currículos odontológicos. Asimismo, destacan que el deber de los estudiantes de odontología envuelve la protección de vida y salud de sus pacientes por su autonomía y realización del consentimiento informado.¹⁴¹

¹⁴⁰ Miguel, Ricardo, Zemel, Martin. "El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata". *Acta Bioethica*. 2006. Vol. 12(1) p.84

¹⁴¹ Bridgman, et al. "Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum". *Br. Dent J.* 1994. Vol. 187(4) p.217-219.



Ahora bien, también autores consideran es necesario enseñar la diferencia de los conceptos de “autorización”¹⁴² y “consentimiento informado”,¹⁴³ debido a que la autorización es solo un documento unilateral, es decir, el paciente solo autoriza al profesional a ejecutar el servicio, aunque muchas veces sin entenderlo. El consentimiento informado, es más allá de ser bilateral, demuestra que el paciente quedó al tanto y es libre para escoger el tipo de tratamiento cuando el caso ofrece más de una alternativa.¹⁴⁴

La autonomía y la autodeterminación del ser cuidado están en relación directa con la acción que desarrolla el cuidador. Por ello, se requiere que en los procesos formativos docentes y estudiantes trabajen en forma mancomunada valores, principios y actitudes éticas que faciliten el abordaje del cuidado brindado, y desde esta perspectiva se tenga en cuenta la libertad para decidir del propio paciente.¹⁴⁵

4.4.1 Carta de Autorización

En la carta de autorización a diferencia del consentimiento válidamente informado, es un documento mediante el cual y exclusivamente, faculta la autorización, al médico-odontólogo o institución para realizar procedimientos de diagnóstico, terapéuticos y quirúrgicos por parte del paciente, familiar o representante legal.

¹⁴² Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

¹⁴³ Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 sustituyo a la Norma del Expediente Clínico.NOM-168-SSA1-1998

¹⁴⁴ Miranda S.J. Organización *Deocleciano Torrieri Guimaraes*. *Autorización*. 2ª ed. Sao Paulo: Riddel 1999. p. 112.

¹⁴⁵ Visbal, Gloria. “Autonomía del paciente frente a su enfermedad. Salud”. *Uninorte*. Barranquilla, Col. 2007. Vol. 23 (2) 317-325.



Requisitos que debe de contener la carta de autorización:

1. Nombre de la institución que otorga el servicio de salud.
2. Contenido de documento.
3. Firma de la persona que otorga la autorización.
4. Nombre y firma de dos testigos como mínimo.¹⁴⁶

Para la odontología el consentimiento informado es un procedimiento legal, sin embargo ha traído como consecuencia problemas en la práctica por la deficiencia en la información al paciente por parte del odontólogo, y es debido a la falta de cordura en la nueva relación entre el odontólogo-paciente, antes el paciente llegaba a la consulta con la boca abierta, pidiendo que el odontólogo, revisara, y tomara las decisiones necesarias para recobrar la salud del paciente, hoy en día el paciente desde que llega trae una serie de información obtenida de otros dentistas, de los medios de información, e inclusive de la misma sociedad donde se desenvuelve. Exigiendo el paciente información sobre su padecimiento.

Es decir, la cuestión legal mira al consentimiento informado como un documento a realizar para evitar problemas legales, pero si lo miramos desde su nacimiento entra el aspecto ético, aunque al final lleguemos al mismo punto.

¹⁴⁶ Cámara de Diputados Del H. Congreso De La Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Últimas Reformas DOF 07-06-2012.



CONCLUSIONES

Actualmente los servicios en Salud, se han preocupado por la calidad en su servicio, atendiendo los cambios existentes en la sociedad y su entorno, y ha mostrado más interés en especificar el manejo que se da en la relación entre el médico y el paciente; sin embargo, encontramos muy pocas referencias en torno a la relación odontólogo paciente, que beneficie a la aplicación del consentimiento informado. Por un lado, se requiere incidir en las bases de la educación de la Carrera del Cirujano Dentista, aspectos éticos y bioéticos aplicados a la relación odontólogo-paciente y al consentimiento informado, y también se requiere mayor participación por parte de las Comisiones respectivas, para promover la exigencia al odontólogo para informar a sus pacientes, con el objeto de ampliar más la responsabilidad ética en la sociedad. Comprometiendo al odontólogo a invertir más tiempo y de calidad durante la comunicación con el paciente. Todo ello debido a que actualmente el odontólogo se enfrenta a diversos dilemas éticos, y que ha puesto en discusión la forma de ejercer dicha profesión. Con la aplicación de la ética y la bioética se puede transformar la práctica del Odontólogo.

Es importante que al paciente ya no se le vea como un objeto manipulable, sin capacidad, sin voluntad para decidir sobre su salud. Sino que toda persona es digna de informarle, aun existiendo diferencias en su cultura, educación, e idiomas o lenguas. Por lo consiguiente, se requiere de una preparación profesional eficiente del odontólogo frente al paciente, con la finalidad de tomar en cuenta que el paciente debe ser respetado en su toma de decisiones ante su padecimiento.



Los avances odontológicos en la odontología crecen a pasos agigantados, la misma sociedad evoluciona, exigiendo sus derechos, por lo tanto el odontólogo debe actuar acorde a la realidad existente. Y preocuparse por la mejora en la comunicación con sus pacientes, aplicando todos los criterios éticos y bioéticos en su acto clínico. Con ello mejorara la calidad en su atención, siempre viéndolo como un acto humano apegado los principios éticos y jurídicos.

Después de realizar un análisis sobre la relación actual entre el odontólogo y el paciente, así como de la naturaleza del consentimiento informado, puedo concluir que la aplicación del consentimiento informado promueve y garantiza la participación recíproca entre los personajes, dentro de una esfera de valores éticos, y que respalda riesgos y beneficios que conllevan los diversos tratamientos, pero se requiere de información sencilla, clara, coherente y fidedigna.

La aplicación del consentimiento informado promueve la calidad en la atención odontológica, es decir, se enfoca en el acto humano en la relación entre el odontólogo y el paciente, con participación recíproca.

Es entendido que el consentimiento informado, es una exigencia legal, pero también debe de considerarse la parte ética y bioética al aplicarlo en el ejercicio odontológico, y de ahí la necesidad de cambiar la visión unilateral.

El propósito del consentimiento informado es habilitar al paciente para considerar, de forma equilibrada, los beneficios y las desventajas del tratamiento médico propuesto, con el fin de que el paciente tome una decisión racional al aceptar o rechazar dicho tratamiento. El uso adecuado de este principio previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia, coerción y decepción promueve en el médico, su autocrítica.



El tema del Consentimiento informado en los programas de estudio de la Facultad de Odontología, UNAM, solo se expresa desde el punto de vista legal en el Seminario de Deontología, y es de interés aportar a los nuevos programas de estudio el punto de vista ético los nuevos paradigmas de la relación entre el odontólogo y el paciente y la aplicación del consentimiento informado, haciendo énfasis entre la diferencia de la información para la aceptación de hoja de presupuesto y el consentimiento informado al padecimiento actual, diagnóstico y plan de tratamiento (riesgos y beneficios).

Si se incluye en los programas de estudios en la Carrera del Cirujano Dentista la importancia ética que tiene el consentimiento informado y la importancia de la aplicación dentro de su ejercicio profesional, traería como consecuencia disminuir quejas, demandas, inconformidades, e inclusive credibilidad de la profesión.

Considero importante siempre aplicar el consentimiento informado a todos los pacientes, sin importar si son uno o varios tratamientos a realizar, todo odontólogo debe informar a sus pacientes los procedimientos que realizara en boca, debido a que no se puede exentar los riesgos durante éstos; y debe considerar la opinión emitida por el paciente.

El necesario hoy en día que el odontólogo modifique su forma de relacionarse con el paciente, ya que impactará de esta forma en la calidad de su ejercicio, evitando una demanda de responsabilidad profesional, y tener en cuenta que el consentimiento del paciente es un derecho fundamental de forma temporal, y revocable.

*“No todo lo que es técnica y científicamente posible
es éticamente admisible”*



BIBLIOGRAFÍA

Aguirre Gas H. “Ética médica consentimiento informado”. Revista CONAMED, Vol. 7, N°. 3 (Edición especial), 2002 (Ejemplar dedicado a: La comunicación humana y la relación médico-paciente), p. 65-69.

Álvarez de la Cadena, C., Espinosa C. y Medrano J. “Aspectos Ético-jurídicos en Odontología”. Paquete Didáctico, Facultad de Odontología, UNAM 2010.p.17-31.

Angueta Z. “El consentimiento informado”. *Cuadernos de Bioética*. 4:8-84, 2003.

Asnariz, Teresa. “De qué hablamos cuando hablamos de bioética”. Citado por Llano, E. S.J., en *¿Que es Bioética?*. www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/23757/2/articulo1.pdf (consultado el 16 de marzo de 2013)

Beauchamp T.L, Childress J.F: *Principios de Bioética Médica*, Barcelona, Esp. Mesón, 1999.

Bacallao San Julián, Francisco; Matos Santos, Irma. “Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente”. *Revista cubana de Cardiología y cirugía cardiovascular*. 2012. Vol 18, no. 1, p. 47.

Barbado Alonso, J.A; Aizpiri Díaz, J.J; Cañones Garzón, P.J; Fernández Camacho, A y cols. “Aspectos históricos-antropológicos de la relación médico-paciente”. *Habilidades en Salud Mental de la SEMG*. Febrero 2005. P. 31-36.

Barbero, J. “El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar”. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2006. vol 29, suplemento 3. p.19-27

Blanco Ruiz, Antonio; García López, Eneida; Rodríguez García, Luis y cols. “La relación estomatólogo-paciente. Importancia de factores sociales”. *Rev. Cubana Estomatología*. Vol.41 no.1. enero-abril. 2004. p.1-6



Bridgman, et al. "Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum". *Br. Dent J.* 1994 Vol. 187(4), p. 217-219.

Cadavid, Gustavo Jorge. "Autonomía y Consentimiento Informado: Principios Fundamentales en Bioética". *Revista CES Odontología*, 2005. Vol.18 no. 2, p. 59-64.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión Secretaría General Secretaría de Servicios Parlamentarios Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis Últimas Reformas DOF 07-06-2012.

Cano Valle Fernando. "¿Qué es la bioética?" México. *México Moderno*; 2002 p.32-46.

Cano Valle, Fernando; Moreno Sánchez, José Antonio. El Consentimiento bajo información ¿Un documento o un proceso? biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1502/6.pdf (consultada el 24 de septiembre de 2012)

Capitulo 5. Ambiente Externo de la empresa. p. 68.
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/ladi/...b.../capitulo5.pdf
(consultada el 26 de mayo de 2012)

Castilla García A. "Consentimiento informado". En: Castilla A y Espejo M.D. editores. *Bioética en las ciencias de la salud*. Granada: Asociación Alcalá; 2001. p. 103-117.

Castro Sarabia Roberto Carlos. *Importancia del Consentimiento Válidamente Informado en odontología*. Tesis de Licenciatura: Facultad de Odontología, UNAM. 2012.

Código Civil Federal Mexicano. [mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-civil-federal ... capitulo-i](http://mexico.justia.com/federales/codigos/codigo-civil-federal...capitulo-i) (Consultada el 14 de abril 2013)

Códigos de Ética Médica de la práctica de la Cirugía de la asociación Mexicana de Cirugía General. Academia Mexicana de Cirugía. México. 2002.



Colectivo de autores. “La historia del desarrollo de la medicina como ciencia sociobiológicas. Momentos trascendentales”. En: *Introducción a la Medicina General Integral. Selección de temas*. Literatura básica. Editorial Ciencias Médicas; La Habana; Cuba. 2001.

Collazo E. “Revisiones de conjunto consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos”. *Cir. Esp.* 2002 7 (6); 319-324.

Comisión de Arbitraje Médico del Estado de México. *Consentimiento bajo información o consentimiento informado*. 2ª edición. Toluca, Edo de México. 2001.

Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la práctica de la medicina*. México. Revista CONAMED, Año 5, Vol. 7, Núm. 18, enero - marzo, 2001. p. 14-15.

Comisión Nacional de bioética. *Guía Nacional para la Integración y el funcionamiento de los Comités Hospitalarios de bioética*. México. <http://cnbmexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/publicaciones/docutec/guiachb.pdf> (consultado el 21 de septiembre de 2012)

Comisión Nacional de Bioética. *Avances del Código de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal*. México. 2004

Comité de Ética de la SECPAL. “Consentimiento informado en cuidados paliativos”. *Cuad. Bioét.* Madrid, España 2006; 17(59):95-105.

Consentimiento informado en la Ley de salud, La Jornada viernes de marzo de 2009 www.jornada.unam.mx/2009/03/20/sociedad/045n1soc (consultada el 08 de octubre 2012)

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.: Editorial Porrúa. México. 2002.

Córdoba P. “El Consentimiento Informado del paciente”. *Memorias: VI Encuentro Nacional de Tribunales de Ética Odontológica*. Medellín: Tribunal Nacional de Ética Odontológica, 1999.



Chávez Ruiz, Vedyalud. El consentimiento informado. Comisión Estatal de Conciliación y Arbitraje Médico del Estado de Nayarit. www.conamed.gob.mx/comisiones_estatales/.../pdf/consentimiento.pdf (consultada el 14 de marzo de 2012).

De Castro, Bachiller R. Juramento hipocrático. En: Caduceos y juramentos médicos. *Cuadernos de Historia de la Salud Pública*. Editorial Ciencias Médicas. La Habana; Cuba. 2000:

De Siqueira, José Eduardo. “El principio de responsabilidad de Hans Jonas”. *Acta de Bioethica*. 2011. Año VII, No. 2, p. 279.

Dolcini, Horacio; Yansenson, Jorge. *Ética y Bioética para el equipo de salud*. Editorial Acadia. Buenos Aires, Argentina. 2004.
<https://www.terras.edu.ar/.../41TANUS-Eduardo-GALINDEZ-Rafael-BARO>. (consultado el 23 de octubre de 2012).

Dubón Peniche, María del Carmen. “La importancia del expediente clínico y el consentimiento bajo información en las controversias médico-paciente”. *Rev. Fac. Med. UNAM*. Enero-Febrero, 2010. Vol. 53 No. 1 p.15-20.

Elósegui Itxaso, María. *Fundamentos de la Bioética y Necesidades actuales*. www.uninet.edu/bioetica/elosegui.pdf (consultada el 25 de octubre 2011).

En Inciarte, F. “Liberalismo y republicanism”. *Ensayos de filosofía política*. Eunsa, Pamplona, Esp. 2011.

Escribar A. “Raices de la Bioética.” *Anales de la Universidad de Chile*; sexta serie, no. 8. 1998.

Espinosa Carbajal, Ariel. “Análisis de expedientes de queja del área de odontología”. *Revista CONAMED*, Octubre-diciembre, 2000. Año 4 Vol 6, No. 17, p. 5-7.



Fernández Lara, Danitza; Soberanes Gutiérrez, Erick; Díaz Jouanen, Efraín. "Consentimiento Informado en Medicina". *Acta Médica Grupo Angeles*. Enero-marzo 2005. Vol. 3, No.1 p. 59-61.

Fernández Varela Mejía H y Sotelo Monroy G. "El Consentimiento mediante información". *Rev. de la Facultad de Medicina de la UNAM*, Vol 43. No. 1, 2000. p. 6-11.

Ferro, M. Molina, L. Rodríguez, W. "La Bioética y sus principios". *Acta odontológica de Venezuela*. 2009. Vol. 47, no 2. p.1-6

Fodor, Andrés. "La Relación paciente/odontólogo: Algunas consideraciones". *Revista dental de Chile*. 2007; Vol. 99 No. 3. p. 21-26.

Galán Cortés, Julio César. *El consentimiento Informado del usuario de los servicios sanitarios*. Editorial Colex, Madrid 1997.

Galán Cortes, Julio César. "La responsabilidad médica y el consentimiento informado". *Rev. Med. Uruguay*. 1999. 15 p. 5-12.

Garbin, C.A.S.; Goncalves, P.E; Garbin, A.J.I. "Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales". *Acta odontol. Venez*, ago. 2006. Vol. 44 No. 2 p. 261-264.

Garza Garza, Raúl. "La dignidad de la persona". *Bioética la toma de decisiones en situaciones difíciles*. Trillas. México. 2007.p.45-60.

Gispert Cruells, Jorge. *El perfil del médico. Conceptos de bioética y responsabilidad médica*. El Manual Moderno. México. 2006.p.15-24.

Gispert Cruells Jorge. "Conceptos en Bioética Médica". *Conceptos de Bioética y responsabilidad médica*. 3ª edición. Manual Moderno. 2005.p.5-13.

Gómez García Roberto. "Guía de autoevaluación del expediente clínico odontológico". *Revista ADM*. Noviembre-diciembre 2001. Vol.58, no.6 p. 233-236.



Gómez García Roberto. “Consentimiento informado en odontología”. *Revista ADM*. Septiembre-octubre 2007. Vol. LXIV No.5 p. 205.

González J. “Bioética clínica y protocolos de consentimiento informado en un hospital general de Madrid”. *Cuad. Bioética*. 1993. Vol. 15 No. 3 p: 20-26.

González Barrón, Sergio; Rivera Cisneros, Antonio; Tena Tamayo, Carlos; Sánchez González, Jorge Manuel y cols. “Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica”. *Revista ADM*. Mayo-Junio 2004. Vol. LXI, No. 3 p. 109-116.

Gonzalo Rojas, A; Claras Misrachi, L. “Impacto del ejercicio profesional en la salud mental del odontólogo”. *Revista Dental de Chile*. 2004. Vol. 95 p. 35-40.

Gracia Diego. “La práctica de la medicina”. En: Couceiro A. editor. *Bioética para clínicos*. Madrid, España: Triacastela; 1999.

Gracia Diego. *Fundamentos de Bioética*. Madrid, España.1989.

Introducción a la *Bioética*. www.ugr.es/~eianez/Biotecnologia/bioetica.htm (consultada el 19 de diciembre de 2011)

Izzeddin Abou, Roba. “El odontólogo frente al consentimiento informado. Aspectos relevantes”. *Acta Odontológica Venezolana*. 2011. Vol. 49 No. 2 p. 3.

Izzeddin Abou, Roba; Spina, María; Tosta, Egilda. “Dimensión ética en la práctica odontológica. Visión Paternalista”. *Acta Bioethica*. 2010. Vol. 16 No. 2 p. 207-210.

Jinich H. *El paciente y su médico*. 2ª edición. El manual moderno. México. 2002.

Kant, Immanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Grupo Editorial Tomo. México. 2010.

Kemp, Peter. *La mundialización de la ética*. Traducción Lisbeth Sagols Sales. Fontamara. México. 2007.



Kraus A. A. "Autonomía y enfermedad: algunas preguntas". *La jornada*. Marzo 2006.

Laín Entralgo Pedro. "*El médico y el enfermo.*" Ediciones Guadarrama, España, 1969.

Laín Entralgo Pedro. "La curación por la palabra en la antigüedad clásica." Antrhopos. Barcelona, Esp. 1987.

L León Correa, Francisco Javier. "Dignidad humana y Derechos humanos" en *Bioética. Biomedicina*. 2007. Vol. 3, No. 1 p. 71-81.

Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México. 2001.

Llano Escobar, Alfonso. *¿Qué es la bioética? Según notables bioeticistas.* Colección Bioética. Bogotá, Col: 2001.

López MGH. "El Consentimiento Informado como obligación de fines". *VII Congreso Internacional de derechos de daños*. Argentina, 2006.

López Varela, Esteban Alfonso. *Ética Médica*.
www.uaca.ac.cr/bv/ebooks/salud/1.pdf (consultada el 21 de agosto 2012).

Lorda, S.P., Judez, G.J. "Consentimiento informado. Bioética para clínicos". *Med. Clin*. 2001. Vol. 117 No. 3 p. 99-106.

Lugo, E. "El paciente y su capacidad de decisión sobre la terapia". Presentación realizada en el curso "Problemas de ética en medicina" realizado en la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires, en mayo de 2001, publicadas en el *Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina* (CAEEM). 2001. Tomo 1 p. 115-128.

Luengas Aguirre, María Isabel de Fátima. "La Bioética en la relación clínica en Odontología". *Rev. ADM*. Noviembre-diciembre, 2003. Vol. LX No. 6 p. 233-239



Lugones Botell Miguel, Pinchs García Alberto y García Hernández Marlen. *Consentimiento Informado*.
[https:// bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi195-605.htm](https://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi195-605.htm) (consultada el 30 de enero de 2013).

Lugones Botell M. “Hipócrates”. *Revista Cubana Med. Gener Integr.* 1990. Vol. 6 No. 3 p.461.

Making Health care decisions, President’s Commission, 1982, 1:74

Manuell Lee, Gabriel. “El Consentimiento Válidamente Informado en la práctica médica”. Editorial. *Revista CONAMED*. 2ª época. Julio-septiembre, 2004. Vol.9, no.3, p.4.

Manuell Lee, Gabriel. La comunicación humana en la relación médico-paciente. Cap. 14 *El Consentimiento Válidamente Informado*. 2ª edición, Editorial Prado, México, 2005 p.309-335

Mendoza-Romo, Miguel Ángel; Nava Zarate, Nadia; Escalante-Pulido, Jesús Miguel. “Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación. El médico y la ley”. *Gac. Méd. Méx.* 2003. Vol.139 No 2 p.184-187.

Miguel Ricardo, Zemel Martin. “El consentimiento informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata”. *Acta Bioethica*. 2006. Vol. 12 No. 1. p. 81-89.

Miranda S.J. *Organización Deocleciano Torrieri Guimaraes*. Autorización. 2 ed. Sao Paulo: Riddel. 1999.

Moctezuma Barragán, Gonzalo. “Consentimiento válidamente informado como cumplimiento normativo”. Segundo Foro de Discusión y Análisis. El Consentimiento válidamente informado en la práctica médica “Una visión clínica” Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Academia Mexicana de Cirugía. Asociación Mexicana de Derecho Sanitario. Ciudad de México. Octubre de 2004.



Mondragón L, Monroy Z, Ito M.E, Medina-Mora M.E. “Disyuntivas en las concepciones sobre autonomía y beneficencia que afectan la terapéutica del intento suicida”. *Acta Bioet.* Junio 2010. Vol. 16 No. 1 p. 77-86.

Morelli M.G. “Bioética, derechos humanos, discriminación y experimentación”. *Cuadernos Bioética.* 2000. Vol.1 p. 134-45.

Norma Oficial Mexicana 013-SSA2-1994 “Para la prevención y control de enfermedades bucales”. (D.O.F. 06/01/1995) Art 5.2. [www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas 2 0oficiales.htm](http://www.facmed.unam.mx/sss/nom/normas%20oficiales.htm) (consultada el 6 de enero de 2013)

Norma Oficial Mexicana de Salud, NOM-013-SSA2-2006 “ Para la prevención y control de enfermedades bucales”. <http://www.economía-noms.gob.mx/noms/variosAction.do> (consultada el 22 de mayo 2012).

Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 Del expediente clínico. www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/168ssa18.html (consultada el 26 de agosto de 2012)

Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 Del expediente clínico. www.idconline.com.mx/.../2012/.../nom-004-ssa3-2012-del-expediente (consultada el 14 de junio de 2013)

Núñez A, Rodrigo. “El consentimiento informado en pediatría”. *Cuaderno de Bioética.* 1995. Vol. 5 No. 22 p. 188-195.

Núñez-Cubero P. “Confidencialidad médica”. *Labor hospitalaria.* 2000; Vol. 3 No. 257 p. 235.

Ocampo Martínez, Joaquín. “La bioética y la relación médico-paciente”. *Cir. Ciruj.* Enero-febrero 2002. Vol.70 No.1 p. 55-59.

Odontología en el siglo XVIII en Europa. <https://sites.google.com/.../6-2-odontologia-en-el-siglo-xviii-en-euro...> (consultada el 3 de febrero 2013).



Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), División de Ética, Ciencia y Tecnología. *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. UNESCO. 2005.

Organización Panamericana de la Salud. *Normas Éticas Internacionales para la investigación Biomédicas con sujetos humanos*. Washington: OPS. 1996.

Palomer R, Leonor. "Consentimiento informado en Odontología. Un análisis teórico-práctico". *Acta Bioethica*. 2009. Vol. 15 No. 1 p. 100-105.

Pellegrino, E. D. "Toward a reconstruction of medical morality: the primacy of the act of profession and the fact of illness". *The Journal of Medicine and Philosophy* [university of Chicago Press] 1979. Vol. 4 No. 1 p. 32-56.

Pérez Flores, Manuel. "Bioética: Consentimiento informado". *Revista médica Clínica las Condes*. Octubre 2002. Vol 13 No.4. p. 1-5.

Pérez Tamayo, Ruy. UNAM.

www.inb.unam.mx/bioetica/lecturas/ruy_perez_tamayo.pdf (consultada el 12 de mayo de 2013).

Potter V.R. *Una ética para la vida en la sociedad*. portal.iteso.mx portal page portal Sinectica ...04 sin32 quintanas.pdf (consultada el 10 de marzo de 2013)

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Art. 20.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

Reich, W. *Encyclopedia of Bioethics*. George Town University. Simon & Schuster and Prentice Hall International, 1996.

Rodríguez G. William; Capote M, Cristina; Sánchez C, María Carolina, Saquelli, Anaymi. "Consideraciones Bioéticas en el manejo del dolor en Odontología". *Acta Odontológica Venezolana*. 2010. Vol.48 No.4 p. 1-7.



Rogés Sánchez, Ana Victoria; Sánchez arcía, Salvador y cols. “Aplicación del Consentimiento Informado por Estomatólogos en la atención primaria de salud”. *Rev. Ciencias Médicas*. Pinar del Río. Ene.-mar. 2010. Vol.14 No.1 p.26-36.

Roldán González Julio. *Ética Médica*. 3ª edición. Librería Parroquial de Clavería. México.1990.

Sala Mateus C. “Comité de Ética de la Investigación Clínica (CEIC) y diseminación pública de los resultados de la investigación”. *Revista de Bioética y Derecho*. Edición (XIII promoción 2010-2012).<http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf> (Consultada el 13 de noviembre de 2012)

Saliba Garbin, Clea Adas; Isper Garbin, Artenio José, cols. Percepción del Cirujano-dentista respecto del uso del consentimiento informado en el tratamiento odontológico. *Acta Biotehica*. 2009. Vol. 15 No. 1 p.106.

Sánchez Santiesteban, Ana María. “El consentimiento informado y la relación médico-paciente”. *Bioética*. Septiembre-diciembre, 2009.

Secretaría de Salud. *Código de Bioética para el personal de salud*. Secretaría de Salud, Comisión Nacional de Bioética. 2002.

Seguridad y consentimiento informado. www.fundaciongeiser.org/.../Seguridad-y-consentimiento-informado.pdf (consultada el 22 de enero de 2013).

Simón P. *El Consentimiento informado*. Triacastela. Madrid, Esp. 2000.

Snyder, J.D. y Karine Morin, “American College of Physicians”. *Manual de Ética. Annals of Internal Medicine* 1998.<http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/bibliotecav/manual%20etica.pdf>

Spencer E. “Competency and consent to treatment”. *JAMA*. 1985. No. 253: p. 778-779.

Tena Tamayo, Carlos; Ruelas Barajas, Enrique; Sánchez González, Jorge Manuel y cols. “Derechos de los pacientes en México”. *Rev. Med. IMSS* 2002. Vol. 40 No. 6 p. 523-539.



Tena Tamayo C, Manuel L.G, “Consentimiento válidamente informado”. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Casa-Madrid MO, Eds. México. 2004.

Tena Tamayo, Carlos. “El consentimiento informado en la práctica médica: Una visión humanista”. *Revista CONAMED* Julio-septiembre, 2004. Vol 9 No.3. p. 8-10.

Terra, M.S; Majolo M.S; Carrillo V.E.B. “Responsabilidade profissional, ética e o paciente em ortodontia”. *Ortodontia*. 2000. Vol. 33 No. 3 p. 74-83.

Terry P.B. “Informed Consent in clinical medicine”. *Chest*. 2007. No. 131 p. 563-568.

Triana Estrada, Jorge. “La Ética: Un problema para el Odontólogo”. *Acta bioeth*. 2006. Vol.12 No.1 p.75.

UNESCO. www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/.../DicoParteIII.pdf (consultada el 23 de mayo de 2013)

Universidad Nacional Autónoma de México. “*La relación Odontólogo-paciente. Aspectos Éticos-jurídicos en la Odontología*”. Facultad de Odontología, UNAM, Paquete didáctico. México, 2010.

Visbal Gloria. “Autonomía del paciente frente a su enfermedad”. *Salud Uninorte*. Barranquilla, Col. 2007. Vol. 23 No. 2 p. 317-325.

Zamora Marín R. “Consideraciones bioéticas sobre la muerte encefálica y su relación con las Ciencias Médicas”. *Bioética*. Ciudad de la Habana: Centro de Referencia Juan Pablo II. 2002. p. 1-9.