

IMPACTO DE LOS PROCESOS DE ENSEÑANZA Y APRENDIZAJE DE ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL CICLO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN ODONTOLOGÍA

ZEMEL* M., MIGUEL R.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata

RESUMEN

Hoy día se hace necesario que la Universidad pueda ofrecer espacios formales y no formales de capacitación sobre el ejercicio profesional, su responsabilidad y el proceso de consentimiento informado (PCI) en el área de la Odontología. Históricamente, la relación odontólogo-paciente era de tipo paternalista o vertical, de forma que el odontólogo desempeñaba el papel de tutor y el enfermo, el de desvalido. El nacimiento de un nuevo paradigma hizo que el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo, y en particular sobre su salud, sean factores preponderantes a considerar en esta relación. El impacto de la nueva relación clínica motivó el origen de estudios académicos sobre la incorporación de espacios específicos de formación académica que permitan al estudiante de grado enriquecer su perfil profesional.

Objetivo: El propósito de la presente investigación fue establecer la importancia de la incorporación de un trayecto educativo referido a problemáticas Bioéticas en profesionales inscriptos en los Programas de Postgrado de la FOUNLP.

Método: Se realizó un estudio experimental tomando como variables: a. aspectos teóricos sobre Bioética Odontológica; b. situaciones ético-clínicas. Se tomó el universo de los alumnos de postgrado (n=112) y se incorporó un experiencia educativa destinada al grupo experimental "A" (n=20). Con el objeto de evaluar su influencia se tomaron dos instrumentos antes del desarrollo de la experiencia (Pre-test I y II), dejándose su evaluación a distancia (Post-test I y II).

Resultados: En relación con la primera variable, antes del curso, el grupo A obtuvo un puntaje promedio de 3,65, mientras que el B 3,58. Luego del curso, el grupo A 9,20, mientras que el B 3,63. En relación con la segunda variable los alumnos no poseían un tiempo previsto para el diálogo y la transmisión de la información en su consulta. (Grupo A = 25, 83,33%; Grupo B = 68, 82,93). Aquellos que implementaban el PCI señalaron que la mayor dificultad era su escasez de conocimientos sobre este (Grupo A = 20, 66,67%; Grupo B = 53, 64,63%). Seis meses después del curso, los estudiantes demandaban más espacios de formación (8, 26,67%); mientras que el grupo control continuaba declarando estar falto de conocimientos. (62, 75,61%).

****** La participación en la experiencia mostró un incremento en adquisición de conocimientos y en la reducción de dificultades clínicas; aunque algunos participantes siguen reclamando más formación

INTRODUCCIÓN

El consentimiento informado surge como un tema clave en la práctica sanitaria y odontológica recién en los años 70, aunque algunos códigos como el de Nüremberg son antecedentes de importancia. Desde los tiempos de Asclepios e Hipócrates hasta entonces, la tradición médica consistió en no solicitar ninguna autorización del paciente para realizar práctica alguna. Más aún, el informar y solicitar permiso no sólo no era una obligación del médico sino que era algo visto negativamente. La medicina tenía como objetivo curar y no educar al paciente. Gracia Gillen (2002) relata que en la Antigüedad Clásica se decía acerca de un buen médico: herba, non verba (remedios, no palabras) y que Virgilio denominaba a la medicina muta ars (arte muda). Hasta se consideraba lícito manipular la información para conseguir que el paciente hiciera lo que el médico consideraba bueno.

Platón tiene, en líneas generales, también una posición contraria a lo que hoy

conocemos como consentimiento informado. Esto se ve claramente en la República. Sin embargo, en el Timeo y en Leyes, distingue entre dos tipos de médicos: el médico de hombres libres y el de esclavos. El primero puede “conversar” con el paciente para persuadirlo de seguir tal o cual conducta. Pero el médico de esclavos no puede “perder el tiempo” ni hacérselo perder a su paciente. El esclavo o el artesano necesitan curarse lo antes posible para volver a su tarea, no precisan instrucción. De esos médicos, Platon dice: *“Si un médico de esos que practican la medicina por experiencia y sin razonamiento viniera por caso a encontrarse con un médico libre conversando con un enfermo libre, y empleando razonamientos próximos a la filosofía, tomando la enfermedad desde su principio, remontándose a la naturaleza general de los cuerpos, se echaría a reír y no diría otras palabras sino las que, para tales casos tienen siempre a mano la mayoría de los llamados médicos: ‘Loco’, diría, ‘no curas al enfermo, sino que, más bien, lo instruyes cual si necesitara hacerse médico y no recuperar la salud’”.*

Las cosas comienzan a cambiar lentamente recién en el siglo XVIII cuando entra en crisis la idea de un único orden ontológico y axiológico. Con la Modernidad empieza a expandirse la falsa idea que no existe una única verdad ni tampoco una sola escala de valores, empiezan a reconocerse y a tolerarse las diferencias.

El Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos define el Consentimiento Informado de la siguiente manera: "El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre 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 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”.

El Consentimiento Informado debe entenderse como un proceso gradual y verbal 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, los riesgos y beneficios que conlleva, así como sus posibles alternativas.

El Documento de Consentimiento Informado no es más que el soporte documental de este proceso y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico y recibida por el paciente. (Vidal, 1988)

El consentimiento informado como regla bioética

Clásicamente se admiten que el consentimiento informado tiene dos funciones: a) Proteger al paciente y/o al sujeto de investigación de posibles daños, y b) Proteger las elecciones autónomas, siendo ésta la función que se ha privilegiado en los últimos años. El consentimiento informado que tiene lugar en la relación médico-paciente por el cual se toman decisiones luego de la deliberación y análisis de todas las posibilidades con sus riesgos y beneficios. Este concepto del consentimiento informado como un proceso temporal es crucial ya que evita reducirlo a un único evento traducido en una mera fórmula escrita. Por lo tanto, se trata de algo dinámico, es decir, el paciente puede consentir hay una determinada práctica y luego negarse.

También puede entenderse en dos sentidos: Como autorización autónoma de la persona para la intervención médica o la investigación clínica. Cabe consignar que la autorización es para una práctica concreta. El otro sentido sería como norma legal o requisito institucional. Esta forma de entender el consentimiento informado es la más frecuente y, si bien, debería haber una coincidencia entre ambas formas de concebirlo, lamentablemente esto no ocurre y el consentimiento informado suele verse reducido al aspecto legal o institucional. Por otro lado, en el caso de ciertos menores de edad, es el menor quien toma la decisión autónoma pero son sus padres quienes firman el consentimiento informado en estos sentidos (legales e institucional).

Por otro lado, Culver, se refiere al consentimiento informado como consentimiento

válido, ya que la información es condición necesaria pero no suficiente para decidir sobre la legitimidad de una decisión. Así, el consentimiento válido resulta un concepto más amplio que el primero pues para su validez se requieren tres condiciones: información adecuada, ausencia de coerción y plena competencia del paciente para consentir (o rechazar) un acto médico u odontológico.

Otro punto a considerar es la renuncia al consentimiento informado. Un paciente puede renunciar a este derecho. Es este un caso que ameritaría un análisis por parte de un Comité de Ética porque el aceptar o no esta renuncia depende de las circunstancias y, por supuesto, la renuncia también debe ser una decisión informada.

El consentimiento informado es expresión de la autonomía. Si se entiende la autonomía como libertad, se ha de recordar que la libertad siempre está acompañada de la responsabilidad. Por ello, quien asume su libertad, quien decide autónomamente, también ha de asumir la responsabilidad de su elección, es decir, ha de aceptar las consecuencias de lo que ha elegido. Para ejercer la responsabilidad necesitará el paciente de un ejercicio de su conciencia que le permita una decisión libre y recta.

A continuación parece oportuno entonces, analizar los elementos del consentimiento informado que deben coexistir en toda ocasión.

Desde diferentes discursos (filosófico, médico, legal, psicológico, etc.) se coincide en que los elementos analíticos del consentimiento informado son los siguientes:

1. COMPETENCIA

Para Culver, la competencia se define como la capacidad que tiene el paciente para entender y apreciar la información dada durante el proceso de consentir (o de rechazar una propuesta diagnóstica o terapéutica). Por lo tanto, la competencia, en este contexto, se refiere a una habilidad cognitiva, a la capacidad psíquica de procesar (entender, comparar y valorar) la información. Esta habilidad tiene al menos tres características relevantes:

No es una capacidad todo o nada, es decir, una persona puede ser competente para decidir sobre un tipo de tratamiento (por ejemplo, farmacológico) e incompetente para optar por otra alternativa (por ejemplo, quirúrgico).

Tampoco es una capacidad constante, de modo que se puede ser competente en un momento y no serlo en otro.

Finalmente, la competencia no toma en cuenta el tipo de decisión. Esta última es quizás la característica más importante pues permite sostener que un paciente competente puede tomar decisiones seriamente irracionales.

Si se abandona aquí el análisis, Culver afirma que se podrían justificar acciones como el suicidio en la medida que fuera la consecuencia de una decisión tomada por una persona competente. De hecho, los eticistas que defienden a ultranza la autonomía estarían de acuerdo en no interferir con tales acciones. La competencia resulta así un criterio insuficiente para decidir si se ha de respetar o no una decisión. Por lo tanto ha de tenerse también en cuenta la racionalidad de la decisión tomada. De esta manera, competencia y racionalidad no son sinónimos; son, además, dos conceptos que se aplican a cosas distintas: la competencia es una cualidad del sujeto mientras que la racionalidad es una característica que se aplica a la decisión del paciente.

Una acción o una decisión son irracionales cuando sus consecuencias previsibles implican un daño en ausencia de una razón adecuada.

2. VOLUNTARIEDAD

La voluntariedad consiste en la ausencia de coacciones o manipulación, es decir, en la plena libertad para elegir. Se utiliza el término en sentido restringido y no amplio pues, en este último sentido, cualquier persona podría estar algo coaccionada (coacción interna) por el temor o ansiedad que le puede generar el hecho de estar enferma.

Es importante distinguir tres formas de influir sobre los otros: la coacción, la manipulación y la persuasión. La primera consiste simplemente en amenazas. Estas

presiones o amenazas pueden ser explícitas o implícitas como cuando se pide consentimiento para una prueba de HIV en un examen preocupacional en un contexto de desempleo.

La manipulación es algo así como una coacción solapada. Hay varias formas de manipular: ocultando información, mintiendo, minimizando algo, cambiando el tono de voz según lo que se dice, utilizando ciertos gestos, entre otros.

La persuasión consiste en hacer uso del diálogo para convencer al otro. Es decir, implica ofrecer argumentos, razones de por qué se está sosteniendo lo que se afirma. La persuasión es la única forma legítima de influir y de tratar de convencer al otro.

3. INFORMACIÓN

La exposición, esto es, el material de información y el modo en que se informa, es uno de los elementos más importantes del consentimiento informado siendo condición sine qua non del mismo. Sin embargo, uno de los problemas en relación a este punto es decidir qué es lo que hay que informar. La respuesta habitual es que hay que brindar información adecuada, teniéndose tres criterios, a saber:

Práctica profesional estándar: Según este criterio, la información está determinada por lo que la práctica médica habitual considera relevante. Esto a su vez está determinado por lo que la medicina y los médicos estiman que es lo mejor para el paciente.

Persona razonable estándar: así como la pauta anterior se funda en el principio de beneficencia, esta lo hace en el de autonomía. Se trata de postular hipotéticamente lo que una persona razonable promedio desearía conocer para tomar una decisión y, lo que desearía conocer, se dice, es aquella información sustancial o esencial sin la cual no podría decidir libremente.

Estándar subjetivo. La necesidad de información puede diferir de una persona a otra, pues cada una tiene sus propias creencias, temores, historia personal, entre otras. Por lo tanto, es el paciente quien decide qué es lo que desea saber y qué no.

El punto crucial, no obstante, no es cuánta información se da sino más bien qué es lo que pueden hacer los profesionales de la salud para facilitar las decisiones informadas y ello sólo puede lograrse mediante una estrecha relación odontólogo-paciente en la que sea posible el diálogo en el marco de una racionalidad comunicativa y no meramente estratégica. La excesiva información, especialmente en términos técnicos, entorpece más que facilita la comprensión por parte del paciente.

En líneas generales se puede decir que hay que informar lo siguiente:

Riesgos y beneficios de cada alternativa o procedimiento diagnóstico o terapéutico validado.

Riesgos y beneficios de no hacer nada, es decir, de la evolución natural de la enfermedad.

Con respecto a los riesgos, se deben informar aquellos en los que la probabilidad de sufrir un daño es alta aunque el daño sea menor y aquellos en los que el daño es grande aunque la probabilidad de sufrirlo sea baja. Por ejemplo, debería informarse la probabilidad de muerte hasta 1/10.000

4. RECOMENDACIÓN

Una vez expuestos los riesgos y beneficios de cada alternativa, el médico tiene el derecho y hasta el deber de recomendar una opción según su saber y experiencia. No obstante, no se pretende con esto transformar al profesional de la salud en un comerciante que expone sus "mercancías" y deja que el cliente escoja según su gusto y preferencia. Si se sostiene que el diálogo es lo esencial en bioética, como cualquier relación humana, de lo que se trata es de intercambiar opiniones fundadas, de deliberar y de elegir con prudencia.

5. COMPRENSIÓN

Es esta también una condición necesaria para que el consentimiento informado tenga validez. Sin embargo, al tratarse de una cualidad psíquica es de muy difícil evaluación. Nunca habrá plena seguridad de que el otro ha comprendido realmente la información suministrada. No sólo las palabras técnicas de uso en el lenguaje ordinario (hematoma, infiltración, absceso, úlcera, etc.) pueden connotar significados distintos sino también los mismos términos del lenguaje vulgar (grande, doloroso, infectado, etc.).

Una forma importante de contribuir a la mejor comprensión es brindar el tiempo y el clima necesarios para que el paciente pueda hacer todas las preguntas que desee. El profesional odontólogo debe, incluso, facilitar la formulación de preguntas. Cuando el paciente puede articular su elección con sus creencias y valores, es decir, cuando puede fundamentar su decisión, el odontólogo podría presumir (aunque nunca asegurar) que ha comprendido.

Cuando una persona ha perdido su autonomía (estado vegetativo, coma, demencia, estado alcoholizado u otros) o nunca fue autónoma (parálisis mental congénita, niños pequeños u otros) otros deben decidir por ella. Se tendrán, por tanto, tres criterios para decidir en estos casos:

Criterio de “autonomía pura”. La persona que ya no es autónoma ha dejado preventivamente directivas anticipadas en las que establece qué cosas permite que le hagan y qué cosas no.

Criterio de “juicio sustituido” o “autonomía fantasma”. Hay aquí cierto solapamiento con el punto anterior ya que el representante decide por el paciente en base a la siguiente pregunta: “¿Si X fuera una persona autónoma, qué haría en esta situación?”. Se trata también de un criterio algo resbaladizo en la medida en que no responda a esa pregunta sino a la siguiente: “¿Qué deseo yo (el representante) para el paciente?”

Criterio de los “mejores intereses”. Los criterios anteriores no pueden aplicarse en los casos de sujetos que nunca fueron autónomos. En esta situación el único criterio a aplicar es el de los mejores intereses. Se trata de un criterio vago y ambiguo en el que se intenta evaluar los riesgos y beneficios de cada propuesta así como la calidad de vida que se espera. Pero el problema radica en definir qué es un riesgo y qué un beneficio para el paciente y en qué consiste la “calidad de vida”. Suele apelarse a lo que la comunidad a la que pertenece el paciente entiende por riesgo, beneficio y calidad de vida. Sin embargo, esto no siempre es suficiente porque una persona podría tener valores diferentes a los de su comunidad (tómese como ejemplo los hijos de Testigos de Jehová).

El “consentimiento informado odontológico” desde la perspectiva Bioética

En los últimos años, los cambios producidos en el área de la Salud, y en particular de la Odontología, motivaron el nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente. En este sentido, el nuevo modelo imperante exige taxativamente al profesional el deber de informar a su paciente todo lo concerniente con su salud bucal. Por tal motivo, surge el documento de consentimiento informado como instrumento escrito que pone de manifiesto las voluntades expresadas desplegando la nueva relación de tipo contractual.

El nacimiento de un nuevo paradigma en la relación odontólogo-paciente en la sociedad occidental actual hizo que el derecho del paciente a la elección responsable y el respeto a la propia libertad sobre su cuerpo, y en particular sobre su salud, sean factores preponderantes a considerar en esta relación. De esta forma, el derecho a la información aparece como una manifestación concreta del derecho de la protección a la salud y, a su vez, éste último, uno de los fundamentales derechos de la persona humana.

Si se considera que el deber de informar incluye fundamentalmente lo relativo al diagnóstico y riesgos del tratamiento propuesto y a los alcances de éste, se puede

comprender fácilmente la aparición del consentimiento informado en la Odontología. Este se presenta como la respuesta al derecho del paciente a decidir conciente y libremente. Se estima entonces, que constituye uno de los máximos aportes que la práctica del Derecho ha realizado en los últimos siglos al conjunto de los derechos humanos contenidos en las diversas teorías, consecuencia necesaria o explicación de los derechos a la vida, a la integridad física y a la libertad de conciencia.

Por tanto, el consentimiento informado, definido por Beauchamp & Childress como la autorización para iniciar un plan de tratamiento, debiera prever un lenguaje adecuado al paciente, de manera que éste último pueda comprender los beneficios que obtendrá, las obligaciones que asume y los riesgos que corre. (Hartshorne, 1993) En este sentido, es sumamente importante que se pueda adecuar el lenguaje técnico a un lenguaje sencillo en donde el paciente pueda comprender fácilmente lo explicado. En caso de que el tratamiento sugerido no fuera aceptado, es necesario dejar constancia de ello. Así quedará en claro, tanto el proceso que culmina con la aceptación, como la eventual negativa. (Manrique, 1991)

El concepto de informar las decisiones en las prácticas clínicas ha recibido, por tanto, una creciente atención en los recientes años. La doctrina legal del consentimiento informado, en el cual es requerido el médico para revelar la naturaleza del procedimiento, las alternativas y los riesgos envueltos, se ha convertido en una conversación de “un sentido” sin que signifique ello la participación del paciente. Los pacientes deben tener la oportunidad de ser participantes informados en las decisiones clínicas.

Diferentes países de Europa y Norteamérica han ido instalando esta temática en sus legislaciones y sistemas educativos. En Holanda, en 1995, el Parlamento promulgó una ley llamada “Acta de Contrato del tratamiento médico”. En la misma, se establece que los pacientes tienen el derecho a recibir información y los médicos y odontólogos tienen la obligación de informar a sus pacientes y pedirles su autorización para los distintos procedimientos (consentimiento informado). La legislación mencionada estableció la responsabilidad que tienen por sí mismos los pacientes de las decisiones hechas sobre su salud y cuidado dental. Por otra parte, la citada normativa, determina que los odontólogos deben comprometerse en invertir más tiempo para lograr que las decisiones sean formuladas libremente y en desarrollar los requisitos de las habilidades comunicacionales. (Eijkman, 2001)

En este sentido, el odontólogo tiene un deber de conducta con su vida profesional en concordancia con los principios éticos escritos en las reglas morales. (Nash, 1984). Por lo tanto, los profesionales odontólogos, además de garantizar la confidencialidad a sus pacientes, deben presentar las distintas alternativas de tratamiento, obtener su consentimiento y respetar las decisiones hechas por los mismos. (Hirsch et al, 1986)

En la práctica odontológica diaria se instrumenta como un documento escrito por medio del cual se deja constancia de lo anteriormente descrito. Sin embargo, para que un paciente pueda firmar el consentimiento informado debe reunir determinadas condiciones, entre las que se cuentan: haber recibido y comprendido una información suficiente, encontrarse libre, y ser competente para tomar la decisión en cuestión a través de un documento que refuerce la situación contractual de la práctica moderna.

En relación a este último, la concepción de consentimiento informado integra dos visiones, una jurídico-técnica y otra filosófica. En este sentido, si el uso del mencionado documento se restringiera a atender solamente sus aspectos jurídico-técnicos determinaría una poda a los alcances éticos del Consentimiento solicitado a los pacientes en las prácticas asistenciales. El correcto uso del consentimiento informado supone no sólo el estudio del aspecto jurídico-técnico que lo presenta en forma de un documento librado por el profesional odontólogo, sino también, el conocimiento de los fundamentos éticos en que basa su existencia. En relación a esto último, la concepción en que se funda el consentimiento informado se da principalmente en el ejercicio de la libertad de conciencia y por ende, en la elección responsable. En este sentido, el consentimiento informado es el proceso gradual que se ubica en el seno de la relación odontólogo-paciente, en virtud del cual el paciente obtiene determinada información del profesional, en términos comprensibles, que le permite participar voluntaria, conciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del

tratamiento de su salud.

Braddock C. (2002) mostró que muy pocos médicos encuentran un mínimo criterio de obtención de consentimiento informado en su práctica de rutina. El autor demostró que trabajar más horas por semana predice un mayor empobrecimiento del proceso de obtención del consentimiento informado. Los profesionales que trabajaron más horas por semana recibieron más presión de tiempo. El mismo estudio halló una pequeña asociación independiente entre la duración de la visita y el trato que recibió el documento de consentimiento informado. En adición a esto, los profesionales que se unieron a estas prácticas comprendieron que éste reduce el riesgo de la mala práctica. Estos descubrimientos sugirieron direcciones en la práctica clínica que ayudará a alcanzar la meta de envolver al paciente en las decisiones clínicas.

Por tanto, el uso del consentimiento informado permite trabajar en el contexto de una relación odontólogo-paciente veraz y al compartir la responsabilidad de la decisión, lograr el esfuerzo volitivo de los pacientes a favor de la ejecución del tratamiento ofrecido con la aceptación formal de los riesgos. El resultado final constituye un mejor servicio. (Secchi, 1999)

Hoy día todos los campos profesionales deben ser examinados desde la mirada ética. La Odontología, pues, no puede estar exenta de revisar sus obligaciones éticas y las formas en que las lleva adelante.

El consentimiento informado en la formación universitaria

La descripción del acápite anterior invita a reflexionar sobre la importancia que esta temática debiera de tener en los currículums universitarios de las carreras y programas académicos relacionados con las Ciencias de la Salud.

Muchos de los planes de estudio universitarios fueron diseñados con un sentido local y regional ya superado. No corresponden a la cosmovisión emergente. Vemos, en cambio, surgir programas de enseñanza transnacionales (Unión Europea), internacionales (bachilleratos, postgrados) o interregionales (MERCOSUR, Nafta, Asia, Pacífico) (Pérez Lindo, 1995)

Las recomendaciones del Consejo General Odontológico del Reino Unido dirigidas a la Educación Odontológica presentan un nuevo énfasis sobre la importancia de la Ética y las legislaciones respectivas en los currículums odontológicos. Asimismo, destacan que el deber de los estudiantes universitarios de Odontología incluye la protección de la vida de sus pacientes y su salud al mismo tiempo, el respeto de su autonomía y la realización del consentimiento informado. (Bridgman et al, 1999)

Estudios empíricos en la comunicación entre la comunicación entre doctores y pacientes han identificado numerosas características que están asociadas con los modelos de comunicación durante visitas oficiales. Por ejemplo, características del paciente, edad, educación, raza, género, condiciones de insania, status de salud y duración de la relación profesional-paciente, están asociadas con el grado al cual los pacientes creen en sus profesionales integrándolos en las decisiones clínicas. En adición, características de los profesionales como el entrenamiento, especialidad, volumen de práctica, satisfacción profesional, etnicidad y conocimientos psicológicos, han estado asociados con la comunicación y estilos de participación de los mismos. Los estilos de comunicación de éstos ha estado asociado al riesgo de las demandas por malas prácticas, y la satisfacción del paciente en lo referido al cuidado y los resultados clínicos del mismo. No es sabido que estas características del paciente y el profesional son asociadas a la extensión observada en los documentos de consentimiento informado. (Braddock C. et al 2002)

Con respecto a la epidemiología, metodología, y los cambios conceptuales en estomatología, la demografía y los cambios sociológicos en la población, y con aprecio a la estructura y condiciones organizacionales del cuidado dental en la República Alemana, se han propuesto los principios fundamentales de la enseñanza y la educación, entre los que se cuenta la enseñanza de este tipo de conocimientos en las ciencias básicas de la

medicina y la odontología como fundamento de una alta ética profesional. (Zhurt, 1989)

Un estudio sobre el impacto de la ética odontológica en el currículum realizado en la Universidad de Minnesota (Bebeau, 1994) reveló que luego de recibir 720 estudiantes un entrenamiento específico durante siete años los beneficios alcanzados fueron altamente significativos.

Con todo, se le presenta un nuevo objetivo al ámbito universitario. Un desafío para las nuevas conducciones universitarias a tomar estos nuevos paradigmas reinterpretándolos, enriqueciéndolos, o bien, y por qué no, juzgándolos.

“El Alma Mater (la Universidad) ha sido una gran reproductora de visiones culturales y sociales, ha contribuido como ninguna otra Institución a fijar las identidades de los actores sociales e individuales. Es lógico pensar entonces que la transformación de los modelos culturales va a tener un impacto significativo en el currículum universitario. [...] ¿Es necesario tomar en cuenta estos contextos para el diseño curricular? ¿Con qué sistemas de ideas podemos establecer los parámetros epistemológicos, filosóficos, ideológicos, culturales y éticos que orienten la formación de los jóvenes?. Son preguntas difíciles de responder. En todo caso muestran que para acordar un cambio curricular se necesitan muchos diálogos, muchas confrontaciones, muchas reflexiones sobre los temas en cuestión. De lo contrario podríamos llegar a formular una mera actualización funcional del currículum sin mucha consistencia teórica. Necesitamos una universidad-mundo, transcultural, interdisciplinaria, con fuerte base científica, productora de conocimientos, agente de cambios, pedagógicamente innovadora, ideológicamente clara en su función social. El modelo de una Universidad así transformada brindará el marco necesario al cambio curricular”. (Pérez Lindo, 1995)

“En esa línea el currículum universitario debe constituirse en este momento histórico, recuperando sus más genuinos propósitos e intereses académicos, para desarrollar una de las más complejas e importantes capacidades humanas: la capacidad de pensar. La capacidad de pensar de manera inédita, osada, crítica, creativa y comprometido ... Los derechos humanos tendrán que impactar al currículum universitario como contenidos específicos y como perspectiva general o enfoque ... Actualmente, los nuevos lenguajes científicos y tecnológicos forman parte importante de las comunicaciones y las prácticas cotidianas en los distintos espacios sociales.” (de Alba, 1997)

En función de todo lo anterior, habrá entonces que dilucidar como el cambio del paradigma en las relaciones sanitarias debiera influir directamente sobre los diseños curriculares de carreras y programas académicos relacionados con las Ciencias de la Salud.

En la educación odontológica, los estudiantes invierten demasiado tiempo en los cuidados previstos para el tratamiento dental. En diversos programas académicos deben cumplir con requisitos que pueden dificultar la relación con sus pacientes. Probablemente la solución a los conflictos que se presentan sea generalmente la utilización del consentimiento informado. (Van Dam, 2001)

Países como Estados Unidos, España e Italia han generado, no sólo jurisprudencia en la temática, sino también numerosos espacios de formación académica. En este sentido, 54 Facultades de Odontología de los Estados Unidos de América que intervinieron en un estudio sobre la planificación de los planes de tratamiento, la mitad mostraron tener incorporado la explicación de los riesgos del tratamiento y el pedido de consentimiento en el momento que presentan el plan propuesto, mientras que el resto de las Unidades Académicas lo hace posteriormente al inicio del plan de tratamiento. (Hook et al, 2002)

En otra línea de investigación, un estudio del Departamento de Odontología Social y Educación Odontológica de la Universidad de Louwesweg (Amsterdam, Holanda), que estuvo comprendido por una muestra de 1616 pacientes dio a conocer que las explicaciones dadas por los odontólogos a sus pacientes eran favorables para la relación establecida, aunque existen temores concluyendo que el principio de la autonomía estaría socavado sino se presta la debida información. (Schouten et al, 2001)

Por tal motivo, es de suma importancia que esta temática se instale dentro los diseños curriculares y programas académicos odontológicos, posibilitando la reflexión y posterior custodia de estos principios éticos y legales en el ejercicio profesional de la

Odontología. Es así que, durante la formación académica de grado y postgrado sería prudente considerar su enseñanza en todas sus dimensiones, junto a su aplicación concreta en las prácticas asistenciales que se propongan en cada asignatura.

El documento de consentimiento informado en la formación de Postgrado

La aparente ausencia en los diseños curriculares de las Carreras de Odontología y en los programas académicos de Postgrado de Odontología de una asignatura específicamente filosófica que tenga como objetivo los tratados de la Antropología Filosófica y los fundamentos deontológicos del ejercicio profesional dificultaría el aprendizaje integral de determinadas temáticas como lo pueden ser, entre otras, la libertad y dignidad humana o la conciencia moral, los cuales se podrían considerar como contenidos previos y fundantes del consentimiento informado.

Esta falencia ha hecho que tales cuestiones estén subyacentes en otras áreas o asignaturas clínicas, como lo es la Odontología Legal, y al buen criterio de los docentes que integran estas últimas, quienes por su estricta formación científica carecen en gran parte de una formación filosófica. En este sentido, una plataforma filosófica humanista que se pudiera incorporar en la formación de los Residentes posibilitaría la custodia de los aspectos éticos en la administración profesional del consentimiento informado.

En otro sentido, el programa académico del postgrado de Odontología ofrece una completa formación en Odontología Legal la cual contempla los aspectos jurídico-técnicos que confieren al documento su validez legal. Por tal motivo, se creería conveniente articular dichos contenidos con los anteriores, de modo de presentar la temática con una perspectiva integral desde los distintos enfoques pedagógicos.

El Odontólogo debe proveer información considerando la naturaleza del tratamiento propuesto, los beneficios y los riesgos del mismo, y los beneficios y riesgos de los tratamientos alternativos, incluyendo el rechazo al tratamiento. Especialmente, durante el primer contacto con un nuevo paciente, el Odontólogo puede jugar un rol vital alentando al paciente para que descubra sus propios intereses y expectativas. (Eijkman, 2001). De ahí que la comprensión de estos conceptos filosóficos por parte del Odontólogo que se forma profesionalmente en un programa de Residencias debiera de ser fundamental.

Una razón por la que los pacientes hacen decisiones pobremente es que difícilmente ellos saben qué es lo que quieren. Así es que hay evidencia de que las preferencias de los pacientes puede ser inestable. Según Braddock C. (2002), es cada vez más sistemático que los valores de los pacientes sean muy fragmentarios, fracturados y febriles para guiar sus decisiones. Daniel T. Gilbert y Timothy D. Wilson estudiaron y explicaron la evidencia. Los mismos dicen que todas las personas cometen errores sistemáticos en anticipar qué es lo que disfrutarán y también regularmente lo que desearán.

Se suele predecir los hechos de situaciones futuras inexactamente. Los estudios que el autor esbozó hacen pensar que las razones que los pacientes tienen los harán tomar decisiones torpemente. *En este sentido*, Michael Farrel y Schneider estudiaron cómo 40 hombres hicieron la opción por el estudio del PSA (*el anto gen próstata-específico*) Farrell le dio toda la información que cada hombre necesitó y quiso (a un gasto extravagante de tiempo) y él investigó entonces cómo los hombres razonaron. Sólo 2 de los 40 hombres cambiaron su forma de ver sobre el PSA, a pesar del asalto de información. Ellos “parecían tener una dificultad considerable” analizando sus opciones. Los pacientes “frecuentemente parecían oscilar con asunciones que los llevaron a ignorar o entender mal la información que les fue dada. Más especialmente,... (los mismos) confiaron en lo que podría llamarse principios de sabiduría de parientes que a menudo parecía rechazar crucialmente en lugar de inducir el pensamiento “. Por ejemplo, estos hombres habían oído tan a menudo que un pantallazo para el cáncer era bueno porque hace el tratamiento temprano posible, aún cuando los investigadores nunca comprometieron con los argumentos de realizar el PSA la posibilidad de desechar el tratamiento de cáncer de próstata. Semejantemente, ellos habían bebido demasiado profundo del argumento que prevenir una enfermedad es mejor que intentar curarla. Como un hombre dijo “es tomando medidas preventivas como esta (la

prueba que) he podido mantener una cantidad razonable de salud buena.” Pero el PSA descubre la enfermedad, no la previene. (Schneider C, 2002)

El consenso de enseñar métodos ha sido un foco ético de discusión reciente, los pacientes deben consentir en un procedimiento pero no premeditar que el procedimiento será llevado a cabo por residentes, tal vez por primera vez. En esos casos los pacientes no han especificado su consentimiento a la practica para enseñar técnicas nuevas. Santen et al (2004) estudiaron el conocimiento de las practicas de los residentes y la voluntad de parte de los pacientes de dejar a los profesionales mejorar técnicas en ellos. Sobre 202 pacientes del Departamento de Emergencia del Centro Médico de la Universidad de Vanderbilt desde febrero a abril del 2002 se realizaron procedimientos para los cuales los pacientes eran consultados acerca la conciencia del entrenamiento de los residentes y su voluntad de dejar mejorar a los residentes sus técnicas. No solo la mayoría de los pacientes no sabían que ellos eran los primeros pacientes en los cuales los residentes mejoraban técnicas, (66% para suturas, 69% para intubaciones, 82% para punciones lumbares). más aun dos tercios creyeron que ellos debían ser informados si ellos eran los primeros pacientes. Particularmente para intubación y punciones lumbares, los pacientes indicaron que no se sentirían confortables si fueran ellos los primeros en los cuales estos procedimientos se llevaran a cabo. Esta información eleva las preguntas éticas referidas a las obligaciones de los médicos de informar a los pacientes acerca de las técnicas de perfeccionamiento sobre los pacientes.

Obtener el consentimiento informado es una técnica especial en medicina interna. Por tanto, una investigación dirigida por McClean K. (2004) revelaron deficiencias en las técnicas utilizadas por residentes de Hospitales Canadienses para la obtención del consentimiento informado. Este estudio evaluó como los residentes adquieren herramientas o técnicas para el consentimiento informado y cómo las técnicas del consentimiento informado son agendadas en los programas de residencia en la medicina interna canadiense. Para ello, fue enviado un test a los 16 directores de los programas de medicina interna de Canadá, preguntando como el consentimiento informado es enseñado y asesorado. En la universidad de Saskatchewan, los residentes eran asesorados a través de un objetivo clínico estructurado de estado examinatorio, examinación escrita y un cuestionario propio de asesoramiento. Ningún consistente acercamiento a la evaluación o enseñanza de las técnicas de consentimiento informado existen dentro de los programas de Medicina Interna canadienses. Los directores de programa y los residentes identificaron la enseñanza informal de residentes como una modalidad importante de aprendizaje. Aunque los residentes se perfeccionaron en discusiones acerca de técnicas e indicaciones sobre procesos, discutir riesgos constituía un punto débil. Los residentes se focalizaron en riesgos generales y menores pero eludieron discusiones sobre riesgos serios y sobre frecuencias de posibles complicaciones. El mismo estudio demostró que los residentes carecen de estructuras apropiadas para asesorar capazmente y casi siempre solo asesoraban sobre comprensión. Los residentes no estaban familiarizados con conceptos como riesgo de materiales, consentimiento implicado y privilegio terapéutico.

La formación de los residentes puede ser llevada adelante con la participación de los pacientes como sujetos del proceso enseñanza-aprendizaje en donde se les presenta los riesgos y beneficios. Esta tarea se funda entonces en el derecho de los pacientes a decidir sobre su propia salud. En este sentido, desde el punto de vista de la Ética se presentan los principios y valores que justifican el trato que los residentes llevan adelante en los cuidados de sus pacientes. (Kipper et al, 2002)

Con todo, es prudente considerar la necesidad de reforzar la formación académica establecida en el Postgrado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata con una que presente los contenidos de la Bioética Odontológica, facilitando así la comprensión de los fundamentos éticos del consentimiento informado, como así también posibilite al odontólogo enriquecer la cosmovisión integral del hombre brindada en la formación académica que recibe en el desarrollo de su programa.

Por lo tanto, en esta investigación servirá de guía del trabajo teórico-empírico la siguiente hipótesis: La incorporación de una específica formación sobre aspectos bioéticos,

jurídicos y odontológicos del denominado “documento de consentimiento informado” durante el programa académico de Postgrado favorecerá a un mejor conocimiento y desempeño clínico-profesional de los profesionales odontólogos en el área de la Odontología Legal.

OBJETIVO

El propósito de la presente investigación fue establecer la importancia de la incorporación de un trayecto educativo referido a problemáticas Bioéticas en profesionales inscriptos en los Programas de Postgrado de la FOUNLP.

MÉTODO

Se realizó un diseño cerrado con una investigación de tipo experimental verdadera. En este sentido, la recolección de datos se realizó en forma prospectiva. Se tomó como sujetos de análisis a 112 alumnos de Postgrado de la FOUNLP. El criterio de inclusión fue el universo completo de los sujetos experimentales que estuvieron en las condiciones académicas y administrativas normalizadas por la Secretaría de Postgrado de la FOUNLP; mientras que como exclusión se tomó a aquellos que no estuvieron en las condiciones académicas y/o administrativas descritas al comenzar el ciclo lectivo. Se tomó como criterio de eliminación la ausencia definitiva u otro motivo académico y/o administrativo que provocara la interrupción de su postgrado, como así también, la incorporación de nuevos odontólogos admitidos como alumnos del Postgrado.

Se realizó un estudio experimental controlado con dos grupos de alumnos de Postgrado. Los grupos fueron “no equivalentes” componiéndose el grupo experimental por 30 odontólogos que cursaban el Postgrado en el turno mañana (Magíster en Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial = 8; Carrera de Especialización en Ortodoncia = 20; Residencias = 2), mientras que el grupo control estuvo constituido por 82 alumnos (Carrera de Especialización en Ortodoncia = 41; Magíster en Implantología Oral = 18 ; Magíster en Rehabilitación Oral = 22. Residencias = 1). En ambos casos, los grupos fueron formados por odontólogos de ambos sexos.

Se tomó un primer instrumento a ambos grupos (Pre-test teórico), consistente en una encuesta estructurada, cerrada y anónima, buscó indagar sobre el nivel de conocimiento de los contenidos relacionados con la Bioética Odontológica. Además, se tomó el Pre-test clínico, consistente en una encuesta estructurada, cerrada y anónima que buscó ponderar las resoluciones que tomaban los alumnos frente a las problemáticas bioéticas relacionadas con la confidencialidad, la información clínica y la atención de pacientes.

Seguidamente, se realizó una formación académica sobre Bioética Odontológica, bajo la modalidad de “Seminario/Taller”. La experiencia formativa estuvo a cargo del becario y se implementó en el ámbito de la FOUNLP. La propuesta pedagógica se sometió a la evaluación de la Asesoría Pedagógica de la Facultad.

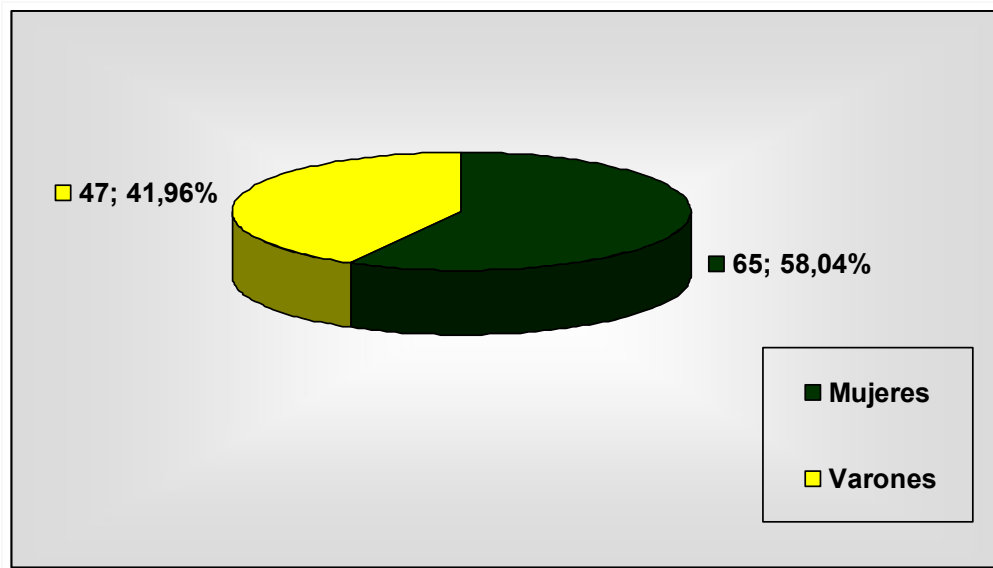
A distancia de la misma se tomaron los “Post-test teórico”, y “Post-test clínico”. evaluando así la propuesta pedagógica brindada. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando herramientas informáticas específicas. Se realizó la cuantificación de los datos numéricos y nominales obtenidos, y la descripción de sus parámetros. Se representaron los datos obtenidos a través de los gráficos que sean pertinentes para cada caso en particular. Se analizaron los resultados obtenidos y elaboraron las conclusiones.

RESULTADOS

Del análisis de los instrumentos (test I y II) a 112 odontólogos, de ambos sexos, pertenecientes a los Programas de Postgrado, los resultados fueron: De los encuestados, 65 (58,04%) graduados correspondieron al sexo femenino; el rango de edades fue de 24 y 50 años. La edad media de 27,69 años; moda 26 y mediana 27 años. El promedio de los años de graduación fue 2,83 años, moda y mediana 2 años. La edad de la muestra reveló

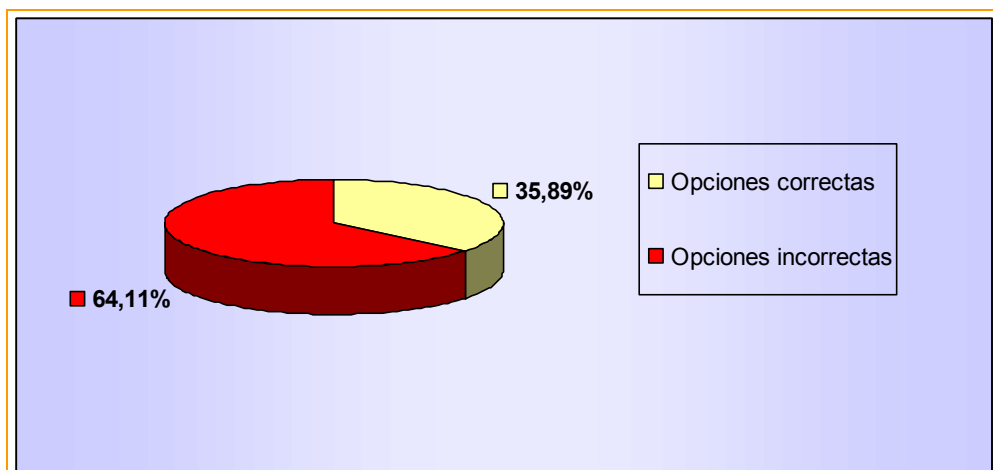
una población de graduados, de ambos sexos, muy jóvenes y recibidos recientemente. Esto manifestó además, el alto interés de los odontólogos jóvenes por continuar su formación en el postgrado.

Gráfico 1. Distribución por género



En relación con la variable aspectos teóricos en Bioética Odontológica, sobre un total de 3360 opciones totales, la población encuestada sólo contestó 1206 (35,89%) correctamente.

Gráfico 2. Porcentaje de respuestas correctas en ambos grupos (A y B)

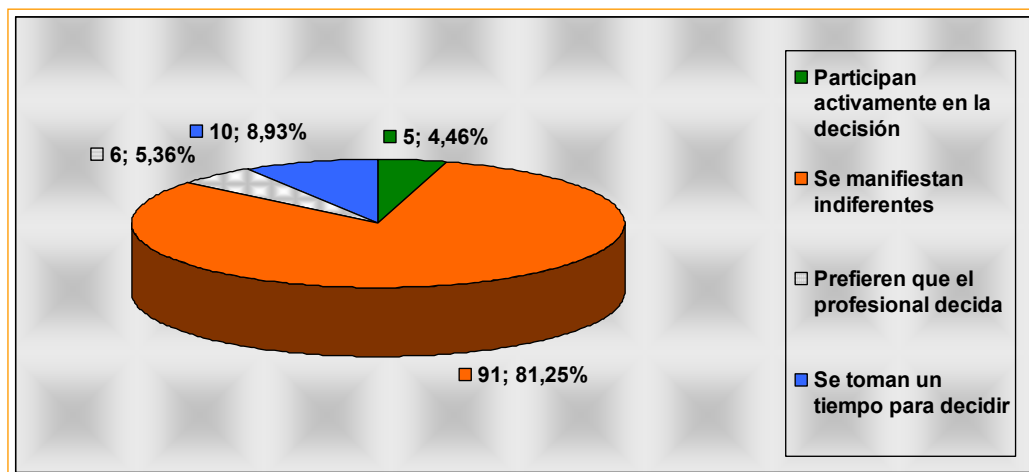


El grupo A (experimental) obtuvo un puntaje promedio de 3,65, mientras que el B (control) 3,58. De este modo, los graduados no alcanzaron el nivel esperado de conocimientos mínimos.

Al valorar la dimensión clínico-profesional de la relación clínica se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la comunicación odontólogo-paciente y la implementación del PCI.

Se observó que los alumnos no poseían un tiempo previsto para el diálogo y la transmisión de la información en su consulta odontológica. (Grupo A = 25, 83,33%; Grupo B = 68, 82,93%). Cuando se evaluó la respuesta del paciente en la consulta odontológica, 91 (81,25%) odontólogos manifestaron que sus pacientes generalmente dejan en manos del profesional la decisión del plan de tratamiento, y ellos se someten a lo propuesto.

Gráfico 3. Percepciones de los estudiantes de postgrado sobre las actitudes de sus pacientes en el desarrollo de los planes de tratamiento.



Se mostró así una persistencia del “modelo paternalista” en la consulta odontológica. (Grupo A = 24, 80,0%; Grupo B = 67, 81,71%).

Al consultarles si realizaban el PCI para mejorar esa respuesta del paciente, la distribución mostró que en ambos grupos se lo implementaba en la rutina clínica. (Grupo A = 27, 90,0%; Grupo B = 74, 90,24%). En relación con los beneficios que les traería la implementación del PCI en la consulta odontológica, un grupo mayor de profesionales que llevaban a cabo el PCI dijeron que luego del mismo no observaron diferencias (Grupo A = 19, 63,33%; Grupo B = 60, 73,17%). No obstante, un grupo menor considerará que mejoró no sólo la asistencia sino el compromiso con el plan de tratamiento propuesto (Grupo A = 4, 13,33%; Grupo B = 8, 9,76%).

Por tanto, se indagó sobre las cuestiones propias del PCI a los efectos de observar debilidades y fortalezas de su implementación en la población objeto. Se observó un marcado interés de los profesionales por cumplimentar cuestiones jurídico-técnicas de la planilla de consentimiento informado como lo eran la firma de la misma (Grupo A = 26, 86,67%; Grupo B = 71, 86,59%) y dejar escrito la información relacionada con la terapéutica sugerida (Grupo A = 23, 76,67%; Grupo B = 66, 80,49%) y costos (Grupo A = 22, 73,33%; Grupo B = 63, 76,83%). Se mostró así un bajo interés en evaluar otros aspectos o consideraciones del PCI.

En el mismo sentido, los Alumnos que realizaban el PCI señalaron distintas dificultades encontradas al implementarlo, observándose principalmente la falta de conocimientos legales y bioéticos sobre el proceso (Grupo A = 20, 66,67%; Grupo B = 53, 64,63%). Cabe destacar que un grupo menor no encontraron dificultades al implementar el PCI, encontrándose estos alumnos en entre los que habían aprobado el test teórico en ambos grupos.

Gráfico 4. Dificultades expresadas por estudiantes de postgrado de odontología al realizar el Proceso de consentimiento informado antes de la experiencia formativa (Grupo A)

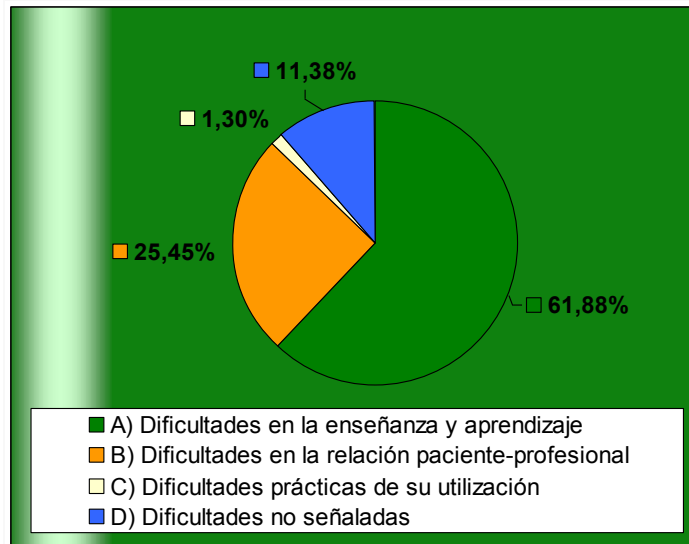
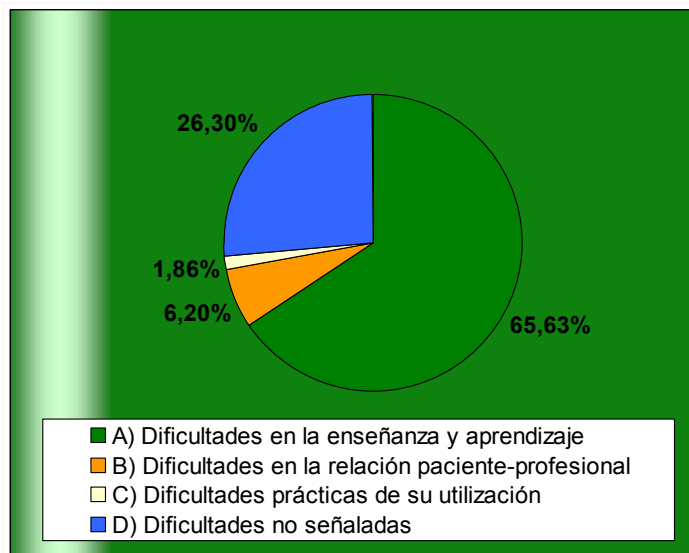


Gráfico 5. Dificultades expresadas por estudiantes de postgrado de odontología al realizar el Proceso de consentimiento informado antes de la experiencia formativa (Grupo B)



Superado el Seminario/Taller se revalorizaron nuevamente los datos anteriores. Al evaluar los aspectos teóricos, el grupo A obtuvo un puntaje promedio de 9,20, mientras que el B 3,63..

Al valorar la dimensión clínico-profesional se observó que los alumnos del grupo A se habían preocupado por generar un tiempo para el diálogo con sus pacientes en su clínica. (Grupo A = 24, 80,0%; Grupo B = 14, 17,07%). Incluso, los alumnos del grupo A manifestaron tener una mejor relación con sus pacientes observando en ellos una actitud más protagónica en la toma de decisiones clínicas. (Grupo A = 26, 86,67%; Grupo B = 16, 19,51%). En este sentido, el grupo experimental reconoció que esto se debía a la práctica del PCI en su consulta (23, 76,67%).

Al solicitarles señalen las dificultades que tenían seis meses después de la propuesta pedagógica brindada, se observó que todavía reclamaban más espacios de formación y análisis sobre las problemáticas bioéticas de la práctica clínica, mientras que el grupo

control continuaba declarando estar faltos de conocimientos para afrontar la temática. (Grupo A = 8, 26,67%; Grupo B = 62, 75,61%).

Gráfico 6. Dificultades expresadas por estudiantes de postgrado de odontología al realizar el Proceso de consentimiento informado después de la experiencia formativa (Grupo A)

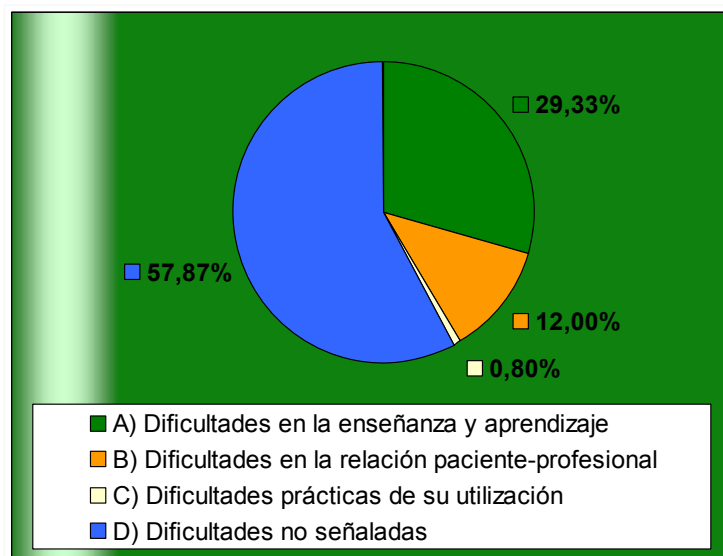
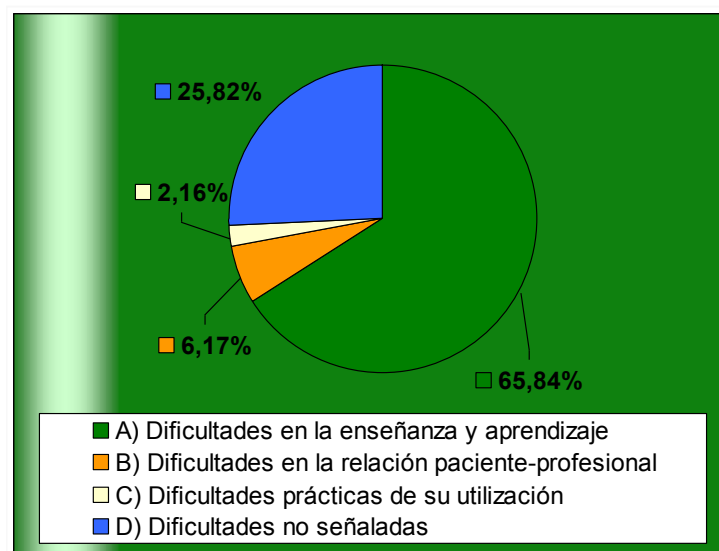


Gráfico 7. Dificultades expresadas por estudiantes de postgrado de odontología al realizar el Proceso de consentimiento informado después de la experiencia formativa (Grupo B)



No obstante, cabe hacer una breve reflexión final en torno a varias de las características de los profesionales que pueden jugar un rol mayor en cómo el documento de consentimiento informado es practicado. Por ejemplo las actitudes de los profesionales frente a malas prácticas o previa exposición a una mala práctica parecen influir en el comportamiento. Profesionales que conocen bien a un paciente pueden tener un consentimiento informado diferente con este paciente que con un más reciente. Un

profesional así debe relacionarse más activamente con el nuevo paciente debido a la facilidad que viene con una relación cómoda, duradera. Recíprocamente, los profesionales podrían creer que pueden predecir una respuesta del paciente basada en experiencias previas con el mismo paciente. Tal asunción puede llevar a una extensión menor del consentimiento con pacientes conocidos. De estos ejemplos se puede observar que la naturaleza y dirección del potencial de asociaciones de las características entre los consentimientos prestados y profesionales son difíciles de predecir. Además, ellos tienen que ser estudiados todavía sistemáticamente. (Braddock C. et al 2002)

CONCLUSIONES

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir: a) Al comenzar la investigación ambos grupos poseían escasos conocimientos en relación con el consentimiento informado, aunque ambos denotaban un alto interés en utilizarlo en sus prácticas clínicas diarias; b) la participación en la experiencia educativa mostró un incremento en la adquisición de conocimientos; c) un sector de sus participantes siguen señalando la necesidad de mayor formación sobre el CI; d) las dificultades clínicas del grupo A se vieron reducidas mostrando la influencia de su participación en el espacio de formación.

El entrenamiento implícito en las técnicas de consentimiento informado es requerido con urgencia. La mentoría informal debe ser reconocida como un método de entrenamiento importante para el consentimiento informado y ser respaldado por las apropiadas enseñanzas y estrategias evaluativas para asegurar que los instructores de residentes lo hagan efectivamente. (McClean K. et al 2004). Por lo tanto, un espacio de formación académico que profundice los contenidos éticos y legales de la práctica clínica odontológica debería de ser estudiado a los efectos de incorporarlo en los currículums del grado y postgrado de las distintas Carreras de Odontología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Basso D. Los Fundamentos de la Moral. 2da. ed. Buenos Aires: Educa; 1997
2. Bebeau MJ et al. The impact of a dental ethics curriculum on moral reasoning. J Dent Educ. 1994; 58 (9): 684-692
3. Braddock C., Micek M., Fryer-Edwards K., Levinson W. Factors and Predict Better Informed Consent J Clinical Ethics. 2002; 13 (4): 344-352
4. Bridgman et al. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum. Br Dent J. 1999; 187 (4):217-219
5. Bridgman et al. Teaching and assessing ethics and law in the dental curriculum (Comment). Br Dent J. 1999; 187 (8):406
6. Brown G., Manogue M., Rohlin M. Assessing attitudes in dental education: Is it worthwhile? Br Dent J 2002; 193 (12): 703-707
7. Cameron CA. Mandatory consent to treatment by students in dental education: legal and policy considerations. J Dent Educ. 1995; 59 (4): 495-501
8. Chapple H., Shah S., Caress A., Kay E. J. Exploring dental patients' preferred roles in treatment decision-making - a novel approach. Br Dent J 2003; 194 (6): 321-327
9. Christensen GJ. Informing patients about treatment alternatives. J Am Dent Assoc. 1999; 130 (5):730-732
10. Clark P. What residents are not learning: Observations in an NICU. Acad Med. 2001 76 (5): 419-424
11. de Alba, A. El currículum universitario ante los retos del siglo XXI: La paradoja entre posmodernismo, ausencia de utopía y determinación curricular. Edit. Paidós. 1995
12. Derechos de los Pacientes Bioética. Temas y Perspectivas. Organización Panamericana de la Salud Pública; 1998.

13. Eijkman MA. Dental health education: from education to informed decision making. *Patient Educ Couns*. 2001; 42(2):101-104
14. Gostin LO. El consentimiento informado, la sensibilidad cultural y el respeto a las personas, *JAMA (ed esp)* 1996; 5(4): 159-160.
15. Gracia Guillén, D. *Fundamentación y enseñanza de la bioética*. Bogotá: El Búho; 2000, p. 63
16. Hartshorne J.E. Principles of valid informed consent to treatment in dentistry. *J Dent Assoc South Africa*. 1993; 4(2):120-22
17. Hirsch AC et al. Ethics in dental practice. *J Am Dent Assoc*. 1986; 113 (4):559-603
18. Hook et al. Treatment planning processes in dental schools. *J Dent Educ*. 2002; 66 (1): 68-674
19. Howe E. Leaving Laputa: What Doctors aren't taught about informed consent. *J Clinical Ethics*. 2000; 11(1):3-13
20. Iribarren C. y col. Evaluación de la enseñanza de la ética y de la responsabilidad profesional en residencias quirúrgicas. *Rev argent cir*. 1988; 55 (6): 280-285
21. Kipper D et al. Questionamientos éticos reativos a graduacao e a residencia medica. *Bioetica*. 2002; 10 (2): 107-128
22. Koh Y. Residents' Preparation for and ability to manage ethical conflicts in Korean Residency Programs. *Acad Med*. 2001; 76 (3): 297-300
23. Lolas Stepke, F. *Bioética y Antropología Médica*. Santiago de Chile: Mediterráneo; 2000, pp. 59-60.
24. Lugo E. *Relación médico-paciente*. Buenos Aires: Ágora Editores; 2001.
25. Mainetti, J.A. *Ética Médica*. La Plata. Quirón. 1988.
26. Maliandi, R. *Ética. Conceptos y problemas*. Buenos Aires. Ed. Biblos. 1991
27. Manrique L. Consentimiento informado: fundamento ético, médico y legal. *Rev Argent cir*. 1991;3:33-35
28. McClean K., Card Sh. Informed consent skills in Internal Medicine Residency: How are Residents Taught, and what do they learn? *Acad Med*. 2004; 79 (2): 128-133
29. Miguel R. *Consentimiento informado en odontología*. La Plata: Edufolp; 2004
30. Nash DA. Ethics in dentistry: review and critique of Principles of Ethics and Code of Professional Conduct. *J Am Assoc*. 1984; 109 (4):597-603
31. Patel A. M. Appropriate consent and referral for general anaesthesia — a survey in the Paediatric Day Care Unit, Barnsley DGH NHS Trust, South Yorkshire *Br Dent J* (2004); 196: 275–277
32. Pérez Lindo, A. Mutaciones en los sistemas de ideas y cambio curricular. Conferencia dictada ante autoridades y personal docente de todas las unidades académicas de la U.N.N.E. Corrientes, 4 de mayo de 1995
33. Santen S., Hemphill R., Mc Donald M., Jo C. Patients' Willingness to allow residents to learn to Practice Medical Procedures. *Acad Med*. 2004; 79 (2):144-147
34. Schneider C. The Practice of Autonomy and the Practice of Bioethics. *J Clinical Ethics*. 2002; 13 (1): 72-77
35. Schouten et al. Informed consent in dental practice: experiences of Dutch patients. *Int Dent J*. 2001; 51 (1):52-54
36. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
37. Van Dam S. Requirement-driven dental education and the patient's right to informed consent. *J Am Coll Dent*. 2001; 68 (3): 40-47
38. Viana Conde A, Sas Fojon A. El consentimiento informado del enfermo. *La Ley* 1996; (3990): 1-10.
39. Vidal Casero MC. La problemática del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética* 1998; 33, 1: 12–24.
40. Zhurt R. <Professional scientific disponibility and ethic competence of the dentist in future> *Stomatol DDR*.1989; 39 (5):358-361