

Revista de la Asociación Dental Mexicana

Volumen **60**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2003**
November-December

Artículo:

La bioética en la relación clínica en odontología

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Asociación Dental Mexicana, AC

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Hedigraphic.com

La bioética en la relación clínica en odontología

María Isabel de Fátima Luengas Aguirre*

* Departamento de Atención a la Salud.
Área de Ciencias Clínicas.

Universidad Autónoma Metropolitana
Xochimilco.

Resumen

El presente trabajo analiza desde la perspectiva de la bioética, algunos problemas morales que surgen en la relación clínica en odontología tomando como referencia las Normas Oficiales y la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED). Se encontró que la mayoría de los pacientes que presentan sus quejas a la Comisión provienen de la práctica privada, la causa de la inconformidad es por el tratamiento y los conflictos generalmente se arreglan en la sesión de conciliación. Por otro lado a pesar de los avances en materia de normatividad en México, existen vacíos en cuanto al manejo del paciente en la Norma Oficial para la Prevención y Control de Enfermedades Buceales como es la ausencia del consentimiento informado para la toma de decisiones sobre los tratamientos. Así, se requiere actualizar las Normas Técnicas y educar a estudiantes de odontología, profesionales y usuarios en una cultura del derecho y la responsabilidad, para elevar la calidad de la relación clínica en odontología.

Palabras clave: Bioética, odontología legal, regulación odontológica, cuidado dental.

Abstract

The purpose of this work is to analyze some ethical problems from the point of view of bioethics about the relationship with the dental patient based on the Official Norms and results of the Comisión Nacional de Arbitraje Médico, CONAMED (National Arbitration Commission of Medicine). We found out that the most patients who complained to the Commission were attended by the private dental practitioner. Their complaints are about their treatment, these complaints are taken care of at the conciliation session. On the other hand, although there has been progress in the norms in Mexico, it hasn't been enough to handle patients according to the Norma Oficial para la Prevención y Control de Enfermedades Buceales (Normativity for Prevention and Control of Dental Illnesses) such as not having the informed consent in treatment decisions. It is necessary to have more specific technical norms and to teach dental students, professionals and patients about their rights and responsibilities to improve the quality in dental care.

Key words: Bioethics, legal dentistry, dental regulation, dental care.

Introducción

La odontología, como disciplina de la salud, incorpora en su diario quehacer los avances en conocimientos, técnicas y en el terreno moral. Sin embargo, por su desarrollo histórico e identidad, esta práctica introduce dichos avances de acuerdo con su particular forma de aplicar su saber y su modelo de ejercicio profesional: individual, cura-

tivo, mercantil y artesanal.¹ A diferencia de la medicina que se transformó en una práctica hospitalaria, especializada y corporativa con el crecimiento de la seguridad social en México; la odontología, a pesar de formar parte de los sistemas de salud, participa marginalmente en ellos y reproduce en ese espacio, con pocas variaciones, su mismo modelo profesional. El atraso de la práctica odontología (PO) en relación a la médica, se puede explicar, en

parte, por las reformas curriculares que introdujo el estado en la formación de los médicos, como el internado rotatorio de pregrado y el desarrollo de las especialidades hospitalarias, cuyo resultado fue un cambio en el perfil de los profesionales y de la profesión; el médico dejó de ser un médico general y familiar que ejercía la medicina de manera individual y liberal únicamente, y pasó a ser un especialista asalariado o con práctica mixta. Esto transformó las experiencias y las expectativas del médico y le dio otro significado a su quehacer.

La odontología no recibió estos impulsos de cambio, se puede afirmar que el desarrollo de la PO se ha dado básicamente a expensas de los propios profesionales. Una práctica con estas características tiende a ser poco receptiva a las críticas y a las modificaciones.

No obstante, el contexto social donde la PO se desenvuelve se transforma, aparecen nuevos actores sociales que expresan relaciones distintas entre profesionales y sociedad. Tal es el caso de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que se encarga de vigilar el desempeño de la profesión de la salud, y mediar entre prestadores de servicios y usuarios por probables actos, omisiones o negligencias que se suscitan en la prestación de servicios de salud.² Las demandas que recoge esta Comisión ejemplifican claramente los problemas morales que surgen en la relación clínica (RC) en odontología, por eso nos pareció interesante reflexionar sobre la experiencia de la misma. Sabemos que la mayoría de los conflictos que surgen en la RC se solucionan directamente entre los dentistas y sus pacientes en el consultorio, pero van en aumento los casos que llegan a la Comisión.² La creación de ésta y otros actores responde a demandas de la sociedad de mejorar la calidad de la atención médica y odontológica.³

Por otro lado las normatividades técnicas revelan el interés de las instituciones sanitarias por acotar el ejercicio profesional y hacer más clara la RC. Las normas reflejan el concepto que profesionales, instituciones sanitarias, educativas y distintos sectores sociales tienen sobre la buena práctica; dichas normas son también una estrategia para tratar de homogeneizar el ejercicio profesional en países con tradiciones, formación y regulaciones diferentes en el cuidado médico dentro del Tratado de Libre Comercio (TLC).

Esto significa que se están dando pasos concretos para que se brinde un servicio sanitario de mayor calidad técnica, ética y humana.; hechos que obligan a reflexiones y actitudes distintas por parte de los profesionales sobre el cuidado de la salud, en particular sobre el trato al paciente y el respeto de sus derechos.

Dentro de esta perspectiva la bioética, disciplina que se preocupa por los problemas morales de la vida, el conocimiento, la técnica, así como los problemas inéditos

que surgen en el campo médico con la aplicación de la tecnología. No obstante el amplio campo de estudio de esta disciplina, la bioética tiene como una de sus principales preocupaciones los conflictos suscitados en la RC y ofrece para ésta métodos de trabajo basados en el diálogo, el respeto, la confianza y la tolerancia, lo cual proporciona una visión más profunda del quehacer profesional y da elementos para mejorar el desempeño moral de los profesionistas y de sus pacientes.

El presente trabajo trata de identificar desde la perspectiva de la bioética, algunos problemas morales que se presentan en la relación clínica en odontología teniendo como referencia las normas técnicas y las experiencias de la CONAMED.

Bioética en la relación clínica

Antes de continuar tendremos que precisar de qué trata la bioética y porqué desde su visión y métodos se pueden identificar problemas morales en la relación clínica y mejorar la calidad de la atención odontológica.

La bioética es una disciplina reciente, rama de la ética práctica, que se aboca a estudiar y a dar respuestas particulares a problemas morales que surgen en la RC, la salud pública, la tecnología aplicada a la medicina, la investigación con sujetos humanos, el uso de animales en la experimentación, la protección del medio ambiente, el respeto a los derechos humanos, entre otros; cuestiones todas urgentes si se quiere desarrollar una cultura de respeto a los seres vivos humanos y no humanos, y preservar el medio ambiente para nosotros y las generaciones futuras.

El término bioética lo utilizó por primera vez el oncólogo Van Resselaer Potter en 1970 en un artículo llamado "Science of survival"; en el cual proponía que la ética no solamente tendría que limitar su acción a la relación entre los humanos, sino que debería extenderse al cuidado de la biosfera y la sobrevivencia de todos.

Según este autor el objetivo de la bioética sería enseñar como utilizar el conocimiento científico en la naturaleza para emprender una cultura de la sobrevivencia basada en cinco principios:

- a) El respeto a las diferentes formas de vida,
- b) la preservación de los recursos naturales,
- c) la aplicación racional de la tecnología,
- d) el desarrollo sustentable de los pueblos,
- e) el respeto entre las personas, pueblos y culturas.

Este concepto se considera evolucionista y es ligeramente diferente del concepto de bioética actual.⁴

Otros autores definen a la bioética como: "el estudio sistemático de las dimensiones morales -incluida una visión moral, discusiones, conductas y políticas- de las ciencias de

Cuadro I. La bioética.

- propone modelos de intervención más equilibrados en la relación clínica, epidemiológica
- establecer métodos para la toma de decisiones horizontales, participativos, incluyentes y tolerantes
- propone un nuevo paradigma suscitado entre el conocimiento biológico, la aplicación de la técnica y los sistemas de valores humanos
- propone una nueva moralidad que permite tomar decisiones en un campo no confesional, secular más amplio y más conciliador de intereses diversos, en un marco de deberes y responsabilidades compartidas
- pretende resolver los problemas morales que se presentan con el uso de los avances tecnológicos aplicados al campo médico
- fomenta una cultura de derecho, entre prestadores de servicio y consumidores, entre investigadores y sujetos de investigación, editores de revistas y agencias financieras

la vida y cuidados de la salud, integrando una variedad de metodologías éticas en un ambiente disciplinar".⁵

La bioética rebasa lo que se conocía como moral de las cercanías, extiende la moralidad a los animales, a la biosfera, al universo entero y se proyecta al futuro al incorporar en sus intereses el destino de las próximas generaciones o generaciones virtuales (*Cuadro I*).

Pero no sólo fue la conciencia de algunos médicos, investigadores o grupos feministas lo que favoreció el desarrollo de la bioética, sino de manera importante el impacto de la tecnología en las formas de vida y la manera como se había llevado a cabo la investigación biomédica en sujetos humanos en la Alemania nazi y otros muchos estudios que revelaron serios problemas morales.

De los Procesos de Nuremberg surge el código del mismo nombre (1947) donde por primera vez se presenta un acuerdo internacional para regular la investigación biomédica; como primer punto en el documento aparece el consentimiento voluntario de los sujetos de investigación, la utilidad del conocimiento obtenido, la necesidad de minimizar los riesgos, y cuidar el bienestar de los sujetos de investigación.

En 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos en el seno de las Naciones Unidas contribuye a conformar un marco de derechos humanos, primero, y más tarde de derechos sociales, políticos y culturales. A partir de ese momento continúan apareciendo códigos como el de Helsinki para la atención médica avalados internacionalmente.

Sin embargo, es en el Informe Belmont publicado en 1978 (Informe de la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and

Cuadro II. Principios éticos básicos. Informe Belmont (1978).

- I. Respeto: respeto a la autonomía de las personas
- II. Beneficencia: maximizar el beneficio, minimizar el riesgo
- III. Justicia: distribución social equitativa de cargas y beneficios
- IV. No maleficencia: Primum non nocere (añadido después)

Behavioral Research, creada en los EU para definir los principios básicos de la investigación biomédica en 1974) donde aparecen claramente definidos tres principios fundamentales para la investigación biomédica: la beneficencia, la justicia y el respeto (*Cuadro II*). Más tarde algunos de los participantes en la Comisión como Beauchamp Tom y Childress Janos en su libro "*Principles of Biomedical Ethics*" que aparece en 1979, extienden dichos principios a la RC e incorporan uno más: la no maleficencia. Es aquí donde se conforma el marco axiológico de la práctica médica actual y constituye un avance en el terreno moral.

No obstante la bioética no se reduce a la aplicación de principios abstractos a situaciones concretas, como si se tratara de una nueva deontología, la bioética es más bien una toma de conciencia sobre las implicaciones morales y sus consecuencias en las áreas ya mencionadas. La bioética abre la participación no sólo de la medicina sino del derecho, la filosofía, la antropología entre otras muchas disciplinas, así como de personas no especializadas en la toma de decisiones sobre la vida, la enfermedad, la salud y la muerte cuestionando la hegemonía del saber médico y la exclusividad del mismo sobre los temas de la salud.⁴

La bioética es un conocimiento en construcción, con una metodología incluyente y plural basada en el diálogo y la deliberación, para la toma de decisiones prudentes y fundamentadas.⁶ La bioética es un campo amplio de conocimientos, pero por motivos de espacio centraremos la reflexión en la RC en la odontología.

Algunas reflexiones sobre la relación clínica

La relación médico paciente se denomina actualmente relación clínica, el uso de este término se debe a que la relación entre usuarios y prestadores de servicios médicos no necesariamente se da entre médicos y pacientes o enfermos, sino con distintos trabajadores sanitarios como nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, etc. Por otro lado el término paciente se considera inadecuado porque indica una actitud pasiva del usuario. Hablar de relación médica enfermo tampoco

satisface del todo porque muchas personas sanas acuden al servicio médico, ya sea por un certificado de salud, un examen rutinario o una cirugía estética. El decir usuario, consumidor tampoco ha tenido gran aceptación.^{7,8}

El objetivo de la RC es buscar el mejoramiento de la salud de quien solicite la atención, mediante el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento. Es un espacio donde se sientan las bases de una relación de confianza entre profesionales y pacientes y se definen vías de acción, límites y alcances de las acciones terapéuticas.⁹

La RC presenta algunas de las siguientes características: a) relación médico paciente asimétrica en términos de saberes y de capacidades, b) participación subordinada de los consumidores en las acciones de salud y c) concepción del paciente como ignorante y responsable de su enfermedad.¹⁰ Este esquema precisa algunas de las cuestiones más conflictivas de la RC paternalista. Sin embargo, la RC puede cambiar y mejorarse si se tiene otro enfoque; la asimetría en los conocimientos entre médicos y enfermos difícilmente se puede superar, pero proporcionar información al paciente sobre sus padecimientos incrementa la calidad de la atención. De igual manera aclarar desde un primer momento cuáles son los derechos y las responsabilidades de médicos y usuarios para buscar una mayor colaboración y equilibrio en la RC. El

último aspecto se transforma si mejoramos los dos primeros; no se trata de que el enfermo se vuelva médico o dentista, pero es recomendable que conozca lo fundamental sobre su enfermedad o situación y actúe consciente de los riesgos y beneficios.

El primer paso de la RC es que el profesional a través de los signos y los síntomas, datos complementarios de laboratorio, experiencias previas y sistema de valores encuentre las causas de la enfermedad o alteración y elabore una hipótesis diagnóstica y que se establezca una relación de confianza y cooperación. Así mismo, el enfermo percibe su enfermedad desde su experiencia y sistema valoral. En la RC se expresan dos sistemas de valores que pueden entrar en conflicto y que es necesario aclarar desde el principio. En general el profesional valora más los hechos, los datos, los signos que los síntomas, es decir que privilegia lo que se ve y se toca, sobre lo que el paciente siente y percibe, la experiencia subjetiva.⁷ Este enfoque muchas veces limita o desvirtúa la relación entre profesionales y usuarios.

Mark Siegler distingue cuatro momentos en la RC el prepaciente, el proceso de reunión de los datos pertinentes, la etapa de acomodo médico paciente y la relación plena médico paciente¹¹ este esquema puede ayudar a entender los momentos en la relación clínica pero no la agota, la RC es sumamente compleja.

Cuadro III.

Modelo paternalista	Modelo informativo	Modelo interpretativo	Modelo deliberativo
Relación asimétrica médico-paciente	Relación menos asimétrica médico-paciente	Relación menos asimétrica médico-paciente	Relación más bien amistosa entre médico-paciente
Información seleccionada a criterio del médico	Información relevante a criterio del médico	El médico conoce los valores del paciente e informa lo técnico considerando lo moral	El médico conoce los valores del paciente e informa lo técnico considerando lo moral
Prevalece el criterio del médico en la decisión	El paciente decide basado en la información y sus valores	El paciente decide basado en la información y sus valores	El paciente decide basado en la información y sus valores y en un diálogo con el médico
El médico actúa como tutor	El médico actúa como un técnico	El médico actúa como consultor y un consejero	El médico actúa como un maestro y amigo, que ayuda a deliberar al enfermo
Basta el asentimiento del enfermo para realizar el tratamiento	Consentimiento informado para decidir el tratamiento	Consentimiento informado para decidir el tratamiento basado en el diálogo	Consentimiento informado para decidir sobre el tratamiento basado en el diálogo y la deliberación
Se considera que el enfermo tiene una capacidad de decisión limitada	Se respeta la autonomía del enfermo en la toma de decisiones	La autonomía del paciente se entiende como un proceso de autocomprensión	La autonomía del paciente se considera un desarrollo moral

Para que una persona acuda al médico o al dentista tiene que haber un problema (etapa pre paciente), que es percibido y valorado personalmente, esta percepción depende no sólo del dolor o malestar, sabemos por experiencia, en el caso de la odontología, que aunque haya dolor la gente se resiste a ir al dentista y en ocasiones los padres, llevan a sus hijos a la consulta, porque no los "dejan dormir", no porque la criatura esté sufriendo. La causa para acudir a una consulta dental no necesariamente es la enfermedad, problemas estéticos pueden motivarla o bien aprovechar la cobertura de un seguro médico.

El primer encuentro cara a cara en la RC va a definir el destino de la misma, médico y paciente establecen una primera comunicación, se recogen los datos clínicos significativos y es el momento en que se sientan las bases de una buena relación. Muchos pacientes en los servicios públicos de salud se quejan de que el médico ni siquiera los ve; no sólo la mirada es importante, también el interés por escuchar al otro y el honesto deseo de ayudarlo.

Una vez que se establece un presunto diagnóstico se canaliza al enfermo a otros especialistas o se continúa el tratamiento, etapa de acomodo. El establecimiento de una plena relación médico paciente es un proceso que puede durar mucho tiempo, incluso más allá del tratamiento como señala Laín Entralgo, es una amistad con características particulares.⁹

Autores como Emanuel Ezequiel y et al,¹² distinguen cuatro modelos en la RC: a) el paternalista, b) el informativo, c) el interpretativo y d) el deliberativo⁸ (*Cuadro III*), por motivos de espacio no vamos analizar los cuatro modelos entraremos directamente a nuestro tema, la RC en odontología. Sólo señalaremos que el modelo médico paternalista ha sido el más duramente criticado bajo el supuesto de que no se respeta la autonomía de los enfermos.

Características de la relación clínica en odontología y las experiencias de la CONAMED

La RC en odontología tiene sus singularidades por varias razones; primero, hay que considerar que las enfermedades bucales más frecuentes como la caries dental o la enfermedad periodontal, tienen manifestaciones locales específicas, su tratamiento es casi mecánico: lesión cariosa-obturación; gingivitis-profilaxis e higiene, esto ocasiona que dentistas y pacientes resten importancia a las consecuencias de la enfermedad, minimicen los riesgos, y a veces la evolución del padecimiento. Esto se muestra, por ejemplo, en que los pacientes frecuentemente abandonen los tratamientos y solamente regresan al consultorio cuando vuelven las molestias. Algunos de los casos presentados a la CONAMED reflejan esta situación, así mismo, existe una falta de cuidado y

autocuidado durante el posoperatorio que puede volver problemático el restablecimiento del enfermo.

Segundo, la mayoría de los pacientes cuando llegan al consultorio dental demandan una atención puntual, solicitan que: "les tapen una muela", "les saquen un diente", o "les hagan un presupuesto", así, el dentista realiza acciones repetitivas y limitadas cotidianamente de una manera superficial. Si bien decíamos que uno de los objetivos de la RC es hacer un diagnóstico, las actividades de diagnóstico son poco frecuentes en el consultorio dental; de acuerdo con los estudios realizados por López Cámara y Lara con odontólogos de la ciudad de México en 1986,¹ el diagnóstico ocupa el 24º lugar dentro de las 25 actividades que realizaba el grupo de dentistas estudiado. Para ser un buen dentista, hay que ser un dentista bueno. El diagnóstico es lo esencial para definir el pronóstico y el tratamiento y poder hacer intervenciones seguras en los pacientes. Esto significa que una buena parte de odontólogos actúan con un desconocimiento de la situación de salud del paciente, lo cual desencadena problemas técnicos, morales y hasta legales.

Tercero, el paternalismo en la relación clínica en odontología tiene otras connotaciones; el tratamiento tiene un costo y por supuesto es donde existe una mayor preocupación por establecer acuerdos entre dentistas y pacientes. Esto no quiere decir que haya una clara conciencia por parte del profesional sobre el respeto a la autonomía, pero hay una conveniencia de informar.

La mayoría de las demandas que recibe la CONAMED están relacionadas con el tratamiento y pocas por el trato recibido por parte del odontólogo, aunque las dos cosas están íntimamente relacionadas; si el tratamiento fracasó, obviamente hubo un deterioro en la RC. Un alto porcentaje de pacientes que demandan en la CONAMED, piden que se les regrese el dinero y que se les concluya o corrija el tratamiento con otro profesional, son menos numerosos los casos en que se demanda por lesiones aunque si los hay. De las 88 quejas recibidas en 2001 por especialidad, la odontología general tuvo 106, 88 por tratamiento, 12 por tratamiento quirúrgico y 3 únicamente por el trato del profesional.¹³⁻¹⁵

Las quejas por especialidad presentadas a la Comisión de acuerdo con un análisis hecho por Ariel Espinosa fueron: 43.55% de prótesis fija y removible, 22.4% de ortodoncia, 9.5% de cirugía, 8.3% de operatoria dental, 5.8% de prostodoncia, 5.8% de endodoncia, 3.5% de cirugía maxilofacial y 1.2% de implantología.³ Como podemos observar, la mayoría de las demandas tienen una relación directa con el costo del tratamiento. Evidentemente se realizan más tratamientos de operatoria que de rehabilitación y hay muchas más demandas para esta intervención.¹ Otro problema que se menciona en el estudio, es que los expedientes no se pueden integrar en

un número importante de casos, porque no existe historia clínica o el registro que presentan los dentistas no cumple los requisitos de una buena historia clínica y menos de un expediente clínico. Algunos odontólogos presentan una actitud poco receptiva a las demandas, porque desconocen la forma de proceder de la CONAMED y piensan que van a ser juzgados; la Comisión busca en primer lugar la conciliación, muchos casos (67%) se resuelven pacíficamente en la primera audiencia.^{3,15}

Una gran cantidad de quejas que recibe la CONAMED en odontología provienen de la práctica privada, ocupó esta profesión el primer lugar en demandas en 2001, casi el doble de las presentadas por otras especialidades que tradicionalmente han generado problemas como la ginecoobstetricia; durante 2001 se presentaron un total de 96 controversias para odontología, 48 de ginecología y obstetricia, 43 de ortopedia para el mismo periodo.¹³

Las instituciones públicas también recibieron demandas sobre tratamientos odontológicos en el 2001, pero en un porcentaje menor que otras especialidades. En el IMSS sólo se presentaron 7, 2 para el ISSSTE, y una contra los servicios estatales de salud. Para tener una idea más precisa sobre lo que significan las quejas sobre los servicios de odontología veamos la cantidad de consultas que realiza el IMSS en todos sus servicios y la bajísima proporción de demandas, aunque sea una de las instituciones que más demandas recibe; el IMSS da 112,163,000 consultas al año, de las cuales 1,283 son motivo de quejas, una tasa de 1.14 x 100,000.¹³ También aquí hay que considerar que estas instituciones tienen mecanismos propios para conciliar los conflictos.

Obviamente las demandas proliferan en los servicios privados debido al costo de los tratamientos, además la población que tiene mayores recursos económicos los tiene también jurídicos y una mayor conciencia de sus derechos.

Las normatividades

En México, la Ley General de Salud establece principios generales para la relación clínica, pero cada especialidad cuenta con normas técnicas específicas, es aquí donde surgen diferencias importantes; por ejemplo, el consentimiento informado considerado un rasgo distintivo de la ética médica moderna no aparece en ningún apartado de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de las Enfermedades Buceales (NOM-013-SSA2-1994).¹⁷ Aunque el consentimiento informado está contemplado en la Norma para el Expediente Clínico (NOM.168-SSA1-1998)¹⁸ para ciertos casos. Esta norma señala que para el expediente clínico de odontología el profesional se tiene que ceñir a la NOM-013-SSA2-1994. El consentimiento bajo información en la Norma del Expediente Clínico sólo se solicita para: cirugía mayor, anes-

tesia general, salpingooclásia, vasectomía, trasplantes, investigación en seres humanos, necropsia hospitalaria, procedimientos dx o terapéuticos riesgosos o cualquier procedimiento que entrañe mutilación; entonces tendría que haber consentimiento bajo información para la extracción de dientes permanentes, que es una mutilación.

En lo que sí pone énfasis la NOM-013-SSA2-1994 es en que los pacientes firmen el tratamiento, -¿tratamiento o presupuesto?- (apartado 5.5.2) ambos tienen una estrecha relación, el paciente tiene que estar de acuerdo no sólo en lo que se le hace, sino en el costo y el pago del precio pactado.

Para la elaboración del diagnóstico clínico la norma define los pasos del método clínico y recomienda recoger datos sobre la condición socioeconómica, adicciones, acceso a los servicios de salud, riesgos laborales, características de la alimentación o hábitos de higiene, en ningún apartado propone indagar sobre los valores de los pacientes, mismos que orientan la aceptación o rechazo del tratamiento y la posición del paciente frente a la enfermedad.

La RC es un acto de buena fe, sin embargo pueden surgir problemas morales y legales, en ese caso el expediente clínico bien documentado puede salvar la situación. La norma NOM-013-SSA2-1994 señala que la HC solamente debe ser firmada por el odontólogo; es conveniente que el paciente la firme también para asegurar la veracidad de los datos, lo cual brinda cobertura al profesional y al paciente.

La Norma NOM-013-SSA2-1994 expresa que se debe informar a los pacientes sobre las enfermedades periodontales, donde la colaboración del paciente en la higiene bucal es la clave del tratamiento, para los otros padecimientos no lo explícita.

Sobre el consentimiento la NOM-013-SSA2-1994 sólo lo menciona como requisito para realizar estudios para detectar VIH, el manejo del paciente para este padecimiento viene en la NOM-010-SSA2-1993.¹⁹ López de la Peña destaca que aun en el caso de la medicina el consentimiento informado se ha incorporado muy recientemente en nuestra legislación, pero de la legislación a su incorporación cotidiana en el cuidado odontológico hay un largo camino por recorrer.²⁰

Conclusiones y propuestas

Podríamos concluir diciendo que existe poca valoración a la salud dental por parte de la población, ésta se percibe como aislada de la salud general, así se resta importancia a los riesgos que conlleva el tratamiento dental por parte de pacientes y profesionales, de ahí las pocas actividades de diagnóstico en la práctica clínica odontológica.

Las normatividades técnicas todavía tienen vacíos y una visión estrecha de la RC, lo cual tendría que mejo-

rarse. Con base en lo anterior podemos señalar que es necesario modificar la dinámica de la RC en odontología, para elevar el desempeño ético de la profesión y la calidad de los servicios odontológicos.

La pregunta sería ¿Qué cambios tenemos que introducir en la RC en odontología si tomamos como marco de referencia la bioética?

- Primero introducir el consentimiento informado como elemento fundamental, no solamente para el tratamiento, sino para el uso de ciertos fármacos y materiales de restauración que pueden tener un impacto en la salud, como los anestésicos o las amalgamas. El consentimiento informado es una estrategia para equilibrar RC y fomentar una cultura de autorresponsabilidad, respeto a la autonomía y derechos de los pacientes. El consentimiento informado contribuye a mejorar tanto la relación clínica, como el desempeño humano y ético del profesional. No obstante dar información y respetar la autonomía del usuario no resuelve del todo los problemas morales que se presentan en la RC, el acompañamiento del profesional durante la enfermedad, su solidaridad, orientación y apoyo son fundamentales. Pero también la honestidad del profesional en cuanto a los alcances de su capacitación, es decir saber claramente lo que sabe y lo que no sabe hacer.
- Incorporar cambios curriculares en la formación de los odontólogos para que mejoren su desempeño ético y técnico, de manera importante en el diagnóstico y el trato al paciente.
- Tomar en cuenta las expectativas y los valores del paciente en su manejo y tratamiento. Cabe mencionar que uno de los criterios de la calidad en la atención médica, es justamente que el usuario sienta satisfechas sus expectativas sobre el servicio. Y como mencionamos es el sistema de valores del enfermo los que le da una posición frente a la enfermedad y el tratamiento, así se tendría que profundizar en este aspecto al hacer la HC.
- Buscar una relación de mayor colaboración con el usuario y ampliar la acción clínica hacia el desarrollo de hábitos positivos de salud del paciente. Este aspecto es uno de los más abandonados en la RC en odontología, pero sin lugar a dudas uno de los de mayor impacto en la calidad de vida del paciente, educar al paciente es la acción profesional de mayor calidad y no tapar la muela.

El cambio fundamentalmente en la RC en odontología es centrarnos en la persona moral, como señala Juliana González "Sólo la ética permite trascender la situación de la enfermedad para el paciente y para el médico. El ethos del enfermo, la ética, la actitud ética del enfermo, consiste en el esfuerzo por recobrar su condición propiamente humana. Por sobreponer el estado de la naturaleza, y por

supuesto el ethos del médico es que él haga un esfuerzo por reconocer la condición estrictamente humana del hombre, que la enfermedad parece disolver o desvanecer".²¹

Bibliografía

1. López CV, Lara N. *Trabajo odontológico en la ciudad de México crisis y cambios*. Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México 1992.
2. CONAMED. *Preguntas y respuestas sobre la CONAMED*. CONAMED. México, 1998.
3. Espinosa A. Análisis de expedientes de quejas del área de odontología. *Rev de la CONAMED* 2000; Año 4; 6(17): 5-7.
4. Lolas F. *Bioética y antropología médica*. Editorial Mediterráneo. Santiago de Chile 2000.
5. Francisconi CF. Sida y bioética. *Rev Topodrilo* 50. México UAM Iztapalapa: 1998: 21-24.
6. Brussino S. Bioética y racionalidad. *Rev Topodrilo* 50, México UAM Iztapalapa: 1998: 5-9.
7. Gracia D. *Bioética clínica*. Editorial El Búho LTDA, Colombia 1998.
8. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Rev Medicine Health Care and Philosophy* 2000; Netherlands 00: 1-10.
9. Lain P. *El médico y el enfermo*. Biblioteca para el hombre actual, Madrid España 1967.
10. Menéndez E. *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*. Alianza Editorial Mexicana y CONACULTA, México 1990.
11. Platts M. (Compilador) *Dilemas éticos. Problemas de la ética práctica*. UNAM- FCE, México 1997.
12. Ezequiel J, Emanuel MD, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA* 1992; 267(6): 2221-2226.
13. CONAMED. *Informe Estadístico Comparativo*. 2000-2001.
14. <http://www.conamed.gob.mx> 2002: 10.
15. González BS. *Subdirección del módulo de Estomatología de la Dirección General de Conciliación (Comunicación personal)*. <http://www.ssa.gob.mx> 2002: 10.
16. *NOM-013-SSA-1994 para la Prevención y Control de Enfermedades Buceales*.
17. *NOM-010-SSA2-1993 del Expediente Clínico*.
18. *NOM-168-SSA1-1998. Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención y Control de la Infección por virus de la Inmunodeficiencia Humana*.
19. López-de la Peña X. El Consentimiento Informado en la legislación en salud en México. *Gaceta Médica Mexicana*. México 1996; 132(5): 551-557.
20. González J. Los valores bioéticos y la relación médico paciente. *Revista de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico*. Año 3, 9 octubre diciembre. México 1998: 7.

Reimpresos:

Maria Isabel de Fátima Luengas Aguirre
Dione 9, Hda. San Juan, Tlalpan, C.P. 14370.
México, D.F. Tels: oficina 54837242
Casa: 56738593 ó 26521540
Fax: 54837218
E-mail: isabelluengas@hotmail.com
Este documento puede ser visto en:
www.medicgraphic.com/adm