



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum en
Bioética.

Belkis Rodríguez de Galaragarra

Caracas, Marzo 2022



**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN BIOÉTICA
CENTRO NACIONAL DE BIOÉTICA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Trabajo de Grado que se presenta para optar al título de Magister Scientiarum en
Bioética.

Belkis Rodríguez de Galaragarra

Tutora: Gladys Velázquez

Caracas, Marzo 2022

INDICE

	Pg.
RESUMEN.....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
METODOS.....	34
RESULTADOS.....	38
DISCUSIÓN.....	41
REFERENCIAS.....	46
ANEXOS.....	49



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

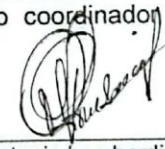
Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo de Grado** presentado por: **Belkis Milagros Rodríguez de Galarraga** Cédula de identidad N° V-6.455.540,, bajo el título "**Consentimiento Informado para el tratamiento Odontológico**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **Magister Scientiarum en Bioética-CENABI**, dejan constancia de lo siguiente:


1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 25 de marzo de 2022 a las 10:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo bajo la modalidad en línea utilizando la plataforma zoom, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

2.- Finalizada la defensa del trabajo, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, el día 25 de marzo de 2022. Conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como coordinador del jurado Gladys Velázquez.


Fabiola Lucía Márquez Medina
C.I. V- 10.799.210.
Facultad de Odontología. UCV


María Antonia Lombardi Licciardi
C.I. V-3.969.645.
CENABI. UCV


Gladys Vivina Velázquez de Avila
C.I. V- 3.175.018.
Tutora

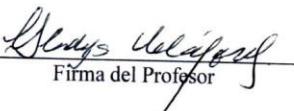
V.L. 27/9/2021

Universidad Central de Venezuela
Facultad de Medicina
Coordinación de Estudios de Postgrado
Máster en Bioética
Comité Académico
CENABI

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR
PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO
EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Gladys Viviana Velázquez de Ávila, portador(a) de la Cédula de identidad N° V-3.175.018, tutor del trabajo: “CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO” realizado por el (los) estudiante (es): BELKIS MILAGROS RODRÍGUEZ DE GALARRAGA.

Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.


Firma del Profesor

En Caracas a los 25 días del mes de Marzo de 2022

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AUTORIZACIÓN PARA LA DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE GRADO Y TESIS
DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA.
UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, BELKIS MILAGROS RODRÍGUEZ DE GALARRAGA a u t o r del trabajo o tesis, "CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO"

Presentado para optar: MAGISTER SCIENTIARUM EN BIOÉTICA-CENABI

Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial Nº 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

X	<i>Si autorizo x</i>
	<i>Autorizo después de 1 año</i>
	<i>No autorizo</i>
	<i>Autorizo difundir sólo algunas partes del trabajo</i>
<i>Indique: si AUTORIZO</i>	

Firma autor



C.I. Nº 6455540

e-mail: belkiscalarraga@gmail.com

En Caracas, a los 25 días del mes de Marzo, del 2022

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo.

La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.



Gladys Velázquez
CI. 3.175.018
E-mail glavel08@gmail.com
Tutora



Isis Nezer de Landaeta
CI:2.977.643
E-mail landaetanezer@yahoo.com
Directora del Programa



Gladys Velázquez
CI. 3.175.018
E-mail glavel08@gmail.com
Coordinadora del Programa

DEDICATORIA

A mis padres
Por los principios llenos de sabiduría
Que guiaron mi vida
Y me orientaron hacia la superación
Infinitas gracias.

A mi esposo
Por su gran comprensión, paciencia y amor.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Belkis Rodríguez de Galarraga. C.I.6.455.540. Sexo:Femenino Email:belkisgalarraga@gmail.com
Telf. 0414-3291511. Dirección: Calle Cristóbal Rojas Santa Mónica. Maestría en Bioética
Gladys Velázquez.C.I.3.175.018 Sexo: Femenino E-mail: glavel08@gmail.com Tlf 0414-2570065.
Dirección: Escuela de Enfermería. Universidad Central de Venezuela. Mg Sc. En Bioética

RESUMEN

El consentimiento informado es un elemento de gran importancia en la asistencia odontológica de calidad. Objetivo: elaborar un modelo de Consentimiento Informado (CI) para el tratamiento odontológico en el Hospital San Juan de Dios de Caracas, Venezuela. Método: es una investigación descriptiva, no experimental y de campo. Se realizó un diagnóstico previo de la forma cómo se obtiene actualmente el consentimiento informado de los pacientes. La población estuvo conformada por 60 odontólogos: 15 especialistas de planta y 45 odontólogos generales que han realizado pasantías de postgrado por el servicio. Para recoger la información se utilizó un cuestionario que fue validado previamente por juicio de expertos. Resultados: fueron analizados utilizando medidas de frecuencia. El 86,7% de los odontólogos manifestó que considera su relación con el paciente de carácter contractual, el 95% le solicita autorización para aplicar el tratamiento, el 100% verifica que haya comprendido la información suministrada y le conceden tiempo suficiente para decidir. Solo el 53,3% ha solicitado el CI por escrito y el 83,4% ha utilizado el formato vigente. El 75% apoya la sustitución del formato actual. Discusión: Este grupo de odontólogos tiene conocimientos sobre Consentimiento Informado (CI) que incorporan a su práctica profesional, especialmente en lo referente al respeto a la autonomía del paciente, lo que sugiere un alejamiento del paternalismo. Se utiliza poco el CI por escrito y se requiere de un nuevo formato. Con el apoyo de la investigación bibliográfica, se elaboró una propuesta de formato, acorde a los lineamientos bioéticos actuales.

Palabras clave: Bioética, consentimiento informado, autonomía del paciente, servicio de Odontología hospitalario, Hospital San Juan de Dios

ABSTRACT

Informed consent is an element of great importance in quality dental care. Objective: to develop an Informed Consent (IC) model for dental treatment at the San Juan de Dios Hospital in Caracas, Venezuela. Method: it is a descriptive, non-experimental and field research. A previous diagnosis was made of the way in which the patients' informed consent is currently obtained. The population was made up of 60 dentists: 15 plant specialists and 45 general dentists who have completed postgraduate internships for the service. To collect the information, a questionnaire was used that was previously validated by expert judgment. Results: they were analyzed using frequency measures. 86.7% of the dentists stated that they consider their relationship with the patient to be contractual, 95% request authorization to apply the treatment, 100% verify that they have understood the information provided and give them enough time to decide. Only 53.3% have requested the IC in writing and 83.4% have used the current format. 75% support the replacement of the current format. Discussion: This group of dentists has knowledge about Informed Consent (IC) that they incorporate into their professional practice, especially with regard to respect for the patient's autonomy, which suggests a departure from paternalism. Written IC is little used and a new format is required. With the support of bibliographic research, a format proposal was prepared, according to current bioethical guidelines.

Key words: Bioethics, informed consent, patient autonomy, hospital dentistry service, San Juan de Dios Hospital

INTRODUCCION

La Bioética se ha convertido en uno de los temas de obligada referencia en la medicina y en la investigación científica, constituyendo una nueva disciplina que ha ido adquiriendo a lo largo de los últimos cincuenta años un importante cuerpo doctrinal, convirtiéndose en una de las ramas de estudio más desarrolladas de la ética. Esto ha dado lugar a un relanzamiento de la ética médica, enriquecida con estas nuevas formulaciones y principios de argumentación, en los que la competencia profesional y los datos obtenidos de la evidencia científica se convierten en requisitos básicos para la toma de decisiones morales.

En este mismo sentido, surgen con frecuencia conflictos de valores, dudas sobre qué datos relativos a la enfermedad se deben comunicar a los pacientes más vulnerables o de edad más avanzada y nuevos dilemas éticos ante los cuales muchas veces el clínico se encuentra con la obligación de tomar decisiones sin patrones de referencia con los que se sienta respaldado

La profesión odontológica debe asumir importantes retos debido, principalmente, al surgimiento de nuevas técnicas de cirugía dental, nuevos materiales en el reemplazo de la estructura dental partiendo, tanto de la acción diagnóstica del odontólogo como de las acciones terapéuticas desarrolladas por el profesional de la odontología, para poder solventar las necesidades de los individuos que requieren el servicio.

De hecho, esa búsqueda de lineamientos éticos reguladores de la actuación profesional resulta especialmente necesaria en nuestro fragmentado ámbito cultural, ya que el recurso de apelar a la conciencia individual, aludido frecuentemente como única fuente de ética o moralidad, en demasiados casos sólo ha demostrado servir como puerta de escape o justificación de las opciones éticas más cómodas o más propiciadoras de actuaciones utilitaristas, en las que se busca sacar el máximo provecho personal. Parafraseando a J.H. Newman ⁽¹⁾, "si la conciencia tiene sus derechos, es porque también tiene sus deberes".

En respuesta a esto, la nueva ética biomédica intenta recuperar el sentido de dignidad del ser humano, como paciente o sujeto de investigación, en todas las fases de su vida, reconociéndolo en todo momento como sujeto de derechos, lo que implica necesariamente el respeto a su libertad y el acceso a la información útil en cada caso, integrando estos derechos con los deberes de conciencia del profesional de la salud, el cual no debe quedar en ningún momento despojado de su propia responsabilidad ni de sus propias convicciones, ya que como profesionales, somos responsables de nuestros propios actos sin que podamos delegar en nadie nuestra responsabilidad moral.

Planteamiento y delimitación del problema

En la profesión odontológica deben asumirse importantes retos, debido, principalmente, a los avances tecnológicos acelerados que reclama el ejercicio profesional; llevar a cabo un trabajo de acuerdo al estándar mundial, requiere en algunos casos buscar alternativas que minimicen las carencias del medio. Como consecuencia de esto, se puede presentar, por parte de quien requiere atención odontológica, desconcierto, temor, algunas veces rechazo a los tratamientos sugeridos, aumento de reclamos y demandas, en fin, cambios en la relación odontólogo-paciente. Sumado a esta realidad profesional, en este momento la sociedad venezolana enfrenta una gran crisis tanto política como económica y social; todas las organizaciones sociales se encuentran formando parte de este contexto que genera incertidumbre. Para evitar esta situación, se hace necesario presentar al paciente una adecuada información de los riesgos, beneficios y alternativas en los tratamientos dentales y las cirugías, y esto puede hacerse con el consentimiento informado, mediante el cual el paciente manifiesta en forma clara y expresa, que acepta o rechaza el tratamiento con todos sus riesgos y complicaciones, y el profesional cuenta con un aval, basado en la información que debió presentarle al paciente antes de aplicar cualquier tratamiento especial.⁽¹⁾

El perfeccionamiento del ejercicio de la profesión odontológica exige cada vez más el uso del Consentimiento Informado (CI), como un instrumento indispensable para cubrir los aspectos éticos y legales de la práctica odontológica. El CI es uno de los fundamentos sobre los cuales se establece, desde la bioética, la relación clínica actual. Desde el punto de vista legal, este documento ampara tanto al paciente como al profesional y con base en esto, el odontólogo y el paciente deben dialogar y negociar honestamente, respetando la independencia y condición humana de cada uno.

En el Hospital San Juan De Dios (HSJD) de Caracas funciona un Servicio de Odontología, creado para brindar atención en todas las especialidades de la Odontología, garantizando el acceso a los servicios a toda la población como prioridad de su política de salud, con el fin de mejorar la salud bucal y calidad de vida. Desde sus inicios, se ha venido utilizando un documento de consentimiento informado general para todos los servicios clínicos del hospital, incluyendo el servicio de odontología, como una norma establecida especialmente para los pacientes quirúrgicos. (Anexo 1)

El servicio de Odontología se plantea actualmente la necesidad de tener un documento propio, que complemente la historia clínica, en el cual quede plasmada toda la información que se da al paciente en el consultorio odontológico al momento de su atención, la cual incluye el diagnóstico, las opciones de tratamiento, la aprobación de la opción seleccionada por el paciente. La falta de este recurso ha contribuido a la generación de problemas que entorpecen la labor asistencial. En consecuencia, se requiere de un documento de consentimiento informado realizado especialmente para el área de la odontología, que exprese el trabajo permanente de comunicación entre el odontólogo y el paciente.

La información aportada al paciente debe ser completa y no sesgada y luego la autorización del mismo debe ser obtenida sin coerción. El consentimiento informado comprende entonces dos aspectos, por un lado, el odontólogo debe informar, debe revelar la información necesaria al paciente de manera tal que este pueda participar

conscientemente en la toma de decisión sobre el tratamiento propuesto; por otra parte el paciente debe expresar su aceptación o rechazo en forma libre. En consideración a lo anterior, resulta conveniente que los profesionales que participan del día a día del Servicio de Odontología del HSJD, tomen conciencia de la necesidad de incorporar este documento a la Historia Clínica del paciente, para lograr un mejor desempeño humano y profesional.

El CI como expresión de la libertad de conciencia del ser humano, reconocida desde el siglo pasado en la declaración de los derechos humanos, es fundamentalmente, una innovación en la práctica sanitaria y más que requisito legal, debe ser un tema de reflexión, en cuanto a la relación de confianza que debe establecer el Odontólogo con sus diversos pacientes. El CI ideal debe ser un proceso de diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, desde que se encuentran por primera vez hasta que se da el alta definitiva. Para muchos, el respeto de este derecho garantizaría una buena calidad asistencial.

Toda persona, aunque esté enferma, debe continuar siendo considerada en principio, libre y competente para decidir sobre su integridad y sobre su futuro, y, por lo tanto, debe poder intervenir activamente en las decisiones clínicas que le atañen; esto conduce a poder aceptar o denegar lo que se le propone después de tener una información suficiente para ello. Este es el principio general, difícilmente discutible, en que se basa el consentimiento informado; principio bioético antes que jurídico ⁽²⁾.

El consentimiento firmado debe ser una garantía de que el enfermo ha tenido ante sí una propuesta de riesgos y beneficios. Pensar la forma de incorporar, de manera positiva y proactiva, el proceso de construcción del consentimiento informado podría plantear elaborar en primera instancia un instrumento común para las diferentes especialidades y la posibilidad a futuro y de acuerdo a la experiencia obtenida, de elaborar CI específicos para cada una. Esto da lugar a un sin número de interrogantes complejas de resolver, considerando los elementos técnicos y científicos que se suelen tomar en cuenta en la práctica odontológica. Por todas

estas razones y para efectos de este estudio se planteó la siguiente interrogante de investigación:

¿Qué elementos bioéticos deben estar contenidos en una propuesta de consentimiento informado para la atención de pacientes del servicio de Odontología del HSJD?

Justificación e importancia

La existencia de un protocolo de consentimiento informado en el área específica de la odontología del HSJD generaría beneficios, el más básico de ellos sería permitir el ejercicio de la libertad personal, reconocida desde el siglo pasado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El derecho a tomar sus propias decisiones es una innovación reciente y más que un asunto legal, es un motivo de reflexión en cuanto a su influencia en la relación que debe llevar el Odontólogo con sus pacientes. Ahora bien, la sociedad en sus actuaciones diarias, no tiene cultura de la relación basada en el derecho, sino en la confianza, y al igual que el médico, el odontólogo representa el orden en la salud, lo bueno, lo verdadero; en el modelo de relación médico-paciente tradicional, paternalista, se le considera conocedor de un saber especial, representante del orden natural y moral, es el que decide lo bueno y lo malo para el paciente, da la información sobre el diagnóstico y/o pronóstico de su padecimiento o sobre los pormenores de las técnicas terapéuticas.

La formulación del consentimiento informado y su aplicación en odontología, traería entre otros beneficios la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre lo que sea mejor para su salud como resultado de un proceso continuo de crecimiento y no un acontecimiento aislado. El consentimiento informado perfecto debe ser un proceso de encuentro y diálogo entre el profesional y el paciente desde que se ven por primera vez hasta que se da el alta definitiva; el respeto de este derecho puede garantizar una buena calidad asistencial.

El consentimiento informado debe cumplir unos aspectos básicos para que se pueda afirmar con seguridad que un paciente fue debidamente informado acerca de un tratamiento o intervención quirúrgica, para prevenir cualquier posible reclamación profesional, como se había establecido antes, los tres requisitos necesarios a cubrir por este consentimiento informado son: Voluntariedad, Información y Comprensión.

Con el escrito del consentimiento informado se verifica que el paciente ha recibido la información facilitada por el profesional responsable de su tratamiento. Dicho consentimiento informado se debe custodiar dentro de la historia clínica del paciente, ya que ostenta un valor probatorio ante cualquier discrepancia o futura reclamación. Pero en ningún caso, la firma del consentimiento informado supone la exoneración del profesional ante una responsabilidad por mala praxis.

Asimismo, la investigación significará un aporte conceptual dentro de la línea de docencia para el HSJD, en la temática referida a los procedimientos para la elaboración de consentimientos informados en odontología; generando además con su uso, un incremento en la calidad y productividad de los servicios ofrecidos, y las bases para el desarrollo de futuras investigaciones en el área.

Antecedentes

Mondragón ⁽³⁾ en su trabajo titulado Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación, Universidad de Chile 2012, establece que el consentimiento informado es un proceso, en el que una persona acepta participar en una investigación, conociendo los riesgos, beneficios, consecuencias o problemas que se puedan presentar durante el desarrollo de la misma. Aunque se refiere al CI en investigación y no en la práctica clínica, analiza elementos del mismo que pueden aplicarse a ambos tipos de consentimiento. .El objetivo de este trabajo fue reunir las características del proceso de consentimiento informado (PCI) para que su discernimiento y cumplimiento posibilite el ejercicio dialógico, reflexivo y responsable del investigador. Se presentan los resultados de una extensa revisión de los

elementos del CI, desde sus componentes hasta su fundamento ético y legal, incluyendo los mitos y realidades que existen sobre el formato de consentimiento informado como recurso legal de protección. El consentimiento informado no es un formato establecido que los investigadores repliquen, se trata de que la praxis del CI sea una tarea cotidiana dentro de la investigación con seres humanos, como comunicación deliberativa y crítica, responsable y comprometida entre dos agentes morales, investigador-investigado.

Hernández ⁽⁴⁾ estableció en su Tesis Doctoral "Consentimiento informado en Odontología" Universidad de Valencia. España 2015, que en el área de la salud siempre hay constantes cambios que no solo involucran el componente científico, tecnológico o de sus organizaciones sanitarias, sino que también influyen en un área fundamental, como es el ético legal. El objetivo de este estudio fue 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. 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 frecuente 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, 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. Según el autor, se reconoce la importancia del CI, pero se continúa actuando bajo un paternalismo encubierto, los profesionales deben reforzar

la información y mejorar su comunicación con los pacientes y 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 activa.

Carrasco ⁽⁵⁾ en su investigación titulada: Consentimiento informado: un pilar de la investigación clínica, Universidad de La Sabana. Colombia 2012, también aborda aspectos del CI en investigación que son aplicables al CI asistencial. Hizo una revisión de literatura en bases de datos, analizó los elementos de su origen y evolución, los principios éticos involucrados (autonomía, beneficencia y justicia), elementos característicos claves como divulgación, comprensión, capacidad de consentir o decidir y voluntariedad y encontró que en enfermería y otras disciplinas, la aplicación del CI no se encuentra exenta de conflictos tales como validez del proceso a través del tiempo, capacidad de comprender la información entregada, coerción con minorías, miedo a los efectos de la intervención o el procedimiento, y desconfianza respecto a lo que realmente se hará. Concluyó que contar con la manifestación expresa de una persona a participar libre y voluntariamente de una investigación, y conocer las condiciones, los beneficios y los riesgos que esta involucra; garantiza la completa consideración de los principios éticos en el cuidado holístico de las personas.

Luengas ⁽⁶⁾ en su investigación: “La Bioética en la relación clínica en Odontología”. México. 2003, analizó desde la perspectiva de la bioética, algunos problemas morales que surgen en el ejercicio de la odontología tomando como referencia las normas oficiales y la experiencia de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) en México. Encontró que la mayoría de los pacientes que presentan sus quejas a la Comisión provienen de la práctica privada, que la causa de la inconformidad es por el tratamiento y que los conflictos generalmente se arreglan en la sesión de conciliación. El autor considera que a pesar de los avances en materia de regulaciones, en la Norma Oficial para la Prevención y Control de Enfermedades

Bucales existen vacíos relacionados con el manejo del paciente, como es la ausencia del consentimiento informado para la toma de decisiones sobre los tratamientos. Propone actualizar las Normas Técnicas y educar a estudiantes de odontología, profesionales y usuarios en una cultura del derecho y la responsabilidad, para elevar la calidad de la relación clínica en odontología.

Todas estas investigaciones se relacionan con el presente trabajo en la importancia que tiene el consentimiento informado para la calidad del servicio que se preste a los pacientes de cualquier institución de salud bucal, y todos aquellos valores que ayuden en la relación paciente-odontólogo.

Marco teórico

Historia de la Bioética

La ética, se desarrolló con Aristóteles pero fue Sócrates quien la promulgó al señalar y definir las virtudes éticas y establecer la forma como debemos vivir. Séneca confirma esta apreciación cuando dice que Sócrates fue quien puso la filosofía al servicio de las costumbres y definió que la sabiduría suprema es distinguir los bienes de los males. La medicina en los tiempos de Sócrates y de Hipócrates no estaba organizada ni reglamentada como profesión. Los conocimientos médicos se heredaban, se transmitían en el grupo familiar. La profesión tenía carácter de secta; era como un sacerdocio profesionalizado, aunque también ejercían curadores empíricos y autodidactas. La sociedad, en general, desconfiaba de lo que hacían de médicos. Sócrates consideraba que la medicina era un servicio de los dioses (medicina teologal). No existían disposiciones que obligaran al practicante a ser responsable de sus actos, como sí ocurría en la Mesopotamia ⁽⁷⁾. Hay que recordar que en Babilonia el rey Hammurabi, que reinó unos 1.800 años antes de Cristo, registró en su famoso Código derechos y obligaciones de los profesionales de la medicina.

Sócrates vivió entre los años 469 y 399 antes de Cristo e Hipócrates entre 460 y 377; fueron pues contemporáneos, posteriores a la llamada "era pre técnica" de la medicina, que—como es sabido, transcurre entre los orígenes de la humanidad y la Grecia de los siglos VI y V anteriores a Cristo. Se caracteriza por ser una combinación de empirismo y magia, con un trasfondo sobrenatural y con unos médicos que eran sacerdotes. La "era técnica", en cambio, se inicia con Alcmeón de Crotona. Para Laín Entralgo, citado por Lolás, ⁽⁷⁾ esa era se distingue porque el médico se propone curar al enfermo, sabiendo porque hace aquello que hace. Esta nueva actitud mental lo conduce a preguntarse por lo que en sí mismos son el remedio, la enfermedad y el hombre; para dar respuesta a lo anterior estudia la naturaleza, es decir, se propone conocer lo que una cosa es, su naturaleza propia.

La ética impregna a la medicina con la concepción griega de la virtud como armonía con la naturaleza; así también la salud se concibe como equilibrio o belleza, debido a lo cual la medicina es considerada un modelo para la moral. Adicionalmente la ética convierte a la medicina en un arte que involucra las decisiones de los seres humanos, motivo por el que puede afirmarse que todas las decisiones médicas acertadas y prudentes, son decisiones éticas que requieren de la elaboración de juicios de valor y juicios racionales. ⁽⁸⁾ Esta fundamentación naturalista de la ética se mantiene en la cultura occidental hasta bien entrada la modernidad. Todas estas referencias en los momentos históricos que se sucedieron, permiten la ubicación en tiempo y espacio con el objeto de dar respuesta a los planteamientos trascendentales que ocurren en la vida del hombre y, en particular, en aquellas relacionadas con la práctica de salud.

Desde el año 1971, se utiliza cotidianamente el término "bioética -un neologismo introducido por el oncólogo Van Rensselaer Potter- en una monografía titulada "Bioethics: bridge to the future" (Bioética: un puente hacia el futuro), para designar una nueva disciplina y su desarrollo corresponde a los jesuitas de la Universidad de Georgetown. Pero la cuestión es mucho más compleja y supera ampliamente el contexto norteamericano, no sólo porque se descubrió que el alemán Fritz Jahr ya

había acuñado el término en los años veinte, sino porque la ética clínica tiene siglos de historia, y en todas las culturas y religiones se ha reflexionado sobre los problemas referentes a la salud, la vida y su final

Dónde y cuando surge la bioética

Al factor meramente histórico tenemos que añadir el ideológico. «Bioética» fue la palabra que emplearon algunos teólogos para adoctrinar al personal sanitario de acuerdo con el dogma católico, en temas como la reproducción y la eutanasia. Este intento de monopolizar materias tan sensibles, provocó como reacción defensiva la incorporación de corrientes de pensamiento feministas, laicistas y multiculturales. Finalmente, la aceleración de la biotecnología y el miedo a las consecuencias de la manipulación del genoma de los seres vivos han acabado por consolidar la bioética como campo de conocimiento plural y transversal, que se ha introducido con fuerza los últimos años y ha ocupado un lugar central en los debates de disciplinas mucho más antiguas y consolidadas, como por ejemplo la ética, la filosofía jurídica y política, o la misma deontología médica. ⁽⁸⁾

La Bioética en América Latina

La Bioética se orienta a constituir una interdisciplina (puente) que interactúe y establezca ejes transversales del conocimiento que permitan al ser humano dialogar con las ciencias de la vida, para establecer así, criterios racionales (entre la techné y praxis) y que garanticen el porvenir de la humanidad. Obviamente, desde una visión amplia, justa, racional, tolerante y plural. Esta concepción es atractiva pero compleja y conflictiva, por la resistencia al cambio que produce en una sociedad que transita entre lo conservador y lo liberal, sobre todo en materia de ejercicio profesional y, en la manera cómo se delibera a nivel personal y en público, donde se presenta un gran relativismo y apego a las normativas; simultáneamente, en el pensar individual, en el sectarismo disciplinar y en el sincretismo religioso contemporáneo.

Venezuela no ha estado exenta del pensamiento postmodernista que se ha inculturado en sus estructuras conservadoras y la ha convertido en una sociedad de contrastes ideológicos, de personalismos y de apariencias. Una sociedad en que generalmente sus profesionales no "dan su brazo a torcer", donde es posible estar horas hablando de trivialidades, de quejarse de todo, pero en la que generalmente se deja todo para última hora y se resuelven complejos problemas en forma apresurada. Esta crítica se ha hecho por la escasa racionalidad formal para deliberar las problemáticas, el etiquetar los conceptos por prejuicios y la dificultad de dialogar posturas contrapuestas con un real ánimo de encontrar posturas plurales, colegiadas y tolerantes.

Desde otra perspectiva, en Latinoamérica y el Caribe, la Bioética da sus nacientes pasos, en la década de los años 80, en países como Argentina, Colombia, Chile, México, Brasil y Venezuela, donde diversos profesionales fueron sembrando la semilla de esta disciplina, en primer lugar, en las universidades y centros médico-asistenciales, posteriormente en centros de investigación y desarrollo, en la educación universitaria y en los fondos promotores de la investigación y desarrollo.

Tuvo sus más fuertes raíces en personas como José Alberto Mainetti en Argentina, quién en 1972 fundó el Instituto de Humanidades Médicas y a finales de los 80, la Escuela Latinoamericana de Bioética (ELABE), donde se han formado los formadores de muchas de las actuales generaciones de bioeticistas ⁽⁷⁾.

Fernando Sánchez Torres, fundó en diciembre de 1985, el Instituto Colombiano de Estudios Bioéticos (ICEB), siendo un centro de reflexión clave del pensamiento bioético del hermano país. La Federación Latinoamericana y del Caribe de Instituciones Bioéticas (FELAIBE), fundada en Caracas en 1991, si bien ha tenido sus altas y bajas, sigue integrando a los representantes de las principales asociaciones bioéticas de la región.

En 1994 se creó el Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS) y en 1996, un Programa de Postgrado en Bioética con carácter internacional, mediante un convenio entre el

Programa Regional de Bioética, la Universidad Complutense de Madrid y la Universidad de Chile.

En este siglo posiblemente harán historia, la Sociedad Internacional de Bioética (SIBI) Seccional Latinoamérica y la Red Latinoamericana de Bioética-UNESCO, quienes están realizando un gran aporte a la formación de las nuevas generaciones de profesionales en este ámbito.

Si bien la bioética llega a Latinoamérica a finales de los años 80 bajo la influencia norteamericana, una década después, hace un giro hacia la corriente española y europea en general. Años más tarde, se configura en Latinoamérica una Bioética con matices más propios, más global y social. Es importante destacar que la bioética en nuestros países surge muy interrelacionada y solidaria, gracias a los avances de las tecnologías de información y comunicación, los encuentros locales, regionales e internacionales.

El surgimiento de la bioética en Venezuela

El Dr. Luis Razetti es el precursor de la ética médica en Venezuela. Fue el autor del Código de Moral Médica publicado por la Academia Nacional de Medicina en 1918 y en 1928 publicó su libro "Moral Médica" y siguió sus pasos el Dr. Augusto León Cechini, profesor de la Facultad de Medicina de la UCV, quien lideró la lucha por la incorporación de la ética tanto en la actuación profesional, como en la enseñanza de la medicina.

En 1996, un grupo de profesores que formaban parte de la Subcomisión de Bioética de la Comisión de Estudios de Postgrado de la Facultad de Medicina de la UCV, decidió crear una Asociación Civil sin fines de lucro: el Centro Nacional de Bioética, identificada con las siglas CENABI, que se ha dedicado a la promoción de la bioética y a la enseñanza de esta disciplina. El CENABI ha dictado numerosos cursos de formación en alianza con la UCV, incluyendo una maestría en bioética y talleres de formación para los integrantes de los Comités de Bioética. Adicionalmente, tiene en

funcionamiento un Comité Independiente de Bioética para la Investigación, que ha resultado de gran utilidad en la revisión y seguimiento de proyectos de investigación multicéntricos o de instituciones que no poseen este tipo de comités.

Bioética y profesiones sanitarias

La bioética es una disciplina que ha emergido para clarificar valores y decisiones, tanto de pacientes como de profesionales de la salud. Esta dimensión de la bioética que, a través de la teoría principialista, se ha difundido rápidamente por el entorno médico, no representa el único modo de racionalizar la respuesta moral ante los modernos dilemas éticos de la medicina. Lolas ⁽⁷⁾ define la bioética como el "estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios", definición que toma de Reich WT.

En definitiva, se concibe como aquella parte de la ética o filosofía moral que estudia la licitud de las intervenciones sobre la vida del hombre, especialmente en el campo de la medicina y de las ciencias biológicas. Esta definición configura los cuatro rasgos definitorios de la bioética moderna: a) se trata de un marco interdisciplinario de reflexión ética; b) es básicamente una ética práctica, de aplicación inmediata en el mundo de la medicina y su entorno, cuyos principales protagonistas son el médico y el paciente; c) se trata de una reflexión ética que soporta, además, decisiones de salud pública de gran repercusión social y legal, y d) nadie puede permanecer ajeno a la bioética, porque ella determina una praxis sanitaria e involucra unos comportamientos que someten a prueba el sistema de valores que opera en una sociedad.⁽⁹⁾ Desde la visión de Potter la bioética tiene una perspectiva global, pero en el curso de los años se ha focalizado y desarrollado fundamentalmente en el campo de la salud.

Ejercicio de la odontología desde una perspectiva bioética

El ejercicio de la Odontología ya no es posible considerarlo desde el punto de vista paternalista, donde el profesional decide la terapéutica a aplicar, con la idea de que este sea el protocolo apropiado, sin ninguna otra opinión, ni siquiera explicación. Se evidencia que para respetar los derechos humanos, y aplicar los principios de la Bioética, a las personas que acuden a los servicios de salud en busca de atención es necesario establecer, utilizando la empatía, un proceso de negociación entre las partes para que los Odontólogos puedan explicar los tratamientos, beneficios y riesgos que pueden sobrevenir y para escuchar de los pacientes sus dudas, las expectativas que tengan y los planteamientos que quieran hacer. Este proceso debe quedar plasmado en el expediente clínico y a través de lo que se ha denominado, consentimiento informado: decidir qué opción es mejor, para quién es mejor y con respecto a qué criterios. A tal complejidad, y de alguna manera consecuente con ella, se añade la de la propia praxis odontológica.

El Código de Deontología Odontológica, de cumplimiento obligatorio para todos los profesionales de la Odontología en Venezuela, instituye una amplia normativa referida a los deberes de los Odontólogos, en concordancia a lo establecido por la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela induciendo al respeto a la vida, a la integridad de la persona humana y a la preservación de la salud, sin ningún tipo de discriminación como lo establece la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Para garantizar que el ejercicio de la Odontología se realice según los postulados de la Bioética, es muy importante considerar su inclusión en los programas académicos de manera que el egresado cuente con la suficiente preparación en el área. Igualmente, se deben promover cursos o talleres de capacitación en Bioética para los profesionales, en los que se incluya la práctica del consentimiento informado ⁽¹⁰⁾.

Con la aplicación de la Bioética, se enaltecen la profesión y los lugares de trabajo y se mejora la calidad de servicio, ya que el trato efectivo, pero también digno, incrementa la confianza de las personas destinatarias de ese servicio.

Principlismo. Modelo de fundamentación en bioética

Los principios son una regla intermedia entre las grandes generalizaciones filosóficas y las normas de conducta, de modo que su interpretación y aplicabilidad dependen de factores fuera de ellos mismos. Los cuatro principios clásicos de la bioética norteamericana (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia) otorgan uniformidad al análisis clínico y suponen un nuevo enfoque metodológico y procedimental para juzgar las acciones médicas. No obstante, han sido objeto de controversia.

En el modelo denominando "principlismo jerarquizado", se plantean ciertas modificaciones al modelo originario de los principios, dotándoles de mayor racionalidad ética y solidez doctrinal. Gracia ⁽⁸⁾ considera que los principios de no-maleficencia y justicia son, de algún modo, independientes del principio de autonomía y jerárquicamente superiores, porque obligan moralmente siempre, incluso contra la voluntad de las personas, en este caso de los enfermos. Es en este primer escalón donde se postula la mayor exigencia del "bien común" sobre el "bien particular" de la autonomía. En el segundo escalón, el principio de la beneficencia no es enteramente separable del de autonomía. La no-maleficencia expresa, por otra parte, el criterio universal de hacer bien a todos no haciéndoles el mal, mientras que la beneficencia proporciona un concepto de bien que parece referirse, en la concepción del autor, a un bien particular. Por eso ese bien particular está densamente adherido a la autonomía. El primer escalón, o nivel 1, constituido por no-maleficencia y justicia, viene a representar una "ética de mínimos": lo básico exigible para dar carácter ético al acto médico o sanitario y siempre un verdadero deber. Beneficencia y autonomía comprenden el nivel 2, y cuando siguen al nivel 1 convierten el acto médico en una "ética de máximos", transformando la acción de cumplir el mero deber en satisfacción del paciente (en felicidad). El primer nivel es exigible por el derecho, el segundo sería específico de la moral. El nivel 1 sitúa el acto médico ante un deber universal de universalización, el nivel 2 en un rango de exigencia ética mayor, pero de particularización.

Estos principios proporcionan al quehacer odontológico un conjunto de valores que establecen parámetros para la mayor parte de los aspectos de las evaluaciones del profesional. En primer lugar, la vida del paciente, la salud general y la salud bucal del paciente, entendida como un funcionamiento bucal apropiado y sin dolores, constituirían la ética de mínimos. La autonomía del paciente; lo que le ocurra al cuerpo del paciente (incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo y otros valores); las preferencias de los odontólogos por ciertas prácticas (incluyendo diferentes filosofías de prácticas dentales); consideraciones estéticas, desde el punto de vista de experimentadas prácticas dentales; consideraciones de eficiencia, que puedan incluir, por parte del dentista, consideraciones sobre el costo, se insertarían dentro de la ética de máximos.

Beauchamp y Childress ⁽¹¹⁾ describen estos principios de la siguiente forma:

Beneficencia: Se refiere a la obligación de prevenir o aliviar el daño hacer el bien u otorgar beneficios, deber de ayudar al prójimo por encima de los intereses particulares, en otras palabras, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y se debe procurar el bienestar la persona enferma. Los elementos que se incluyen en este principio son todos los que implican una acción de beneficio que haga o fomente el bien, prevenga o contrarreste el mal o daño; adicionalmente, todos los que implican la omisión o la ausencia de actos que pudiesen ocasionar un daño o perjuicio. ⁽¹²⁾

El quehacer del profesional de la salud está fundamentado en el principio de beneficencia y consiste en el deber de asistir a las personas que lo necesiten. Este principio se vincula con la norma moral siempre debe promoverse el bien y tiene como obligaciones derivadas el brindar un servicio de calidad, con atención respetuosa, evitar el exceso de terapéutica y respetar condiciones, credos o ideologías.⁽¹³⁾ Este principio es utilizado para prevenir, aliviar el daño, hacer el bien como otorgar beneficios ⁽¹⁴⁾, debe estar dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal

preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste. No debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir y en educar, lo que conduce a la modificación de estilos y modos de vida, de patrones culturales que no contribuyen al mantenimiento de la salud colectiva. ⁽¹⁵⁾

El principio de beneficencia puede generar situaciones dilemáticas, en donde el acto de beneficencia se contrapone a la no comisión de un mal, daño o perjuicio; en estas situaciones priva la máxima de no causar daño, a menos que tal perjuicio esté intrínsecamente relacionado con el beneficio por alcanzar y en donde el paciente o su representante conjuntamente con el profesional de la salud considere al daño como inferior en relación con el beneficio por obtener y esté dispuesto a asumirlo ⁽¹⁶⁾.

Es importante señalar que muchas veces el profesional de la salud, específicamente el odontólogo, cree favorecer al paciente y esto no necesariamente es cierto, debido a que, lo que él considera como bien, no siempre es coincidente con el bien que persigue el paciente. Diariamente se enfrentan a pacientes que exigen un tratamiento específico, ya sea por dolor o por estética, mientras que el profesional quiere restaurar las condiciones de salud bucal general, o puede considerar que cualquier otra alteración es más importante de resolver que la que manifiesta el paciente y se entra en un conflicto de intereses que compete a la beneficencia, el cual se puede resolver mediante una buena relación odontólogo paciente, ofreciendo al paciente toda la información necesaria sobre su salud bucal, que permita llegar a un consenso.

Principio de No Maleficencia: Este principio es uno de los más antiguos en la medicina hipocrática: “Primum non nocere”, es decir, no hacer daño al paciente ⁽¹⁷⁾, es la formulación negativa del principio de beneficencia que nos obliga a promover el bien. Los preceptos morales provenientes de este principio son no matar, no inducir sufrimiento, no causar dolor, no privar de placer, ni causar discapacidad evitable ⁽¹⁸⁾. Las obligaciones derivadas consisten en realizar un análisis riesgo/beneficio ante la

toma de decisiones específicamente en el área de la salud y evitar la prolongación innecesaria del proceso de muerte (distanasia) ⁽⁸⁾. Se trata de respetar la integridad física y psicológica de la vida humana.

Este principio está contemplado en el juramento hipocrático cuando expresa “Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré toda maldad y daño” ⁽⁸⁾.

Se vincula al principio de beneficencia en ocasiones, cuando pretendiendo hacer el bien al paciente acontecen complicaciones no contempladas, que pudieran perjudicarlo directa o indirectamente. ⁽¹⁴⁾

El equipo de salud en servicio al paciente debe preocuparse por hacer el bien, y cuidarse de no hacer daño a una persona o a un colectivo. ⁽¹⁵⁾

El principio de no maleficencia no debe ser considerado de forma aislada ya que muchos procedimientos en el área de la salud pueden ocasionar daños y/o sufrimientos, así como causar riesgos al paciente, sin embargo, estos pudieran justificarse en razón de los beneficios, que por supuesto deben superar al dolor y la discapacidad.

Principio de Autonomía: De acuerdo a Jonson citado por Castillo ⁽¹³⁾, este consiste en que cada persona es auto determinante para optar por las propias escogencias en función de las razones del mismo, es decir, que, al hacer uso de la autonomía, cada quien conduce su vida en concordancia con sus intereses, deseos y creencias

El principio filosófico de la autonomía tiene su contraparte legal en el principio de autodeterminación que en nuestro país se contempla en el artículo 44 de la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela que expresa: “*la libertad personal es inviolable*” ⁽¹⁹⁾. La autonomía tiene su valor al ser una reafirmación de uno de los rasgos fundamentales de la persona y por principio porque tiende a

promover el bienestar del sujeto al permitirle seleccionar lo que considere que es mejor para él. ⁽¹³⁾

Según John Stuart Mill ⁽²⁰⁾ al hombre le pertenece plenamente aquella parte de sus actos que no afecte a los otros, y sobre la cual la sociedad no debe interferir, ya que la autonomía constituye la esfera de la libertad humana. Se puede definir como la obligación de respetar los valores y opciones personales de cada individuo en aquellas decisiones básicas que le atañen vitalmente ⁽¹⁹⁾. Supone el derecho incluso a equivocarse a la hora de hacer uno mismo su propia elección.

El principio de autonomía da origen a la norma moral, de no coartar la libertad de la persona y nos remite a la obligación de aplicar el consentimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud. Lo cierto, es que, en el modelo social emergente, se tiende a que cada cual tenga derecho a opinar sobre su salud en ejercicio de su libertad, y para lo que se requieren: conocimiento, es decir, estar bien informado, comprobación de la competencia del enfermo para decidir y ausencia de coerción.

El principio de la Autonomía visto filosóficamente corresponde al principio de Autodeterminación desde un punto de vista legal, que en Venezuela se encuentra plasmado en nuestra Carta Magna en el capítulo III, de los derechos civiles donde se establece que todos los venezolanos tienen derecho al libre desenvolvimiento en diversas áreas, sin más limitaciones que las derivadas del derecho de los demás y del orden público y social. En concordancia, la autonomía es la base fundamental del artículo 57 del Código de Deontología Odontológica ⁽²⁰⁾ que expresa que toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de ser paciente, así como rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas.

Este principio es la base para una nueva relación paciente-profesional de la salud, ya que al paciente se le trata como adulto responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica ⁽¹⁴⁾.

Una reflexión sobre la comprensión del principio de autonomía en la atención en salud nos muestra una posible contradicción, cuando el equipo de salud, tomando en cuenta sus funciones en los diferentes niveles de atención (prevención, promoción, curación y rehabilitación), trata de cambiar estilos de vida, hábitos, costumbres, e incluso tradiciones, que puedan estar reñidas con la salud de las personas y de la comunidad, lo que puede verse como una intromisión en el mundo interno de esta comunidad, que lesiona su independencia y por ende su autonomía ⁽¹⁵⁾.

Principio de Justicia: Para analizar éste, se comenzará definiendo la justicia, que para muchos filósofos griegos constituye el elemento fundamental de la sociedad, considerando que algo es justo cuando su existencia no interfiere con el orden al cual pertenece, el que cada cosa ocupe su lugar. Cuando no sucede así, y una cosa usurpa el lugar de otra, o cuando existe alguna demasía, se origina una injusticia y se cumple con la Justicia al restaurar el orden de origen, cuando se corrige y sanciona la desmesura. En los aspectos sociales de la justicia se destaca el equilibrio en el intercambio entre dos o más miembros de la sociedad.

El principio de justicia y equidad surge a partir de pensadores del ámbito de la salud, sensibles a la problemática de aquellos más necesitados e insatisfechos con el modelo utilitarista de J Stewart Mill⁽¹⁷⁾, que establece el mayor bien para el mayor número de personas, lo cual puede desproteger a las minorías y los marginados; en consecuencia se ha visto la necesidad de añadir la teoría de John Rawls sobre justicia social, centrada en la igualdad de los seres humanos desde una óptica formal, para ayudar a los menos favorecidos ante las desigualdades sociales y económicas existentes entre los seres humanos, con el objeto de que las leyes, instituciones y servicios públicos se encuentren organizados en forma tal, que redunden en el beneficio de las personas.

Este principio está relacionado con la norma moral de dar a cada quien lo que necesita, de la cual se derivan diversas obligaciones, como realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de

atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud.

El principio de justicia, en un sentido general, está relacionado con la concepción de la salud como un derecho humano fundamental que debe ser garantizado por la sociedad o por el Estado. Por otra parte, la justicia distributiva según Platón consiste en la distribución de honores, fortuna y de todas las demás cosas que cabe repartir entre los que participan de la sociedad y la concreción práctica del principio de justicia está directamente relacionado con la economía, o sea la disposición de recursos necesarios para garantizar la salud; en muchos casos justicia y economía se contraponen ⁽¹⁵⁾.

Esto hace que la justicia deba entenderse como equidad, que a su vez significa la utilización racional de los recursos (beneficios, bienes, y servicios); sino también distribuir los recursos de acuerdo con las necesidades ⁽¹⁵⁾ y también en los términos de eficiencia y eficacia.

Se cumple con este principio si al paciente se le da el trato merecido o justo sin negarle un servicio, una información o imponerle una responsabilidad u obligación indebida o exigirle más de lo requerido por la ley ⁽²¹⁾, cuando la indicación de exámenes, la prescripción de medicamentos con récipes, y la correcta remisión de personas a las interconsultas con diferentes especialistas, se realizan sólo cuando sean estrictamente necesarios.

Consentimiento informado

El término consentimiento lo encontramos definido en el Diccionario de la Real Academia de La Lengua Española (RAE) como: “Acción o efecto de consentir” o “manifestación de voluntad, expresa o tácita, por la cual un sujeto se vincula jurídicamente”, y consentir: “es permitir algo o condescender que se haga”. A su vez se define el término consentimiento informado como: “consentimiento que ha de

prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento,

El Consentimiento Informado tiene sus raíces legales en el Código de Núremberg en 1947 que hacía referencia explícita al consentimiento voluntario del sujeto, no fue hasta 1964 en que se formuló la Declaración de Helsinki y 1966 en que W.H. Stewart, estableciera el requerimiento del consentimiento informado, cuando la comunidad médico-científica se planteó con seriedad la trascendencia de este principio ético.

El consentimiento informado es un proceso basado en una doctrina surgida en la segunda mitad Siglo XX, cuando a principios de este siglo aparecieron las primeras sentencias judiciales que exigían un consentimiento simple, comenzando así la primera etapa de este proceso.

El consentimiento es una cultura legítima de la actuación clínica y es una premisa ética de la investigación. Su finalidad es preservar el principio del respeto a las personas, es decir, su autonomía: nadie puede hacer el bien a otro en contra de la voluntad de éste.

Es así como, desde una perspectiva ética, clínica y jurídica, la figura del consentimiento informado tiene por objetivos, reconocer y respetar el derecho de autonomía de los pacientes, lo que constituye no sólo una exigencia jurídica, sino por sobre todo, una exigencia ética: promover la participación del paciente en su proceso de atención en salud, lo que significa que comparte responsabilidades y asume riesgos, y optimiza la relación equipo médico-paciente; el paciente que posee una adecuada comunicación de la información, queda más satisfecho con la atención, sin tener en cuenta únicamente los resultados. En última instancia, el consentimiento informado tiene como objetivo fortalecer la seguridad de la atención del paciente ⁽²²⁾.

Actualmente, en el marco de la relación médico-paciente, se ha dado énfasis al principio de autonomía, entendido como el derecho del paciente a ser reconocido como persona libre y dueña de tomar sus decisiones. En este contexto aparece el concepto de "consentimiento informado", según el cual toda persona debe recibir, en términos comprensibles, una información completa respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de su enfermedad por parte del profesional de la salud. Este debe además conocer las implicancias en caso de rechazar el tratamiento y asumir las consecuencias tanto del éxito como del fracaso del mismo, junto con su tratante. También debe ser informado sobre los costos de su atención y la existencia de tratamientos alternativos.

Ante la situación de una medicina tecnificada y poco humana, la buena relación médico-paciente ayuda a la adhesión a los tratamientos y por lo tanto a su éxito. Además, los problemas médico legales han ido en aumento, lo que hace necesario usar un documento que demuestre la responsabilidad compartida de los pacientes en las decisiones tomadas.

Para que el consentimiento informado sea válido debe cumplir con ciertas condiciones⁽²³⁾

- Debe entregarse toda la información médica requerida para que el paciente tome su decisión suficientemente informado.
- El paciente debe consentir libremente, sin presiones de ningún tipo.
- El paciente debe ser competente y/o capaz de tomar una decisión que puede afectar su salud. Si es menor de edad o no tiene capacidad para decidir, debe ser representado por sus padres o su representante legal. (Consentimiento subrogado)
- Debe otorgarlo el propio receptor del acto médico (concepto de titularidad).
- el propósito y la causa del acto médico debe ser recuperar la salud del enfermo.
- el proceso debe tener una forma externa (verbal o escrita).

- el consentimiento debe ser obtenido previo a la realización del acto médico.

Estos conceptos, ya vigentes en la relación médico-paciente, son también aplicables a la relación odontólogo-paciente, en especial considerando que el ejercicio de la odontología se realiza bajo condiciones cada vez más complejas. Actualmente, existen mayores adelantos para llegar al diagnóstico y opciones terapéuticas que hace pocos años. Se cuenta con la posibilidad de utilizar materiales, técnicas y especialidades nuevas. Si bien esto ha significado mejores alternativas de tratamiento para el paciente y mejoría en su calidad de vida, también ha traído un incremento en la aparición de efectos adversos, complicaciones, fracasos de tratamiento y elevación de los costos.

Aunque ha habido avances significativos, todavía no es posible colocar estructuras dentarias naturales donde antes las había y los tratamientos consisten fundamentalmente en instalar artificios tecnológicos que deben adaptarse a las condiciones fisiológicas, lo que no siempre se logra. El porcentaje de fracasos puede ser mayor de lo que se espera y es importante que el paciente lo sepa. Si bien esto se puede explicar en términos de porcentaje de éxitos o fracasos, basado en lo reportado en la literatura, hay que hacer ver al paciente que la realidad es extremadamente variable y lo publicado no es más que una referencia. El hecho de traspasar al enfermo parte de esta información mejora sustancialmente la relación profesional-paciente.

Muchas veces la atención dental genera ansiedad y temor al dolor. El paciente se siente disminuido al estar en una posición semi-acostada en el sillón frente al odontólogo y éste suele utilizar términos técnicos y científicos de difícil comprensión. Si la patología produce dolor, el paciente puede estar dispuesto a aceptar un tratamiento sin tener real entendimiento de lo que le ofrecen. El profesional debe tomarse el tiempo suficiente para explicar cuál es el problema, las opciones de tratamiento, sus costos y los riesgos que implican. Una conversación estando el odontólogo y el paciente sentados al mismo nivel, si hace falta usando diagramas,

que expliquen con más claridad lo que se propone, asegurándose que el paciente entiende, es el primer paso para una relación participativa, la que le permite involucrarse voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto del tratamiento de su salud.

Es importante el uso de formularios en los que el paciente pueda leer lo que se le ha planteado y firmar su consentimiento, con el fin de registrar y monitorear, y para probar legalmente que se dio la información y se obtuvo el consentimiento ⁽²⁴⁾.

Estrada ⁽²⁵⁾ director de Estomatología de la Comisión Nacional de Arbitraje de México, advierte que en su país las irregularidades con mayor incidencia y frecuencia, se relacionan con la falta de comunicación entre el profesional de la salud bucal y el paciente: maltrato al paciente, no explica en términos accesibles al usuario, no enfatiza en el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión, no informa del costo y de la relación riesgo/beneficio de la atención (posibilidad de fracaso del procedimiento otorgado), incurre en inexactitudes e imprecisiones, delega responsabilidades y modifica convenios en cuanto a modo, tiempo y costo de la atención brindada. También, existe la tendencia a despertar falsas expectativas en los pacientes; el uso y manejo equivocados de materiales y procedimientos no indicados, así como tratamientos simulados, pretensiones clínicamente inalcanzables y técnicas clínicas inexpertas. Es muy probable que esta realidad se repita en el resto de los países de la región.

El consentimiento informado es el procedimiento formal para aplicar el principio de autonomía. Es la justificación misma de la legitimidad del acto médico, basada en el derecho del paciente a su autonomía o autodeterminación.

Objetivos

General

Proponer un modelo de formato para la obtención del Consentimiento Informado para el tratamiento odontológico en el Servicio de Odontología del Hospital San Juan de Dios. Caracas

Específicos:

1. Evaluar la práctica del Consentimiento Informado en el Servicio de Odontología del HSJD.
2. Identificar los elementos relacionados con los Principios Bioéticos Fundamentales a ser considerados en la elaboración del consentimiento informado en las áreas de odontología del HSJD
3. Formular la propuesta de formato para la obtención del consentimiento informado odontológico a ser aplicado en el servicio de odontología en el HSJD

Aspectos Éticos.

Esta investigación se desarrolló respetando los principios bioéticos de Beneficencia, No Maleficencia y Autonomía. Beneficencia porque el producto de la investigación beneficiará a los pacientes atendidos en el Servicio de Odontología; No Maleficencia, porque no causa daño ni somete a riesgos a la población del estudio y Autonomía, porque la participación en la encuesta es voluntaria y se solicitó previamente el Consentimiento Informado a los participantes.

La investigación, así como el consentimiento informado y voluntario de todos los participantes en la investigación fueron sometidos a evaluación por parte del Comité de Bioética del Centro Nacional de Bioética (CIBI-CENABI) para obtener el aval que permitió la realización de esta investigación; de igual forma se solicitó la autorización

de la directiva del Hospital San Juan de Dios por ser la Institución en la que se realizó la investigación.

MÉTODOS

Tipo de investigación y diseño de la investigación

Considerando que la presente investigación estuvo orientada a caracterizar las prácticas actuales odontológicas en relación a los documentos escritos de consentimiento informado en la atención de pacientes odontológicos del servicio de odontología del HSJD, la misma se clasificó de tipo descriptiva de campo.

Según la definición de Parra⁽²⁶⁾, de acuerdo al tipo de conocimiento que proporcionan la investigación puede ser clasificada como descriptiva, de campo, ⁽³⁰⁾ pues la misma pretendió diagnosticar suficientemente el procedimiento de consentimiento informado en el servicio de odontología del HSJD, directamente en el contexto social real donde esta se desarrolla, es decir; en el servicio odontología del HSJD de Caracas, Venezuela a fin de generar una propuesta de prototipo para realizar el proceso de consentimiento informado.

Considerando la dimensión temporal de la investigación, se clasificó como transaccional o transversal descriptiva, por cuanto la variable consentimiento informado, se estudió en un solo período de tiempo y se midió según los criterios de la población objeto de estudio, que proporcionaron la información necesaria para los resultados de la investigación, los cuales permitieron la construcción de las conclusiones necesarias que sirvieron de aportes o de referencia para la elaboración del modelo de consentimiento informado que se propone.

Población y muestra

La población objeto de estudio en esta investigación, estuvo conformada por 60 Odontólogos: 15 de ellos son personal fijo de esta Institución, y 45 odontólogos generales, cursantes de diversos postgrados, que han sido recientemente odontólogos de pasantía en la institución

Se trabajó con el total de la población, debido a su tamaño limitado

Técnica e Instrumento de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de la información fue la encuesta estructurada, y se diseñó como instrumento un cuestionario. El cuestionario se estructuró en dos partes, la primera de ellas se refiere a una hoja de presentación a los encuestados en la cual se le invita a participar en la investigación y se expone la naturaleza académica de la misma. Se explicó con claridad la necesidad del consentimiento del respondente toda vez que esto es parte del cambio que se propuso en la investigación.

La segunda de ellas contenía una serie de preguntas con una escala de Likert, que fueron elaboradas para obtener la información sobre los indicadores de la variable en estudio del consentimiento informado en el servicio de odontología del HSJD. El cuestionario contó con 21 ítems que indagaron sobre características de la población y el grado de información que poseen los odontólogos sobre el CI, el uso que hacen de él en su práctica y la importancia que otorgan a tener un modelo para ser aplicado en el servicio. Este Instrumento fue enviado vía correo electrónico, utilizando cuestionarios Google, de manera de guardar todas las normas de privacidad de cada participante y como una estrategia para respetar el anonimato (Anexo 2)

Sistema de Variables

Definición Conceptual:

El consentimiento informado en odontología, consiste en una forma de decisión libre, voluntaria y consciente, realizada dentro del proceso de la relación odontólogo-paciente, en un momento determinado; en la cual el paciente adecuadamente informado acepta o rechaza las acciones diagnósticas o terapéuticas sugeridas por los profesionales de la odontología ⁽²⁷⁾.

Definición operacional:

La variable consentimiento informado en odontología fue medida mediante las siguientes dimensiones: Información del acto médico al paciente y aceptación por el paciente del procedimiento medico a ejecutar por el paciente

La variable bioética fue medida según los principios bioéticos siguiendo a Beauchamp y Childress, en las dimensiones: beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia⁽¹¹⁾.

El Cuadro de Operacionalización de Variables se encuentra en el Anexo 3

Procedimiento

La realización de esta investigación se dividió en 6 fases:

- Fase 1: Se solicitó la autorización de la Facultad de Odontología de la UCV, en forma verbal
- Fase 2: diseño del instrumento de recolección de datos de acuerdo a los objetivos de la investigación. (Anexo 2)
- Fase 3: validación y confiabilidad del instrumento: se diseñó un cuestionario de validación (Anexo 4), para someterlo al juicio de expertos: 1 experto en metodología (Lic. Jesús Ramón Bautista), 1 experto en investigación odontológica (Dr. Gabriel Zambrano) y 1 experto en bioética (MSc Gladys Velázquez).

En el mismo se establecieron 3 aspectos a considerar: pertinencia, adecuación y redacción, que los expertos debían ponderar utilizando una escala de Licker:

- Pertinencia: relación estrecha entre la pregunta, el objetivo a lograr y el aspecto o parte del instrumento que se encuentra desarrollado
- Adecuación: correspondencia entre el contenido de cada pregunta y el nivel de preparación o desempeño del entrevistado) y

- Redacción: interpretación unívoca del enunciado de la pregunta a través de la claridad y precisión en el uso del vocabulario técnico),

La escala de Likert considera 5 categorías de respuesta: 1. Deficiente, 2. Regular, 3. Bueno, 4. Muy Bueno, 5. Excelente. Al final del instrumento, se ofreció una casilla adicional de observaciones. A los resultados se les realizó un análisis cualitativo y cuantitativo. Con el método de Coeficiente de Validez de Contenido (CVC) propuesto por Hernández-Nieto⁽⁵⁰⁾ el cual permite medir y evaluar cuantitativamente la validez de contenido en una escala de 0.0 a 1.0 de un determinado instrumento de recolección de datos, mediante la técnica de juicio de expertos y se le compara con el coeficiente Kappa, el cual mide solamente concordancia entre jueces, por su parte, este coeficiente mide validez y concordancia y se define como la proporción relativa, respecto al valor máximo de la escala, del promedio de los puntajes entre los jueces por cada ítem. Los resultados de la validación del instrumento se aprecian en el Anexo 5.

- Fase 4: obtención del aval bioético del proyecto de investigación y del formato para la obtención del Consentimiento Informado de los participantes, por parte del Comité Independiente de Bioética para la Investigación del CENABI (CIBI-CENABI) (Anexo 6).
- Fase 5: Aplicación del instrumento previa obtención del CI, tabulación y análisis de los resultados del cuestionario y tratamiento estadístico. (Anexo 7)
- Fase 6: Discusión de los resultados obtenidos y elaboración del Formato para la obtención del Consentimiento Informado (Anexo 8)

Tratamiento estadístico.

Los datos primarios recogidos mediante la aplicación de los instrumentos, fueron revisados y codificados con el uso del sistema informático IBM SPSS Statistics 23. El análisis estadístico descriptivo se realizó con la elaboración de tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas, y gráficos.

RESULTADOS

Se logró que todos los Odontólogos convocados respondieran voluntariamente la encuesta, lo que significa la participación del 100% de la población objeto de la investigación

1. Caracterización de la población.

Las respuestas a las preguntas 1 al 3 aportaron información sobre el nivel académico alcanzado por los participantes, su especialidad y relación laboral con el HSJD. Del total de profesionales encuestados 68,3% posee estudios de postgrado: especialización, maestría o doctorado (Cuadro y Gráfico 1).

La especialidad prevalente fue la odontopediatría (41,1%) y la menos frecuente, la cirugía bucal (10,3 %) (Cuadro y Gráfico 2). El 25% de la población en estudio es personal fijo (de planta) y el 75 % ha realizado rotaciones o suplencias en la institución (Cuadro y Gráfico 3)

2. Práctica actual de consentimiento informado.

El 86,7% de los odontólogos considera siempre o casi siempre que al atender a un paciente, establece un contrato tácito con el mismo. Solo el 13,3% no lo interpreta de esta forma (Cuadro y Gráfico 4)

El 70% realiza siempre o casi siempre un análisis riesgo/beneficio de las alternativas terapéuticas, antes de proponerlas al paciente y un 18,3% adicional, lo hace algunas veces (Cuadro y Gráfico 5). El 95% de los encuestados considera necesario siempre o casi siempre, obtener la autorización del paciente y/o su representante legal, para realizar cualquier tratamiento odontológico. (Cuadro y Gráfico 6).

Cerca del 67% de los encuestados afirmaron que siempre o casi siempre toman en cuenta los intereses, deseos y creencias del paciente en la selección del tratamiento y un 25% adicional lo hace algunas veces (Cuadro y Gráfico 7). Cuando la alternativa elegida por el paciente no coincide con la seleccionada por él, el 86,7% le explica siempre o casi siempre las razones de su escogencia (Cuadro y Gráfico 8).

El 100% de los encuestados afirma que siempre o casi siempre, verifica la comprensión de la información que suministra al paciente y si existen dudas, la repite (Cuadro y Gráfico 9). Igualmente el 100% refiere que siempre o casi siempre, concede un tiempo prudencial al paciente para decidir, cuando el procedimiento propuesto conlleva mayores riesgos (Cuadro y Gráfico 10) y el 70% de ellos, permite siempre o casi siempre, que el paciente consulte la opinión de otro odontólogo (Cuadro y Gráfico 11).

En el caso de la atención a menores de edad, el 65% refiere tomar en cuenta siempre o casi siempre la opinión del menor en las decisiones terapéuticas, lo que se corresponde con el denominado Asentimiento Informado y un 35%, no lo hace o lo hace casi nunca (Cuadro y gráfico 12). En el caso de pacientes con discapacidad intelectual, todos los encuestados (100%) respondieron que siempre informan al representante legal sobre el tratamiento que aplicará, lo que corresponde al llamado consentimiento informado subrogado (Cuadro y Gráfico 13)

Poco más de la mitad de los encuestados (53,3%) obtienen siempre o casi siempre el CI por escrito y un 36,7% adicional lo hace algunas veces (Cuadro y Gráfico 14) y el 83,4% refiere que siempre o casi siempre utiliza para ello el formato de CI institucional, elaborado para todos los servicios del hospital (Cuadro y Gráfico 15)

3. Conocimiento de los odontólogos sobre los contenidos y requisitos del CI

El 66% de los odontólogos refirió tener conocimiento, siempre o casi siempre, de los requisitos que debe cumplir el CI para resultar válido (Cuadro y Gráfico 16). Dentro de estos requisitos, el 88,3% considera siempre o casi siempre, que debe estar incluida la información sobre los procedimientos y técnicas que se propone aplicar al paciente (Cuadro y Gráfico 17) y el 100%, que deben informarse los efectos secundarios y posibles complicaciones, con sus respectivas frecuencias de aparición (Cuadro y Gráfico 18).

En el planteamiento que se hizo en las preguntas 19 y 20, en relación a quién corresponde la decisión final sobre un tratamiento en caso de discrepancias de

opinión entre paciente y odontólogo, el 60% opinó que siempre o casi siempre debe decidir el paciente (Cuadro y Gráfico 20), en contraste con un 38,3% que opina debe decidir el odontólogo (Cuadro y Gráfico 19)

El 60% de los encuestados opina siempre y casi siempre, que es necesario contar con un nuevo formato de CI, adaptado a las necesidades específicas del Servicio de Odontología. (Cuadro y Gráfico 21)

DISCUSION

El perfeccionamiento del ejercicio de la profesión odontológica, exige cada vez más el uso del Consentimiento Informado, como un instrumento indispensable para cubrir los aspectos éticos y legales de la práctica odontológica. El CI es uno de los fundamentos sobre los cuales se establece, desde la bioética, la relación clínica actual ⁽²⁹⁾. Es realmente un proceso, resultado de un trabajo permanente de comunicación, en el que el paciente dialoga con el médico y participa activamente en la toma de decisiones; se trata de una comunicación deliberativa y crítica, responsable y comprometida entre dos agentes morales ⁽³⁾.

Desde el punto de vista legal, este documento podría amparar tanto al paciente como al profesional en una situación de litigio legal, pero este no es su propósito. El CI no debe convertirse en un instrumento de desconfianza que los separe. El derecho a la información por parte del paciente y su consecuencia, el consentimiento informado, no deben basarse exclusivamente en el cumplimiento de la ley, sino en su fundamento ético irrenunciable: el respeto por la dignidad y la libertad de las personas. Paciente y odontólogo deben dialogar y negociar honestamente, respetando la independencia y condición humana de cada uno.

En el HSJD se cuenta con un formato para la obtención del CI, que se utiliza para los pacientes que son llevados a pabellón debido a la complejidad del tratamiento o por la necesidad de aplicar anestesia general, en caso de pacientes que por su edad o condición intelectual, rechazan el tratamiento o no son capaces de colaborar con el odontólogo (Anexo 1). Este documento no cumple con todas las exigencias bioéticas actuales y se utiliza con menor frecuencia, en los pacientes que son atendidos en los consultorios, aun cuando se aplican tratamientos que conllevan riesgos. Esta situación ha motivado la presente investigación, sobre la aplicación del CI por los odontólogos que laboran en el servicio y los conocimientos que ellos poseen sobre el mismo.

Se logró que participara el total de los 15 odontólogos de planta, todos ellos especialistas, y todos los odontólogos pasantes, residentes de diferentes postgrados, a quienes se les solicitó colaborar.

Para interpretar los resultados cualitativos de la escala de Licker del cuestionario, se sumaron las frecuencias porcentuales de las categorías siempre y casi siempre; cuando esta sumatoria es mayor del 50%, se interpreta que la respuesta al postulado de la pregunta es positiva, con una magnitud creciente en la medida que se acerca al 100%.

De acuerdo a lo anterior, el hecho de que el 86,7% de los encuestados considerara el establecimiento de una relación contractual (no de dependencia) del paciente con el odontólogo y el 95% considerara necesaria su autorización para realizar un tratamiento, aunque que esta autorización no cumpla con todos los requisitos de un CI, revela una actitud de respeto a la autonomía del paciente, que es el fundamento de este último. En el caso de pacientes con incapacidad para decidir por sí mismos, la solicitud de autorización alcanza el 100%; se trata por supuesto de decisiones subrogadas a sus representantes, pero sigue siendo una manifestación de respeto a la autonomía y a la condición de vulnerabilidad del paciente.

El respeto a la autonomía del paciente también se ve reflejada en el 70% de odontólogos que afirmaron aceptar que el paciente solicite otra opinión profesional, ante situaciones de mayor riesgo. El principio de autonomía da origen a la norma moral, de no coartar la libertad de la persona y nos remite a la obligación de aplicar el consentimiento informado ante la toma de decisiones en el campo de la salud y a buscar otras alternativas. En concordancia, la autonomía es la base fundamental del artículo 57 del Código de Deontología Odontológica ⁽²⁰⁾ que señala que toda persona debe expresar con absoluta libertad su voluntad de aceptar o rechazar su condición de ser paciente, así como rehusar determinadas indicaciones diagnósticas o terapéuticas.

La proporción de respuestas positivas (sumatoria de siempre y casi siempre) a algunos de los planteamientos de las preguntas, revela que estos profesionales respetan elementos propios del CI, como son: el análisis riesgo/beneficio de las conductas propuestas (70%), la consideración de los intereses, deseos y creencias del paciente en la decisión del tratamiento (67%) y especialmente, la verificación de la comprensión por el paciente de la información que le suministran y la concesión de tiempo suficiente para decidir en situaciones de mayor riesgo, ambas con 100%. Esto contrasta con la experiencia de Hernández ⁽⁴⁾ en Valencia (España), quien realiza una encuesta sobre este mismo tema a odontólogos y sus pacientes. Los pacientes respondieron mayoritariamente que la información que se les daba era inadecuada y no se les concedía tiempo para decidir; claro está, las respuestas en este caso no son del todo comparables por provenir de los pacientes. En esta investigación se planteó inicialmente consultar la opinión de los pacientes, pero no pudo llevarse a cabo, por las restricciones al trabajo asistencial generadas por la pandemia Covid-19.

Triana Estrada ⁽²⁵⁾ advierte que las irregularidades en la práctica odontológica denunciadas con mayor frecuencia ante la Comisión Nacional de Arbitraje de México son derivadas de la falta de una comunicación efectiva entre el profesional de la salud bucal y el paciente: en las explicaciones se utilizan términos inaccesibles para el usuario y no se enfatiza el alcance y las limitaciones del tratamiento en cuestión. Esto podría evitarse, con la práctica adecuada del CI.

Algo más del 50% de los encuestados solicita el CI por escrito y de acuerdo al comentario realizado al inicio, es posible que se trate de los pacientes atendidos en el área quirúrgica; una gran mayoría de estos (88,3%), utiliza el formato de CI del hospital.

Además de incorporar algunos elementos del CI a su práctica diaria, los odontólogos afirmaron, tener conocimientos sobre los requisitos que debe cumplir este proceso (66%) y sobre contenidos indispensables del documento, como son: información al

paciente sobre los procedimientos que se pretende realizar (83,4%) y sobre los efectos secundarios y complicaciones que se pudieran presentar (100%). De ser así, ellos cumplen con el primer requisito de validez propuesto por Cardozo ⁽²³⁾, como lo es la entrega de toda la información médica requerida para que el paciente tome su decisión suficientemente informado.

El 100% de respuestas positivas a la inclusión de los efectos secundarios y complicaciones a la información que se da en el CI, aunado al 70% de práctica del análisis riesgo/beneficio antes de aplicar un tratamiento, sugieren que hay preocupación de respetar el más básico de los principios fundamentales de la Bioética, como es la no maleficencia, “Primero, no hacer daño”

La pregunta duplicada sobre quién toma la decisión en caso de existir discrepancias entre el paciente y el odontólogo, muestra una distribución coherente de las respuestas, siendo mayor el número de encuestados que concede la última palabra al paciente. Esto refuerza la impresión de que están ocurriendo cambios en el modelo de relación médico-paciente: del paternalismo hacia el autonomismo.

El ejercicio de la Odontología ya no es posible considerarlo desde la perspectiva paternalista, en la cual el profesional decide la terapéutica a aplicar, con la idea de que ésta es la más apropiada, sin mediar explicaciones ni otras opiniones. Hoy en día, la complejidad que ha adquirido la profesión, el reconocimiento universal de los derechos humanos y el surgimiento de la Bioética, han producido cambios en el modelo de atención a las personas que acuden a los servicios de salud.

En algunos países, especialmente en los anglosajones, se ha impuesto el modelo llamado “autonomista” en el que el paciente asume las decisiones y el profesional de la salud se limita a dar la información y solo opina, cuando el paciente se lo solicita.

En otras culturas como la latinoamericana, sigue predominando el modelo paternalista, pero hay una tendencia creciente hacia un modelo intermedio de “decisiones compartidas”, el cual requiere el establecimiento, mediante la empatía,

de un proceso de negociación entre ambas partes. En este proceso los odontólogos deben explicar las opciones de tratamiento, beneficios y riesgos que pueden sobrevenir y los costos previstos y escuchar de los pacientes las dudas, las expectativas que tengan y los planteamientos que quieran hacer.

En este mismo orden de ideas, también se pone de manifiesto una actitud favorable (65% de los encuestados) a tomar en cuenta la opinión de los pacientes menores de edad en la escogencia de su tratamiento, en concordancia con la progresiva maduración intelectual y moral del niño y adolescente y el reconocimiento de sus derechos plasmados en la Declaración Universal de los Derechos del Niño y en la Ley Orgánica para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes (LOPNNA)

La manifestación de la necesidad de un nuevo formato para la obtención del CI por un 75% de los encuestados refuerza la justificación del presente trabajo y pudiera relacionarse con lo expresado por Hernández ⁽⁴⁾, quien sostiene que en el área de la salud hay constantes cambios que no solo involucran el componente científico, tecnológico o de sus organizaciones sanitarias, sino que también los aspectos éticos y legales.

Por todo lo antes expuesto, se puede concluir que en los odontólogos del HSJD se aprecian actitudes proclives al respeto de la autonomía de sus pacientes y que la mayoría de ellos incorpora a su práctica profesional, buena parte de los elementos que conforman el Consentimiento Informado; es de esperar que la incorporación de un nuevo formato para la obtención del CI por escrito, con los requerimientos actuales, sea de gran utilidad para optimizar el trabajo que se realiza en el servicio.

Teniendo presente todo lo expuesto anteriormente y cumpliendo con el objetivo general de esta investigación, se hace la propuesta de un Modelo de Consentimiento Informado para el Servicio de Odontología del Hospital San Juan de Dios, acorde a los lineamientos bioéticos y a las necesidades asistenciales (Anexo 8)

REFERENCIAS

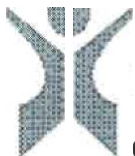
- 1 García F, Castaño A. Responsabilidad profesional en odontología. Rev ADM 2006; 63 (3) 111-118 [Consultado en septiembre 2019]. Disponible en: <http://www.infomed.es/seoeptyc/artrespprof.htm>.
- 2 Correia C, Silva J. Pesquisa en seres humanos. Aspectos Bioéticos. An Fac Odont Univ Fed. Editorial Pernambuco. Brasil. 1999.
- 3 Mondragón L. Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. Universidad de Chile. Editorial Kinderberg. Chile. 2012
- 4 Hernández M. Consentimiento Informado en Odontología. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia. Editorial Akal. España. 2015.
- 5 Carrasco P. Consentimiento informado: Un pilar de la investigación clínica. Universidad de La Sabana. Editorial Planeta. Colombia. 2012.
- 6 Luengas M. La Bioética en la relación clínica en odontología. Revista de la Asociación Dental Mexicana. 2003. Vol LX. N° 06: 233-239.
- 7 Lolas F. Temas de bioética. Santiago de Chile. Editorial Universitaria. 2003.
- 8 Gracia D. La Educación en bioética. Principios fundamentales. Seminario taller educación en bioética. Universidad de España. España. 2011.
- 9 López M. El origen de la Bioética. Editorial Ediciones de la Universidad de Barcelona. España. 2012.
- 10 Aranguren I Z. Ejercer la odontología desde una perspectiva bioética. Tomado de Acta Odontológica Venezolana. Vol. 52, N°1. Año 2014. Pg 7-8. <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2014/1/art-4/>. [Consultado el: 24/01/2020]
- 11 Beauchamp T, Childress J. Principles of Bioethical Ethics. Oxford University Press, New York, 2° edition. 1979-1994.
- 12 Rodríguez W. Apuntes Bioéticos desde el campo de la salud-Odontología-Caracas. 2004. 15-29
- 13 Castillo A. Principios, Normas y Obligaciones del médico. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro

- Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. 1999.
- 14 Castillo A. Bioética. Ed. Disinlimed C.A. Revista CuidaArte 2016, 5(10): 64-75
 - 15 Sánchez Z, Marrero N, Becerra, O, Herrera D. y Alvarado J. Los principios bioéticos en la atención primaria de salud. Apuntes para una reflexión. Rev Cubana Med Gen Integr 2003;19(5) (Documento en Línea) Disponible en: http://www.bus.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi12503.htm. [Consultado en Septiembre de 2019]
 - 16 Alujas A. Modelos paternalistas y consentimiento informado en la relación profesional de la salud paciente. Trabajo de postgrado de Odontología operatoria y estética de la Facultad de Odontología de la U.C.V. Caracas. 2001.
 - 17 Durand G. La Bioética. Bilbao. Editorial Desclée de Brouwer, S.A. 1992.
 - 18 Castillo A. Fundamentación de la bioética. Universidad Central de Venezuela, Facultad de Medicina, Comisión de Estudios de posgrado, Centro Nacional de bioética. Ética en Medicina, Fundamentación. Modulo N° 1, Caracas. 2001.
 - 19 Constitución de la República Bolivariana de Venezuela Gaceta Oficial Número 36.860. 1999.
 - 20 Capron A. Legal Setting of Emergency Medicine. En: Ethics in Emergency Medicine. Iserson K.V. et al Ed. Baltimore: Williams and Wilkings. 1986.
 - 21 Ferrater M. Diccionario de Filosofía. Tomo 3. Ed. Ariel, Barcelona. 2001.
 - 22 Vera O. El Consentimiento Informado. Universidad Mayor de San Andrés. Bolivia. Editorial San Andres. 2015. 34-76
 - 23 Cardozo C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. Ética y Odontología. Una Introducción. Santiago de Chile: Editorial CIEB de la Universidad de Chile; 2007.
 - 24 Lorda S, Gutiérrez J. Consentimiento Informado. Bioética para Clínicos. Medicina Clínica 2001. Vol 117. N° 3:99-105
 - 25 Triana J. La ética: Un Problema para el Odontólogo. Revista Cielo. Acta Bioethica 2006. Vol 12. N° 1.

- 26 Parra J. Guía de muestreo. Venezuela. Tercera edición. Colección aniversaria N° XLVIII Aniversario FCES. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales (FCES). Universidad del Zulia. 2006.
- 27 López C, Baca R, San Hipólito L, Donado M. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. Revista científica en odontología y estomatología. Volumen 8 N° 6. Madrid. 2003.
- 28 Hernández-Nieto RA. Contribuciones al análisis estadístico. Mérida, Venezuela: Editorial de la Universidad de Los Andes.2002.119.
29. Palomer L. Consentimiento Informado en Odontología: Un análisis Teórico Practico. Acta Bioética 2009 Revista SciELO. Chile. 2009. 15 (1): 100-105.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento Informado del Hospital San Juan de Dios



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA EN QUIROFANO

DEL PACIENTE. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Yo, _____, venezolano, mayor de edad, titular de la Cédula de Identidad No _____, domiciliado(a) en _____ actuando en mi carácter de representante legal o debidamente autorizado por su representante legal, de _____ Hc: _____, declaro lo siguiente:

He sido informado(a) que la atención brindada en esta institución es de naturaleza hospitalaria, caracterizada por la atención odontológica a cargo de odontólogos expertos especialistas en las diferentes áreas, y personal auxiliar.

Me han explicado en forma clara y suficiente, el diagnóstico, la naturaleza de la enfermedad que padece mi representado, su evolución natural, objetivos del tratamiento propuesto, así como las alternativas de tratamiento, beneficios, riesgos comunes y no comunes del tratamiento (complicaciones que se pueden desencadenar durante o después del mismo), riesgos personalizados (por presentar problemas de salud general que incidan sobre el tratamiento). Además me ha sido informado(a), que se realizará tratamiento odontológico restaurador, así como los tratamientos de conducto necesarios. Si en algún diente no se puede realizar el tratamiento indicado: persiste hemorragia del nervio; presenta foco infeccioso; caries por dentro de la encía; se realizará la extracción del mismo; y posterior al acto quirúrgico en consulta externa se presentaran alternativas de tratamiento como la colocación de mantenedor de espacio tipo protésico.

Los estudios clínicos y radiológicos, orientan el plan de tratamiento a seguir. Sin embargo la realidad y extensión de las lesiones se conocerán a cabalidad durante el acto operatorio. En consecuencia, puede existir divergencia entre lo planificado y lo realizado en el acto quirúrgico. La misión del servicio de odontología es preservar los dientes y las estructuras el mayor tiempo posible sin que comprometa la salud del paciente.

El representante, entiende y acepta los riesgos del tratamiento, se compromete a los controles postoperatorios, así como a las medidas de higiene y dieta indicados por el profesional. Comprende que la intervención a realizar consiste en un procedimiento odontológico con el objeto de restablecer la salud bucal del representado (a), que puede involucrar la administración de anestesia general/sedación y local; los agentes para la anestesia general/sedación serán suministrados por un médico anestesiólogo, quien empleará todo el equipo necesario para la vigilancia y monitoreo de las funciones vitales del representado (a), así como el equipo y medicamentos necesarios para el soporte vital durante el procedimiento.

A pesar de la adecuada elección de las técnicas y de su correcta realización pueden presentarse ciertos riesgos comunes derivados de toda intervención quirúrgica, como: molestias, dolor, o

cualquier complicación por el tratamiento, medicamentos o agentes anestésicos, que incluyen, pero no se limitan a: infección, inflamación, hemorragia, náuseas, vómitos, reacciones alérgicas que pueda presentarse como consecuencia del tratamiento y deberá llamar al profesional responsable, así mismo entiendo que se pueden producir alguna(s) complicación(ones) citada(s) u otras, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización.

Debo realizarle a mi representado (a) y anexar a su historia clínica, una evaluación médica y los exámenes pertinentes que se le indiquen, previamente a la intervención quirúrgica, para descartar una condición médica

particular que pueda alterar o complicar el tratamiento planificado. Se pueden requerir interconsultas con cualquier otra especialidad odontológica o médica para minimizar los riesgos y lograr el propósito del tratamiento. Acepto la realización de las radiografías, fotografías, y otros medios de diagnósticos que sean necesarios; garantizando la confidencialidad, el resguardo de la identidad de mi representado y la utilización de dichos récords sólo con fines académicos.

Confío en el buen juicio y las decisiones del profesional durante el tratamiento, buscando siempre el mayor beneficio de mi representado, razón por la cual si surgiese cualquier situación inesperada durante el tratamiento odontológico, autorizo a los profesionales a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para la resolución de dicha situación.

He sido debidamente informado de las instrucciones preoperatorias y posteriores al acto quirúrgico de la anestesia. También entiendo que los servicios de anestesia son completamente independientes de los procedimientos del odontólogo operante. Por lo tanto el odontólogo no asume ninguna responsabilidad por la anestesia. Puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento hasta el momento en que el acto anestésico haya comenzado.

Libero al Hospital San Juan de Dios, y al profesional tratante, de responsabilidad por cualquier consecuencia que pudiera sobrevenir por una complicación del tratamiento aplicado.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido DOY MI CONSENTIMIENTO AL FACULTATIVO A REALIZAR EL TRATAMIENTO PERTINENTE.

El representante,

Parentesco

Firma

CI

Parentesco

Firma

NIEGO el consentimiento informado que se me ha presentado para la realización del acto médico antes descrito y así mismo he sido debidamente informado de las consecuencias del mismo.

El representante,

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Pacientes Adultos Quirúrgicos

Yo,....., mayor de edad, de este domicilio, civilmente hábil (es), y titular (es) de la Cl. #, actuando de manera voluntaria y con discernimiento jurídico válido y en ejercicio de mi derecho (s), como paciente, y conocido en este centro bajo el número de Historia Médica N°....., declaro que:

He asistido por mi propia voluntad y convicción, a la consulta del (los) Dr. (s). en el Hospital San Juan de Dios de esta Ciudad, motivado a la enfermedad que presento (diagnóstico).....

He sido informado amplia y suficientemente, acerca de la enfermedad que presento y de las diferentes complicaciones que ella puede producir durante su evolución.

He sido informado de los estudios clínicos y paraclínicos que se le realizaron para el adecuado análisis de la enfermedad, y de los posibles estudios a realizar durante el transcurso de su hospitalización, para su adecuado seguimiento.

He sido amplia y detalladamente informado acerca del tratamiento que debo realizar durante mi hospitalización y de las posibles complicaciones que de este se pudieran derivar, que incluyen pero no se limitan a: reacciones adversas por medicamentos, reacciones alérgicas, pérdida o infiltración de la vía donde reciba tratamiento, dificultad de cateterización de venas (múltiples pinchazos, los cuales producen dolor, para asegurar una vía venosa en donde recibir tratamiento).

He sido informado e igualmente estoy consciente que la Medicina y la Práctica Médica no es una ciencia exacta. En consecuencia, procedimientos médicos o quirúrgicos practicados de manera adecuada en pacientes no siempre garantizan o aseguran el resultado esperado.

Me siento libre, sin coacción ni manipulación, para decidir de acuerdo con mis valores e intereses y me declaro competente para tomar las decisiones que correspondan. En tal sentido, DOY MI CONSENTIMIENTO a los Dr. (s)y al equipo médico multidisciplinario que los acompaña, para que realicen el (los) tratamiento (s) médico (s) y quirúrgico (s) que sea(n) necesario(s) a mi persona, tendiente a tratar adecuadamente la enfermedad que presenta o complicaciones que pudieran presentarse durante la hospitalización.

Libero al Hospital San Juan de Dios, y al equipo profesional tratante, de responsabilidad por cualquier consecuencia que pudiera sobrevenir por una complicación del tratamiento aplicado.

Firmo este consentimiento en Caracas a los.....del mes de.....de dos mil.....

Nota: En el firma estuvo presente....., funcionario (a) de admisión del Hospital, en mi (nuestra) presencia.

Paciente.
C.I. #

Médico Tratante
C.I. #

Representante
C.I. #

NIEGO el consentimiento informado que se me ha presentado para la realización del acto médico o quirúrgico antes descrito y así mismo he sido debidamente informado de las consecuencias del mismo.

El paciente y/o representante,

CI: _____

Parentesco: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 2. Cuestionario

CUESTIONARIO PARA PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ODONTOLOGÍA DEL HSJD CARACAS

Ud. está siendo invitado a participar en el Proyecto de investigación titulado: **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA ATENCION ODONTOLOGIA**. Que está realizando la Dra. Belkis Rodríguez de Galarraga como trabajo de grado para la obtención del título de Magister Scientiarum en Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Su participación consiste en responder un cuestionario anónimo que se presenta a continuación, el cual consta de 3 ítems de información demográfica y 18 ítems de respuestas tipo Licker, sobre el conocimiento y práctica del Consentimiento Informado de los profesionales de la Odontología que laboran en el Hospital San Juan de Dios. Los resultados de esta investigación permitirán la elaboración de un formato para la obtención del consentimiento informado específico para los pacientes atendidos en el servicio de odontología, cuya aplicación fortalecerá la relación odontólogo-paciente y mejorará la calidad de la atención. Su participación es voluntaria, Ud. puede decidir no participar y manifestarlo. Si decide contestar la encuesta, se le agradece su colaboración y se valora la sinceridad y honestidad de sus respuestas

Instrucciones: marque con una equis (X) en la casilla que se adapte a su respuesta

1. Nivel Académico alcanzado

Odontólogo General	
Especialista	
Estudiante de Post Grado	
Magister	
Doctor en Odontología	
Post Doctor en Odontología	
Otro	

2. Si en el ítem anterior Usted colocó que es Especialista o Estudiante de Post Grado, especifique los estudios, el área en que está realizando o realizó estudios de postgrado.

3. ¿Cuál es su situación Laboral en el Hospital?

Personal Fijo _____ Pasante _____

PROFESIONALES DEL SERVICIO DE ODONTOLÓGIA DEL HSJD CARACAS

N°	PREGUNTAS	Siempre	Casi Siempre	Algunas veces	Casi Nunca	Nunca
4	Usted como odontólogo considera al atender a un paciente que, se establece un contrato tácito de prestación de servicio con él o su representante legal					
5	Considera necesario obtener la autorización del paciente y/o su representante legal para la realización de un tratamiento odontológico					
6	Toma en consideración los intereses, deseos y creencias del paciente para la selección del tratamiento odontológico a desarrollar.					
7	Realiza un análisis riesgo/beneficio de las alternativas odontológicas antes de proponer un tratamiento a sus pacientes					
8	En atención al principio de justicia, si el paciente elige una alternativa terapéutica diferente a la propuesta por usted, le manifiesta los motivos de su selección					
9	Si al obtener el CI tiene dudas de que el paciente y/o su representante hayan entendido la información suministrada, da una nueva explicación					
10	En caso de tratamientos de mayor riesgo, concede al paciente un tiempo prudencial para que tome la decisión sobre la ejecución del mismo					
11	En atención al principio de autonomía en caso de tratamientos de mayor riesgo, permite que el paciente solicite la opinión de otro odontólogo					
12	Toma Ud. en cuenta la opinión del paciente menor de edad para tomar decisiones sobre su tratamiento					
13	En el caso de pacientes con discapacidad intelectual, informa a sus representantes legal sobre el tratamiento a ser aplicado					
14	Exige al paciente que manifieste por escrito la aprobación del tratamiento propuesto					
15	Ha utilizado el formato de CI del HSJD con sus pacientes					
16	Conoce usted los requisitos que debe contener un CI para que tenga validez					
17	La explicación al paciente y/o su representante sobre los procedimientos y técnicas odontológicas a desarrollar por el profesional deben ser un requisito indispensable a estar contenidos en el informe del Consentimiento Informado. CI.					
18	De existir riesgo de efectos secundarios o complicaciones indeseables del tratamiento planteado, estos deben ser informados al paciente, precisando su frecuencia.					
19	En caso de discrepancias entre el profesional y el paciente en relación al tratamiento odontológico, la decisión final corresponde al odontólogo					
20	Siguiendo el principio de autonomía, en caso de discrepancias en relación al tratamiento odontológico, la decisión final corresponde al paciente					
21	Considera necesario contar con un modelo particular de CI en su servicio					

Anexo 3. Operacionalización de Variables

OBJETIVO	VARIABLE	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS	
1. Evaluar la práctica del Consentimiento Informado en el servicio odontológico del HSJD	Practica del consentimiento informado	Conocimiento y práctica que posee el odontólogo sobre el Consentimiento Informado CI.	Información que posee el odontólogo sobre componentes y condiciones del CI	4,5,6,7,y 8	
			Testimonio del odontólogo sobre la aplicación del CI en la consulta odontológica.	9, 10 , 11 y 14	
2. Identificar los elementos relacionados con los Principios Bioéticos Fundamentales a ser considerados en la elaboración del Consentimiento Informado en el área de Odontología del HSJD	Elementos relacionados con los Principios Bioéticos Fundamentales	Beneficencia	Buscar el mayor beneficio posible para el paciente	13	
			No maleficencia	No Hacer el Mal	15
				Análisis riesgo-beneficio	12
			Autonomía	Permitir al paciente seleccionar lo que considere que es mejor para él.	16,17 y 19
				Comprobación de la competencia del enfermo para decidir y la ausencia de coacción	20 y 21
Justicia	Proveer al paciente de un adecuado nivel de atención	18			

Anexo 4. Formato para la Validación por Juicio de Expertos

Caracas, de de 2021

Ciudadano:

Presente.

Tengo el honor de dirigirme a Usted muy respetuosamente, con el fin de solicitarle su valiosa colaboración en el sentido de servir como experto para evaluar la VALIDEZ DE CONTENIDO a un instrumento tipo Licker. El mismo será utilizado en una investigación titulada: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Mucho le agradezco sus aportes en cuanto a la evaluación del presente instrumento, toda vez que ayudará significativamente a garantizar la calidad del levantamiento de la información adecuada para la investigación que se adelanta.

Agradeciendo de antemano receptividad a la presente comunicación al igual que por permitir su valioso tiempo, se despide de Usted,

Atentamente

La Investigadora

Dra. Belkis Galarraga

Instrucciones para la Validación

A continuación se presenta el formato para validar el cuestionario, el cual se aplicará al personal de Odontología del Hospital San Juan de Dios, durante el desarrollo de la presente investigación. Lea el instrumento y marque con una equis (x), su criterio en cuanto a los aspectos que a continuación se señalan:

PERTINENCIA	Relación estrecha de la pregunta con los objetivos de estudio y el aspecto del instrumento que se encuentra desarrollando
REDACCION	Es la interpretación univoca del enunciado de la pregunta, a través de la claridad y precisión del uso de vocabulario técnico
ADECUACIÓN	Es la correspondencia del contenido de la pregunta con el ámbito de trabajo del entrevistado.

Se sugiere colocar en el recuadro de observaciones, aquellas sugerencias que considere pertinentes y en caso de requerirlo, sírvanse escribir las sugerencias o correcciones sobre el enunciado de la pregunta.

E. EXCELENTE	El indicador se presenta en grado muy superior al mínimo aceptable.
MB: MUY BUENO	El indicador se presenta en grado superior al mínimo aceptable, sin llegar a ser excelente.
B. BUENO	El indicador se presenta en grado igual o ligeramente superior al mínimo aceptable.
R. REGULAR	El indicador no llega al mínimo aceptable pero se acerca a él.
D: DEFICIENTE	El indicador está lejos del alcanzar el mínimo aceptable.

Tabla Matriz de Validez de Contenido
(Evaluación de Ítems)

N°	Ítems	Pertinencia					Redacción					Adecuación				
		E	MB	B	R	D	E	MB	B	R	D	E	MB	B	R	D
01	Grado de Estudio															
02	Especialista o Estudiante de postgrado															
03	Usted ha realizado actividades asistenciales, rotatorios clínicos, suplencias o trabaja en el HSJD de Caracas															
04	Usted como odontólogo considera al atender a un paciente que, se establece un contrato tácito de prestación de servicio con él o su representante legal															
05	Considera necesario obtener la autorización del paciente y/o su representante legal para la realización de un tratamiento odontológico															
06	Toma en consideración los intereses, deseos y creencias del paciente para la selección del tratamiento odontológico a desarrollar.															
07	Realiza un análisis riesgo/beneficio de las alternativas odontológicas antes de proponer un tratamiento a sus pacientes															
08	En atención al principio de justicia, sí el paciente elige una alternativa terapéutica diferente a la propuesta por usted, le manifiesta los motivos de su selección															
09	Si al obtener el CI tiene dudas de que el paciente y/o su representante hayan entendido la información suministrada, da una nueva															

	explicación																	
10	En caso de tratamientos de mayor riesgo, concede al paciente un tiempo prudencial para que tome la decisión sobre la ejecución del mismo																	
11	En atención al principio de autonomía en caso de tratamientos de mayor riesgo, permite que el paciente solicite la opinión de otro odontólogo																	
12	Toma Ud. en cuenta la opinión del paciente menor de edad para tomar decisiones sobre su tratamiento																	
13	En el caso de pacientes con discapacidad intelectual, informa a sus representantes legal sobre el tratamiento a ser aplicado																	
14	Exige al paciente que manifieste por escrito la aprobación del tratamiento propuesto																	
15	Ha utilizado el formato de CI del HSJD con sus pacientes																	
16	Conoce usted los requisitos que debe contener un CI para que tenga validez																	
17	La explicación al paciente y/o su representante sobre los procedimientos y técnicas odontológicas a desarrollar por el profesional deben ser un requisito indispensable a estar contenidos en el informe del Consentimiento Informado. CI.																	
18	De existir riesgo de efectos secundarios o complicaciones indeseables del tratamiento planteado, estos deben ser informados al paciente, precisando su frecuencia.																	
19	En caso de discrepancias entre el profesional y el paciente en relación al tratamiento odontológico, la decisión final corresponde al																	

	odontólogo																
20	Siguiendo el principio de autonomía, en caso de discrepancias en relación al tratamiento odontológico, la decisión final corresponde al paciente																
21	Considera necesario contar con un modelo particular de CI en su servicio																

OBSERVACIONES-SUGERENCIAS

Fecha de Validación _____

Apellidos y Nombres _____

Cédula de Identidad _____

Profesión _____

Especialización _____

Firma del Validador: _____

Anexo 5

JUICIO DE EXPERTOS PARA VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para realizar la validación, se le dieron valores numéricos a las categorías del 1 al 5, siendo 5 Excelente y uno deficiente.

1. Valoración de la pertinencia

Cuestionario	Experto 1 Investigador	Experto 2 Metodólogo	Experto 3 Bioética	Pertinencia del Instrumento					
				$\sum x_{if}$	Mx	Cvci	(1/J)	Pei	CVCc
1	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
2	3	4	4	11	3.67	0.73	0.33	0.019	0.711
3	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
4	3	3	4	10	3.33	0.67	0.33	0.019	0.651
5	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
6	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
7	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
8	3	4	5	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
9	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
10	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
11	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
12	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
13	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
14	3	5	5	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
15	4	4	5	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
16	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
17	4	4	5	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
18	4	4	5	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
19	4	4	5	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
20	5	5	4	14	4.67	0.93	0.33	0.019	0.911
21	4	5	4	13	4.33	0.87	0.33	0.019	0.851
				$\sum 18.35$ CVct: 0,87					

Leyenda:
$\sum x_{if}$: Sumatoria de las calificaciones
Mx: Promedio de las calificaciones
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem
(1/J): Número de jueces o expertos
Pei: Probabilidad de error
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem corregido
CVct: Coeficiente de validez de contenido total

CVC Hernández-Nieto R⁽³⁶⁾:
 Inaceptable: 0 - £ 0,60
 Deficiente: > 0,60 - £ 0,70
 Aceptable: > 0,70 - £ 0,80
 Buena: > 0,80 - £ 0,90
 Excelente: > 0,90
CVct: 0.87 Buena

2. Valoración de la redacción.

Cuestionario	Experto 1 Investigador	Experto 2 Metodólogo	Experto 3 Bioética	Pertinencia del Instrumento					
				$\sum x_{if}$	Mx	Cvci	(1/J)	Pei	CVcC
1	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
2	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
3	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
4	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
5	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
6	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
7	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
8	3	4	4	11	3.67	0.73	0.33	0.019	0.711
9	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
10	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
11	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
12	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
13	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
14	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
15	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
16	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
17	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
18	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
19	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
20	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
21	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
				\sum 18.53	CVcC: 0,88				

Leyenda:
$\sum x_{if}$: Sumatoria de las calificaciones
Mx: Promedio de las calificaciones
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem
(1/J): Número de jueces o expertos
Pei: Probabilidad de error
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem corregido
CVcC: Coeficiente de validez de contenido total

CVC Hernández-Nieto R⁽³⁶⁾:

Inaceptable: 0 - £ 0,60

Deficiente: > 0,60 - £ 0,70

Aceptable: > 0,70 - £ 0,80

Buena: > 0,80 - £ 0,90

Excelente: > 0,90

CVcC: 0.88 Buena

3. Valoración de la adecuación.

Cuestionario	Experto 1 Investigador	Experto 2 Metodólogo	Experto 3 Bioética	Pertinencia del Instrumento					
				$\sum xif$	Mx	Cvci	(1/J)	Pei	CVcC
1	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
2	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
3	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
4	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
5	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
6	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
7	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
8	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
9	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
10	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
11	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
12	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
13	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
14	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
15	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
16	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
17	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
18	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
19	4	4	4	12	4	0.8	0.33	0.019	0.781
20	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
21	5	5	5	15	5	1	0.33	0.019	0.981
				$\sum 18.80$ CVcCt: 0,89					

Leyenda:
$\sum xif$: Sumatoria de las calificaciones
Mx: Promedio de las calificaciones
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem
(1/J): Número de jueces o expertos
Pei: Probabilidad de error
Cvci: Coeficiente de validez de contenido para cada ítem corregido
CVcCt: Coeficiente de validez de contenido total

CVC Hernández-Nieto R⁽³⁶⁾:
 Inaceptable: 0 - £ 0,60
 Deficiente: > 0,60 - £ 0,70
 Aceptable: > 0,70 - £ 0,80
 Buena: > 0,80 - £ 0,90
 Excelente: > 0,90
CVcCt: 0.89 Buena

Anexo 6: Formato de Consentimiento Informado para los odontólogos que participan en la investigación

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO.
PROGRAMA DE MAESTRIA EN BIOETICA.
CENTRO NACIONAL DE BIOETICA.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Introducción: La Bioética se ha convertido en uno de los temas de obligada referencia en la medicina y en la investigación científica, constituyendo una nueva disciplina que ha ido adquiriendo a lo largo de los últimos treinta años un importante cuerpo doctrinal, convirtiéndose en una de las ramas de estudio más desarrolladas de la ética. Esto ha dado lugar a un relanzamiento de la ética médica, enriquecida con nuevas formulaciones y principios de argumentación, en los que la competencia profesional y los datos obtenidos de la evidencia científica se convierten en requisitos básicos para la toma de decisiones morales. Es así como la nueva ética biomédica intenta recuperar el sentido de dignidad del ser humano, como paciente o sujeto de investigación, en todas las fases de su vida, reconociéndolo en todo momento como sujeto de derechos, lo que implica necesariamente el respeto a su libertad y el acceso a la información útil en cada caso, integrando estos derechos con los deberes de conciencia del profesional de la salud, el cual no debe quedar en ningún momento despojado de su propia responsabilidad ni de sus propias convicciones, ya que como profesionales, somos responsables de nuestros propios actos sin que podamos delegar en nadie nuestra responsabilidad moral.

Objetivo de la investigación: Proponer un modelo del proceso del Consentimiento Informado para el tratamiento odontológico en el Hospital San Juan de Dios. Caracas

Procedimiento a seguir: consiste en llenar un cuestionario que consta de dos (2) partes: En la primera parte se le solicita completar las preguntas específicas con respuestas cortas y marcación. En la segunda parte, marque con una equis (X) en los cuadros del instrumento tipo liker con cinco categorías de respuesta. Es importante aclarar que este estudio no pretende evaluar su conducta, simplemente busca conocer cómo se consideran los aspectos bioéticos en la atención odontológica que se realiza en el Hospital San Juan de Dios en Caracas.

Beneficios: los resultados de este estudio pretenden mejorar la práctica del CI en el servicio de Odontología del HSJDD y si es posible difundirse a los diferentes Institutos de Salud para desarrollar un formato único de Consentimiento Informado en la parte Odontológica, que permita mejorar la calidad de atención en esta área.

Riesgos: los riesgos conocidos son nulos, ya que su participación se limita al llenado de un cuestionario, por lo que el único inconveniente a considerar para usted al decidir participar es el tiempo que deberá dedicar a llenar el mismo.

Confidencialidad: el cuestionario no tiene identificación personal (es anónimo), permitiendo la confidencialidad de la información suministrada por su persona y usted estará en condiciones que le permitan decidir si desea contestar el cuestionario, en libre ejercicio del poder de elección, sin la intervención de ningún elemento de presión, fraude, engaño, coacción, contando con el conocimiento y la comprensión suficiente de los elementos de la investigación expuestos.

Participación voluntaria: su participación es voluntaria, haciendo valer su autonomía. Usted puede negarse a participar, o puede interrumpir su participación en cualquier momento sin perjuicio alguno ni pérdida de sus derechos.

Nombre y Apellido _____ . C.I. _____

Nombre del Investigador: Belkis Rodríguez de Galarraga. CI: 6.455.540

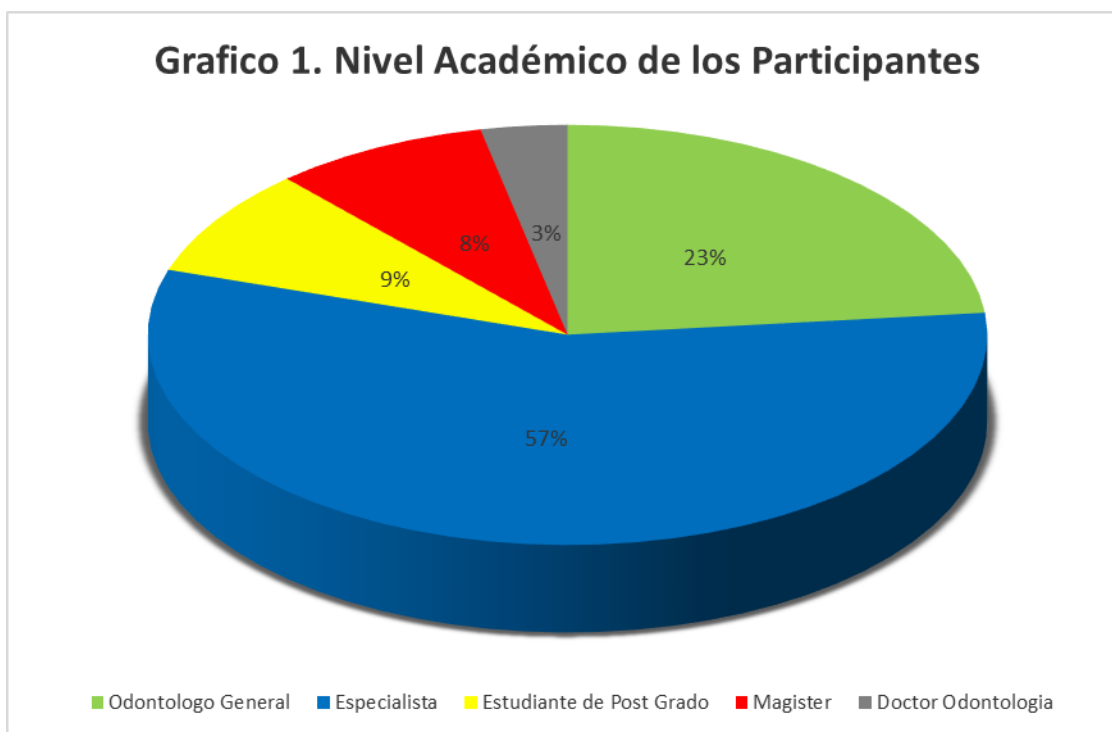
Nombre del Testigo _____ . C.I. _____

Fecha del consentimiento: _____

ANEXO 7. Resultados del Cuestionario

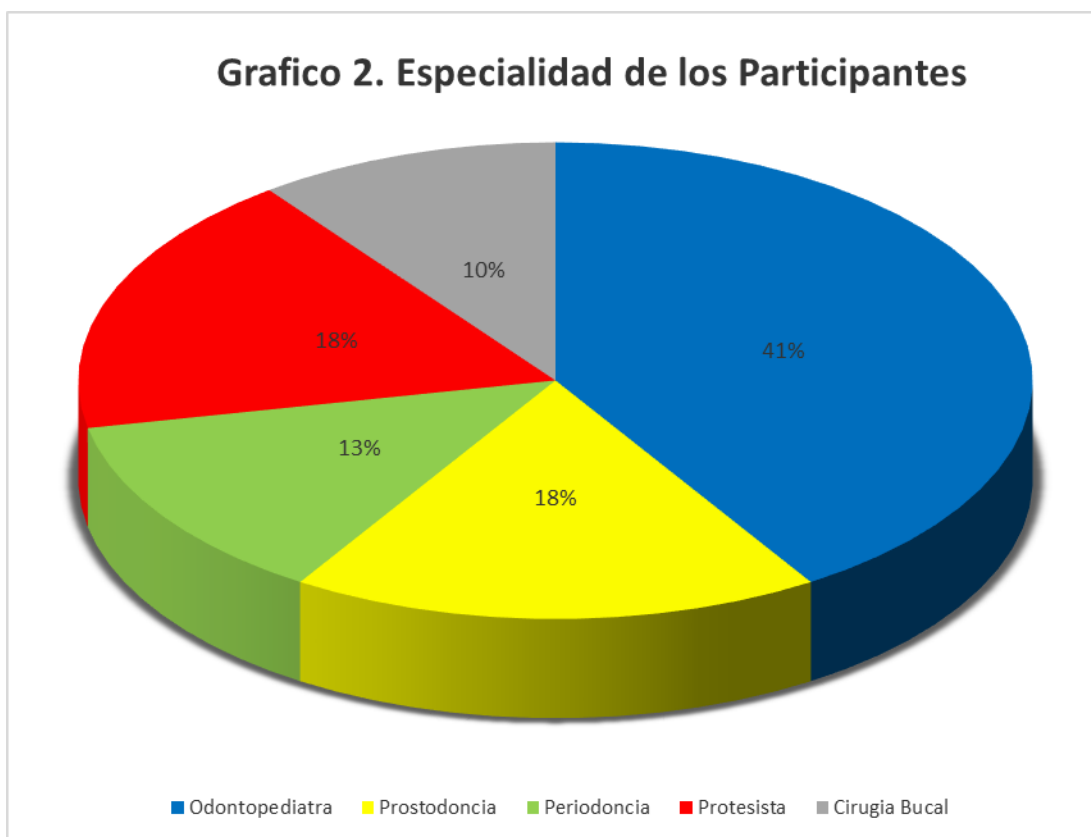
Cuadro 1. Nivel Académico de los participantes

Profesión	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Odontólogo General	14	23,3%
Estudiante de Postgrado	5	8,3%
Especialista	34	56,7%
Magister	5	8,3%
Doctor en Odontología	2	3,3%
Total	60	100%



Cuadro 2. Especialidad de los participantes

Especialidad	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Odontopediatría	16	41%
Prostodoncia	7	18%
Periodoncia	5	13%
Protesista	7	18%
Cirugía Bucal	4	10%
Total	39	100%



Cuadro 3. Condición Laboral en el Hospital

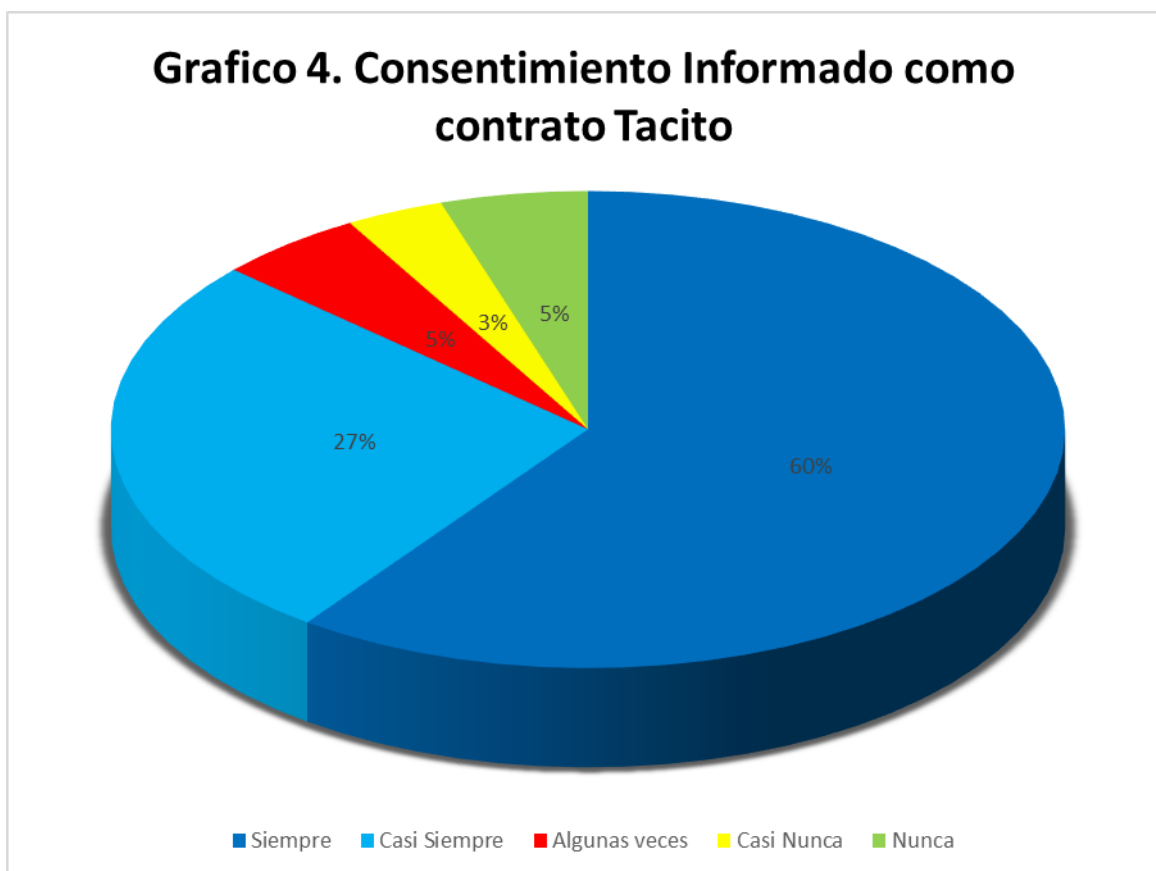
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Pasante	45	75%
Fijo	15	25%
Total	60	100%



Cuadro 4. Consideración del Consentimiento Informado como contrato tácito

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	36	60%
Casi siempre	16	26,7%
Algunas veces	3	5%
Casi nunca	2	3,3%
Nunca	3	5%
Total	60	100%

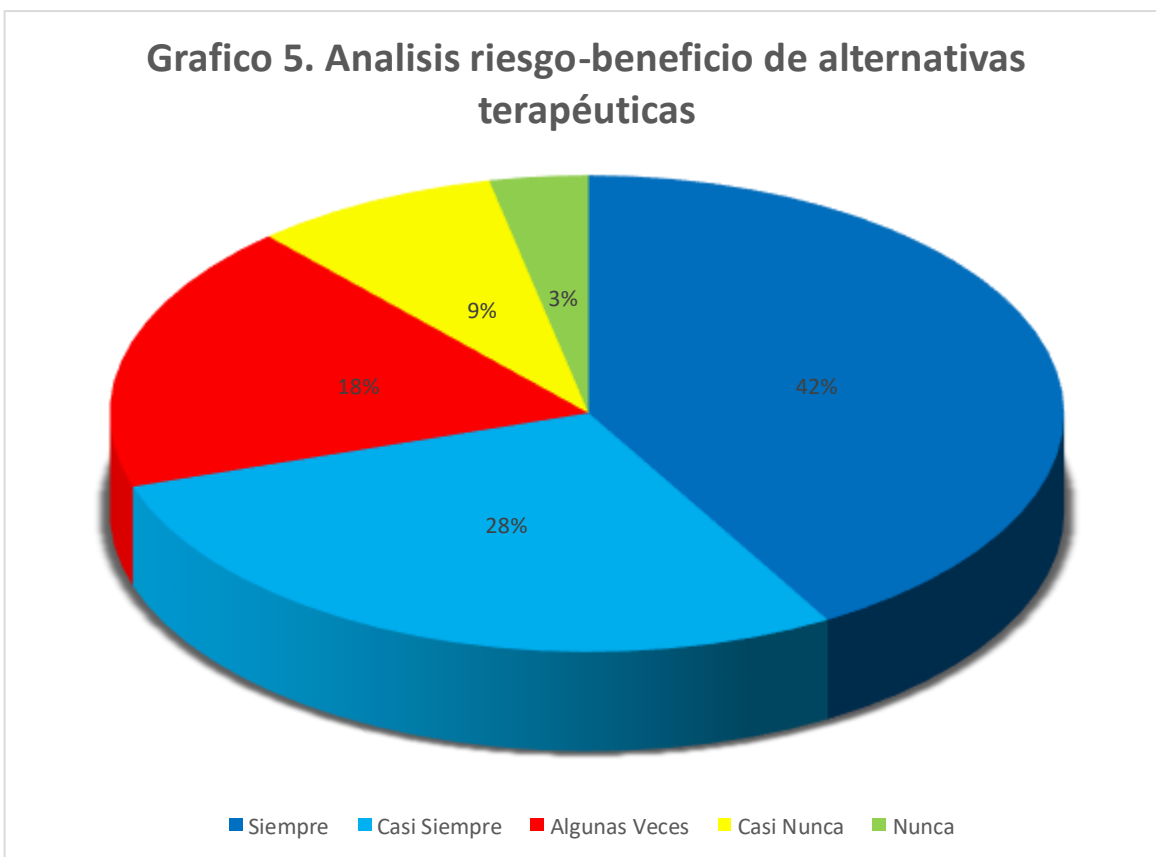
Grafico 4. Consentimiento Informado como contrato Tácito



Cuadro 5. Análisis riesgo/beneficio de las alternativas terapéuticas

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	25	41,7%
Casi siempre	17	28,3%
Algunas veces	11	18,3%
Casi nunca	5	8,3%
Nunca	2	3,3%
Total	60	100%

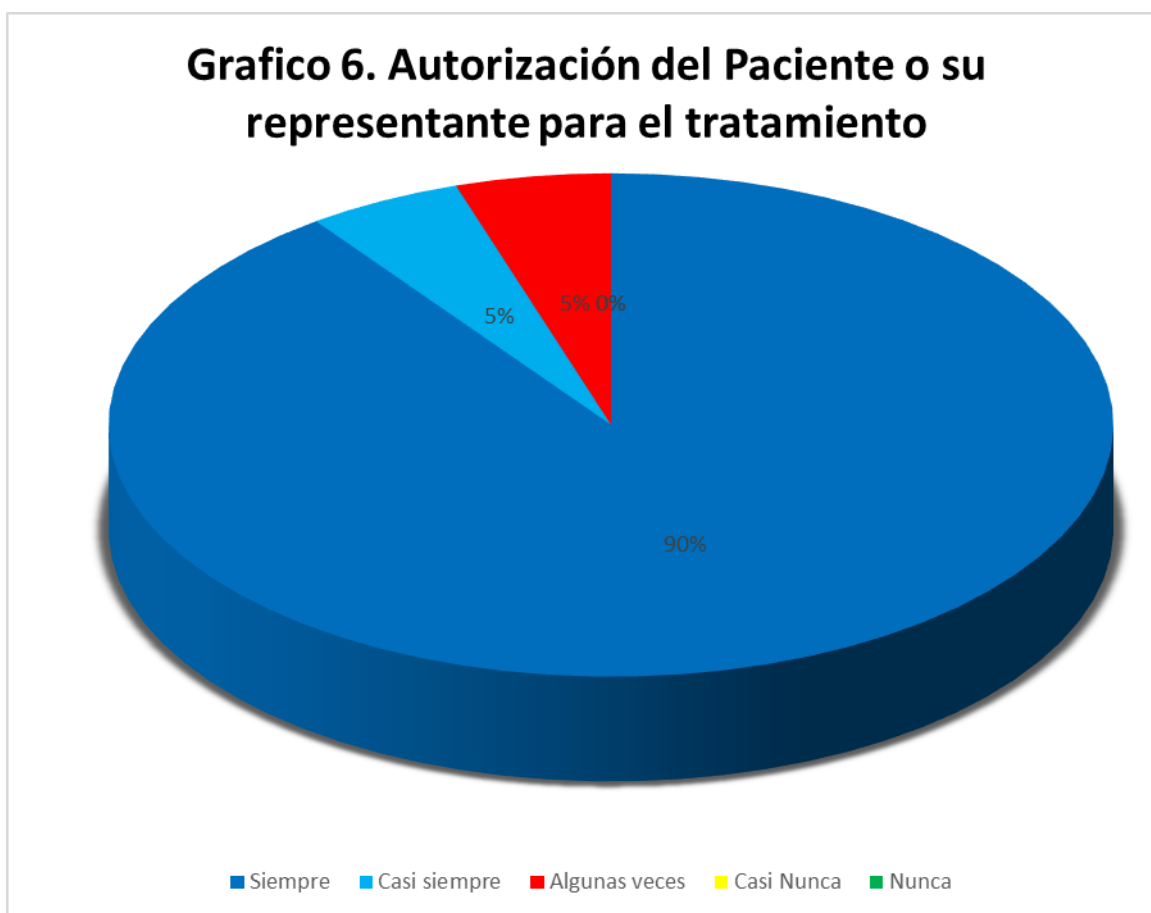
Grafico 5. Analisis riesgo-beneficio de alternativas terapéuticas



Cuadro 6. Autorización del paciente o su representante para el tratamiento

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	54	90%
Casi siempre	3	5%
Algunas veces	3	5%
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%

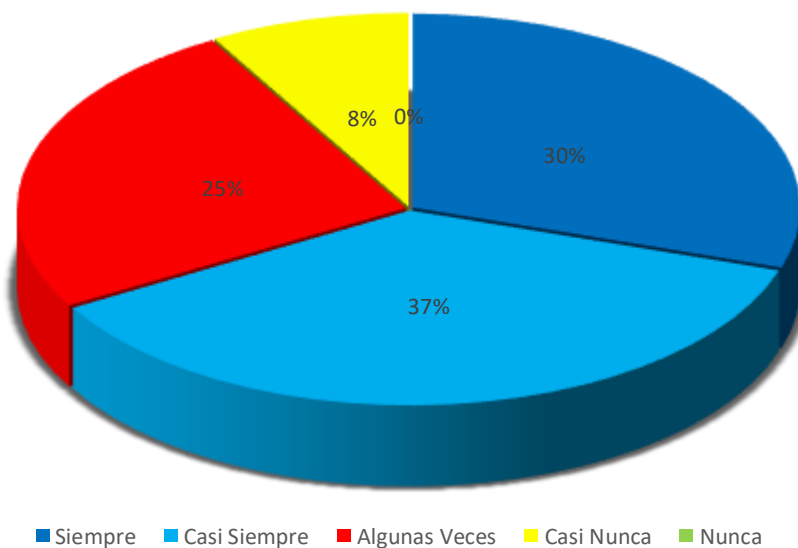
Grafico 6. Autorización del Paciente o su representante para el tratamiento



Cuadro 7. Consideración de intereses, deseos y creencias del paciente en las decisiones terapéuticas

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	18	30%
Casi siempre	22	36,7%
Algunas veces	15	25%
Casi nunca	5	8,3%
Nunca	0	0
Total	60	100%

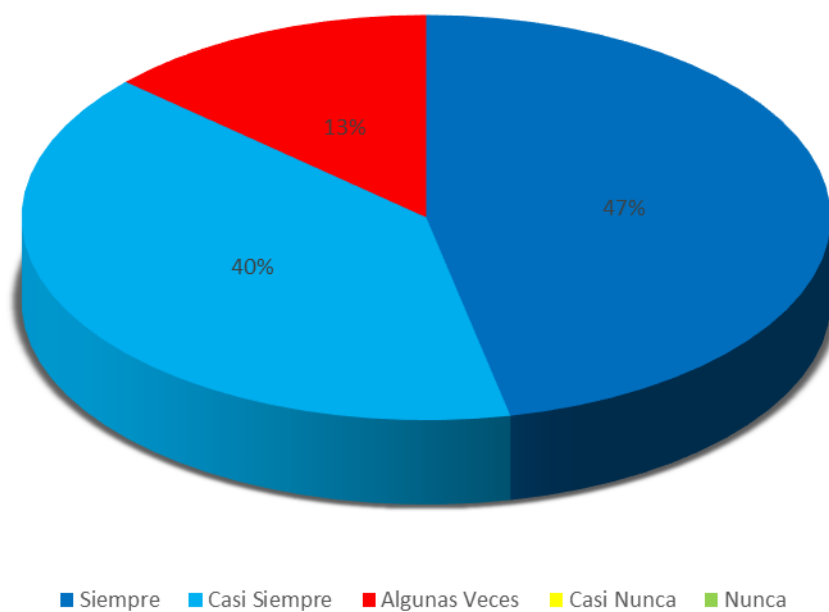
Grafico 7. Consideración de Intereses, Deseos y Creencias del paciente en las decisiones terapéuticas



Cuadro 8. Explicación al paciente sobre razones de decisión terapéutica

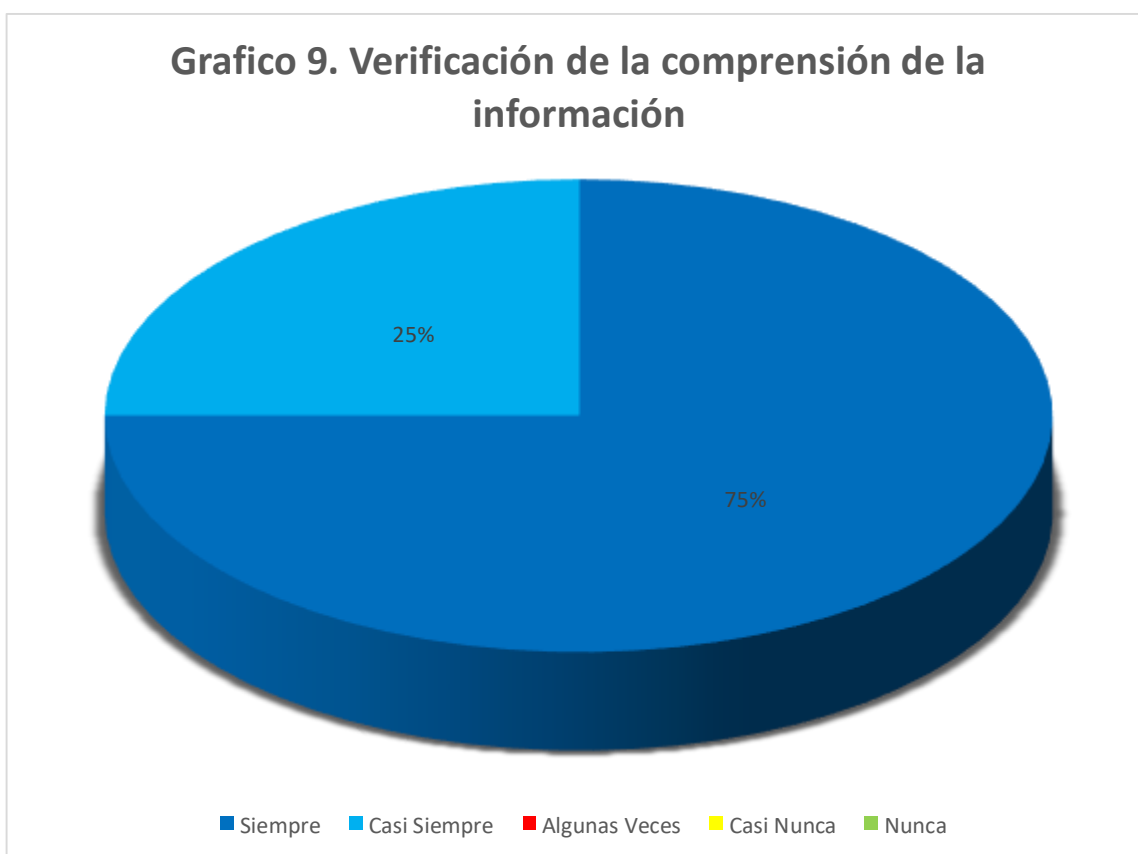
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	28	46,7%
Casi siempre	24	40%
Algunas veces	8	13,3%
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%

Grafico 8. Explicación al paciente sobre razones de decisión terapéutica



Cuadro 9. Verificación de la comprensión de la información

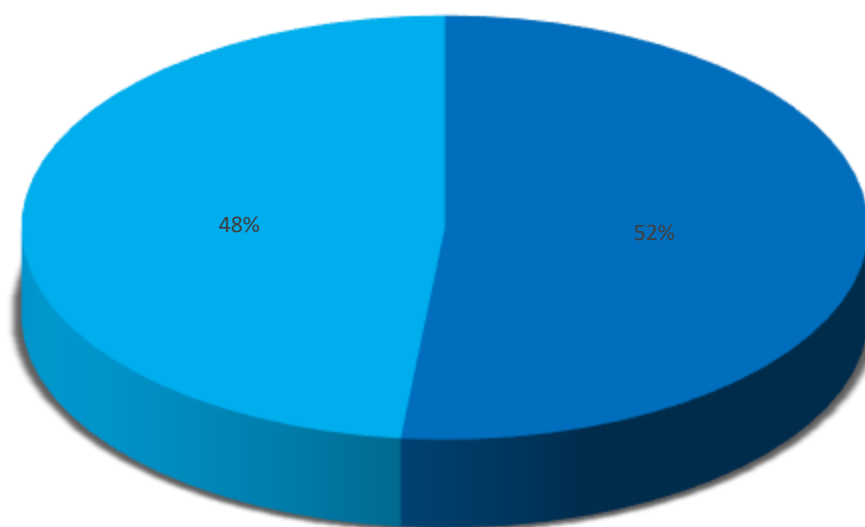
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	45	75%
Casi siempre	15	25%
Algunas veces	0	0
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%



Cuadro 10. Concesión de tiempo para decidir

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	31	51,7%
Casi siempre	29	48,3%
Algunas veces	0	0
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%

Grafico 10. Concesión de tiempo para decidir

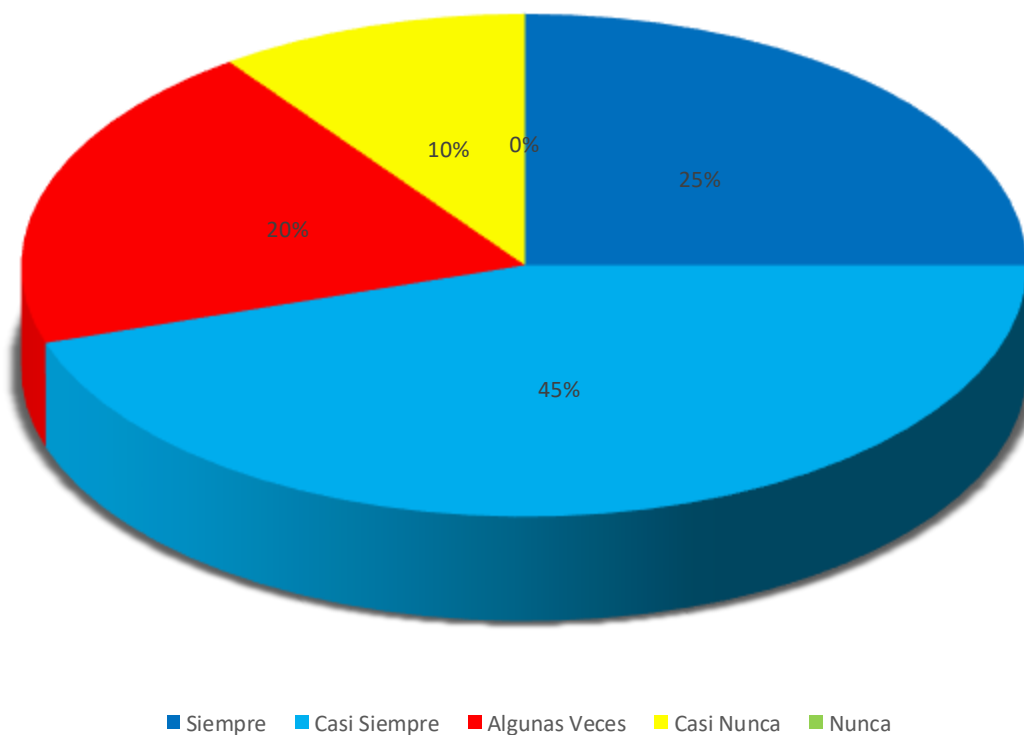


■ Siempre ■ Casi Siempre ■ Algunas Veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro 11. Aceptación de solicitud de opinión a otro odontólogo

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	15	25%
Casi siempre	27	45%
Algunas veces	12	20%
Casi nunca	6	10%
Nunca	0	0
Total	60	100%

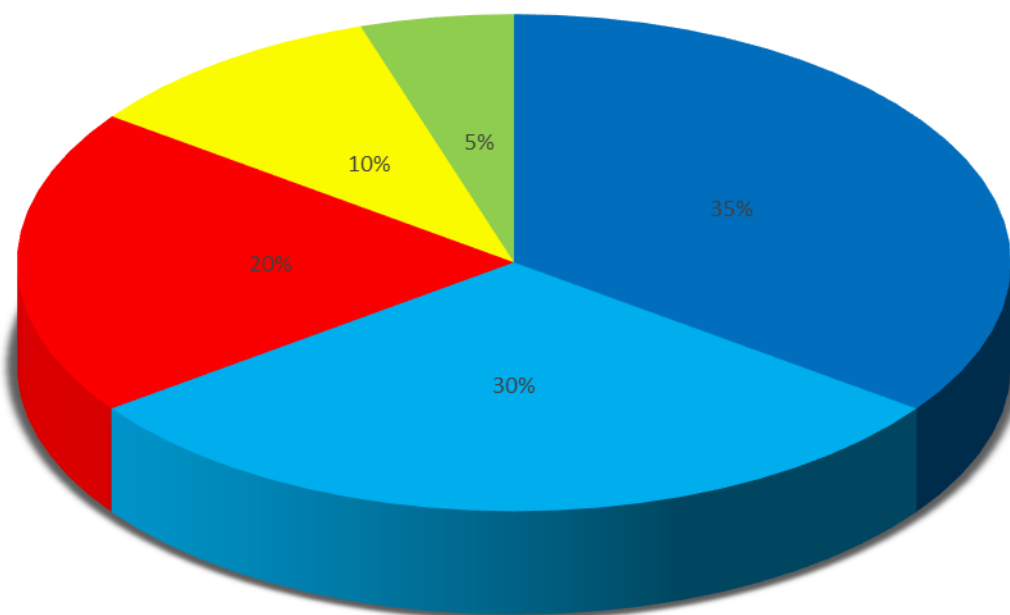
Gráfico 11. Aceptación de solicitud de opinión a otro odontólogo



Cuadro 12. Participación del paciente menor de edad en las decisiones

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	21	35%
Casi siempre	18	30%
Algunas veces	12	20%
Casi nunca	6	10%
Nunca	3	5%
Total	60	100%

Grafico 12. Participación del paciente menor de edad en las decisiones

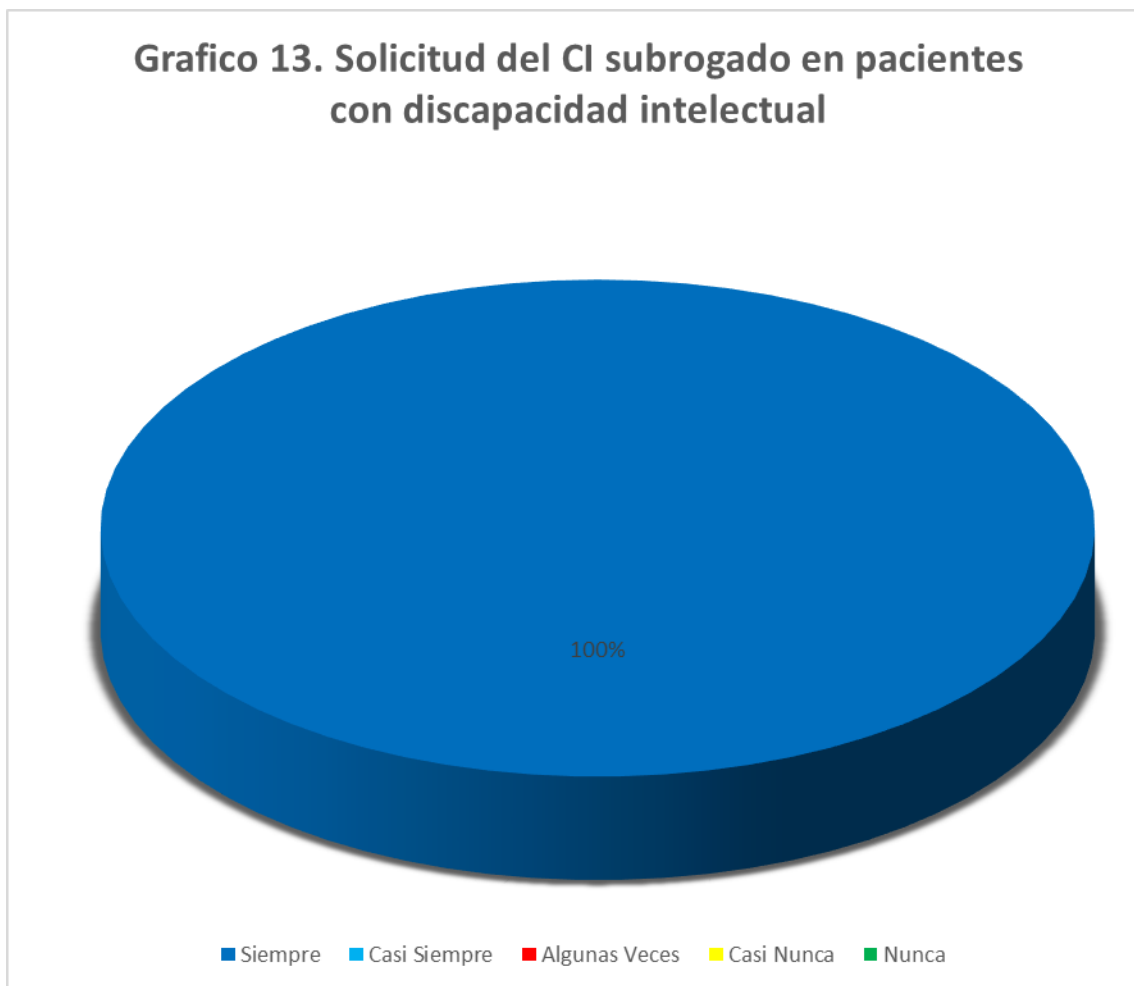


■ Siempre ■ Casi Siempre ■ Algunas Veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro 13. Solicitud de CI subrogado en pacientes con discapacidad intelectual

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	60	100%
Casi siempre	0	0
Algunas veces	0	0
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%

Grafico 13. Solicitud del CI subrogado en pacientes con discapacidad intelectual



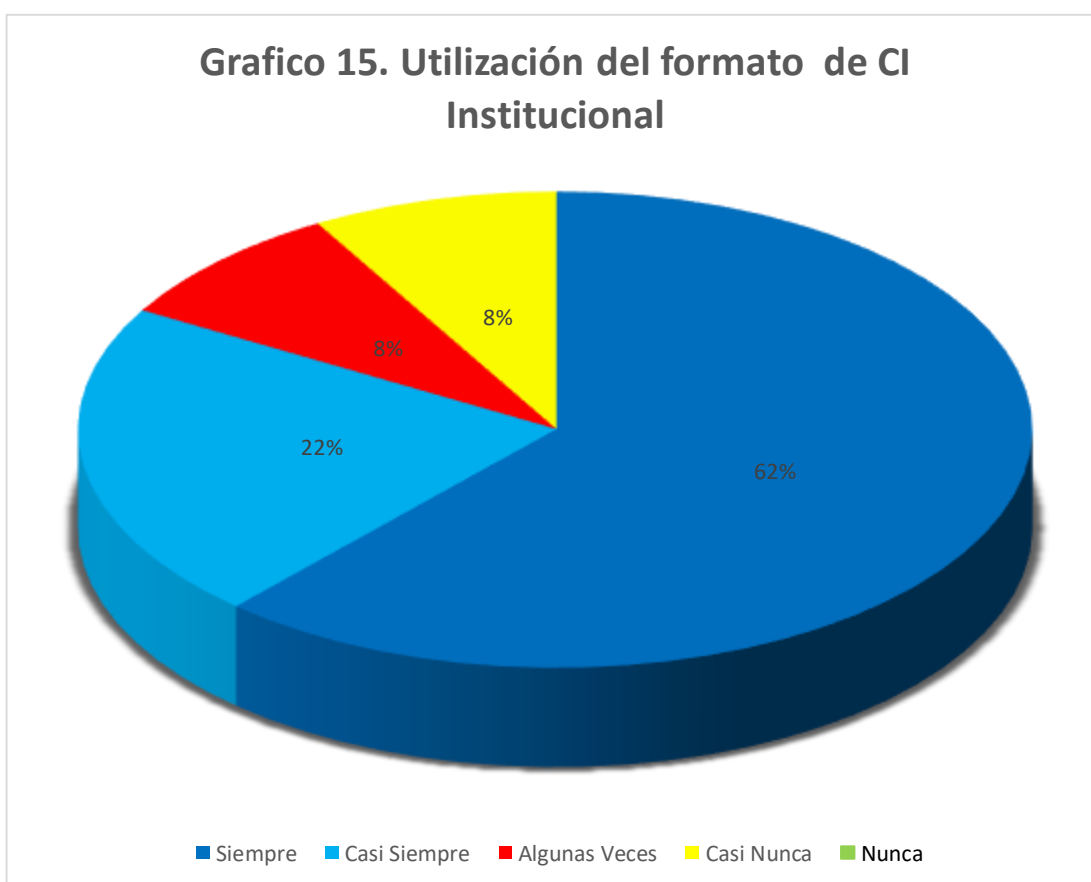
Cuadro 14. Consentimiento Informado escrito

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	8	13,3%
Casi siempre	24	40%
Algunas veces	22	36,7%
Casi nunca	4	6,7%
Nunca	2	3,3%
Total	60	100%



Cuadro 15. Utilización del formato de CI institucional

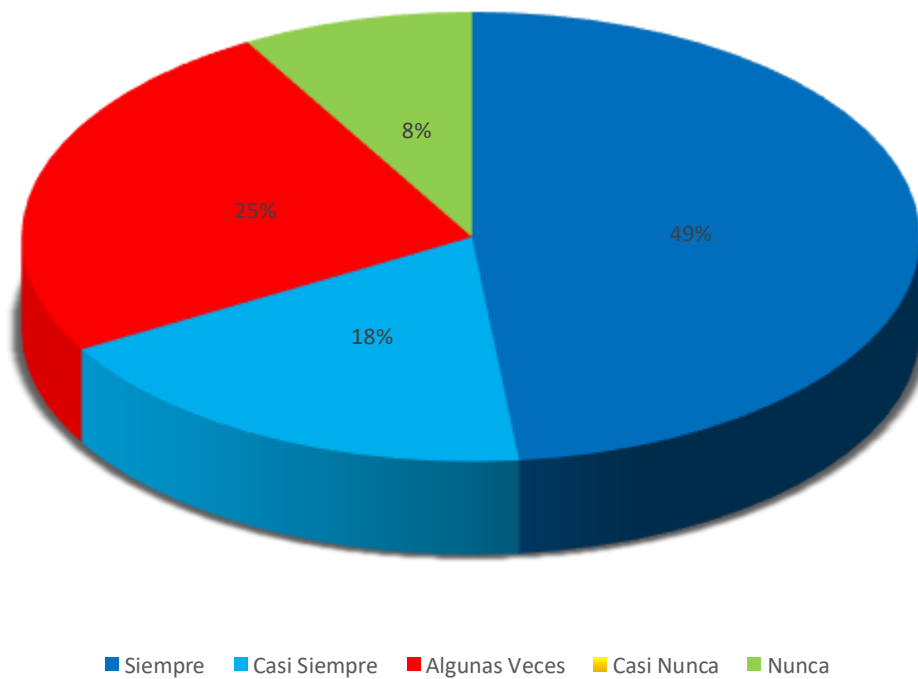
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	37	61,7%
Casi siempre	13	21,7%
Algunas veces	5	8,3%
Casi nunca	5	8,3%
Nunca	0	0
Total	60	100%



Cuadro 16. Conocimiento de los requisitos para la validez del CI

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	29	48,3%
Casi siempre	11	18,3%
Algunas veces	15	25%
Casi nunca	0	0
Nunca	5	8,3%
Total	60	100%

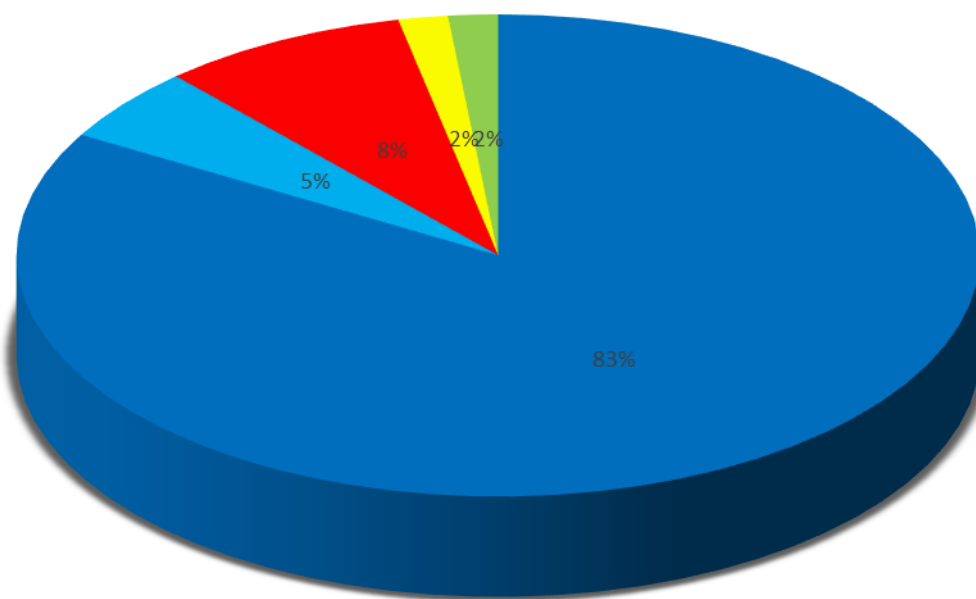
Grafico 16. Conocimiento de los requisitos para la validez del CI



Cuadro 17. Información sobre procedimientos y técnicas odontológicas como requisito del CI

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	50	83,3%
Casi siempre	3	5%
Algunas veces	5	8,3%
Casi nunca	1	1,7%
Nunca	1	1,7%
Total	60	100%

Grafico 17. Información sobre procedimientos y técnicas odontológicas como requisito del CI

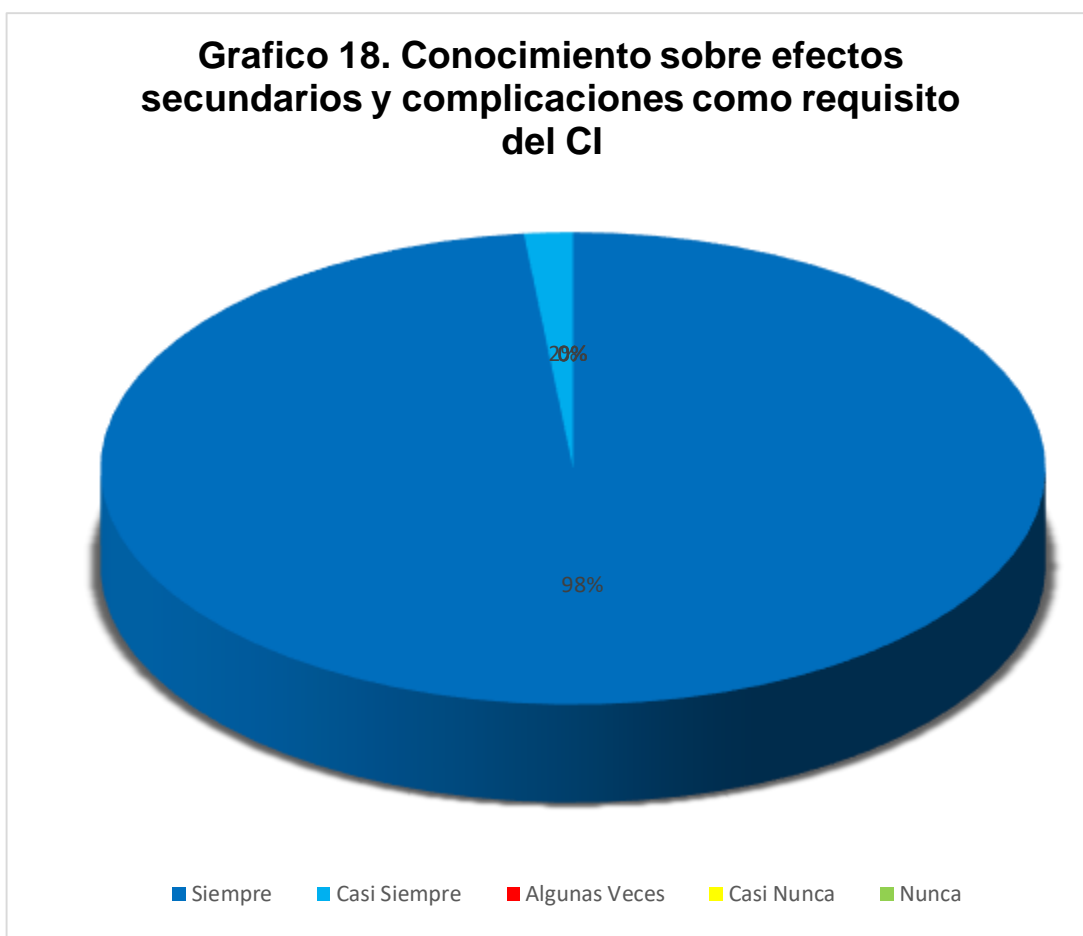


■ Siempre ■ Casi siempre ■ Algunas veces ■ Casi Nunca ■ Nunca

Cuadro 18. Conocimiento sobre efectos secundarios y complicaciones como requisito del CI

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	59	98,3%
Casi siempre	1	1,7%
Algunas veces	0	0
Casi nunca	0	0
Nunca	0	0
Total	60	100%

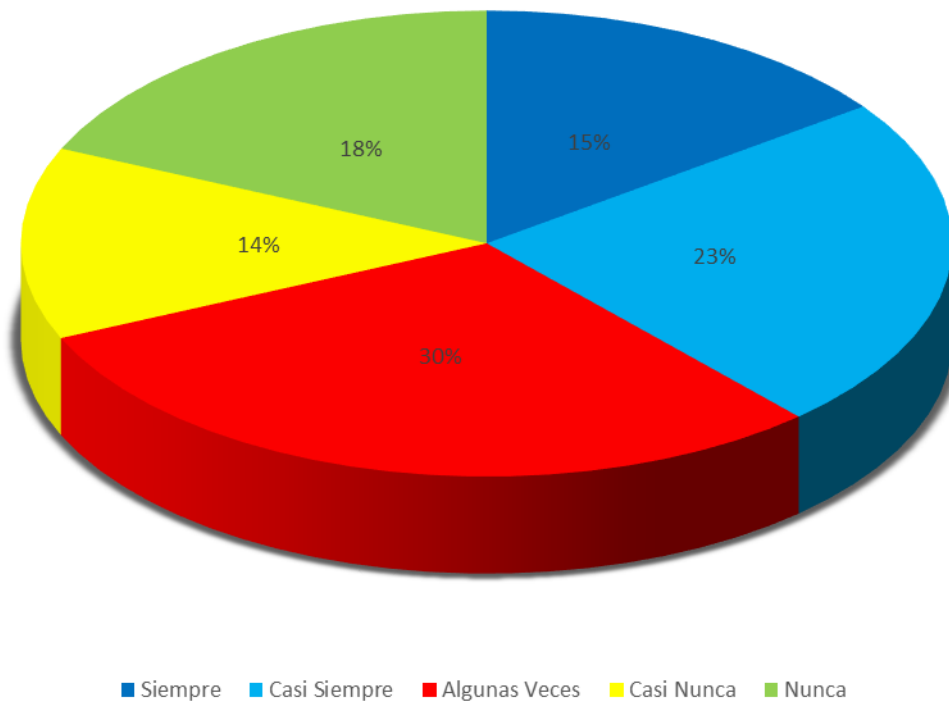
Grafico 18. Conocimiento sobre efectos secundarios y complicaciones como requisito del CI



Cuadro 19. Decisión del odontólogo en caso de discrepancias

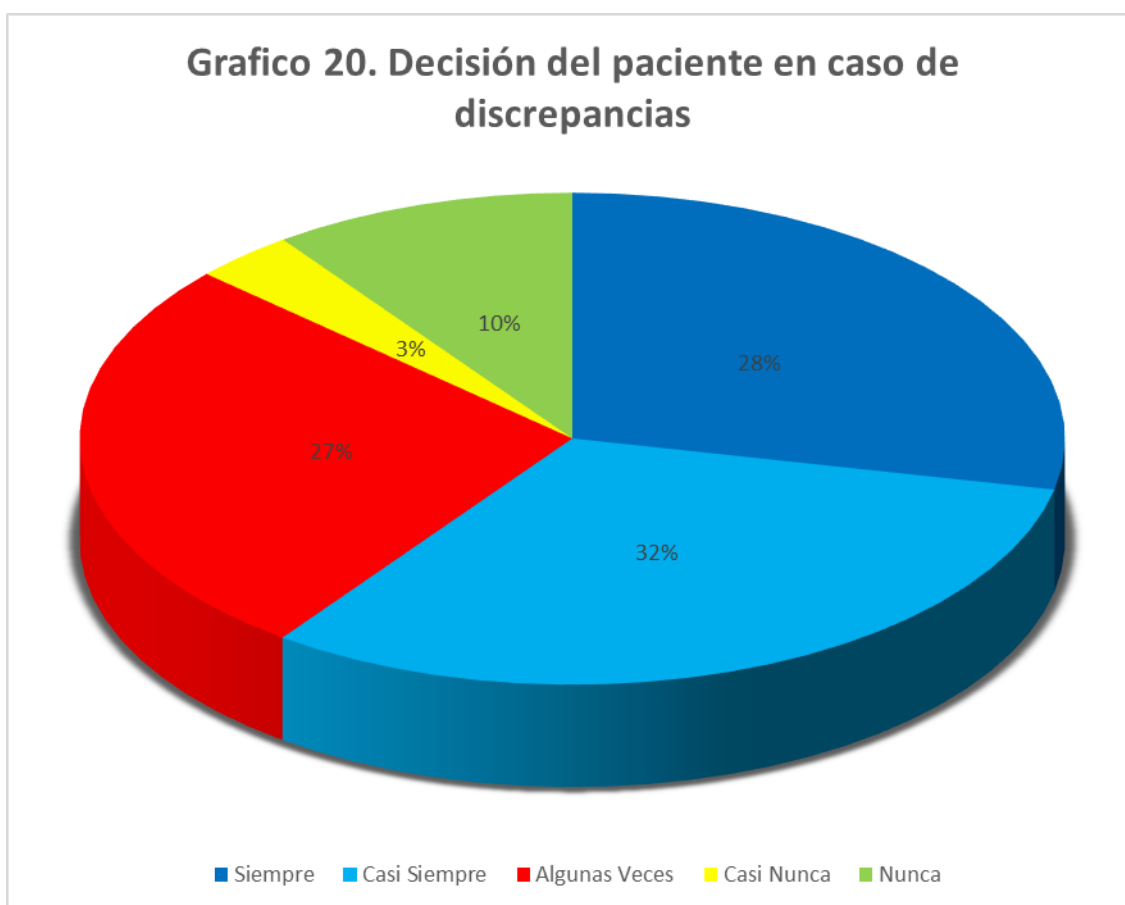
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	9	15%
Casi siempre	14	23,3%
Algunas veces	18	30%
Casi nunca	8	13,3%
Nunca	11	18,3%
Total	60	100%

Grafico 19. Decisión del Odontólogo en caso de discrepancias



Cuadro 20. **Decisión del paciente en caso de discrepancias**

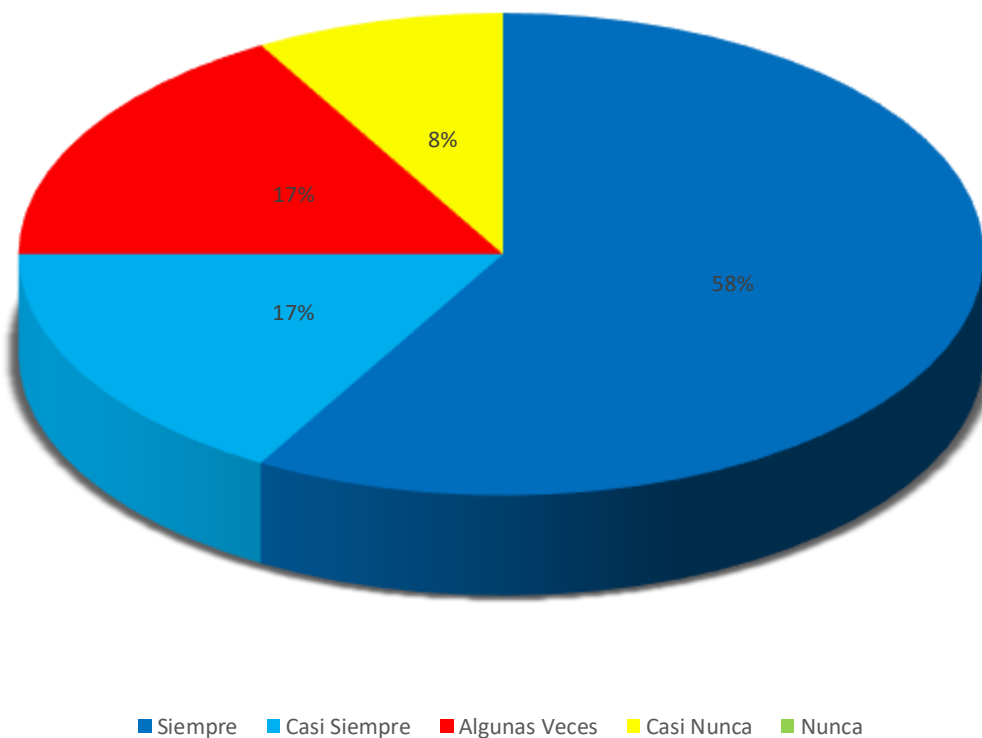
Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	17	28,3%
Casi siempre	19	31,7%
Algunas veces	16	26,7%
Casi nunca	2	3,3%
Nunca	6	10%
Total	60	100%



Cuadro 21. Necesidad de un formato de CI odontológico

Categoría	Frecuencia Absoluta	Frecuencia Relativa
Siempre	35	58,3%
Casi siempre	10	16,7%
Algunas veces	10	16,7%
Casi nunca	5	8,3%
Nunca	0	0
Total	60	100%

Grafico 21. Necesidad de un formato de CI odontológica



Anexo 8. Propuesta de Modelo de Consentimiento Informado para el Servicio de Odontología del HSJD



Hacemos el bien, bien hecho

MODELO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO AJUSTADO A LOS PRINCIPIOS FORMALES DE LA BIOÉTICA PARA LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

El paciente: _____ Edad: _____

Documento de identidad _____, N° de Historia: _____

Está siendo atendido en el Servicio de Odontología por _____

Con Diagnóstico (s) de: _____

Tratamiento(s) propuesto: _____

El procedimiento consiste en: _____

Preparación o procedimientos complementarios requeridos (exámenes, evaluación preoperatoria, ayuno, sedación, anestesia, antibióticos profilácticos, administración de productos sanguíneos, medicamentos o suspensión de medicamentos, etc)

Beneficio esperado del tratamiento propuesto: _____

Riesgos y complicaciones previsibles: _____

Riesgo adicional por patologías pre-existentes _____

Curso natural del proceso en caso de no efectuarse el tratamiento

Tratamiento(s) alternativo (s) _____

Razones para recomendar el tratamiento propuesto _____

Cuidados que debe seguir después del tratamiento (ayuno, reposo, medicamentos, acudir a control, etc) _____

Lea con detenimiento la información anterior y realice todas las preguntas que considere necesarias para aclarar lo que no entienda o conocer aspectos que no se hayan sido mencionados. Ud. es libre para decidir si acepta o no, esta propuesta de tratamiento. Tome el tiempo necesario para pensarlo y si lo desea, puede consultar la opinión de otro odontólogo.

Si acepta el tratamiento propuesto, debe declararlo a continuación

Yo _____, CI: _____

En mi calidad de paciente o de representante del paciente: _____

Declaro que he sido debidamente informado del diagnóstico odontológico y del tratamiento que se propone aplicar: procedimiento, beneficios, riesgos y complicaciones predecibles, cuidados previos y posteriores al mismo, procedimientos alternativos y razón de la escogencia. Comprendo que entre los riesgos predecibles están: procesos infecciosos,

inflamatorios, dolor, laceraciones en la mucosa o en la lengua, que no dependen de la técnica empleada ni de su correcta realización. Comprendo además que la odontología no es una ciencia exacta y por tanto, los resultados de los tratamientos están sujetos a factores que no siempre se pueden controlar.

Declaro que he comprendido toda esta información, que se han aclarado todas mis dudas, y se me ha dado el tiempo necesario para decidir libremente y consultar otras opiniones.

En consecuencia, autorizo la aplicación del tratamiento propuesto _____
_____, a sabiendas de que lo que se propone está orientado a mi mayor beneficio y que en todo procedimiento médico pueden presentarse riesgos y complicaciones imprevisibles; de presentarse alguna de estos, autorizo a mi operador a realizar el procedimiento o maniobra que estime oportuna para su resolución.

Por mi parte me comprometo a acudir a mis citas y controles cuando el odontólogo así me lo indique, así como, a mantener una higiene adecuada y cumplir con las instrucciones dadas.

El paciente, tutor o representante legal.

Nombre: _____ No. Cédula: _____
Teléfono: _____ . Firma _____

Odontólogo Tratante

Nombre: _____ No. Cédula: _____
Teléfono: _____ Firma _____

Coordinador del Servicio.

Nombre: _____ No. Cédula: _____
Teléfono: _____ Firma _____

Caracas, _____ de _____ de 20 _____