

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**Importancia del consentimiento informado en la
atención facultativa en la profesión odontológica**

TRABAJO ACADÉMICO

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Odontología Forense

AUTOR

Virginia Catalina ANTEZANA VARGAS

Lima - Perú

2017

TÍTULO DEL TRABAJO ACADÉMICO

**IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA
ATENCIÓN FACULTATIVA EN LA PROFESIÓN ODONTOLÓGICA**

VEREDICTO DEL JURADO

Presidente	Dra. Rosa Elizabeth Carrera Palao
Miembro	Dr. Pedro Ruíz Chunga
Miembro	Dr. Carlos Suárez Canlla

DEDICATORIA

A mi padre, Máximo Antezana Espinal, in memoriam, por guiar con su ejemplo de vida mi camino profesional y personal, e inculcarme los valores y principios que lo hicieron un hombre bueno, honrado, solidario y justo. Su legado perdurará siempre en los que lo amamos.

A mi madre, Gladys Vargas Rodríguez, por su apoyo incondicional y por ser el corazón de mi familia, quien con su infinito amor nos acompaña, protege y cobija.

A mi sobrina, Paz Eliana Antezana Andrade, por llenar nuestro hogar de paz y por ser mi estímulo diario para mejorar como ser humano y persona.

AGRADECIMIENTO

A mi padre, Dr. Máximo Antezana Espinal (in memoriam), por ser quien motivó en mí el interés por la ética, las leyes y el trato justo e igual con toda persona, esencia de este trabajo.

Al Dr. Hugo Caballero Cornejo, coordinador de la Especialidad de Odontología Forense, mi agradecimiento sincero por mostrarme el camino de la docencia y permitirme iniciar mi carrera docente; asimismo, por supervisar el desarrollo del presente trabajo.

A la Dra. Rosa Elizabeth Carrera Palao, por su calidad de docente y persona; brindando siempre sus conocimientos, apoyo y comprensión.

A los docentes de la especialidad, por los conocimientos impartidos y de quienes aprendí durante la experiencia vivida en los dos años de especialidad.

ÍNDICE

	Pág.
Portada.	i
Título.	ii
Veredicto del jurado.	iii
Dedicatoria.	iv
Agradecimiento.	v
Índice.	vi
Índice de tablas.	ix
Índice de gráficos.	x
Resumen.	xi
Abstract.	xii
INTRODUCCIÓN.	1
I: OBJETIVOS.	3
1.1 Objetivo general.	3
1.2 Objetivos específicos.	3
II: MARCO TEÓRICO.	4
2.1. Antecedentes de la investigación	4
2.1.1. Antecedentes nacionales.	4
2.1.2. Antecedentes internacionales.	4
2.2 Bases teóricas.	26
2.2.1 Odontología forense.	26
2.2.1.1 Responsabilidad profesional.	28
2.2.1.2 Responsabilidad en salud.	30

2.2.1.3 La responsabilidad médica en odontología.	31
2.2.1.4 Acto médico.	32
2.2.1.5 La lex artis ad hoc.	34
2.2.1.6 Responsabilidad profesional del odontólogo.	35
2.2.1.7 La responsabilidad civil de los profesionales de la salud.	36
2.2.2 Legislación odontológica peruana.	39
2.2.2.1 Requisitos para el ejercicio profesional.	40
2.2.3 Bioética.	41
2.2.3.1 Principios de la bioética.	43
2.2.3.2 Normas de buenas prácticas bioéticas.	45
2.2.4 Relación odontólogo-paciente.	48
2.2.4.1 Deberes del odontólogo.	50
2.2.4.2 Derechos del paciente.	51
2.2.5 Consentimiento informado.	53
2.2.5.1 Fundamento ético.	56
2.2.5.2 Fundamento legal.	58
2.2.5.3 Requerimientos del consentimiento informado.	59
2.2.5.4 Procedimiento del consentimiento informado.	60
2.2.5.5 Elementos del consentimiento informado.	61
2.2.5.6 Tipos de consentimiento informado.	62
2.3 Definición de términos.	65
III. METODOLOGÍA.	67
3.1 Tipo de estudio.	67
3.2 Método de estudio.	67

3.3 Criterios de selección.	68
3.4 Buscadores académicos científicos.	68
3.5 Estrategia de búsqueda.	69
3.6 Procesamiento de datos.	69
IV. RESULTADOS.	70
V. DISCUSIÓN.	86
VI. CONCLUSIONES.	89
VII. RECOMENDACIONES.	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla	Pág.
Nº 1. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa en odontología.	70
Nº 2 Países donde fueron llevadas a cabo las investigaciones revisadas.	72
Nº 3. Producción bibliográfica encontrada referida al tema de investigación, de acuerdo al año de publicación.	74
Nº 4. Número de muestras seleccionadas en las investigaciones revisadas.	76
Nº 5. Frecuencia de investigaciones, en base al tipo de personas participantes en las investigaciones.	78
Nº 6. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa.	80
Nº 7. Uso del consentimiento informado en la atención facultativa de acuerdo a las especialidades odontológicas.	82
Nº 8. Buscadores bibliográficos electrónicos más empleados en la recuperación de investigaciones.	84

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico	Pág.
Nº 1. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa en odontología.	71
Nº 2. Países donde fueron llevadas a cabo las investigaciones revisadas.	73
Nº 3. Producción bibliográfica encontrada referida al tema de investigación, de acuerdo al año de publicación.	75
Nº 4. Número de muestras seleccionadas en las investigaciones revisadas.	77
Nº 5. Frecuencia de investigaciones, en base al tipo de personas participantes en las investigaciones.	79
Nº 6. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa.	81
Nº 7. Uso del consentimiento informado en la atención facultativa de acuerdo a las especialidades odontológicas.	83
Nº 8. Buscadores bibliográficos electrónicos más empleados en la recuperación de investigaciones.	85

RESUMEN

Se llevó a cabo una revisión de la bibliografía sobre consentimiento informado para la realización del siguiente Trabajo Académico. Se encontraron 30 investigaciones, entre artículos y tesis, cuyos resultados indican diversas respuestas, y fue la utilidad e importancia del consentimiento antes de las atenciones clínicas la más frecuente; seguida por la percepción de dicho documento por parte de los pacientes y odontólogos, se halló que en la mayoría de casos los pacientes tenían una percepción positiva y, por el contrario, los profesionales una percepción negativa. Asimismo, las investigaciones se dieron de acuerdo a las especialidades de la odontología, y se encontró que la ortodoncia fue la especialidad más estudiada con respecto al uso del consentimiento informado. Para la búsqueda se emplearon los siguientes buscadores bibliográficos electrónicos: Google académico, Scielo, Scopus, Pub Med, ProQuest, British Dental Journal, Dialnet, LILACS y AJO-DO (American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics).

Palabras claves: Consentimiento informado, bioética, relación odontólogo-paciente, responsabilidad profesional.

ABSTRACT

A review of the bibliography on Informed Consent was carried out to draft the following Forensic Report. There were 30 investigations, between articles and Thesis, in which results indicate several answers among which the utility and importance of Consent prior to clinical care is the most frequent; followed by the perception of this document that patients and dentists, have and found that patients had a positive perception and on the contrary the professionals a negative one. Also, the investigations were according to the specialties of dentistry, finding that Orthodontics was the most studied with respect to the use of informed consent. The following electronic bibliographic search engines were used by Google academic, Scielo, Scopus, Pub Med, ProQuest, British Dental Journal, Dialnet, LILACS and AJO-DO (American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics).

Keywords: Informed consent, bioethics, dentist-patient relationship, professional responsibility.

INTRODUCCIÓN

La odontología como profesión de la salud debe su actividad a cubrir la necesidad del paciente en cuanto a su sistema estomatognático se refiere; y esto conlleva a una relación odontólogo-paciente durante el acto médico; de esta forma podemos observar la relación entre la odontología y el derecho, dado que toda actividad realizada genera un riesgo y toda acción una reacción, que al tratarse del paciente podría ser un daño en su persona.

Esta relación permite hacer un análisis ético y legal de la práctica odontológica con la finalidad de proteger la salud o la vida, además de la seguridad jurídica del profesional de la salud. La Constitución privilegia como primer bien jurídico tutelado: la vida, el cuerpo y la salud, por lo que se vuelven temas sensibles ante la sociedad, la cual genera mecanismos de protección. Los pacientes tienen derecho a la salud, ello está amparado en nuestra normativa legal vigente, por ello el profesional debe asumir las responsabilidades propias de la actividad que desempeña, cada uno de los actos que el hombre ejecuta lleva implícita una responsabilidad que trae como consecuencia responder por ellos, y de ser el caso, el deber de reparar el daño causado. En el ámbito mundial y en el país, se aprecia un desconocimiento que impera en los profesionales de la salud acerca de la normativa que regula la labor profesional que desempeñan en los centros de salud públicos y privados. Se podría colegir como causa la formación universitaria actual, la cual no daría una información e instrucción sobre los aspectos legales del ejercicio de estos profesionales, y tampoco sobre la relación que se da entre el usuario del servicio de salud y el prestador de dichos servicios. Por lo tanto, se hace necesario que los profesionales de la salud comencemos a aprender a administrar los riesgos que nuestra actividad supone.

Las normas y leyes referentes al campo de la salud en el Perú, en el Código de Ética del Colegio Odontológico del Perú, indican las acciones que el cirujano dentista debe llevar a cabo para una correcta atención a los

pacientes. Desde el punto de vista jurídico, la Ley General de Salud (Ley N° 26842) protege al paciente. Dentro de dicha protección se refiere a la obligatoriedad del Consentimiento Informado antes de cualquier atención de salud, el cual busca garantizar el derecho del paciente a recibir información adecuada para proteger la salud y así propiciar la toma de decisiones autónomas y responsables. Existe la necesidad de dejar de lado aquella odontología tecnificada y poco humana, esto se basa en que una buena relación odontólogo-paciente colabora a la adhesión a los tratamientos y alcanzar el éxito. El derecho a la información por parte del usuario del servicio de salud y su consecuencia, el consentimiento informado, no deben basarse exclusivamente en el cumplimiento de la ley, sino en su primer fundamento, el ético, que debe ser primordial. El consentimiento informado es realmente un proceso, resultado de un trabajo permanente de comunicación, a través del diálogo, la deliberación, entre el equipo de salud y el paciente, uno de los fundamentos sobre el cual se establece la relación clínica, una relación deliberativa.

Por ello la relevancia del presente Trabajo Académico, el cual permitirá analizar el consentimiento informado desde sus principios éticos y las normas legales que lo sustentan. En lo práctico, permitirá conocer las diferentes técnicas empleadas para lograr el objetivo del consentimiento informado; así como la relevancia del uso de un formato único o individual para cada paciente. Finalmente, se proporcionará un análisis objetivo de las metodologías en las investigaciones realizadas sobre dicho tema y con ello aportar mayor conocimiento para posteriores estudios del consentimiento informado.

I: OBJETIVOS.

1.1 Objetivo general.

Evaluar en las investigaciones realizadas la percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa en odontología.

1.2 Objetivos específicos.

Determinar en qué países fueron llevadas a cabo las investigaciones revisadas.

Indicar la producción bibliográfica encontrada referida al tema de investigación, de acuerdo al año de publicación.

Identificar el número de muestras seleccionadas en las investigaciones revisadas.

Precisar la frecuencia de investigaciones, en base al tipo de personas participantes en las investigaciones.

Determinar la frecuencia del uso del consentimiento informado en la atención facultativa de acuerdo a las especialidades odontológicas en los estudios revisados.

Determinar los buscadores bibliográficos electrónicos más empleados en la recuperación de investigaciones sobre el CI.

Indicar si los estudios revisados tuvieron objetivos legales o éticos.

II: MARCO TEÓRICO.

2.1. Antecedentes.

2.1.1. Antecedentes nacionales.

Alfaro CL, García RC (2011). El propósito del estudio fue evaluar el proceso del consentimiento informado (PCI) en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la UPCH, para lo cual se elaboró y validó un cuestionario que permitió evaluar el PCI en cuatro dimensiones: información, entendimiento, autonomía y valores. La aplicación final del instrumento fue en una muestra de 90 pacientes, la cual se calculó del estudio piloto. De acuerdo a los datos obtenidos por el cuestionario, la mayoría de pacientes respondió que "sí" firmó un documento de consentimiento informado (85%); al evaluar el (PCI), el entendimiento de la información y los valores del profesional fue calificado como muy favorable, mientras que la información y autonomía solo como favorable. Los resultados indicaron que, a mayor número de citas, la información se percibe de forma más favorable ($p=0,043$) y que, a mayor grado de instrucción, la comprensión y entendimiento es mejor ($p=0,000$); de la misma forma, que si el profesional no tiene parentesco con el paciente ($p=0,000$). La autonomía de los pacientes fue indistinta del género, edad y grado de instrucción; mas sí se encontró diferencia entre pacientes y tutores ($p=0,020$); el lugar de residencia también fue significativo para esta dimensión ($p=0,023$). En conclusión, el proceso de consentimiento informado se da de forma favorable, lo que quiere decir que los pacientes tienen una percepción clara y precisa; sin embargo, se deben mejorar aspectos relacionados con la información y respeto de la autonomía del paciente¹.

2.1.2. Antecedentes internacionales.

Eijkman MA, Goedhart H.(1995). En este artículo, se describen los resultados de cuatro debates de grupo celebrados con dentistas holandeses para examinar su opinión sobre la introducción de nueva legislación en el

ámbito de algunos derechos de los pacientes, en particular el deber de informar a los pacientes y la autorización del paciente para un procedimiento de tratamiento dental. De todas las discusiones, parece que la mayoría es ignorante del contenido de la legislación. Se señalan varias consecuencias importantes de la práctica. Entre las consecuencias negativas que a menudo se mencionan figuran: pérdida de ingresos, mayor inversión de tiempo por paciente, selección de pacientes, más reclamaciones de seguros y un aumento en la administración y mantenimiento de los expedientes. Las observaciones positivas que surgen son el trabajo con protocolos, la calidad de la atención y una mejor educación del paciente. La discusión llama la atención sobre el marco legal de la relación dentista-paciente, aunque todavía no está claro cómo ciertos aspectos tomarán forma en la práctica dental diaria².

Schouten BC, Eijkmana MA, Hoogstratena J, Dekkera J. (2001). La introducción de la Ley de Contrato de Tratamiento Médico en los Países Bajos hace cinco años estableció algunos derechos y deberes importantes tanto de pacientes como de miembros de la profesión médica. El objetivo de este estudio fue evaluar los conocimientos, las actitudes y la autoeficacia de los dentistas holandeses con respecto a varios temas de este acto. Se envió un cuestionario a 806 odontólogos. El 41,6% de ellos respondió. Los resultados muestran que los dentistas están bien informados sobre algunos de los temas más importantes de esta ley, como el requisito de obtener el consentimiento del paciente para los tratamientos dentales mayores. Los resultados relativos a su actitud y autoeficacia, sin embargo, son menos positivos. La mayoría de los encuestados cree que el principio del consentimiento informado conducirá a una comercialización de la relación dentista-paciente. Además, resalta el temor por los procedimientos legales y está presente la dificultad acerca de qué se debe informar a los pacientes. Se concluye que la mejora de la aplicación de los requisitos de esta legislación en la práctica dental requiere tanto un cambio de actitud como una mejora de las habilidades comunicativas de los dentistas³.

Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman (2002). En los Países Bajos, la doctrina legal del consentimiento informado se establece en la Ley de Contrato de Tratamiento Médico, que fue introducida en 1995. Este estudio evaluó los conocimientos, actitudes y autoeficacia de los pacientes dentales, así como su comportamiento autoinformado con respecto al consentimiento informado. Ciento veintiocho pacientes (tasa de respuesta del 91,4%) respondieron un cuestionario sobre estos temas, justo después de su tratamiento o consulta. Los resultados muestran que solo la minoría de los pacientes está familiarizada con la "Ley de Contrato de Tratamiento Médico. Sin embargo, sus derechos específicos sobre el consentimiento informado son más conocidos. Por otro lado, las actitudes de los pacientes y la autoeficacia fueron menos positivas. Sin embargo, el comportamiento de los pacientes dentales no reflejaba sus actitudes y autoeficacia. Contrariamente a la teoría social y psicológica, casi no se encontraron relaciones significativas entre las cuatro variables medidas, y el comportamiento autorreportado difícilmente podría ser predicho por el conocimiento, las actitudes y la autoeficacia de los pacientes. A la luz de estos hallazgos, se concluye que otros factores, que tienen en cuenta una perspectiva más consumista sobre la relación dentista-paciente, probablemente desempeñan un papel más importante en predecir hasta qué punto los pacientes afirman sus derechos en la práctica dental⁴.

Yuasa H. et al (2002). Objetivos: Comprobar la hipótesis de que la tasa de participación en un ensayo controlado aleatorio con tumores malignos sería más baja que la que implica "enfermedad común". Pacientes y métodos: Se pidió a los pacientes ambulatorios de las clínicas de cirugía oral y maxilofacial que seleccionaran entre las siguientes tres afirmaciones que reflejaban mejor su actitud hacia los ensayos controlados aleatorios de una hipotética enfermedad común y un tumor maligno: "Puedo participar en un estudio aleatorizado (aceptar)", "participaré en un estudio clínico basado en las condiciones del estudio" (condicional) o "no tomaré parte en un ensayo controlado aleatorio" (rechazar). Resultados: Para la enfermedad común, 117 de 1.083 participantes (10,8%) seleccionaron 'aceptar', 664 (61,3%)

seleccionaron 'condicional' y 302 (27,9%) seleccionaron 'rechazar'. Para los tumores malignos, 137 participantes (12,7%) seleccionaron 'aceptar', 644 (59,5%) seleccionaron 'condicional' y 302 (27,9%) seleccionaron 'rechazar'. Entre los que se negarían a participar en un ensayo clínico aleatorio para una enfermedad común, el 27,2% de los pacientes seleccionados dijo que tomará "parte en un estudio clínico basado en las condiciones del estudio" o que podía "participar en un ensayo controlado aleatorio" para tumores malignos. Conclusión: La hipótesis de que la tasa de participación en un ensayo controlado aleatorio puede ser menor cuando se piensa que los pacientes sufren tumores malignos que cuando se piensa que sufren enfermedad común no es justificable⁵.

López CC, Baca PR, San Hipólito ML, Donado RM. (2003). La firma del consentimiento informado por el paciente es obligatoria antes de cualquier intervención. Objetivos: Los objetivos de este artículo original fueron: Conocer el nivel de comprensión del consentimiento informado por parte del paciente y determinar el porcentaje de pacientes que rechazan el tratamiento al conocer los riesgos de este. Pacientes y método: Participaron en el estudio 385 pacientes a los que se les extrajo el tercer molar quirúrgicamente tras haber firmado el consentimiento informado. Posteriormente, se les realizó una encuesta para comprobar si habían comprendido la finalidad del consentimiento informado y su opinión sobre el procedimiento. Resultados: Los datos se trataron mediante estadística descriptiva. Lo más destacable es que el 100% de los pacientes firmaron el consentimiento informado y se sometieron a la cirugía. El 99,74% entendió claramente qué le harían en la intervención. El 97% sabía que se podían presentar complicaciones y el 94% entendió que podía negarse a la intervención. Más de la mitad (61,56%) pensaba que el consentimiento sirve para eximir de responsabilidad al profesional. Al 98,96% les parece útil este tipo de información. Conclusiones: El consentimiento informado fue comprendido por la mayoría de los pacientes y ninguno de ellos se negó a la intervención. En ambientes médicos y dentales, los investigadores han

encontrado que los pacientes no comprenden adecuadamente la información dada durante las discusiones sobre el consentimiento informado, especialmente los pacientes menos educados y de bajos ingresos⁶.

Mortensen MG, Kiyak HA, Omnell L. (2003). Debido a la importancia del cumplimiento por el paciente de los regímenes de tratamiento ortodóncico, este estudio examinó la comprensión del paciente y los padres del tratamiento ortodóncico de la fase I del niño en una clínica dental pública con pacientes étnicamente diversos y de bajos ingresos. Las entrevistas se llevaron a cabo con 29 niños (edades 6-12) y sus padres o tutores en la cita de presentación de casos de ortodoncia. El ortodoncista explicó las razones del tratamiento, los procedimientos ortodónticos por utilizar, los riesgos, las alternativas y las responsabilidades del paciente y del padre durante el tratamiento. La sesión fue grabada en audio. Las entrevistas se realizaron inmediatamente después de esta discusión y los resultados se compararon con las presentaciones de los ortodoncistas. En general, tanto los niños como los padres recordaron significativamente menos razones para el tratamiento (1.10, 1.66 y 2.34, respectivamente), los procedimientos (1.55, 1.59 y 2.45 respectivamente), los riesgos asociados al tratamiento (0.66, 1.48 y 4.66 respectivamente) y las responsabilidades del niño durante el tratamiento (2,21, 2,07 y 3,38, respectivamente) que lo que el ortodoncista les había dicho. También eran más propensos a no recordar las razones, los procedimientos y los riesgos que fueron citados con más frecuencia por el ortodoncista. Estos hallazgos plantean preocupaciones acerca de la efectividad de las actuales técnicas de consentimiento informado con poblaciones de salud pública, especialmente las bajas tasas de recuperación dentro de los 30 minutos de las presentaciones de casos. El menor recuerdo de los riesgos de los niños y sus padres, particularmente en el caso de riesgos críticos tales como recaídas, caries y problemas periodontales, plantea preocupaciones sobre el cumplimiento del tratamiento, el éxito y, lo que es más importante, la efectividad del proceso de consentimiento informado. La investigación futura debe centrarse en los métodos para

mejorar el proceso de consentimiento informado entre los niños sometidos a tratamiento ortodóntico en una población de bajos ingresos⁷.

Schouten BC, Hoogstraten J, Eijkman MAQ (2004). El objetivo de este estudio fue repetir un estudio previo sobre el consentimiento informado en la práctica dental, debido a la baja tasa de respuesta de ese estudio (Schouten, Eijkman, Hoogstraten & den Dekker, 2001). El presente estudio evaluó el conocimiento de los dentistas holandeses, sus actitudes y su autoestima hacia el principio de consentimiento informado, mediante una versión fuertemente abreviada del cuestionario utilizado en el estudio original. Este cuestionario fue enviado a 384 odontólogos holandeses; el 60,2% respondió. Los resultados obtenidos son muy comparables con los del estudio original, por lo que aumentó así la confianza en los resultados. Los resultados de ambos estudios indican que los dentistas todavía tienen problemas con algunos aspectos del consentimiento informado. Específicamente, el temor de los dentistas por los procedimientos legales y la dificultad que tienen para informar a los pacientes inmigrantes merecen mayor atención⁸.

Calderón MJ (2006). El fin de esta investigación fue indagar por qué se han incrementado las inconformidades en el área de estomatología en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, donde se encontró que el número de inconformidades recogidas por esta institución en el área de la estomatología no es representativo de los dentistas que ejercen su profesión en el Valle de México y mucho menos de los que ejercen en todo el país. Además, se encontró que el número de las inconformidades no ha aumentado, como se refiere en la bibliografía citada. De las inconformidades que se presentan, la mitad es por una deficiencia en la información que reciben los usuarios de los odontólogos, y la otra mitad se refiere a la responsabilidad profesional por mala praxis. Asimismo, se indagó con respecto a las inconformidades por especialidad que se presentan en la Conamed en el área de la estomatología. Se encontró que la especialidad de

prótesis es la que tiene el mayor número de inconformidades. También se practicaron sondeos en el área metropolitana a profesionales de la salud bucal y miembros de la sociedad, que dieron a esta investigación grandes aportes mostrando el cambio que ha tenido la relación clínica odontológica en México con respecto a la transformación del usuario hacia una autonomía en la toma de decisiones referente a su salud. Los miembros de esta sociedad ya no comparten el mismo sistema de valores y demandan que la información de los tratamientos odontológicos que se les van a practicar sea clara⁹.

Miguel R, Zemel M. (2006). Este trabajo se fundamenta en la necesidad de obtener datos sobre la práctica del consentimiento informado realizada por odontólogos. Los datos pertenecen al Programa de Residencias Odontológicas Universitarias (ROU) de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (UNLP). La investigación tiene como intención conocer diferentes aspectos respecto a las fortalezas y debilidades de su utilización actual. A partir de los datos, se puede concluir que, a pesar de que los conocimientos teóricos sobre la práctica del consentimiento informado son escasos, existe una tendencia significativa a destinar tiempo en la consulta dental para su empleo, especialmente en la nueva generación. Se considera imperativo incluir en la malla curricular y en los programas académicos odontológicos principios éticos y legales en relación con el proceso de consentimiento informado¹⁰.

Ernst S, Elliot T, Patel A, Sigalas D, Llandro H, Sandy H. (2007). El objetivo del estudio fue determinar el nivel de recuperación del paciente o de los padres del consentimiento previo al tratamiento ortodóncico. Diseño: A los pacientes o los padres de niños que habían sido consentidos para el tratamiento de ortodoncia se les pidió completar un cuestionario sobre el consentimiento de al menos seis meses en su tratamiento. Establecimiento: Bristol Dental Hospital. Sujetos y métodos: Cuarenta y un pacientes

consecutivos y ocho de sus padres, con un rango de edad combinado de 12-59 años, el 61% fueron mujeres y el 39% hombres. Se identificó que los pacientes y, en su caso, sus padres, habían firmado un formulario de consentimiento al menos seis meses antes. Se pidió a cada uno que completara un cuestionario sobre aspectos del proceso de consentimiento. Resultados: Los pacientes y los padres demostraron un alto nivel de recuerdo para el proceso de consentimiento con respecto al tipo de aparato (89,8%), las razones del tratamiento (96%), los riesgos (75,5%), la duración del tratamiento (83,3%), la oportunidad de formular preguntas (96%), y si se proporcionó otra información (94%). Sin embargo, el cuestionamiento adicional sobre los riesgos demostró un pobre recuerdo de factores importantes como la desintegración (36,8%), reabsorción radicular (menos del 21%), retención (56,3%) y duración de la retención (35%). Conclusiones: En general, el proceso de consentimiento funciona bien, pero las áreas específicas de preocupación se centran en los riesgos del tratamiento ortodóncico¹¹.

Maluf F, Paiva CG, Caubi DJ, Bugarin JJ, Garrafa V. (2007). Los poderes personales de decisión e individualidad deben ser respetados, fundamentados en la autonomía expresada mediante el consentimiento informado. Este artículo examina datos sobre el uso real del consentimiento informado en hospitales en el Distrito Federal de Brasil. Los dentistas en los hospitales completaron un cuestionario y sus conclusiones muestran que el consentimiento informado verbal se obtiene al inicio del tratamiento en la mayoría de los hospitales. Se observaron errores en el uso y conceptualización del consentimiento informado. Al no distinguir entre autorización de derechos de imagen y consentimiento informado, los documentos proporcionan poca información y no explican aspectos importantes del tratamiento. Por lo tanto, los dentistas que practican en la red de hospitales necesitan un conocimiento más detallado de la bioética básica para fusionar el principio de bienestar bien regulado y consolidado con el principio de autonomía¹².

Chate RA. (2008). El objetivo fue determinar el nivel de conocimiento y comprensión del consentimiento informado entre los ortodoncistas consultores. Diseño: Un cuestionario que abarcó una gama de cuestiones legales sobre el consentimiento informado en lo que se refiere a la práctica clínica en tres de las cuatro naciones del Reino Unido. Establecer los departamentos de ortodoncia en Inglaterra, Gales e Irlanda del Norte. Sujetos y métodos: Se publicó inicialmente un cuestionario a 14 ortodoncistas consultores que trabajaban en el este de Inglaterra como un proyecto de auditoría regional sobre el consentimiento informado en el 2005. Después de la finalización de la auditoría en el 2006, los datos piloto se utilizaron para mejorar el cuestionario y ampliar su circulación. El proyecto fue luego sometido al comité de efectividad clínica de la British Orthodontic Society (BOS), que posteriormente dio su respaldo para la circulación nacional. El cuestionario fue enviado a otros 216 consultores en junio del 2007, con dos nuevos avisos a los que no respondieron antes de que la encuesta se cerrara cuatro meses después. El estándar requerido para que la práctica clínica sea legal es que todas las preguntas deben ser contestadas correctamente. Resultados: De los 233 consultores ortodoncistas que fueron invitados a participar, 183 cumplieron (78,5%) y 50 no lo hicieron (21,5%). De los que respondieron, 179 respondieron al cuestionario (76,8%), mientras que cuatro habían renunciado o se habían jubilado (1,7%). De las 21 respuestas a las 11 preguntas que se plantearon, la media, la mediana y la tasa de respuesta correcta fueron 12 (57%), 11 (52%) y 10 (48%), respectivamente. Las áreas que se encontraron con el nivel más bajo de comprensión incluyeron las explicaciones que los pacientes necesitan de los médicos para que ellos den su consentimiento, cómo juzgar completamente si un paciente es capaz de dar su consentimiento, cómo manejar a un paciente considerado incapaz de dar su consentimiento, el estatuto jurídico de los padres que consienten en nombre de sus hijos, si los formularios de consentimiento tienen que volver a firmarse si el inicio del tratamiento se retrasa por seis meses o más y si los dentistas que refieren a un paciente para el tratamiento que requiere un anestésico general tienen el mismo deber de recibir el consentimiento para

eWSquirúrgico. Conclusiones: Los resultados de esta auditoría indican ciertas áreas claves de deficiencia en el conocimiento y comprensión del consentimiento informado entre los ortodoncistas consultores. Los hallazgos ofrecen a todos los clínicos la oportunidad de mejorar su educación y, por lo tanto, su potencial para cumplir la obligación ética y el requisito legal de obtener el consentimiento válido antes del inicio de cualquier tratamiento¹³.

Muñoz ZG. (2008). Estampar la firma en la hoja de consentimiento informado por parte del paciente es obligatorio antes de realizar cualquier procedimiento estomatológico. Los objetivos de esta investigación fueron: conocer el nivel de comprensión del consentimiento informado por el paciente y determinar el porcentaje de pacientes que rechazan el tratamiento al conocer los riesgos de este. Material y métodos: Participaron 257 pacientes a los que se les extrajo el tercer molar luego de haber firmado la hoja de consentimiento informado. Se les realizó una encuesta para comprobar si habían comprendido la finalidad del consentimiento informado y su opinión sobre el procedimiento. Resultados: Los datos se evaluaron mediante estadística descriptiva. Lo interesante de este estudio es que 100% de los pacientes firmaron el consentimiento informado y se sometieron a la intervención quirúrgica. El 99,61% entendió claramente qué le harían en la intervención. El 98% sabía que se podían presentar complicaciones y el 93,37% entendió que podía negarse a la intervención. Más de la mitad (61,56%) pensaba que el consentimiento sirve para eximir de responsabilidad al profesional. A 98,96% les parece útil este tipo de información. Conclusiones: El consentimiento informado fue comprendido por la mayoría de los pacientes y ninguno de ellos se negó a la intervención al conocer las posibles complicaciones. Llama la atención que muchos pacientes creen que el consentimiento sirve para eximir de responsabilidad al dentista. La baja alfabetización general y de salud en Estados Unidos significa que los documentos de consentimiento informado no son bien comprendidos por la mayoría de los adultos. Los métodos para mejorar el recuerdo y la comprensión del consentimiento informado no se han probado

en ortodoncia. Los objetivos de este estudio fueron evaluar (1) el recuerdo y la comprensión entre los pacientes y los padres mediante el uso de la American Association of Orthodontist (AAO) formulario de consentimiento informado y nuevas formas que incorporan una mejor legibilidad y procesabilidad; (2) la asociación entre capacidad de lectura, ansiedad y variables sociodemográficas y recordación y comprensión; y (3) cómo los diversos dominios (tratamiento, riesgo y responsabilidad) de la información son afectados por los formularios¹⁴.

Taiwo OO, Kass N. (2008). Es posible que los participantes en la investigación no comprendan adecuadamente la investigación en la que van a participar. Esto se debería a múltiples factores. Este eslabón perdido en el proceso del consentimiento informado contraviene el requisito de un consentimiento "informado" antes del inicio de la investigación. Este estudio evaluó el consentimiento pos consentimiento de los participantes del estudio nigeriano de la investigación de salud oral a la que fueron invitados a unirse. Estudio descriptivo transversal con participantes de la investigación que acababan de autorizar uno de los tres estudios de investigación en salud oral. Los centros de estudio incluían dos centros, uno en el norte y otro en el sur de Nigeria. Los datos se recogieron utilizando una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Se entrevistó a un total de 113 participantes de la investigación. La parte sur del país tenía 58 encuestados y el norte 55. El rango de edad era de 21 a 80 años. La edad media fue de 46,1 (SD16, 3). La muestra fue predominantemente masculina (69,9%) y casada (64,6%). Hubo escasa comprensión de algunos elementos claves del proceso de consentimiento informado, como la participación en la investigación, los beneficios, los contactos, la confidencialidad y la voluntariedad. Algunos factores identificados que potencialmente comprometieron la comprensión fueron la pobreza, el analfabetismo, la concepción errónea terapéutica y la confusión sobre el papel dual del dentista y el investigador. Los participantes reclutados en la investigación sobre salud oral en Nigeria no comprendían adecuadamente los estudios a los que fueron invitados a participar ni

comprendían sus derechos como participantes en la investigación. Deben tomarse medidas para incluir la bioética de la investigación en los planes de estudio de las escuelas dentales y para capacitar a los investigadores de salud bucodental en el país sobre la ética de la investigación¹⁵.

Kang EY, Fields HW, Kiyak A, Beck FM, Firestone AR. (2009). Métodos: Tres grupos de tratamiento (30 pares de pacientes-padres en cada uno) recibieron una presentación de caso ortodóncico y la forma AAO, una forma mejorada de legibilidad (MIC) o una forma mejorada de legibilidad y procesabilidad (apareamiento de señales auditivas y visuales). Las entrevistas estructuradas fueron transcritas y codificadas para evaluar el recuerdo y la comprensión. Resultados: Las relaciones significativas entre las variables relacionadas con el paciente y el recuerdo y la comprensión explicaron poco de la varianza. La forma MIC1SS mejoró significativamente el recuerdo del paciente y la memoria y comprensión de los padres. Recordar fue mejor que la comprensión, y los padres se comportaron mejor que los pacientes. La forma MIC1SS mejoró significativamente la comprensión del tratamiento del paciente y la recuperación del riesgo y la recuperación y comprensión del tratamiento de los padres. Tanto los pacientes como los padres sobreestimaron su comprensión de los materiales. Conclusiones: La mejora de la legibilidad de los materiales de consentimiento hizo poca diferencia, pero la combinación de una mejor legibilidad y procesabilidad benefició tanto el recuerdo de los pacientes como el recuerdo y comprensión de los padres en comparación con el formulario AAO¹⁶.

Palomer RL. (2009). Para conocer acerca de la petición de consentimiento informado en odontología, se realizó una búsqueda de información en las bases de dato de SciELO y Pub Med, usando las palabras claves “consentimiento informado”, “odontología” y “autonomía”. Como complemento, para tener información sobre la situación en Chile, se envió

una encuesta a 40 cirujanos dentistas de tres centros de atención dental de la Red de Salud de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Se puede observar que aún existe desinformación en odontología en cuanto a la finalidad, implicancia e importancia de un adecuado proceso de consentimiento informado en la relación odontólogo-paciente¹⁷.

Saliba GC, Isper GA, Anjos SC, Goncalves PE (2009). Este estudio tuvo por objetivo evaluar el perfil del cirujano-dentista que realiza curso de especialización en la Facultad de Odontología de Araçatuba/UNESP, Brasil, si este solicita al paciente o a su representante legal el consentimiento informado antes de la realización de los procedimientos, y si decide con el paciente sobre su tratamiento. Se elaboró, validó y aplicó un cuestionario, y los datos obtenidos fueron analizados por medio del programa EPI-INFO 3.3. Se concluyó que, dado que aún hay cirujano-dentistas que antes de empezar un tratamiento no obtienen ningún tipo de documento, una gran parte de ellos está totalmente vulnerable frente a un proceso ético o jurídico y que es necesario tomar conciencia sobre estos aspectos¹⁸.

Amorim AG, Souza EC. (2010). La bioética se esfuerza por la humanización en los servicios de salud junto con la promoción de los derechos de los pacientes. Ante la falta de investigación en odontología, sobre este tema, se realizó el presente estudio para identificar, desde el punto de vista de los cirujanos dentistas, los problemas éticos experimentados en la práctica odontológica. Se trata de una investigación exploratoria descriptiva dentro de un enfoque cualitativo. El material empírico fue recolectado a través de entrevistas semiestructuradas realizadas a 15 cirujanos dentistas en el estado de Rio Grande do Norte, Brasil. Los resultados indican que muchos de los problemas éticos coinciden con las infracciones a las normas y reglas del Código de Ética Dental, confirmando una ética dental adquirida durante la formación profesional y, por tanto, inadecuada para resolver los problemas que surgen en la práctica profesional. Concluimos que los problemas éticos

identificados en la práctica profesional deben entenderse más allá de la dimensión dental, hacia un enfoque humano. Por lo tanto, es necesario incorporar las tecnologías de gestión de la salud en las prácticas de salud que implican el reconocimiento de las diferentes dimensiones que rodean a las personas y sus necesidades de salud¹⁹.

Rogés SA, Sánchez GS, Sanabria JG, Sosa HH, Moleiro HM (2010). La bioética se sustenta en el principio de la autonomía, que es el respeto a la dignidad del hombre y se manifiesta a través del consentimiento informado; sin embargo, se desconoce cómo se aplica por los estomatólogos pinareños. Se realizó un estudio descriptivo y transversal para determinar el nivel de aplicación del consentimiento informado por los estomatólogos de la atención primaria de salud del municipio Pinar del Río en junio de 2007, lo que se considera de vital importancia para un ejercicio de la profesión, que implique el cumplimiento de los principios bioéticos, específicamente del consentimiento informado. De un universo de 134 estomatólogos, fueron incluidos en la investigación 100, a los cuales se les realizó una encuesta y guía de observación. Los datos se procesaron y se utilizaron los métodos de la estadística descriptiva. Se encontró que no hay un conocimiento completo, ni se aplica de forma correcta el consentimiento informado, y los elementos más violados fueron: la solicitud de autorización al paciente y su incorporación a las decisiones sobre el tratamiento por realizar²⁰.

Guirland AA.. (2011). El consentimiento informado del paciente es la aceptación del diagnóstico o tratamiento sugerido por el profesional luego de brindarle información. Es obligatorio según los códigos Penal y Sanitario de Paraguay; y se presta especial atención a la comprensión del paciente, y la información suministrada redactada de manera clara, sencilla y completa. El objetivo del estudio fue evaluar la percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el 2010, con el propósito de tomar medidas correctivas necesarias si fuere necesario. En un estudio observacional descriptivo de

corte transversal, se aplicó un cuestionario autoadministrado constituido de 14 preguntas divididas en tres apartados; datos sociodemográficos, percepción y comprensión a 145 pacientes. Se observó percepción y comprensión suficiente en 62% de los participantes y el 82% de los pacientes cree que firmar el documento exime de responsabilidad penal al profesional. Se concluye que no se observó significancia estadística al asociar el nivel académico con la percepción y comprensión del consentimiento informado $p=5,9$ (Fischer) $p > 0,005^{21}$.

Carr KM et al (2012). La comprensión del consentimiento informado ha sido problemática. Los objetivos de este estudio fueron evaluar la efectividad de una explicación acortada de un método de consentimiento establecido y si las presentaciones de diapositivas personalizadas mejoran la comprensión de los riesgos y limitaciones del tratamiento ortodóntico. Métodos: Las presentaciones de diapositivas para cada uno de los destinatarios de los padres directos incluyeron los elementos más comunes, hasta cuatro elementos específicos de los componentes específicos, y otros elementos generales. El grupo A escuchó una presentación del plan de tratamiento y el consentimiento informado. El grupo B no escuchó la presentación del consentimiento informado. Todos los sujetos leyeron el formulario de consentimiento, vieron la presentación de diapositivas personalizada y completaron una entrevista con preguntas estructuradas, dos pruebas de alfabetización y un cuestionario. Las entrevistas fueron calificadas para los porcentajes de respuestas correctas de memoria y comprensión. Se examinaron tres dominios de consentimiento informado: tratamiento, riesgo y responsabilidad. Estos grupos se compararon con un grupo de estudio anterior, el grupo C, que recibió el consentimiento modificado y la presentación de diapositivas estándar. Resultados: No hubo diferencias significativas entre los grupos A, B y C para las variables sociodemográficas. Los niños del grupo A obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que los del grupo B en la recuperación del riesgo y en el grupo C en la comprensión general, la recuperación del riesgo y la comprensión, y los

riesgos y limitaciones generales. Los niños del grupo B obtuvieron puntuaciones significativamente más altas que las del grupo C en la comprensión general, el recuerdo del tratamiento y la recuperación del riesgo. Conclusiones: Este estudio sugirió poca ventaja de una revisión verbal del consentimiento (excepto para los pacientes de riesgo) cuando se incluyeron otros medios de revisión como el programa de diapositivas personalizado. El análisis de regresión sugiere que los pacientes comprendieron mejor los elementos presentados primero en la presentación de diapositivas de consentimiento informado. Por consiguiente, la información más importante debe ser presentada primero a los pacientes y cualquier información proporcionada más allá de los primeros 7 puntos debe ser dada como material complementario para llevar a casa²².

Salame OV (2013). El odontólogo, como efector sanitario, responsable de la salud oral del paciente y, por extensión, de la comunidad a la que pertenece, no debe estar ajeno a los fundamentos, valores, principios y metodología que la bioética propone, ya que estos le posibilitarán un accionar profesional integrador de mayor calidad. Una de las principales normativas ético jurídicas constituye la aplicación del consentimiento informado, documento que respeta valores y principios éticos; sin embargo, debido a la falta de aplicación de un formulario adecuado, la práctica odontológica se ve comprometida y además se vulnera el derecho constitucional a la salud del paciente. Por tal motivo, la presente investigación tuvo como objetivo: Promover la importancia de la aplicación del consentimiento informado como garantía en el ejercicio de la práctica odontológica, beneficiando al efectivo cumplimiento del derecho constitucional a la salud de la población, mediante un análisis comparado del formulario propuesto por el Ministerio de Salud pública, la normativa ética y jurídica, y la elaboración de un formato de consentimiento informado que cumpla todos los requerimientos para garantizar la protección del profesional y del paciente. Además, se realizó una valoración de los conocimientos y criterios éticos que tiene el estudiante y profesional en odontología. Para el análisis y valoración de conocimientos

se plantearon dos cuestionarios con 10 preguntas cerradas cada uno, dirigidas al profesional y al estudiante de odontología. Las preguntas fueron elaboradas de manera secuencial, todas tienen relación y se complementan, de esta manera se podrá realizar un análisis integral de los resultados. Para la tabulación y obtención de datos se utilizó el programa estadístico SPSS. Se evidencia la falta de preparación en lo que se refiere a la finalidad, uso, elaboración y aplicación del consentimiento informado como un documento que respete normas éticas y cumpla requisitos odontológicos y jurídicos, un 65% de los estudiantes y un 70% de los docentes no sabe en qué fase de consentimiento ubicar a nuestro país y erróneamente lo hace en la fase de consentimiento informado; etapa a la que se pretende ingresar con la difusión de esta investigación. Se valida la realización de este trabajo al reflejarse que un 100% de los estudiantes y un 80% de los docentes están seguros de que con la elaboración de un consentimiento adecuado se podría proteger al profesional de una posible intervención de la ley. Se concluye entonces que es evidente la falta de conocimiento y, por ende, la poca importancia que se le presta al consentimiento informado como protocolo médico-odontológico, su aplicación y elaboración son deficientes, no existe en el país un formato adecuado que pueda convertirse en un verdadero documento ético-legal, además esta falta de conocimiento lleva al profesional de la salud a conformarse con formularios menesterosos poniendo en riesgo su integridad y vulnerando un derecho del paciente²³.

Torres LD, Heras MM, Azcárate VF, Hita IP, Ruiz LH, Hernández PE, Gutiérrez PJ. (2014) El objetivo fue evaluar el efecto del consentimiento informado sobre la ansiedad preoperatoria de los pacientes. Se realizó un estudio prospectivo (91 pacientes) sometidos a extracción de tercer molar inferior. Los pacientes fueron distribuidos en tres grupos. El consentimiento informado para la cirugía se obtuvo a través de un documento escrito, una entrevista oral o una grabación de vídeo. Posteriormente, se preguntó a los pacientes sobre su conocimiento del consentimiento informado. Resultados: Mientras que la información transmitida tanto en formatos orales como

escritos alivió al paciente en una escala de -3 a +3, $0,97 \pm 1,21$ y $0,29 \pm 0,97$, respectivamente, la grabación de vídeo aumentó la ansiedad del paciente en un estadísticamente Significativa en una escala de -3 a +3, $-0,57 \pm 1,43$. La diferencia obtenida entre los valores obtenidos en la información oral y escrita no fue estadísticamente significativa. Discusión: El formato más adecuado, según nuestro estudio, sería el formato oral²⁴.

Cusme JG. (2015) El consentimiento informado en el Ecuador hace referencia al hecho de comunicar al paciente a tratar de forma muy explícita y entendible sobre paso a paso los procedimientos a seguir en cualquier tratamiento odontológico que se vaya a realizar. Evitamos así procesos legales que nos asechen o que pongan en peligro nuestra carrera como profesionales, es por esto de suma importancia el implementar el consentimiento Informado ya que no solo es un derecho para nosotros sino también un deber que tenemos nosotros como proveedores de la salud con la persona a la cual le estamos brindando nuestros servicios, y es un deber cívico ya que al momento de ser profesionales hacemos un juramento en el cual decidimos poner el bienestar y la salud del paciente siempre primero y ante cualquier circunstancia. El objetivo analizar la importancia del Consentimiento Informado en Odontología en el Ecuador. Metodología aplicada: no experimental, bibliográfico y descriptivo. Se aplicó una encuesta a 30 alumnos de Quinto año de la Facultad Piloto de Odontología y según los resultados obtenidos del total de 30 (100%) alumnos encuestados, 15 (50%) no tienen conocimiento sobre esto y el 15 (50%) tiene un conocimiento un poco leve del tema. Como conclusiones: existe poco conocimiento acerca de este documento y sobre la importancia que deberíamos de darle, implementándolo así en las clínicas de la Facultad Piloto de Odontología y tratándolo de manera más a fondo en la materia de Odontología Legal para así irnos formando en este tema y estar precavidos a la hora de la práctica privada²⁵.

Hernández GM. (2015) El objetivo de este estudio es evaluar el grado de conocimiento y percepción de los profesionales de la salud oral acerca del CI y su aplicación en el actuar clínico, así como evaluar la opinión y la valoración que hace el paciente referente al CI. Se contó con una muestra de 111 profesionales de la salud oral colegiados y en ejercicio profesional y de una segunda muestra de 110 pacientes mayores de edad atendidos en una clínica dental de asistencia sanitaria privada en la Comunidad Valenciana. Para cada una de ellas se elaboró una encuesta anónima y posteriormente se realizó un estudio descriptivo. De acuerdo a los datos obtenidos se observó cómo la aplicación del CI es alta por parte de los profesionales así como en la muestra de pacientes. Si bien la información se da generalmente de forma verbal y escrita, hay divergencia de opiniones por parte de los profesionales y pacientes en lo referente al CI en determinados aspectos: los primeros lo ven como un mecanismo de defensa legal, y por ello, se da excesiva información y de difícil comprensión. Los segundos no tienen claro qué beneficio les aporta y piensan que lo entienden suficientemente aunque, en algunos procedimientos, consideran necesario recibir más información y con un lenguaje menos técnico. Por otra parte, desconocen su derecho a revocar el CI y se percibe el deseo de recibir información con un tiempo prudente antes del procedimiento. Se reconoce la importancia del CI, pero se continúa actuando bajo un paternalismo encubierto. Los profesionales requieren reforzar los conocimientos y mejorar su comunicación con los pacientes. Las Universidades y los Colegios Profesionales de Odontólogos deben involucrarse más en el proceso de concienciación acerca del CI. Así mismo, a los pacientes se les debe dar la educación necesaria referente no solo a sus derechos sino a sus deberes en lo referente a la toma de decisiones para así implicarlos de manera activa²⁶.

Pawlak CE, Fields HW, Beck MF, Allen R. (2015) El propósito de este estudio fue determinar si la adición de una pequeña presentación de video reiterando las cuestiones relacionadas con el consentimiento informado a un documento de consentimiento informado modificado que hace hincapié en

un número limitado de núcleo y paciente específico "trozos" al principio de una presentación de consentimiento informado. Mejoró la recuperación y comprensión de los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento ortodóncico. Un segundo objetivo fue evaluar los datos actuales relacionados con las prácticas recomendables. Métodos: Setenta pares de pacientes-padres fueron divididos al azar en 2 grupos. Los pacientes del grupo de intervención (grupo A) y los padres juntos revisaron una presentación de diapositivas personalizada y una breve presentación de video que describe los principales riesgos del tratamiento ortodóncico. El grupo B siguió el mismo protocolo sin ver la cinta de video. Todos los pacientes y padres fueron entrevistados independientemente por los asistentes de investigación utilizando una herramienta de medición establecida con preguntas abiertas. Las entrevistas fueron transcritas y anotadas para la adecuación de las respuestas usando un libro de códigos previamente establecido. Por último, los pacientes y los padres recibieron 2 pruebas de alfabetización en lectura, 1 relacionadas con la salud y 1 con contenido general, seguidas de los cuestionarios de estado demográficos y psicológicos autoadministrados. Resultados: No hubo diferencias significativas entre los grupos para las variables sociodemográficas. No hubo diferencias significativas entre los grupos para el recuerdo general y la comprensión; Recordación y comprensión para los dominios de tratamiento, riesgo y responsabilidad; Y recordación y comprensión para artículos básicos, generales y personalizados. Los efectos de posición fueron limitados en el impacto. En comparación con estudios previos, estos datos demuestran aún más el beneficio de mejorar la legibilidad y la suplementación audiovisual con la adición de "chunking". Conclusiones: No hay ningún beneficio al agregar un video corto a la mejoría previamente establecida y la suplementación audiovisual. Hay un beneficio significativo de la mejora de la legibilidad y la suplementación de diapositivas audiovisuales con la adición de "Corte" sobre los métodos tradicionales de consentimiento informado en términos de mejora del paciente en la comprensión general, la recuperación del tratamiento y la comprensión del tratamiento. El dominio del tratamiento es el más afectado²⁸.

Pradhan S, Khurana S, Chinmaya BR, Shourya T. (2015) Los profesionales de la odontología no están desempeñando sus funciones en la obtención del consentimiento informado (IC) de los pacientes antes del tratamiento, como se explica en el código de ética. El presente estudio se realizó para evaluar la práctica de CI entre los odontólogos (DP) de NCR. Se realizó un estudio transversal utilizando un cuestionario cerrado. El cuestionario consistió en 14 preguntas tanto en inglés como en hindi. Se distribuyeron formularios a 152 DP de NCR. El estudio fue aprobado por el Comité Ético Institucional. Se mantuvo la confidencialidad de los participantes. La estadística descriptiva se realizó mediante SPSS V 20.0 para analizar el resultado. Sólo el 59,9%, de los DPs consideraron que era necesario tomar CI de sus pacientes. Aproximadamente el 15,13% de los DP obtuvo CI escrita sólo de sus pacientes, y el 11,2% obtuvo CI de los padres mientras trataban a sus hijos. Aproximadamente el 52% de los DPs no obtuvieron CI en una emergencia dental. Es de creer que el CI es moral más que legal. Los dentistas podrían incorporar el CI en su práctica dental habitual para todos los casos. La práctica del CI aumenta la autonomía del paciente, su confianza y la confianza en los profesionales de la salud, y reduce el riesgo de cualquier negligencia en el cuidado dental²⁹.

Ramírez RM, Paneque ET, García ZM, García ZC. (2015) Los avances tecnológicos en el campo de la estomatología han provocado que aspectos de la ética y bioética que regulan la profesión revelen su importancia. Objetivo: determinar el nivel de aplicación del consentimiento informado en la práctica clínica. Método: se realizó un estudio descriptivo y transversal en estomatólogos recién graduados que se encontraban realizando la especialidad en Estomatología General Integral de la clínica estomatológica del policlínico comunitario René Vallejo Ortiz y Hospital Celia Sánchez Manduley de Manzanillo, en el período comprendido de Octubre del 2013 a Abril del 2014. El universo estuvo constituido por 76 residentes y la muestra fue de 70. Resultados: el consentimiento informado no se elabora cumpliendo con los requisitos necesarios, lo realizan de forma verbal, la

información brindada a los pacientes no es suficiente porque no ofrecen alternativas de tratamiento con sus ventajas y desventajas, no describe detalladamente los procedimientos a realizar y no advierte de incomodidades previstas. Conclusiones: los residentes de la carrera de estomatología presentan conocimientos sobre el consentimiento informado pero su nivel de aplicación es bajo. Desconocen los beneficios que ofrece el CI, no lo confeccionan con los requisitos indispensables, no brinda información suficiente aunque influye positivamente en las decisiones de los pacientes³⁰.

Dávila EM. (2016) El consentimiento informado es la aceptación del paciente a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de haber recibido la información suficiente. Es un problema notable que los estudiantes y profesionales de Odontología no conocen la realidad del procedimiento de la obtención de este documento por lo que su aplicación se hace de forma inadecuada; debido a esto, el presente trabajo tiene por objetivo evaluar el nivel de conocimiento. Métodos: se realizó un estudio descriptivo y transversal en la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador con estudiantes matriculados en el 9no semestre del período 2015-2015, y se utilizó un cuestionario de 12 preguntas. Resultados: El 70% de los encuestados pertenecieron al género femenino; el 99% refirieron haber recibido algún tipo de información acerca del tema. El promedio de los encuestados fue de 46,92 / 100puntos, concluyendo que los encuestados presentan un nivel de conocimiento regular. Por lo que es necesario dar importancia a este tema, para que se pueda ofrecer una adecuada aplicación.

2.2 Bases teóricas.

2.2.1 Odontología forense.

La odontología forense engloba aspectos teóricos y prácticos de la profesión. Se puede definir como la ciencia encargada de emitir un peritaje de personas vivas o muertas, mediante examen y descripción de los componentes del sistema estomatognático. En el ámbito forense, el cirujano dentista se aparta de la terapéutica y realiza un manejo de la evidencia, con el fin de resolver problemas jurídicos. Todo esto basado en los conocimientos del profesional. Mencionando a los dientes y a los tejidos blandos (por ejemplo, los labios, el paladar, entre otros) como estructuras claves para el análisis, ya que son elementos que pueden brindar información al momento de una investigación. Con el paso del tiempo, los descubrimientos científicos han tenido un soporte evidencial en casos legales y por ello se ha incrementado la relevancia de la odontología forense como auxiliar en el cumplimiento de la justicia.

La odontología forense tiene a la identificación humana como el principal motivo de consulta, pero también se centra en la aplicación de los conocimientos odontológicos con fines de aportar de manera útil en cuestiones legales en derecho civil y penal. Los dientes constituyen en la actualidad el elemento fundamental en la identificación médico-legal. Su gran valor identificativo se debe a la extraordinaria resistencia de los dientes a los agentes que ocasionan la destrucción de las partes blandas del cuerpo: putrefacción, agentes traumáticos, agentes físicos, agentes químicos. Por otra parte, puede afirmarse que no hay dos personas con la misma dentadura. La información que puede suministrar el examen dental comprende las siguientes características: especie, grupo racial, edad, talla, datos particulares que permiten la individualización^{31, 32}.

La identificación odontológica desarrolla su labor casi en la totalidad de los casos difíciles, sobre todo en lo que se refiere a accidentes aéreos, catástrofes, incendios, etc., que han sufrido las personas y en que para su identificación sea dificultoso emplear los procedimientos y técnicas de otros métodos conocidos. Como elemento útil para ello, las piezas dentarias son las estructuras más duras del cuerpo humano, que ofrecen gran resistencia a los agentes destructores, tales como la putrefacción y la humedad, y soportan elevadas temperaturas. La dificultad con que se carbonizan los órganos dentarios que se someten a la acción del fuego nos demuestra la gran dureza de su constitución. También al tratarse de ahogados; la dactiloscopía y otros métodos de identificación que se basan en el estudio de las diferentes características de los tejidos blandos se vuelven inutilizables. Allí se recurre a los procedimientos odontológicos para dar luz a la identificación humana.

La odontología forense estudia la resolución de problemas de tipo legal mediante la aplicación de conocimientos odontológicos, además del manejo y el análisis en la presentación de los hallazgos en una escena de delito, los cuales se muestran a los órganos de justicia. Esta rama cada vez tiene un contenido más amplio en el que se incluyen cuestiones planteadas por el derecho civil y penal. Los conocimientos y técnicas odontológicos que se utilizan para resolver las interrogantes antes señaladas, o contribuir a su solución, pueden provenir de cualquier fuente. En la mayor parte de los casos, se trata de conocimientos de traumatología odontológica, prótesis dental, operatoria dental o ciencias básicas en que se fundamenta el saber odontológico. La odontología forense es importante y abarca temas relevantes para las investigaciones judiciales tales como: estimación de edad, recolección de evidencia odontológica en delitos sexuales, maltrato infantil y responsabilidad profesional^{31, 33}.

El ámbito donde se desenvuelve el odontólogo forense también se circunscribe a la responsabilidad civil que pueda tener el odontólogo. En la

actualidad, se ha observado por los investigadores el constante incremento de los litigios en los que, de una manera u otra, se debaten cuestiones relacionadas con la mala praxis. Entre estos procesos legales por responsabilidad profesional, están necesariamente inmersos el análisis de la historia clínica, el consentimiento informado y demás documentos que el profesional de la salud debe desarrollar durante su atención facultativa a los usuarios de los servicios de salud.

Las ciencias forenses, conceptualmente, se refieren a lo perteneciente o relativo al foro o tribunal de justicia, término latino que viene de 'forensis', el cual se refiere a aquello que es perteneciente al juzgado. Este trabajo es multidisciplinario y de una horizontalidad de las opiniones; dentro de este contexto, la odontología con su especialidad de odontología forense no debe estar ausente y es digna de ser tenida en cuenta o consultada no solo para una identificación humana, sino también para determinar daños que ocurren en el sistema estomatognático^{33, 34}.

2.2.1.1 Responsabilidad profesional.

El término responsabilidad es un concepto bastante amplio, que se relaciona con el asumir las consecuencias de todos aquellos actos que realizamos en forma consciente e intencionada. Así también se trata de uno de los valores humanos más importantes, el que nace a partir de la capacidad humana para elegir entre diferentes opciones y actuar, usando la libre voluntad, de la cual resulta la necesidad de asumir todas aquellas consecuencias que de estos actos se deriven.

La responsabilidad profesional exigida a los profesionales de la salud, entre los que se encuentra el cirujano dentista, puede ser clasificada en cuatro amplios grupos: penal, civil, administrativa y ética. En el caso del profesional odontólogo, en el mayor número de situaciones en las que se les pide responsabilidad, se trata de responsabilidad civil, penal^{35, 36}.

Criterios de adscripción de responsabilidad

Un sujeto es responsable de su conducta si se dan tres condiciones.

Libertad: La primera condición para atribuir responsabilidades es que exista una actuación libre, sin coacción ni manipulación, de manera que la conducta proceda de la persona, sus cualidades o características individuales. La libertad puede estar condicionada por factores externos que la limitan como por ejemplo escasez de recursos; en ese sentido, cabe resaltar que no es necesario una libertad plena para que haya responsabilidad; es decir, bastará con la propia acción realizada por la propia decisión.

Conducta intencional: El sujeto es consciente de lo que está haciendo; o, como se dice de manera más precisa, es consciente de su conducta bajo la descripción pertinente; es decir, no basta con que el sujeto actué de manera consciente o que se trate de una conducta intencional porque una misma conducta puede ser objeto de diversas descripciones. Para entenderlo mejor, un ejemplo sencillo se da cuando un individuo salta un arroyo y lo hace con plena intención; pero si el arroyo marca el límite entre dos países y el sujeto no lo sabe, al saltar estaría atravesando una frontera sin ser consciente de ello. Su acción es consciente bajo la descripción "saltar el arroyo", pero no bajo la descripción "atravesar una frontera".

Existencia de una acción o una omisión: Es claro que la acción libre, consciente e intencionada bajo la vinculación pertinente asume responsabilidad; sin embargo, no siempre que el sujeto no actúe se considerará responsabilidad. Para que se otorgue responsabilidad por inacción, es necesario que esta consista en una omisión negligente o una abstención. El no hacer algo es una abstención cuando es consciente y constituye una omisión por negligencia cuando, aun siendo inconsciente, se opone a lo normal o lo debido. En ese sentido, la pasividad es considerada mera inacción ("No ayudé porque al pasar no me di cuenta de la necesidad de ayuda y no era mi deber estar allí para ayudar")³⁷.

2.2.1.2 Responsabilidad en salud.

En la actualidad, las instituciones sanitarias viven en un contexto de enormes cambios organizativos, competenciales y del papel que desempeñan tanto los pacientes como los profesionales. Toda esta realidad exige necesariamente a los profesionales de la salud un conocimiento y una adaptación al mundo de la bioética y del derecho, con el fin de adquirir un complejo conjunto de habilidades que les permitan solventar con seguridad los conflictos jurídicos y bioéticos que se dan en su praxis profesional. La asistencia sanitaria tiene una evidente complejidad y singularidad, entre otros aspectos, por la cantidad de agentes que interactúan³⁸:

Usuarios-pacientes: Como sujetos activos de la prestación y asistencia sanitaria. Cabe afirmar que se está en una fase marcada por una concepción usuario centrista (fenómeno del usuario centrismo sanitario) que justifica la evolución al concepto de ciudadanía sanitaria.

Profesionales sanitarios: Los profesionales odontólogos tienen una especial relevancia en la prestación sanitaria, tanto por su número de profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud como por la trascendencia de su actividad profesional. Los cirujanos dentistas interactúan con otros profesionales y en cuyo contexto, sin duda, en ocasiones podrán surgir conflictos. Estos serán orientados siempre en interés de la organización y de los pacientes y usuarios.

Gestores y administradores: gestionando las necesidades y demandas sanitarias, priorizando y asignando recursos. El nuevo entorno del sistema sanitario ha generado que haya surgido una competencia directiva con perfiles propios: la gestión de los derechos y de los conflictos biojurídicos en la asistencia sanitaria.

Los cirujanos dentistas interactúan y, en ocasiones, pueden generar conflictos con los gestores y directivos de los centros asistenciales. Una idea relevante es aumentar el peso de los profesionales odontólogos en la gestión de los servicios sanitarios^{39, 40}.

2.2.1.3 La responsabilidad médica en odontología.

Es la obligación de los profesionales de la salud, es dar cuenta ante la sociedad por los actos realizados en la práctica profesional cuya naturaleza y resultados sean contrarios a sus deberes, por incumplimiento de los medios o cuidados adecuados en la asistencia del paciente. A veces pueden adquirir relevancia jurídica, debido al defectuoso examen del paciente, errores groseros del diagnóstico y tratamiento, daños causados por uso indebido o en mal estado de objetos (aparatos o instrumental) y medicamentos, omisión de pautas esenciales para diagnóstico de una enfermedad, falta de control hacia el personal auxiliar del médico y los daños que puedan ocasionar culposamente.

La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana, lo que implica estar continuamente justificando los propios actos y dando cuenta de las propias acciones. El fenómeno de dar cuenta o rendir cuentas, en que hemos hecho consistir el fenómeno de la responsabilidad involucra, en primer lugar, darse cuenta o rendirse cuentas a sí mismo, no como posibilidad, más bien como una necesidad impostergable, lo que se ha dado en llamar conciencia. Podemos afirmar que es mandato imperativo, obligatorio; de ahí que la conciencia haya sido siempre considerada, en sentido figurado, el primer tribunal que el hombre enfrenta y ante el cual debe rendir cuentas, el llamado tribunal de la conciencia^{41, 42}.

Se puede afirmar que hay dos grandes tipos de responsabilidades, la jurídica y la ética, de características muy distintas. La primera, donde está la penal, civil y administrativa, rige fundamentalmente nuestras obligaciones para con los demás y, la segunda, para con nosotros mismos. En la primera, los demás, a través del Estado, estamos obligados a rendir cuentas; en la segunda, el individuo se pide cuenta a sí mismo^{41, 42, 43}.

2.2.1.4 Acto médico.

Tanto el acto médico como la relación médico-paciente se dan en un entorno social y económico. En tiempos actuales, la humanidad enfrenta varios y diversos retos producto de la llamada modernidad y la globalización: uno de ellos son algunas inequidades, desde el punto de vista económico por ejemplo; otros aspectos son la falta de justicia y equidad^{44, 45}.

En este contexto, debemos analizar la relación médico-paciente, para la cual existen diversas y variadas definiciones. Una de ellas la define como la interacción que se establece entre el médico y el paciente durante el curso de la enfermedad (aguda o crónica). Es una relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud. Esta relación puede influir en el curso de la enfermedad y en la eficacia del tratamiento, pero, para mejores resultados, se requiere una buena comunicación, la cual va a influir de manera positiva o negativa en la búsqueda de una verdadera sintonía. Lo que se constata es que con los avances de la medicina científica, que está más centrada en la enfermedad, en los medios diagnósticos y terapéuticos, se ha deteriorado la distancia del paciente con el médico.

La palabra médico es de origen sánscrita meth, que significa maldecir, conjurar, transferir o absorber el mal que sufren otros. Esta palabra, también, ha sido traducida como exorcizar o ahuyentar a los malos espíritus. Por ello, se definía al médico como un ser especial que pacta el compromiso de aliviar a otro que sufre, aún a riesgo de hacer suyo el sufrimiento. Por esta razón, el médico, originalmente, era visto como un dios. Hoy en día, los pacientes son más exigentes, están mejor informados, gracias a la modernidad informática, y gozan de leyes de protección, como los derechos que gozan los pacientes. Ello permite que diversos procedimientos médico-quirúrgicos estén mejor garantizados, sea a través de guías, protocolos y especialmente con la implementación del consentimiento informado. Este consiste en la explicación a un paciente atento sobre la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de esta y los riesgos y

beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, y luego 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 sobre el paciente.

Luego de lo esgrimido, se puede entender la definición de acto médico como un "conjunto de acciones que recibe el paciente en los servicios de salud, realizadas por un profesional de la salud con el objeto de recuperar la salud"^{46, 47, 48}.

Para el doctor Fernando Guzmán Mora, el acto médico es aquel por medio del cual se concreta la relación médico-paciente, es una forma especial de relación entre personas; por lo general, una de ellas, el enfermo, acude motivada por una alteración en su salud a otra, el médico, quien está en capacidad de orientar y sanar, de acuerdo a sus capacidades y al tipo de enfermedad que la primera presente.

A través del acto médico, se intenta promover la salud, curar y prevenir la enfermedad y rehabilitar al paciente. El médico se compromete a destinar todos los medios a su alcance para efectuar un procedimiento (médico o quirúrgico), actuando con apoyo en sus conocimientos, su adiestramiento técnico y su diligencia y cuidado personal para curar o aliviar los efectos de la enfermedad, sin poder garantizar los resultados, previa advertencia de los posibles riesgos y complicaciones inherentes al mismo.

Características del acto médico. Con el fin de identificar el acto médico, nos adentraremos en el estudio de sus características, las cuales son cuatro:

- a. El acto médico solo puede ser realizado por un profesional de la medicina.
- b. La ejecución del acto médico debe estar conforme a la *lex artis ad hoc*.
- c. El acto médico debe tener por objetivo la curación o rehabilitación del enfermo.

d. El acto médico debe estar conforme a las normas legales; es decir, debe ser lícito^{49, 50}.

2.2.1.5 Lex artis ad hoc.

Algunos juristas especialistas en materia de responsabilidad médica han definido la lex artis ad hoc de la siguiente manera: la ley artis o ley propia del arte que se ejecuta no es otra cosa que aquellos mandatos o reglas específicas que deben ser observados dentro de determinado arte o técnica, a efectos de lograr o conseguir unos determinados resultados.

El jurista español Luis Martínez Calcerrada define la lex artis ad hoc como el criterio valorativo de la concreción del correcto acto ejecutado por el profesional que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso de la influencia en otros factores endógenos (es el caso especial de los médicos) para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ella tanto el acervo de las exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular de la posible responsabilidad de su autor por el resultado de su intervención. En nuestro país, el Dr. José Carlos Ugaz define la lex artis ad hoc como el conjunto de reglas técnicas y éticas que regulan la conducta de un determinado profesional y su violación por negligencia determina la culpabilidad. Para el Dr. Cáceres Freyre, la lex artis es aquel estándar que determina la diligencia empleada. Resumiendo, podemos afirmar que la lex artis ad hoc es el fundamento del acto profesional de los profesionales en general; es decir, el acto debido a que está obligado el ingeniero cuando levanta puentes, el arquitecto cuando diseña edificios, el contador cuando ingresa datos contables en un libro registrable, etc. Podríamos incluso pensar, intentando un mayor análisis, si aquellas ocupaciones que no merecen mayor destreza poseen o se encuentran enmarcadas dentro del criterio valorativo de la lex artis ad hoc; creemos que sí, pero naturalmente en un grado menor^{51, 52, 53}.

2.2.1.6 Responsabilidad profesional del odontólogo.

Adaptando la definición clásica de responsabilidad profesional médica al ámbito de la odontología, podemos definir la responsabilidad profesional como la “obligación que tiene el cirujano dentista de reparar, responder y resarcir los daños que hayan producido a los pacientes como consecuencia de actos u omisiones, voluntarias o involuntarias, cometidos durante el ejercicio de la odontología⁵⁴.”

Tipos de responsabilidad profesional del odontólogo

En el caso del profesional odontólogo, en la inmensa mayoría de situaciones en que se le pide responsabilidad, se trata de responsabilidad civil o penal, teniendo las otras menos relevancia y presentándose estas situaciones con frecuencia muy inferior. La responsabilidad penal puede implicar la pérdida de la libertad del profesional, en tanto la responsabilidad civil puede derivar a indemnizaciones económicas verdaderamente importantes.

Responsabilidad penal: Se trata de la obligación de responder ante los delitos cometidos en el ejercicio de la profesión. Estos delitos, al igual que en el resto de nuestro ordenamiento jurídico, pueden tener dos orígenes: uno doloso; es decir, existe en estos supuestos intencionalidad o malicia para la comisión del delito; y el otro sería el culposo. En este segundo, no se da la intencionalidad o malicia, pero el origen del delito está en la imprudencia profesional. En este segundo grupo, se incluyen las situaciones en que el profesional ha realizado un acto de impericia debido al poco conocimiento de lo que realizaba, negligencia, a la falta de previsión, imprudencia, o por ejecutar actos temerarios sin tener en cuenta las probables consecuencias, por las cuales deberá responder.

Responsabilidad civil: Es la obligación de reparar los daños que se hayan producido como consecuencia de actos ilícitos civiles realizados en el ejercicio de la profesión. Esta responsabilidad tiene su base en el artículo 2314 del Código Civil, el cual señala: “El que ha cometido un delito o cuasidelito que ha inferido daño a otro es obligado a la indemnización; sin

perjuicio de la pena que le impongan las leyes por el delito o cuasidelito”. Esta obligación de resarcir los daños se transmite a los herederos de quien ha causado el daño.

Responsabilidad administrativa: Es la responsabilidad derivada del mal funcionamiento de los servicios públicos, en este caso sanitarios, y por tanto atañe a los odontólogos que ejercen su actividad para las administraciones públicas. En esta vía, se reclama contra la administración pública. En caso de condena estos pagan, pero si dicha condena se debe al comportamiento negligente del profesional, las sanciones se regirán de acuerdo a la normativa específica de cada institución en la que labora el profesional como funcionario público o privado.

Responsabilidad ética: El odontólogo, para trabajar como tal, ha de estar obligatoriamente inscrito en el colegio profesional, debido a que es un requisito para ejercer la profesión; por ende, está sujeto a responsabilidad disciplinaria interna de carácter colegial. Dicha responsabilidad está basada en los preceptos ético-deontológicos y legales que deben formar parte del ejercicio profesional del cirujano dentista. El profesional que incumple estas normas puede ser sancionado por el colegio, en casos extremos incluso con la retirada de la colegiación, lo que implica la imposibilidad de trabajar como odontólogo. El Código de Ética y Deontología del Colegio Odontológico del Perú integra valores morales, normas éticas y principios deontológicos que deben inspirar, guiar y precisar la conducta profesional del odontólogo^{54, 55}.

2.2.1.7 La responsabilidad civil de los profesionales de la salud.

La idea de una verdadera responsabilidad por hecho ajeno es antiquísima. En el grupo, el clan, la tribu, la familia, por absorber la individualidad de sus miembros, resultaba en su generalidad, al menos por los delitos penales cometidos por uno de ellos, responsable solidario de las obligaciones

patrimoniales derivadas del mismo. El orden que liga a los hombres en sociedad obliga no solo a no perjudicar a otro con nuestras acciones, sino también a vigilar sobre las personas que dependen de nosotros; a ser cautos en la elección de aquellos de quienes queremos servirnos, a fin de que no lleguen a ser causa de daño a los demás. Dependiente es quien ha sido puesto por otro para la ejecución de un acto, bajo las órdenes e instrucciones de la persona por cuya cuenta obra aquel. En ese sentido, la responsabilidad no solo deriva de actos o hechos propios, sino también se da en los hechos dañosos causados por personas que están bajo su dependencia. También ha sido entendida como una responsabilidad indirecta; en el ámbito de los servicios sanitarios, el hospital, clínica u obra social o de caridad, asume la responsabilidad por los daños médicos que puedan generar sus dependientes, esto es los médicos, auxiliares y técnicos de los que se vale para ejecutar la prestación asociada a la atención de la salud de los pacientes, lo que se deriva primigeniamente del artículo 1325 del Código Civil. La responsabilidad civil de los profesionales médicos, podemos aseverar, se deriva del incumplimiento de deberes funcionales de su profesión, lo que ocasiona a la postre el daño en el paciente, por ejemplo el incumplimiento de normas de bioseguridad al reutilizar materiales descartables o sin esterilizarlos adecuadamente, lo que se puedan reutilizar. Empero, debemos reconocer que este profesional liberal, en muchas ocasiones, está subordinado a una empresa médica (centro médico)⁵⁶.

El profesional médico es considerado actualmente un prestador de servicios y, por ende, en caso de que se configurara un incumplimiento en seguridad del paciente, el usuario tiene como derecho exigir indemnización por daños médicos. Elementos constitutivos de la responsabilidad médica son: a) la obligación preexistente del médico, b) la falta médica, c) daño ocasionado, d) determinismo causal entre el acto médico y el daño ocasionado, e) imputabilidad. Se consideran formas de culpa médica: a) la impericia o falta total parcial de pericia, entendiéndose a esta como la sabiduría, conocimientos técnicos, experiencia y habilidad en el ejercicio de la medicina; lo que puede llevar a errores de diagnóstico o el tratamiento; b) imprudencia, o ligereza en

el acto médico, sin observar la precauciones del caso; c) negligencia, sinónimo de descuido y omisión de un deber médico, este el caso del olvido de retirar instrumentos o gasas en intervenciones quirúrgicas, la alergia medicamentosa por negligencia o el abandono del paciente, teniendo la obligación de atenderlo o la omisión de información veraz sobre los riesgos del tratamiento del profesional médico al paciente^{57, 58}.

Señala Lalou que el problema del fundamento de la responsabilidad civil solo se replantea al final del siglo XIX, porque hasta 1890 no existía discusión real en torno a que no exista responsabilidad sin culpa. El autor citado otorga una importancia especial a la primera ley francesa de accidentes de trabajo, producto de luchas sindicales como consecuencia del incremento de los accidentes en la industria y en la minería y de la elemental idea de justicia que su producción suscitaba. La lógica de esta ley era que el empresario es responsable de pleno derecho de los accidentes acaecidos con motivo del trabajo a sus obreros y empleados. La víctima solo tiene que probar el accidente. Únicamente pierde sus derechos cuando el accidente es resultado de su culpa intencional; cuando exista culpa inexcusable, simplemente se reduce la indemnización debida en la forma de una pensión; por el contrario, cuando el accidente se debe a la culpa inexcusable del patrono, o de quienes lo sustituyan en la dirección, se podía aumentar la indemnización. La llamada doctrina del riesgo se formula estableciendo que toda actividad que crea para los demás un riesgo especial hace al autor de tal actividad responsable del daño que dentro de ese marco de riesgo se puede causar, sin que haya que buscar si ha existido o no culpa por su parte. Se justifica con una elemental idea de justicia: si con su actividad una persona se procura un beneficio, es justo que repare los daños que causa⁵⁸.

Esta posición explicaba, además, el concepto de riesgo, en el sentido de que este se presenta como conexión de un evento con una actividad o con un acto; pero, al mismo tiempo, como una elección de la ley misma, para hacer responsable a la persona que actúa, sobre la base de la probabilidad estadística de que el evento lesivo se haya producido como consecuencia de

aquella actividad. El evento riesgoso es aquel que, por proceder materialmente de una determinada actividad, resulta imputado causalmente a una persona. La razón de la culpa radica en la presunción de que dicha persona ha realizado un comportamiento que no se corresponde con lo esperado. Si este último hubiese sido cumplido, se habría evitado la producción del evento asociado con la actividad desarrollada.

En el caso específico de una negligencia por parte de un profesional de la salud, existirá responsabilidad de este último frente a la víctima, y lo propio ocurrirá si un menor de edad o enfermo mental puesto a su cargo ocasiona daños a una persona. Además, la responsabilidad civil del centro asistencial será de carácter contractual, en tanto que la responsabilidad civil del auxiliar o tercero del que se vale para ejecutar la prestación médica, será contractual accesoria, pues ha entrado en contacto con el paciente en virtud de un contrato que lo hace parte de la organización hospitalaria, aunque con responsabilidades diferenciadas. De esta manera, se podrá acumular en un solo juicio las pretensiones contra ambos demandados y obligados solidariamente por la totalidad del resarcimiento solicitado^{58, 59}.

2.2.2 Legislación odontológica peruana.

La práctica legal de la profesión odontológica se basa en el cumplimiento de dos normas: la ética, en virtud a la Ley de Creación del Colegio Odontológico del Perú (Ley 15251)⁶⁰ y a la Ley General de Salud (Ley 26842)⁴⁵, que remiten expresamente los deberes de sus profesionales al Código de Ética del Colegio Odontológico del Perú⁶¹; y la técnica, en virtud al Código Civil, la mencionada Ley General de Salud y la Ley de Trabajo del Cirujano Dentista⁶², cuando establecen responsabilidades de los profesionales, y las normas establecidas por el propio Colegio Odontológico del Perú, cuando por delegación regula la práctica especializada de sus profesionales y de sus auxiliares.

Según la Ley de Trabajo del Cirujano Dentista (Ley 27878), aprobada el 14 de diciembre del 2002, el trabajo del odontólogo es definido como el ejercicio de la odontología que presta su servicio en forma científica, técnica y sistemática en los procesos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud bucal mediante la interacción de la persona, la familia y la comunidad, considerando a cada una de ellas dentro del contexto sociocultural, económico y ambiental en los que se desenvuelven, con el propósito de contribuir a elevar la calidad de vida y lograr el bienestar de la población en general^{60, 61, 62}.

2.2.2.1 Requisitos para el ejercicio profesional.

Para el correcto ejercicio legal profesional de la odontología en cualquiera de sus especialidades, se requiere tener título profesional universitario, estar inscrito en el Colegio Odontológico del Perú y habilitado por el colegio regional respectivo.

La medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sanciona desde amonestación hasta multa, sin perjuicio de las responsabilidades penales establecidas en el Código Penal vigente.

Finalmente, la importancia jurídica de la legalidad de la práctica profesional de la odontología no puede ser mayor; pues no solo implica la práctica ética (valores estándares aprobados) del arte profesional estomatológico; sino también contribuirá efectivamente a determinar los grados de responsabilidad en materia penal, civil o administrativa. Dependiendo de cada situación en particular, se podrá determinar el grado de desvalor o desinterés al momento de producirse cualquier posible error profesional.

Según el reglamento de la Ley del Trabajo de Cirujano Dentista (Ley N° 27878), en el título I sobre las disposiciones generales, en el artículo 7, los requisitos para el ejercicio de la profesión de cirujano dentista son:

a) Tener título profesional a nombre de la nación, otorgado por una universidad del país o por una universidad extranjera, revalidado conforme a ley.

b) Estar colegiado y habilitado en el Colegio Odontológico del Perú.

c) En el caso de las especialidades se requiere además

c.1. Tener título de especialista expedido por una universidad del país, debidamente reconocida por la entidad estatal competente. El título de especialista optado en universidad extranjera debe ser revalidado conforme a ley y registrado en el Colegio Odontológico del Perú.

c.2. La certificación correspondiente expedida por el Colegio Odontológico del Perú con resolución del Consejo Nacional^{60, 61}.

2.2.3 Bioética.

La bioética, según Hottois, se desarrolló en Estados Unidos muy cercana a la ética médica, centrada en el individuo e investigación en seres humanos. Tiene un antecedente como idea y vocablo en 1927. La paternidad de la palabra bioética, que siempre se le ha atribuido a Van Rensselaer Potter, en realidad la utilizó por primera vez Fritz Jhar, años antes de ser usada por Potter, en 1970^{63, 64}.

La bioética es un concepto nuevo, pero se ha enriquecido con normativas en el ámbito mundial como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, declaración de Oslo, declaración de Helsinki-Tokio adoptada por la Asociación Médica Mundial en 1964 y enmendada en 1975, 1983 y 1989, toma en cuenta todos los elementos éticos importantes en la investigación

biomédica en la que se incluyen sujetos humanos. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos odontológicos, médicos o científicos. El Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS) promulgó las normas internacionales para las investigaciones biomédicas en sujetos humanos, en las que se hace énfasis en el requisito del consentimiento informado y en la información que el investigador debe dar a una persona para participar en una investigación. Dichos principios que, como orientaciones éticas mínimas universalmente aceptadas, sirven para tomar decisiones en la solución de conflictos. Igualmente, se ha enriquecido con aportes filosóficos, como los de Kant, en relación con la autonomía y la dignidad, así como por los aportes de la teoría y la práctica de los derechos humanos que están relacionados con los cambios tecnológicos y las relaciones de poder^{65, 66, 67}.

Después de la Segunda Guerra Mundial, se desarrolló y expandió la tecnología médica y científica. Ello proporcionó a la profesión médica un gran control sobre la enfermedad y la muerte, también se crearon cuestiones morales acerca de cómo y cuándo se debe usar la tecnología para mantener viva a la gente, a tratar trastornos morales, a efectuar investigaciones experimentales e incluso alterar el genoma humano. A medida que los avances tecnológicos hacen posible alterar la vida, la muerte y las condiciones humanas, surgen interrogantes que requieren nuevos tipos de respuestas legales y morales, así como decisiones. La bioética del griego 'bios', que significa vida), significa literalmente ética en el ámbito de vida o ética de la vida o la ética aplicada a las ciencias biomédicas. Durante su primera etapa de desarrollo, la bioética se enfocó en la ética médica, las normas éticas para la práctica de la medicina. El desarrollo de códigos profesionales y, la tradición hipocrática fueron los temas centrales de esta etapa. Algunos de los principios afirmaron que toda la aplicación de la ética a los problemas en el ámbito médico es parte de la ética médica.

La segunda parte del desarrollo de la bioética se dio junto con el crecimiento de un nuevo conocimiento por medio de experimentación humana sistemática. El desarrollo del código de ética en investigación, las regulaciones para la protección de sujetos humanos en investigación, y las consecuencias sociales y morales de esta han sido temas centrales. La tercera etapa implicó notables esfuerzos para formular guías de políticas públicas para el cuidado clínico, distribución de los recursos del cuidado de la salud y acceso a pacientes a estos cuidados. En algunos países, se encargó a profesionales estudiar estos problemas y formular recomendaciones para el estudio de problemas éticos en medicina e investigación bioética y conductual. Publicaron reportes y recomendaciones sobre temas éticos tales como la definición de muerte, tratamiento precedente para mantener la vida, consejo genético e investigación, consentimiento informado (informe consentido) y acceso a la salud^{68, 69}.

2.2.3.1 Principios de la bioética.

Los primeros principios fueron dados en 1979, por la escuela americana, fueron los estudiosos de la bioética TL. Beauchamp y JF. Childress definieron los cuatro principios de la bioética^{70, 71}:

Principio de No Maleficencia.

Principio de Beneficencia.

Principio de Autonomía.

Principio de Justicia.

Principio de No Maleficencia: Este principio ya se formuló en la medicina hipocrática: *Primum non nocere*, es decir, ante todo, 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 o riesgos. Este principio tiene una importancia considerable en contextos de cuidados de salud.

Principio de Beneficencia: Se trata de la obligación de hacer el bien. Es otro de los principios clásicos hipocráticos. El problema es que hasta hace poco el odontólogo podía imponer su propia manera de hacer el bien sin contar con el consentimiento del paciente. Por lo tanto, actualmente este principio viene matizado por el respeto a la autonomía del paciente, a sus valores, modo de vivir y deseos. No es lícito imponer a otro nuestra propia idea del bien.

Principio de Autonomía: El principio de autonomía exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas y el derecho a que se respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. Establece que el respeto por las personas exige que cada una de ellas sea tratada como un ente autónomo y que las personas en las que esa autonomía se encuentra disminuida son acreedoras de una especial protección.

El concepto del consentimiento informado ha aparecido como instrumento para exponer la información al paciente y así, con más comprensión de los hechos, obtener su consentimiento ya ilustrado y más consiente. Todo ello supone una garantía para los pacientes y también para el personal de salud que lo practica en situaciones de conflicto.

Principio de Justicia: Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios. Este principio impone límites al de autonomía, ya que pretende que la autonomía de cada individuo no atente contra la vida, libertad y demás derechos básicos de las otras personas. Este principio

puede plantear conflictos no solo entre miembros de un mismo país, sino también entre miembros de países diferentes, e incluso se habla de justicia para con las generaciones futuras^{70, 71}.

2.2.3.2 Normas de buenas prácticas bioéticas.

En el terreno de la atención clínica y brindar salud a las personas, esta se refiere a la observancia de las actividades de la competencia propia de cada profesional de la salud, con los valores morales más importantes de la sociedad que la promulga.

Sensibilidad humana: La sensibilidad humana nos hace despertar hacia la verdadera realidad de los demás. Con sentido común podemos enfrentar todo tipo de inconvenientes, con la seguridad de hacer el bien al servicio del prójimo. La sensibilidad nos permite descubrir en los demás a ese "otro yo" que piensa, siente y requiere nuestra ayuda. Es interés, preocupación, colaboración y entrega generosa hacia los demás. El exceso de sensibilidad puede ser una carga pero ante todo es un don. La sensibilidad es un sentimiento humano positivo que debe ser fomentado en nuestra sociedad^{63, 64}.

Incondicionalidad: La incondicionalidad es una virtud que permite abrir las puertas de la abundancia universal y así lograr una vida plena de satisfacciones. Es necesario tener en cuenta que si bien esta virtud está al alcance de todos y su semilla se encuentra en nuestro interior, también es importante saber que se ha de desarrollar a lo largo de la vida, en la medida en que se haga, un constante y consciente trabajo con el ego de cada persona, el cual, a través de sus falsas creencias, impide el compromiso, la lealtad y detiene el desarrollo de esta virtud.

Responsabilidad: Cumplir conscientemente los deberes del centro, el hogar y la sociedad, en particular con aquellos relacionados con el estudio, la asistencia, la disciplina laboral, las actividades productivas y de servicios, así como en las tareas en defensa de la revolución.

Laboriosidad: Demostrar una actitud positiva ante el trabajo, admiración y respeto por los destacados en la actividad productiva del individuo.

El consentimiento informado no es una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar un tratamiento o investigación, sino un proceso en el que deben ser explicadas todas las acciones para la salud en cualquiera de los niveles de atención. No se utilizará terminología médica a menos que sea imprescindible; en caso de ser necesaria, el investigador deberá explicar al sujeto su significado. El lenguaje utilizado debe ser práctico, sencillo, directo y comprensible para los sujetos de cualquier nivel socioeconómico.

La única fórmula válida de obtener el consentimiento es mediante una conversación. El documento firmado no debe ser nunca el centro ni la finalidad del proceso del consentimiento. Como procedimiento, no consta solo de información verbal transmitida a los participantes en una investigación clínica, sino también de un documento escrito en el que se señalen al paciente todos los aspectos o elementos obligados que aseguren el conocimiento en forma real de los riesgos y beneficios que el estudio signifique. El consentimiento informado es un derecho del paciente y tiene su base legal y ética internacional para la realización de ensayos clínicos con regulaciones y normas actuales que deben ser cumplidas.

La ética considera que todo tratamiento, aun el más elemental, debe hacerse con el consentimiento del paciente, aunque existen algunos casos en los cuales se presenta una excepción, en circunstancias como son los de urgencias, debido a los riesgos que puede tener el paciente para con su vida o cuando existe la incompetencia en el paciente, es decir, él mismo no está capacitado mentalmente para la toma de decisiones, lo que corresponderá a familiares o tutores⁶⁸.

Se considera que para que las personas puedan actuar con autonomía, deben ser tratadas ante todo con respeto, por eso para cualquier maniobra

que se vaya a realizar, se debe: solicitar su consentimiento, evitar toda coerción y todo paternalismo. Se puede presentar el caso que la persona carece de capacidades cognitivas necesarias para actuar autónomamente. Esta autonomía, a pesar de su uso universal en la ética médica, a menudo es objeto de una interpretación simplista. Según su etimología, significa “facultad para gobernarse a sí mismo”, entonces se postula que es la capacidad de autogobierno, una cualidad inherente a los seres racionales que les permite elegir y actuar de forma razonada, sobre la base de una apreciación personal de las futuras posibilidades, evaluadas en función de sus propios sistemas de valores. Entonces, la autonomía es una categoría que emana de la capacidad de los seres humanos para pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. En la enfermedad, la vulnerabilidad del cuerpo, genera la obligación de restaurar y mejorar la capacidad autónoma del paciente para tomar decisiones, por tanto, en última instancia la autonomía se basa en la integridad de la persona; a su vez, paradójicamente para reparar la desintegración producida por la enfermedad. El médico debe ser una persona que tenga integridad, una persona que no solo acepte el respeto de la autonomía de otros como un principio o concepto, sino también una en la que se pueda confiar para que interprete su aplicación con la máxima sensibilidad moral. El médico debe cultivar la virtud de fidelidad a la confianza; de hecho, la fidelidad es quizá la más fundamental de las virtudes del médico, tan indispensable como la beneficencia y la renuncia al propio interés⁷⁰.

El consentimiento informado no exige que el profesional se coloque en una posición pasiva para evitar interferir en la libertad del paciente que debe decidir; al contrario, demanda del profesional que no abandone a su paciente y se implique a fondo junto con él en el proceso de toma de decisiones, aconsejándole, e incluso persuadiéndole en una determinada dirección. En este proceso abierto, el paciente puede estimar como mejores opciones las que el profesional considera peores, pero eso no es un mal resultado, al contrario, es de mayor calidad moral que la mera imposición paternalista.

La información del consentimiento siempre será nueva para el paciente, por lo que el lenguaje que se utilice debe ser sencillo para que este, los padres o tutores lo entiendan. Si se utilizan términos técnicos, siempre se explicarán para facilitar la comprensión. Es conveniente la presencia de algún miembro del personal de la clínica durante la explicación del consentimiento informado. Se plantea que el expediente del paciente debe incluir los documentos discutidos, así como las preguntas y respuestas que fueron dadas y que no necesariamente debe incluir el consentimiento informado escrito. Además, se plantea que esto tiene sus ventajas, primero porque da una documentación más completa, ya que documenta totalmente la naturaleza, beneficios, alternativas y el riesgo de tratamiento y si hubiera un reclamo de mala práctica sería un elemento vital en la defensa del facultativo; como otra ventaja es que la copia de este consentimiento se entregue al paciente para revisar y así reforzar la información que se le dio acerca de los beneficios, alternativas y riesgo del tratamiento y, por último, sirve como un marco excelente de discusión con los padres haciendo el diálogo más ordenado y fácil de entender^{72, 73}.

2.2.4 Relación odontólogo-paciente.

La salud es un asunto social, económico, y político, es un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia se consideran las raíces de lo que se podría denominar mala salud y de las muertes de las personas con escasos recursos materiales y los marginados. La salud para todos significa que los intereses poderosos tienen que desafiarse, que se debe oponer a la globalización, y que las prioridades políticas y económicas tienen que cambiarse drásticamente⁷⁴.

La odontología, al ser practicada por profesionales capacitados y competentes brindando servicio médico odontológico, cumple una responsabilidad social e individual. En el ejercicio de la profesión odontológica actual, existen factores intervinientes que generan influencia en

el desempeño adecuado en el aspecto profesional, pero es necesario entender que esos profesionales tienen como misión ayudar en los problemas referentes a su campo profesional a las personas que requieren nuestros conocimientos frente a una determinada enfermedad y que han recurrido a nosotros depositando su confianza. La verdadera dimensión profesional está contenida en el encuentro humano llevado a cabo entre el profesional odontólogo y su paciente.

La relación odontólogo-paciente ha variado en el transcurso de la historia. En tiempos actuales, el paciente puede manejar un bagaje de información que antes era de un dominio exclusivamente de los profesionales, la irrestricta confianza de antaño se ha modificado en una endeble confianza, esta se ha transformado en una confianza con cierto recelo y a veces en desconfianza. De una relación vertical, descendente, centrada en el profesional, se ha pasado a una más horizontal y centrada en el paciente. Esta relación presenta muchas ventajas al estar tratando con un paciente menos pasivo, en numerosas ocasiones, el manejo de esta información, sin un filtro profesional adecuado, ha contribuido a malos entendidos, disputas y, a veces, judicialización de casos en los que el paciente se vio disconforme con el resultado de su tratamiento^{75, 76}.

Para llegar a tratamiento definitivo, este último no se desprenderá de un diálogo entre iguales, pues la relación no es perfectamente horizontal, la decisión final resulta de un proceso en el que concurren de manera adecuada la información proporcionada por el profesional y valores personales del paciente. Ambos criterios interactúan de diferente manera, el cirujano dentista aporta conocimiento científico, experiencia clínica e información técnica, y el paciente escucha cuanto información recibe y la contrasta con sus creencias, sus proyectos, sus deseos.

El odontólogo debe cumplir de manera idónea su labor, este es un principio normado por el Código de Ética del Colegio Odontológico del Perú, en cuyo contenido indica en lo referente a los deberes del cirujano dentista, en el inciso a) del artículo N° 5 que el cirujano dentista debe “desempeñar la profesión en forma individual o colectiva con dedicación, esmero, calidad y competencia para el bienestar de la persona humana ...”. En el inciso f) del mismo artículo, se indica que debe “atender con la misma probidad y diligencia a todos los pacientes, sin ningún tipo de discriminación: lugar de nacimiento, raza, sexo, nivel socioeconómico, ideológico, edad, credo o naturaleza del problema de su enfermedad”. Por ello, el paciente es siempre el agente principal al momento de direccionar su salud. El acto odontológico se convierte, por consiguiente, en una relación de concordancia, porque el profesional de salud no solo actúa sobre la persona, sino también colabora con la persona para alcanzar un propósito determinado^{75, 77}.

2.2.4.1 Deberes del odontólogo.

La Asociación Dental Americana (FDI), luego de un considerable debate, presentó en 1992 una cantidad de revisiones y correcciones de los Principios de Ética y Código de Conducta Profesional.

1. El personal de salud bucal debe reconocerse a sí mismo como ser humano, para posteriormente reconocer en el paciente al otro, a la persona que tiene una dignidad inalienable, poseedora de valores, que está inmersa en su medio ambiente, y no solo como un individuo que busca y tiene necesidad de salud.

2. El personal de salud bucal debe cuidar y tratar con la misma conciencia y solicitud a todas las personas sin distinción de raza, religión, ideas políticas, condición social, nacionalidad, género, preferencia sexual o cualquier otra circunstancia personal o social.

3. El personal de salud bucal debe evitar cualquier acto que pueda denigrar el honor o la dignidad del ejercicio de la profesión, ya sea mentira, engaño, abuso, puesto que la práctica odontológica debe ser orientada bajo principios éticos, científicos y legales.
4. La calidad de la atención en los servicios de salud bucal que se brindan a la población abierta, ya sea del sector público, privado o en instituciones educativas, debe ser la misma. No debe haber diferenciación de la atención entre una práctica institucional y la práctica en consultorio privado. Asimismo, se debe evitar el aprovecharse de la práctica institucional para llevar pacientes a la propia práctica privada.
5. El profesional odontólogo debe contar con las respectivas acreditaciones para llevar a cabo el ejercicio de su profesión, ya sea de práctica general o como especialista, y no ostentar un grado académico con el que no se cuenta.
6. El cirujano dentista está obligado a guardar el secreto profesional tanto del contenido de la historia clínica, así como de todo lo que, por razón de su profesión, haya visto, escuchado o comprendido en relación con todos los pacientes. El secreto profesional debe reservarse aun cuando la relación profesional haya finalizado; ya sea de manera temporal o definitiva, este se podrá revelar solo si requiere alguna autoridad competente.
7. El odontólogo debe asumir el compromiso para la educación continua y permanente en las áreas ética, científica y técnica, con el fin de brindar a sus pacientes el máximo de posibilidades de atención^{78, 79}.

2.2.4.2 Derechos del paciente.

Al usuario de los servicios de salud le asiste el derecho de estar informado sobre la prescripción de medicamentos y las decisiones terapéuticas tomadas por un profesional facultativo. Debido a la obsolescencia de los modelos clásicos paternalistas, a los pacientes se les ha reconocido

derechos y valores en todos los modos de la relación humana, lo que hace que exijan que sean respetados estos derechos a la hora de tomar decisiones sobre aspectos que atañen a su salud. Esta situación es reconocida como derechos de los pacientes. El reconocimiento de estos derechos no debe entenderse como una concesión, sino como un derecho a la dignidad y autonomía de las personas, y, por lo tanto, como una obligación en la relación odontólogo-paciente.

El odontólogo, como profesional de la salud, llega a diagnosticar y, por consiguiente, a prescribir un tratamiento, el cual puede alterar la vida y costumbres del paciente; por ello, este debe tener conocimiento de esos procedimientos. En una sociedad donde el conocimiento está globalizado y se hace difusión a favor de la ética de los derechos ciudadanos, los derechos de los pacientes se pueden resumir en los siguientes puntos

1. Recibir atención de salud sin discriminación.
2. Conocer al personal que lo atiende.
3. Recibir información y orientación sobre el funcionamiento y servicios del establecimiento donde se atiende.
4. Formular reclamos o sugerencias y recibir respuestas escritas.
5. Acceso a la información y resguardo de la confidencialidad de su ficha clínica.
6. Decidir libremente si desea ser partícipe de actividades de docencia e investigación.
7. Recibir indicaciones claras y por escrito sobre los medicamentos que se recetan.

8. Informarse sobre los riesgos y beneficios de procedimientos diagnósticos y tratamientos que se indiquen para decidir respecto de la alternativa propuesta^{78, 79}.

2.2.5 Consentimiento informado.

Dentro de la bioética, el acto de mayor trascendencia en la práctica de la odontología tanto en asistencia como en investigación, lo constituye el consentimiento informado, aunque posiblemente con más frecuencia como una seguridad jurídica para el médico, que como el pilar del respeto a la autonomía del paciente. El consentimiento es, en primer lugar, un proceso social por el cual las personas entran en contacto con una forma particular de diálogo o conversación y, en segundo lugar, es un procedimiento técnico mediante el cual se manifiesta el respeto por el individuo y el objetivo del procedimiento o investigación. Cuando se refiere al consentimiento en la situación particular del experimento, el autor agrega una tercera característica al proceso al definirlo como un producto social que puede ser la realización con éxito del protocolo, la producción de conocimiento generalizable o la satisfacción de los participantes y los investigadores^{80, 81}.

El origen del consentimiento informado aplicado a la investigación tiene sus inicios en Europa luego de que finalizara la Segunda Guerra Mundial y con la intención de impedir que pudieran repetirse los abusos del régimen nazi respecto a la experimentación en seres humanos a través del juicio de Núremberg. Pero la doctrina del consentimiento informado en la práctica clínica tiene una historia diferente que se remonta a más de cien años, y no puede desligarse de la trayectoria jurisprudencial en Estados Unidos. Varios autores señalan que el proceso que culminó con la concepción actual del consentimiento informado ha transcurrido por dos (o tres) etapas que se desprenden de las características de la relación médico-paciente vigente en cada período. En tanto, la relación médico-odontológica con el paciente se cimentó en el paternalismo y el principio de beneficencia puede reconocerse que, al no informar, el daño eventual que pudiera ocurrir era exclusiva

responsabilidad del cirujano dentista y, por lo tanto, la figura legal de esta primera etapa fue la negligencia.

Posteriormente, los pacientes comenzaron a reclamar su derecho a decidir en torno a las intervenciones sobre su propio cuerpo. Este derecho a la autodeterminación generó las demandas por agresión. La jurisprudencia condujo inexorablemente a que informar al sujeto y obtener su consentimiento se convirtiera en un deber del ejercicio profesional de igual fortaleza que defender la vida o la salud. Esta forma de entender la asistencia afirma que procurar el bien del paciente no puede separarse de su derecho a la autonomía. Hasta aproximadamente 1960 el ejercicio de la medicina se ciñó a los principios hipocráticos fundamentados en el bienestar del paciente, silenciando en cierta manera sus prerrogativas. La figura del paternalismo médico (beneficencia) manejó la relación de manera casi unidireccional. Los derechos de los pacientes surgieron entonces, junto a otras demandas sociales como los derechos de las minorías, de las mujeres o de los consumidores, trasladando el eje de decisiones desde la esfera del médico a la del enfermo. El profesional se convirtió progresivamente en el encargado de brindar la información de manera suficiente y comprensible para tomar entre ambos la mejor decisión. La toma de decisiones compartidas es la manera adecuada de tomar decisiones, pues las mejores opciones científicas pueden no coincidir con las preferencias del paciente o no ser afines a su escala de valores. Involucrar a un paciente competente en la toma de decisiones conlleva también el beneficio extra de mejorar su sentido de “autoeficiencia” y maximizar la adherencia a las recomendaciones. La historia moderna del consentimiento informado en la asistencia comienza aproximadamente en 1972 con el caso *Canterbury vs. Spencer*. El término fue introducido por primera vez en la jurisprudencia norteamericana en 1957 a partir de otro caso judicial, *Salgo vs. Leland Stanford*⁸².

En la edición de 1984 del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, se lo define por primera vez de manera clara: “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”. El consentimiento informado expresa el cambio en el modelo de la relación médico-paciente cimentado en la autonomía psicológica y moral de las personas, relegando el modelo vigente hasta entonces fundado en el principio de beneficencia.

La concepción del consentimiento se fundamenta en el principio de autonomía o autodeterminación, que sustenta la posibilidad de los individuos de decidir sobre sí mismos, en especial sobre las acciones que afectarán su modo de vida y su propio cuerpo. El acto de consentir resulta tanto más necesario cuanto menos urgente o más experimental es el procedimiento propuesto^{82, 83}.

Se ha establecido claramente que debe reunir tres elementos esenciales. Dos de ellos competen al paciente y uno al médico:

Voluntariedad del paciente: es decir, debe emitirse de manera libre y no coercitiva, sin presiones ni condicionamientos.

Información del médico: el profesional debe brindarla con claridad y en cantidad y calidad suficientes para permitir y facilitar la decisión del paciente. Se limita también a la adecuada para tomar una determinada decisión,

evitando explicaciones innecesarias que dificulten, más que faciliten, la determinación por parte del sujeto.

Comprensión del paciente: se relaciona con la capacidad de consentir frente al entendimiento de la información recibida. Existe una relación directa entre el grado de competencia requerida y la trascendencia de la decisión^{81, 83}.

El consentimiento es un derecho del paciente, pero no es ilimitado. Tanto el odontólogo como la sociedad en su conjunto pueden imponer restricciones a la capacidad de elegir de los pacientes. Por una parte, el profesional de la salud no puede ser obligado a realizar una práctica contraria a sus principios morales, o dañina para el paciente, o a emplear medicinas alternativas o no claramente efectivas para el sujeto, por más que este las considerara apropiadas. Puede reconocerse aquí el principio de autonomía o el derecho a la integridad que también tiene el profesional actuante. Por otro lado, la sociedad en su conjunto, por el principio de justicia distributiva, también puede limitar el acceso a determinadas terapias que consumirían el recurso médico escaso cuando el tratamiento es inútil o los beneficios desproporcionados a los costos⁸².

2.2.5.1 Fundamento ético.

Como se vio, son cuatro los principios que constituyen el eje del modelo clásico de la bioética: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El término autonomía proviene del griego *autos* que significa uno mismo y *nomos*; regla; literalmente “gobierno propio o autodeterminación”. El principio de autonomía es, hasta ahora, el más difícil de ser respetado en la relación terapéutica, ya que requiere el ideal de un médico calificado y de un enfermo con capacidad para decidir. El consentimiento informado es la expresión más pura del respeto a la autonomía de un ser humano. Según el informe Belmont, una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar lugar a las opiniones y elecciones de las

personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que estas produzcan un claro perjuicio a otros⁸⁴.

Para estructurar sólidamente la teoría del consentimiento informado, se debe abordar la autonomía desde tres enfoques complementarios:

a) Los aportes de E. Kant, quien dio una base sólida y universal a las exigencias morales. Para Kant, el actuar en general puede ser moral solo en la medida en que la persona siga al actuar una ley que se impone desde sí misma desde la propia libertad entendida como autonomía. La ética kantiana se basa en seis principios fundamentales: la universalidad, la racionalidad, el deber, el carácter formal, la autonomía y la intención.

b) Piaget-Kohlberg intentaron por medios empíricos hallar los principios éticos universales planteados por Kant. Demostraron que se dan estadios en el proceso de maduración moral en estrecha relación con los estadios de los procesos cognitivos, que no son explicables en conceptos de aprendizaje social. Kohlberg establece que la génesis del desarrollo moral atraviesa tres niveles (preconvencional, convencional y de principios), en cada uno de los cuales es necesario distinguir dos estadios. El último de estos es el de los principios éticos universales: lo correcto es definido por la decisión de la conciencia según los principios éticos auto-elegidos que apelan a la comprensión lógica, consistencia y universalidad. Este estadio es el propuesto por Kant.

Habermas opina que Kohlberg se equivocó en la interpretación del estadio seis. Para él, los estadios 1 a 4 son construcciones naturales (psicológicas), mientras que los estadios 5 y 6 son construcciones formales (filosóficas). Por ello plantea la reformulación de la teoría de Kohlberg en el marco de la "teoría de la acción comunicativa. De una razón centrada en el sujeto pasa a un entendimiento entre sujetos capaces de habla y de acción. Es decir, una norma puede tener validez si encuentra aceptación de todos los afectados

por ella, por medio del diálogo, en el cual los interlocutores se ven y reconocen como personas, que se tratan como fines en sí mismos, y que entablan este diálogo porque consideran que merece la pena tratar de entenderse para llegar a un acuerdo que satisfaga intereses universalizables^{85, 86}.

Desde el punto de vista deontológico, en el Código de Ética del Colegio Odontológico del Perú, se indica en el título II del subcapítulo I sobre los deberes en relación con el paciente, en el artículo 40 sobre el consentimiento informado, que el cirujano dentista está obligado a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, sin exagerar las probabilidades de éxito. Asimismo, debe informar respecto de los riesgos y posibles complicaciones, secuelas o reacciones adversas.

Para realizar cualquier procedimiento o tratamiento, el cirujano dentista está obligado a obtener por escrito el consentimiento informado del paciente, del familiar o tutor responsable en caso de que no estuviera capacitado para autorizar un acto odontológico. De no hacerlo, la medida disciplinaria correspondiente a la infracción de esta norma se sanciona desde amonestación hasta suspensión no mayor de seis meses⁸⁷.

2.2.5.2 Fundamento legal.

El consentimiento informado es el soporte ético y el documento médico-legal que garantiza que la información relevante ha sido ofrecida por el médico al paciente y ha sido entendida por él. En nuestro país, el cumplimiento de la aplicación del consentimiento informado está avalado y normado legalmente por la Ley General de Salud (Ley 26842) desde 1997 y sus modificaciones en el 2008 con la Norma Técnica 022- MINS/DGSP-V.02, norma técnica de salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado (Ley 29414). En su título I, artículo 4, dispone que

ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo.

En el reglamento de la Ley del Trabajo de Cirujano Dentista (Ley 27878), en el título I sobre las disposiciones generales, en el artículo N° 6 referido al acto estomatológico u odontológico, se indica que el acto estomatológico u odontológico es aquel que desarrolla el cirujano dentista a través del estudio, diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud del sistema estomatognático de la persona, la familia y comunidad previo consentimiento informado^{45, 60}.

2.2.5.3 Requerimientos del consentimiento informado.

Para ser considerado válido, el consentimiento debe cumplir varios elementos requeridos:

Información adecuada y suficiente: Los profesionales de la salud deben proporcionar toda la información necesaria sobre la naturaleza de la intervención recomendada, incluidos sus beneficios y riesgos. El consentimiento informado también requiere la divulgación de los beneficios y riesgos de todas las intervenciones alternativas razonable y sin intervención alguna.

Capacidad de decisión: El paciente debe tener capacidad de decisión, que es similar al concepto de competencia legal. Cuando los pacientes carecen de competencia o capacidad de decisión, el sustituto autorizado debe ser identificado y dado la oportunidad de representar los deseos del paciente. En la doctrina de nuestros días, el concepto de “competente” sustituye al de “capaz”. Es decir, no es necesario que el paciente sea legalmente un mayor de edad, una persona jurídicamente capaz. Por ello, un sector de la doctrina, así como las diversas leyes vigentes señalan que un menor, a partir de los

14 años, puede prestar su consentimiento si posee madurez intelectual y equilibrio emocional. Es también el caso de un mayor de edad que sufre perturbaciones mentales, que es considerado legalmente incapaz pero que, según la opinión de los expertos médicos no impiden que la persona comprenda la información que le brinda y puede adoptar una decisión personal. Es decir, es competente para prestar un consentimiento válido.

Acuerdo voluntario: El paciente (o sustituto) debe estar libre de coerción y cualquier manipulación indebida que pueda socavar el carácter voluntario de la decisión.

Documentación: Para muchos procedimientos y tratamientos, un formulario de consentimiento firmado es legal u organizacional, se requiere como prueba de que el consentimiento se produjo.

2.2.5.4 Procedimiento del consentimiento informado.

La aplicación del consentimiento informado se presenta básicamente en tres fases.

Información completa

Se presenta de manera detallada riesgos, beneficios y alternativas de una determinada intervención. Se proporciona al paciente la oportunidad de gobernar dentro o hacia fuera con respecto a la duda, la ambivalencia o conceptos erróneos. Además, proporciona un primer paso hacia el desarrollo de una relación médico-paciente madura, así como, por la fuerza de sus detalles, posiblemente estimula al paciente distraído e indiferente a reconocer que los hechos graves están a la mano y responder con un mayor nivel de atención, y motivarlo a asumir la responsabilidad personal de una decisión determinada.

Información básica.

Se tratará de contrarrestar la tendencia de la sobrecarga de información de la primera etapa y dar a los pacientes algo relativamente sencillo y estructurado que mínimamente podría reaccionar y evaluar, a saber, la elección esencial a la mano. En algunos casos, puede ser bastante largo y complejo, particularmente cuando existen alternativas más o menos igual de atractivas o cuando opciones profundas y personales son enfrentadas. Pero generalmente, esta segunda fase es mucho más simple que la predecesora⁸⁸.

Evaluación, clarificación y elección del paciente.

Que será la única parte necesariamente interactiva del proceso de consentimiento informado (a menos que el paciente espontáneamente elija este modo en cualquier otro punto), y que será clave para el nivel de comprensión específico del paciente, la información proporcionada en las últimas dos etapas y responderá a esto con la aclaración correspondiente sobre los temas en cuestión por el médico^{88, 89}.

2.2.5.5 Elementos del consentimiento informado.

El consentimiento informado debe tener los siguientes elementos.

Diagnóstico de la enfermedad

Pronóstico.

Tratamiento propuesto.

Beneficios y resultantes de su aplicación.

Riesgos probables.

Las consecuencias relevantes al aplicar el tratamiento, así como al no aplicarlo.

Tratamientos alternativos y las contraindicaciones^{90, 91}.

2.2.5.6 Tipos de consentimiento informado.

Consentimiento informado médico

El consentimiento informado médico es un proceso gradual en el seno de la relación médico-paciente en virtud del cual el paciente acepta o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de que el médico le haya informado sobre la naturaleza, riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas.

El Colegio Médico Americano definió el consentimiento informado como “la explicación a un paciente atento y mentalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance de los efectos de la misma y el riesgo de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información debe ser comprensible y no sesgada. La colaboración del paciente debe ser conseguida sin coacción y el médico no debe sacar partido de su potencial dominio psicológico sobre el paciente”.

El consentimiento informado es un proceso y no un hecho puntual; por tanto, no se reduce simplemente a proporcionar una información adecuada o a la firma de un documento, sino que es un proceso dialógico entre dos sujetos autónomos y capaces, que deben tomar una decisión, la mejor, sobre un procedimiento que afecta la vida, la salud y el cuerpo del paciente. Todos los recursos humanos legítimos para afianzar una confianza profesional entre iguales, sin búsqueda de sumisión o acatamiento ciego, y característicos de la personalidad de cada profesional de la salud, deben ser utilizados. El límite de la autonomía del paciente sería la *lex artis*, definida como la “correcta y adecuada actuación profesional del médico en relación con el paciente a su cuidado, es decir, el ‘hacer bien las cosas’; se trata del conjunto de reglas que se refieren a la diligente actividad del médico, a su pericia y a la debida aplicación de conocimientos y técnicas actualizadas durante el tratamiento a que se somete el paciente.

El principio del consentimiento informado, orientado a la legalidad de la asistencia sanitaria, tiende a reflejar el concepto de autonomía y de autodeterminación de toma de decisiones de la persona que necesiten y soliciten las intervenciones médicas u odontológicas. Esta fórmula legal, en la actualidad, ha ganado no solo un espacio considerable, sino también importancia en la elaboración doctrinal y enfoques, así como las interpretaciones jurídicas, lo que influye en las actividades cotidianas de la profesión médica.

Consentimiento informado en investigación

La investigación médica es fundamental para el desarrollo de la medicina, más aun la investigación clínica con ensayos clínicos. El proceso de investigación clínica exige, por encima de todo, el respeto de los derechos fundamentales de los pacientes. El respeto por la autonomía y la libertad de las personas participantes en la investigación es un derecho fundamental del individuo que en la investigación clínica está garantizado por el correcto desarrollo del proceso del consentimiento informado. Su consentimiento informado debe ser dado libremente, sin coacción, y debe basarse en una comprensión clara de lo que implica la participación^{92, 93}.

Y existen documentos que avalan y sustentan estos requerimientos en investigación:

Declaración Universal de los Derechos Humanos.

Establece los derechos humanos fundamentales que deben protegerse en el mundo entero. Esta declaración se da como reflejo de la concepción humanista.

Artículo 1.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.

Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Declaración de Lisboa.

Tiene como fin representar algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve para que sean reconocidos y respetados por los profesionales de la salud y si es necesario sean asegurados y restablecidos.

Estipula en su Principio 7.- Derecho a la Información

- a) El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona no debe ser entregada a este sin el consentimiento de dicha persona.
- b) Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que representaría un serio peligro para su vida o su salud.

- c) La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.
- d) El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e) El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

Código de Núremberg:

El objetivo del Código de Núremberg 1947 consiste en "proteger la integridad física, psíquica y moral de los individuos con los que se va a llevar a cabo la investigación científica, ya que ellos están expuestos a todo tipo de riesgos por parte de los científicos a cargo de esta investigación, es importante resaltar que los experimentos científicos deben realizarse con el consentimiento de las personas, esto quiere decir que ellas deben estar informadas de todo el procedimiento por realizar.

La Declaración de Helsinki

Documento que autorregula a la comunidad médica en lo relativo a la investigación y es la base de muchos documentos subsecuentes.

El Informe Belmont (en inglés, «Belmont Report»)

Informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". Es un importante documento histórico en el campo de la ética médica.

2.3 Definición de términos.

Odontología forense: es la aplicación de los conocimientos sobre la odontología, los cuales colaborarán con la justicia a fin de solucionar problemas enmarcados en ese ámbito.

Responsabilidad profesional: son las obligaciones que se derivan de las actividades propias de una profesión, sea esta liberal o esté determinada por una relación de empleo, pública o privada.

Principio: es el punto de origen, del nacimiento donde surge una cosa o idea.

Consentimiento: Es la expresión o actitud con la cual una persona consiente, permite o acepta algo.

Asentimiento: Acto de adherirse a la opinión manifestada por otra persona.

III. METODOLOGÍA.

3.1 Tipo de estudio

Estudio observacional descriptivo.

3.2 Método de estudio

Se llevó a cabo la búsqueda y recopilación de estudios e investigaciones. Este proceso se realizó mediante la lectura y análisis de las investigaciones científicas, tras lo cual se organizaron y redactaron los datos. A través de ello se detectaron aquellos estudios que cumplían los criterios de selección establecidos.

Se analizaron estudios descriptivos comparativos simples y estudios descriptivos correlacionales; estos deben estar referidos a la odontología forense. Las variables que se han identificado en las investigaciones revisadas son atención odontológica facultativa y consentimiento informado, en que la variable independiente es atención odontológica facultativa y la variable dependiente es el consentimiento informado. Las medidas de resultado y su contexto se refieren a consentimiento informado y su uso en la atención odontológica facultativa.

Luego, se procedió a la lectura de estas investigaciones; en esta etapa, algunos de los artículos han sido eliminados por incumplimiento de los requisitos establecidos en los criterios de inclusión y exclusión.

Elección de descriptores para la búsqueda.

Los operadores básicos empleados en la sintaxis son en español e inglés.

Y, and combina los términos de búsqueda de modo que cada referencia seleccionada los contenga todos); o, or (combina los términos de búsqueda de modo que las referencias seleccionadas contengan al menos uno de ellos); no, not (excluye términos, de modo que ninguna referencia seleccionada puede contenerlos).

Para encontrar información se tuvo que relacionar los descriptores mediante los conectores con el fin de elaborar una frase de búsqueda, que podría ser definida como el “conjunto con sentido de descriptores mediante conectores lógicos”.

La búsqueda bibliográfica fue llevada a cabo empleando los descriptores que incluyen su forma en español e inglés: “consentimiento informado / informed consent; atención odontológica / dental care”, esto permitió el hallazgo de información de dichos estudios.

3.3 Criterios de selección

Criterios de inclusión.

Estudios en los que se analiza como objetivo principal el consentimiento informado en la atención facultativa.

Pacientes que estén recibiendo atención clínica.

No hay restricción temporaria.

Estudios publicados en inglés, español de preferencia.

Criterios de exclusión.

Investigaciones experimentales en las que los sujetos firmen el consentimiento informado para dicha actividad.

Estudios que no ofrezcan información sobre la metodología empleada o resultados estadísticos obtenidos (monografías, tesis).

Publicaciones con escaso y limitado valor científico.

3.4 Buscadores académicos científicos.

Para el presente estudio se emplearon las siguientes herramientas para la recuperación de la información. Se emplearon el Google académico, Scielo,

Scopus, Pub Med, ProQuest, British Dental Journal, Dialnet, LILACS y AJO-DO (American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics).

3.5 Estrategia de búsqueda.

Se realizó una búsqueda sistemática de la literatura científica, se seleccionaron documentos luego del análisis de estas investigaciones. Para encontrar los estudios referidos al consentimiento informado en atención facultativa, se empleó la búsqueda en las fuentes de información primaria y secundaria, para ello se utilizaron bancos de datos con información general o especializada.

3.6 Procesamiento de datos.

Para procesar los datos obtenidos, se utilizó el programa Microsoft Word. Para el almacenamiento de los datos, se recurrió a la hoja de cálculo Microsoft Excel 2007®, lo cual permitió llevar a cabo los cálculos matemáticos y la construcción de tablas y figuras.

IV. RESULTADOS

Tabla N° 1. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa.

PARTICIPANTES	PERCEPCIÓN	%	N°
Pacientes	Percepción positiva	33.3%	10
	Percepción negativa	16.7%	5
Profesionales	Percepción positiva	6.7%	2
	Percepción negativa	36.7%	11
Alumnos	Percepción positiva	0.0%	0
	Percepción negativa	6.7%	2

En la tabla N° 1, en mayor número la percepción de los pacientes fue positiva. Ello se apreció en 10 estudios, lo que representa el 33,3% del total. En los profesionales, se apreció percepción negativa en un número de 11 investigaciones, lo que representa el 36,7% del total, y en alumnos se describió una percepción negativa en 2 investigaciones, lo cual representa el 6,7% del total.

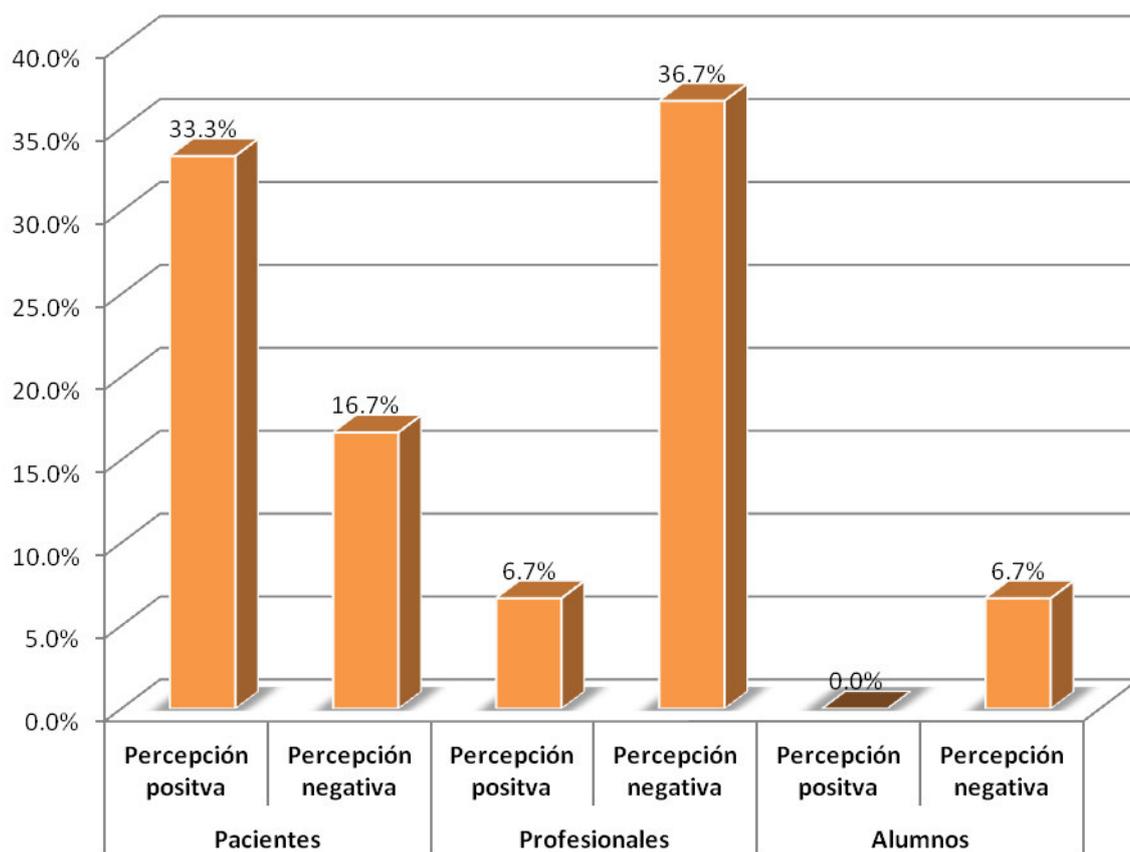


Gráfico N° 1. Percepción sobre la importancia del consentimiento informado en la atención facultativa.

Tabla N° 2. Países donde fueron llevadas a cabo las investigaciones revisadas.

PAÍS	%	N°
Perú	3.3%	1
Holanda	13.3%	4
Japón	3.3%	1
España	10.0%	3
EEUU	13.3%	4
México	6.7%	2
Nigeria	3.3%	1
Chile	3.3%	1
Brasil	10.0%	3
Cuba	6.7%	2
Paraguay	3.3%	1
Ecuador	10.0%	3
India	3.3%	1
Argentina	3.3%	1
Inglaterra	6.7%	2

En la tabla N° 2, los países que presentan mayor número de estudios fueron EE.UU. y Holanda, con 4 investigaciones que representan el 13.3% del total, seguidos por España, Brasil y Ecuador con 3 estudios cada uno, lo que representa un 10% del total.

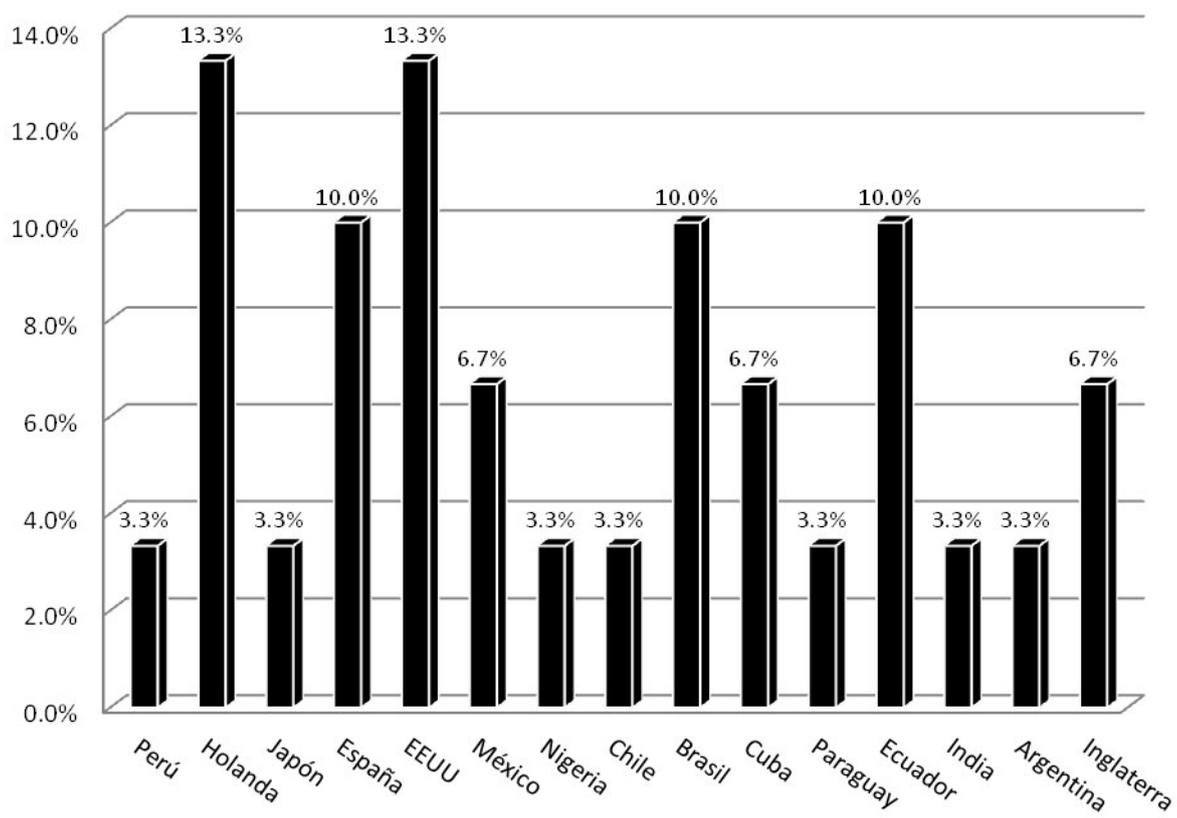


Gráfico N° 2. Países donde fueron llevadas a cabo las investigaciones revisadas.

Tabla N° 3. Producción bibliográfica encontrada referida al tema de investigación, de acuerdo al año de publicación.

AÑOS DE PUBLICACIÓN	%	N°
Antes del año 2000	3.3%	1
Del año 2000 a 2009	53.3%	16
Del año 2010-actualidad	43.3%	13

En la tabla N° 3 el mayor número de estudios publicados se presentó entre 2000 y el 2009 con un número de 16 estudios, lo que representa el 53,3% del total.

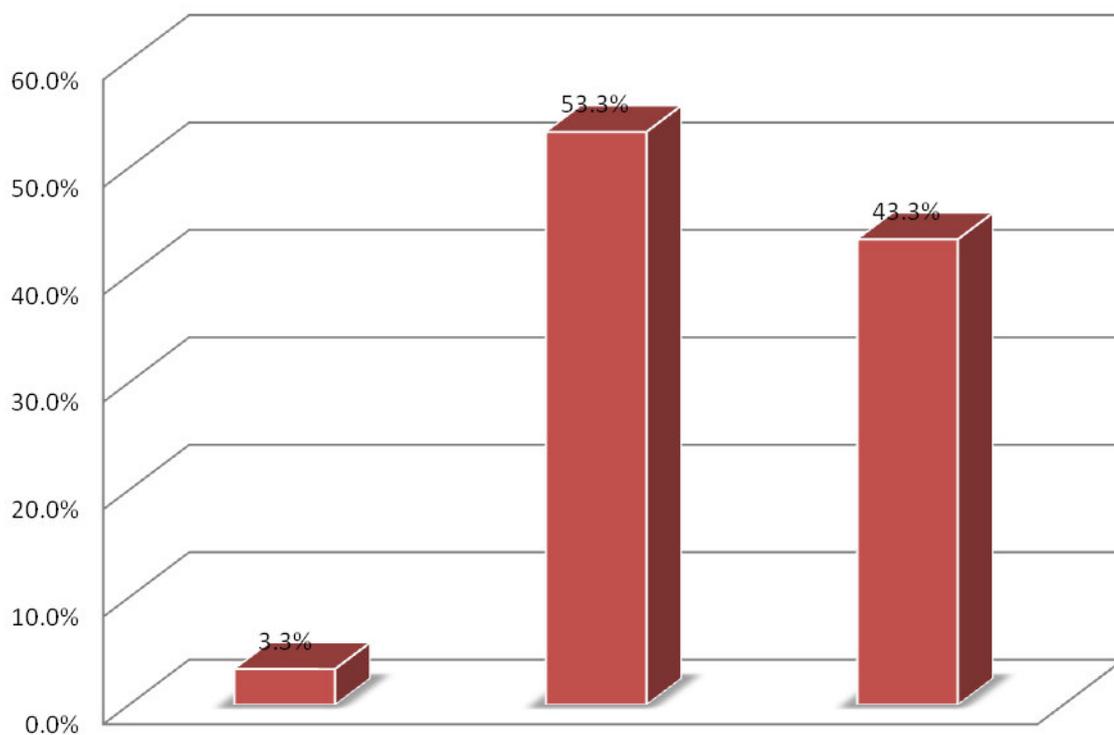


Gráfico N° 3. Producción bibliográfica encontrada referida al tema de investigación, de acuerdo al año de publicación.

Tabla N° 4. Número de muestras seleccionadas en las investigaciones revisadas.

NÚMERO DE MUESTRAS POR PACIENTES.		%	N°
Pacientes	Menor o igual a 100	20.0%	6
	Más de 100	30.0%	9
Profesionales	Menor o igual a 100	26.7%	8
	Más de 100	16.7%	5
Alumnos	Menor o igual a 100	6.7%	2
	Más de 100	0.0%	0

En la tabla N° 4, el mayor número de muestras en cuanto a pacientes fueron mayores a 100 personas. Fueron 9 estudios, lo que equivale al 30% del total. En profesionales fueron menor o igual a 100 personas, siendo estos 8 estudios lo que representa el 26.7% del total; y en lo que respecta a alumnos que participaron en los estudios estos fueron los menor o igual a 100 muestras, siendo 2 estudios lo que representa el 6.7% del total.

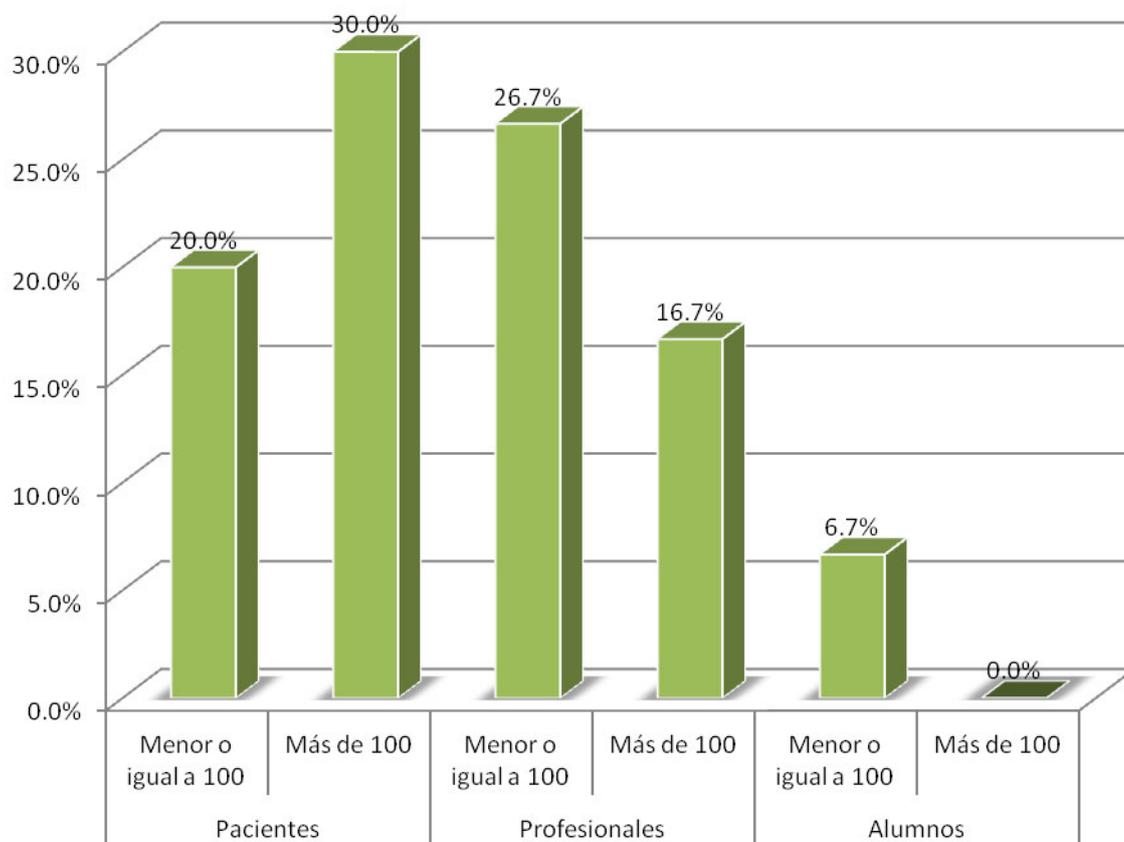


Gráfico N° 4. Número de muestras seleccionadas en las investigaciones revisadas.

Tabla N° 5. Frecuencia de investigaciones, en base al tipo de personas participantes en las investigaciones.

PARTICIPANTES	%	N°
Profesionales	43.3%	13
Pacientes	50.0%	15
Alumnos de pregrado	6.7%	2

En la tabla N° 5, el grupo poblacional más empleado como muestra en los diversos estudios fueron los pacientes, esto fue en 15 estudios encontrados, lo que representa el 50% del total.

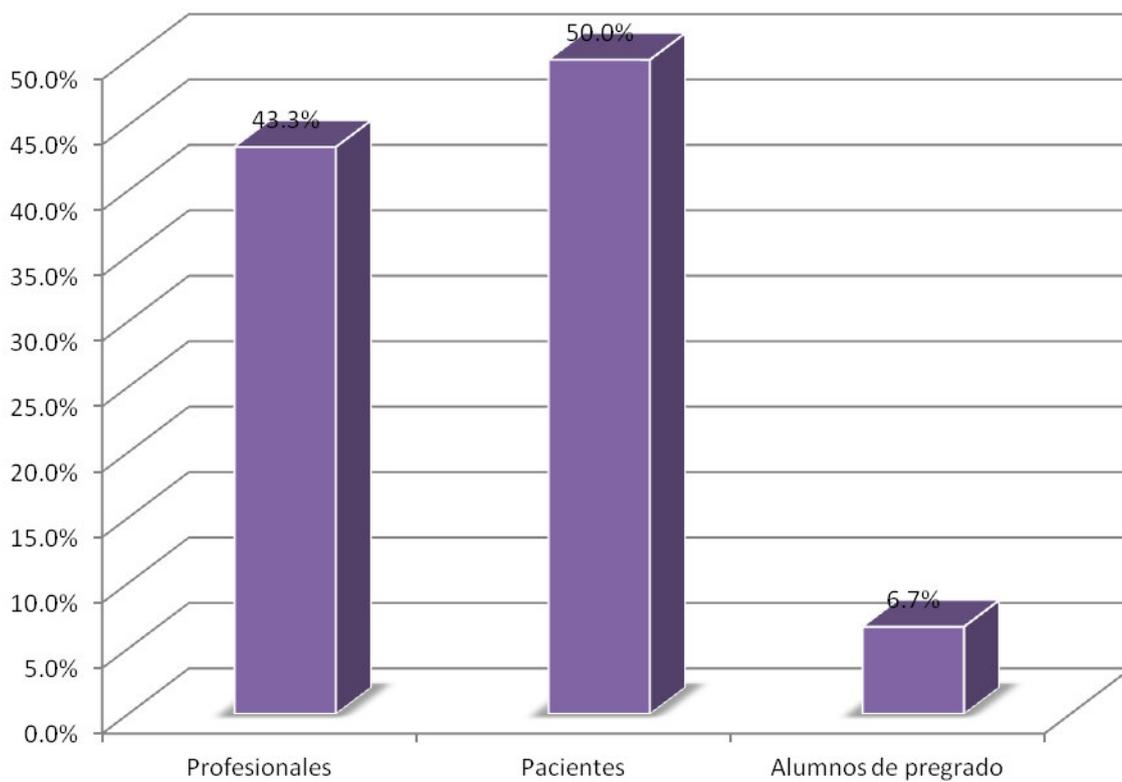


Gráfico N° 5. Frecuencia de investigaciones en base al tipo de personas participantes en las investigaciones.

Tabla N° 6. Uso del consentimiento informado en la atención facultativa de acuerdo a las especialidades odontológicas.

PROFESIONALES	%	N°
Odontología general	40.0%	12
Especialidades múltiples	6.7%	2
Cirugía bucomaxilofacial	13.3%	4
Ortodoncia	20.0%	6
Rehabilitación oral	3.3%	1
Residentes de odontología	10.0%	3
Alumnos de pregrado	6.7%	2

En la tabla N° 6, de los profesionales odontólogos que participaron en los estudios, la mayoría fueron odontólogos de práctica general (se dio en 12 estudios, lo que representa el 40% del total). En segundo lugar, figura la especialidad de ortodoncia con 6 investigaciones, lo que representa el 20% del total.

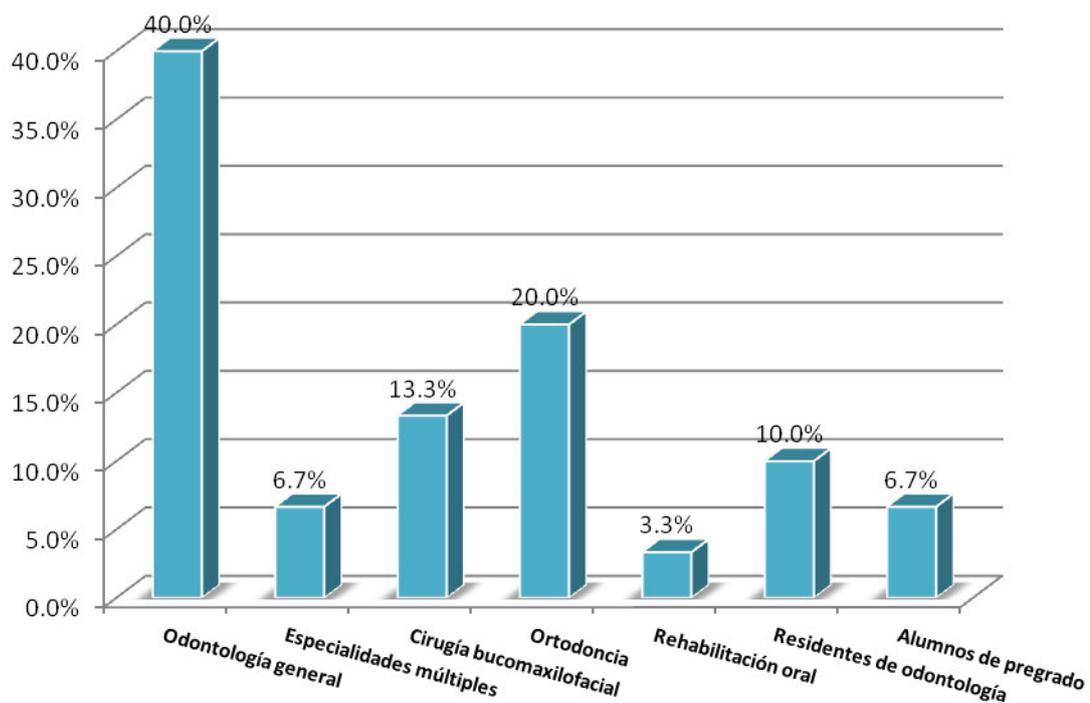


Gráfico N° 6. Uso del consentimiento informado en la atención facultativa de acuerdo a las especialidades odontológicas.

Tabla N° 7. Buscadores bibliográficos electrónicos más empleados en la recuperación de investigaciones.

BUSCADOR ELECTRÓNICO	%	N°
Google académico	44.6%	25
Scielo	17.9%	10
Scopus	7.1%	4
Pub Med	17.9%	10
ProQuest	1.8%	1
British Dental Journal	3.6%	2
Dialnet	1.8%	1
LILACS	1.8%	1
AJO-DO	3.6%	2

En la tabla N° 7, el buscador electrónico más empleado fue el Google académico, en el cual se encontraron 25 estudios, lo que representa el 44,6% del total, seguido por Scielo y PubMed con 10 investigaciones encontradas, lo que representa el 17,9% del total.

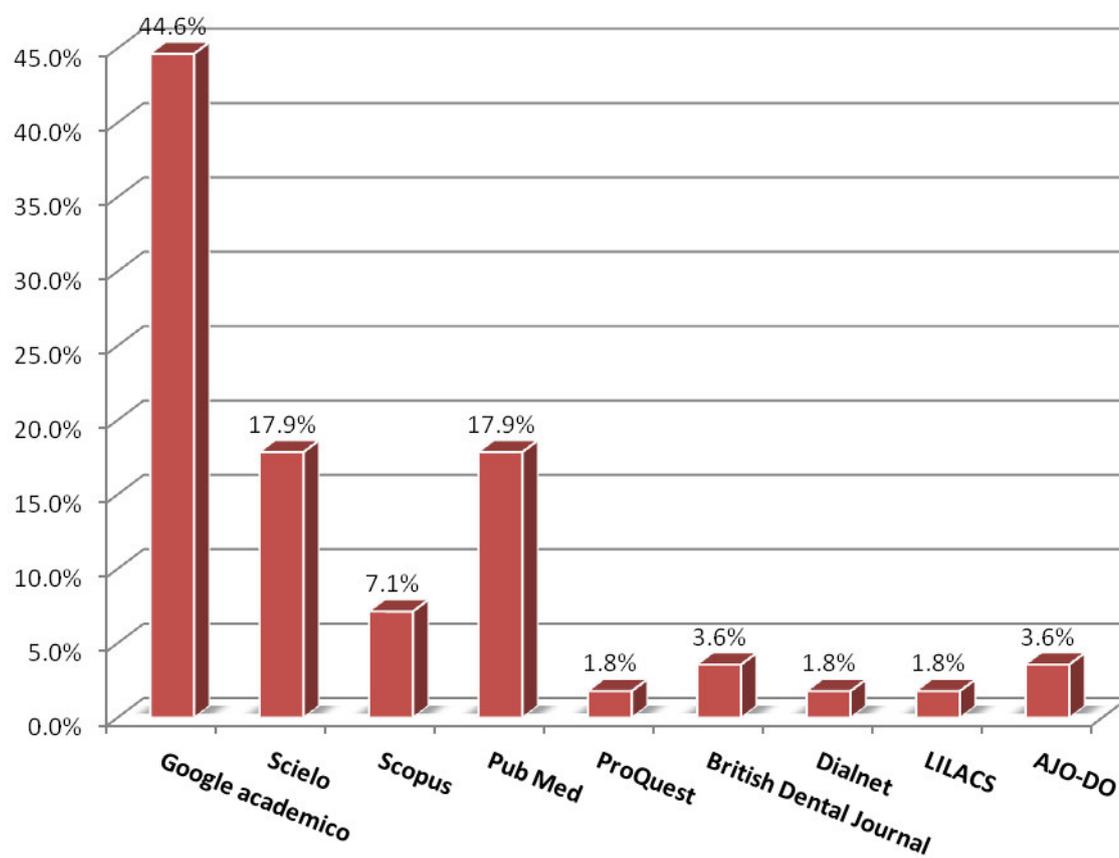


Gráfico N° 7. Buscadores bibliográficos electrónicos más empleados en la recuperación de investigaciones.

Tabla N° 8 Objetivos legales o éticos de los estudios sobre el consentimiento informado.

	%	N
Legal	86.7%	26
Ética	13.3%	4

En la Tabla N° 8, se observa que el 86,7% de investigaciones tuvieron como principal objetivo el estudio legal del consentimiento informado, y el 13,3% el objetivo ético de este.

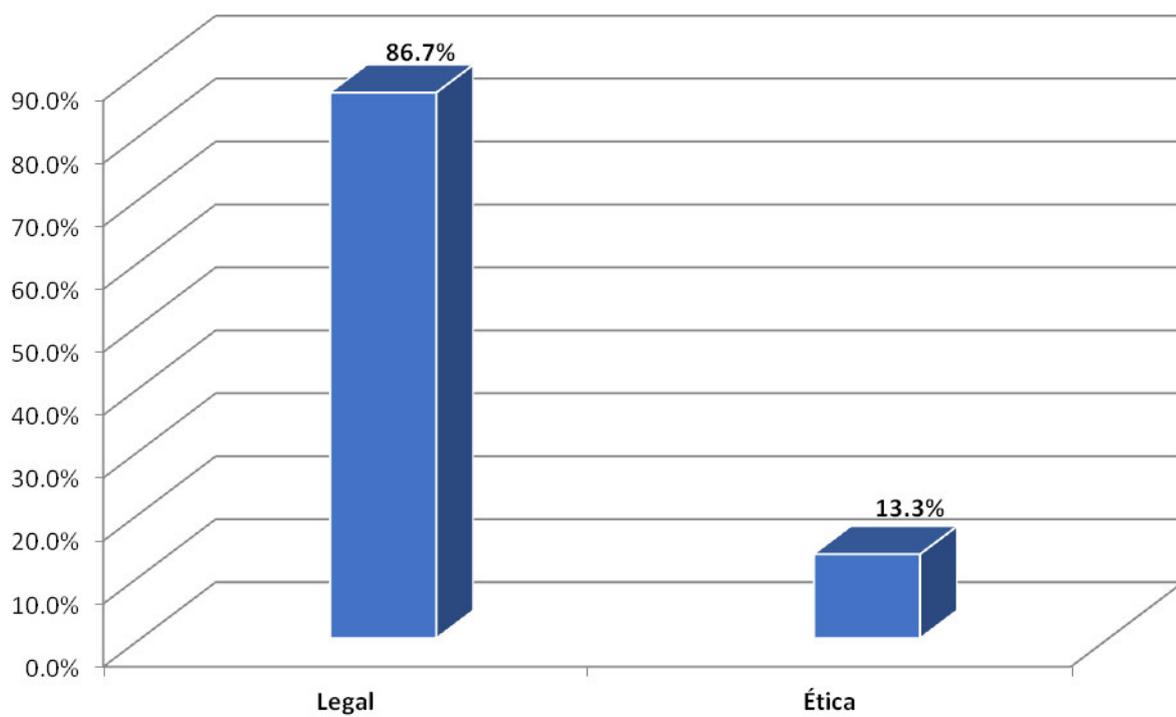


Gráfico N° 8 Objetivos legales o éticos de los estudios.

V. DISCUSIÓN

El consentimiento informado constituye un proceso de entrega de información, que debe tener ciertas características para que sea efectuada de manera correcta. La entrega de información debe darse antes de determinada intervención. Por diversos factores, la apreciación de ese proceso en los resultados de los estudios llevados a cabo por Palomer¹⁷, Saliba¹⁸, Amorim¹⁹, era negativa por parte de los profesionales, la misma actitud tuvieron las respuestas de pacientes en las investigaciones de Muñoz¹⁴, Taiwo¹⁵, Rogés²⁰.

En el ámbito internacional, el concepto de dignidad humana es considerado el precepto bioético más importante. Es responsabilidad de todo profesional de la salud defenderlo invariablemente para no defraudar la confianza que los pacientes depositan en su odontólogo, por ello la obtención del consentimiento informado para procedimientos clínicos tiene gran importancia bioética y legal a escala mundial. Schouten⁴ indica que en los Países Bajos la existencia de la Ley de Contrato de Tratamiento Médico da un carácter de doctrina jurídica a dicho procedimiento, o el estudio realizado por Alfaro¹ precisa la relevancia bioética de ese procedimiento. El estudio y las investigaciones sobre el consentimiento informado en diversos países recogen, de una u otra forma, la intención de respetar la autonomía del paciente y, por lo tanto, su integridad.

El producto intelectual es el resultado de la interacción de estudios que pretenden reflejar la realidad de un contexto social. Estos investigadores producen sistemáticamente resultados, los cuales son expresados a través de tesis, artículos científicos y otros. Las condiciones en las cuales se desarrollan los estudios varían y uno de los principales determinantes es el contexto o marco socioeconómico en el que se desenvuelven, este aspecto influye en el número de estudios que han desarrollado. Luego en el análisis del conjunto de la producción bibliográfica, apreciamos el año de las

publicaciones llevadas a cabo en un determinado período de tiempo y se observó que se han incrementado.

La revisión y análisis de los estudios seleccionados conlleva a un análisis crítico de estos. Este análisis nos permite observar la importancia de las muestras empleadas en cada estudio. El muestreo garantiza que las características que se quieren observar en la población quedan expresadas apropiadamente en la investigación, de manera que se pueda generalizar a la población los resultados obtenidos en la muestra. El criterio del investigador determinará el número de muestras, como en el caso de Amorim¹⁹, que empleó 15 sujetos para su estudio, o en contraparte Yuasa⁵, que llevó a cabo su investigación con 1.083 personas, lo que implica que los criterios por emplear influyen directamente en la cantidad de las muestras por emplear.

El parecer de los actores en la atención clínica sanitaria es relevante. Ello permite observar las múltiples aristas de la problemática del uso del consentimiento informado, las cuales pueden ser la actitud en cuanto al empleo de este por parte de profesionales y pacientes, el nivel de comprensión a las explicaciones de los profesionales e incluso el nivel de entendimiento de la importancia de dicho documento en alumnos en formación académica. Alfaro¹, Eijkman², Mortensen⁷ y demás autores estudiaron la respuesta de profesionales y encontraron diversas respuestas. También se estudiaron respuestas de pacientes en las investigaciones llevadas a cabo por Schouten⁴, Yuasa⁵, López⁶ y demás investigadores.

Los odontólogos son vistos en la sociedad como profesionales con conocimientos y habilidades científicas técnicas comprobadas. El odontólogo toma un compromiso con la comunidad y acepta las normas y obligaciones de su profesión, las cuales constituyen la esencia de la ética odontológica. Debido al desarrollo científico y tecnológico de la odontología, se ha dado el incremento de áreas especializadas en lo que se refiere a tratamientos

dentales, lo cual conlleva a la aparición de odontólogos especialistas. Estos realizan procedimientos especializados requieren brindar información más específica y entendible para el paciente. Cada especialista debe adaptar el consentimiento informado a su propia realidad profesional especializada, haciendo ejercicio de su responsabilidad social como odontólogo de práctica general o especializada. Para ello se hace necesario valorar el tipo de paciente y la situación que se trate en particular.

El desarrollo de manera exponencial de herramientas tecnológicas ha permitido en nuestros tiempos facilidades en el campo de la investigación científica. Ello nos permite acceder mediante la búsqueda bibliográfica a diversas investigaciones realizadas internacionalmente. Un elemento en contra es el acceso a ese material, que en gran parte se encuentra en archivos bibliográficos electrónicos indexados, los cuales no son de acceso para la mayoría de los investigadores, como se observó en el desarrollo del presente reporte forense.

La atención facultativa en odontología debe tener como principal meta la salud del paciente. Esto vincula al profesional con los derechos humanos para comprender aspectos éticos y legales que deben proteger a los usuarios de los servicios de salud; la ética, concerniente al deber ser y el deber hacer, por lo que el odontólogo debe saber: ser lo que es, lo que tiene que hacer y cómo lo debe hacer; la ley, para que tenga la posibilidad de adaptar los conocimientos científicos a los cambios en términos de reglamentos y leyes; entonces, la necesidad de poseer los conocimientos de estas disciplinas y ciencias que delimitan el ejercicio ético y legal de la odontología para comprender lo que está permitido y prohibido en la práctica de la odontología.

VI. CONCLUSIONES.

- A. En cuanto a la percepción del consentimiento informado en las investigaciones llevadas a cabo, el 33,3% del total de pacientes presentaban actitud positiva; en los profesionales, el 36.7% del total presentaron percepción negativa; en los alumnos, el 6.7% del total mostraron percepción negativa.
- B. Los países con mayor número de publicaciones científicas en el ámbito internacional referentes al consentimiento informado fueron EE.UU. y Holanda, los cuales son equivalentes al 13,3% del total.
- C. Las publicaciones científicas revisadas en el período 2000 y 2009 representan el 53,3% del total.
- D. En lo referente a las muestras estudiadas en las investigaciones encontradas, de los pacientes interrogados en mayor número fueron mayores a 100 personas, lo que representa el 30% del total; a profesionales el número menor o igual a 100 personas, representa el 26.7% del total; y alumnos participantes representan el 6.7% del total.
- E. En los estudios revisados sobre el consentimiento informado, la mayoría de las personas consultadas fueron los pacientes, que representan el 50% del total.
- F. Los profesionales odontólogos que fueron invitados a participar en mayoría de los estudios fueron los odontólogos de práctica general. Representan el 40% del total.
- G. El buscador electrónico con el que se encontró el mayor número de investigaciones fue el Google académico: el 44.6% del total.

H. De las investigaciones revisadas, el 86.7% tuvieron como objetivo ver la importancia legal del consentimiento informado.

VII. RECOMENDACIONES

- A. Tomar en cuenta los resultados de los estudios realizados, con la finalidad de revertir actitudes negativas hacia el consentimiento informado, ya sea por parte de pacientes o de profesionales, mediante seminarios o actividades que difundan y promuevan la importancia de ese documento. Así, se brindará una mejor atención al paciente, respetando su autonomía, y al profesional un mejor entendimiento de la importancia de dicho procedimiento.

- B. Las instituciones nacionales encargadas de promover investigación en centros universitarios deben capacitar a más profesionales para que desarrollen investigaciones con la finalidad de elaborar estudios en el ámbito de las ciencias forenses, con lo cual colaborarían en el desarrollo tecnológico y científico de nuestro país.

- C. Incrementar el número de estudios sobre el consentimiento informado, para generar y promover un impacto en el mejor conocimiento de cómo mejorar el uso de ese documento en la atención clínica a personas, con lo cual se lograría obtener recursos humanos calificados para una adecuada atención.

- D. Recomendar que en los estudios venideros se emplee el mayor número de muestras para las investigaciones, enfatizando la importancia de las muestras obtenidas de forma probabilística, ello implicaría una capacitación constante en el campo estadístico, lo cual permitiría dar un sustento estadístico a los estudios y brindar muestras representativas de la población estudiada.

- E. En las futuras investigaciones, realizar estudios en los cuales intervengan pacientes y odontólogos, teniéndolos como muestra a fin de conocer sus actitudes y el alcance de su entendimiento del

consentimiento informado, con lo cual se tendrían resultados útiles para revertir los aspectos negativos que pueda haber por desconocimiento del mismo.

- F. Desarrollar estudios en las diversas especialidades de la odontología con la finalidad de observar el cabal entendimiento del consentimiento informado previo a cualquier tratamiento clínico, con el fin de elaborar dicho documento de manera específica y singular para cada especialidad, con la finalidad de que el paciente pueda brindar, mediante información precisa, su consentimiento a tratamientos especializados.
- G. Promover e instruir de manera adecuada el uso de buscadores bibliográficos electrónicos, mediante talleres o capacitaciones de las instituciones que brindan esa herramienta tecnológica, con el fin de que los investigadores accedan a información actualizada y variada, con lo cual enriquecerán sus estudios con material científico.
- H. Realizar capacitaciones a los profesionales de la odontología sobre la importancia legal y ética del consentimiento informado, con lo cual se cumplirán las normativas de atención clínica a pacientes, respetando sus derechos y autonomía; ello evitará reclamos basados en la falta de información y futuras demandas judiciales de los usuarios de servicios de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alfaro CL, García RC. Percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(1):5-12.
2. Eijkman MA, Goedhart H. Opinions of Dutch dentists on the introduction of new legislation in the field of Informed Consent. A pilot study. *Patient Education and Counseling*. 1996; 28: 45-50.
3. Schouten BC, Eijkmana MA, Hoogstratena J, Dekkera J. Informed consent in Dutch dental practice: knowledge, attitudes and self-efficacy of dentists. *Patient Education and Counseling* 42 (2001) 185–192.
4. Schouten B, Hoogstraten J, Eijkman. Dutch dental patients on informed consent: knowledge, attitudes, self-efficacy and behavior. *Patient Educ Couns*. 2002; 46(1): 47-54.
5. Yuasa H. et al. Consent for Enrolment in Randomised Controlled Trials: a Questionnaire Study. *Asian J Oral Maxillofac Surg*. *Patient Educ Couns*. 2002; 14: 125-131.
6. López CC, Baca PR, San Hipólito ML, Donado RM. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *RCOE*, 2003, 8(6): 633-641.
7. Mortensen MG, Kiyak HA, Omnell L. Patient and parent understanding of informed consent in orthodontics. *Am. J. Orthod Dentofacial Orthop*. 2003; 124(5):541-50.
8. Schouten BC, Hoogstratena J, Eijkman MAQ. Dutch dentists' views of informed consent: a replication study. *Patient Educ Couns*. 2004; 52(2):165-8.

9. Calderón MJ. El consentimiento informado y la mal praxis en odontología. (Tesis). Sección de estudios de posgrado e investigación. Escuela superior de medicina.
10. Miguel R, Zemel M. El consentimiento informado en Odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *Acta bioética*. 2006; 12 (1): 81-89.
11. Ernst S, Elliot T, Patel A, Sigalas D, Llandro H, Sandy H. Consent to orthodontic treatment – is it working?. *British Dental Journal*. 2007; 25: 1-5.
12. Maluf F, Paiva CG, Caubi DJ, Bugarin JJ, Garrafa V. Consentimento livre e esclarecido em odontología nos hospitais públicos do Distrito Federal. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(6):1737-46.
13. Chate RA. An audit of the level of knowledge and understanding of informed consent amongst consultant orthodontists in England, Wales and Northern Ireland. *Br Dent J*. 2008; 20; 205(12):665-73.
14. Muñoz ZG. Comprensión del consentimiento informado en pacientes que requieren extracción del tercer molar. *CONAMED*. 2008; 13(1): 24-28.
15. Taiwo OO, Kass N. Post-consent assessment of dental subjects' understanding of informed consent in oral health research in Nigeria. *BMC Med Ethics*. 2009 1; 10:1-7.
16. Kang EY, Fields HW, Kiyak A, Beck FM, Firestone AR. Informed consent recall and comprehension in orthodontics: traditional vs improved readability and processability methods. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2009 ; 136(4): 488-489.
17. Palomer RL. Consentimiento informado en odontología. Un Análisis teórico-práctico. *Acta Bioethica* 2009; 15 (1): 100-105.
18. Saliba GC, Isper GA, Anjos SC, Goncalves PE. Percepción del cirujano dentista respecto del uso Del consentimiento informado en el tratamiento Odontológico. *Acta Bioethica* 2009; 15 (1): 106-111.

19. Amorim AG, Souza EC. Problemas éticos vivenciados por dentistas: dialogando com a bioética para ampliar o olhar sobre o cotidiano da prática profissional. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(3):869-78.
20. Rogés SA, Sánchez GS, Sanabria JG, Sosa HH, Moleiro HM. Aplicación del Consentimiento Informado por Estomatólogos en la Atención Primaria de Salud. *Rev Ciencias Médicas*. 2010; 14(1): 26-36.
21. Guirland AA. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2011; 9(2): 43-49.
22. Carr KM et al. Impact of verbal explanation and modified consent materials on orthodontic informed consent. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2012; 141(2):174-86.
23. Salame OV. Consentimiento informado como garantía en el ejercicio de la práctica odontológica, que beneficie al efectivo cumplimiento del derecho constitucional a la salud de la población, en la clínica odontológica "Uniandes". (Tesis). Facultad de ciencias médicas. Universidad regional autónoma de los andes.2013.
24. Torres LD, Heras MM, Azcárate VF, Hita IP, Ruiz LH, Hernández PE, Gutiérrez PJ. The effects of informed consent format on preoperative anxiety in patients undergoing inferior third molar surgery. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2014; 19(3): 270-273.
25. Cusme JG. Consentimiento Informado en Odontología. Ecuador 2012 - 2014. (Tesis). Facultad Piloto de Odontología. Universidad de Guayaquil. 2015.
26. Hernández GM. Consentimiento Informado en Odontología. Departamento de Odontologia. Universidad de Valencia.
27. Pawlak CE, Fields HW, Beck MF, Allen R. Orthodontic informed consent considering information load and serial position effect. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2015; 147(3):363-72.

28. Pradhan S, Khurana S, Chinmaya BR, Shourya T. The Practice of Informed Consent among Dental Practitioner of NCR. *International Journal of Advanced Health Sciences*• 2015; 1(12): 1-5.
29. Ramírez RM, Paneque ET, García ZM, García ZC. Nivel de aplicación del Consentimiento Informado en residentes de la especialidad Estomatología General Integral. *Multimed* 2015; 19(3):131-143.
30. Dávila EM. Nivel de conocimiento del consentimiento informado en estudiantes que cursan el 9no semestre de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador, período 2015. (Tesis). Facultad de Odontología. Universidad Central del Ecuador. 2016.
31. Caballero Cornejo H. *Odontología Legal y Forense*. 1era edición. Perú: Editorial: CEPREDIM-UNMSM; 2010.
32. Fernández E. *Odontología Forense. Importancia de la Odontología en la Identificación*. 2 da edición. Lima-Perú: Editorial: Buenaventura; 1984.
33. Lozano Andrade O. *Estomatología Forense*. 1era edición. México: Editorial: Trillas; 2006.
34. Vicente Rodriguez J. *Odontología Forense*. 1era edición. Bogotá: Editorial: Ecoe; 1995.
35. Carrillo FLM. *La Responsabilidad Profesional del Médico en México*, Ed. Porrúa. SA de CV, 2005.
36. *Tratado de Responsabilidad Medica*. LM Marcelo, BJ Domingo, CF Reyna, DC José, LT Philippe, SB Jorge. Colombia: Ed. Ubijus; 2007.
37. Rodriguez LP. *Responsabilidad médica y hospitalaria*. España: Ed. Bosch; 2004.
38. Trigo RF. *Reparación de daños por mala praxis médica*. 2º ed. Buenos Aires: Ed. Hammurabi; 2008.
39. Urrutia A. *Responsabilidad civil por mala praxis quirúrgica*. Buenos Aires: Ed. Hammurabi; 2010.

40. Vazquez FR. Daños y perjuicios en el ejercicio de la medicina. Buenos Aires. 2º ed. Ed. Hammurabi; 2002.
41. Llamas Pombo E. La responsabilidad civil del médico: aspectos tradicionales y modernos. Madrid: Trivium; 1998.
42. Arimany-Manso J, Gómez Durán EL. La gestión de la responsabilidad profesional médica desde el colectivo de la profesión médica y enfocada a la seguridad clínica. Rev Esp Med Legal. 2013; 39:142-148.
43. Medallo-Muliz J, Pujol-Robinat A, Arimany-Manso J. Aspectos médico-legales de la responsabilidad profesional médica. Med Clin (Barc). 2006; 126:152-6.
44. Yungano A. Responsabilidad profesional de los médicos. Buenos Aires. Ed Universidad. 1982.
45. Perú, Congreso de la República. Ley Nº 26842: Ley general de salud. Lima: Congreso de la República; 1997.
46. Guzmán F, Franco E, Morales de Barrios M, Mendoza J. El acto médico, implicaciones éticas y legales. Acta Médica Colombiana 1994; 19(3):139-149.
47. Varas J. Responsabilidad médica y acto médico. Rev Obstet Ginecol Hosp Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse 2011; 6 (3):240-244.
48. Pizarro C. Responsabilidad profesional médica: Diagnóstico y perspectivas. Rev Med Chile 2008; 136: 539-43.
49. Fernández SC. La responsabilidad civil. Lima. 2a ed: Motivensa Editora Jurídica; 2012.
50. Alhalel-Gabay B. Vigencia de los valores del acto médico y de la relación médico-paciente. Rev Soc Peru Med Interna 2008; 21 (1): 37-41.
51. Hernandez, Nelsón. De la responsabilidad jurídica del médico. Editorial Ateproca; 1999.

- 52 García Hernández, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A.; 1999.
- 53 García Hernández, Tomas. Manual del médico clínico para evitar demandas judiciales. La ley actualidad S.A.; 1999.
54. Galan J. Responsabilidad en las distintas fases de la actuación médico-terapéutica y según especialidades. En: La responsabilidad civil y penal del médico. Madrid: Grupo Editorial Artes Gráficas; 1999.
55. Guzmán MF. Los conflictos derivados del acto médico y las propuestas de solución en Latinoamérica: el caso Colombia. Memorias del VI Simposio Internacional Conamed. Revista Conamed (Especial) 2002; 7:59-61.
56. Carrillo FL. La Responsabilidad Profesional del Médico en México, Editorial Porrúa, México.
57. Casa MM. La Atención Médica y el Derecho Sanitario., JGH Editores, Ciencia y Cultura Latinoamérica, S.A. de C.V, México 1999.
58. Choy GS. Responsabilidad en el Ejercicio de la Medicina, O.G.S. Editores, Segunda reimpresión, México, 2002.
59. Varsi RE: "Derecho Médico Peruano"; 2da. Edición; Editora Jurídica Grijley; Lima, 2001
60. Perú, Ley N° 15251, Ley que crea el Colegio Odontológico del Perú.
61. Código de ética y deontología del Colegio Odontológico del Perú, 2016.
62. Perú, Ley N° 27878, Ley de Trabajo del Cirujano Dentista.
63. Gracia D. La Práctica de la Medicina. Bioética para Clínicos. Madrid: Triacastela, 1999.
64. Ocampo MJ. La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. Ann Med Am Br Cow Hosp 2001; 46(2): 92-6.
65. Informe Belmont. Principios Éticos y Orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación.1978.

66. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. 2002
67. Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en Humanos CIOMS. Ginebra, 2002.
68. Beauchamp T L, Childress J F. Principles of Biomedical Ethics. 6^a ed. New York: Oxford University Press; 2009.
69. Gaudlitz M. Reflexiones sobre los principios éticos en investigación biomédica en seres humanos. Rev Chil Enf Respir 2008; 24: 138-42.
70. Serrano RJ. Cuestiones de bioética, Ed Speiro, Madrid, 1992.
71. Van Rensselaer P. Bioethics, Bridge to the future. Prentice-Hall. New Jersey; 1971.
72. Simón, P. & Barrio, I. Consentimiento informado. En: Bioética Clínica. Beca, J. P. & Astete, C. (Eds.). Santiago de Chile, Mediterráneo, 2012.
73. Beca, J. P. El cuidado espiritual del enfermo como responsabilidad del profesional de la salud. 2008. Ética Cuid.; 1(1):1-4.
74. Ferrer J. La Bioética y sus Principios. Bioética Clínica. Ed. Mediterráneo; 2012.
75. Couceiro A. La Relación Clínica: historia, modelos, instrumentos y retos. Bioética Clínica. Ed. Mediterráneo; 2012.
76. Celedon C. Etica de la medicina gestionada. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza y Cuello. 2009; 69: 37-40.
77. Yamalik, N. The responsibilities and rights of dental professionals. International Dental Journal. 2006; 56: 224-226.
78. FDI World Dental Federation. Visión 2020 de la FDI. Delinear el futuro de la salud bucodental. Geneva: FDI World Dental Federation; 2011.
79. FDI World Dental Federation. Declaración de Principios de la FDI. Declaración conjunta de la FDI–OMS–IADR: Objetivos Globales de Salud

Bucodental para el año 2020. Sidney-Australia:Asamblea General de la FDI World Dental Federation; 2003.

80.Garzón Díaz FA. Aspectos bioéticos del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable. Revista Latinoamericana de Bioética. diciembre de 2009;9(2):8-27.

81. Lorda PS, Simón P. El consentimiento informado: historia, teoría y práctica. Triacastela; 2000.

82. Mallardi V. [The origin of informed consent]. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2005 ;25(5):312-327.

83. Del Carmen MG, Joffe S. Informed consent for medical treatment and research: a review. Oncologist. septiembre de 2005;10(8):636-41.

84. Annas GJ. Globalized Clinical Trials and Informed Consent. New England Journal of Medicine. 2009;360(20):2050-3.

85. Zavala S, Sogi C, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y derecho a rehusar tratamientos: Conocimiento en Médicos Jóvenes Peruanos (encuesta 2010). Acta Med Per 2012; 29(2): 70-8.

86. Sogi C, Zavala S, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina - 2010. An. Fac. Med. 2012;73(1):19-26.

87. Paterick TJ, Carson GV, Allen MC, Paterick TE. Medical informed consent: general considerations for physicians. Mayo Clin. Proc. Marzo de 2008;83(3):313-9.

88. Garbin CAS, Garbin AJJ, Saliba NA, Zina LG, Gonçalves PE. El consentimiento informado en la clínica odontológica, Acta Odontológica Venezolana 2007; 45(1): 37-43.

89. Miguel R, Zemel M. El Consentimiento Informado en odontólogos residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata. Acta Bioethica 2006; 12(1): 81-89

90. Wagner GP. Fernández Sessarego: "La responsabilidad civil del médico y el consentimiento informado". 2011; Acta méd. Peruana. 2011; 28(2): 64-66.
91. Fernandez SC. La responsabilidad civil del médico y el consentimiento informado. Lima: Ed. Motivensa; 2011.
92. Herrero A, Reyes A, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y pacientes Rev Calidad Asistencial 2001; 16:706-713.
93. Doyal L. Good clinical practice and informed consent are inseparable. Heart. Febrero del 2002;87 (2):103-5.