

Consentimiento informado en odontología. Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010*

*Informed consent in dentistry. Historical-interpretive study
Cundinamarca Colombia 1990-2010*

*Consentimiento informado em odontologia. Estudo histórico
interpretativo em Cundinamarca Colômbia 1990-2010*

María Teresa Escobar López**

Resumen

El consentimiento informado es un proceso reciente, lleva unas cuantas décadas incorporándose en el campo de la salud. Nació en investigación con seres humanos, se impuso inicialmente en respuesta a la forma como se venía realizando la investigación y pensando básicamente garantizar el respeto a las personas y su autonomía¹. Se incorporó en la atención clínica hace menos de 50 años², producto de problemas éticos donde estaban comprometidas la autonomía de los pacientes, la información y la toma de decisiones. Emergió, fundamentalmente, como expresión del principio de autonomía. En Colombia se empezó a aplicar en odontología desde la década de los noventa, como una exigencia legal frente a los procesos disciplinarios éticoprofesionales³ y no como resultado de la concienciación, por parte de los profesionales

* Esta es una investigación doctoral original, en el Área de Bioética y Salud, Línea Dilemas y Problemas en las Prácticas Clínicas, del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Director Luis Álvaro Cadena Monroy, P h. D. profesor investigador del Doctorado en Bioética de la Universidad El Bosque, Bogotá. Documento entregado el 13 de enero de 2014 y aprobado el 20 de junio de 2014.

** Odontóloga, Universidad Nacional de Colombia; magíster en Bioética, Universidad El Bosque; doctora en Bioética, Universidad El Bosque; profesora asociada Facultad de Educación y Humanidades Universidad Militar Nueva Granada. Correos electrónicos: mtescobar@hotmail.com; maria.escobar@unimilitar.edu.co

¹ El Código de Núremberg de 1947 Incluye por primera vez el consentimiento informado como protección de los sujetos participantes en investigación, básicamente como respuesta a los juicios en Núremberg donde fueron juzgados quienes habían realizado experimentos crueles e inhumanos en los campos de concentración en la segunda guerra mundial.

² En relación con la práctica clínica, se utilizó por primera vez en 1957 en una corte de California, Estados Unidos, en la jurisprudencia del famoso caso *Salgo vs. Leland Stanford Jr. University Board of Trustees*.

³ Ley 35 de 1989, *Código de Ética del Odontólogo Colombiano*, crea los Tribunales de Ética Odontológica en el país, y la Resolución 13437 de 1991 reglamenta sobre los derechos de los pacientes. Se inicia así la consideración legal sobre el tema. A partir de la Resolución 1995 del 2000 se exige legalmente el documento escrito. Véase Ley 35 de 1989. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, marzo de 1989 y Resolución 13437 de 1991. Diario Oficial Ministerio de Salud, Bogotá, Colombia, 1 de noviembre de 1991.

y de los pacientes, de su papel en la cualificación de la relación clínica⁴. Poco se ha estudiado de manera específica⁵, tanto en relación con otros principios como en el contexto de las condiciones económicas, sociales, culturales y políticas donde se aplica⁶. Por tanto, es necesario indagar las estrategias y los recorridos que se han dado en la práctica clínica y en las leyes, para aplicar el proceso de consentimiento informado en odontología.

Esta investigación es un estudio histórico-interpretativo que analiza cómo surge el consentimiento informado en odontología en Cundinamarca, cómo aparece en la academia, las regulaciones; cómo lo conciben odontólogos, magistrados expertos en el tema y cómo se desarrolla en un escenario clave: los procesos ético disciplinarios. Se busca evidenciar los problemas que presenta su implementación en la odontología, particularmente en el caso de Cundinamarca, con el fin de proponer líneas de solución en perspectiva bioética.

Palabras clave: Odontología, consentimiento informado, estudio histórico, ética profesional, bioética.

Abstract

Informed consent is a recent process that has been incorporated for a few decades in the health field. The process was developed in human research, as a response to the way in which human research was being conducted, to guarantee respect and autonomy for human beings. Less than 50 years ago it was integrated in the clinical field, due to ethical issues where patient autonomy, information and decision-making were compromised. It appeared primarily as an expression of the principle of autonomy. In Colombia, the process started its application in dentistry since the nineties, as a legal right in face of the disciplinary ethical-professional proceedings rather than a result of professionals and patients' awareness of its role in the qualification of the clinical setting. Little has been specifically studied, both in relation to other principles and in the context of economic, social, cultural and political conditions where it is applied. Therefore it is necessary to examine the strategies and pathways that have formed, both in clinical practice and in regulations, in order to implement the informed consent process in dentistry.

This research is an interpretive historical study that analyzed the development of dentistry informed consent in Cundinamarca – Colombia. It addresses its appearance in the academy, its regulations: the conception of dentists and skilled judges on the topic, and its development in a key scenario: the ethical disciplinary process. The research seeks to highlight the problems for its implementation in dentistry, particularly in the case of Cundinamarca, in order to recommend solutions from the bioethics perspective.

Key words: Dentistry, informed consent, historical study, professional ethics, bioethics.

Resumo

O consentimento informado é um processo incorporado alguns décadas atrás em o profissão de saúde. Realizado por pesquisas sobre humanos, para descobrir à forma como se fazia a pesquisa e pensando para garantir

⁴ ESCOBAR, María. «Consentimiento informado en odontología. Más que un problema legal, un asunto para reflexionar sobre la relación odontólogo-paciente y la odontología en general». En *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, (210):, 2004, pp. 42-53.

⁵ La generalización sobre la teoría del consentimiento informado no es adecuada debido a las diferencias que suelen ocurrir entre las diversas prácticas que se realizan en salud, si bien se han ido esclareciendo puntos claves entre el consentimiento informado en investigación y clínica todavía el recorrido respecto a las diferentes especialidades y actividades clínicas esta por ser trabajado.

⁶ Como se pudo constatar en estudios anteriores. Es importante resaltar como recientemente en textos como el de Manson, N., and O'Neill, O., *Rethinking informed consent in Bioethics*, se advierte la preocupación por la comunicación y la confianza. Experto en el tema, como Pedro Simón Lorda; alude a condiciones de acceso y equidad así como tener en cuenta la pluralidad, pero sin llegar a profundizar en asuntos de suma importancia para nuestro contexto, como la diversidad cultural, problemas de justicia sanitaria, diferencias en cuanto a profesiones y profesionales de la salud temas de especial relevancia y directamente relacionados con los problemas que enfrentamos a la hora de ver la implementación del consentimiento informado en odontología.

basicamente o respeito pelas pessoas e sua autonomia. Cadastrado em clínicas após de 50 anos atrás, por causa da problemas éticas da onde foram cometidos aos doentes, informações de decisão. Esse surgiu primeiramente como uma expressão do postulado da autonomia. Em Colômbia, começou a ser aplicado em odontologia desde os anos 1990s, como uma direito legal contra os processos ético-disciplinares em vez do resultado da consciência por parte dos profissionais e pacientes sobre o qualificações do ambiente clínico. Pouco tem sido estudado especificamente, não só em relação a outros postulados mas também no contexto das condições econômicas, sociais, culturais e políticas, onde foi aplicado. Por isso, é necessário investigar as estratégias e caminhos que têm ocorrido na prática clínica e na lei, para implementar o processo do consentimento informado e realizado em odontologia.

Esta pesquisa é um estudo histórico interpretativo que analisou a forma em que o consentimento informado em odontologia surge em Cundinamarca - Colômbia, aborda como ele aparece nos regulamentos da academia; como é planejado pelos dentistas e pelos juízes qualificados sobre a tema, e como isso se desenvolve no cenário principal: processos disciplinares de ética. Destina-se a destacar as problemas de aplicação em odontologia, principalmente no caso de Cundinamarca, a fim de propor soluções numa perspectiva bioética.

Palavras-chave: Odontologia, consentimento informado, estudo histórico, ética profissional, bioética.

«La bioética hoy en día constituye una investigación de frontera entre las ciencias de la vida y varias disciplinas filosóficas, principalmente la ontología y la ética».

JULIANA GONZÁLEZ

Introducción

El consentimiento informado en salud es un proceso joven e incipiente que busca garantizar el derecho del paciente a recibir información sobre salud y así propiciar la toma de decisiones autónomas y responsables. Como proceso, requiere ser pensado desde y para cada campo de saber y de práctica, puesto que las generalizaciones y estandarizaciones no son adecuadas en la intención de incorporarlo en las profesiones y actividades en salud, de una manera apropiada. Comienza a aplicarse en la odontología colombiana en la década de los noventa, para cumplir, básicamente, con una exigencia legal, como se ha podido constatar en investigaciones llevadas a cabo en universidades e instituciones hospitalarias, donde se analizó la percepción, el conocimiento y uso de formatos escritos.

El consentimiento informado ha sido objeto de interés personal y profesional desde 1995.

En sucesivos estudios se han detectado problemas que la presente investigación trata, esta vez, apoyándose en el análisis histórico interpretativo. Se revisaron documentos de consentimiento informado de catorce facultades de odontología y se contrastaron con formatos ideales elaborados para dicha investigación⁷; igualmente, se realizaron entrevistas y encuestas a profesionales de dos hospitales y dos clínicas universitarias de cuatro diferentes ciudades del país⁸.

⁷ Se consideran formatos ideales los que se elaboran a partir de los fundamentos legales y teóricos existentes cuando no existen parámetros anteriores. En este caso, ante la ausencia en el medio académico y de práctica de la odontología, se elaboraron teniendo en cuenta la Constitución Nacional de 1991, la Declaración de los Derechos de los Pacientes: Resolución 13437, Ley 35 1989 y la Resolución 1995 de 1999, jurisprudencias sobre relación odontólogo-paciente, recomendaciones internacionales y el criterio de expertos. Para una ampliación sobre el tema véase ESCOBAR, María. Consentimiento informado en odontología y sus especialidades. Bogotá: Feriva, 2009.

⁸ En los estudios llevados a cabo se revisaron formatos de instituciones educativas y percepción del consentimiento informado en profesionales en ejercicio. La observación participante al interior de dos de las instituciones ayudó a establecer que existían pro-

Dichos estudios mostraron que la incorporación del consentimiento informado ha sido más un proceso legal y no una toma de conciencia por parte del profesional de la odontología o del paciente poseedor de derechos. El consentimiento no se habría empleado como un instrumento para cualificar la atención clínica, más bien surge en los procesos disciplinarios ético-profesionales, las jurisprudencias⁹ y las estadísticas de problemas en la relación odontólogo-paciente. Hoy, las fallas en el consentimiento informado ocupan el segundo lugar en debilidades probatorias ante casos de responsabilidad ética, según lo publicó Fepasde¹⁰ en la indagación llevada a cabo, tanto con odontólogos como con abogados de los Tribunales Nacional y de Cundinamarca. Esta investigación corroboró que el documento escrito es primordialmente entendido como un requisito que se debe cumplir, una obligación legal que genera sanción.

Desde su formulación en la investigación con humanos, el consentimiento informado se ha relacionado primordialmente, y en algunos casos de forma exclusiva, con el criterio de autonomía. Pero, ¿A qué tipo de autonomía se refiere? Se trata de la autonomía considerada como libertad para decidir, como *condición del individuo que de nadie depende en ciertos aspectos*¹¹, planteamiento teórico vital para el entendimiento de la autonomía moral y del

ser humano como gestor de sus decisiones en salud. Sin embargo, se debe analizar la autonomía a la que se refiere el consentimiento informado como una condición relacionada con consideraciones de justicia en la prestación de servicios, puesto que, en buena parte, la elección está unida con la capacidad de pago y con los criterios de cubrimiento de servicios, en nuestro caso, el denominado Plan Obligatorio de Salud (POS)¹².

Cabe preguntarse si las condiciones en que se realiza la prestación de servicios de salud, específicamente considerando las exclusiones que establece la Ley 100 de 1993, favorecen la autonomía de los pacientes en odontología. ¿Se puede hablar de decisión libre e informada donde existe bajo cubrimiento de actividades básicas de salud oral y donde puede correr riesgo la vida del paciente?¹³ ¿Las decisiones de los pacientes pueden desvincularse de los cada vez más elevados costos de la odontología? Si un paciente comprende bien y opta por un determinado tratamiento pero no puede pagarlo, ¿de cuál autonomía hablamos? En profesiones como la odontología, donde las investigaciones, la propaganda y el mercado tienden a la creación de necesidades, ¿con qué criterio se evalúa? ¿Cómo deciden las personas? ¿Cómo influye el entorno social y cultural en ello?

En gran parte, la atención en salud oral está condicionada por el pago del servicio y esto incide de manera importante en la relación profesional-paciente. Si bien se persigue la salud y el bienestar de los «usuarios», se trata

blemas en la implementación y aplicación del consentimiento informado. Ver referencias de los estudios en la bibliografía.

⁹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de Ética Odontológico. Legislación, jurisprudencia y doctrina*. Bogotá: Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2000.

¹⁰ MÉDICO-LEGAL. *Revista colombiana para los profesionales de la salud*. Bogotá: Fepasde. (4) 2005, p. 21. Comportamiento de los procesos éticos en odontología. El consentimiento informado ocupa el segundo lugar como falla en debilidades probatorias en casos de responsabilidad ética odontológica, después de una deficiente historia clínica que ocupa el primer lugar.

¹¹ REAL ACADEMIA ESPAÑOLA. *Diccionario de la lengua española*. 21.a ed. Tomo 1, Madrid 1992, p. 234.

¹² El POS es el Plan Obligatorio de Salud establecido por la Ley 100 de salud en Colombia, que incluye en odontología tratamientos como exodoncias, endodoncias y operatoria, pero excluye atención fundamental como la necesaria para tratar la enfermedad periodontal, las mal-oclusiones, la rehabilitación oral fundamentalmente, porque son servicios costosos, etc.

¹³ El tema fue trabajado en el texto: ESCOBAR, María. «Exclusión y bioética: estudio de caso de enfermedad periodontal». Artículo presentado como requisito para la candidatura del doctorado en bioética (sin publicar).

de un asunto de compra y venta, por tanto, condicionado directamente por el pago, por la oferta y la demanda, aspecto ampliamente trabajado por autores como Consuelo Ahumada, Iván Ilich, María Guzmán¹⁴. Las relaciones comerciales en salud son generadoras de desconfianza. En las sociedades surgen cuestionamientos como: ¿Hasta dónde los profesionales están influenciados por asuntos financieros? ¿Qué tanto cuenta el beneficio del paciente? Tales cuestionamientos son fundamentales si aceptamos y entendemos que, en últimas, la relación entre el paciente y el profesional de salud es el depósito de una confianza en una conciencia¹⁵.

Tanto las consideraciones anteriores como los cuestionamientos planteados, suscitan una gran pregunta: ¿Cuáles han sido las estrategias y las trayectorias desarrolladas en la práctica clínica, en las leyes y en los procesos disciplinarios ético-profesionales, en cuanto a la aplicación del proceso de consentimiento informado en odontología en nuestro medio, a partir de la década de los noventa?

Esta investigación se planteó como objetivo establecer la trayectoria del proceso de consentimiento informado en odontología, a partir de la década del noventa, teniendo en cuenta los contextos históricos, profesionales y legales en que surgió en el departamento de Cundinamarca, Colombia, los motivos de queja y ámbitos en que surgen los procesos disciplinarios éticopro-

fesionales a los odontólogos en Cundinamarca, en los que esté implicado el consentimiento informado, así como los cambios que la dinámica del consentimiento informado ha ocasionado en las formas de interacción odontólogo-paciente.

La investigación busca hacer aportes desde la bioética al considerar los contextos históricos, profesionales y legales en que surgió el consentimiento informado en odontología en Colombia. Logra mostrar que, para mejorar el proceso de consentimiento informado y entender su papel en la cualificación de la relación odontólogo paciente, es necesario tener en cuenta el contexto social, político, cultural y social. Se demuestra que es necesario estudiar el proceso de consentimiento informado para entender los cambios que ocasiona en las formas y contextos de interacción en los encuentros odontólogo-paciente.

1. METODOLOGÍA

En lo fundamental, la investigación se adelantó apoyándose en la metodología cualitativa. Se utilizaron técnicas de revisión documental en libros y revistas de odontología, análisis de contenido de todos los procesos éticoprofesionales del tribunal de Cundinamarca, novecientas cincuenta y seis quejas, para seleccionar aquellos relacionados con consentimiento informado (180). Se entrevistaron a 19 expertos, entre magistrados y abogados de los tribunales, además de 34 odontólogos, para describir la relación entre la incorporación del consentimiento informado como una exigencia legal y la forma como se incluye en la práctica clínica odontológica. Con lo encontrado se reconstruyó e interpretó, a partir de los principales escenarios donde se desarrolla, la historia del consentimiento informado en odontología en el departamento de Cundinamarca.

¹⁴ Para una mayor comprensión y ampliación del tema véase: GUZMÁN María. *Aspectos conceptuales de la Reforma sanitaria de Colombia*, Bogotá: Kimpres-Universidad El Bosque 2010. AHUMADA, Consuelo. «Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina». En *Revista Panamericana de Salud Pública.*; 25(1), 2009, pp. 84-92. ILLICH, Iván, *Némesis médica*. En obras reunidas I. México: Fondo de Cultura Económica, 2006, «Introducción».

¹⁵ Aforismo usado para referirse a la relación profesional paciente, véase: PORTES, Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris: PUF, 1954. Citado por DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montreal: Université de Montréal FIDES. 1999, p. 114.

Se utilizó la información existente en archivos, publicaciones de libre acceso y opiniones de informantes, estas últimas, fuentes anónimas. Según la Resolución 8430 de 1993, esta fue una investigación sin riesgo. Se realizó dentro de los más estrictos contextos científico-investigativos. El trabajo realizado es original e incluye fuentes primarias y secundarias. Para el sustento teórico se recurrió a fuentes bibliográficas diversas las cuales se anotaron en citas y en la bibliografía en el momento en el que a ellas se recurría.

Metodológicamente, la investigación se basa en tres componentes: 1) Revisión documental; 2) Análisis de contenido a los procesos disciplinarios éticoprofesionales; 3) Entrevistas a informantes clave: expertos de los tribunales de ética odontológica de Cundinamarca y tribunal nacional, y odontólogos en ejercicio con práctica clínica desde 1995, o antes. Los procesos éticodisciplinarios y entrevistas se analizaron mediante el programa informático Atlas Ti, versión 5.0 Se profundiza en aspectos problemáticos detectados en estudios previos, hacia la búsqueda de soluciones y propuestas desde la bioética.

2. RESULTADOS

2.1 CONTEXTOS HISTÓRICOS, PROFESIONALES Y LEGALES EN QUE SURGIÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN SALUD EN LAS SOCIEDADES DE OCCIDENTE

2.1.1 Revisión documental: Se adelantó una revisión documental principalmente a partir de los años noventa, en libros y revistas de odontología, para establecer cómo se inicia el abordaje del consentimiento informado, teniendo en cuenta leyes o resoluciones, así como la inclusión de la temática en la academia.

En estudios como este, la revisión documental es una herramienta fundamental, puesto que dichas exploraciones son parte de la reconstrucción histórica que se pretende. Esta estrategia tuvo como principal objetivo conocer y delimitar el ámbito en que se desarrolla la investigación, pero también ayudó a enriquecer el marco conceptual mediante la información proporcionada. También sirvió para delimitar objetivos específicos y recoger información sobre aspectos concretos del diseño, estrategias, pautas de seguimiento, criterios de selección, determinación del tamaño de muestra, prevención de problemas, etcétera¹⁶.

Adicionalmente, tal revisión buscó seguir la trayectoria del Consentimiento Informado en Odontología a través de lo escrito en la Ciudad de Bogotá y el Departamento de Cundinamarca, Colombia. Se hizo énfasis en textos acerca de la relación odontólogo paciente para ver si existían aproximaciones a la autonomía o al consentimiento de pacientes.

Se hizo una búsqueda directa, en artículos y libros, de escritos sobre consentimiento informado en odontología. Principalmente se revisó lo escrito en Cundinamarca en el periodo 1990-2010. También se hizo una revisión documental relacionada con el tema, teniendo en cuenta, como criterios de búsqueda, la relación odontólogo paciente, la autonomía en odontología, la información en odontología. Se presentan aquí los resultados de dicha indagación, anticipando que realmente son pocas las aproximaciones teóricas. En libros se presenta, de manera específica y para el

¹⁶ Tanto en investigación cualitativa como cuantitativa y en clínica epidemiológica se resalta lo valioso de la revisión documental y el estado de la cuestión. Véase al respecto: ARGIMON, Josep y JIMÉNEZ Josep. *Métodos de investigación clínica y epidemiológica*. Madrid: Elsevier, 2004 pp. 117-124 y CASTELLANOS, Carlos. *Estrategias de investigación en metodología cualitativa*. Bogotá: Guadalupe, 1996.

caso colombiano, uno del Tribunal Nacional de Ética odontológica¹⁷.

En 2002, se realiza un estudio sobre consentimiento informado en odontología, donde se evalúan documentos escritos y se realizan sugerencias de categorías imprescindibles y aconsejables, que luego se complementan, editan y se publica un libro al respecto en 2009, de mi autoría. En 2003 se publican jurisprudencias sobre consentimiento informado, como doctrina. Otro libro sobre consentimiento informado, cuyo autor es el doctor Benjamín Erazo, magistrado y ex presidente de la Federación Odontológica Colombiana¹⁸, fue publicado en 2007. Ahí se realiza un abordaje general sobre el consentimiento informado y el autor analiza algunos artículos que tocan directamente el tema, también desde una perspectiva general, que puede ser aplicada a cualquier campo o actividad en salud.

2.1.2 Estado del consentimiento informado en odontología en Colombia: El consentimiento informado inicia su aparición en los procesos disciplinarios ético-profesionales, las jurisprudencias¹⁹ y las estadísticas de problemas en la relación odontólogo-paciente, entre los años 1994 y 1996. Se empieza a aplicar de manera práctica y escrita en documentos, fundamentalmente pensados desde lo legal en algunas facultades de odontología y en instituciones hospitalarias donde se hace atención

odontológica en niveles II y III de atención²⁰. En el estudio llevado a cabo en 2001, nueve de las 14 facultades de odontología de ACFO²¹ ya habían iniciado el estudio del tema²².

A partir de estas informaciones, puede afirmarse que el consentimiento informado en la odontología colombiana comienza a aplicarse a mediados de la década de los noventa, para cumplir básicamente con una exigencia legal, como se ha podido constatar en investigaciones llevadas a cabo desde 1995. Dichas investigaciones dieron cuenta, en primer lugar, de su sustento teórico y los fundamentos bioético-filosóficos, para luego proceder a realizar estudios prácticos. Estos últimos, llevados a cabo en universidades e instituciones hospitalarias, donde se analizó percepción, conocimiento y uso de formatos escritos.

En un primer estudio, realizado en 1995²³ en los Tribunales de Ética de Odontología en Colombia, sobre quejas ético disciplinarias, se hizo evidente que existían dificultades en la relación profesional paciente, se observó que no se aplicaba el consentimiento²⁴ o que la información era deficiente, y asuntos como el pronóstico eran subvalorados en la historia clínica y en la información al paciente. Esto

¹⁷ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Op. cit.*, pp. 30-39.

¹⁸ HERAZO, Benjamín. *Consentimiento informado: Para procedimientos, intervenciones y tratamientos en Salud*. Bogotá: Ecoe, 2007.

¹⁹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de ética odontológico*. Legislación, jurisprudencia y doctrina. Bogotá: Ediciones Jurídicas Gustavo Ibáñez, 2000. Incluye jurisprudencias sobre relación profesional paciente: riesgo previsto. pp. 24-25 sentencias de 1997 y sobre consentimiento (no se enuncia como consentimiento informado sino solamente como consentimiento con relación a la advertencia de riesgo) p. 26. Sentencia 1995. Todas del tribunal de Antioquia.

²⁰ Según la Resolución 5261 de 1994 los servicios tienen niveles de responsabilidad y niveles de complejidad de la atención en salud. Véase Resolución 5261 de 1994. Ministerio de Salud, Bogotá, 5 de agosto de 1994.

²¹ Asociación colombiana de facultades de odontología que en ese momento incluían esas catorce (14) facultades.

²² ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología*. *Op. cit.*, 2002. Para una mayor comprensión e información sobre los hallazgos. Ver capítulo cinco. Estudio de la aplicación del consentimiento informado en odontología. Revisión de formatos de las facultades adscritas a la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología: ACFO.

²³ DUQUE, Mary y ESCOBAR María. *Aplicación del método casuístico a quejas ante tribunales de ética odontológica en Colombia en: Experiencias en bioética: primera promoción de especialistas*. Colección *Bios y Ethos*. (1). Bogotá: Ediciones El Bosque, 1997, pp. 115-125.

²⁴ DUQUE y ESCOBAR. *Op. cit.*, 1997, p.120.

llevó a revisar la problemática alrededor del consentimiento, encontrando que en Colombia no existía literatura al respecto, al menos en los primeros años de la década del noventa, y ya empezaban a verse problemas como información deficiente, no advertencia de riesgos, secuelas u otras consecuencias de procedimientos y tratamientos, etcétera²⁵.

El acercamiento al nuevo proceso que comenzaba a implementarse en la profesión odontológica, carecía de aportes teóricos, de consideraciones clínicas en su aplicación y, al menos, de documentos escritos que lo formalizaran. No se encontró elemento alguno que sugiriera se estuviera llevando a cabo en la atención clínica regular de odontología. El consentimiento informado, el cual para algunos bioeticistas era la nueva forma que adoptaba la relación profesional paciente (años noventa en Colombia), estaba remitido casi exclusivamente a la investigación y la medicina clínica hospitalaria, básicamente cirugía, por el alto grado de materialidad propio de esta actividad²⁶. Odontólogos con especialidad en cirugía, entrevistados para esta investigación (de ello se hablará en detalle en capítulos siguientes), corroboran que es en los hospitales donde se realizan cirugías maxilofaciales donde escuchan por primera vez la expresión «consentimiento informado» relacionada con esta profesión²⁷ (solo para dicha especialidad y cuando la atención se hacía en quirófano, pues tratamientos como extracción

de cordales, no pasaron en un comienzo, por la mediación del documento escrito de consentimiento informado).

El consentimiento informado es «el eje sobre el que giraría la nueva relación enfermo médico (REM)»²⁸. El problema en la profesión odontológica, si tenemos en cuenta las quejas ético disciplinarias que llegaron a dichos tribunales, espacios donde se empieza a utilizar el término y a visualizar el proceso, es que se acudía a él más por las quejas y reclamos de pacientes que por el conocimiento de la profesión sobre un proceso que, como derecho y deber legal, era nuevo y en el que existía la necesidad de ofrecer información, además de considerar y respetar la autonomía y la libre elección.

Rastreadas las fuentes escritas de este primer momento del consentimiento informado en odontología en Colombia (1990-1995), encontramos que publicaciones como la Revista de la Federación Odontológica Colombiana, revistas de asociaciones de especialistas, revistas y publicaciones de universidades como Nacional, Javeriana y El Bosque, no reportan ningún acercamiento teórico o práctico. Se puede afirmar que en ese momento el consentimiento informado era un proceso incipiente y poco conocido en odontología.

Al revisar la teoría del consentimiento informado en lo relacionado con la profesión odontológica, se encontró que la literatura al respecto era muy escasa y provenía básicamente de la bioética en la profesión médica. El estudio realizado para aplicar el método casuístico proveniente de la bioética entre 1995 y 1996²⁹, reveló la existencia de problemas en la relación profesional paciente y en la información a los pacientes, lo que llevó a proponer un estudio

²⁵ Problemas recurrentes en las quejas ético disciplinarias sin que aun aparezca el término consentimiento que se menciona por primera vez en 1996.

²⁶ El consentimiento informado en cirugía y sobre todo relacionado con la aplicación de la anestesia general serán los primeros procedimientos en incorporar formatos para autorizar, «el ingreso al quirófano». En derecho este alto grado de materialidad del riesgo que representan algunas actividades clínicas como la anestesia le otorgan la obligatoriedad y aumentan la necesidad de información amplia y suficiente.

²⁷ Entrevistas a odontólogos en ejercicio, con más de medio tiempo de actividad clínica y graduados antes de 1995.

²⁸ GRACIA, Diego. *Bioética clínica*. Bogotá: El Búho, 1998, p. 57.

²⁹ DUQUE, Mary y ESCOBAR, María. *Op. cit.*, pp. 115-125.

más sobre consentimiento informado en esta profesión. Se inicia así una investigación sobre consentimiento informado en odontología como trabajo de maestría en bioética en la Universidad el Bosque³⁰.

La investigación tuvo una primera parte teórica que demostró la necesidad de buscar elementos prácticos y específicos de la teoría del consentimiento en odontología en Colombia. Así, se abordaron jurisprudencias de consentimiento informado en este campo³¹. Inicialmente se tuvo en cuenta lo legislado por el Tribunal de Ética Odontológica de Antioquia, el cual, en providencia del 15 de noviembre de 1995, habla de la necesidad del consentimiento del paciente con relación a la advertencia de riesgo y refiere que, si bien en la Ley 35 de 1989 no se exige «firma autenticada del paciente al autorizar los tratamientos, aunque desde el punto de vista probatorio civil esto pueda ser más conveniente», de todas maneras, afirma el magistrado ponente, debe «registrarse en la historia la advertencia de riesgo» y debe darse una «información adecuada y clara según las condiciones particulares de cada individuo».

Son las jurisprudencias de las altas cortes las que, desde el derecho, han dado forma a la actual teoría del consentimiento informado. En ellas, en primera instancia, es importante citar los pronunciamientos del Consejo de Estado. Para ello, se deben enunciar algunos referentes jurisprudenciales de importancia, como los siguientes: Sentencia del Consejo de Estado, Radicado 7795, 9 de julio De 1993. Ahí se sienta un precedente básico cuando se asegura que «no es válido un consentimiento verbal. Cuando es posible aplazar la intervención médica, sin consecuencias

mortales para el paciente, es necesario obtener el consentimiento expreso y escrito». Corte Constitucional. Sentencia T-401 de septiembre 12 de 1994. La cual se pronuncia sobre el derecho que tiene todo paciente a rehusar la aplicación de un determinado tratamiento sobre su cuerpo. Corte Constitucional. Sentencia T-474/96, 25 de septiembre de 1996, según la cual no es válido el consentimiento del menor adulto (hace referencia al menor maduro) que pone en riesgo su vida y «prevalece el consentimiento paterno». Estas sentencias, como se ve, van a dar parámetros sobre aspectos importantes del consentimiento informado.

Es importante resaltar la Sentencia de mayo 3 de 1999³², en que se pronuncia el Consejo de Estado frente a un caso donde el consentimiento informado es calificado de deficiente al no referirse a procedimientos específicos, ni a las consecuencias, ni a posibles secuelas o riesgos. También se dijo que adolecía de causa lícita porque «la renuncia previa a reclamaciones por daños derivados de hechos ilícitos, culposos y, en el caso de las personas jurídicas de derecho público, por falla en el servicio, no puede ser admitida».

En este sentido, la sentencia sienta bases, de manera minuciosa, acerca de la necesidad de informar riesgos y posibles consecuencias, al advertir que el consentimiento informado contenido en el proceso tiene problemas por no especificar actividades y procedimientos, pero también es importante por resaltar vicios en el consentimiento, pues no se tiene en cuenta de forma adecuada el criterio de capacidad por tratarse de un menor de edad. Adicionalmente, alude a como se incluyen renunciaciones que en su momento solo buscan la protección del profesional frente a posibles demandas, sin cumplir con el deber de informar adecuadamente.

³⁰ ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología*. Trabajo de Grado (magister en Bioética). Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2002.

³¹ TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Op. cit.*, pp. 26-27.

³² CONSEJO DE ESTADO. Sentencia del 3 mayo de 1999. Hospital Militar vs. Menor que queda parapléjica por intervención. Vicios en el consentimiento.

Es de relevancia particular la Sentencia del Consejo de Estado de enero 24 de 2002³³, ya que en ella se sientan bases relacionadas con la importancia del consentimiento informado, en el sentido de colocarlo como «expresión de los derechos fundamentales a la autonomía y libre desarrollo de la personalidad del paciente...». De esta manera, en Colombia, como ocurrió en las famosas sentencias de 1907 sobre el derecho a la libre autodeterminación de las personas y la de 1957, en los Estados Unidos, donde por primera vez se habló de *consentimiento informado* y se reconoció que no basta con realizar de manera correcta los procedimientos técnico científicos, tales sentencias del Consejo de Estado son enfáticas en resaltar que, si no se informa y el paciente no tiene posibilidad de aceptar o no un tratamiento, no hay ni puede haber consentimiento informado, teniendo en cuenta que no debe faltar «... información sobre el tipo de intervención que se le realizaría, ni sobre sus posibles riesgos ni alternativas de tratamiento...»³⁴. Deja clara la necesidad de incluir imprescindiblemente, dentro de un consentimiento informado, advertencias sobre riesgos y alternativas de tratamientos. El Consejo de Estado, en este caso, condena al pago de perjuicios porque se negó al paciente la oportunidad de decidir no operarse y posiblemente no quedar con las secuelas mencionadas.

De manera similar, esta sentencia proporciona elementos claros y claves para legislar sobre consentimiento informado, al aseverar que «el consentimiento debe ser ilustrado, idóneo y concreto, y que su prueba corre a cargo del demandado»; igualmente, da parámetros respecto a categorías que también se tornan imprescindibles en el consentimiento, a partir del pronunciamiento: «Importa el conocimiento

sobre las alternativas de tratamiento y de todas las posibles complicaciones que implique el procedimiento o terapéutica al cual va a ser sometido. La decisión que tome el paciente es en principio personal e individual.

En ese orden de ideas, la información debe ser adecuada, clara, completa y explicada al paciente; y constituye un derecho esencial para poner en ejercicio su libertad». Del mismo modo, la sentencia da por sentadas unas bases claras sobre la necesidad de consentimientos específicos (no genéricos), la importancia de informar con lenguaje claro y entendible, además de los criterios de oportunidad y secuencia, al incluir en la sentencia que «El consentimiento idóneo se presenta cuando el paciente acepta o rehúsa el procedimiento recomendado luego de tener una información completa acerca de todas las alternativas y los posibles riesgos que implique dicha acción...». Esto es, se trata de que el paciente tome la decisión que crea más conveniente con posterioridad a este ejercicio. Continúa dicha sentencia, «...en los actos posteriores de ejecución, cuando se requiere una intervención quirúrgica ampliatoria, no vale el consentimiento dado para la primera intervención, lo que resulta claro es que necesita una nueva declaración legítima del paciente».

Más adelante, se refiere a que «el consentimiento que exonera, no es el otorgado en abstracto, in genere, esto es para todo y para todo el tiempo, sino el referido a los riesgos concretos de cada procedimiento; sin que sea suficiente por otra parte la manifestación por parte del galeno en términos científicos de las terapias o procedimientos a que deberá someterse el paciente, sino que deben hacerse inteligibles a este para que conozca ante todo los riesgos que ellos implican y así libremente exprese su voluntad de someterse, confiado a su médico».

³³ _____, Radicado 12706 M. P. Jesús María Carrillo Ballesteros. 24 de enero de 2002.

³⁴ *Ibid.*

Estos antecedentes jurisprudenciales son el marco a seguir, son la guía pertinente en la costumbre del derecho y de esa forma lo entienden y aplican los tribunales de odontología, por homologación de criterio³⁵, como se vio en las sentencias de los Tribunales de Ética Odontológica, noviembre 15 de 1995, donde ya se menciona la necesidad del consentimiento y la necesidad de la información o, la sentencia del 12 de diciembre de 1997, de la seccional de Antioquia, la cual hace referencia a la necesidad de informar del riesgo previsto.

Es importante aclarar que la base de estos pronunciamientos es la Constitución de Colombia. En odontología, están expresados en la Ley 35 de 1989 o Código de Ética del Odontólogo Colombiano, capítulo II, donde habla de relación profesional paciente y hace énfasis en la libertad de elección y la necesidad de informar sobre riesgos e incertidumbres que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento odontológico, y también la resolución sobre derechos de los pacientes³⁶.

En perspectiva bioética, en el marco de la maestría de la Universidad el Bosque, en 2001 se investigó sobre consentimiento informado y su aplicación en odontología, para ver cómo se aplicaban formatos de consentimiento informado y qué motivaba su aplicación. Se encontró que existía una diversidad de abordajes en los pocos formatos escritos de consentimiento informado en odontología. Como en medicina, se observó que especialmente se remitía a ellos cuando se trataba de tratamientos quirúrgicos, e inició a implementarse pensando en cubrir toda la profesión odontológica con formatos generales, algo no recomendable. Se revisaron catorce documentos de consentimiento infor-

mado de nueve (9) facultades de odontología, los cuales se contrastaron con formatos ideales³⁷ elaborados para dicha investigación, pues en ese momento se carecía de los parámetros mencionados anteriormente.

Es importante resaltar un primer hallazgo: Uno solo de los formatos cumplía el 57 % de categorías consideradas imprescindibles para este tipo de documentos escritos, y fue el que más las contemplaba. Por lo demás, se encontró que existían formatos con un bajísimo cumplimiento de categorías fundamentales (hubo uno con 7 %), puesto que carecían de algo tan obvio como la firma de quién daba su consentimiento. Todo esto llevó a proponer 14 formatos para diferentes actividades y especialidades odontológicas³⁸, los cuales hacían énfasis en lo imprescindible de realizarlos de manera específica para procedimientos y especialidades, lo importante de utilizar lenguaje sencillo y la necesidad de adecuarlos a cada contexto social y cultural en un país como el nuestro, pluriétnico y multicultural. Con posterioridad a esta investigación, se realizaron, específicamente para odontología, dos investigaciones más para ver percepción³⁹ y conocimiento⁴⁰ acerca del con-

³⁵ Así lo expresan y confirman los expertos consultados en esta investigación. Abogados asesores y secretarios de tribunales: Nacional y de Cundinamarca.

³⁶ Resolución 13437 de 1991. *Op. cit.*

³⁷ ESCOBAR, María. *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá: Feriva, 2009. Publicación completa del estudio realizado. Allí se presentan 5 formatos ideales que se elaboraron en el 2001, a partir de los fundamentos legales y teóricos existentes, técnica utilizada cuando no existen parámetros anteriores. En este caso, ante la ausencia en el medio académico y de práctica de la odontología, se elaboraron teniendo en cuenta la Constitución Nacional de 1991, la Declaración de los Derechos de los Pacientes: Resolución 13437, Ley 35 1989 y la Resolución 1995 de 1999, jurisprudencias sobre relación odontólogo-paciente, recomendaciones internacionales y el criterio de expertos.

³⁸ *Ibid.*

³⁹ CHARRY, Mario y LÓPEZ, Jackeline. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Título de odontólogo) Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Odontología, 2005.

⁴⁰ JARA, Sonia y BRAVO, Nunila. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado (Título de odontólogo). Bogotá: Universidad El Bosque, Facultad de Odontología, 2006.

sentimiento informado, mediante entrevistas a profesionales de dos hospitales y dos clínicas universitarias, localizadas en cuatro diferentes ciudades del país. Los estudios mostraron que la incorporación del consentimiento informado ha sido más un proceso legal, en vez de una toma de conciencia por parte del profesional de la odontología o del paciente poseedor de derechos. Además, se encontró que este procedimiento no se había empleado como una herramienta para cualificar la atención clínica en el país sino, básicamente, como requisito a cumplir⁴¹.

Se resalta que algunos de los hallazgos de estas investigaciones fueron presentados como doctrina por parte del Tribunal Nacional de Ética Odontológica, publicado en un texto oficial del tribunal: «Manual de ética odontológica: legislación, jurisprudencia y doctrina»⁴², en la página 12 de dicho texto en 2003. También se cita en los documentos del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses por el experto en odontología forense, doctor Alfonso Casas y en las sentencias del Tribunal de Cundinamarca. Esto deja ver que, aun cuando en medicina la producción de escritos en libros y revistas es bastante (así no sea suficiente), en la odontología colombiana es muy escaso, a menos que provenga de las jurisprudencias.

2.1.3 Antecedentes generales

2.1.3.1 Surgimiento del consentimiento informado en salud: El consentimiento informado

⁴¹ Esto se pudo comprobar en los estudios ya descritos en los que se revisaron los formatos de 14 universidades que en su momento formaban parte de ACFO Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. También en los estudios sobre percepción y conocimiento del consentimiento informado en profesionales en ejercicio. Allí se comprobó que los odontólogos fueron incorporándolos más por la presión legal e institucional que por ver en él una posibilidad de cualificación.

⁴² Tribunal Nacional de Ética Odontológica. *Op. cit.*, pp. 12-25.

surge de la investigación en salud con el Código de Núremberg de 1948 y se empieza a hablar de él como respuesta a los juicios realizados, en esa misma ciudad, a médicos nazis que participaron en experimentos inhumanos⁴³. Desde allí se hizo indiscutible la necesidad de regular y legislar sobre el derecho a ejercer la autonomía y velar por el respeto a la dignidad humana. Se incluye en los Estados Unidos en 1957 en la práctica médica clínica, a partir de la sentencia judicial en el caso Salgo⁴⁴, donde la jurisprudencia se pronunció de manera clara sobre la necesidad de su inclusión en la atención en salud, aunque ya desde 1914 con el caso Schloendorff⁴⁵ se había planteado la problemática sobre la responsabilidad médica ante el manejo de la información y la importancia de tener en cuenta la autodeterminación del paciente.

La exigencia de libre consentimiento a nivel internacional y de los Estados se consolidó con la Declaración de Helsinki en 1964 y en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966⁴⁶, en cuyo artículo 7 quedó definitivamente establecida su obligatoriedad. Allí es claro que debe ser entendido como derecho humano a la integridad. Así mismo, el informe de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de

⁴³ Véase juicios de Núremberg 20 de noviembre de 1945 a 1 de agosto de 1946 y la respuesta casi inmediata. Código de Núremberg 1947. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de abril de 2012]. Disponible en http://www.dib.unal.edu.co/normas/etica_nuremberg.html

⁴⁴ GARZÓN, Fabio. *Aspectos bioéticos del consentimiento del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable*. (9) N°2 Bogotá: Editorial UMNG. Véase capítulo de fundamentación histórica del consentimiento informado, para una mayor ampliación del tema. Sentencia Caso Salgo. V. Leland Stanford Jr. University of Trustees, 2010, p. 49.

⁴⁵ SIMON, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela. 2000. 1914: Caso Schloendorff. V. Society Of New York Hospitals: «Se pronuncia sentencia de derecho de autodeterminación de los pacientes» por el Juez B. Cardozo.

⁴⁶ TEALDI, Juan. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Red bioética. Bogotá: Unesco- Universidad Nacional de Colombia, 2008. p. 214.

Europa en 1976, se refiere a la información como un derecho básico, y en los años ochenta se incorpora sistemáticamente en las legislaciones nacionales a nivel mundial. Como se ve, esta breve descripción muestra el vínculo innegable del surgimiento del proceso de consentimiento informado en salud e investigación con aspectos legales.

2.1.4 Aspectos legales y contexto de la forma cómo se inicia la aplicación del Consentimiento informado en la odontología colombiana

2.1.4.1 Fundamentos: Colombia es un Estado social de derecho que se suscribe a los tratados internacionales y es parte altamente contratante. Así, el Estado colombiano firma las disposiciones internacionales en orden de derechos humanos en general. En ese sentido, en su constitución, leyes y regulaciones expresa su compromiso de cumplimiento a nivel nacional e internacional.

Es fundamental tener en cuenta que desde lo legal, la constitución está por encima de resoluciones, decretos y leyes. Es como reza ella misma y lo expresa en el artículo cuatro, *norma de normas*. De esta manera se entiende que son los artículos de la constitución, los que dan parámetros para que se redacten las leyes y se instauren decretos y resoluciones por parte del Estado y los organismos de revisión y control. En el asunto que nos ocupa, en el artículo dos de la constitución, al mencionar *los fines esenciales del Estado*, queda establecido, como deber, «*facilitar la participación de todos en las decisiones que los afectan*», igualmente en el artículo 16 de la constitución de 1991 dice que en Colombia «*todas las personas tienen derecho al libre desarrollo de la personalidad sin más limitaciones que las que imponen los derechos de los demás y el orden jurídico*», el artículo 18 asegura que *se garantiza la libertad*

de conciencia. Nadie será molestado por razón de sus convicciones o creencias ni compelido a revelarlas ni obligado a actuar contra su conciencia. El artículo veinte *garantiza a toda persona la libertad de expresar y difundir su pensamiento y opiniones, la de informar y recibir información veraz e imparcial.* Así, estos artículos se constituyen con base en disposiciones en materia de libertad de decisiones, en este caso en salud, específicamente frente a la atención odontológica.

En la odontología colombiana empezó a pensarse en su aplicación a partir de la Ley 35 de 1989, en la que explícitamente se enuncia, en el capítulo 2, artículo 5, el deber del odontólogo de «*informar al paciente de los riesgos e incertidumbres*» de tratamientos⁴⁷, y también en la Declaración de los Derechos de los Pacientes, hecha norma en Colombia mediante la resolución 13437 de 1.991, en cuyo artículo 1, inciso 2, establece, respecto al paciente «*su derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con el médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permitan obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que se le vayan a practicar y el pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve*». También su derecho a que él, sus familiares o representantes, en caso de inconsciencia o minoría de edad consientan o rechacen estos procedimientos, dejando expresa constancia, ojalá escrita, de su decisión. Como vemos, se aplican estos postulados en odontología aun cuando la Ley establece que es el médico. La asimilación tiene que ver con la consideración de la odontología como una profesión médica, que utiliza medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, preven-

⁴⁷ Cabe anotar que la Ley 35 de 1989 es en mucho la adaptación de la Ley 23 de 1981 del *Código de Ética del Médico Colombiano*, que menciona básicamente lo mismo en el artículo cuarto.

ción, pronóstico y tratamiento, etc., del sistema estomatognático⁴⁸.

En 1992 inicia labores el Tribunal de Ética de Cundinamarca, dando cumplimiento a la Ley 35 de 1989 y su decreto reglamentario 491 de 1990, el cual ordena la creación en el país de los Tribunales de Ética Odontológica, y se asignan sus funciones. Cabe destacar que una de las primeras quejas que llegan a este tribunal es un proceso que instaura una madre porque a su hija menor de edad le realizaron una exodoncia sin información ni consentimiento.

En 1999, la Resolución 1995 establece normas para el manejo de historias clínicas y en el artículo 11 establece que el Consentimiento Informado es un anexo de la historia clínica, lo que da parámetros para que el documento escrito se exija en los tribunales de ética, lo cual comienza a hacerse hace algunos años.

Posteriormente, en 2006, el Ministerio de protección social emite la resolución 1043, *por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones*. A partir de allí, las secretarías elaboran unas guías para la habilitación de la prestación de servicios de salud y, de esta manera, en el estándar 6, aparece el consentimiento informado como parte de historia clínica y registros asistenciales. Así, pasa a ser exigido en cumplimiento del Decreto 1011 de 2006 que estructura el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención de Salud (SOGCS) del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), el cual fue creado con la intención de mantener

y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país.

A partir de esto, la Secretaría de Salud de Bogotá estableció unos parámetros sobre los cuales asesora a las entidades y prestadores en servicio de odontología acerca del contenido del documento de consentimiento informado, teniendo en cuenta el anexo técnico que dice: «las historias clínicas cuentan con registro de consentimiento informado por cada procedimiento cuando esté indicado»⁴⁹. Teniendo en cuenta este mandato, dicha secretaría realiza las asesorías a los prestadores incluyendo unas recomendaciones sobre el consentimiento informado, entre ellas: conceptos generales, contenido del documento de consentimiento informado y lo que NO debe contener. Las recomendaciones, si bien ayudan a orientar a los profesionales, también incluyen puntos problemáticos que se discuten todavía en la academia y que, desde lo legal, pueden generar dificultades por lo ambiguo que puede resultar su interpretación. Ejemplo; el decir que otro procedimiento no previsto pueda ser realizado a *criterio, evidencia clínica, formación y experiencia del profesional*. Solo aclara que se evitará realizar procedimientos electivos. También da pie a problemas dejar en manos de las instituciones la decisión de da o no copia del consentimiento, cuando esto también le compete al paciente, si este pide una copia, lo deseable y legítimo sería que él la tenga en su poder.

Recientemente, diciembre de 2009, el Ministerio de la Protección Social elaboró unas guías técnicas que denominó «*Buenas prácticas para la seguridad del paciente en la atención en salud. Paquetes Instruccionales*»⁵⁰. En ellos hay

⁴⁸ Ley 35 de 1989. Código de ética del odontólogo colombiano. En la declaración de principios establece entre otros estos elementos para definir la odontología.

⁴⁹ Anexo técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006; numeral 6.7. Secretaría Distrital de Salud. 3 de abril de 2006.

⁵⁰ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la atención del paciente en la atención en salud. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado, 2009.

uno titulado *Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado*, en cuya realización participó la Dirección General de Calidad de Servicios. Este documento, desafortunadamente, inicia excluyendo la profesión odontológica, pues refiere que «la instrucción del presente paquete, está dirigida a todo el personal profesional de enfermería, médicos y terapeutas, así como a los auxiliares de enfermería, y camilleros, que participan directamente durante el servicio de atención hospitalaria al paciente dentro de la institución».

Más adelante ya en el texto del documento, se habla de práctica clínica en salud pública y privada y, de esta manera, se entiende que también queda incluida la práctica no hospitalaria. En dos ocasiones refiere «dentistas» y, en otras tres, profesionales de la salud, lo cual incluiría la profesión odontológica. Aquí surgen problemas porque legalmente en Colombia los profesionales de odontología no son llamados dentistas, el título profesional hasta 1981 fue doctor en Odontología y luego pasó a ser odontólogo(a). Históricamente, hubo dificultad para distinguir a quienes se les denominaba *dentistas de oficio, empíricos o teguas* y quienes, según la Ley 10 de 1962⁵¹, pueden ejercer legalmente la profesión odontológica⁵². En este sentido, mientras en otros países el término dentista tiene una legitimación y legalización, en Colombia no. Para la profesión, en general, suele ser una manera peyorativa de nombrar a los odontólogos(as).

⁵¹ Ley 10 de 6 de abril de 1962. «Por la cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología». Diario Oficial Congreso de la República. 6 de abril de 1962.

⁵² Para un análisis riguroso del tema véase DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque. 2002. Tomos 1 y 2. Este trabajo de investigación en dos tomos realiza una minuciosa revisión de la historia de la odontología y el paso de oficio a profesión. También puede consultarse: PAYARES, Carlos y ARANGO, Alberto. *Consideraciones socio históricas de la odontología en Colombia y Antioquia*. Medellín: Luz María Montoya Hoyos (Ed.), 1991, p. 272.

En ese documento se habla de «requerimientos básicos necesarios» para que sea válido el consentimiento informado: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Igualmente, definen el consentimiento informado como «una autorización dada por el paciente sin ninguna coacción o fraude, basada en el entendimiento razonable de lo que sucederá, incluyendo la necesidad del tratamiento, los riesgos y sus beneficios, cualquier alternativa disponible. Quedando constancia de la anuencia mediante la firma de un documento». Se trata, entonces, de una exigencia legal frente a los procesos disciplinarios éticoprofesionales⁵³.

El documento escrito se exigirá de manera obligatoria con la Resolución 1995 sobre historias clínicas en el año 2000, la cual incluye en el artículo 11 la consideración de anexo a «las autorizaciones quirúrgicas (consentimiento informado)... declaración de retiro voluntario».

En resumen, la consideración legal inicia con la Ley 35 de 1989 del Código de Ética del Odontólogo Colombiano, y continúa consignándose en la Resolución 13437 de 1991 sobre los derechos de los pacientes. El documento escrito y su exigencia en odontología se legalizan con la Resolución 1995, sobre historias clínicas, en el año 2000, con las jurisprudencias sobre exigencia de los documentos escritos y hoy, sobre todo, se ha vuelto un asunto de calidad en la atención con el Anexo Técnico 1 de la Resolución 1043 de 2006, emanada por el Ministerio de la Protección Social.

2.1.4.2 Incursión del consentimiento informado en la academia: La odontología profesional surge hace apenas siglo y medio. Pasó de ser un oficio ejercido por barberos, cirujanos,

⁵³ Ley 35 de 1989 Código de Ética del Odontólogo Colombiano. 1989 y Resolución 13437 de 1991, sobre los derechos de los pacientes.

cirujanos-barberos, dentistas-trashumantes, dentistas, herrero-cirujanos, etc., a ser una profesión legalmente constituida y escolarizada. Se funda en Bogotá el primer sitio para su enseñanza y la primera asociación de profesionales formados en los Estados Unidos. El médico Vargas Paredes, quien luego sería llamado el padre de la odontología en Colombia, encabezó el grupo de profesionales que impulsó la odontología institucional en el país⁵⁴.

La profesión inicia su escolaridad bajo los preceptos de las ciencias positivas de la modernidad, con la implementación, en pleno furor, del método experimental moderno, de las técnicas en el contexto de las sociedades liberales modernas, muy influenciadas por la Revolución Francesa, la Revolución Industrial y la Revolución Norteamericana. Todo ello a tenor de la reciente independencia de España, en un país que se empezaba a configurar como estado liberal democrático, de grandes contrastes económicos, sociales y políticos que lo habrían de llevar a constituirse en la democracia, subdesarrollada o en vía de desarrollo, como prefiera llamarse, de hoy.

La profesión médica en Colombia, inicia la escolarización en la cátedra de medicina del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario, bajo los preceptos del modelo francés⁵⁵, tres

siglos antes que en odontología. Por su parte, la profesión odontológica inicia su capítulo de enseñanza y escolarización en el siglo XIX con una estructura curricular basada en el modelo norteamericano⁵⁶, en el contexto de sociedades capitalistas de mercado que, dicho sea de paso, le proporcionan una serie de características que mantiene hasta hoy, las cuales ampliaremos más adelante. Bajo tutelaje del modelo norteamericano, abre sus puertas en 1887 el Colegio Dental de Bogotá, primero en el país, al igual que lo había hecho en los Estados Unidos de Norteamérica el Colegio Dental de Baltimore en 1839.

Como lo muestran en su exhaustivo análisis histórico López y Duque⁵⁷, el afán lucrativo que movía este empeño va a incidir en su forma de desarrollo y la manera de concebir la odontología en nuestro entorno. Según lo explican: «El colegio debería estar organizado y regentado como todos los colegios dentales americanos. Las asignaturas teóricas y prácticas versarían sobre ramas de la medicina, la cirugía y la mecánica dental»⁵⁸. Todas las asignaturas (siete inicialmente) en el plan de estudios, estaban estrictamente relacionadas con materias básicas como química, física, técnicas, fundamentación teórica como anatomía, fisiología, y practicas dentales directas como operatoria dental, patología, cirugía, materia médica y terapéutica. La odontología colombiana mantendrá su ascendente norteamericano hasta hoy.

Un elemento interesante de resaltar en el tema que nos ocupa, es que la ética va a ser tocada

⁵⁴ DUQUE, Camilo y LÓPEZ Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque, 2002. Realizan una detallada descripción de los planes de estudio y sus ajustes en la formación de las primeras escuelas en Bogotá, Cartagena y Medellín. En el tomo I de su riguroso trabajo de la historia de la odontología colombiana. Se debe tener en cuenta que la institucionalización (Tomo II) de la odontología en América es un capítulo que data del siglo XIX a diferencia del europeo. Cabe recordar como Pierre Fauchard padre de la odontología y su texto el cirujano dentista publicado en 1728 rompían con la tradición europea de guardar celosamente el conocimiento para sí.

⁵⁵ Este contexto histórico está amplia, y generosamente trabajado por el grupo de historia de la medicina y la salud dirigido y coordinado por Emilio Quevedo y con la participación de investigadores de la talla de Néstor Miranda y Mario Hernández. Véase su reciente y más amplia producción realizada en un ambicioso

proyecto financiado por Tecnoquímicas: *Historia de la medicina en Colombia*. Publicación en tomos iniciada en 2007 con tomo 1 2008 tomo 2. Véase para odontología cita anterior.

⁵⁶ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, p.76.

⁵⁷ *Ibid.*, pp. 241-447.

⁵⁸ *Ibid.*, p. 292.

en la reunión de la *American Dental Association* en 1859. La naciente profesión, antes de hablar de temas deontológicos, se propuso realizar un *código de ética profesional* cuya principal intención era la *marginación y diferenciación* de sectores del quehacer en salud oral⁵⁹. Al respecto, cabe aclarar que sobre este tópico en particular se moverán intereses de toda índole, pues en ello debemos tener en cuenta que, en lo fundamental, estamos hablando de la transición de un quehacer como la asistencia en salud oral de tiempos inmemoriales, vista como un oficio, a uno profesional e institucionalizado bajo las perspectivas de la modernidad y la sociedad capitalista: restricciones en el ejercicio, limitación en la educación, selección en la participación en asociaciones, creación de patentes, monopolio de la producción y del conocimiento. Consideraciones diferentes de la fidelidad a un estatus particular, es decir el de profesional de la odontología, solamente se van a ver en cuanto al trato hacia los pacientes, en general muy relacionadas con comportamientos que ayuden al éxito de un tratamiento o información al paciente sobre higiene oral y costos, pero donde lo que prima es la *incomunicación, uno manda y otro obedece*⁶⁰.

2.1.4.3 Bioética y consentimiento en odontología. Asuntos problemáticos: Es necesario tener en cuenta que en la década de los 80 y 90, en la academia, están ausentes los contenidos de bioética y/o los éticocolegales de la profesión. En algunos casos, están presentes escasos contenidos en las asignaturas de salud pública, o del componente social⁶¹ o algunas

horas relacionadas con la implementación de la Ley 35 del 89, con la bioética. Excepcionalmente, como se dio en la Universidad El Bosque y la Universidad Javeriana, hubo una asignatura de bioética donde se incluían contenidos de Ley y de la corriente principialista. Estas asignaturas tendrán la característica de estar siempre ligadas a las despectivamente denominadas «costuras», materias de poca valía en el *pensum* académico a nivel de créditos o peso insignificante en la malla curricular, es decir de poca importancia dentro de la formación de los odontólogos. En ellas, aunque escasamente, se empieza a hablar sobre el respeto por la autonomía del paciente, la libre elección de tratamientos, el respeto por sus decisiones, etc.

Si bien se observa cierta incursión de algunos profesionales de la odontología en la bioética, la incursión de la bioética en la odontología sigue siendo una *asignatura pendiente*, dado que su incorporación en todos los planos y con dedicación, está por realizarse. Esta problemática, que se refleja en la aplicación e implementación del consentimiento informado, es compartida con otras profesiones y otros países⁶², donde se incluye Colombia y América Latina en general.

Un elemento básico a tener en cuenta es que la odontología, en general en el mundo occidental, es una profesión que en la sociedad se rige en gran medida por el mercado, una práctica con costos muy elevados y tecnologías cada vez más esquivas para la mayoría de la población, precisamente por lo caras. Esta misma condición incide de manera directa en el cubrimiento en salud oral, gene-

⁵⁹ *Ibid.*, p. 265.

⁶⁰ JÁCOME, Sofía y NIEVA, Blanca. «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad». En *Revista de la federación odontológica colombiana*. (57) 1999. pp. 10-59. Al respecto véase el análisis documental sobre el tema en estado de la cuestión.

⁶¹ NIEVA, Blanca y JÁCOME, Sofía. La enseñanza de la ética en las facultades de odontología. Estudio realizado en ACFO. Bogotá: 2006.

⁶² SIMON, Pablo. «El Consentimiento Informado. Abriendo nuevas brechas». En *Problemas prácticos del Consentimiento Informado*, Barcelona: Publicación de la Fundación Víctor Grífols I Lucas (5), 2002. En este texto se realiza un análisis detallado en el cual participaron un buen número de expertos.

ralmente bajo en muchos países⁶³, especialmente de América Latina⁶⁴.

Como vemos, el proceso que inicia legalmente su implementación a partir de la mitad de la década de los noventa no es fruto de una revisión académica juiciosa que quiere incorporar las nuevas tendencias de la sociedad, en cuanto al respeto por el individuo, las minorías, los derechos humanos, la dignidad humana, o la concienciación por parte de los profesionales y los pacientes de su papel en la cualificación de la relación clínica. En la academia se rige por los avances científicos pero es cada vez más influenciada por la dinámica del mercado y la industria de los medios de comunicación que, debe decirse desde ya, reorientan las necesidades de atención en salud en cuanto a tratamiento o prevención de las enfermedades y promoción de la salud oral. Se consolida, cada vez con más fuerza, la llamada medicina del deseo en que la odontología juega un papel primordial debido a la importancia de los dientes y la boca.

El sistema estomatognático no solo es en esencia el objeto de estudio de la odontología, sino un punto central de interés en la sociedad de mercado que entiende que allí está un poderoso campo de acción donde se aplican, de ma-

nera sistemática y organizada, las estrategias creadas para «canalizar nuestras decisiones»⁶⁵, entre las que se cuentan *los análisis motivacionales, el psicoanálisis de masas, el estudio en profundidad*⁶⁶, entre muchas estrategias en las cuales participan expertos de diversas disciplinas a saber; antropólogos, psicólogos y trabajadores sociales, etcétera⁶⁷ y las cuales suelen ser incorporadas sin mayor discusión o reflexión por parte no solo de los pacientes, sino de los profesionales en salud oral.

Así, los estereotipos de belleza y bienestar que se van imponiendo hoy a la sociedad apuntan a explotar conocimientos que las ciencias sociales y humanas aportan sobre los seres humanos como compradores, en este caso de «salud oral», se trata de técnicas de mercadeo dirigidas a persuadir a los consumidores, quienes creyéndose libres y autónomos, deciden, por ejemplo, diseños de sonrisa, dientes más blancos, arcadas más parejas, apariencia joven o natural y son convencidos de que lo más costoso es lo mejor o que lo privado es de mejor calidad que lo público.

2.1.4.4 Contexto del surgimiento del consentimiento informado en la corriente principialista de la bioética. Presupuestos para tener en cuenta en la incursión de la autonomía en las sociedades actuales: Kant postulaba, en su obra *Crítica de la razón práctica*, que la ilustración es la salida del hombre de su minoría de edad, que los hombres son fines en sí mismos y, por tanto, es el hombre quien debe darse a sí mismo sus propias leyes. De esa manera, es

⁶³ La OMS en su Informe sobre la salud bucodental. (Ginebra, 2004). Se afirma que los «efectos de las enfermedades bucodentales en términos de dolor, sufrimiento, deterioro funcional y disminución de la calidad de vida son considerables y costosos. Se estima que el tratamiento representa entre el 5 % y el 10 % del gasto sanitario de los países industrializados, y está por encima de los recursos de muchos países en desarrollo».

⁶⁴ OPS-OMS desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud -la salud bucal- programa HSD de la ODD. Washington. 1993 Conclusiones del taller sobre salud bucal en los sistemas locales de salud auspiciado o la OPS, el ministerio de salud de Venezuela la FOLA/ ORAL, OFEDO /UDUAL en 1991 en ese informe muestran que la población en general en América latina tenía un bajo cubrimiento en salud oral relacionado con la concentración de odontólogos en determinados sectores (la ciudad por ejemplo), también con la forma individualista de prestación del servicio, los recursos económicos, los servicios institucionales que cubrían un porcentaje pequeño de población y con servicios de mala calidad, intervención tardía, elevados costos que la hacen inaccesible a la mayoría de la población.

⁶⁵ PACKARD, Vance. *Las formas ocultas de la propaganda*. México: Hermes, 1998, p. 9.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 10.

⁶⁷ Para una mayor comprensión del tema véase texto citado anteriormente donde se menciona como se explora con estrategias de mercado el subconsciente, la sexualidad, la culpa, el deseo, los temores las frustraciones, etc. para generar necesidades, crear gustos, condicionar conductas, manipular el comportamiento humano del que no se escapa las necesidades en salud.

autónomo⁶⁸. Las acciones morales, se puede decir, son la expresión de la autonomía, es en las acciones morales donde logramos libertad⁶⁹. A su vez, el filósofo y político utilitarista del siglo XIX, Stuart Mill, concibe al ser humano como libre, capaz de elegir, caracterizado por buscar fines y no únicamente medios, fines que, además, cada persona persigue de diferente manera. En los postulados de Stuart Mill se habla de una sociedad caracterizada por ser abierta, tolerante y lejos del dogmatismo. Plantea que, mientras más rica y plena sea la vida de los seres humanos, más amplio es su campo de acción, mayores sus posibilidades y oportunidades⁷⁰.

En estos dos pensadores hay fundamentos filosóficos para las sociedades autónomas y liberales de la modernidad, a partir de estos criterios se han forjado muchos de los elementos en que se respaldan las sociedades liberales actuales, igualmente sirven de soporte y son tomados y citados como fundamento para pensar la autonomía, desde la teoría del consentimiento informado⁷¹. Sus conceptos se han constituido en la base de las legislaciones sobre autonomía y derechos de los individuos. Sin embargo, lucen problemáticos cuando se ven como principios universales puros y desligados de los contextos sociales.

Al respecto, es fundamental plantear aquí la discusión acerca del trato preponderante que se ha dado en la bioética anglosajona al principio

de autonomía. Muchas de las críticas tienen que ver justamente con este asunto. La pregunta es si realmente esa ha sido la mejor vía para dar respuesta a los cada vez más acuciantes dilemas que plantea la sociedad de hoy, y si con esto logramos fundamentar de manera adecuada la búsqueda del respeto a las personas, su dignidad y el ejercicio de su libertad.

En el *Diccionario latinoamericano de bioética*, capítulo sobre la libertad, se analiza lo problemático que resulta en los inicios de la bioética y específicamente cuando se enuncia el principio de respeto a la persona humana en el informe Belmont, pensar el consentimiento solamente respecto a la autonomía individual, donde la libertad queda reducida a la capacidad de elección⁷². Se estaría perdiendo la posibilidad de ver la libertad como potencia de acción, como posibilidad de relación. En la mirada, por ejemplo, de Sen⁷³ se habla sobre la libertad como la posibilidad de *proyección de un plan de vida propio*. De esta manera no queda reducida a un solo aspecto, pues cuando se piensa así se pierde la posibilidad, por ejemplo, de hacer la distinción e inclusión de las dimensiones pública y privada, o del criterio de necesidad que influye en la apropiación de la vida y la toma de decisiones, también de tener en cuenta los contextos culturales tan diversos, en nuestro caso, en Cundinamarca, Colombia. La autonomía en las decisiones en los tratamientos odontológicos no puede ser pensada solamente como la capacidad para decidir y desligada de la idea de libertad, bandera y fundamento de las sociedades liberales y autónomas, y donde se tornan imprescindibles análisis más complejos, que incluyan el contexto en donde se desenvuelve la vida.

⁶⁸ KANT, Immanuel. *Critica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada, 2003. p. 28. En la *Ley fundamental de la razón práctica pura*, establece incluso, como marco general: «Obra de tal modo que la máxima de tu voluntad pueda valer siempre al mismo tiempo como principio de una legislación».

⁶⁹ SIMON. *Op. cit.*, p. 25.

⁷⁰ MILL, Stuart. *Sobre la libertad*, Madrid: Alianza, 1997.

⁷¹ Textos como los de Diego Gracia, Pablo Simón, Neil Manson, Onora O'Neill entre otros al abordar la autonomía inician citando sus fundamentos y se los vincula con el proceso que se implementa en salud en las últimas décadas.

⁷² TEALDI, Juan. *Diccionario Latinoamericano de Bioética*. Parte III. TEALDI, Juan Carlos. (Coord.) Bogotá: Unesco-Red Bioética, Universidad Nacional de Colombia, 2008, pp. 413- 415.

⁷³ *Ibid.*, p. 413.

Así las cosas, es innegable que aquí cobra vital importancia la reflexión ofrecida por Tealdi⁷⁴: la persona será libre, si puede no solo elegir o consentir o no a una propuesta, sino que será libre en tanto desde los elementos previos que configuran su memoria, y a la luz de las verdades a las que se enfrenta en su vivir, pueda trazar un proyecto de vida responsable de los actos que su libertad determinó.

2.1.5 Comentario: Antes de realizar la discusión de resultados es importante aclarar que en cuanto a esta investigación en particular, debe decirse que la triangulación de técnicas y la utilización de métodos cualitativos son herramientas que vienen siendo utilizadas en bioética, en aras de una mejor comprensión de fenómenos tan complejos como el que nos ocupa. Específicamente, ayudaron a reconstruir la historia presente. Como se fue dando el proceso de consentimiento informado.

2.1.6 Discusión de resultados: En este capítulo, la preocupación central giró en torno a reconstruir la historia del presente, entendida como el estudio histórico de nuestra inmediatez⁷⁵, en nuestro caso, cómo se relaciona la profesión odontológica con un proceso nuevo que se instaura a partir de la década del 90, el consentimiento informado. Este proceso aparece como algo nuevo en la relación clínica en cuanto a la forma de enunciarlo, pero cuyos componentes han estado presentes, de alguna forma, en la relación clínica en odontología, profesión liberal ligada a la dinámica de institucionalidad de las sociedades actuales: los odontólogos en la práctica privada, (la cual ha sido la manera primordial de relación), han estado obligados a informar de costos, tipos de materiales, tiempo de tratamiento etc. Esto hace

⁷⁴ *Ibid.*, p. 413.

⁷⁵ FAZIO VENGOA, Hugo. *La historia del tiempo presente: una historia en construcción. Historia crítica*, (17) Bogotá: Universidad de los Andes, 1998, pp. 47-57.

que informen permanentemente y realicen un proceso de *negociación* con el paciente sobre las dinámicas a establecer para definir costos, tipos de tratamiento, materiales, número de citas, incluso exámenes complementarios etc., en definitiva, realizar las acciones en atención en salud oral.

En la revisión de la literatura para reconstruir dicha historia del presente, se encuentra, por un lado, el tratamiento genérico del concepto de Autonomía, pero ante todo basado en el Informe Belmont, donde fundamentalmente se expresa que una persona autónoma es aquella capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar en consecuencia. Para el informe, la autonomía es respetar la decisión de las personas que requieren de atención en salud, después de una adecuada y completa información. En la parte B sobre principios éticos básicos, apartado 1, se habla sobre el respeto a las personas, y refiere que se trata de «respetar la autonomía según la cual se da valor a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones»⁷⁶. Estos postulados van a ser la fuente del principio de autonomía que adopta la bioética médica y con ella el fundamento del consentimiento informado desde que se inició su aplicación en la práctica clínica e investigación en salud.

En este estudio se logra establecer que la autonomía, además de principio relevante para el consentimiento informado en odontología, debe ser vista en contexto, esto es, en relación con las capacidades necesarias para la autorrealización⁷⁷, siguiendo autores como Villar que

⁷⁶ INFORME BELMONT. *Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación*. Elaborado por la comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. USA. 1978, Publicación de 18 de abril de 1979.

⁷⁷ GUARIGLIA, Osvaldo (Ed.). «Problemas de la vida moral». En *Cuestiones morales. Autonomía y teoría del bien*. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid: Trotta, 1996, p. 51.

revisa la autonomía a través de la dimensión proustiana, podría decirse con él: *Cada cual debe encontrar su bien y aprenderlo*⁷⁸, en ese sentido cobra importancia la forma cómo se construyen los individuos y se relacionan con el sistema de salud, es decir, cómo se convierten en poseedores de derechos y también de responsabilidades, lo cual a su vez, se debe relacionar con elementos culturales y sociales que se expresan en la forma cómo se concibe la idea de ciudadano, en nuestro caso, en Cundinamarca, Colombia, donde el contexto cultural, las percepciones sobre salud y enfermedad, la forma cómo se aplican y conciben las leyes y regulaciones en salud oral, deben ser tenidas en cuenta, puesto que en mucho es a partir de la forma cómo piensan sus derechos o se ven ciudadanos o piensan la salud-enfermedad, que le dan valía a la atención odontológica y a la salud oral.

En este sentido, es importante resaltar que, aun cuando en las conclusiones del informe del ENSAB III⁷⁹ refieren que «las representaciones, conocimientos y prácticas en salud bucal se han visto afectadas positivamente como resultado en alguna medida de las actividades adelantadas en promoción de la salud y prevención de la enfermedad»⁸⁰, en el mismo estudio se concibe la salud oral solamente como asunto de caries y algunos aspectos estéticos. El 64.9 % de las personas según dicho estudio refiere la salud oral como «*que no tiene caries*» y el 41.6 % la ve como «*tener los dientes blancos y/o parejos*»⁸¹, lo cual tiene relación con otro

dato del estudio: un porcentaje importante de la población no acude a servicios asistenciales de salud oral, incluso en caso de urgencia. Solamente cuando incapacitase consulta. Se atribuye a la falta de dinero, en la mayoría de casos, la no consulta de urgencia o haber acudido a prácticas como la automedicación. Lo evidente es que el estado de salud oral de los colombianos era preocupante, se estaba muy lejos, por ejemplo, de las metas de «salud para todos en el año 2000», y el estudio de salud oral obligó a las instancias estatales a buscar *medidas de choque*, como las establecidas en la Resolución 3577 de 2006⁸².

Otro elemento central en el consentimiento informado es la información. Teóricamente, se suele hacer énfasis en una información amplia y suficiente⁸³, en ocasiones se dice, completa⁸⁴ asunto problemático ya que no es fácil definir el concepto de completo en el terreno de la información, menos aún generalizarlo a todos los procesos y actividades en salud. La información es una categoría de necesario cumplimiento para que los pacientes tomen decisiones a partir del conocimiento de lo que se les va a realizar en su boca. La escasa literatura al

⁷⁸ VILAR, Gerard. *Autonomía proustiana*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona. 1997, p. 73.

⁷⁹ ENSAB III. *Estudio nacional de salud bucal*. Publicado como informe especial en el informe semanal de SIVIGILA. Sistema de vigilancia epidemiológico, desarrollado para la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá D.C. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Informe Ejecutivo Semanal N° 8 del 2000.

⁸⁰ *Ibid.*, Apartado N°3: Conclusiones del informe.

⁸¹ *Ibid.*, ENSAB III *Op.cit.*, Apartado N°1: Representaciones, conocimientos y prácticas en salud oral.

⁸² Tanto el Estudio de salud oral en Colombia que incluyó percepciones sobre salud oral, donde se registran datos preocupantes en general de la salud ora, como los compromisos internacionales en materia de mejorar las condiciones de vida de las poblaciones, llevaron a plantear en la Resolución 3577 de 2006 estrategias de promoción en salud oral. Encaminado a establecer *estrategias para realizar un plan nacional de salud bucal* tendiente a mejorar la calidad y garantizar el acceso a los servicios de salud oral en el país. Ver: Resolución 3577 de 2006, «Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB». Diario Oficial Ministerio de Protección Social. 4 de abril de 2006.

⁸³ SIMÓN, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.

⁸⁴ El texto de FLORENTINO Jorge y PLAZA, Ángel. «Consentimiento informado, implicancias legales en la práctica profesional». En: *Revista del Hospital de Niños*. Dr. Ricardo Gutiérrez, Buenos Aires: 2002; (44) pp. 8-42. Citado por NOYA, Beatriz, GUTIÉRREZ, Sergio et al. En el artículo sobre Consentimiento informado: «Aplicación en la práctica de anestesiología», es un ejemplo de ello. Montevideo: 2002. [En Línea]. [Fecha de consulta 10 de marzo de 2012]. Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php>.

respecto refiere la necesidad de informar sin llegar a establecer parámetros o elementos que logren dar claridad respecto a cómo se debe informar, qué se debe informar, dónde, etc., por lo cual, los interrogantes alrededor de este asunto suelen ser múltiples. En odontología se podría preguntar si es realmente deseable establecer estándares en materia informativa, o más bien dejar el asunto de la información de manera amplia y borrosa, como se ha manejado hasta ahora.

Haber trabajado desde la perspectiva histórica y en un contexto práctico, donde se generan las tensiones, muestra que existe la necesidad de ahondar en el tema al interior de la profesión, en la perspectiva de generar verdaderos procesos de comunicación profesional-paciente, pues solamente informar no parece apropiado si se trata de deliberar, es decir, dialogar y discernir. Esto sugiere algunos hallazgos del estudio. Un ejemplo de ello está en los relatos de odontólogos y pacientes al interior de los procesos ético disciplinarios. Mientras los primeros sostienen «yo dije... yo informé... quedó claro que...». Los pacientes refieren «no me dijeron... no me informaron... no fue claro».

La profesión necesita incorporar juiciosamente los elementos que han surgido desde la bioética, en el sentido de ver al otro como participe en las decisiones que le competen para su salud oral, más allá de la relación contractual que ha imperado hasta ahora. Lograr espacios más adecuados para incluir el proceso de consentimiento informado de manera adecuada, requiere de contextos donde se lleve a cabo una verdadera comunicación clínica, donde la confianza es simplemente necesaria⁸⁵, sino es así se tornará insostenible una relación clínica basada en la desconfianza. Por ejemplo, sería crítica la circunstancia en que un paciente deba

mandar analizar el metal con que le van a tratar para verificar si es el que pagó, o constatar si la porcelana o el material cementante es el más adecuado, etcétera.

Es necesario además resaltar la importancia del conocimiento histórico inmerso en el contexto donde se desarrollan las relaciones clínicas. Bajo esta mirada se entienden mejor las circunstancias en que se desarrolla la profesión, se logra comprender las razones acerca de la forma cómo ha construido sus dinámicas de relación y, de esta manera, se consigue contextualizar la relación odontólogo paciente.

2.2 CONTEXTOS ÉTICO-LEGALES EN LOS QUE SURGE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ODONTOLOGÍA EN CUNDINAMARCA

2.2.1 Procesos disciplinarios-ético-profesionales a odontólogos en Cundinamarca, en los que esté implicado el consentimiento informado: En lo fundamental, la investigación propuesta se adelantó apoyándose en una metodología cualitativa. En este apartado la técnica utilizada fue el análisis de contenido de las quejas ético-disciplinarias, relacionadas con consentimiento informado en el tribunal de Cundinamarca, desde cuando se creó dicha instancia en 1991, hasta 2010. Se revisaron 956 quejas de las cuales 180 tienen relación directa con problemas en el consentimiento informado. En ellas se categorizaron cuatro tipos de relatos:

1. Lo expresado y consignado en los procesos ético disciplinarios donde se solicitó versión libre a los odontólogos implicados en la queja;
2. Los relatos de los pacientes, tomados de las quejas que ellos instauran ante el Tribu-

⁸⁵ TEALDI. *Op. cit.*, p. 220.

nal de Ética Odontológica de la seccional Cundinamarca, y las ampliaciones que en ocasiones les solicitan los tribunales, las cuales están contenidas en los mismos procesos;

3. Los pronunciamientos de los Tribunales de ética de Cundinamarca⁸⁶ contenidos en los procesos;
4. Fueron clasificados como «otros», los relatos de personas diferentes al quejoso o el inculpado, los cuales fueron solicitados o tenidos en cuenta por el tribunal, y se hallan dentro de los procesos. Entre ellos podemos contar con relatos de abogados defensores, padres o tutores legales de pacientes sin capacidad para decidir y personas citadas por los tribunales, auxiliares los más frecuentes, quienes en algún momento fueron llamados para ser escuchados en versión libre.

Se revisa la incorporación del consentimiento informado como una exigencia legal, desde su abordaje en los procesos disciplinarios ético-profesionales. Valiéndose del programa Atlas Ti versión 5.0 se hacen aproximaciones a formas de construir teoría a partir de la historia del presente y el análisis del contexto, de los relatos obtenidos de las quejas éticodisciplinarias.

Es importante aclarar que las ayudas informáticas fueron CAQDAS, *Computer Assisted Qualitative Data Analysis Software*, las cuales tiene un uso importante en investigación y específicamente en análisis bioéticos. Ellas sirven para el análisis de datos en la investigación cualitativa, sobre todo cuando se cuenta con una gran cantidad de información, como en este caso 956 quejas de las cuales 180 estaban

relacionadas directamente con consentimiento informado, cada una con los cuatro diferentes relatos ya mencionados. Todo ello sería muy dispendioso, y en ocasiones casi imposible de analizar de manera manual. Por esto se eligió este tipo de programa, el de mayor utilización en los últimos años.

Existen otros aunque menos conocidos como, The Ethnographer, Nud•ist, Nvivo o QUALRUS). Se consideró que Atlas Ti 5.0 era más adecuada pues facilita el análisis de grandes cantidades de datos textuales. Su pretensión, contrario de lo que algunos creen, no es automatizar el proceso de análisis, el cual debe estar a cargo del ser humano investigador, el programa solo facilita la tarea, realizando labores como segmentación del texto en pasajes, citas, o la inclusión de notas, comentarios, anotaciones marginales, codificaciones, etc., que no son en sí el análisis cualitativo o la interpretación. Esto hace que sean necesarias y válidas también aproximaciones teóricas y prácticas para reconstruir la historia del presente en la que se tenga en cuenta estudios sobre la forma como se construye la ciudadanía, particularmente en Bogotá y Cundinamarca, y se analice el contexto y las circunstancias en que se dan las relaciones profesional paciente, en general, la asistencia en salud.

En el análisis se recurre a cruzar la información obtenida pues resulta importante y relevante realizar una triangulación con los tres abordajes propuestos, la búsqueda e interpretación de la forma cómo surge el consentimiento informado en Colombia, en las leyes y los contextos teóricos y académicos, la forma como se implementa e inicia su uso en la práctica clínica y los aspectos técnico legales en las quejas ético disciplinarias, de donde se obtuvo información sobre aspectos comunes y discordantes para lograr una mejor comprensión del proceso y de los problemas en la aplicación de

⁸⁶ Los tribunales de ética sesionan para responder las quejas éticodisciplinarias con cinco magistrados y un abogado asesor.

formatos escritos, además de la implementación del proceso en general.

2.2.2 Análisis de las quejas ético disciplinarias del tribunal de ética odontológica de Cundinamarca: Se hizo un consolidado con la información de los 956 procesos estudiados, el número del proceso, quien instauró la queja de quienes intervienen; odontólogos, especialistas, instituciones, etc., la especialidad con la cual se relaciona el proceso, el tipo de sanción y el artículo con el cual está relacionada, y si tiene o no que ver con consentimiento informado.

Inicialmente, se presentan aquí cuadros y gráficas que recogen los datos con la información recolectada en el Tribunal de Cundinamarca: procesos eticodisciplinarios de 1992 a 2010. Es una primera aproximación a los problemas que se presentan cuando se rompe la comunicación odontólogo paciente y se tienen dificultades respecto al proceso de consentimiento informado. Son los datos estadísticos de las 180 quejas donde se detectó directamente dicho problema, de las 956 que en total se revisaron. Es una información orientadora de los relatos que se introdujeron en Atlas Ti versión 5.0 para aplicar en ellos el análisis de contenido.

2.2.3 Contexto en el que se instauran los procesos éticos disciplinarios: Cundinamarca es el principal departamento de Colombia. En su territorio habitan más de 10 millones de habitantes, contando con la población de Bogotá, una de las urbes más importantes de Latinoamérica, ella sola con más de 8 millones de habitantes de donde provienen la mayoría de los casos éticos disciplinarios que se presentan ante el Tribunal de Ética Odontológica de Cundinamarca (TEO). Además de Bogotá, otras cinco ciudades conforman su territorio. Cundinamarca está dividida en 126 municipios.

El Tribunal de Ética Odontológica de Cundinamarca inició sus labores en el norte de Bogotá desde 1992 para dar cumplimiento de la Ley 35 de 1989. Comienza con cinco magistrados, un abogado asesor, secretario del tribunal y cuenta con personal administrativo para recibir las quejas y realizar las labores del tribunal desde ese mismo año. La mecánica que cumplen los procesos es la siguiente:

Según el artículo 70 de la Ley 35 de 1989 el proceso puede ser instaurado de oficio o por la solicitud de una entidad pública, privada o de cualquier persona. Así, el paciente o quejoso instaura la queja ante el tribunal, la queja es recibida. Una vez aceptada la denuncia, el presidente del tribunal asigna el caso a uno de los magistrados. Se inicia el proceso solicitando los papeles que demuestren que quien es objeto de la queja es un profesional de la odontología, sobre quienes tiene competencia el tribunal. Una vez se comprueba que el inculpado es este tipo de profesional, se realizan las acciones pertinentes al caso, entre ellas solicitar pruebas, versiones de las personas involucradas, etc. En un plazo no mayor a quince días, el magistrado encargado presenta conclusiones. En ocasiones se podrá solicitar una prórroga para ampliación de testimonio, pruebas etc. Vienen las diligencias de descargos, ampliación de la queja, etcétera⁸⁷.

Una vez el tribunal tiene todos los elementos, el caso se presenta en sala y se decide sancionar o no en caso de que no se logre establecer la existencia de una falta a la ética. Según reza en el artículo 79 de la Ley 35 de 1989, a juicio del Tribunal Ético Profesional, de acuerdo con

⁸⁷ Ley 35 de marzo 1989 «Sobre Ética del Odontólogo Colombiano» Concordada con el Decreto Reglamentario 491 de 1990. Para una ampliación sobre el asunto véase: Artículo 71 al 79 de la Ley 35 de 1989. Diario Oficial de la República de Colombia, Bogotá, Colombia, marzo de 1989. Allí se encuentra en rigor todos los pasos seguidos en los procesos. Aquí solamente se dan algunas luces para ver como son los procesos en los tribunales.

la gravedad de las faltas o con la reincidencia en ellas, proceden las siguientes sanciones: a) amonestación privada; b) censura, que podrá ser: 1. escrita, pero privada. 2. escrita y pública. 3. Verbal y pública; c) suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por seis meses; y d) suspensión en el ejercicio de la odontología hasta por cinco años.

Tabla 1. Casos tribunal de ética odontológica de Cundinamarca

Año	Número total de casos	Número casos CI
91	1	0
92	29	3
93	19	0
94	22	1
95	29	3
96	37	3
97	54	3
98	42	3
99	35	4
00	37	9
01	49	5
02	50	5
03	53	9
04	42	13
05	56	15
06	93	16
07	80	14
08	74	23
09	63	27
010	34	22
011	6	2
Vigentes	6	0
Total	956	180

Fuente: Elaboración propia

Es importante resaltar el incremento de los casos desde cuando se instauran los tribunales de ética hasta la fecha. Desde 2010 no han disminuido los casos, y muchos no han terminado el proceso en el tribunal. Los casos que involucran el Consentimiento Informado (CI) aumentaron en el tiempo, mostrando un desfase entre la forma como se va imponiendo la norma, la exigencia en los tribunales y el cumplimiento por parte de la profesión.

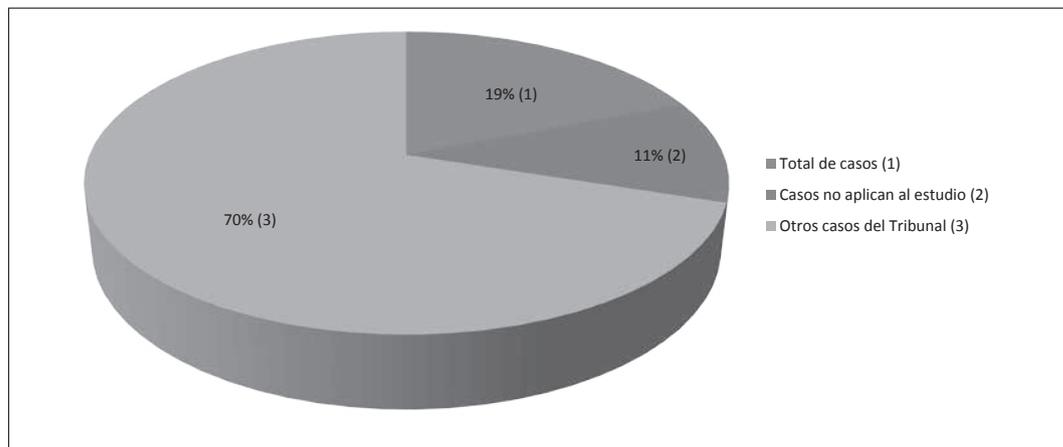
El término CI se usa por primera vez por parte de un abogado defensor en 1992, quien la refiere como una nueva teoría del derecho, sin ser realmente tenida en cuenta o comentada por el tribunal en ese momento. Es en 1996 cuando se habla por primera vez de la realización de una rehabilitación sin consentimiento y luego, en el mismo año, nuevamente se hace referencia a un caso de odontología general donde se cambia de profesional en una institución que atendía a un menor. En este caso, la quejosa (madre del menor) reclama por qué no se solicitó el consentimiento de los padres.

Según la persona encargada de recibir los casos en el tribunal de Cundinamarca, un porcentaje alto, entre 50 y 60 % de las personas que quieren instaurar una queja, no llegan directamente al tribunal sino que vienen remitidos básicamente de las secretarías de salud, pues es allá a donde en primera instancia acuden los quejosos. Por esta razón, algunos casos en que se demora el trámite de dirigirlos hacia el tribunal, hace que precluyan por vencimiento de términos. Expertos consultados en la secretaría, tanto como quienes manejan las asesorías de calidad y habilitación, refieren que puede deberse al hecho de que la secretaría se encarga de todo lo relacionado con registro y habilitación, así como de los distintivos que se deben tener a la vista de los pacientes y el público en general, en todos los sitios donde se hace prestación de servicios de salud, lo cual hace que la gente

acuda a ellos para quejarse. El problema es que ellos tienen que recibirla y revisar que el asunto no tenga que ver con problemas relacionados

con la parte administrativa o de calidad en la atención. Una vez verifican que no se trata de eso, lo redirigen al TEO.

Figura 1. Casos directamente relacionados con consentimiento informado



Fuente: Elaboración propia

Los casos directamente relacionados con consentimiento informado (180) casi alcanzan la quinta parte (19 %) del total de quejas allegadas al TEO en el período estudiado (956 casos).

Existe un 11 % de casos que no pertenecen al tribunal, en algunos casos por no ser odontólogo profesional quien es objeto de la queja, también porque los profesionales se trasladan y debe enviarse el expediente a otra seccional, se retiran los cargos, o las partes concilian, entre otras razones.

Tabla 2. Otros casos

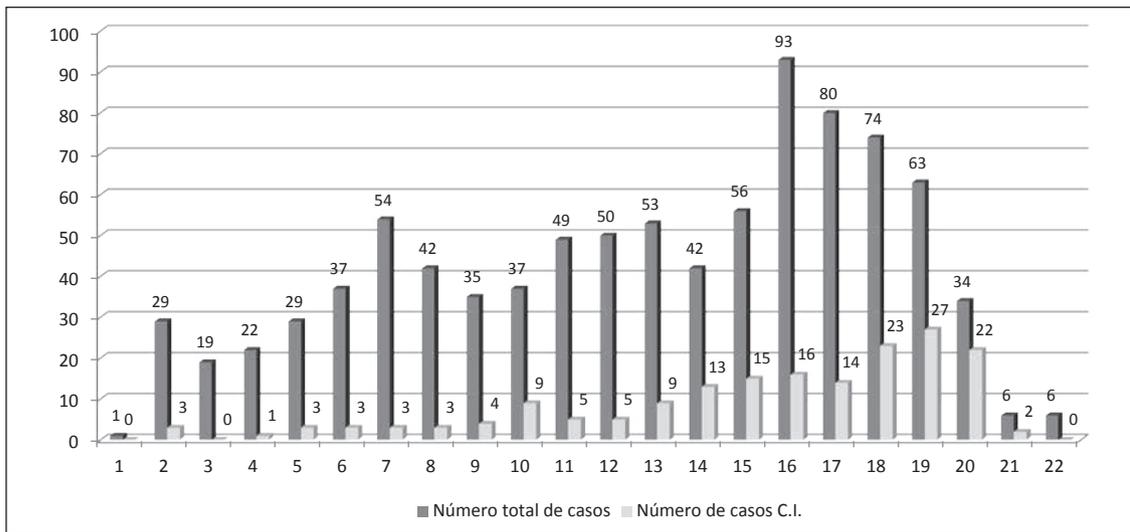
Otros casos comité	Casos no aplican al estudio	Total de casos CI
671	105	180
Total		956

Fuente: elaboración propia

En los primeros años del tribunal, se observan varios casos en que quien instaura la queja es la profesión misma representada en personas de la Federación Odontológica Colombiana o el mismo Tribunal, sobre todo por anuncios o publicidad indebida. Pocos años después, se va a plantear cierta flexibilidad al respecto, para luego ser eliminada definitivamente al ser declarada inexecutable mediante la Sentencia C355/94 de la Corte Constitucional, 11 de agosto de 1994, artículos 50 y 51.

Con los años se observa un incremento de los casos relacionados con CI, sobre todo teniendo en cuenta las quejas ético-disciplinarias asociadas con problemas en la información, también cuando se realizan acciones contrarias a los deseos del paciente. En los pronunciamientos de los tribunales en las sentencias se observa cómo se va a incluir cada vez más el término.

Figura 2. Número total de casos vs. casos CI



Fuente: Elaboración propia

Es importante anotar que, en los últimos años, se ha incrementado el número de casos relacionados con CI, básicamente por la exigencia de este, para todas las quejas que llegan al tribunal.

Tabla 3. Casos según especialidad odontológica involucrada

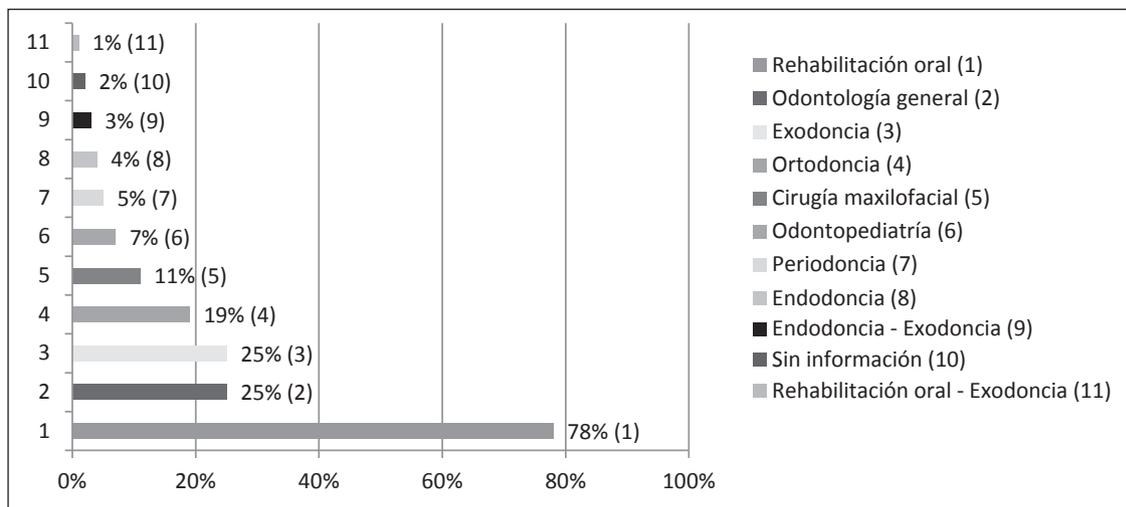
Especialidad odontológica	Nº
Ninguna	0
Rehabilitación oral/exodoncia	1
Sin información	2
Endodoncia-exodoncia	3
Endodoncia	4
Periodoncia	5
Odontopediatría	7
Cirugía maxilofacial	11
Ortodoncia	19
Exodoncia	25
Odontología general	25
Rehabilitación oral	78
Total	180

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se muestra número de casos y la especialidad relacionada. Es importante aclarar que la mayoría de profesionales involucrados son odontólogos generales, lo cual no aparece en la tabla.

La práctica odontológica clínica que presenta más problemas a partir de los casos observados, es la rehabilitación, y la principal causa suele estar relacionada con los costos elevados de esta especialidad. La motivación de queja por parte del paciente suele asociarse con la intención de que le devuelvan su dinero, o que le respondan por lo pagado. En algunos casos, para recuperar o mejorar su salud oral. Sigue la cirugía, ligada principalmente a complicaciones de procedimientos. En las dos situaciones mencionadas, lo más relevante en cuanto a deficiencias del CI es su total ausencia, haber suministrado una información deficiente o la no advertencia de riesgos.

Figura 3. Número de casos CI por especialidad odontológica



Fuente: Elaboración propia

Tabla 4. Profesionales o instituciones

Profesional o institución Involucrado/a	Nº
Clínica Privada	13
Hospital Público	1
IPS	1
Odontólogo	72
Odontóloga	79
2 Odontólogos	8
3 o Más Odontólogos	3
Policía Nacional	1
Universidad	1
Sin Información	1
Total	180

Fuente: Elaboración propia

Es innegable que los profesionales más involucrados en quejas ético disciplinarias son los odontólogos en consulta privada, casi por igual

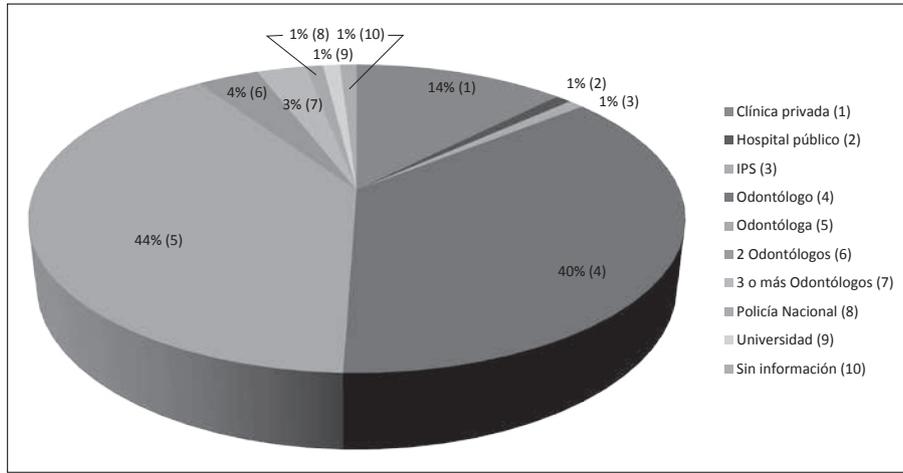
hombres que mujeres. Aquí nuevamente se ve, de manera clara, que la mayoría de las quejas están relacionadas con los costos, ya que la consulta privada está financiada, en general, por el paciente o su familia.

Tabla 5. Personas que acuden ante el Tribunal para instaurar la queja.

Quejoso Involucrado	Nº
Hospital Público	1
Menor Hombre	4
Menor Mujer	14
Odontóloga	2
Paciente Hombre	48
Paciente Mujer	109
Varios Pacientes	1
SDS	1
Total	180

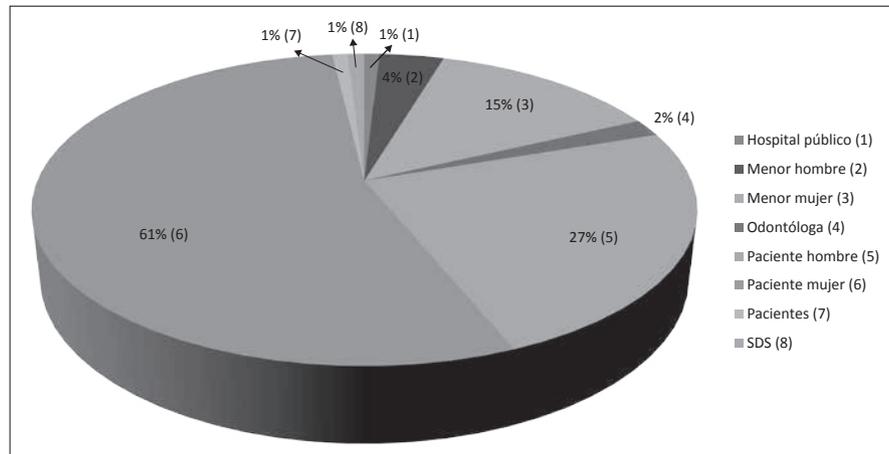
Fuente: Elaboración propia

Figura 4. Profesional Involucrado



Fuente: Elaboración propia

Figura 5. Paciente Involucrado



Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar, son las pacientes mujeres quienes están más involucradas en las quejas éticodisciplinarias. No puede establecerse la o las razones que expliquen esta diferencia. Puede ser porque ellas cuidan más su salud oral o están más dispuestas a reclamar sus derechos, debido a circunstancias socioculturales⁸⁸.

Casos sancionados o no por el tribunal de ética odontológica de Cundinamarca de los relacionados directamente con CI.

⁸⁸ Un estudio de 2007, del SERNAC, Servicio Nacional al Consumidor en Chile reveló que en asuntos de salud las mujeres duplican las quejas en relación con los hombres. Igualmente, en

el 2010, la Comisión Defensora del Ciudadano constató que las mujeres son más proclives a reclamar que los hombres. La razón de tan alta reclamación en salud por parte de las mujeres, podría estar relacionada con aspectos socioculturales del cuidado, de la condición de la mujer en América Latina en alta proporción cabeza de familia cuidadora y proveedora, etc.

Tabla 6. Tipo de fallo

Tipo de fallo	Nº
Cesación	1
Censura escrita y pública	20
Amonestación privada	21
Prescribió	31
Censura escrita y privada	37
No hubo cargos	70
Total	180

Fuente: Elaboración propia

Casi un 39 % de casos terminaron en alguna sanción, le siguen los casos donde no se formularon cargos en contra de los odontólogos con un 33 %. Nótese que un importante porcentaje prescribe por vencimiento de términos (17 %).

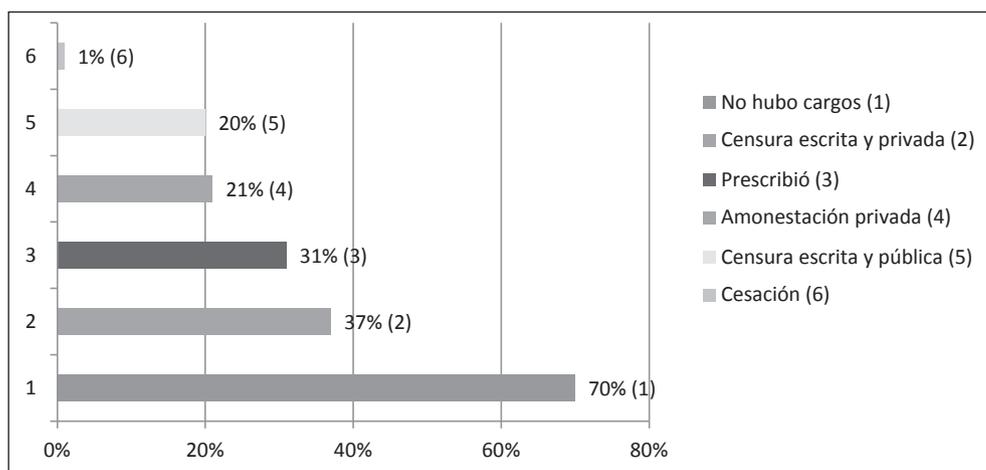
De 180 casos, 78 tuvieron algún tipo de sanción lo que demuestra que el incumplimiento de alguno de los parámetros estipulados por la Ley, y que involucra directamente el CI, está presente en ellos.

2.2.4 Análisis de contenido de los procesos ético disciplinarios: Se procedió a incluir los relatos en el programa Atlas TI, versión 5.0 para elaborar las categorías, así:

2.2.4.1 Hay Consentimiento Informado: Al analizar los casos, encontramos una tendencia al incremento en quejas relacionadas con consentimiento informado, con el paso del tiempo entre las décadas de 1990 y 2000, tanto de la forma como se empieza a exigir por parte del tribunal como de la forma como se empieza a familiarizar el profesional con el término. Es así como, en su mayor parte, se encuentran formatos de consentimiento, la mayoría de los cuales hacen parte de la Historia Clínica.

Posteriormente, se encuentran aquellos relatos del Tribunal de Ética Odontológica (TEO), los cuales en su mayor parte se orientan a señalar que existe efectivamente el CI, tal como lo ejemplifica el siguiente relato: «Aparece la debida autorización para los procedimientos, la evolución del Tratamiento y el Consentimiento informado con firma y aceptación del denunciante». (Versión TEO).

Figura 6. Sanciones



Fuente: Elaboración propia

En menor proporción están aquellos relatos de odontólogos que mencionan, al igual que las versiones del TEO y otros, que sí informaron al paciente el tratamiento, además de presentar la correspondiente Historia Clínica, así como la advertencia de riesgos. En versión de pacientes, solo tres narrativas tienen una relación directa con la aceptación de la existencia del CI: «Yo asumí la responsabilidad de que me colocaran el trabajo sin tallar el canino, firmando un consentimiento en la HC».

2.2.4.2 No hubo explicación ni consentimiento: En más de una tercera parte de los procesos se encuentran referencias a que no se informó o que no se explicó, es decir, existe un número importante de casos que presentan problemas en el CI, entendiéndolo como un proceso en que se encuentran involucrados la comunicación clara, concisa y honesta entre odontólogo y paciente, las explicaciones oportunas sobre los principales aspectos del tratamiento: riesgos, advertencias, estado de salud, cuidados postratamiento, alternativas al tratamiento, materiales con los que se trabaja, procedimientos, entre otros.

De esta forma, se logra evidenciar que al realizar una codificación abierta respecto a los casos que tuvieron problemas con el CI, el 90 % de las narrativas tienen que ver directamente con las versiones de los pacientes y el 10 % restante son versiones que hizo el Tribunal al respecto.

En la versión de los pacientes se encontró lo siguiente:

- La mayor parte de los pacientes señalaron que no se les informó. En algunos casos, advierten que no se le dijo nada: «No me dijo absolutamente nada [...] sentí que me estaba hurgando». En otros casos se evidencia la falta de información primaria por parte del odontólogo: «No me infor-

maron la situación de ausencia de algunas muelas que genéticamente no las tenía». Incluso existen pacientes que tienden a ser mejor argumentados a la hora de explicar la escasez de información por parte del doctor: «No encontré por parte del Doctor ninguna clave de información plena, clara y apropiada que me permitiera discernir, escoger, aplazar o cancelar la cirugía que podría tener consecuencias lesivas para mí». (Versión paciente).

- Otros pacientes manifiestan que nada se les explicó sobre el tratamiento, o procedimientos particulares, lo que origina en los pacientes desconfianza e incertidumbres, teniendo en cuenta que, en ocasiones, las consecuencias son de una alta materialidad, como se dice en el derecho: «No explicó la causa por la cual se hace la extracción de una muela, lo cual originó muchos problemas», de igual forma, algunos señalan que, a pesar de existir documento de consentimiento informado, no le fue claro el procedimiento realizado: «No, no me explicó nada, yo leí lo que decía el documento nada más (...) Si me hubiera dado una explicación clara, yo le hubiera dicho que no me hiciera el tratamiento». En esta misma vía hay opiniones de pacientes que mencionan la no advertencia de riesgos: «Se realizó una cirugía sin que previamente se me advirtiera de los riesgos de la misma». (Versión paciente).
- Los casos también evidencian que hay pacientes quienes relacionan directamente la falta de consentimiento para los tratamientos efectuados por los odontólogos: «Le quiero recalcar a la Doctora que ella me anestesió sin mi consentimiento». (Versión paciente). Para ellos es importante también que en temas tales como la anestesia y las extracciones de piezas dentales se le infor-



me y se les solicite consentimiento: «Sin mi consentimiento y estando yo privada de toda sensibilidad, procedió a hacerme resinas en las piezas dentales». (Versión paciente).

- Otro de los conceptos que aparece es el tratamiento en contra de la voluntad del paciente: «En contra de mi voluntad debido a la insistencia de la profesional acepté el procedimiento sugerido por ella». (Versión paciente). Este tipo de argumentos señalan claramente que algunos pacientes en ciertos casos y bajo ciertas circunstancias se sienten intimidados por el odontólogo, lo que hace que pueda doblegar la voluntad del paciente para efectuarse tal o cual procedimiento: «El doctor me insistió en el tratamiento, pero yo no quería realizarlo, sin embargo, ante la presión yo decidí». (Versión paciente).
- En menor proporción aparecen algunas narrativas en las que directamente se menciona la ética: «La falta de ética por haberme realizado un tratamiento de conducto sin antes notificarme». (Versión paciente). También aparecen opiniones en las que se cree que el acto odontológico no tuvo justificación: «La odontóloga sin motivo justificado extrajo un diente de un menor (2 años) no se explicó nada, luego se dijo en el centro médico que era por presentar abscesos». (Versión TEO).

2.2.4.3 No presenta CI escrito: En este caso, mucho más de la tercera parte de los procesos presenta problemas al respecto. Son casos en que no se informó o advirtió y se encontró lo siguiente:

- La mayor parte de alusiones respecto a la no presencia de consentimiento informado son referidas por el TEO. Para el Tribunal,

cada vez más, el consentimiento informado hace parte fundamental de un proceso (en muchos casos como acervo probatorio) con miras a demostrar la aceptación de un determinado tratamiento por parte de un paciente, tal como lo advierten los siguientes relatos:

«...no deduce acervo probatorio ya que no quedó consignado en HC» (...)

«Es menester del profesional informar adecuadamente al paciente o representante legal de dichos riesgos y dejar constancia en la HC». (Versión TEO).

«Considero que la HC es deficiente, no hace la constancia de advertencia de riesgo, además el profesional así lo acepta, pero no excusa el hecho de no dejarlo consignado en la HC, más aún cuando el paciente no estaba de acuerdo con el tratamiento a seguir». (Versión TEO).

«Se considera que existió, por parte de la profesional, falta de prudencia al no diligenciar el consentimiento informado para la extracción». (Versión TEO).

«La Doctora deja consignado que el Tratamiento está llamado a fracasar haciendo firmar a la paciente pero sin dejar constancia de qué fue lo que exactamente le informó a la paciente y de informar de los riesgos y posibles consecuencias y de haber sido entendidas por la paciente no se hubiera dado, esto significa que no hubo consentimiento informado». (Versión TEO).

- El señalamiento de ausencia del CI escrito, es poco advertida por los pacientes (solo 3 de ellos lo mencionan). A continuación se trae a colación las narrativas de los pacientes:

«Es de anotar que el Doctor omitió en su primera consulta su deber de informar a mi esposa es decir, NO REALIZÓ el correspondiente consentimiento informado y también

omitió el Consentimiento Informado previo al acto quirúrgico». (Versión TEO).

«Yo no firmé ninguna autorización para que me extrajera la muela buena». (Versión paciente).

«La verdad, yo no recuerdo haber firmado un consentimiento informado o algo por el estilo». (Versión paciente).

2.2.4.4 Información brindada y/o advertencia:

Son muchos los casos en los que se habla respecto a información brindada y/o advertencia. Son relatos donde se dice si hubo o no advertencias por parte de los odontólogos, podemos ver que la mayor tendencia por parte de los odontólogos es a señalar que si existió la advertencia, consentimiento, información.

En ellos se observan las tendencias siguientes:

- La mayor parte de los odontólogos mencionan que efectivamente le informaron de las posibles consecuencias y riesgos del tratamiento. En la mayor parte de estos discursos se dice que los pacientes conocían los elementos, contraindicaciones, materiales y demás aspectos que hacen parte de los procedimientos odontológicos: «A la señora se le informó y se le advirtió sobre la existencia de cuatro tipos de materiales para la elaboración de corona». (Versión odontólogo).
- Otros odontólogos (en menor proporción) enfocan las advertencias al estado de salud oral o salud en general en el que se encuentra el o la paciente: «...le di alerta a la paciente haciendo énfasis en la necesidad del tratamiento periodontal y que no se le podía continuar con el movimiento de los dientes, informándole que de no realizarse el tratamiento podía llegar a perder sus dientes». (Versión odontólogo).

- Existen otro tipo de narrativas en las que aparecen justificaciones formales respecto al diligenciamiento del CI y la relación de este con la aceptación del paciente de realizarse o no un tratamiento: «En la HC de la paciente se encuentra la rúbrica de la señora como lo señala aceptación, de no haber sido aceptado, en primera instancia no hubiese existido la firma de la paciente o tuviese una anotación que expresara la inconformidad o desacuerdo». (Versión odontólogo).

- Otros profesionales mencionan el hecho de la advertencia como forma de información y/o explicación brindada al paciente: «No solo cumplió con el acto de informar al paciente, sino que la percepción que él y cualquier persona tendría del paciente, hacía pensar que el acto mediante el cual le informé e hizo la advertencia del riesgo previsto fue suficiente». (Versión odontólogo).

- Finalmente está otra variedad de argumentos esgrimidos por distintos odontólogos en los que relacionan la información brindada al paciente con aspectos tales como: que el paciente siempre estuvo de acuerdo con el tratamiento, o siempre aceptó el mismo (sin explicitar de que se trata la aceptación o estar de acuerdo), siempre buscó el mejor tratamiento posible e incluso uno que señala el costo del tratamiento con información respecto al tratamiento y posterior aceptación: «Se le informa a la paciente la extracción del diente con consentimiento de la paciente y aceptación asumir el costo del tratamiento se realiza coronas». (Versión odontólogo).

El discurso del TEO no se distancia mucho de los que la mayoría de odontólogos mencionaron, ya que los relatos presentes en el TEO se

centran en que sí hubo formato de Consentimiento Informado y casos en los que el odontólogo efectivamente informó al paciente sobre riesgos, consecuencias, problemas, etcétera. De igual forma, lo que se encuentra en el discurso de pacientes y de «otros» involucrados hace referencia a que sí existió información brindada sobre el tratamiento.

2.2.4.5 No se advirtió los Riesgos del Tratamiento: Se tuvo en cuenta como categoría individual la de no advertencia de riesgos del tratamiento en virtud del gran número de casos que lo mencionaban y por la relevancia que esto tiene en la aceptación o negación de tratamientos por parte de los pacientes.

Un número importante de los casos en el TEO no presentaron advertencia de riesgos del tratamiento. Principalmente, se menciona por parte del TEO, que no existió ningún tipo de advertencia de riesgos. Solo en un caso se habla de problemas de comunicación: «Lo lógico es que usted como profesional debe y tiene la obligación de advertir al paciente todas las expectativas y posibilidades. Hubo problemas de comunicación y eso ocasionó problemas». (Versión TEO).

Seguidamente, los pacientes han mencionado, a lo largo de los casos, quejas recurrentes respecto a la escasa información o no advertencia por parte de odontólogos y odontólogas. En este sentido son frecuentes relatos tales como: «No me advirtió», «No me explicó», «No me informó de los riesgos», etc. «El Doctor en ningún momento me dijo que podría perder de manera definitiva la sensibilidad en mi cara». (Versión paciente). «Jamás el doctor me explicó el alto riesgo de perder la sensibilidad en mi cara el doctor jamás advirtió al paciente del riesgo y consecuencias ni con las manos ni con señas». (Versión paciente).

De igual forma, en la versión de «Otros», aunque no es muy frecuente, se evidencia lo reiterado por los pacientes, es decir, otros profesionales (odontólogos, auxiliares o demás) señalan problemas de información, comunicación y escasa o nula advertencia de riesgos: «Reconocemos que hubo falla en la comunicación al no haberse informado sobre los posibles inconvenientes y pronóstico reservado que tenía el molar». (Versión Clínica).

En esta codificación es curioso ver que solo un (1) odontólogo admitió el hecho de ver falta de información o advertir al paciente, tal como lo señala el siguiente relato: «Informó al despacho que no le explicó expresamente que ella podía tener una parálisis facial porque no es una complicación común, es extraña y cuando se presenta se resuelve». (Versión odontólogo).

2.2.4.6 No tenía CI. Hoy ya lo tiene: Algunos odontólogos señalan que en el momento en que sucedieron los hechos no tenía formatos de CI, pero hacen la salvedad que en el momento en que se citan a rendir su versión al TEO (en el proceso de descargos) advierten que ya tenían el respectivo formato de diligenciamiento del CI. Los relatos están entre 2001 y 2006, lo que muestra un poco como ha sido el desarrollo de la teoría en la práctica clínica. Antes de estos años no existe ninguna mención al respecto, ni después del 2006: «Aceptó el hecho de haber diligenciado el Consentimiento Informado por cuanto para la época de los hechos no lo estaba utilizando». (Versión TEO). «Ahora sí estoy en elaboración de uno (C.I), en ese momento no lo tenía». (Versión odontólogos).

2.2.4.7 Reconocimiento de errores en el consentimiento y expresión del deseo de mejorar por parte de los odontólogos: A lo largo de la revisión de los casos del TEO son escasas las manifestaciones de odontólogos(as) en las

que asumen errores en la aplicación o implementación del CI con los pacientes. Solamente se encontraron unas cuantas narraciones de Odontólogos en las cuales se observa esto.

En ellas, ante la evidencia clara del mal diligenciamiento de formatos de consentimiento o la mala puesta en práctica del proceso en el sentido de no advertir, por ejemplo, riesgos, se da el reconocimiento del error y la manifestación del interés por mejorar mediante la generación de acciones correctivas y la promesa de no volver a generar este tipo de errores. Un ejemplo de esta intención se ve en el siguiente relato: «Deseo ratificar que se han realizado las acciones correctivas, para corregir las deficiencias en los procedimientos de elaboración de HC en su información, de acuerdo con la normatividad vigente, así como la información completa y detallada de los tratamientos que se aplicarán a todos mis pacientes (Consentimiento Informado) donde se gestionará la firma del mismo por cada actividad realizada». (Versión odontólogo).

2.2.5 Autonomía: De acuerdo con la sistematización de los datos, podemos decir que el concepto de autonomía es escasamente mencionado en los casos del TEO, y se da particularmente en la versión de los odontólogos. Se pudo ver que, cuando se habló de él, se equipara a otros conceptos relacionados.

Sobre el concepto de autonomía, se dan estas tendencias principales:

- En algunos casos existe presencia de argumentos en los cuales se menciona por parte de los odontólogos la realización de tratamientos «con la autonomía» de sus pacientes, identificándolo con la *voluntad*, en un caso se dice «ejemplo de que ejerció su autonomía es querer hacerse el procedimiento odontológico».

- En otros casos se menciona que el paciente asumió la «autonomía» de su tratamiento desde una postura *informada y, por ende, consentida*.
- Cuando una providencia del tribunal mencionó el concepto de autonomía, fue de manera categórica, enunciada desde una perspectiva de derecho con carácter *invulnerable, prevalente y constitucional*

2.2.6 Consentimiento informado como derecho fundamental: Aunque solamente en dos ocasiones se presentó, es importante citar que tanto un odontólogo como un abogado defensor afirman que el CI es un derecho fundamental, caracterizado por ser de libre autodeterminación y se asocia también con la voluntad y el libre desarrollo de la personalidad de los pacientes, como se observa en uno de los relatos: «...el consentimiento informado está manejado como un derecho fundamental, así como lo es el libre desarrollo de la personalidad y la libre autodeterminación». (Versión de TEO).

2.2.6.1 Consentimiento informado donde se involucra una tercera persona: Entre los casos analizados en el TEO, se encontraron dos versiones de odontólogos que señalaron que el CI se ejecutó anteriormente por parte de una tercera persona, argumento que introducen para justificar la no aplicación del CI por parte de ellos. Lo característico en ambos casos es que sucedieron dentro de instituciones (una pública y una privada) y las versiones son encontradas, pues el paciente refiere que no fue informado pero, como existió un documento, no se sanciona. Otra parte de la institución hizo el CI. Se trata de un caso en el que se señala, por parte del odontólogo, que el CI se diligenció anteriormente por la institución donde labora: «...queda claro, que le consentimiento es un acto previo al inicio del tratamiento y que debió ser realizado por la institución., no por

mí; toda vez que yo recibí a la paciente con un tratamiento ya iniciado, confiado plenamente en que la institución o su delegado en cumplimiento de la mecánica del servicio, ya había informado a la paciente». (Versión odontólogo).

2.2.6.2 Riesgo injustificado: Se evidenció alusión a la categoría de «riesgo injustificado» en la que se señalan aspectos relacionados con peligros a la salud oral y general del paciente: por ejemplo extracciones sin tener en cuenta estado general, procedimientos donde no se realizaron exámenes especializados o complementarios, destrucción de tabla alveolar. En estos casos el problema es que, además del riesgo injustificado, hay deficiente información al paciente.

2.2.6.3 Deficiencias en la información: Se puede ver que, en no pocos casos, los pacientes manifiestan no haber recibido información clara, pertinente y concisa respecto al tratamiento, sus posibilidades, complicaciones o riesgos. En ocasiones tienen formatos de consentimiento informado firmados, tal como lo refiere el tribunal en uno de los casos, donde existe un consentimiento escrito y se dice que en general «SE ADVIERTE DE RIESGOS». No obstante, pese a figurar la firma de la paciente, al ser interrogada sobre el hecho de que le hubiesen advertido los posibles riesgos contestó que el Dr. solo le había dicho que eso le quedaba súper bien». (Versión TEO).

Hubo otros casos en los que se informaron los posibles perjuicios y riesgos posteriormente al tratamiento, cuando estos deben informarse antes de comenzar. En algunos casos, los pacientes son enfáticos en decir que el odontólogo no dio ningún tipo de información que permitiese al paciente tener claros los riesgos y posibilidades de tratamientos alternativos.

2.2.6.4. Conflicto económico: Varios de los casos del TEO presentan conflictos de tipo

económico, los cuales van de la mano con problemas de información, tal como lo evidencia el siguiente relato: «Le informé a la Paciente sobre los materiales del tratamiento, y le recomendé el más económico por su situación, pero ella escogió el más caro». (Versión de odontólogo).

La mayor parte de los casos con este tipo de conflicto económico, suceden por problemas en el incremento en el precio para el paciente o el no respeto de la cotización inicialmente pactada entre odontólogo y paciente. En menor proporción se encuentran casos en que los pacientes reclaman la garantía del trabajo -entiéndase tratamiento- el Tribunal de Ética Odontológica señala que no tiene ninguna competencia en conflictos económicos.

2.2.6.5 Deficiencias en el consentimiento informado escrito: En los casos del TEO Cundinamarca, con bastante frecuencia se advierten deficiencias en el documento escrito de CI. Los problemas se presentan en diversos aspectos, pero sobre todo relacionados con una pobre comprensión, que adquiere matices diferentes a partir de los relatos en versiones de pacientes, odontólogos, TEO y otras personas involucradas.

Un dato importante es que, en los registros de los odontólogos, un grupo considerable no diligenció el formato con la firma del paciente, lo que demuestra que no está clara la esencia del consentimiento escrito, cual es reconocer en el otro el poder decidir. La pregunta sería: ¿Para qué un consentimiento si no firma quien lo debe otorgar? Se presentan casos en que el odontólogo afirma cosas como «el consentimiento informado se quedó con otro doctor». También hay casos en que no se hace un consentimiento sino un contrato, o un documento que no es ni consentimiento ni pertenece a la historia clínica, o donde se asegura que la historia clínica se extravió. Todo esto evidencia un poco el asunto de no ver el consentimiento

como parte de los derechos del paciente, sino la dinámica contractual que se vincula con el criterio económico.

En las versiones del tribunal frente al consentimiento informado escrito se corrobora lo contenido en la versión de los odontólogos, cuando esta instancia llama la atención sobre lo problemático respecto a que el consentimiento se encuentre firmado solo por el odontólogo. Igualmente, se expresa en las falencias o deficiencias en el manejo de la historia clínica en varios procesos. Se menciona, además, lo mal que resulta no conservar los formatos de CI en un lugar seguro.

En la versión de «otros», sobre todo abogados defensores de odontólogos, se evidencian cosas como justificaciones a problemas en los formatos de CI e historia clínica y demás documentos que son soportes en físico, útiles como pruebas dentro de los procesos. Se encontró que varios de ellos no estaban firmados o presentan deficiencias en su diligenciamiento.

Respecto a los pacientes, es evidente que son los menos conocedores del CI, su documento escrito y su aplicación en odontología. En general no se refieren a él o sus falencias. De las cuatro tipologías de narrativas son las que menos hacen referencia a este asunto. Entre los pacientes, se encuentran dos problemas principales: unos dicen no conocer lo que firman y, segundo, hay quien asegura que «El Profesional me hizo firmar un documento en blanco».

En relación con las versiones de los odontólogos, es importante entrar más en detalle, pues así se puede ver mejor la aproximación que van haciendo en los últimos años. Se evidencia que la mayor parte de los profesionales inmiscuidos en los procesos tienen problemas con el registro escrito de CI, aunque muchos de ellos señalen

que sí les informaron (la mayoría señala que fue de manera verbal) como se expresa en el siguiente relato: «Doy fe que los riesgos se le informaron a pesar de que no se consignaron por escrito». (Versión de odontólogo).

En este mismo sentido, hay ciertos casos en que el error en el diligenciamiento de la información obedece a los niveles de confianza que tenían el odontólogo y el paciente, tal como lo señala el siguiente relato: «La doctora en diligencia de versión libre y espontánea, reconoció no haber elaborado el consentimiento informado y que no lo hizo por la confianza que tenía con el paciente y que es consciente que el no haberlo registrado, fue un error». (Versión del TEO).

Algunos odontólogos presentan problemas en el CI escrito en casos tales como:

- Otro odontólogo se quedó con el documento diligenciado;
- El doctor diligenció el consentimiento en otro tipo de formato o contrato: «Estas recomendaciones se hacen de forma oral y en el contrato figuran otras por escrito, estas son firmadas por el paciente». (Versión odontólogo);
- En menor proporción, algunos odontólogos presentaron ciertas falencias o deficiencias en el manejo, cuidado y custodia del CI: «Si hice firmar todos esos requerimientos pero reitero que desafortunadamente los extravié en un trasteo». (Versión odontólogo).

2.2.6.6 Explicación de beneficios y riesgos: Se encuentran, con cierta frecuencia, argumentos en los que se señala que hubo explicación de beneficios y riesgos. En una proporción amplia los odontólogos mencionan que hubo

explicación de beneficios y riesgos seguidos de las narrativas de los «otros actores» entre ellos abogados y auxiliares que aseguran que si se advirtieron riesgos. Quienes menos señalaron que les fueron explicados tanto beneficios como riesgos del tratamiento propuesto son los pacientes.

En relación con esta categoría codificada, se puede decir que casi todos los odontólogos señalan que realizaron algún tipo de advertencia al paciente: la mayoría de ellos dicen que advirtieron sobre los riesgos y beneficios del tratamiento que realizaron, seguidamente se encuentran aquellos que dieron explicación del tratamiento (específicamente en uso de materiales, procedimientos, manejo del dolor, entre otros), posteriormente están aquellos odontólogos que se enfocaron específicamente en los problemas o riesgos del tratamiento, sin explicitar sobre los beneficios. Finalmente, están aquellos que se limitaron solo a explicaciones relacionados con los costos o pagos del tratamiento, tal como lo advierte el ejemplo siguiente: «...procedí, previamente a realizar cualquier procedimiento a la paciente, a obtener su consentimiento respecto al mismo, frente al presupuesto realizado y su forma de pago». (Versión odontólogo).

Por su parte, la versión del TEO está enfocada principalmente a mencionar que hubo consentimiento informado de acuerdo a la evidencia (en formatos o en la historia clínica) en relación con los beneficios y riesgos. También, se señaló, en algunos casos, que los riesgos fueron «consentidos» por el paciente, como lo advierte el siguiente relato:

«...en el respectivo escrito de Consentimiento Informado, figura expresamente que el paciente ha sido informado sobre el procedimiento a realizar, sus complicaciones como “dolor, infección, alveolitis, edema facial, hemorragia, celulitis y además” y las dudas que

han tenido al respecto le han sido suficientemente aclaradas. “Dejo expresa constancia que he recibido precisa y claras instrucciones e información con respecto a las características y efectos del procedimiento cuya práctica he autorizado”». (Versión TEO).

En la versión de otros involucrados en los procesos del TEO, se encuentra tres tendencias principales: en primer lugar, la aparición de explicación de beneficios y riesgos (con la respectiva firma del paciente), en segundo lugar, están las explicaciones y argumentaciones de un abogado(a) sobre el tema de riesgos y beneficios. Por último, se encuentran narrativas en las que está presente la versión de la auxiliar sobre la información de beneficios y riesgos.

Finalmente, las narrativas de los pacientes (que como mencionaba anteriormente fue la menor proporción) señalan que fueron informados y sabían sobre los beneficios y perjuicios así como los sobrecostos del tratamiento.

Relacionada de manera muy estrecha con esta categorización, se encuentra la elaborada para la explicación verbal que se coloca a continuación

2.2.6.7 Explicación verbal: En un importante número de los casos se encuentran narrativas en las que aparece «la explicación verbal» como forma de práctica de consentimiento informado.

Se evidencia que la explicación verbal como argumento es la más usada por los odontólogos, quienes constantemente manifiestan que durante el tratamiento informaron a sus pacientes de forma verbal, y entre ellos algunos admiten que el mismo no fue realizado de forma expresa o escrita: «...se le habló verbalmente al paciente sobre las alternativas incluyendo los riesgos si bien el consentimiento no fue expreso fue tácito». (Versión TEO). «...el CI si fue realizado por este en forma personal y verbal y

por lo tanto no siento haber faltado a mi ética como profesional odontológico en este punto». (Versión odontólogo).

En menor proporción están algunos odontólogos que admiten el error de no registrar el CI, pero hacen hincapié en señalar que informaron a sus pacientes de forma verbal, tal como lo ejemplifica el siguiente relato: «Soy consciente que no haberlo registrado fue un error. Sin embargo, el paciente si fue informado por mi acerca del procedimiento que le iba a ser realizado y sus posibles riesgos y él me permitió realizarlo consciente y libremente, aunque no consta por escrito». (Versión odontólogo).

Finalmente, hay odontólogos que argumentan que el CI no necesariamente tiene que ser de forma escrita, es decir, se amparan en lo ambiguo de la Ley para que pueda ser verbal: «No existe legislación alguna que exija como requisito ab sustancian actos del consentimiento informado, su constancia por escrito». (Versión abogado de odontólogo).

En el mismo sentido, existen varias explicaciones (básicamente de abogados) en las que se señala este mismo argumento y otros que afianzan la tesis de que el odontólogo efectivamente informó a sus pacientes.

En menor proporción se encuentran relatos por parte del TEO (solo dos casos) y de los pacientes (un solo caso) en los que se admite la explicación verbal en un tratamiento. «...se explicó –de forma verbal- en debida forma por qué razón no se podía hacer caso de sus caprichos máxime que él no tenía la idoneidad para imponer su criterio». (Versión TEO).

Hubo dos casos en los que se señaló que el proceso de información y explicación de los riesgos y del consentimiento informado se realiza con el padre o madre de pacientes que

son mayores de edad: «Se le explica al padre del menor el consentimiento informado y se firma...». «Se le explica todo el procedimiento a la mamá». (Versión TEO). En estos casos es importante advertir que el conocimiento sobre el criterio legal de competencia no es claro para el profesional.

2.2.6.8 Explicación técnica del tratamiento:

En algunos casos se encuentra que el odontólogo, si bien explicó al paciente, no lo hizo con los términos adecuados, sino con terminología del ámbito odontológico, de difícil comprensión por parte de personas ajenas a este lenguaje. Igualmente, se hace énfasis en que no es suficiente el hecho de continuar asistiendo a la consulta para determinar que existe un consentimiento tácito o sobreentendido. Ejemplo de lo anterior se encuentra en narrativas como:

«El Paciente desconoce la terminología odontológica, la ciencia y los procedimientos que se le deben practicar, razón por la cual no puede hablarse de consentimientos tácitos de los pacientes por el simple hecho de continuar asistiendo a la consulta». (Versión del TEO).

«...no, le dije que la furca estaba expuesta, no la raíz, claro está que la furca no es un léxico para el común, en ese caso yo empleé términos muy ortodoxos». (Versión de odontólogos).

2.2.6.9 Formato de exoneración:

Dos casos puntuales hacen referencia a «formatos de exoneración». Es importante citarlos por sus implicaciones. Los odontólogos buscaron, en lugar de un consentimiento informado, un documento que evitara futuras demandas por parte de los pacientes, esta es una de las narrativas: «El doctor me puso a firmar unos documentos (de exoneración) sin los cuales no me podía atender y sin prever las consecuencias, firmé». (Versión paciente).

2.2.6.10 Inconformidad en tratamiento a menores: Se pudo observar un número considerable de quejas relacionadas con inconformidades en tratamientos a menores. La mayor parte de las narrativas vienen de parte del TEO, el cual manifiesta principalmente los problemas en el consentimiento informado a los padres o tutores del o la menor.

Es importante tener en cuenta que más de la mitad de los casos dónde existen problemas de CI con menores, tienen que ver con la extracción de piezas dentales.

En las versiones de pacientes, odontólogos y otros, de igual forma, se hacen explícitos los problemas de consentimiento informado y se pueden interpretar también con acciones contrarias a la voluntad del paciente: «La odontóloga sin motivo justificado extrajo un diente de un menor (2 años) a un centro médico por presentar abscesos». (Versión pacientes).

2.2.6.11 Lectura teórica del consentimiento informado: La alusión a literatura sobre consentimiento informado va presentándose de manera incremental en los relatos. Es interesante como recurrir a la teoría del consentimiento se hace de manera argumentada. En su mayoría, la invoca el TEO en las sentencias éticodisciplinarias. Lo más recurrente es el artículo de la revista de la Federación Odontológica Colombiana sobre Consentimiento Informado (2004), y lo incluido como doctrina en el texto del Tribunal Nacional (2003)⁸⁹. Adicionalmente, un odontólogo trae a colación otra argumentación académica: «El consentimiento no se deduce por el hecho de que el paciente permita la realización del tratamiento o procedimiento pues, en las más de las veces, no tiene los conocimientos científicos, el pacien-

te accede amparado en el principio de buena fe y por ello acepta la actuación del profesional, pero, no obstante, ello no significa *per se* que se trate de un paciente informado». (Versión odontólogo).

Uno de los odontólogos acudió a la sentencia de la Corte Constitucional (Sentencia T-401 de 1994) para señalar que: «Vemos como la corte, al enfrentar el paternalismo científico de los profesionales de la salud contra la voluntad de los pacientes, esta pesa frente a lo que el profesional indica, esto se conoce como Consentimiento Informado». (Versión odontólogo).

De igual forma, hubo un abogado que citó el documento «*De la responsabilidad Médica*» de ediciones Rosaristas.

2.2.6.12 Acciones que son contrarias a la voluntad o deseo del paciente: Se codificaron como acciones que son contrarias a la voluntad o deseo del paciente algunas situaciones relacionados con problemas críticos de consentimiento informado en odontología. Se encontró que varios casos presentaron problemas en relación con el deseo contrario de los pacientes en cuanto a un procedimiento o tratamiento realizado. Se evidencian entonces, no solo problemas en la comunicación odontólogo-paciente, sino que las acciones tienen que ver con la no observancia del respeto a la autonomía del paciente en niveles básicos. «Yo no quería que me aplicaran anestesia pero el odontólogo dijo toca y cuando me di cuenta ya me había chuzado». (Versión paciente).

Así mismo, se presentan acciones contrarias al deseo del paciente, evidentes en casos de presión por parte del odontólogo para realizar un tratamiento u otros donde están involucrados menores y se ignoran los reclamos del acudiente: «el odontólogo me ignoraba, no me respondía lo que preguntaba y cuando menos

⁸⁹ Documentos ya citados y producto del trabajo realizado en la Maestría de Bioética de la Universidad el Bosque y el trabajo como docente de la Facultad de Odontología de la misma Universidad.

pensé, le había sacado la muela sin siquiera tomar una radiografía». (Versión paciente). Otras manifestaciones de pacientes, donde además se percibe una tensión muy grande y una desconfianza profunda, como refieren en una queja, al sentirse como «conejillos de indias» en intervenciones sin consentimiento. Igualmente, se presenta el hecho de continuar con el tratamiento pese a la solicitud de una paciente de no sentirse preparada para ello.

Entre este tipo de situaciones, las más frecuentes se relacionaron con exodoncias que, aunque son pocas, es necesario tenerlas en cuenta por el grado de materialidad que se deriva de ellas y la consecuencia no solo física, sino moral y social que se derivan de ello, tanto para el paciente como para la visión social de la profesión. Le siguen, en orden de frecuencia, problemas en la anestesia. En menor proporción están aquellos pacientes que mencionan cosas como poco profesionalismo o sentirse maltratados. También se presentan aquellos casos donde manifiestan problemas con cambio de obturaciones no autorizadas «cuando me di cuenta ya me había quitado mi calza que estaba bien y me había durado años». (Versión paciente). Un aspecto que muestra como los pacientes, al relacionarlo con los costos, se quejan por cambios en la cotización inicial.

2.2.6.13 Procedimiento no odontológico: Entre los procesos, se encontraron casos puntuales en que hubo procedimientos no odontológicos llevados a cabo por profesionales y que presentaron problemas en la aceptación por parte de los pacientes, como lo advierte el siguiente relato: «El odontólogo me quería hipnotizar, y yo lo que quería era que me sacara las cordales». (Versión paciente).

De este tipo de procedimientos no odontológicos se encontraron dos en los que se quería

hacer sesiones de hipnosis y relajación y otro en que se indagó sobre aspectos personales, psicológicos, familiares, pero no sobre aspectos ni médicos, ni odontológicos, como pensaba el paciente que debería ser. En estos casos es importante tener en cuenta que con frecuencia los pacientes esperan que se los interroge solamente sobre aspectos odontológicos, en ocasiones piensan que preguntas sobre su labor o sobre antecedentes médicos, no incumben al odontólogo debido a la misma concepción que se tiene de la odontología en cuanto a que solo se dedica a reparar el daño y resolver problemas de dolor de dientes.

2.2.6.14 Riesgo de muerte: El TEO identifica un caso puntual donde en el CI se señala que uno de los riesgos es la muerte: «...es curioso que en este caso uno de los riesgos haya sido precisamente la Muerte». (Versión TEO).

2.2.6.15 Urgencia: Es importante anotar que aunque solo en dos casos se presentó la urgencia como argumento para no aplicar el consentimiento informado, en uno de ellos es el tribunal quien dice que el odontólogo no estaba obligado a realizar el consentimiento de un menor o esperar la autorización del tutor debido a que era «urgente extraer el molar pues se trataba de un molar destruido», (versión odontólogo) y cita el artículo 11 de la Ley 35 de 1989, como fundamento. El problema es que el artículo 11 hace referencia a la obligación del odontólogo de atender la urgencia si el caso corresponde a su especialidad o a ayudar al paciente a encontrar un profesional que lo atienda adecuadamente.

Cabe aclarar que aquí existe una mala interpretación del deber profesional de atender urgencias vitales y la teoría general del consentimiento informado que expresa que ante las urgencias vitales el profesional antepondrá la vida del paciente a la espera que supondría ob-

tener el consentimiento. Como puede deducirse, se habla de urgencia vital, una en la que está en riesgo la vida del paciente. La urgencia odontológica no es vital y, por tanto, no exonera al odontólogo de aplicar el proceso de CI. Al contrario, por tratarse de situaciones de apremio en las que puede presentarse dolor o angustia por parte del paciente, pueden llevarle a solicitar, por ejemplo una exodoncia, que luego, cuando no hay dolor o molestia, lleven al paciente a reevaluar haber perdido una pieza dental.

2.2.7 Presupuestos fundamentales: Para efectos de analizar el surgimiento del CI en odontología⁹⁰ en Cundinamarca, se asume que se trata del resultado de un proceso permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y es uno de los fundamentos sobre el cual se establece la relación clínica actual en cada una de sus etapas: anamnesis, examen clínico, implementación de pruebas diagnósticas, tratamiento y seguimiento. Es una exigencia legal y un asunto ético por medio del cual se busca defender los derechos de los pacientes, expresados en los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia, respeto al paciente y justicia, basados en una relación de confianza fundamentada en un proceso adecuado de concienciación. No es un elemento aislado de la relación clínica que pueda ser cumplido mediante el diligenciamiento de un formato impreso, pero sí debe apoyarse en él, legal y éticamente, pues permite disponer de un soporte documental para verificar si el paciente ha recibido información y la ha entendido luego de ser ofrecida por el profesional.

El documento escrito de consentimiento informado debe ser un formato sencillo que busque

cualificar la relación entre el profesional de la salud y el paciente, una herramienta que favorezca la comunicación entre las dos partes, es decir, debe buscar la participación activa del paciente en la toma de decisiones sobre su tratamiento. Legalmente es un documento que ampara tanto al paciente como al profesional. Su énfasis debe estar en la información clara, oportuna y veraz. El documento de consentimiento informado es un soporte escrito de un proceso que debe ser *gradual* y *continuo* en la relación clínica con el paciente.

Sin embargo, es importante aclarar que se trata de un proceso que se está aplicando de manera incipiente y en gran medida en forma verbal. El formato escrito se adelanta sobre todo en instituciones, en muchos casos por el afán de cumplir con el requisito legal, pues no existe una apropiación del proceso como elemento para cualificar la relación clínica. El proceso, en su condición de emergencia en la sociedad y en las profesiones, muestra dificultades no solamente en su aplicación por parte de los profesionales de la odontología, o la comprensión y apropiación por parte de los pacientes, también en las instituciones del Estado que lo exigen, pues en muchas ocasiones no saben qué deben pedir. Por ejemplo, se da el caso de funcionarios de la Secretaría de Salud de Bogotá que lo solicitan en las visitas técnicas a los consultorios como formato único de cualquier actividad clínica odontológica, lo cual muestra un gran desconocimiento de aspectos fundamentales que deben tenerse en cuenta, como su especificidad en procedimientos y actividades clínicas⁹¹.

⁹⁰ La definición se elaboró a partir de la teoría realizada en la investigación sobre el consentimiento informado y su aplicación en odontología. Trabajo que realicé en el 2002 para optar por el título de Magíster en Bioética, donde se revisaron diversas formas de abordaje y se optó básicamente por la expresada aquí.

⁹¹ En congresos y conferencias frecuentemente se me insta a contestar en calidad de experto por lo que se le debe mostrar a los funcionarios de la secretaria de salud de Bogotá y en incontables ocasiones se hace referencia a este tópico aquí planteado. Como experiencia personal en atención de consultorio he tenido la misma experiencia de quienes me consultan al respecto.

2.2.8 Aspectos relevantes y estado actual de la teoría del consentimiento informado: En la teoría del consentimiento informado, es indiscutible la importancia de hacer claridad sobre sus condiciones o requisitos: información, capacidad y voluntad. Igualmente, es imprescindible mostrar su nexo con el principio de autonomía⁹² que, como se refirió, sigue teniendo vigencia innegable y una observancia necesaria en la clínica y la investigación. También requiere, como lo evidencian perspectivas latinoamericanas de la bioética, reflexionar y discutir de manera constante sobre la necesidad de ver e incluir tales requisitos o condiciones en el proceso del consentimiento, más allá de sus definiciones, en la complejidad de estos países, ya que están inmersos en relaciones humanas en circunstancias generalmente de apremio y tensión en el contexto de los procesos de salud enfermedad al interior de sociedades con grandes desigualdades e inequidades, por ejemplo, en cubrimiento de necesidades básicas.

Cuando Iván Illich en la introducción de *Némesis médica*⁹³, al referirse a la salud, hace caer en cuenta que la palabra no solo habla de la intensidad con que la gente vive sus procesos internos, sino también cómo hace frente a sus condiciones ambientales y la coloca en el plano de adjetivo calificativo de situaciones éticas y políticas. Deja claro que la salud de las personas depende en mucho de las circunstancias, de la forma como estas favorezcan en un momento dado una capacidad de enfrentamiento adecuado. De ellas, dice Iván Illich, dependerá que las personas puedan realizar sus aspiraciones y enfrentar decisiones de manera responsable y autónoma. Esta es una consideración

inicial clave para ahondar en la complejidad de la teoría del CI, toda vez que, dependiendo de la forma en que las personas se sitúen para pensar la salud-enfermedad como proceso o estado, una situación influenciada por los contextos socioculturales y económicos, también estará matizando o dando visos de mayor o menor importancia a la autonomía, a la forma de transmitir la información a los pacientes, o a la manera de establecer un proceso de comunicación. El modo cómo se toman las decisiones en salud supera los límites de la mera relación entre dos individuos, profesional y paciente, para ser un asunto contextualizado en una realidad socioeconómico-cultural.

2.2.9 Requisitos para el proceso de consentimiento informado: En este orden de ideas, se comprenderá que la mirada sobre los denominados requisitos hacia el consentimiento informado, en primer lugar, no pueden ser simplemente respecto al concepto sino también a su contexto. El sistema de relaciones y otros aspectos a tener en cuenta, como lo asegura Kottow⁹⁴, deben ser analizados pensando más allá de la información en comunicación. Es decir, el asunto no es simplemente uno de comunicación. Se trata de ver tanto la información como la capacidad y la voluntariedad en el contexto en que se desarrolla la vida de los seres humanos, que de alguna manera las relaciona, las enlaza y condiciona con criterios como confianza y ciudadanía.

Desde cuando se empieza a dar uso generalizado al consentimiento informado en investigación y asistencia en salud, es básico abordar los principios centrales sobre los cuales se soporta la perspectiva anglosajona de la bioética, y de ellos, fundamentalmente la autonomía.

⁹² Al respecto es necesario consultar las apuestas teorías ya clásicas sobre consentimiento informado de Pablo Simón Lorda, Diego Gracia, y los documentos internacionales al respecto, código de Núremberg, Informe Belmont, Declaración de Helsinki de 1964, Enciclopedias de bioética, etcétera.

⁹³ ILLICH. *Op. cit.*, p. 18.

⁹⁴ KOTOW, Miguel. *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. (4), Montevideo, Red Bioética Latinoamericana y del Caribe. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de enero de 2012]. Disponible en <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/participacion%20informad a.pdf>

Así, resulta clave para su aplicación, comprensión y puesta en práctica, tener en cuenta la información que se ofrece al paciente o sujeto de investigación, e incluir criterios como su capacidad, voluntariedad y libertad para decidir. Documentos centrales como el *Código de Núremberg*, el *Informe Belmont*, los *Principios de ética biomédica* de Beauchamp y Childress, las *Guías operacionales para los comités de ética* de la OMS, en fin, enciclopedias y diccionarios de bioética, sentaron las bases respecto a estos tópicos.

Entre expertos de habla hispana es frecuente citar el tratado que Simón Lorda elaboró en el 2000 sobre historia, teoría y práctica del consentimiento informado, así como los aportes de Diego Gracia en sus múltiples publicaciones al respecto. Si bien las reflexiones y los elementos fundamentales se ubicaron inicialmente en la investigación, también es claro que han sido la base para la asistencia clínica. Los textos y autores citados se han constituido hoy en elementos claves para el abordaje del tema. En ellos han quedado sentados los fundamentos para la implementación del consentimiento informado en la clínica humana. La literatura actual al respecto es muy extensa y en ella es indiscutible, casi pudiera decirse mandatorio, tener en cuenta los mencionados elementos: información, capacidad y voluntariedad.

En Colombia se han escrito para la medicina, sobre todo desde el derecho, aproximaciones juiciosas por parte de autores como Castaño⁹⁵ y la Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (SCARE), que tratan aspectos legales de la responsabilidad médica, e incorporan esta dimensión para toda la atención en salud, dimensión muy actual dada la visión cada vez más legalista y normalizadora de la sociedad, pero también cargada de tensiones y problemas en las relaciones en salud.

⁹⁵ CASTAÑO, María. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Medellín: Temis, 1997.

Las universidades empiezan a realizar trabajos tanto desde miradas cualitativas como cuantitativas⁹⁶, que generalmente toman elementos citados anteriormente. En mi perspectiva, el problema ha estado en verlos de manera técnica instrumental, dado que en asuntos tan complejos como este del CI no parece ser la mejor vía. Por tanto, en esta parte se intenta hacer un análisis de dichos aspectos para la profesión odontológica, aclarando de antemano que se tratará de ir más allá de las propias definiciones, a lo complejo de cada punto.

Un aspecto que debe ser especialmente tratado es la forma como se aborda este asunto en las guías del Ministerio del Trabajo y de la Protección Social en Colombia 2009⁹⁷, donde se formalizan *requerimientos básicos necesarios* para el consentimiento informado. Su punto de partida está consignado entonces en los diversos documentos enunciados, de donde se desprende su uso⁹⁸. Desde allí se empieza a vislumbrar tanto su importancia como su complejidad, su factibilidad, sus problemas y sus limitaciones. Muy pronto en las jurisprudencias, en la academia y en la práctica, surge una gran discusión respecto de su uso. En este sentido, resultan preguntas como:

¿Se puede hablar de los tres elementos⁹⁹ información, capacidad, comprensión y volunta-

⁹⁶ Al respecto se encuentran reflexiones interesantes sobre todo en las tesis de grado de la Universidad El Bosque y la Universidad Javeriana que tienen ya un camino recorrido en la enseñanza investigación de la bioética clínica y donde es recurrente el tema del consentimiento informado, la autonomía, la toma de decisiones en salud. También es tratado en otras publicaciones como los cuadernos del CIDS de la Universidad Externado de Colombia.

⁹⁷ MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. *Op. cit.*, Documento que tiene problemas en su redacción y en la forma cómo concibe y aplica el consentimiento informado, por ejemplo en el tratamiento general que le da al tema.

⁹⁸ Código de Núremberg, informe Belmont la declaración de Helsinki, Guías, etc., que detallan y definen todos estos aspectos.

⁹⁹ TEALDI. *Op. cit.*, p. 244.

riedad con pretensiones universalistas? ¿Son iguales en todos los contextos y actividades clínicas? ¿Son independientes o se debe ver la interacción entre ellos?

Aunque tempranamente se inicia su aplicación e implementación bajo los referentes ya expuestos, aparecen pronunciamientos respecto a los problemas que tiene el proceso en los diferentes escenarios¹⁰⁰. Hoy, es evidente que el CI tiene una diferente necesidad de aplicación y abordaje en los escenarios donde se debe aplicar: el amplio, especializado y diversificado campo de la salud, el cual incluye tanto actividades clínicas como investigativas. Igualmente, muestra diferencias en los disímiles contextos sociales y biográficos, lo que evidencia su gran complejidad, pero también lo poco adecuado de verlo igual para todo y para todos, es decir, generalizarlo.

2.2.10 Información y comunicación: Existen diferentes categorías de información (verbal, imagen, texto) todas pueden en un momento dado estar involucradas con la comunicación, pero claramente no son el proceso de comunicación entre el profesional con el paciente.

En la información es importante hacer referencia a su cantidad, calidad, oportunidad, quién y cómo debe darse¹⁰¹, etc. Existe también algún consenso en las aproximaciones teóricas y los pronunciamientos legales, como las jurisprudencias o respecto a lo que se debe informar: qué se va a hacer, los riesgos previsibles, los riesgos de baja ocurrencia pero alta materialidad, otras alternativas de tratamiento, las ventajas y desventajas tanto de alternativas de tratamiento como de los diferentes procedimientos diagnósticos, etc. A la luz del desa-

rollo actual del consentimiento informado, se espera que la información varíe de acuerdo con la práctica clínica de que se trate. Por ejemplo, para prácticas de cirugía estética, o ante tratamientos que suelen ser de carácter electivo, la información debe ser más completa, por tanto, extensa y espaciada en el tiempo,¹⁰² o para tratamientos cosméticos y estéticos como los denominados *diseños de sonrisa*, la información sobre el procedimiento, la alteración de tejidos normales y los riesgos, debe ser minuciosa.

Puede decirse que, dependiendo de la actividad clínica, varía el acento en uno u otro aspecto, en casos como el de las pruebas diagnósticas es claro que el énfasis tendrá que estar en el objetivo de la intervención y los posibles riesgos, en casos como pacientes oncológicos puede llegar a ser relevante el derecho a no saber, a quién se debe informar, etc. En algunas patologías, con frecuencia de mal pronóstico como el mismo caso del cáncer, debe valorarse y tenerse en cuenta la participación de la familia¹⁰³, pero quizá sea pertinente, en algunas situaciones, que los cuidadores primarios también participen en la comunicación.

Ahora bien, no existen realmente parámetros objetivos que digan hasta dónde y en qué términos se debe proporcionar la información. Si bien esta es fundamental, es cada vez más importante hacer énfasis en la necesidad de un proceso de comunicación en el que prime la confianza, de esta manera se mejorara la comprensión. En la intención de comunicar noticias sobre salud, no se puede pensar que únicamente con informar es suficiente, si no se conocen los grados de comprensión, si no se pregunta al paciente qué está entendiendo, qué

¹⁰⁰ FUNDACIÓN GRÍFOLS. *Problemas prácticos del consentimiento informado*. Barcelona: 2002., p. 231.

¹⁰¹ ESCOBAR, M. *Op. cit.*, p. 22. Para ver las características deseables en la odontología en Colombia.

¹⁰² TEALDI. *Op. cit.*, p. 217.

¹⁰³ WIESNER, Carolina. y MONSALVE, Luisa. *Interactuar, deliberar, comunicar. Un estudio de caso el consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología centro de investigaciones sobre dinámica social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia, 2009.

dudas tiene, el proceso será siempre incompleto. Comunicar es un proceso que requiere de interlocución, mientras que informar puede realizarse con solo tener una fuente, visual, escrita, oral, etc., situación en que no se establece un proceso de comunicación como tal debido a que no podemos evaluar si la información fue recibida, comprendida o procesada por lo que en la jerga especializada llaman el «receptor».

La comunicación no es unidireccional, la información sí puede serlo, y allí corre el riesgo de ser interpretada de manera diferente a la forma como la envía el denominado «emisor». Como lo advierte Wolton¹⁰⁴ históricamente se ha confundido una con la otra, el problema es que en la actualidad, con la falacia creada desde los llamados medios de comunicación (que no son tales pues suelen ser de una vía: emisor-receptor), el desconcierto tiende a ser mayor puesto que, por un lado, tales medios ganan adeptos y la gente se cree participe en la comunicación pero, por otro, piensa y acepta que está bien informada. Quienes problematizan de manera drástica el asunto, llegan incluso a aseverar que no se deberían llamar medios de comunicación puesto que ni siquiera llegan a informar, más bien se trata de medios de desinformación. Chinchila¹⁰⁵, refiere como en ocasiones se le denomina el *cuarto poder* pues los medios se convierten, entre otras, en transformadores de la realidad, ya que no solo la invisibilizan, sino que también suelen minimizarla o maximizarla, es decir, manipularla, aunque la muestren objetiva y acrítica. Comprender que la información es primordial en el consentimiento informado es algo básico, pero es necesario estar claros que solo es parte del proceso comunicativo.

¹⁰⁴ WOLTON, Dominique. *Informar no es comunicar*. Barcelona: Gedisa, 2010.

¹⁰⁵ CHINCHILA, Marcos. *Poder, medios de comunicación social y trabajo social. Naturaleza de los medios de comunicación modernos*. San José: 2002. [En línea]. [Fecha de consulta 3 de febrero de 2012]. Disponible en <http://unpan1.un.org/intradoc/groups.pdf>

Hacia la cualificación del proceso del consentimiento informado, se requiere entender, desde diferentes ángulos, aspectos como la calidad y extensión del dialogo en diversos escenarios, se requiere disponer de mejores canales de comunicación verbal, escrita y de ayudas didácticas, contar con el tiempo adecuado, apoyarse en otros actores del equipo de salud, contar con el apoyo de la familia, en casos particulares, etc. Estos aspectos deben ser pensados de manera cuidadosa ya que cada contexto suele requerir ciertas particularidades, si no es así ¿De qué otra manera hacerle frente por lo menos a la diversidad y especificidad que presenta cada situación y la argumentación que requiere cada caso?

La consulta odontológica tiene variaciones en cuanto a necesidades o preocupaciones del paciente. Pero quizá más importante aún es la modalidad que la atención en salud oral muestra, y de la que hay algunos aspectos a resaltar:

La profesión odontológica tiene una modalidad de práctica que comparte con pocas actividades clínicas, debe «ingresar» en el cuerpo del otro, un otro consiente (no como ocurre generalmente en cirugía con el paciente anestesiado) y que en cierta manera, expone su humanidad y su intimidad ante el profesional. Esto tiene connotaciones sociales, psicológicas y culturales de no poco cuidado, que han llevado a los odontólogos a manejar unas dinámicas de relación clínica que incluyen, por ejemplo, estar constantemente contando al paciente qué se le va hacer, qué va sentir, etc.

La posición misma en que se proporciona la acción clínica: el paciente semiacostado y en cierta medida a merced de su odontólogo tratante, o el miedo, que ha existido ancestralmente, al trabajo sobre los dientes y la boca, son hechos que influyen en la dinámica de comunicación. Para tranquilizar al paciente, los odontólogos

tradicionalmente van hablando sobre los por-menores de su actuación.

En odontología, habitualmente en nuestras sociedades se ha dado una dinámica de prestación de servicios mediada por la compra y venta. El profesional ha manejado la información de manera muy diferente a como se da en otras áreas de la salud, dado que constantemente informa de los costos de los diferentes procedimientos, los materiales y los métodos, cosa que no se da en otras áreas de la salud como la medicina, ya que el médico, por ejemplo, solicita exámenes y prácticamente no es de su incumbencia cómo va a hacérselos el paciente. Hoy, con el actual sistema de salud, el médico poco interviene en quien debe dar la orden, quién autoriza el procedimiento, si tal procedimiento está o no cubierto por una aseguradora, etcétera.

Teniendo en cuenta los aspectos resaltados, es claro entender que en odontología la información y comunicación en el consentimiento informado no tiene ni ha tenido la misma modalidad que en otras profesiones y, por tanto, se debe estudiar de manera específica, así como también debe entenderse que su incorporación y normatividad debe ser aplicada de manera más cuidadosa.

2.2.11 Capacidad de decisión y voluntariedad en el consentimiento informado en el contexto de la construcción de ciudadanía en nuestras sociedades: Capacidad, en general, alude a la aptitud que se tiene para cumplir determinada tarea. En lo que atañe al consentimiento informado, es fundamental tener en cuenta este aspecto, pero también lo relacionado con la capacidad jurídica ya que es la que más se cita, la cual tiene que ver con la aptitud de la persona frente a la titularidad de derechos y de obligaciones. En este sentido se encuentra ligada al concepto

de ciudadanía. Es allí donde es importante analizar el contexto en que se toman dichas decisiones. Generalmente lo que se hace es definir por separado capacidad, voluntariedad, ciudadanía, etc. En esta parte, si bien se incluyen algunos conceptos que son básicos para la comprensión tanto histórica, como ética y legal, se intenta realizar una reflexión que los aborda en su complejidad. Definirlos y verlos por separado resulta sencillo, y quizá didáctico, pero no se avanza en el sentido de un análisis que nos ayude a una comprensión en contexto.

En el artículo 90 del Código Civil Colombiano queda establecido que la capacidad jurídica nace con el inicio legal de la existencia de la persona y esto se materializa cuando se separa completamente de la madre. Luego, en el artículo 1502 del mismo código, se establece: para que una persona se obligue a otra por un acto o declaración de voluntad, es necesario que:

- sea legalmente capaz;
- consienta en dicho acto o declaración y su consentimiento no adolezca de vicio;
- recaiga sobre un objeto lícito. En nuestro caso la atención en salud oral bajo los parámetros que establece el Código de Ética, relacionados con los criterios de idoneidad, tratamientos dentro del rigor científico y técnico, prestando servicios profesionales de calidad y en forma oportuna;
- tenga una causa lícita.

Según el Código Civil, «La capacidad legal de una persona consiste en poderse obligar por sí misma, y sin el ministerio o la autorización de otra». Así, la Ley prevé que toda persona es

legalmente capaz, excepto aquellas que la Ley, expresamente considera o declara incapaces (Código Civil, Art., 1503, 1504, 1527 y demás relacionados)¹⁰⁶.

En salud, suele explorarse solamente la determinación legal de la capacidad y, como es lógico, se interpretada de manera legalista: por capaz se toma a todo aquel mayor de 18 años en quien no se ha determinado lo contrario, es decir, en los casos que es evidente, como aquella incapacidad absoluta (suele ser el tutor legal quien solicita los servicios y realiza todas las actividades que normalmente haría el paciente). Ocurre además que en los casos donde se encuentra limitación o impedimento para determinar la capacidad, esta se hace evaluar (como en investigación)¹⁰⁷, evaluación en que se determina mediante una declaración médica legal que solo la expide un psiquiatra, psicólogo o neurólogo, según lo establece la resolución.

En la atención clínica, sin embargo, realmente no existen parámetros claros al respecto. Suele depender de aspectos circunstanciales como la intuición, la institución, la experticia y demás elementos que se manejan en la práctica clínica, o por el clínico. En determinados casos se cree que es importante establecer dicha capacidad porque la situación así lo amerita o debido a que la capacidad está en entredicho o no se ha establecido claramente, con el agravante de estar relacionada con la aparición de conflictos, sobre todo relacionados con inquietudes

y aun prejuicios del profesional, que en ocasiones no logra entender las preferencias del paciente, a menos que estén relacionadas con discapacidad. Por ejemplo, cuando un paciente no quiere que le realicen un procedimiento de endodoncia por creer que la muela «está rezada» y de todas maneras la perderá. En medicina, un caso clásico es el de un testigo de Jehová que no se quiere dejar transfundir. El profesional solicita entonces una valoración de capacidad influenciado más por su forma de ver la vida, desde sus creencias y su saber técnico científico, que le impide o limita la comprensión del paciente.

Cuando la situación es «límite» el profesional llega a pensar que el paciente se «quiere dejar morir». El problema es que todo esto depende más de concepciones y valoraciones individuales que de un juicio crítico que incluya elementos objetivos para evaluar este tipo de situaciones.

Así las cosas, en clínica odontológica es clave entender que existen vacíos para establecer claramente la capacidad del paciente. En general, todas las personas son usuarios de servicios odontológicos y en esta medida las capacidades de decisión deben ser atentamente observadas en cada caso en particular y en su contexto, ya que elementos culturales, sociales y aun creencias propias, también suelen incidir en las decisiones y la voluntad del paciente. En resumen, no todos los casos requieren los mismos niveles de capacidad para las decisiones.

Más allá del criterio legal, está la consideración del encuentro de voluntades, donde un paciente que logre buena comunicación con su profesional tratante y donde se incluya información suficiente y bien comprendida en relación con una adecuada actitud psicológica¹⁰⁸ puede de-

¹⁰⁶ CONGRESO DE LA REPÚBLICA. *Código Civil Colombiano*. Diario Oficial del Congreso de la República, última versión año 2011. Al respecto es importante detenerse en el análisis de capacidad absoluta la cual incluye dementes, impúberes y sordomudos que no se o puedan hacer entender de manera escrita y todo lo concerniente a la incapacidad relativa y lo estipulado por el código.

¹⁰⁷ Resolución 008430 de 1993, «Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud» Diario Oficial, Ministerio de Salud, 4 de octubre de 1993.

¹⁰⁸ TEALDI. *Op. cit.*, pp. 217-221.

cidir libremente, en ambientes de confianza y asertividad, de acuerdo con sus necesidades, sus recursos y sus deseos. Esto solo se logra cuando se da el grado de discernimiento requerido para la elección de que se trate. Aquí, vuelve a surgir el problema de los criterios, muy difíciles de establecer y variables de una persona a otra, en ocasiones, independientes de su grado de escolaridad. En este sentido, es necesario entender que en el grado de discernimiento cuenta no solo el coeficiente intelectual del paciente, sino su disposición, su estado de ánimo, la forma como es informado y de quien está recibiendo la información, si es o no acorde con sus preferencias, etcétera. Como puede verse, existen elementos que tiene que ver con el individuo que decide y con la persona con quien interactúa, en nuestro caso el odontólogo, pero también con las condiciones y circunstancias en que se toman las decisiones. No es lo mismo una decisión sobre algo que se hace aquí y ahora, por ejemplo, una exodoncia, que un tratamiento que puede variar en el tiempo o generar incomodidades o situaciones que en un momento lleven al paciente a cambiar de opinión, como suele suceder en tratamientos de ortodoncia.

La situación puede complicarse más, y así sucede con las, cada vez más solicitadas, terapias estéticas, que hacen parte de las medicinas del deseo. No es lo mismo tener que decidir frente a un tratamiento obligatorio dada una patología que, de no tratarse, empeoraría la situación actual, que un tratamiento en que el paciente pretende o espera mejorar una condición actual que puede ser adecuada desde lo funcional pero no complace al paciente desde lo estético.

2.2.12 Ciudadanía: Para analizar la forma en que se toman las decisiones en salud teniendo en cuenta contextos socioeconómico-culturales diferentes, se considera necesario abordar la forma como se construye la idea de ciudadanía

en un escenario particular, en nuestro caso, el departamento de Cundinamarca.

2.2.12.1 Conceptos básicos: Ciudadanía es un concepto o categoría sociopolítica y, como tal, está sometida a constante construcción y cambio. Alude a prácticas específicas como ejercer derechos y responsabilidades en el ámbito colectivo¹⁰⁹. Esto se suele abordar desde diferentes concepciones políticas¹¹⁰ que no serán contempladas aquí, pues simplemente haremos una aproximación a lo que se refiere en la actualidad y las formas y dificultades que enfrenta en su desarrollo en nuestro contexto, para ver su relación con la dinámica en que se abordan las decisiones en salud oral. Se concibe obedeciendo a ciertas reglas establecidas, donde permanentemente se presenta el debate que incluye examinar la igualdad y la diferencia, sin perder de vista el problema que genera la exclusión.

Si bien es necesario entender que no se reduce a esto, sí debemos advertir que se ha convertido en tema central de análisis ya que este es el contexto en el que se desenvuelven hoy las colectividades humanas y en el cual se llevan a cabo los procesos de toma de decisiones. Dicho contexto incluye el debate sobre como concebir la idea de ciudadanía. Para estudiosos del asunto, como Jelin, se deben incluir «tres ejes claves»¹¹¹: en primer lugar, la discusión sobre la naturaleza de los sujetos que se consideran ciudadanos; en segundo lugar, el debate sobre cuál es el contenido de los derechos de ese ciu-

¹⁰⁹ De esta manera se incluyen las dos tendencias: liberal que prioriza el sentido del derecho (relación Estado y sociedad) y la ciudadanía más como responsabilidad en el pensamiento comunitarista y republicano.

¹¹⁰ La filosofía política se encarga de analizar entre los tres modos; comunitarista, republicano y liberal las diferencias, vínculos y complementariedades.

¹¹¹ JELIN, Elizabeth. Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina. Buenos Aires: Ágora. En Cuadernos de estudios políticos, (7): 1997, pp. 189-214.

dadano, lo cual incluye la pregunta sobre los derechos universales y la relación entre derechos civiles, políticos, económicos, colectivos, individuales y globales. El tercero y último eje, es la discusión sobre responsabilidades inherentes a la relación ciudadanía-Estado, es decir, obligaciones o deberes ligados a la ciudadanía.

Así, ser ciudadano significa primordialmente tener deberes y derechos, lo que equivale a poseer un sentimiento de pertenencia a una comunidad política. Igualmente, significa obtener un reconocimiento de esa comunidad política a la que se pertenece. En ese sentido, se trata de entender pertenencia y reconocimiento como expresión de deberes y derechos¹¹². Del mismo modo, es necesario tener en cuenta que el criterio de ciudadanía está directamente ligado al de capacidad, como afirman Kymlicka y Norman¹¹³. La ciudadanía no es simplemente una condición legal, definida por un conjunto de derechos y responsabilidades, es también una identidad y reafirma la expresión de pertenencia a esa comunidad política, la cual se configura a partir de una dinámica y unas representaciones sociales¹¹⁴ y se convierte en expresión de conocimiento y prácticas sociales en las cuales se incluyen, por supuesto, los

deseos y necesidades en salud que influyen en las decisiones a tomar.

Desde la perspectiva liberal de ciudadanía como derecho, corresponde al Estado garantizar los derechos y libertades de los individuos y en esa medida no debe interferir «en los proyectos de vida personales, ni en las preferencias ni perspectivas morales de los individuos»¹¹⁵. El Estado debe mantener neutralidad y respeto a la pluralidad de los ciudadanos en tanto que, libres e iguales, deben hacerse cargo de sus propias vidas. Sin descuidar, como lo aseguran Sánchez y Abellán, que «se olvida muchas veces que el sistema público de salud garantiza una pacífica convivencia ciudadana, garantizando igualdad para evitar injusticias que se producirían en otro caso»¹¹⁶. El asunto, en el contexto que nos ocupa, está relacionado con plantearse estas preguntas: ¿Cómo se dan esas garantías? ¿Qué sucede cuando no se dan?

Perilla¹¹⁷ realiza, en el periodo en que se reconstruye la historia del consentimiento informado en Cundinamarca: «Política social y construcción de ciudadanía. El caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón en Bogotá». Esta autora se propone establecer «el rumbo de los postulados de filosofía política en Bogotá, durante las últimas administraciones y, en esa medida, explica si podemos vislumbrar nuevas apuestas políticas y sociales para la construcción de ciudadanía en la capital»¹¹⁸. Para el análisis, es muy importante tener en cuenta, además del ciudadano político, la condición de

¹¹² *Ibid.*, p. 189.

¹¹³ KYMLICKA, Will y WAYNE, Norman. El retorno del ciudadano. una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía. Buenos Aires: Ágora (7), 1997, pp. 5, 17 y 42.

¹¹⁴ MOSCOVICI, Serge introdujo en 1961, en el marco de la psicología social, las representaciones sociales como una modalidad de conocimiento cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos «Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo», en las representaciones sociales. Ver: FLACSO, Ejes teóricos para su discusión. Cuadernos de FLACSO (127) [En Línea] San José: 2010. Disponible en <http://www.flasco.or.cr> [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2010].

¹¹⁵ PERILLA, Leonor. *Política social y construcción de ciudadanía. el caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón*, Tesis de Maestría (Para optar al título de magíster en Ciencia Política) Quito: Flasco, 2001, p. 7.

¹¹⁶ SÁNCHEZ, Javier y ABELLÁN Fernando. *Enfermería y paciente cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares, 2007, Presentación.

¹¹⁷ PERILLA. *Op. cit.*, Presentación.

¹¹⁸ *Ibid.*, p. 3.

«ciudadano social», quien no solo participa del «debate público» en ejercicio de su razón, sino que también se organiza y participa en la solución de sus necesidades fundamentales para alcanzar una vida digna. Justamente allí está el asunto problemático, pues los procesos de formación de ciudadanos libres e iguales se *dan de manera imperfecta y así se generan procesos de ciudadanía truncos e incompletos*¹¹⁹.

A lo largo del texto, la autora muestra lo problemático de las condiciones de inequidad, desigualdad, corrupción y violencia que afectan la atención en salud. Soportada en cifras e informes internacionales¹²⁰ Leonor Pinilla aporta algunos elementos fundamentales y útiles para nuestro análisis respecto al desarrollo y aplicación de la teoría del consentimiento en odontología. Según refiere, se ha frenado o estancado la cobertura en salud, la cobertura en educación ha disminuido debido a dificultades económicas de las familias y se ha aumentado la familia extensa, dadas estas mismas condiciones¹²¹. Así las cosas, es claro que la forma de asumir los derechos (elegir un tipo determinado de tratamiento, las responsabilidades sobre su salud o la de su familia) estarán afectadas por determinantes sociales como los señalados.

Revisando los fundamentos de las políticas públicas en estas administraciones y en el contexto en que se han dado en Bogotá, la autora sostiene que, si bien es importante resaltar que se ha avanzado en la concepción de ciudad y de orden social y se han incorporado «naciones de derechos, inclusión social, equidad social,

respeto a las diferencias de género, generación y etnia, así como respeto por la vida y las normas de convivencia, como valores éticos fundamentales»¹²², es necesario un ambiente adecuado para que asuntos como *Pertenencia, Derechos, Deberes Morales y Justicia* se realicen y le den verdadero sentido a la condición de ciudadano como *sujeto autónomo y comprometido consigo mismo y en su contexto*. En ello es necesario tener en cuenta que el Estado, como representante de la institucionalidad y responsable de hacer efectivo el «pacto social» sobre el que se soporta su legitimidad, debe cumplir su papel. Lo que se espera en una sociedad de derecho es que el Estado brinde las posibilidades de que los individuos desarrollen libremente la personalidad, se les garantice los mínimos sociales, entre los que están servicios de salud, educación, vivienda, es decir, se dé cumplimiento a la constitución y las leyes para evitar la exclusión o la marginalidad, que impiden la formación y participación ciudadana.

Como vemos, para aproximarnos a un análisis comprensivo de la vida en comunidad, de la forma como en estos colectivos humanos actuales se toman las decisiones, en nuestro caso la forma como se opta por una intervención determinada en la salud oral, es fundamental entender la forma como los individuos adoptan sus deberes y enfrentan sus responsabilidades y cómo el Estado está propiciando o no que se generen contextos adecuados para tales decisiones. Es claro que, aunque en la atención directa las decisiones se toman de manera individual, las condiciones para optar en la vida se construyen en colectivo, es decir, socialmente.

Revisar la teoría de la ciudadanía y la construcción de ciudadanía, por lo menos da luces para entender que el consentimiento informado no es solo un asunto relacionado con el principio

¹¹⁹ *Ibid.*, p. 39.

¹²⁰ En el texto se mencionan los informes del banco mundial desde los años 90, las revisiones de expertos como Libardo Sarmiento, PNUD, misión social CID etc., en los cuales se asegura que la distribución de la riqueza ha empeorado (teniendo en cuenta el GINI), esto junto con el deterioro del capital físico y social.

¹²¹ GONZÁLEZ, Iván. *Evolución de los principales indicadores en Bogotá 1990 a 2003*. Bogotá: CID -Universidad Nacional de Colombia-Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004. Citado por PERILLA. *Op. cit.*, p. 72.

¹²² PERILLA. *Op. cit.*, p. 72.

de autonomía, y otros dos o tres tópicos. Muy por el contrario, lo que devela es que el contexto social, político y cultural cuenta de manera fundamental, así como los aspectos profesionales, los relacionados con la organización, la academia, la institucionalidad, etc. Aspectos sociales, relacionados con la construcción de Sociedad Civil, por ejemplo, y lo que le compete al Estado en cuanto a implementación de políticas públicas, planes de desarrollo, etc., serán esenciales para la comprensión de sus problemas y la forma en que se desarrolla y se ha ido construyendo una trayectoria de trabajo en materia de consentimiento informado.

2.2.13 La confianza en el consentimiento informado¹²³: El criterio de confianza¹²⁴ es relevante ahora que se habla de consentimiento informado, pero es necesario tener en cuenta que este ha sido la base de la relación clínica en la medicina de Occidente, surgida en la *tekhne-iatrike* griega. Desde esa época (siglos VI y V antes de Cristo) el modelo de relación de la medicina fue paternalista y hasta llegar al siglo XX el paciente fue visto como alguien incapaz para discernir acerca de lo que es bueno o no para su salud, por tanto, su autonomía no se consideraba. No se puede, sin embargo, decir lo mismo de la confianza, que siempre estuvo presente, no solamente en la historia de la medicina de Occidente, sino en otros pueblos y culturas. Para solo citar un ejemplo, las llamadas medicinas alternativas, desarrolladas antigua y ampliamente en Oriente, basan en la confianza la relación profesional-paciente.

En nuestra tradición occidental, en el Libro Uno de *Las epidemias* (medicina hipocrática)

¹²³ ESCOBAR, M. *Op. cit.*, Reflexión elaborada como parte de las investigaciones y la docencia que alrededor del consentimiento en la última década.

¹²⁴ La confianza se suele definir como una hipótesis sobre la conducta futura del otro. Se enuncia desde la teoría estructural-funcionalista, como la base de todas las instituciones, se hace referencia a que ella funciona como correlato y contraste del poder.

resulta fundamental que el paciente confíe en el médico y que este, a su vez, logre la confianza del paciente. Para tal fin, el médico hipocrático debía acudir a cuatro recursos: la buena fama adquirida por su práctica, su acierto en el pronóstico, el decoro en la apariencia y el tino al hablar¹²⁵. En 1954, Louis Portes en el texto *En busca de una ética médica*, publicado en Francia, reseña una frase que viene muy bien al abordaje actual del CI, la relación médico-paciente sería «una confianza que se deposita en una conciencia»¹²⁶.

Parece claro, en consecuencia, que la confianza ha sido tema de preocupación en la medicina, pero también se hace evidente que es fundamental para el consentimiento informado, pues el paciente parte de tener confianza en quien deposita el cuidado de su salud. Adicionalmente, en la última década, la confianza ha adquirido relevancia particular en la relación clínica con el paciente, ahora vinculada a la toma de decisiones, aunque no se habla del *depósito* sino del *encuentro* de una «confianza» con una «conciencia»¹²⁷. Hoy adquieren especial notoriedad los postulados de Onora O'Neill, quien se refiere a la confianza como un valor «con elevado capital social», y afirma que, si no se dice mentiras ni se engaña, podrían obviarse muchas de las estrategias que, a la postre, generan más desconfianza. Esto puede estar sucediendo en nuestros sistemas de salud cada vez más sometidos a controles, como las llamadas Normas de Buenas Prácticas Clínicas, las listas de chequeo y las auditorías, donde la confianza luce menos importante que el com-

¹²⁵ LAIN, Pedro. *La relación médico-enfermo*, Madrid: Alianza, 1983, p. 83.

¹²⁶ DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Quebec: Editions Fides, 1999, p. 114.

¹²⁷ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD-OPS. *La salud y los derechos humanos* 1999, sostiene en el prefacio que la relación médico-paciente es el encuentro de una confianza con una conciencia.

promiso¹²⁸, o el contrato. O'Neill cita algunos estudios realizados donde se evidencia la desconfianza a pesar de todos estos «controles» y llama la atención sobre la puesta en práctica del principio de precaución¹²⁹.

Hoy, en el contexto de las sociedades capitalistas, la salud se ha sometido a las reglas del mercado, se trata de un asunto de producción y de consumo, ha pasado de ser una necesidad a constituirse en un servicio¹³⁰ que cumple la dinámica del comercio. La odontología institucional se ha edificado con esta mirada, y la prestación de servicios de salud está condicionada fundamentalmente al pago en contraprestación. Esta lógica económica, desde luego, tiende a crear climas de desconfianza, resistencia y distorsión de los objetivos de la atención en salud, no a crear climas propicios para una buena relación odontólogo-paciente, donde prime la cordialidad y la franqueza, fundamentales para generar confianza.

Peyrefitte¹³¹, al revisar algunos hitos para el descubrimiento de la confianza, intentando construir un enfoque etológico para ella, revisa los postulados de Hegel y Montesquieu y deduce, con base en ellos, que las sociedades más desarrolladas son aquellas en las que los individuos tienen espacios propicios para emanciparse, para lograr desplegar su autodeterminación, tienen grados de autonomía y alcanzan espacios políticos donde priman, para gobernar, mucho más las causas morales que las físi-

cas, «el *ethos* de la confianza competitiva y la mentalidad propicia a la adaptación exitosa no corresponde a comunidades predestinadas en el marco de una mística o de una teología, son más bien fruto de una libre elección del destino personal. Resultan de una voluntad de superarse a sí mismo en una empresa arriesgada pero racional»¹³². El hombre que logra desarrollarse adecuadamente en sociedad establece grados apropiados de confianza en sí mismo, en sus capacidades, en su entorno y en la posibilidad de relación con los otros, todos asuntos básicos en las relaciones profesionales-pacientes.

Un elemento importante de resaltar es el relacionado con la confianza en los contextos actuales donde se desarrolla la actividad clínica. Allí también la confianza juega un papel importante en cuanto a cómo se asumen responsabilidades y corresponsabilidades, que incluyen las de información y comunicación en el contexto de la atención. Se debe tener en cuenta la forma como se trabaja en equipo en la atención en salud. Actuar en salud adquiere, en ocasiones, la modalidad de dependiente, coordinado, también subordinado, y por esto requiere de relaciones de confianza, como criterio para delimitar responsabilidades (esto se da por ejemplo en la jurisprudencia española)¹³³.

La actuación en equipo también está basada en la confianza, por ejemplo, del cirujano en la instrumentadora o del anestesiólogo en el cirujano, y viceversa. Así, el principio de confianza significa que cada uno es responsable de su acción. La división del trabajo suele ser vertical y, en tal sentido, basarse en la confianza. Se habla, por ejemplo, de división radial cuando se da con otros departamentos y en un caso como este se podría citar la relación clínico-departamento de radiología o laboratorio clí-

¹²⁸ O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge University Press. Traducción libre del inglés, 2002.

¹²⁹ CONSEJO EUROPEO. Niza, 2000. Así como otros documentos internacionales se han pronunciado al respecto de la precaución cuando no es claro el establecimiento de nivel de riesgo y donde debe tenerse en cuenta, entonces, el principio de proporcionalidad y la inclusión de criterios de prevención.

¹³⁰ ILLICH. *Op. cit.*

¹³¹ PEYREFITTE, Alain. *La sociedad de la confianza*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.

¹³² *Ibid.*, p. 380.

¹³³ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, p. 128.

nico. También llaman vertical cuando es, por ejemplo, entre cirujano maxilofacial–anestesiólogo–instrumentadora. Estos son espacios que, si bien suelen partir de normatividad, delimitación de funciones, etc., se espera que partan de dinámicas de trabajo en equipo basadas en criterios de confianza, solidaridad, etc. El asunto problemático es que la sociedad de consumo le ha dado a la odontología un matiz comercial en el que los campos se disputan en cuanto a competencias de ejercicio, más por el lucro que por las mismas necesidades de los pacientes, las colectividades y la misma profesión, aspecto que se mantendrá desde los inicios de la institucionalización de la profesión¹³⁴. Esto es evidente en la avasalladora forma en que los medios masivos muestran la comercialización y la disputa por el *potencial cliente*.

El Hastings Center, al reflexionar sobre «los fines de la medicina», advierte de los peligros que corre el sector de la salud y al respecto afirma: «Los mercados no tienen la capacidad de determinar prioridades sociales de una manera prudente, ni comulgan con los objetivos de la medicina»¹³⁵. Hoy se distorsionan los objetivos que la medicina tuvo a lo largo del tiempo, al imponer nuevas racionalidades, sobre todo la económica, en las decisiones de salud.

En odontología es necesario revisar el desarrollo institucional en que surge como profesión y se consolida, en el último siglo y medio, una visión de salud como servicio, más que como necesidad¹³⁶ o derecho. Igualmente, debemos decir que la autonomía, como principio, y a la que generalmente se remite y reduce el consentimiento informado, es una condición

relacionada con la justicia y con las condiciones sociales y culturales en que ocurre la prestación de esos servicios, y con la confianza, por tanto, separarla de dicha realidad luce, al menos, inocente.

Por otro lado, para el caso específico colombiano, no se puede enunciar una teoría sobre consentimiento informado sin analizar los procesos y las trayectorias que llevan a la utilización de los documentos escritos y los que aparecen, como exigencia legal, en la Resolución 1995 del año 2000 sobre Historias Clínicas, donde se establece como un anexo de la historia clínica. Así, se ha ido convirtiendo poco a poco en un documento que debe hacerse firmar, pero no se ha incorporado como un proceso de comunicación o diálogo entre el profesional de la salud y el paciente, donde la información se torna fundamental para la toma de una decisión, ya sea con fines diagnósticos o de tratamiento pero, dado que no todo se reduce a información, esto ha llevado a dificultades en su implementación y aplicación¹³⁷.

Como se ha dicho, la construcción teórica que sustenta el CI se ha desarrollado prácticamente reducida al principio de autonomía y al cumplimiento de parámetros legales. En esa medida, se ve como la nueva modalidad de relación profesional-paciente, como la garantía de los derechos del paciente o sencilla y directamente se habla del componente legal, dejando por fuera los argumentos ya expuestos y los cuales son fundamentales para el análisis. Como proceso, se puede afirmar que su desarrollo es aún incipiente, incompleto y problemático, pues ha estado desligado del contexto social en que se ejerce la profesión y ocurren las dinámicas odontología-pacientes, todo lo cual pudo corroborarse en estudios llevados a cabo mediante revisión de la Ley, las jurisprudencias y los for-

¹³⁴ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, pp. 355–346. Véase especialmente las polémicas presentadas.

¹³⁵ Cuadernos de la Fundación Víctor Grifols i Lucas, Los fines de la medicina, N.º 11 - 2004. Participaron catorce países en su elaboración y el proyecto fue dirigido por Daniel Callahan, p. 59.

¹³⁶ ILLICH. *Op. cit.*, p. 9.

¹³⁷ ESCOBAR, M., *Op. cit.*

matos de consentimiento utilizados en algunas universidades¹³⁸, además de investigaciones en los hospitales de Arauca, Fusagasugá¹³⁹ y las Clínicas Universitarias de la Universidad del Sinú y Santa Mónica de la Universidad El Bosque¹⁴⁰. Por tanto, se consideró importante conocer como se ha dado el proceso en la odontología de Cundinamarca, las trayectorias que ha seguido, en la mira de comprender sus problemas y buscar soluciones.

Las relaciones en salud, y especialmente en odontología, suelen tener cierta continuidad. Los acuerdos tácitos suelen producirse al interior de dichas relaciones y así cobran significado incluso los silencios, los cuales, en ocasiones, pueden significar anuencia por parte del paciente. Para expertos como Sandra Wierszba: «La larga relación hace más probable que un silencio tenga significado de consentimiento y ciertas omisiones o hechos positivos posteriores pueden valer como manifestación de voluntad. La cuestión debe dilucidarse a la luz de la buena fe»¹⁴¹.

2.2.13.1 Confianza y buena fe: En Colombia la buena fe está contemplada en el artículo 83¹⁴² de la Constitución Política. Al respecto, es importante resaltar lo expuesto por Jiménez¹⁴³, quien realiza un estudio de 40 senten-

cias constitucionales entre junio de 1992 y 2000, las cuales tocan el asunto de manera directa, y menciona un sinnúmero de otras jurisprudencias, que igualmente tocan el tema de la buena fe, aunque de manera indirecta. Un primer punto a resaltar es tener en cuenta la dificultad de establecer una teoría jurídica integral o narración de los pronunciamientos relevantes sobre el tema, puesto que según este experto, nos enfrentamos a un asunto problemático ya que cuando se habla de buena fe «no se trata propiamente de una regla de derecho en sentido estricto, sino de un principio general del Derecho que es tomado por el constituyente»¹⁴⁴ y este lo eleva a la categoría de Principio Constitucional de carácter obligatorio, con los problemas que se derivan de ello, máxime si tenemos en cuenta que nuestra sociedad se suele caracterizar por la poca credibilidad en la ley, unos altos índices de impunidad y una cultura de respeto a lo establecido realmente pobre¹⁴⁵.

Vincular la buena fe, como principio, a patrones fácticos y específicos resulta, según Jiménez, *amplio y complejo*, por tanto, se debe tener claro a qué se alude cuando se habla de buena fe y en este empeño es necesario tener en cuenta que su análisis se suele situar entre dos perspectivas: la de quienes ven los principios como una herramienta para el legislador y la de quienes creen que solo se debe atener a las reglas o al juicio del legislador. Así las cosas, encontramos tensiones y diferencias entre reglas del derecho y principios generales del derecho, y las perspectivas enfrentadas de lo que se ha dado en llamar el Nuevo Derecho en el que se

¹³⁸ *Ibid.*

¹³⁹ CHARRY, M. y LÓPEZ, J. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Para optar por el título de odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología - Universidad El Bosque, 2005.

¹⁴⁰ JARA, S. y BRAVO, N. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado. (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología Universidad El Bosque, 2005.

¹⁴¹ TEALDI. *Op. cit.*, p. 221.

¹⁴² Constitución Política de Colombia Art. 83. Las actuaciones de los particulares y de las autoridades públicas deberán ceñirse a los postulados de la buena fe, la cual se presumirá en todas las gestiones que aquellos adelanten ante estas.

¹⁴³ JIMÉNEZ, William. *Línea jurisprudencial respecto al principio de la buena fe* (Art. 83 de la C. P.), Bogotá: 2011 [En Línea]. [Fecha de

consulta 1 de marzo de 2012]. Disponible en www.docenteunal.edu.co

¹⁴⁴ *Ibid.*, p. 1.

¹⁴⁵ RIVERA, Sneider y BARRETO, Luis. *Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia*. Bogotá: 2012. [En Línea]. [Fecha de consulta 30 de mayo de 2012]. Disponible en www.mij.gov.co/econtent/library/documents.pdf.

cuentan las corrientes de los neoiusnaturalistas y los realistas¹⁴⁶. En Colombia, incluso antes de la Constitución del 91, se encuentran pronunciamientos como el realizado en la Sentencia del 23 de junio de 1958 que sobre el punto estableció: «... el ordenamiento jurídico no está constituido por una suma mecánica de textos legales. No es, como muchos pudieran creerlo, una masa amorfa de leyes. Todo orden jurídico está integrado por ciertos principios generales, muchos de ellos no enunciados concretamente por el Código Civil, pero de los cuales, sin duda, se han hecho aplicaciones concretas»¹⁴⁷.

A partir de dicha sentencia se sienta un precedente para la aplicación del derecho: «Es importante rescatar el reconocimiento jurisprudencial que la H. Corte Suprema de Justicia hace al concepto de Buena Fe, al consagrarlo como un principio general de Derecho aplicable a nuestro sistema jurídico»¹⁴⁸. Es necesario además, resaltar lo que se menciona sobre el principio en el Código Civil, artículo 1603: «El principio de la buena fe obliga a los contratantes a actuar con lealtad y con la real intención de que, a través del cumplimiento de la prestación, se logren las finalidades económicas, jurídicas y sociales perseguidas con la celebración del acto»¹⁴⁹.

Esta es una forma de concretar en un principio legal, el de la buena fe, la confianza que a través del tiempo ha estado orientando éticamente una parte importante de la acción en salud, también relacionada con la lealtad, la confiden-

cia, la cordialidad, la seguridad del acto clínico en que intervienen dos sujetos, uno dispuesto a brindar un servicio, consciente de su responsabilidad, y otro que espera de manera confiada que se haga todo para brindarle una atención de calidad, acorde con sus necesidades. He aquí lo relevante de ver este asunto en todos sus planos: jurídico, legal, ético, social.

2.2.14 Discusión de resultados: Este segundo capítulo aborda el consentimiento informado en un punto de tensión decisivo hacia su comprensión: el contexto de los procesos disciplinarios éticoprofesionales donde emergen fuertes contradicciones alrededor de la teoría del consentimiento informado en asuntos claves como la voluntariedad del paciente, las explicaciones e informaciones con diferentes visos de objetividad sobre procedimientos, riesgos y beneficios de las intervenciones en salud oral.

Respecto a la voluntariedad, se parte del entendido que ejercer la voluntad no es solamente asentir sino que requiere de discernimiento, intención y libertad¹⁵⁰. En estos elementos se mezclan aspectos que tienen que ver con lo ético, lo legal, incluso lo puramente racional. Es necesario partir de como en nuestras sociedades, hoy es innegable que para intervenir en el cuerpo del otro se requiere de su voluntad, es un mínimo imprescindible a la luz de la bioética. En la investigación encontramos momentos críticos y de tensión cuando en las quejas ético disciplinarias aparecen acciones clínicas en las cuales el paciente, nada sabía del proceso de consentimiento informado y tampoco estaba exigiendo conscientemente derechos relacionados con él. En la mayoría de los casos en que esta tensión está presente, (por desconocimiento, generalmente) el paciente suele quejarse porque le realizaron actividades en contra de su voluntad o anuencia, en los casos más extremos, o también porque no

¹⁴⁶ Estas corrientes del nuevo derecho en Norteamérica, tienen como máximos exponentes corrientes como positivista suave. L. H. Hart y el realista o neoiusnaturalista Ronald Dworkin. *Ibid.*, p. 4.

¹⁴⁷ JIMÉNEZ. *Op. cit.*, 2011.

¹⁴⁸ *Ibid.*

¹⁴⁹ SUESCÚN, Jorge. *Derecho privado. Estudios de derecho civil y comercial contemporáneo*. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá - Universidad de Los Andes. 1996. p. 18. Citado por JIMÉNEZ. *Op.cit.*, 2011, p. 8.

¹⁵⁰ TEALDI. *Op. cit.*, p. 219.

fue informado de los problemas que se podían presentar y al ignorar los posibles resultados negativos, no se opuso. Estas suelen ser las circunstancias de los casos donde surgen dificultades respecto al consentimiento informado, incluso, se da por ejemplo casos donde el asunto para el paciente estaba relacionado con otra cosa: para recrear solo algunas de las situaciones se dan casos donde el paciente de lo que se queja es que siente que el tratamiento no le quedo bueno y el no venía para eso sino consultaba por otra cosa.

Con base en elementos teóricos, conceptuales y legales del consentimiento informado, hoy es bastante claro y está ratificado en las sentencias de las altas cortes así como en los documentos elaborados desde la hoy en boga «gestión de calidad» para dar cumplimiento a las disposiciones recientes del Ministerio de Protección Social, que el respeto por la autonomía y al libre desarrollo de la personalidad, es inobjetable.

Es cada vez más amplia la lista de procesos relacionados con problemas de consentimiento informado y, en las instituciones de Vigilancia y Control, se han generado cada vez más herramientas para hacer cumplir el proceso en los diferentes estamentos donde se hace atención clínica. Estos lugares se han ido familiarizando con el proceso, pero existe un desfase entre la apropiación por parte de dichas entidades y la forma como se ha implementado a nivel legal, hecho que genera sanciones por incumplimiento del deber de informar, de la advertencia de riesgos, de la realización de documentos escritos como soporte del proceso. El problema es que tales procesos y sanciones tienden al incremento a pesar de las leyes o las normas. En los procesos éticos disciplinarios en Cundinamarca, respecto al consentimiento informado, podemos dividir el asunto en tres periodos significativos:

2.2.14.1 Primer periodo. 1992, cuando se instaura la primera queja ética disciplinaria, a 2000, primera sanción relacionada con consentimiento informado: Se observa en el comienzo del tribunal ético de Cundinamarca (más o menos hasta 1998), que no son tenidos en cuenta, o no se les da relevancia en los procesos ético disciplinarios a aspectos relacionados con la voluntad del paciente o con deficiencias en la información. Se pueden incluso mencionar en los procesos, pero no se les da ninguna relevancia. Sin embargo, en los dos últimos años del siglo XX ya se observan algunas menciones a conceptos como autorización de tratamientos, informar, etc., pero es en el año 2000 cuando se sanciona a alguien por primera vez, teniendo en cuenta el artículo 5 de la Ley 35 de 1989 que habla del deber de «informar riesgos, incertidumbres, y demás circunstancias que puedan comprometer el buen resultado del tratamiento». Con todo, hay casos donde se habla de actuaciones contrarias a la voluntad del paciente, acerca de los cuales el tribunal emite su concepto favorable aduciendo que se hacía «por el bien» del paciente desde lo técnico-científico.

Cabe anotar que el tribunal de Antioquia en 1995 y 1997 ya se había pronunciado al respecto en dos jurisprudencias donde mencionaba el deber de informar los riesgos previstos (providencia de 1995) y la necesidad de obtener el consentimiento. Si bien, todavía no incluye consentimiento informado como tal, sí habla de la necesidad de consentir por parte del paciente y advertir el riesgo previsto que está contemplado en el artículo 10 de la Ley 35 de 1989 (providencia de 1997).

2.2.14.2 Segundo periodo. 2000, primera sanción relacionada con consentimiento informado a 2005, cuando se solicita documento escrito de consentimiento informado en los procesos: En este periodo se observa que en los

procesos aparecen preguntas, dirigidas a los profesionales, relacionadas con advertencia del riesgo. Lo que no es muy evidente es la exigencia de documentos escritos, lo cual pudiera deberse a que se solicita la historia clínica en general y, según la Resolución 1995 de historias clínicas, el consentimiento informado es un anexo de la historia clínica, criterio con el que se comienza a exigir. En este periodo se aumentan las quejas éticos disciplinarios relacionados con consentimiento informado y las sanciones relacionadas con este proceso, sin llegar a ser muchas. Lo significativo es que la profesión y los magistrados se familiarizan con el término.

2.2.14.3 Tercer periodo. 2005, cuando se involucra el documento escrito de consentimiento informado en los procesos, a la fecha: Este tercer periodo se caracteriza por una fuerte injerencia de los entes reguladores en la calidad de los servicios. En nuestro caso, las secretarías de salud exigen el consentimiento informado dentro de los procesos de calidad y las listas de chequeo de cumplimiento. Así el consentimiento informado se puede decir que definitivamente se vincula a la odontología como exigencia legal y la bioética empieza a jugar un papel importante en su cualificación.

2.3 CAMBIOS OCASIONADOS POR LA DINÁMICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LAS FORMAS Y CONTEXTOS DE INTERACCIÓN EN LOS ENCUENTROS ODONTÓLOGO-PACIENTE

2.3.1 Versión de los odontólogos que han vivido el proceso del consentimiento informado en Cundinamarca y Expertos de los tribunales de ética odontológica, Tribunal Nacional y tribunal de Cundinamarca: Como se dijo anteriormente, en lo fundamental la

investigación propuesta se adelantó apoyándose en una metodología cualitativa. Para la recolección de la información, en este apartado se recurrió a la técnica de entrevista semiestructurada. Se entrevistó a quienes han visto surgir el consentimiento en la profesión odontológica y quienes se han encargado de realizar su abordaje jurídico: treinta y cuatro odontólogos en ejercicio clínico, graduados no después de 1995 y que realizan consulta por lo menos medio tiempo, por un lado, y veintiún expertos, dos asesores del proceso de implementación del CI en la Secretaría de Salud de Bogotá, tres abogados de los tribunales (abogada secretaria del Tribunal Nacional, abogada secretaria del Tribunal de Cundinamarca y asesor nacional de Tribunales), quince odontólogos Magistrados de los Tribunales Nacional (tribunal de segunda instancia) y Tribunal de Cundinamarca (tribunal de primera instancia, lugar donde se revisaron todos los procesos ético disciplinarios), el Presidente de la Federación Odontológica Colombiana (FOC), órgano consultor, según la Ley 35 de 1989.

Al entrevistar a estos sujetos, se buscaba registrar como han vivido el proceso de implementación del CI en Cundinamarca, describir la relación entre la incorporación del CI como una exigencia legal, su abordaje en los procesos disciplinarios ético-profesionales y la aplicación, por parte de los odontólogos. Todo ello, para establecer sus dinámicas, formas de aprehensión, dificultades en la aplicación y los principales problemas en la implementación del CI en Cundinamarca.

Las entrevistas son una parte fundamental en la investigación, por tanto, en ellas se tuvo especial cuidado en aspectos como entablar una adecuada relación con los entrevistados, en procura de garantizar la validez y confiabilidad de los datos, ya que «la cantidad, validez y confiabilidad de los datos se fundamentan en la habilidad del investigador para establecer

relaciones con los informantes»¹⁵¹. En este caso, se intentó transmitir a los entrevistados la tranquilidad necesaria para que entendieran que no estaban siendo cuestionados o juzgados sino que, por el contrario, estaban dando un testimonio valioso para hacer el «levantamiento» de la historia del CI en odontología, como ellos lo habían vivido. Igualmente, se tuvo especial cuidado en disponer de un sitio adecuado para la entrevista.

Un aspecto en el que se intentó hacer énfasis fue ir más allá del diálogo. Una vez terminada la entrevista, se elaboraban memos dado que, en ocasiones, las cosas que no se hablan pueden llegar a ser las más relevantes y también reveladoras. Tener en cuenta no solo los patrones, sino las excepciones, los silencios, puede llegar a ser revelador.

Realizadas estas actividades, se procedió a efectuar la transcripción de las entrevistas en 96 folios de Word, luego se incluyeron para el análisis de los datos obtenidos mediante el programa Atlas Ti versión 5.0.

2.3.2 Datos sobre las entrevistas a expertos: En lo que sigue se muestran las estadísticas en gráficas y cuadros de los expertos consultados para analizar la forma como se inicia el proceso de aplicación del consentimiento informado en la profesión odontológica en Cundinamarca.

Tabla 7. Entrevistados en calidad de expertos

Profesión	Total entrevistados
Abogados	3
Odontólogos	17
Médico	1

Fuente: Elaboración propia

¹⁵¹ MORSE, Janice. (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colección Contus, 2003, p. 330.

Tabla 8. Distribución de acuerdo con la institución a la que pertenecen y la profesión

Institución	Profesión	No. profesionales
Tribunal Nacional	Abogados	2
Tribunal Nacional	Odontólogos	8
Tribunal de Cundinamarca	Abogados	1
Tribunal de Cundinamarca	Odontólogos	7
Secretaría de Salud de Bogotá	Odontólogo	1
Secretaría de Salud de Bogotá	Médico – vigilancia y control de la oferta de servicios	1
FOC	Odontólogo	1

Fuente: Elaboración propia

Es importante anotar que las entrevistas a los dos expertos de la secretaría no fueron planeadas en el proyecto de este estudio, ni contaron con la utilización del cuestionario. Se incluyeron para aclarar la influencia de la Secretaría Distrital de Salud en el proceso, pues en el curso de la recolección de información tanto en los tribunales de ética, cuando se revisaban los procesos ético-disciplinarios, como cuando se hicieron las entrevistas, expertos y documentos se dirigían hacia esa instancia. El diálogo con los dos profesionales de la Oficina de Vigilancia y Control de la Oferta no fue analizado en Atlas ti. Versión 5.0 ya que ellas no se realizaron para conocer aspectos teóricos o prácticos del CI. Los profesionales, uno médico y otro odontólogo, fueron consultados en su calidad de asesores de la Oficina de Vigilancia y Control, encargada de hacer cumplir

Tabla 9. Expertos de los tribunales

N° Entrevista-do	Profesión	Especialidad	Tiempo en TEO	Año inicio	Hasta (año)	Cargo en TEO	TEO
1	Abogado(a)	Bioética	20 años	1992	Fecha	Abogada Secretaria	Tribunal Nacional
2	Odontólogo(a)	Rehabilitación	Presidente	NA	NA	Presidente	NA
3	Odontólogo(a)	General	14 años	1996	2006	Presidente - Magistrado	Tribunal Cundinamarca
4	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	8 años	2000	Fecha	Presidente - Magistrado	Tribunal Nacional
5	Abogado(a)	Gestión Pública	15 años	1996	Fecha	Secretaría - Abogada - Tesorera	Tribunal Cundinamarca
6	Odontólogo(a)	Ortodoncia	3 años	2009	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
7	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	2 años	2006	2008	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
8	Odontólogo(a)	General	4 años	2000	Fecha	Magistrado(a)	Sin Info
9	Odontólogo(a)	Bioética	2 años	2008	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
10	Odontólogo(a)	Endodoncia	8 años	2000	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
11	Odontólogo(a)	Rehabilitación	4 años	1998	2002	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
12	Odontólogo(a)	Rehabilitación	8 años	1994	2002	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
13	Odontólogo(a)	Cirugía Maxilofacial	6 años	2006	Fecha	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
14	Odontólogo(a)	Maestría Salud Pública	4 años	2004	2008	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
15	Odontólogo(a)	Endodoncia	6 años	1992	1998	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
16	Odontólogo(a)	Rehabilitación	6 años	2002	2008	Magistrado(a)	Tribunal Cundinamarca
17	Odontólogo(a)	Salud Familiar y Comunitaria/ Maestría Educación	3 años	2006	2009	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
18	Odontólogo(a)	Periodoncia/ Mg ética e investigación	2 años	2009	2011	Magistrado(a)	Tribunal Nacional
19	Abogado(a)		21 años	1992	2011	Asesor Nacional	Tribunal Nacional

Fuente: Elaboración propia

las leyes y normas para establecer cómo se da en esa institución el abordaje del CI desde sus parámetros, para solicitar su aplicación en las visitas a las instituciones prestadoras del servicio odontológico y también para establecer la relación con las quejas ético disciplinarias. Por esta razón, solo se tuvo en cuenta esta información para establecer la relación entre la Secretaría de Salud y la trayectoria del proceso de CI en Cundinamarca.

Es importante tener en cuenta que se entrevistó una proporción muy grande de los magistrados y exmagistrados, que han vivido el proceso en los Tribunales Nacional y de Cundinamarca (de 19 posibles se entrevistaron 15). Un dato importante es que la mayoría de ellos, sobre todo quienes no hacen docencia, hablaban en calidad de odontólogos, no de magistrados.

Tabla 10. Especialidad de expertos entrevistados y presidente de la Federación Odontológica Colombiana

Especialidad de expertos del tribunal y la FOC	Nº Profesionales
Ortodoncia	1
Cirugía Maxilofacial	1
Gestión Pública	1
Salud Familiar y Comunitaria	1
Periodoncia	1
Endodoncia	2
General	1
Bioética	3
Salud Pública	3
Derecho medico	1
Rehabilitación	4

Fuente: Elaboración propia

2.3.3 Tiempo de permanencia de los expertos en los tribunales: Según el artículo 62 y 66 de la Ley 35 de 1989, los magistrados serán elegidos por periodos de dos años y pueden ser reelegidos. En este proceso intervinieron la Asociación de Facultades de Odontología, la Federación Odontológica Colombiana y el Ministerio de la Protección Social, como ente regulador. Como se observa, varios profesionales han participado por periodos muy largos, al ser reelegidos varias veces.

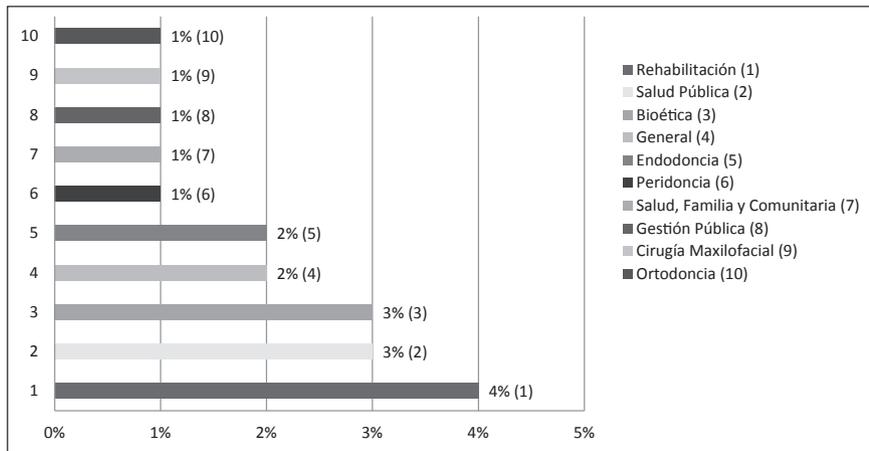
Tabla 11. Permanencia de expertos en los tribunales

Tiempo en los TEO	Número de profesionales
2 años	3
3 años	2
4 años	3
6 años	3
8 años	3
14 años	1
15 años	1
21 años	2

Fuente: Elaboración propia

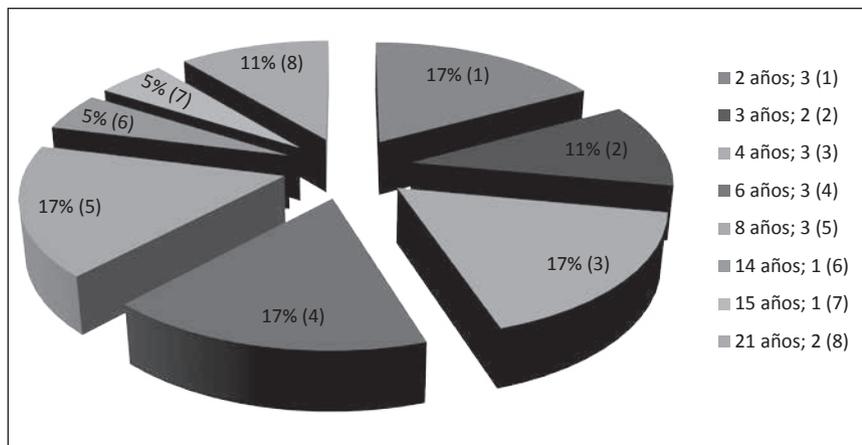
2.3.4 Apreciaciones de los expertos consultados sobre CI: En la indagación con los expertos en relación con la *Primera vez que escucharon acerca del Consentimiento Informado*, detallando para ello fecha y el contexto profesional o académico, encontramos una diversidad de fechas que van desde un magistrado que tuvo su primer acercamiento al CI en los años setentas, pero que no recuerda en qué contexto, otro que conoció de él a finales de los ochenta, en su condición de abogado y asesor del ministerio para asuntos médico legales y quien es una autoridad en la materia. La mayor parte de los expertos en el tema, magistrados, odontólogos

Figura 7. Distribución de expertos por especialidad



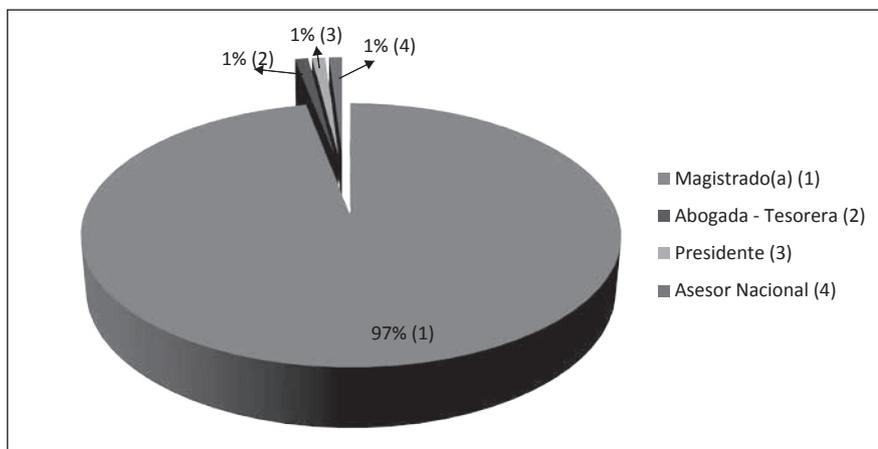
Fuente: Elaboración propia

Figura 8. Distribución de tiempo de los expertos en el tribunal



Fuente: Elaboración propia

Figura 9. Distribución de expertos miembros del tribunal



Fuente: Elaboración propia

y abogados, conocieron del CI solo a principios y mediados de los años noventa, y lo vinculan a los grandes cambios constitucionales y legislativos que inciden de manera profunda en el país, la estructura del gran campo de atención en salud y la profesión: la Constitución del 91, Ley 100 de 1993, Ley 35 (empieza a aplicarse de manera práctica en 1992). Otro grupo señala que su acercamiento es a principios del siglo XXI, particularmente en los años 2002 y 2004. Cabe resaltar que dos magistrados que estuvieron en las primeras magistraturas del tribunal, desconocían el término, uno de ellos ya no ejerce la profesión.

Con respecto a los contextos académicos o profesionales en los cuales tuvieron su primer acercamiento, algunos hacen referencia a que conocieron de CI dentro de su ejercicio profesional, también en su práctica como magistrados en el Tribunal de Ética (al inicio de sus magistraturas), particularmente cuándo fueron apareciendo casos asociados a los problemas de información, no advertencia de riesgos y consentimiento de pacientes. Otro grupo manifiesta que su acercamiento se realizó en su formación profesional (pregrado) y otros mencionan que fue en sus formaciones de posgrado (particularmente en bioética). Finalmente, un entrevistado manifiesta que su acercamiento al tema se realizó dentro de actividades de actualización y capacitación, tales como los congresos odontológicos.

2.3.5 Contexto en que escuchó hablar por primera de CI: Los magistrados escucharon hablar de CI por primera vez principalmente en el contexto del tribunal en su primera magistratura. Dicho ejercicio les permitió aproximarse al conocimiento de las quejas éticodisciplinarias de los odontólogos y de esta manera al CI, como una herramienta importante dentro de cualquier tratamiento que se fuera a llevar a cabo.

«...en el tribunal, que comenzamos a recibir los casos, nosotros somos tribunal de segunda instancia, nosotros no somos de primera, entonces comenzaron a llegar los casos y ya se hablaba de consentimiento informado».

«...desde el momento en que comencé a conocer los procesos que se presentaban en el Tribunal Nacional. En el contexto, uno de los factores importantes para tomar una determinación y hacer un juicio y un estudio sobre la demanda, indispensablemente debe ir acompañada de maldad con un consentimiento informado».

En segundo lugar, el contexto donde los expertos entrevistados tuvieron su primer acercamiento al CI fue en los espacios académico o de docencia, a los que pertenecía o pertenecen.

«En la academia, yo empecé en la academia, en el consultorio que yo hacía práctica, lo que pasa es que uno empieza a aplicar las cosas de la academia en la consulta privada. Pero básicamente esto se pensó fue en la academia».

«En la docencia, yo fui docente en la Nacional y en la Javeriana y digamos que oíamos que se empezaba a hablar de temas de consentimiento informado».

En tercer lugar está el ejercicio práctico profesional de la clínica odontológica, el cual según los expertos, fue ideal para el conocimiento de los principales aspectos de la relación odontólogo-paciente, y como uno de los aspectos a tener en cuenta estaba el CI.

«Primero que todo, en la parte médica, cuando el paciente va a operarse, que generalmente en cirugías generales en los hospitales les debe uno siempre llevar el consentimiento informado, en donde firma que se puede, hasta se puede morir, que no hay ningún inconveniente. Desde ahí comenzamos a escuchar y en la parte odontológica fue más reciente,

hace por ahí unos seis o cinco años, por ahí empecé a escuchar, ya en bastante auge, sobre el consentimiento informado».

2.3.6 Como conciben los expertos el consentimiento informado: Al indagar por la forma como definen el CI, para los expertos tiene que ver con una información o conocimiento sobre el tipo de tratamiento que el profesional va a realizarle al paciente. Se enfatiza en la importancia de la explicación de los riesgos y las consecuencias del tratamiento, como lo ejemplifican los siguientes relatos:

«La comunicación o la información que se le da al paciente sobre los posibles riesgos que se puedan presentar, las causas, los cuidados, pues que hay que tener para que no se vayan a presentar esos problemas».

«Es el conocimiento completo que puede tener un paciente sobre lo que se le va a realizar en la boca, sea para bien o sea para mal, pero debe saber todo el contexto completo de lo que se le va a realizar, que consecuencias favorables y qué consecuencias desfavorables puede tener».

Para otros expertos, el CI tiene un punto de vista más legal, debido a que lo ven como un convenio o contrato, mediado por un documento que firman ambas partes, para cumplir con un trabajo específico de atención:

«El consentimiento informado puede ser un convenio, un contrato en el cual el odontólogo, o entre odontólogo y paciente, en el cual éste se compromete a explicarle detenidamente todo lo que le va a realizar y todo lo positivo que tiene el tratamiento, los riesgos que puede tener y los daños que podrían causarle los tratamientos que va a realizar, los daños a que está expuesto, no significa que porque yo le preveo algunos daños si los hago queda impune no significa eso, sí queda claro».

«Se define como un compromiso que establecen entre el doctor y paciente, en el cual el paciente le confiere toda la autoridad al odontólogo para que le elabore un plan de tratamiento, ya explicado al paciente».

Otros expertos piensan que el CI es un proceso de comunicación, interacción y relación continua entre paciente y odontólogo, el cual se encuentra mediado por la toma de decisiones y autonomía del paciente, tal como se ve en lo relatos a continuación:

«Es una relación que se da entre el profesional de la odontología y su paciente en la cual se genera una comunicación que permite al uno generar un relación de confianza al expresarle el tratamiento, los riesgos, las alternativas y todos las posibles eventualidades que él conozca y pueda precisar en ese proceso, y al paciente de preguntar, de conocer y de aceptar o no, o de escoger si es el caso, que hay alternativas de tratamiento».

«Para mí es un proceso continuo, permanente, de comunicación, comprensión, en una relación médico-paciente, que permite al paciente tomar decisiones en su autonomía».

Finalmente, hay otros odontólogos que señalan que el CI es un requisito de Ley que debe tener siempre en cuenta el odontólogo en la atención de los pacientes:

«Es un requisito de la Ley que el odontólogo debe cumplir y llenar su historia clínica con un anexo que ha escrito, o verbal, que es aceptado, también eso, pero en la historia clínica anotar que se le habló al paciente, que se consigna que el paciente firmó o no firmó pero que haya ahí, y que haya testigos, la auxiliar por ejemplo, muchas veces, es el auxiliar, me oyó que yo le hablé al paciente pero no hay ninguna constancia, entonces tiene que quedar constancia del consentimiento informado y de los riesgos en la historia clínica o en un escrito».

Tres de los expertos entrevistados, al preguntarles por la definición del CI, refieren un total desconocimiento sobre lo que eso significa: «¿Pero lo de la parte del consentimiento informado, a que se refiere?». «Me quiere recordar el término consentimiento informado, ¿a qué se refiere?».

También se presentó otro caso en que el exmagistrado se ve en apuros tratando de encontrar palabras para definirlo. Lo interesante es que al hablar de información sobre riesgos, alternativas de tratamiento, o decisiones acerca de tratamientos, los magistrados y exmagistrados entienden de lo que se trata el asunto. Finalmente es, como ellos lo refieren, que en la época cuando estuvieron en el tribunal (primeras magistraturas) nunca de eso no se habló.

2.3.7 Relación que establecen entre autonomía y consentimiento informado: La indagación realizada con los expertos respecto a la relación del concepto de autonomía y CI, mostró como, para más de la mitad, existe una relación directa entre Autonomía y CI. Para ellos, tiene que ver con los conceptos de voluntad, autodeterminación, toma de decisiones por parte de un paciente respecto a sí se hace o no un determinado tratamiento con su odontólogo. Decisión que en esencia debe ser respetada.

«La autonomía digamos que se ejerce, la autonomía es un derecho fundamental, el derecho de las personas de decidir sobre su vida y sobre su salud y sobre lo que quieren, pero para poder ejercer la autonomía se requiere de información plena, suficiente y completa sobre el tema que sea, y específicamente en salud sobre lo que puede pasar, sobre la necesidad de lo que se le va a realizar, sobre las posibles consecuencias, entonces la autonomía necesariamente está ligada a la información y el verdadero ejercicio de la autonomía es siempre y cuando se cumpla una información completa y total».

«La autonomía del paciente, cuando el paciente le dice al doctor, “sí, hágame el tratamiento”, “lo autorizo a que haga el tratamiento”. Y lo corrobora con la firma. Es un compromiso amigable, pero a la hora de responsabilidades jurídicas debe hacerse la firma».

«La autonomía es el derecho del paciente a escoger su odontólogo sí le conviene o no le conviene el proceso de tratamiento o la explicación que le haya dado el doctor, también es importantísimo eso porque el consentimiento informado puede rechazarlo, inicialmente puede aceptar y después rechazarlo».

«Desde el punto de para qué, en ejercicio de su autonomía acepte con responsabilidad, libertad y voluntad la realización de un procedimiento, una intervención quirúrgica, con pleno conocimiento y en uso de sus facultades para que puedan trabajar sobre su cuerpo y sobre su salud, y vista del consentimiento y en cuanto a la información para mí».

Para otros expertos la relación tiene que ver con la confianza que tenga el paciente hacia el odontólogo y la responsabilidad de que este sea el profesional capaz para la realización de lo que el paciente necesita: «La autonomía viene a ser como un aspecto de confianza que el paciente le da al odontólogo por su conocimiento, porque sabe que es un profesional idóneo y confía en él, deposita en él todo su saber para beneficio propio».

Hay otros casos en los que se menciona que autonomía y consentimiento informado son conceptualizaciones idénticas: «Son totalmente paralelas, son idénticas, un paciente con autonomía tiene que tener consentimiento informado, también para que se complemente con esta autonomía».

A diferencia de lo expresado por otro experto: «La autonomía posibilita el consentimiento

pero el consentimiento no es autonomía total, porque está limitado por las técnicas, por la ciencia y por la misma condición fisiológica, emocional y psicológica del paciente, ... mental también».

Hay expertos para quienes es un derecho fundamental del paciente y tiene que ver con el criterio de autodeterminación en salud, también mencionan, en conexión con este aspecto, la necesidad de darle buena información al paciente y tener en cuenta que está relacionado con la confianza.

2.3.8 El deber de informar en odontología:

Los magistrados, al ser interrogados sobre lo que se debe informar en la atención odontológica, en orden de importancia, respondieron:

1. diagnóstico, beneficios, estado de salud oral, riesgos, plan de tratamiento;
2. posibilidades de tratamiento, riesgos y problemas, expectativas, plan de tratamiento, costos;
3. efectos adversos y riesgos, plan de tratamiento, éxitos del tratamiento, alternativas, cuidados de la higiene oral;
4. riesgos, costos;
5. alternativas;
6. estado sociocultural y perfil psicológico.

Un magistrado incluye un séptimo punto que, para él, es informar básicamente todo.

Si tenemos en cuenta la frecuencia que mencionan los expertos, sería:

1. riesgos y problemas, plan de tratamiento;

2. estado de salud oral;
3. efectos adversos. Diagnóstico. Alternativas de tratamiento. Todo. Costos;
4. expectativas. Éxitos del tratamiento. Alternativas del tratamiento. Cuidados de Higiene oral;
5. estado sociocultural y perfil psicológico. Solo para uno de los expertos.

Es importante observar que, a partir de los relatos, se ve como la experiencia de los expertos en el tribunal les lleva a sugerir la inclusión de información que frecuentemente han obviado los odontólogos, ha motivado las quejas ético disciplinarias y los ha llevado a sanciones y problemas: No llenar bien la historia clínica, no colocar el diagnóstico, por ejemplo, o no informar de manera clara diagnóstico, plan de tratamiento, riesgos, alternativas de tratamiento, etc. Nótese que, en primera línea, varios de ellos incluyen «problemas» en general como una categoría a informar.

2.3.9 Aplicación del consentimiento informado en la práctica odontológica:

Los expertos entrevistados mencionan, respecto a la aplicación del CI en la práctica, aspectos tales como: 1) hoy en día se da mayor importancia al CI, 2) Se evidencia que en muchos casos el consentimiento solo es la firma de un documento (formato), 3) Otros mencionan que es muy deficiente; 4) Advierten que en la aplicación se evidencia «tramitomanía» y 5) En algunos casos se realiza como parte de la historia clínica y también en la evolución del Tratamiento.

Como se puede ver, los expertos se remiten en general al documento escrito y las deficiencias que suele presentar.

«...el consentimiento informado en un consultorio particular y el consentimiento informado en una EPS, es diferente en estas dos, porque yo siento que el odontólogo, así sea yo odontólogo, que trabaja a nivel privado, y él mismo a nivel institucional, los tiempos a nivel institucional hacen que salga la auxiliar y les diga a los pacientes donde firmar, y ya...la tramitología! En el consultorio privado el odontólogo se cuida un poco más de lo que le pueda ocurrir, entonces ahí se puede. He visto muchos odontólogos que trabajan bien el consentimiento informado».

«...muy deficiente, la mayoría de odontólogos atienden al paciente de una manera muy amigable y por amigable cometen ese error de no hacerle firmar el consentimiento informado. Ahora hay mucha negligencia de parte de los pacientes, mucha resistencia del paciente a firmar la historia clínica y el consentimiento informado. O sea, ellos hacen un compromiso verbal con uno, más no escrito, tanto que muchos dicen que si es así no lo hacen».

«Haber, yo como he tenido la experiencia del año 2000 y el actual, sí he visto que se le está dando mayor importancia al consentimiento informado, hace unos años nadie tenía idea de nada, tanto el profesional como el paciente, pero si veo que ha mejorado mucho desde ese punto de vista, esa información en los últimos años ha mejorado».

Uno de los expertos presenta justificaciones respecto a que el Consentimiento Informado en algunos casos puede presentarse de forma verbal:

«Pues yo pienso que si hay un proceso de consentimiento, así no sea escrito, pero puede ser verbal, donde el paciente sabe cuál es la implicación, y de todas maneras lo acepto. Para mí sería válido desde lo ético, pero si el odontólogo no se lo explicó y se da más por falta o desconocimiento del paciente, pues no».

«Pero eso, por ejemplo, de los riesgos; son muchos los riesgos que se presentan en un procedimiento, no digo que se ponga todos, pero si los previsibles, porque los no previsibles son muy difíciles de expresar por escrito».

2.3.10 Soporte Teórico-académico del consentimiento informado: Al ser interrogados sobre las posibles fuentes académicas del consentimiento informado, las experiencias son variadas, algunos hacen referencia a que existe bastante producción académica, sin detallar algo en particular, otros hacen alusión a teorías jurídicas de EE.UU. y Europa, unos más aseguran que no hay información desde el punto vista académico. Hay quienes aseguran que hay documentos didácticos que trabajan el tema de los principios legales, también algunos indican que se ve un adelanto en cuanto al manejo del tema en las facultades. Se mencionó igualmente la Ley 35 de 1989.

«A mí me parece que ya hay, que ya es bastante producción, bastante. No ve que hay hasta odontólogos que ya han publicado sobre consentimiento informado, o sea que ya hay textos de consentimiento informado en odontología».

«Pues hoy en día, afortunadamente, siguen apareciendo algunos textos, no son muchos, contamos con alguno de ellos. Afortunadamente son didácticos, están muy encaminados a esos principios éticos más que a la forma legal».

«Pues hay bastante información y bibliografía y cada vez más, con María Teresa Escobar, por ejemplo, que ha escrito mucho sobre eso».

Otros expertos mencionan que se ve un creciente aumento de textos y documentos por parte de las Facultades de Odontología en las Universidades

«Yo creo que ha avanzado, ahora por ejemplo lo de la facultad que hay personas, mira tú, que se dedican a profundizar y estudiar y como a elaborar, a elaborar todos los protocolos, llamémoslos, y esto. Y yo creo que se ha avanzado, me parece que como todo en la academia, es bueno seguir profundizando, seguir mirando, y me parece importante esto, a nivel de los profesionales».

«Sí, sí, hoy día en las Facultades se habla pues de todos estos aspectos y se ha ido mejorando. Al principio era muy por encima, pero ya ahora se ha ido mejorando, sí».

Hay otros expertos que relacionan más el soporte académico-teórico con los principios, lineamientos y conceptualizaciones históricas que han aparecido para la realización de los consentimientos informados en temas de salud. Aquí algunos de los relatos:

«¿Los contenidos de consentimiento informado, de dónde vienen? de los contenidos del acuerdo de Núremberg, desde la declaración de los derechos humanos, desde la declaración de Helsinki, desde Reporte Belmont, desde los principios CIOMS, desde las guías de los comités de ética en la OPS».

«Yo pienso que las primeras aproximaciones que hace, digamos, la gente que le interesa el tema, es a través de la bioética. Después, digamos que se traen algunas teorías jurídicas de Europa y de USA, y las van desarrollando los jueces a través de sus sentencias, sobre todo una doctrina francesa donde se establece las características del consentimiento».

2.3.11 Problemas de la aplicación del CI: De acuerdo con la indagación respecto a los principales problemas que se presentan con el CI, para la mayor parte de los expertos, tienen que ver con el diligenciamiento de los formatos. Resaltan el hecho de que no aparezca la firma del paciente en los formatos y no informar a los pacientes de los riesgos, consecuencias, posibles

alternativas al tratamiento, cuidados posteriores al tratamiento, entre otros:

«Haber, yo pienso que si hay muchos problemas... el primero es que se diligencia el formato pero no se lee la información suficiente al paciente. En muchas ocasiones, inclusive en el tribunal, tuvimos muchos casos en que se pudo demostrar que, a pesar de que estuviera diligenciado el formato, no se le había dado la información pertinente, o al contrario, muchas veces no había diligenciado el formato, pero si se le había dado la información suficiente».

«¿Qué no lo hacen firmar! El principal problema del consentimiento es la no firma por parte del paciente. Si usted tienen una historia clínica completa, viene con todos los requisitos que se llevan los protocolos para hacer el tratamiento y fuera de eso tiene un documento anexo a la historia clínica firmada por el paciente...».

«La falta de información adecuada o la ausencia de información».

También es claro, para algunos expertos, que varios pacientes no son lo suficientemente informados ni comunicados sobre el tratamiento y sus consecuencias.

«...el principal problemas es no explicarlo, primero informarlo, no explicarlo, no registrar, no llenarlo, no escribirlo y no firmar».

«Totalmente. Existe, más que desconocimiento, falta de comunicación y de tiempo para dedicarle al paciente, o sea, si, básicamente es eso, es un problema, también parece que es un problema más hacia la prestación de los servicios. De no tratar al paciente como una persona, como un ser humano, sino como un usuario, como un número más».

Otro aspecto que los expertos consideran problemáticos en el proceso de CI es el descono-

cimiento legal de la normatividad. También se incluye la realización de malos procedimientos odontológicos, que generan quejas éticodisciplinarias, el desconocimiento de los derechos que tienen los pacientes frente a su tratamiento y que los odontólogos no comprenden la diversidad y el contexto sociocultural de los pacientes.

2.3.12 Ajustes o cambios que se debería hacer al consentimiento informado en odontología:

Se instó a los expertos a tener en cuenta su experiencia en el tribunal para ver los cambios o ajustes que ellos imprimirían al proceso de CI. Según ellos, se debe trabajar principalmente en aspectos tales como: 1) cambios en la formación, 2) el cambio cultural y el análisis de lo económico, 3) mejorar los canales de comunicación, 4) un mayor compromiso del profesional y del paciente; 5) implementar un formato para cada especialidad odontológica. Se presentan algunos relatos que ayudan a entender su perspectiva:

«...la denominación, primero que todo, yo lo primero que pediría sería que ya nunca más hablemos de consentimiento informado, si hemos de estar mirando si el patrón fue Beauchamp y Childress o no, y que dejemos de estar mirando la ética norteamericana y la ética europea y seamos capaces de construir nuestros propios códigos, primero de comunicación, y segundo, de reflexión y reacción en las relaciones inter humanas».

«...el problema es que la odontología es un negocio. En eso se ha convertido, porque se ve permanente en el afán comercial que impide que el odontólogo haga el Consentimiento Informado. ¡Por la necesidad de los odontólogos! Existen odontólogos que ganan el salario mínimo. La profesión ha caído como profesión rentable que era antes...».

«Que sea un compromiso de doble vía. De doble vía, tanto de los odontólogos para el paciente, como del paciente para el odontólogo.

En el que haya respeto, reconocimiento de lo que se le hace, amplitud de poder modificar las cosas en el trayecto del tratamiento y que el paciente debe acogerlo».

«Yo creo que si debemos tener como un formato general de cada especialidad para que cada uno no se invente algo, hacerlo de su propia (...) sino que sepamos cómo debe llenarse, recibir mejor instrucción y, de pronto, si para cada paciente, dependiendo lo que se hace, algún anexo. Pero si debe existir como un formato como tal de los consentimientos de cada especialidad».

2.3.13 Percepción sobre la forma como se ha dado el proceso de consentimiento informado desde que se inició su implementación en odontología:

En ocasiones, las opiniones de abogados, exmagistrados y magistrados, respecto a la evidencia de cambios en el Consentimiento Informado, son realmente encontradas. Para algunos, sigue siendo lo mismo desde que se comenzó a implementar, mientras otros refieren que se ha ido ajustando, básicamente en lo que tiene que ver con la aparición de formatos escritos. Para algunos, existe aún una necesidad grande de dar a conocer el proceso, mucho más en la profesión, de afianzarlo en la academia y sobre todo en la práctica clínica. Refieren lo problemático que resulta observar la pobre argumentación legal y teórica con la que acuden algunos de los odontólogos que son objetos de quejas en los tribunales. *Es menos ahora*, dicen algunos, pero se sigue dando la situación en que el odontólogo muestra un nulo conocimiento de la Ley y las normas que rigen el CI. Poco a poco se van utilizando más documentos escritos pero, para algunos, su utilización no genera confianza en el paciente. Para otros, se están utilizando más para cumplir un requisito que por una verdadera conciencia de que ayuda a mejorar la relación profesional paciente. Es en este sentido que son generado-

res de desconfianza. Hay quienes manifiestan que el papel del tribunal debe ir más allá de la revisión de quejas y que debería incidir también, de manera pedagógica, en la profesión.

«Yo creo que tiene que ser como multidimensional, es decir, yo creo que los tribunales tienen que tener una labor mucho más pedagógica y educativa. Pues claro que tienen que mirar las quejas, pero una labor pedagógica hacia los pacientes hacia los odontólogos y las universidades, esto tiene que ser algo a lo que se le dé toda la importancia».

«Antes no se hacía el consentimiento firmado, simplemente se informaba al paciente lo que se le iba a realizar, el consentimiento era verbal y era la manera de informar pero no de llegar a unos acuerdos con el paciente».

«...esos cambios de esa amistad, entre comillas, que existe entre odontólogo y paciente, en un momento dado, no hace que esté uno seguro que ese señor lo vaya a demandar a uno después, en un futuro...entonces uno debe curarse en salud y hacer, de todas maneras, hacer firmar el consentimiento informado!».

Se mencionan también cambios en la odontología, relacionados con la forma como se realizan hoy los tratamientos, los costos y, de paso, como ellos afectan negativamente los procesos de consentimiento: «Si, si y sobre todo también debido a los avances tecnológicos y también a la publicidad. Creo que hay publicidad al fin económico, tristemente creo yo, que se está yendo mucho más al interés económico, se está sacrificando la salud oral».

Según algunos expertos, los cambios en el consentimiento informado pueden ser evidentes en la generación de lazos de confianza con el paciente, pero también como «arma» de defensa contra posibles problemas que se puedan presentar, tal como lo menciona el siguiente relato:

«Si, porque ya el consentimiento, pienso yo, que lo maneja la entidad más como un arma en su defensa que como lo que te digo, una relación con el paciente para explicar y generar confianza».

Algunos entrevistados señalan que no han notado cambios significativos dentro del proceso del consentimiento informado y que si se llegan a presentar no van más allá de «pequeños» cambios dentro de las especialidades odontológicas: «No, no he notado así cambios protuberantes, no se ha visto, estamos siguiendo la misma pauta, la misma técnica, vemos el consentimiento informado, se mide, se lee, se sigue, las especialidades van dando su consentimiento diferente; de ortodoncia, de rehabilitación, de cirugía, el de plástica también es diferente, entonces, esto... debe cubrir las expectativas del paciente y el profesional también».

Aunque son los menos, algunos expertos manifiestan verdadera preocupación y desesperanza frente al proceso, asegura uno de ellos que es un proceso mentiroso donde, en la práctica, el paciente no está recibiendo de manera adecuada la información, ni se hace un verdadero proceso, debido a todas las trabas en cuanto a tiempo, costos, dinámicas que genera el mismo sistema.

2.3.14 ¿El consentimiento podría tener aspectos negativos?: La indagación con los expertos respecto a las debilidades al incluir en odontología el proceso de CI se centraron principalmente en 6 aspectos: El primero, según ellos mismos, es más un problema de la profesión asociado a la forma como se comprende y aplica el proceso. Se refieren más a dificultades que a debilidades:

«Debilidades: lo único es que, sería más debilidad del profesional, el no hacer un análisis correcto de la situación para informarle al

paciente, y que si no quedó escrito es como si no le hubiera dicho y que si no es que todo lo que le dijo, entonces en este momento no vale. Esa sería una de las dificultades de tomar el consentimiento informado como un medio legal de acuerdo entre paciente y profesional».

«Yo pienso que no se hace proceso, es un punto álgido y es como el talón de Aquiles, que se piense como un requisito, hay que llenarlo cuando se hace la historia clínica y no más, no es el proceso que se continúa, y se reduce a la firma del documento. Creo que la formación de los odontólogos también tiene profundas debilidades y los pacientes tampoco tienen la información de qué es eso del consentimiento informado y en qué consiste. Entonces, como que no exigen y sigue habiendo una relación muy asimétrica, el paciente lee y, así no entienda, por pena no se atreve ni siquiera a preguntar de qué le están hablando, accede y firma».

Otro de los aspectos que se ve como debilidad por parte de los expertos entrevistados tiene que ver con la escasa comunicación entre odontólogo y paciente, lo que va en detrimento de la relación, la prestación del servicio y por ende de la calidad del CI: «...falta de comunicación y de tiempo para dedicarle al paciente, o sea, si, básicamente es eso, es un problema, también parece que es un problema más hacia la presentación de los servicios. De no tratar al paciente con una persona como un ser humano sino como un usuario como un número más».

Otro experto también menciona que la debilidad mayor es la ausencia del proceso del CI: «Y las debilidades en el proceso es que no hay proceso. El proceso de consentimiento informado, que es como debe darse, no existe, en Colombia no hay».

Otros odontólogos opinan que sí se podría tipificar como debilidad, no dificultad como las anteriores. Afirman que el documento de CI

ejerce cierta presión negativa para la realización de tratamiento.

«Desde el punto de vista ya del instrumento, del diligenciamiento, a veces a los pacientes eso también les genera cierto tipo de prevención y a los profesionales la obligación de dejar por escrito eso. Se entra en ese punto de que la gente, al firmar esos papeles, siempre se siente un poco presionada, yo pienso que tanto el profesional, como la institución y las personas, se sienten presionadas por ese documento, por su diligenciamiento».

También se presentaron otras opiniones donde la debilidad vuelve a ser una dificultad en el proceso y tiene que ver con el hecho de decir que el CI tiene el problema de ser poco específico (se refieren básicamente al documento escrito). Otros expertos señalaron que el proceso no tiene ninguna debilidad, solo le ven fortalezas para el ejercicio de la odontología.

2.3.15 Cambios en la relación paciente-odontólogo: Los expertos consideran que la relación profesional paciente ha cambiado por diversos factores, sin llegar a referir uno en particular. Refieren cosas como que hoy los odontólogos son más responsables con los pacientes, que los odontólogos están hoy más a la defensiva o que hoy hay más demandas. Algunos aseguraron que hoy existe más confianza entre odontólogo y paciente, manifiestan también que la relación ha cambiado porque hay más demandas y, de esta manera, más desconfianza. Otros se quejan de una atención más impersonal en lo institucional. Se dijo también que el paciente de hoy en día es más exigente y que la relación es más mercantil y más autónoma en las últimas dos décadas, hecho principalmente relacionado con la exigencia de derechos por parte de los pacientes. Antes la relación era más paternalista y hoy se les respeta más, los pacientes han ganado terreno en lo que se refiere al derecho de tomar sus decisiones.

«Cambió sustancialmente. El derecho a la autonomía cambió la relación odontólogo, o profesional de la salud, con el paciente».

«Muchísimo, de hecho bueno, anteriormente pienso que existía una relación mucho más paternalista, en la que el paciente tenía toda la confianza con el profesional y casi que no existía la autonomía del paciente porque se dejaba que el profesional hiciera lo que conviniera, lo que él quisiera. Hoy en día, con el surgimiento de la Ley 100, de los derechos de los pacientes, de la información que se tiene hoy en las redes, el paciente puede ser más centrado con relación de lo que se va hacer, puede indagar más y exige autonomía».

«Tal vez el cambio más grande que hay en la relación odontólogo-paciente es precisamente la garantía del derecho a la autonomía, porque antes veníamos de otro tipo de modelos en los cuales el profesional era casi el que tenía la autonomía y además la obligatoriedad de intervenir al paciente con su consentimiento o no. Por el beneficio del paciente. A partir de ese momento cambia porque el paciente es el que tiene los derechos, el paciente te pregunta, el que reclama, el paciente exige y los profesionales de la salud no estábamos acostumbrados a ese proceso».

Otros expertos mencionan que los cambios en la relación paciente-odontólogo están dados principalmente porque hay mayor presencia de la comercialización de los servicios odontológicos y porque se ha mercantilizado esta relación, tal como se menciona a continuación:

«El profesional se ha vuelto muy insensible con el paciente. El profesional ha comercializado tanto la profesión que lo único que le interesa es que el paciente se siente, le dé un dinero y se vaya. No hay un trato humano hacia el paciente».

«Ahora me parece que es más negocio, inclusive uno pensaba cuál era el tratamiento, preferiblemente el que era más cómodo y más

bonito. Ahora uno va y lo que le pintan es la transformación, todo lo que se habla de la ética del deseo, entonces el mejor blanqueamiento, y uno pensaba, bueno blanqueamiento, un blanqueamiento, mire lo que sucede, inclusive cuando había problemas de tratamiento de conductos, que se oscurecía totalmente la dentina y todo, uno lo hacía porque era por estética, pero que eso ahora se vaya a generalizar y la gente quiera que le hagan eso... Entonces la relación cambia, se vuelve completamente consumista, mercantilista».

La confianza (tanto la pérdida como la ganancia) desde los pacientes hacia los odontólogos, es otro de los principales cambios que señalan los expertos en esta relación. Para algunos la confianza se ha debilitado, mientras para otros se ha fortalecido:

«Si hay cambio entre los dos, con el consentimiento informado, porque, por lo que le digo, es la confianza, que sería digamos la autorización para hacer las cosas. Pero si hay una mala relación, entonces ahí, en ese momento, se quebrantó ya el consentimiento».

«Si ha cambiado para mal. El portentoso avance tecnológico, la pérdida del liderazgo del profesional dentro de su profesión, los odontólogos y los médicos ya no son líderes dentro de su profesión, la pérdida de confianza del paciente hacia ellos, fruto de una mala relación hacia ellos por el paciente, ha hecho que se complique esa relación médico-paciente y que en consecuencia la evolución haya sido negativa».

«Pero ha cambiado desde, es decir, es que ahí hay una consecuencia: antes me parece que era mejor la relación odontólogo-paciente, antes de la Ley 100 del 93, que volvió, digamos, complicado el ejercicio, la prestación de servicios de salud y también tocó pues al área de la odontología. Entonces, pienso que antes había mayor confianza, primero había más tiempo y más calidad en la prestación del

servicio, aunque fuera un poquito [...] Pero después de la Ley 100 del 93, que casualmente coincide casi con la constitución del 91, paradójicamente, se empeoró la prestación del servicio de salud, se desmejoró... y se mercantilismo mucho el servicio».

«Hoy han cambiado totalmente las relaciones humanas, porque entre los seres humanos, más que paciente llega a ser un amigo personal de uno, si, ya uno toma tinto... cuándo le ofrecían un tinto en un consultorio odontológico, nunca!, ya hoy se toma un tinto con el Doctor, se habla con el señor, ya es una relación. Esa relación ya implica ciertas cosas, esa relación de amistad, hace que no se firme el CI, porque ya son tan amigos que creen que no... pero cuando se presentan problemas esa amistad se acaba y vienen problemas».

Otros expertos mencionan que uno de los cambios está dado principalmente por la facilidad que tienen los pacientes en demandar a los profesionales y, de esta forma, hacer respetar sus derechos y los abogados son actores muy relevantes en este proceso:

«Si, yo creo que sí, notoriamente. Antes, de todas maneras el paciente veía al odontólogo, al médico, como un Dios y lo que le dijera y eso ahora el odontólogo lee Internet, se entera, hay mucha demanda y ya pues no es que se haya faltado al respeto pero ya fácilmente se le dice, la demanda está hoy en día en Colombia bastante acentuada».

«Si, también porque el paciente sabe muchas veces qué debió haber hecho el odontólogo y qué no hizo, y hay abogados a la caza de pacientes con problemas para indicarles qué deben hacer para hacer la demanda a los médicos y odontólogos».

También hay otro tipo de opiniones en las que se resaltan aspectos tales como: los pacientes son más exigentes en la atención de sus tratamientos, el sistema de salud es más impersonal

e institucional, lo que afecta directamente la relación Paciente-Odontólogo y que algunos odontólogos trabajan actualmente más a la defensiva y el consentimiento informado le sirve como herramienta de «protección» ante los problemas que se le puedan presentar.

«En que él paciente es más exigente, el paciente no cree todo lo que uno dice sino que pide más explicaciones tengo hace 20 años pocos pacientes que venían únicamente a evaluaciones: es que tengo este problema. Hace 20 años el paciente venía a tratamiento, hoy en día vienen frecuentemente pacientes a decir: ¿Doctor, usted no puede darme una opinión? Es que quieren informarse».

«Sí, es diferente porque ahora es más impersonal e institucional por el sistema de seguridad social».

«Digamos que sí, porque está un poco más a la defensiva el odontólogo, entonces venga yo le explico bien, si le pasa algo, usted ya lo consintió y ya es su problema, para que el consentimiento le sirva como defensa».

2.3.16 Visión legal del consentimiento informado: De acuerdo con la pregunta formulada: *Legalmente hablando, ¿Por qué y cómo se exige el consentimiento informado?*

Los expertos tienen variadas opiniones al respecto en las que encontramos que la mayor parte de ellos señalan que el CI se exige desde el punto de vista legal, como un derecho, un derecho a la autonomía y la Información.

«El consentimiento informado se exige legalmente porque es un derecho humano a la información».

«Legalmente hablando, pues porque es un derecho, yo creo que uno de los derechos humanos es ese, inclusive hoy lo vi cuando entré a una clínica de medicina general, que hay

deberes y derechos de los pacientes... y en la odontología, siendo la clínica, el consultorio una clínica, es un derecho que se le tiene que informar al paciente que es lo que va a pasar con él, qué es lo que se le va a hacer».

«Pues yo pienso que ahí está también el tema de los derechos, el derecho de los pacientes a tener toda la información acerca de su estado de salud, de las posiciones del tratamiento que tienen la verdad como un derecho».

Otros odontólogos mencionan que la visión legal está directamente dada por la normatividad dentro del sistema de salud (Ley 100), las normas que rigen la ética odontológica en Colombia (Ley 35) y la Resolución 1995 de 2000.

«Por un lado la norma que es el Código de Ética, la Ley, y por el otro lado también está el código en el que se basan cuando se va a mirar si dar lugar a algunas quejas, si se da alguna solución y dar alguna sanción. Es el código civil».

«En que la Ley obliga en que el odontólogo tiene que elaborar una historia clínica y esa historia clínica debe firmarla el paciente y en la historia, también, elaborar el consentimiento informado que es anexo a la historia clínica, o pues independiente, y ahí es donde el paciente le confieren todo, todo sus, todo, le ratifica al odontólogo que todo tratamiento que le explicó, qué le va a hacer y sí lo autoriza a hacer. Y que cualquier riesgo que corra, también él sabe que corre un riesgo y autoriza al odontólogo a correr ese riesgo».

Inclusive en la misma perspectiva, algunos odontólogos enfatizan que el cambio de Constitución de 1991 y la expedición de la Ley 100 que reglamenta el sistema de salud, fueron fundamentales a la hora de contemplar un punto de vista legal sobre el desarrollo y la autonomía del paciente.

«Legalmente hablando, fundamental. Surge del cambio de constitución y del cambio de

sistema de seguridad social o aseguramiento, porque la constitución anterior, digamos que estaba cimentada en un estado proteccionista, paternalista... y muy centralizado. Nuestra constitución actual genera dos mecanismos de participación y privilegia la autonomía de la persona a través del derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad».

En menor proporción algunos expertos relacionan el punto de vista legal con la participación de los abogados dentro de los procesos éticos en el TEO y tienen el conocimiento sobre la normatividad presente en el campo de la odontología.

«Si, de hecho los abogados llevan muchísimo tiempo, y por supuesto que se saben toda la normatividad que hay en este momento y a partir de eso, siempre le están a uno diciendo, bueno la normatividad vigente desde la parte de habilitación. Por supuesto que uno se la debe saber, porque si uno está ejerciendo. Y eso es lo que ellos quieren, que por lo general, los magistrados ejerzan de tal forma que puedan estar actualizados desde la parte científica y desde la parte de todos los procesos legales».

En general, los magistrados entienden que es un derecho, pero con exactitud no se conocen las normas y leyes que lo hacen exigible y que lo soportan.

2.3.17 Soporte legal de consentimiento informado según los expertos: Al indagar por si es fácil encontrar soporte legal sobre el *Consentimiento Informado* en los casos analizados, la mayoría de expertos mencionaron que se encuentra principalmente en ciertas instancias de los tribunales de ética y en algunos casos en la misma Corte Constitucional, tal como lo señalan los siguientes relatos:

«El soporte legal yo creo, pues... lo que puede haber de esto es más que todo en las tutelas

que se presentan por fallos en los tribunales. En esas tutelas hay argumentaciones legales de leyes del tribunal principal o de la corte constituyente de la constitución, en donde, si hay razonamientos para poder dilucidar algún fallo en relación con esto. Más que todo es en las tutelas, aun cuando hay un intento en ese respecto y es que generalmente los magistrados que tienen que estudiar esas tutelas no tienen la capacidad científica para poder dar una norma o un fallo adecuado, entonces vienen una serie de pruebas y cosas de esas para poder dilucidarlo».

«Pues haber soporte legal puede haber en ciertas instancias de los tribunales superiores, donde hay sentencia que sienta una jurisprudencia, que se pueden extraer digamos, más que todo los trámites, y yo lo dije en mi tesis para maestría en que todas van relacionadas con medicina, pero se puede aplicar a cuestiones de odontología y de ahí se extrae a la parte relativa, digamos, y cobija al odontólogo. Digamos que esa sentencia vale también».

«Bueno, si claro, por la Ley, o sea, los tribunales siempre siguen al pie de la letra la normatividad de la Ley y con relación también a la normatividad de la historia clínica».

«Yo pienso que ahora sí, que en este momento sí. Pues porque ya existe la Ley y demás, y se ha venido promulgando y hay mayor información».

Otros odontólogos señalan que el soporte legal del CI no es muy frecuente, pero en ciertos casos se logra ubicar en Internet y otros documentos académicos:

«Pues yo básicamente en Internet he encontrado algo, pero me he guiado por el libro suyo, y el libro del doctor Benjamín Erazo Acuña en el cual aparecen allí y así hemos logrado hacer unos consentimientos que han sido aprobados por secretaria de salud como válidos».

«No hay mucho que se haya escrito desde el punto de vista de doctrina o digamos desde el punto de vista de... literatura sobre el particular, no es que sobre, pero si hay mucha jurisprudencia en Colombia sobre el tema, hay bastante jurisprudencia, y la gente puede acceder a ella, si uno ingresa a estos sistemas de información del Google, de esto, tú escribes consentimiento informado y te salen muchas fuentes de información, o sea pienso que no es tan difícil acceder a la información».

«Únicamente, académicamente, lo que uno oye en las conferencias, lo que le estoy comentando, una explicación al paciente y que el paciente está divinamente ilustrado de lo que se va a hacer, saben los riesgos que va a correr, el valor del tratamiento que va a recibir».

2.3.18 Secretaría de Salud de Bogotá y relación con las quejas eticodisciplinarias: En la codificación abierta se logró ubicar dos relatos en los que se advierten que la Secretaría Distrital de Salud (SDS) tiene importancia a la hora de influir en los casos que llegan a los tribunales de ética odontológica. El principal rol que tiene la SDS es como fuente de varias denuncias, las cuales son tramitadas por los pacientes, quienes llegan primero a esta institución.

«Llegan a la secretaría y la secretaria de oficio compulsas copias siempre, haya o no una violación a la ética profesional, por protocolo, como ellos no investigan al odontólogo sino a la institución o al consultorio odontológico, siempre lo mandan, defensoría del pueblo, bueno en fin digamos que uno se nutre por muchas vías».

«Fíjate que las demandas que están haciendo a la Secretaría de Salud. La Secretaría nos ha mandado muy seguido tenemos muchísimos casos de la Secretaría de Salud, de las demandas que ha habido. Influye mucho si es práctica privada o institucional».

2.3.19 Casos del Tribunal Nacional de Ética Odontológica de Cundinamarca y su relación con el consentimiento informado: Al interrogar sobre los casos del tribunal y su relación con el consentimiento informado se encontró que la opinión más frecuente, sin ser una mayoría de expertos, consideran que casi todos los casos que llegan al TEO presentan algún grado de relación con el CI, en particular los que tienen algún tipo de sanción ético-disciplinaria:

«...si, es que todos en su mayoría lo tienen, tácitamente está involucrado, la falta de un buen consentimiento informado, de una buena explicación a los paciente».

«Total, casi todos los casos. Nosotros veíamos en general que la mayoría de los casos. Así, en términos generales, la mayoría de los casos y la mayoría de las sanciones eran por dos cosas; o por problemas en el diligenciamiento de la historia clínica, que en el fondo lo que tiene es un contenido técnico por una ausencia de idoneidad, y el otro problema que tiene como concepto un carácter ético es el consentimiento informado, es decir, que implica necesariamente el reconocimiento de la otra persona como ser humano».

Otro grupo de expertos menciona que les llegan muchos casos en los que se evidencia problemas relacionados con el diligenciamiento de la Historia Clínica, teniendo en cuenta además la importancia que tiene esta y su relación la explicación del tratamiento, los riesgos, complicaciones y demás aspectos del consentimiento informado especialmente si tenemos en cuenta los cambios que ha tenido la profesión.

«Hay casos muy complicados en el tratamiento de... hoy está muy en boga con implantes, y fracasos totales de pérdida de implantes y no hay CI por ninguna parte, Si... es que ya lo informé al paciente antes, pero no hay nada anotado

en la historia clínica, ni en ningún documento anexo, de la historia clínica, ni nada».

Adicionalmente, algunos expertos mencionan cosas como que es decisivo a la hora de sancionar o exonerar un profesional la forma como se haya incluido en el caso el consentimiento informado, algunos afirman cosas como que se evidencia que la mayor parte de los odontólogos no cumplen con lo estipulado frente al CI en la Ley 35, también dicen que es frecuente la inexactitud en la información brindada por el Odontólogo, que además se da una escasa dedicación en el tiempo de atención con los pacientes por parte de los profesionales y que el consentimiento informado se ha visto, por parte de los odontólogos actualmente, como una cláusula que le permite evitarse problemas a futuro. Como dato curioso, un magistrado afirma que «muchas veces el problema es el paciente porque es obstinado y terco».

2.3.20 Deficiencias en el CI escrito: En la codificación abierta se hicieron algunas alusiones relativas a las deficiencias del documento de CI, de las cuales podemos resaltar los siguientes aspectos: los expertos creen que los principales problemas o deficiencias en el consentimiento informado a nivel escrito son: la no realización de formatos de consentimiento informado, el no diligenciamiento de consentimiento, las historias clínicas incompletas o, en casos algo más graves, la falsificación de la firma del paciente teniendo en cuenta además, que la mayoría de los pacientes no conocen sus derechos ni el Consentimiento Informado.

«..La falta de firma del consentimiento informado por el paciente, inclusive hemos visto un caso de falsificación de la firma del paciente, casos muy complicados, que el paciente certifica que esa no es su firma y la llevan a exámenes de grafología y se la falsificó el odontólogo o la auxiliar o cosas de esas».

«Uno, es que ni siquiera lo han hecho, segundo que no lo registran, tercero llegan cosas como que no hacen el formato, digamos el papelito, alguna cosa, o no lo registran en la historia clínica y no hacen que el paciente firme».

2.3.21 Consentimiento informado y práctica clínica: A partir de la codificación abierta realizada a las entrevistas con expertos en relación con el CI y el ejercicio de la Práctica Clínica, aparecen pocas menciones al respecto. Las únicas que hacen referencia, señalan que el CI en la práctica clínica se caracteriza porque se viene relacionando dentro de un grado de cumplimiento que exige hoy en día el Sistema General de Salud y las instituciones que los representan, se refieren específicamente a las secretarías de salud.

Para los expertos, en la práctica clínica se dificulta la aplicación del consentimiento informado en particular cuando no existe armonía en la relación y comunicación odontólogo-paciente. También aseguran que el desarrollo del consentimiento informado en la práctica clínica es directamente proporcional al desarrollo de los aspectos legales e institucionales que van apareciendo en la odontología contemporánea.

Aquí se muestran algunos de los relatos al respecto:

«Desafortunadamente, no tienen más desde el punto de vista instrumental, desde el punto de vista del proceso de información que se le debe dar al paciente para respetar y garantizar su derecho a la autonomía, entonces hoy en día se considera más el instrumento que se debe diligenciar para aspectos legales, para defensa que tiene el profesional frente a las posibles demandas, más que a la obligación ética que tiene el profesional de dar información a sus pacientes».

«Pienso que, en la medida en la que se ha venido desarrollando, digamos, todo el tema ético disciplinar, y también los aspectos legales y jurídicos frente a las demandas, pues hoy en día pienso que en todas las instituciones y profesionales de la salud tienen en cuenta el consentimiento informado».

«Pues básicamente yo creo se hace más por presión de las visitas de la Secretaría de Salud y demandas que hacen por parte de los odontólogos en los cuales se tiene que llenar el consentimiento. Las demandas priman algo muy importante del consentimiento informado y el correcto llenado de la historia clínica. Entonces, se viene haciendo ya como algo de rutina pero fue algo impuesto mediante una campaña no tan pedagógica sino con consecuencias de tribunales y juzgados y todo».

2.3.22 Fortalezas del consentimiento informado: La indagación con los expertos entrevistados respecto a las fortalezas que evidencian en el Consentimiento Informado, señala los siguientes resultados:

Para algunos expertos la principal fortaleza que encuentran en el consentimiento informado tiene que ver con el mejoramiento en la comunicación entre el paciente y el odontólogo, lo que genera el aumento de la confianza para la realización del tratamiento.

«De primera mano te diría que yo le veo más ventajas que desventajas, definitivamente, o sea, la aplicación del consentimiento es no solamente un principio y un valor también fundamental, indistintamente en la legislación. Creo que es un mecanismo necesario definitivamente para el ejercicio de la comunicación odontólogo-paciente, en este caso específico».

Otros expertos mencionan que la principal fortaleza es proteger los derechos de los pacientes y también de los odontólogos, lo que hace que el modelo sea menos paternalista:

«Para mí la mayor fortaleza es que usted persigue hacer valer los derechos que tienen las personas, los pacientes y profesionales también; buscan mejor vía a la salud; persigue la salud de las personas en la medida en que cada vez más el derecho hace que las personas tengan mejor calidad de los servicios. Me parece que ese proceso de información hace que también, un aspecto de fortaleza positiva, el paciente participe más, se es menos paternalista».

«La máxima fortaleza, me parece que consentimiento informado compendia el respeto por los derechos de los pacientes mirados de la forma integral como quise enunciarlos de manera general hace un rato y señala los deberes rigurosos de los odontólogos y los médicos, sus relaciones rigurosas correlativas a esos derechos que tienen los pacientes».

Otra de las fortalezas señaladas por los expertos es que la máxima fortaleza tiene que ver con que la protección para el odontólogo y la institución a la cual pertenece, tal como lo advierte la siguiente narrativa:

«Pues la fortaleza naturalmente es la protección del odontólogo y la institución donde trabaja ese odontólogo, ese es el fuerte, y la fortaleza también es que si lo toma en serio, el consentimiento le informa al paciente realmente lo que va a hacer y está más enterado del tratamiento inclusive si está más enterado más aceptan que es posible que de pronto haya algún fracaso o alguna complicación si no está informado eso siempre es una sorpresa».

Además de las fortalezas mencionadas anteriormente, otros expertos señalan también que se fortalece la información al paciente y de esta forma se mejora la salud de los pacientes, y que es el elemento central a la hora de hacer mejores conceptos en casos donde sea necesario juzgar.

2.3.23 Interés económico presente en la atención odontológica: Para algunos expertos es claro que el interés económico, por parte de los odontólogos, es muy marcado en ciertos casos, particularmente aquellos que atienden consulta privada y que trabajan con poblaciones más «acomodadas». Otra afirmación es que muchos de ellos pierden la ética profesional por el afán de obtener dinero:

«Yo diría que hay un afán de ingresos, afán que se traduce en que, como buena parte son empleados de instituciones o de clínicas que les pagan por porcentajes, que ya no tienen el sueldo que tenían antes, les pagan por porcentaje de producción, entonces ellos tratan de llenar su tiempo obteniendo resultados».

«Sí, yo pienso que una es la falta de ética profesional porque hay un interés bastante marcado por el tema económico, entonces el odontólogo tiene un interés marcado económico frente a sus tratamientos y no es muy ético, porque lo que quiere es sacar provecho económico».

2.3.24 Perfil de odontólogos involucrados en casos de consentimiento informado en el tribunal de Cundinamarca: La pregunta sobre algún perfil que perciban los magistrados en particular en los odontólogos objeto de quejas presentó una gran diversidad de respuestas, incluso encontradas en ocasiones, entre las que podemos evidenciar las siguientes:

2.3.24.1 Características generales: Para buena parte de los expertos «hay de todo», eso traduce que no existe un perfil determinado de odontólogos involucrados dentro de casos de consentimiento informado, señalan además que esto es independiente de sus condiciones económicas o culturales.

«Hay de todo. No estrictamente con el consentimiento, lo que sí he notado es como una insatisfacción del ejercicio profesional por

una mala y pésima remuneración, por una desvalorización del ejercicio profesional, eso he encontrado, como ese desagrado, entonces, en esa medida, pienso que eso incide en que no haya un excelente ejercicio profesional también».

2.3.24.2 Características sociales: Según algunos expertos en los casos se presentan más hombres que mujeres, algunos también hacen alusión que son más jóvenes los que están involucrados, adicionalmente señalan que algunos odontólogos provienen de fuera de Bogotá¹⁵².

«Tiene una respuesta muy contundente, quienes en ese aspecto del consentimiento informado más errores cometen son los profesionales muy jóvenes, porque creen que se las saben todas, acabando de salir de la universidad y no toman en cuenta lo que en su formación académica consideraron siempre como una “costura”, los aspectos éticos del ejercicio de la profesión, siempre lo consideraron una cosa ahí al margen, una costura; meten la pata más comúnmente los recién egresados».

2.3.24.3 Características económicas: Sobre las características económicas, los expertos mencionan que los odontólogos pertenecen principalmente a estratos socioeconómicos bajos y, según ellos, queda implícito que esta condición hace que cometan mayores errores en la atención de los pacientes. Incluso se menciona que algunos están en malas condiciones laborales.

«Bueno, quizás, son de la región, y en ocasiones son profesionales que quieren ir más allá de sus conocimientos, precisamente por esas razones económicas».

¹⁵² Ellos afirman que provienen de la Región, lo cual hace alusión a la procedencia de los odontólogos, más no al lugar dónde ejercen, ya que casi la totalidad del ejercicio profesional se realiza en Bogotá.

«Naturalmente, es más del estrato socioeconómico bajito, que tienen que ver con pacientes de pocos recursos y si trata a pacientes de pocos recursos, naturalmente los honorarios que va a devengar ese odontólogo generalmente tampoco son muy onerosos, entonces no le dedica de pronto el tiempo que debería dedicarle a cada cosa sino que como tiene gastos...».

2.3.24.4 Características profesionales: Los expertos mencionan que las características profesionales son principalmente la mediocridad, la falta de conocimientos y de actualización. También se menciona que los odontólogos son, en su mayoría, generales, que quieren trascender sus conocimientos.

«Desconocimiento insisto, falta de conocimiento. Me parece que hay falencias desde la academia, es lo que he detectado, falencias en la autoformación, que además de eso es un principio ético de la Ley 35, la permanente retroalimentación y actualización de los conocimientos, y se cree, pienso yo, que el conocimiento lo ven desde el punto de vista científico pero no desde el punto de vista humanístico».

«Yo diría que el rasgo característico es, uno, que por lo general son odontólogos generales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que no están actualizados».

«Para mí, es gente que no se ha actualizado, y que hay una necesidad económica puntual, en hacer más de lo que pueden».

2.3.24.5 Conocimiento sobre normatividad: Los expertos mencionaron que principalmente se debe resaltar que los odontólogos objeto de quejas ético disciplinarias tienen sobre conocimientos normativos, un desconocimiento muy grande como también sobre los derechos de los pacientes, tal como lo ejemplifican los siguientes relatos:

«Desconocimiento completo de las normas legales desconocimiento en general».

«Un desconocimiento de los derechos de los pacientes. Creo que ahora es menos, pero sin embargo en ese momento en el que yo estoy en el tribunal había desconocimiento de los derechos de los pacientes y también de los deberes del odontólogo, que deben dar información suficiente».

Algunos expertos opinan que los odontólogos son arrogantes, que al parecer poseen una escasa formación en ética odontológica, humanística y de derechos, pero también que están explotados laboralmente. Serían, según ellos, profesionales insatisfechos a nivel institucional, odontólogos generales que llevan mucho tiempo ejerciendo y que se «meten» a hacer cosas para las que no están capacitados. Mencionan además que no están actualizados y quieren ir más allá de sus conocimientos. También, como media la parte económica, los problemas se presentan sobre todo a nivel privado.

2.3.25 Perfil de pacientes Involucrados: Al indagar con los expertos sobre las características de pacientes involucrados en casos de TEO, se evidencian las siguientes apreciaciones:

2.3.25.1 Características socioeconómicas: Para más de la mitad de los entrevistados, la mayor parte de los pacientes son de estratos bajos (uno y dos), los cuales están interesados en demandar porque se sienten engañados e insatisfechos en la realización de sus tratamientos. Contrario a esto, algunos odontólogos, piensan y mencionan que son más los pacientes de estratos altos que tiene como quejarse, teniendo en cuenta aspectos económicos, nivel educativo, mayor conciencia de derechos ciudadanos, etc.

«Sí también, por lo general, los más involucrados son de estratos bajos y de pronto clase 1 y 2».

«En general, hay dos, o personas de un estrato bajo con pocos recursos que se sienten atropelladas, engañadas y que se sienten insatisfechos con la realización de los procedimientos, o de los trabajos, si es de rehabilitación oral y eso».

«Yo diría que los estratos bajos son más dados a demandar a los odontólogos y a fregar por la razón del consentimiento informado: “Que yo no sabía, que a mí me dijeron, que no me dijeron”».

«Sí, muchas veces son pacientes que son de estrato 4 hacia arriba, más bien que están enterados de las leyes existentes, que pueden pagar un abogado, porque muchos pacientes, digamos de estratos bajos, simplemente dicen no voy donde ese odontólogo, me voy para donde otro. Hablan mal del odontólogo pero no hacen absolutamente nada porque no están enterados del proceso que desean realizar y una demanda incluye gastos».

2.3.25.2 Características educativas: Respecto a las características educativas, los expertos mencionan que la mayoría de pacientes tienen educación de nivel medio–alto (bachiller, universitario, profesionales): «Mínimo son bachilleres y la mayoría profesionales que no aceptan que se los maltrate. El doctor cree que soy un ignorante pero yo soy doctor como él, a veces le dicen a uno: soy profesional».

Otras características que resaltan los expertos tienen que ver con la percepción de que son pacientes que se sienten insatisfechos, que muchos de ellos son buenas personas, que están mal asesoradas y que tienen en mente el respeto por sus derechos o que quieren retribución económica.

2.3.26 Datos sobre las entrevistas a odontólogos: A continuación se muestran las estadísticas de los odontólogos entrevistados, para analizar la forma como ellos han vivido el inicio del proceso de aplicación del consen-

miento informado en la profesión odontológica en Cundinamarca.

Tabla 12. Distribución por año de graduación de los odontólogos entrevistados

Año de grado	Nº odontólogos
1970 – 1975	3
1976 – 1980	4
1981 – 1985	10
1986 – 1990	11
1991 – 1995	6

Fuente: Elaboración propia

Como se ve, la mayor proporción de odontólogos se graduó en los años 80.

Tabla 13. Distribución por especialidades

Especialidades	Nº odontólogos
Auditoría	1
Estomatología	1
Gerencia de salud	1
Odontopediatría	1
Periodoncia	1
Salud Ambiental	1
Endodoncia	2
Estética	2
Prostodoncia	2
Rehabilitación oral	2
Ortodoncia	4
Cirugía oral/maxilofacial	6

Fuente: Elaboración propia

El 29,3 % de los entrevistados son odontólogos generales, siguen los cirujanos maxilofaciales con un 17,5 % y los ortodoncistas con 11,8 %.

Tabla 14. Inicio del ejercicio como especialistas

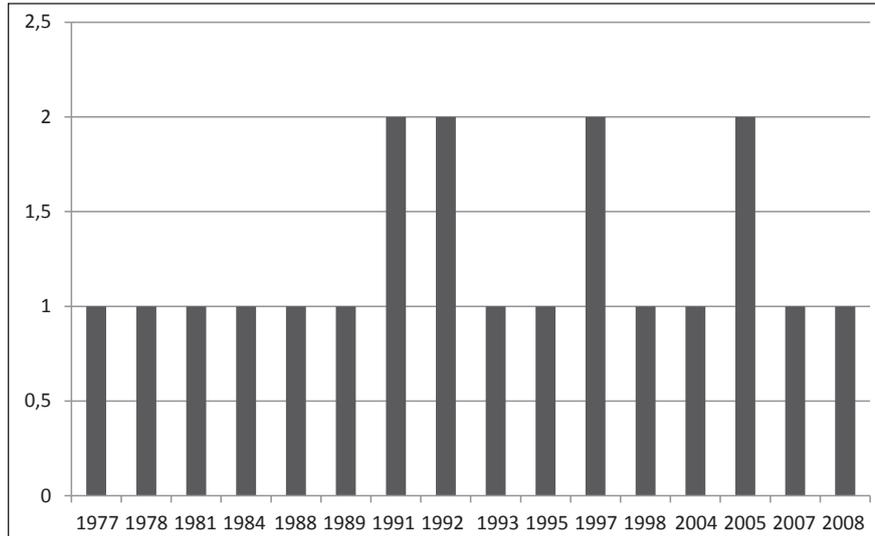
Año desde el cual ejercen como especialistas	Cantidad de odontólogos
1977	1
1978	1
1981	1
1984	1
1988	1
1989	1
1991	2
1992	2
1993	1
1995	1
1997	2
1998	1
2004	1
2005	2
2007	1
2008	1

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la figura 10, la distribución es muy pareja en el tiempo, pues no se ven más de dos especialistas graduados por año, algunos en fecha muy reciente, lo que quiere decir que ejercieron como odontólogos generales por un largo tiempo.

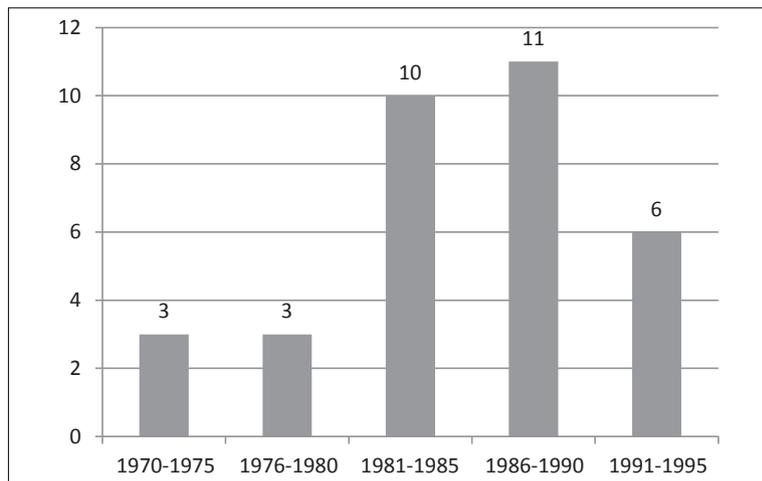
En la figura 11, el 83 % de los odontólogos ejerce su profesión desde el año 1990, fecha en que se puso en marcha la Ley 35. En 1992, cuando se inició el funcionamiento del Tribunal de Cundinamarca, todos estaban relacionados con la odontología como estudiantes o profesionales en ejercicio. Tabla con la información de las fichas aplicadas a los odontólogos entrevistados.

Figura 10. Años de ejercicio como especialista



Fuente: Elaboración propia

Figura 11. Año de grado



Fuente: Elaboración propia

En la tabla 15 se consignan los datos generales de los treinta y cuatro (34) odontólogos entrevistados: año de graduación como odontólogo general, si hace o no clínica, si tiene alguna especialidad formal y cuál es, si ejerce como especialista y desde qué año, edad, sexo,

años en consultorio privado, años en práctica institucional (pública o privada), horas/día promedio consultorio privado, horas/día promedio práctica institucional pública o privada, sitio de práctica.

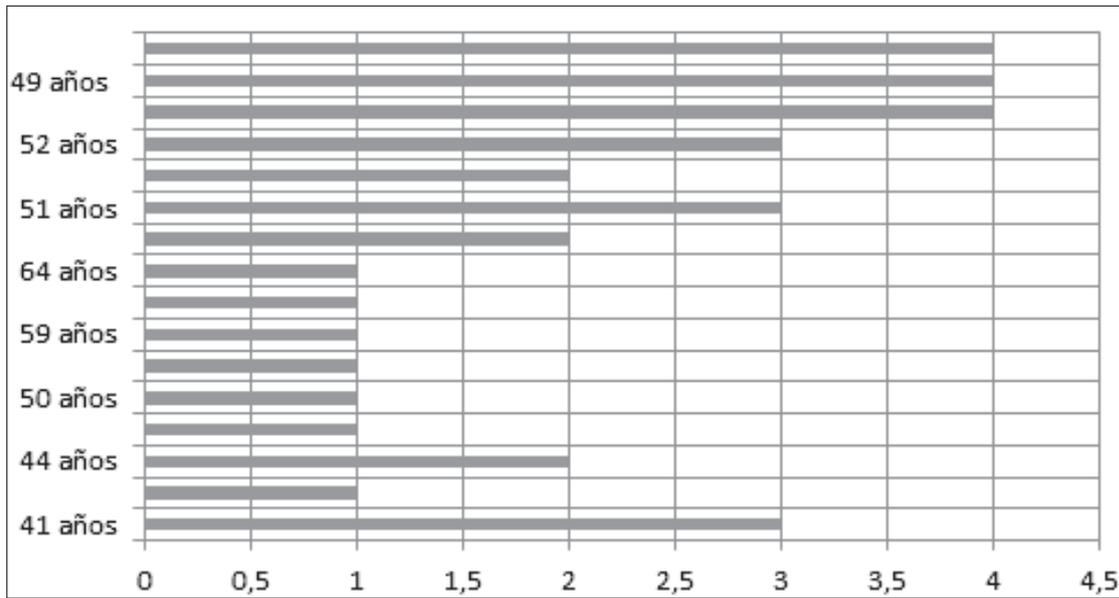
Tabla 15. Información sobre los odontólogos con experiencia clínica de más de 10 años que participaron en el surgimiento del proceso de consentimiento informado en Cundinamarca Colombia.

Datos Odontólogos										
Especialidad No Formal		Año Especialista	Edad	Sexo	Atención Odontológica					
Si/No	Cuál				Años Cons Priv	Sitio de Práctica	Años Prac. Institu	Sitio de Práctica	Horas Prom. C.P.	Horas Prom. Prác. Institu
No	NA	NA	49 años	Femenino	27 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	1981	55 años	Femenino	30 años	Norte	1 año	Norte	5 Hrs	NA
No	NA	1978	60 años	Femenino	31 años	Norte	3 años	Norte	6 Hrs	NA
No	NA	1991	51 años	Femenino	28 años	Norte	3 años	Norte	6 Hrs	NA
No	NA	No ejerce	52 años	Femenino	21 años	Norte (5 años)	2 años	Sur/Centro	6 Hrs	NA
No	NA	NA	49 años	Femenino	20 años	Centro (4 años) / Occidente	3 años)	Sur/Centro	6 Hrs	NA
No	NA	2005	46 años	Masculino	23 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	2005	46 años	Masculino	22 años	Norte	No	NA	8 Hrs	NA
No	NA	NA	51 años	Femenino	15 años	Sur	2 años	Institución	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1998	59 años	Masculino	27 años	Norte	7.5 años	Norte	9 Hrs	NA
No	NA	NA	51 años	Femenino	30 años	Norte	1 año	Occidente	8 Hrs	NA
No	NA	2007	50 años	Femenino	27 años	Sur	16 años	Sur	6 Hrs	8 Hrs
No	NA	NA	53 años	Femenino	15 años	Centro	5 años	Noroccidente	6 Hrs	NA
No	NA	NA	41 años	Masculino	No	NA	8 años	Centro	6 Hrs	10 Hrs
No	NA	2008	41 años	Femenino	21 años	Chapinero 17 años	2 años	Centro	8 Hrs	6 Hrs
No	NA	No ejerce	55 años	Femenino	30 años	Norte	25 años	Norte	5 Hrs	2 Hrs
No	NA	1992	46 años	Femenino	20 años	Norte	25 años	Norte	3 Hrs	6 Hrs
No	NA	1993	46 años	Femenino	22 años	Norte	5 años	Chapinero	4 Hrs	8 Hrs
No	NA	NA	43 años	Masculino	20 años	Norte	7 años	Nororiente 3,5 años / Suroriente	8 Hrs	4 Hrs
No	NA	1977	64 años	Femenino	38 años	Norte	36 años	Centro	20 hrs	20 Hrs
No	NA	NA	53 años	Masculino	35 años	Norte	1 año	Sur	6 Hrs	8 hrs
No	NA	1988	55 años	Femenino	15 años	Norte	1 año	Usme 5 años / 5 Chapinero	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	No ejerce	52 años	Femenino	28 años	Sur	No	NA	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1992	49 años	Femenino	6 meses	Noroccidente	19 años	Centro / Chapinero	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1997	47 años	Masculino	13 años	Centro	10 años	Centro	2 Hrs	4 Hrs
No	NA	2004	41 años	Masculino	No	NA	16 años	Centro	NA	6 Hrs
No	NA	1984	55 años	Masculino	30 años	Norte	No	NA	8 Hrs	4 Hrs
No	NA	1991	52 años	Masculino	29 años	Centro/Sur	29 años	Sur	3 Hrs	5 Hrs
No	NA	1989	56 años	Masculino	32 años	Norte	No	NA	4 Hrs	8 Hrs
No	NA	1995	47 años	Femenino	20 años	Centro/Norte	25 años	Centro	5 Hrs	4 Hrs
No	NA	1997	48 años	Masculino	22 años	Centro/ Chapinero	22 años	Centro/ Chapinero	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	NA	49 años	Femenino	26 años	Sur/Soacha	23 años	Centro	4 Hrs	4 Hrs
No	NA	No ejerce	44 años	Femenino	11 años	Norte	5 años	Norte	8 Hrs	8 Hrs
No	NA	1995	45 años	Femenino	5 años	Soacha	2 años	Soacha	7 - 8Hrs	8 Hrs

Fuente: elaboración propia

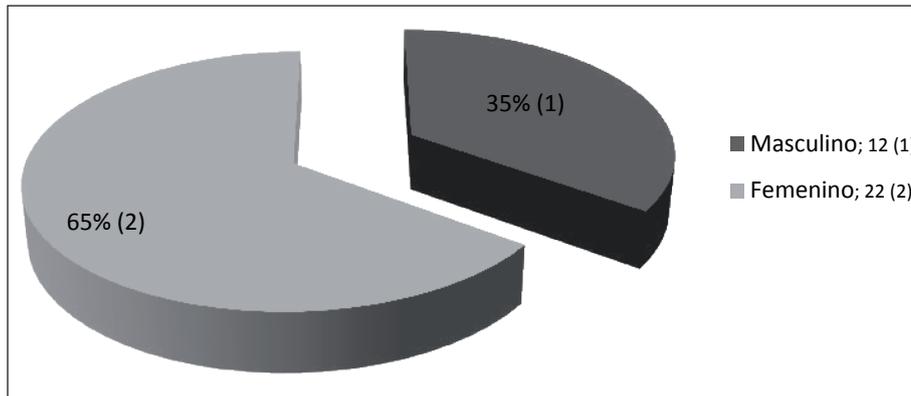
Bioética

Figura 12. Edad de los odontólogos entrevistados



Fuente: Elaboración propia

Figura 13. Sexo de los odontólogos entrevistados



Fuente: Elaboración propia

La tabla y la figura anterior muestran la distribución por edad y sexo. Todos son odontólogos en ejercicio clínico con edades que oscilan entre 41 y 64 años.

El 65 % son odontólogas y el 35 % odontólogos.

La mayoría de odontólogos, 32 de 34, han realizado práctica privada, solamente dos tienen

únicamente experiencia de trabajo institucional, figura 14.

Los odontólogos que han realizado práctica institucional tienen, en un alto porcentaje, experiencia entre uno y cinco años, y casi que se limita al servicio social obligatorio, el cual generalmente se hace en instituciones del Estado. Solamente 6 odontólogos nunca trabajaron en instituciones, figura 15.

Tabla 16. Odontólogos que realizan consulta privada

Años de consulta privada	Nº odontólogos
Menos de 10 años	1
10 - 15 años	5
16 - 20 años	4
21 - 25 años	6
26 - 30 años	10
Más de 30 años	5
No poseen experiencia	2

Fuente: Elaboración propia

Tabla 17. Consulta institucional

Año de práctica institucional	Nº odontólogos
0 - 5 años	13
6 - 10 años	4
11 - 15 años	0
16 - 20 años	3
21 - 25 años	5
Más de 25 años	2
No poseen experiencia	6

Fuente: Elaboración propia

Tabla 18. Promedio en consulta privada

Horas promedio consulta privada	Nº odontólogos
2 h	1
3 h	2
4 h	5
5 h	3
6 h	8
7 h	0
8 h	11
9 h	1
20 h	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Promedio en práctica institucional

Horas promedio práctica institucional	Nº odontólogos
2 h	1
4 h	7
5 h	1
6 h	4
8 h	7
10 h	1
20 h	1

Fuente: Elaboración propia

Tabla 20. Sitio de realización de la práctica privada

Lugar práctica privada	Nº odontólogos
Norte	21
Occidente	1
Noroccidente	1
Soacha	1
Fuera del País	1
Chapinero	2
Sur	4
Centro	7

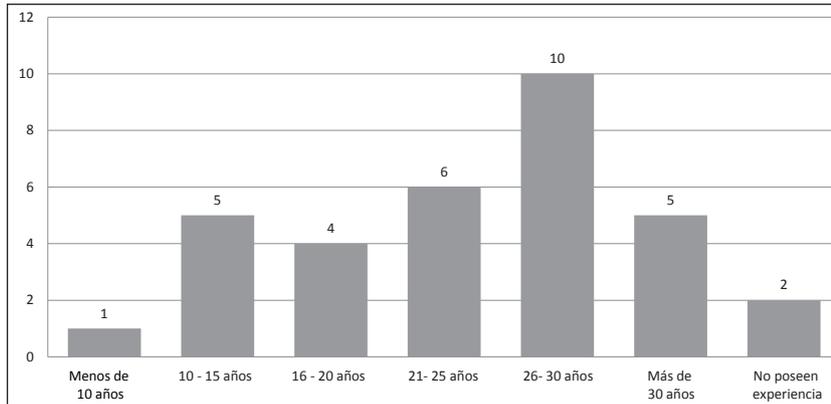
Fuente: Elaboración propia

Tabla 21. Sitio de práctica institucional

Lugar de práctica institucional	Nº odontólogos
Centro	11
Noroccidente	1
Nororiente	1
Usme	1
Chapinero	4
Sur	6
Soacha	1

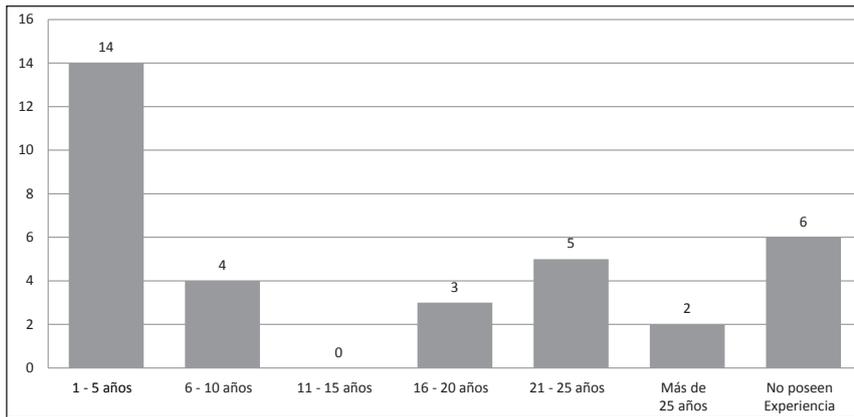
Fuente: Elaboración propia

Figura 14. Años de consulta privada



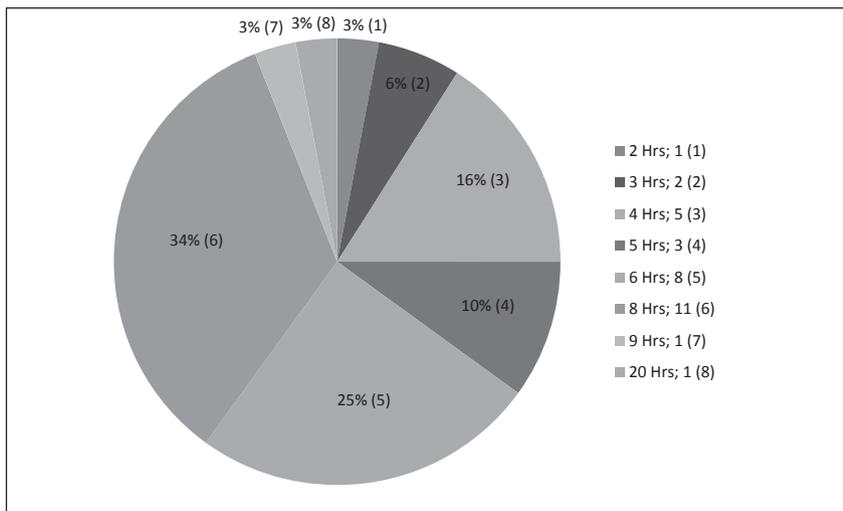
Fuente: Elaboración propia

Figura 15. Años de práctica institucional



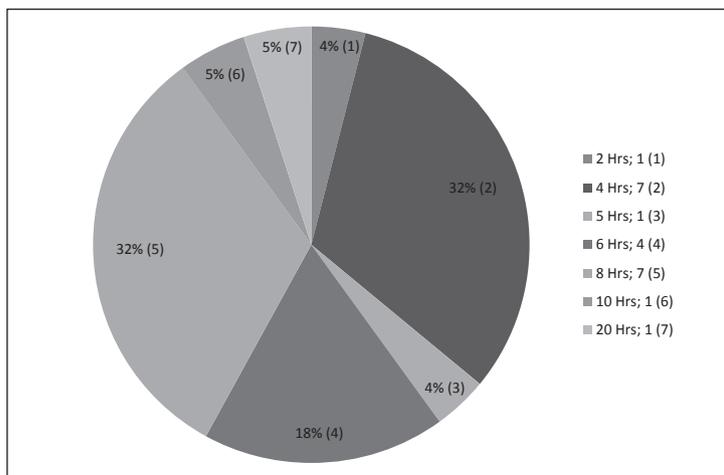
Fuente: Elaboración propia

Figura 16. Horas promedio consulta privada



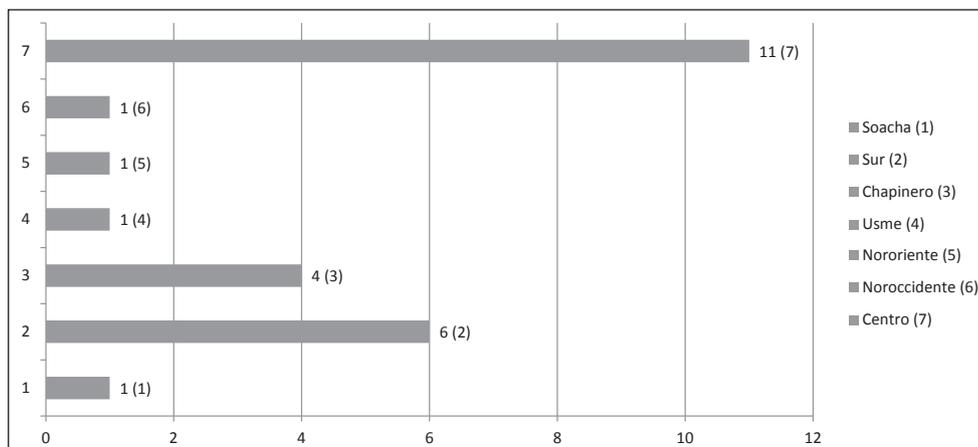
Fuente: Elaboración propia

Figura 17. Horas promedio práctica institucional



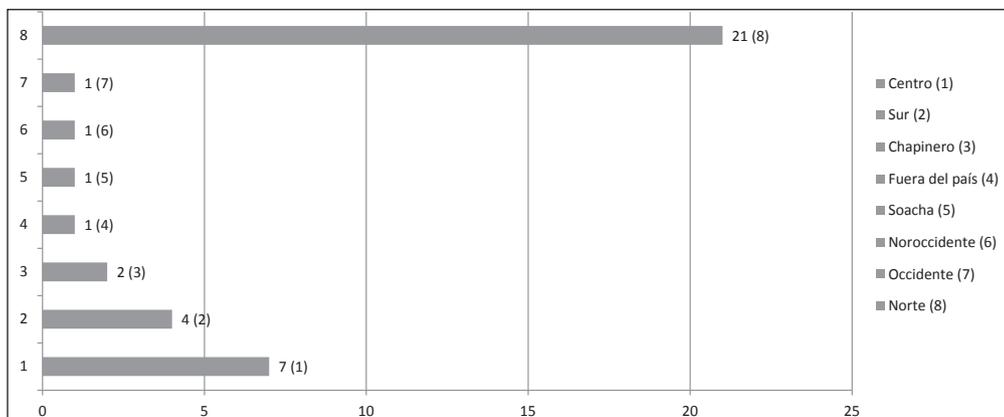
Fuente: Elaboración propia

Figura 18. Lugar de práctica institucional



Fuente: Elaboración propia

Figura 19. Lugar de práctica privada



Fuente: Elaboración propia

La mayor proporción de odontólogos tienen una actividad clínica privada entre 6 y 8 horas pero nótese que, aunque pequeña, una parte de los odontólogos refieren jornadas de hasta 20 horas. figura 17.

La mayor proporción de odontólogos refieren realizar práctica institucional entre 4 y 8 horas, figura 18.

Aunque se pudo contactar a dos odontólogos que trabajan en dos municipios aledaños a Bogotá, la mayor proporción de odontólogos entrevistados son de Bogotá y de ellos el mayor número realiza la práctica institucional en el centro, sitio donde se concentran instituciones hospitalarias y del Estado, figura 19.

Como era de esperar, el mayor número de odontólogos ejerce la práctica privada al norte de Bogotá, donde se concentran los consultorios privados, donde además se ubican la mayoría de quienes solicitan habilitación ante la Secretaría de Salud y cumple en rigor con todos los trámites administrativos exigidos por los entes reguladores.

2.3.27 Entrevistas a odontólogos: Las entrevistas se realizaron a 34 odontólogos, escogidos al azar, siempre y cuando aceptaran colaborar con el estudio. Se intentó abordar profesionales de diferentes especialidades y que ejercieran en diferentes instituciones y sitios de Cundinamarca. Se procedió a explicarles el objetivo del estudio, la parte de la investigación relacionada con la entrevista, se le informaba al profesional sobre la confidencialidad y anonimato de los registros, que se iban a realizar y se llenaba una ficha con datos generales.

2.3.28 El consentimiento informado. Aproximación al concepto por parte de los odontólogos entrevistados: Lo primero que se intentó establecer era si el profesional había oído hablar

de consentimiento informado, la respuesta de todos los odontólogos fue positiva, han escuchado hablar de consentimiento informado en diferentes periodos de tiempo y contexto. Casi todos escucharon hablar por primera vez de él en la práctica clínica profesional, en la realización de estudios de especialización, en congresos y conferencias, o en la institución donde trabajaban en ese entonces. La mayoría lo hizo después del año 2000, otros en 2008 y uno en 2010. Muy pocos refieren que antes del 2000, o no se acuerdan cuando.

El mayor número de profesionales asegura que realmente se interesó por el tema a partir de la exigencia de la Secretaría de Salud que lo estaba solicitando en las visitas a los consultorios¹⁵³. Las narrativas presentadas por los odontólogos entrevistados, respecto a su primer acercamiento al CI (cuándo y dónde) se pueden agrupar para el análisis, así:

- a) Secretaría Distrital de Salud, institución que comenzó a exigirles CI y formato escrito tanto en la consulta privada como en instituciones: «¿Cuándo oímos de consentimiento informado?...cuando la Secretaría de Salud nos dijo que había que hacer un consentimiento informado, porque en mi vida nos habían puesto consentimiento informado». «Yo creo que en la segunda

¹⁵³ Todos los prestadores de salud deben estar inscritos ante las secretarías departamentales o municipales en el sistema único de habilitación. Esto obliga a todos los profesionales e instituciones que realicen atención en salud al registro en dichas instituciones ante la oficina de vigilancia y control de la oferta. A su vez las secretarías están obligadas a vigilar y controlar que se cumpla con la reglamentación y leyes de atención en salud emanadas del Ministerio de Salud. Resolución 1043 de 2006, «Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los prestadores de servicios de salud». Diario Oficial Ministerio de la Protección Social, 3 de abril de 2006; Resolución 2680 de 2007 «Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones» Diario Oficial Ministerio de la Protección Social, 3 de agosto de 2007 y la Resolución 3763 de 2007 «Por la cual se modifica parcialmente las resoluciones 1043 y 1048 de 2006, y la Resolución 1080 del 2007 y se dictan otras disposiciones». Diario Oficial Ministerio de la Protección Social 18 de octubre de 2007.

visita de la secretaria de salud ya empezaron a decirnos que por qué no se hacía firmar consentimiento informado, que yo no cumplía con ese requisito».

- b) Contexto académico o universidad, el cual, señalan, es el espacio privilegiado para la actualización de nuevos conocimientos: «...yo empecé a escuchar hablar de eso más en el posgrado que en el pregrado, en la residencia, en el pregrado realmente es una consideración poco válida, no se tiene casi en cuenta. Y en la residencia fue mucho, mucho lo que me dijeron al respecto».
- c) En contextos de su ejercicio cotidiano en la práctica profesional, con instituciones (clínica y/o hospitales primordialmente): «Hace 8 o 10 años, a través de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, o sea que se empezó a difundir la importancia de que el paciente firmara, que se le iba a hacer tener claridad de los pro y los contra de los tratamientos y de los riesgos que habían, de las ventajas y las desventajas, entonces la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, hizo un formato que yo anexé a mi historia clínica, pero era un formato para todo el mundo».
- d) En los relatos de especialidades como cirugía y ortodoncia se observa mayor familiaridad con el concepto, el proceso y el documento escrito, quizá debido a la modalidad de práctica que adoptan estas especialidades. Vale la pena recordar que en las quejas ético disciplinarias estas especialidades ocupan segundo y tercer lugar en cuanto a frecuencia, después de la rehabilitación, a su vez la más involucrada en las quejas, además es la que más practican los odontólogos generales sin que medie un consentimiento informado.

2.3.29 Autonomía: La teoría del consentimiento informado se sustenta casi exclusivamente en la autonomía, como principio. En las en-

trevistas, una vez que se hablaba sobre generalidades del CI, se preguntaba sobre la forma como los odontólogos entiende la autonomía, y se encontró lo siguiente:

- a) La mayor parte de los odontólogos consideran que la autonomía es la capacidad que tiene un sujeto de decidir por sí mismo y/o tomar decisiones propias, es decir, autónomas. Aquí la relación Autonomía-Decision propia es directa.
- b) Seguidamente, están algunos odontólogos que relacionan la autonomía con la capacidad de los pacientes de aceptar o no un determinado tratamiento. «...la autonomía del paciente, que él decide si permite que yo le haga x o y tratamiento. Uno le explica al paciente y el paciente decide si lo permite».
- c) En una proporción menor, ciertos odontólogos señalan que la autonomía del paciente se relaciona directamente con la aceptación o no de los riesgos, ventajas y desventajas de un determinado tratamiento. «Que la persona voluntariamente firma y acepta unos riesgos y unas ventajas».
- d) Otros odontólogos relacionan la autonomía con la capacidad de los pacientes de tener una opinión propia, sin que otra persona interfiera.
- e) Muy pocos odontólogos (3 de los 34 entrevistados) señalaron no tener conocimiento sobre el concepto de autonomía.
- f) También están quienes relacionaron la autonomía con la no obligación de firmar nada si no están de acuerdo, con la capacidad de defenderse sin ayuda de nadie y con la capacidad de hacer algo.

2.3.29.1 Relación autonomía-consentimiento informado: Al indagar con los odontólogos entrevistados la relación entre el concepto de

autonomía y CI, se encontró que un poco más de la mitad piensan que dicha relación apunta a la autonomía en la decisión del paciente con respecto a la realización o no de tratamientos. En esta medida, se tiende a señalar la importancia de los derechos del paciente, de la capacidad que tiene para desistir de un tratamiento, y otros aspectos como se observa en los siguientes relatos: «...autonomía del paciente,...es como el derecho que tiene el paciente a consentir realizar un procedimiento, a pesar de haber consentido poder desistir de que le realicen un procedimiento por las razones particulares que él tenga». «El paciente debe ser informado y él mismo debe decidir lo que se le debe hacer sin forzársele a tomar decisiones de lo que él no quiere».

Hay opiniones orientadas hacia la importancia de brindar información adecuada al paciente: «...pues me parece que el consentimiento hace que el paciente conozca el tratamiento, bien permite que lo haga o no lo haga».

Unos más mencionan que es importante, entre otros factores: a) tener claro el rol del doctor para gestionar el CI; b) promover el conocimiento y la concientización a los pacientes para que conozca el tratamiento a realizar y; c) ver que la relación entre odontólogos y pacientes es asimétrica, sin llegar a aclarar por qué relacionan autonomía y CI:

«...yo le explico al paciente la alternativa de tratamiento y el paciente está en el poder de decidir si sí o no acepta».

«...se relaciona porque la persona en esa autonomía y en ese entender puede tomar una decisión acerca de su propio ser».

«...pues el consentimiento informado es una expresión de la autonomía del paciente».

«...Es inherente, mejor dicho, hace parte básica. Pienso que los únicos quienes no tienen

autonomía son los menores de edad, porque el tutor o el representante legal es el que tiene que decir por ellos».

Uno de los entrevistados se refiere a la idea de autonomía tanto en el odontólogo como en el paciente, y está relacionada con complicaciones: «...la autonomía de los dos, hay autonomía del especialista, el especialista representa una opción de tratamiento que es tal, y por qué es mejor esa opción con sus complicaciones. [...] el paciente tiene la posibilidad de decir si la toma o no, si se somete a ese procedimiento de acuerdo con esas complicaciones».

2.3.30 Aplicación del CI en odontología: Para la mayor parte de los odontólogos, la comprensión sobre cómo se debe aplicar el consentimiento informado en odontología está relacionada directamente con la explicación e información que el profesional brinda al paciente dentro de la o las consultas en las que se le atiende. Se incluyen riesgos, procedimientos, posibilidades, fracasos, entre otros, así como lo ejemplifica el relato siguiente: «Explicándole al paciente, explicándole al paciente las dificultades técnicas, la longevidad del procedimiento, si es restaurativo, si es quirúrgico, las posibilidades de infección, de fracasos, todo eso».

Otros odontólogos relacionan la aplicación del Consentimiento Informado directamente con el documento escrito que firma el paciente. De esta forma se ejemplifica con este relato:

«Se aplica a través de un documento, cómo se aplica, o sea, digamos uno escribe claramente el procedimiento de lo que le va a realizar al paciente, específico, el procedimiento específico y uno al iniciar el tratamiento pues yo lo hago así, el paciente se sienta lee el documento y si está de acuerdo voluntariamente, o sea, si está de acuerdo lo firma, con su número del documento».

En menor proporción algunos odontólogos mencionan que el proceso de aplicación del consentimiento informado se relaciona con el diálogo y la relación simétrica entre doctor y paciente. Es claro que este tipo de opiniones no son muy comunes debido a que la tendencia mayoritaria es de ver la relación odontólogo-paciente desde una perspectiva asimétrica.

«...a mí me parece supremamente importante el consentimiento. Verlo como una perspectiva distinta que permite el diálogo entre el odontólogo y el paciente, donde el paciente es visto como un legítimo otro y donde existe, lo que se busca es una relación simétrica donde el profesional pueda informar al paciente en un lenguaje que sea entendible pero que el paciente también pueda preguntar y que pueda, en un momento dado, decir que no. A mí, por ejemplo, me ha servido ahora que estoy en la parte clínica con pacientes de difícil manejo. El consentimiento es fundamental, pero entendido como tal, como el diálogo, no solamente el registro de una información que esté escrita, sino la parte más importante es la relación que se establece con el paciente».

Desde otra perspectiva, un odontólogo refiere que él sabe y practica el CI pero en toda la relación clínica, afirma que él no hace firmar ningún papel pues le parece que ese es un proceso mentiroso, donde ahora quieren, de manera legalista, decir que se hacen mejor las cosas, cuando la salud es un asunto cada vez más comercial.

2.3.31 Diferencias entre la práctica institucional y privada: Respecto a las diferencias en la aplicación del Consentimiento Informado entre la práctica Institucional y la práctica privada, según los profesionales entrevistados se encuentran las siguientes:

a) Para la mayor parte de los odontólogos no debe existir diferencia o al menos ellos in-

tentan que así sea (o las diferencias no son tan substanciales), entre la aplicación del consentimiento informado en la práctica institucional y la práctica privada. Así lo muestran los siguientes relatos:

«No para mí no hay ninguna diferencia, absolutamente ninguna diferencia, yo creo que nosotros, como profesionales, podemos hacer que sea diferente en un lado y en el otro, pero no debe ser, para mí no existe, para mí es igualmente importante en la práctica privada como en la práctica institucional, exactamente igual».

«¡No! Donde yo trabajo ¡no! porque yo trabajo en hospital privado. Entonces el énfasis es el que uno le dé particularmente. Obviamente, hay una normativa a la que uno se ciñe, pero eso de la manera de manejar toda la parte de consentimiento informado, a pesar de la normatividad es muy particular de uno».

b) Otros profesionales creen que la principal diferencia se relaciona con los tiempos que se emplean en la práctica institucional y la práctica privada, estando, este último espacio, caracterizado por mayor dedicación, respeto y confianza para el paciente:

«Diferencias... pues básicamente yo hago lo mismo, sí les dedico más tiempo en la privada, sí. Aquí básicamente hago lo mismo, pero si hay diferencias más en el tiempo, no en la calidad de atención y eso porque yo trato de hacer lo mismo con el paciente, explicarle todo, pero les dedico más tiempo allá».

«...de pronto en la clínica privada hay como más confianza, más tiempo, dedicación, y es mejor».

c) Algunos entrevistados mencionan que las principales diferencias se relacionan con el mismo CI (tanto positiva como negativamente) tal como lo advierten los siguientes relatos:



«...inicialmente, digamos por ejemplo el consentimiento, yo pienso que se ha fortalecido mucho en la parte pública, más que en la parte privada aunque ya en la parte privada... cuando entiendo cuál es la importancia del consentimiento, pues se empieza a fortalecer en la parte privada. Pero yo pienso que en la pública se ha fortalecido y se le ha trabajado más a eso».

«Pues en la práctica privada, lo que pasa es que es como más, de pronto uno lo hace como menos extenso, en cambio ya en una institución como uno tiene que tener ciertas reglas y cumplir con ciertas cosas pues lo hacen más extenso aplicándolo a ambas cosas».

«...no, pues yo utilizo formatos, en cada institución en la que trabajo se utiliza el formato que está establecido y en mi consultorio tengo también mi propio formato».

- d) Finalmente, hay opiniones que se centran principalmente en que las diferencias están en la autonomía de la práctica privada frente a las restricciones (lineamientos y parámetros) que tienen el ejercicio profesional en las instituciones: «Si, si claro, en la práctica institucional está ligada a unos parámetros que la institución diseña, en la práctica privada la autonomía la tiene más el profesional que la institución».

De igual forma, otra diferencia a que se hace alusión es aquella relacionada con la atención brindada al paciente: la práctica institucional tiene mayor calidez, tiempo, dedicación y confianza, que la práctica institucional.

«...es que yo diría que la parte institucional es terrible, me parece que es terrible, la gente se siente muy maltratada. En cambio aquí es muy rico, aquí uno se vuelve psiquiatra, psicólogo, ayudante espiritual, todo, pero es eso. Digamos, el consentimiento informado hace que... mire, esto le puede pasar, esto le puede

pasar, ah bueno me dijeron que si, puede llamarme, preguntar... entonces la relación más cálida...».

2.3.32 Factores que inciden en las decisiones de los pacientes: En esta parte se intentó establecer cuál es la impresión que tiene los odontólogos sobre la decisión de los pacientes frente a los tratamientos. Qué les hace decidirse por una u otra opción. La averiguación por los factores que inciden en las decisiones de los pacientes, evidencia ciertas tendencias en las opiniones de los odontólogos, las cuales se señalan a continuación:

- a) Para la mayor parte de los profesionales, el principal factor que incide en las decisiones de los pacientes para la realización de un determinado tratamiento tiene que ver con sus costos. Para estos odontólogos, el factor dinero influye en muchos casos sustancialmente para que los pacientes accedan a los tratamientos:

«...para aceptar un tratamiento inciden muchos factores: la parte económica, las expectativas frente al tratamiento, la realidad de la situación que vive el paciente, las probabilidades de que el tratamiento sea duradero, sea perdurable, que tenga posibilidades de mejorar su calidad de vida».

«...uno, la parte económica, digamos en el sector rico y más en esta zona... la parte económica. Otro, digamos también como todas las creencias, la parte cultural que tiene el paciente también, porque obviamente a nivel privado pues las personas tienen más capacidad de pago y pueden acceder a otro tipo de tratamientos. Y la parte cultural y todo eso es fundamental».

«Los más importante para ellos es el dinero, lo que yo he visto es el factor económico».

- b) Otros odontólogos mencionan que el principal factor tiene que ver con que si el

tratamiento presenta o no dolor y problemas de salud, sobre todo relacionado con tratamientos endodónticos.

«...de pronto incide sobre todo cuando es un riesgo que pueda recrear algo de la salud el paciente, el paciente se abstiene a veces de eso».

«...uno, como el factor dolor e incapacidad para aceptar procedimientos quirúrgicos mayores. Entonces, si hay mucho dolor e incapacidad y la preocupación del daño mayor, aceptan fácilmente el procedimiento. Me parece que ahorita aceptan más fácil los procedimientos porque casi todos están pagos por una entidad, entonces el no costo es algo que les ayuda a decidir muy rápidamente».

- c) Otros odontólogos mencionan que, sumado al factor económico, existen diversos factores como el componente sociocultural, educativo e incluso el estatus social y la edad (ciclo vital) en el que se encuentra el paciente influye para realizarse o no un tratamiento. Todo esto aparece en las siguientes narrativas: «Lo sociocultural, Dios mío, el nivel socioeconómico, el educativo, eso cuenta terriblemente». «...no pues desde la parte cultural, desde sus conocimientos, su educación, su estatus social, su edad».
- d) Finalmente, están las opiniones de algunos odontólogos que señalan como principal factor a la hora de decidir la realización o no de un tratamiento es que este cumpla con las expectativas con las que llegan al consultorio: «...que llenen las expectativas, que cumplan las expectativas que ellos tienen ¿Si? Ellos esperan, ellos esperan estética, esperan función, a veces primero función y luego estética, eso se aprende con cada paciente. Pero estética, función y que no duela».

2.3.33 ¿Por qué se quejaría un paciente?: Ante una situación hipotética de falta de informa-

ción o acción contraria a la voluntad del paciente, la mayor parte de odontólogos aseguran que los pacientes podrían quejarse: en primer lugar, por no recibir información adecuada, precisa y oportuna de parte de quien les está prestando un servicio:

«Pues porque no se le informó lo que era el tratamiento, es decir, o sea, si a ti no te dicen qué te van a hacer y fuera de eso te meten los dedos en la boca y ahí sí como dicen se untan de tus brazos y todo eso y tú nunca te enteraste de lo que pasó, pues yo tengo todo derecho a pedir una explicación, y dado el caso llegar a una instancia legal, si no tuve la información necesaria y además que me siento violentado de alguna manera, que me hicieron algún tipo de tratamiento».

En segundo lugar se ubica la idea de que los pacientes pueden quejarse porque les vulneraron su derecho al conocimiento y la información sobre el tratamiento o procedimiento realizado por el odontólogo: «Se puede quejar porque se están violando sus derechos de la información y es clarísimo».

En tercer lugar los odontólogos ubican la vulneración del derecho al conocimiento por parte de los pacientes como posible establecimiento de quejas disciplinarias.

En menor proporción se encuentran algunos relatos de odontólogos que mencionan que las quejas de los pacientes podrían devenir de aspectos tales como el hecho de que un tratamiento salga mal y porque le realizaron cosas de las cuales no tenía conocimiento.

Tres de los odontólogos manifestaron no tener una respuesta respecto a la pregunta por el tipo de quejas que presentaría un paciente.

2.3.34 ¿Qué se debe informar en atención odontológica?: Se pudo determinar que, para

la mayor parte de los odontólogos, lo que se debe informar en primer lugar es el *Plan de Tratamiento*, o lo que coloquialmente señalan como: *lo que se va hacer*. Le sigue un grupo de odontólogos que señalan el deber de informar *todo*. En este todo, se encuentran aspectos desde los riesgos, el plan de tratamiento, los costos, el consentimiento, el estado de salud dental, así como las ventajas y las alternativas de los procedimientos, incluso algunos particularizan sobre los costos

En orden de importancia los entrevistados consideran que lo primero que se debe informar son los *riesgos, posibles complicaciones y/o dificultades* que puedan aparecer dentro del tratamiento. Es claro para estos odontólogos que la práctica profesional está sujeta a inconvenientes o cambios en el camino y, por tanto, los mismos deben ser informados a sus pacientes.

Una proporción de odontólogos más pequeña considera que lo primero que se debe informar debe ser el *estado de salud oral*, se debe saber de dónde se parte para comenzar un tratamiento. Un grupo igual piensa que deben ser *los costos*, los cuales son, según los odontólogos, una de las mayores preocupaciones que tienen los pacientes a la hora de comenzar un determinado tratamiento. Una pequeña proporción del grupo considera que lo primero que se debe informar son las *alternativas del tratamiento*.

Otro elemento a informar según los odontólogos son los *riesgos*, además de los *beneficios* o el *estado de salud oral* con el que llega el paciente. Finalmente, se encuentran aspectos tales como la explicación de alternativas y el tratamiento.

2.3.35 Formatos de CI en odontología: La indagación respecto a la aparición de los formatos para el diligenciamiento del consentimiento informado genera diversas posturas en los odontólogos.

Algunas opiniones expresan que los formatos que han tenido en cuenta para su implementación en la práctica odontológica se han realizado con base en las exigencias que ha impuesto la Secretaría Distrital de Salud, como lo señala el siguiente relato:

«...por exigencia de la Secretaría de Salud, por las visitas. Como hemos tenido todo el proceso en las primeras visitas ellos van cambiando, digamos que van incrementando el grado de exigencia. Nosotros iniciamos de cero pero con esas exigencias, ahí nos informaron que el consentimiento debe ser por escrito, firmado por el profesional, firmado por el paciente, que es un documento legal para huírle uno a las demandas y todo ese tipo de cosas, entonces empezamos a implementarlo».

Otras opiniones mencionan que el formato se ha creado y ajustado con base en un constante diálogo con odontólogos y especialistas de la odontología:

«...es un formato sugerido por los colegas y también recibimos la asesoría de personas que ya se dedican es a eso, asesoran consultorios en los procesos y les arman las carpetas, entonces uno lo fotocopió y lo adaptó».

«Lo armamos hablando, así, no sacamos un formato de ninguna parte, miramos y leímos muchos formatos, porque yo trabajo con otra odontóloga que ya es la dueña de la casa, y este consultorio es de ella y en el de al lado de allá estoy yo. Entonces, entre las dos, como trabajamos primero. Ah, ya me acordé, yo vine aquí porque necesitaban una odontóloga con equipo para atender la ARS de Cafam, entonces yo tenía el equipo almacenado y todo, yo me vine. Entonces, digamos que a partir de eso empezamos nosotros a trabajar como en equipo, entre las dos, ella trajo unos formatos, leímos por Internet, creo que la Secretaría tenía algo de formatos, ya no me acuerdo cómo fue, el caso es que dijimos hagámoslo así para no llenarnos de papeles y papeles porque ahora para cada procedimien-

to hay un consentimiento informado, por ahora hemos salido ahí como bien».

Otros odontólogos mencionan que los formatos de consentimiento se han realizado con base en las especialidades odontológicas, pero no se menciona el proceso que llevaron a esta opción: «Hay un formato para odontología general, otro para ortodoncia, pero el de ortodoncia... casi todos los traen de los centros radiológicos donde les hacen firmar».

En menor proporción hay odontólogos que consideran que los formatos del consentimiento no tienen complicación, que se puede conseguir y se diligencian de forma sencilla: «No, una fotocopia y ya. Vea, esto es el formato, llenemos y firmamos, y ya sale, con el número de su historia clínica, sencillito».

Finalmente, incluso hay odontólogos que mencionan que a pesar de que lo utilizan en el consultorio, no saben cómo lo hicieron: «No sé cómo los hicieron, no sé de dónde los sacaron, voy a averiguarlo».

2.3.36 Firma y proceso de realización del documento escrito de consentimiento informado: Al indagar por el proceso de firma del documento de CI con los odontólogos entrevistados, se evidencia que prácticamente son ellos mismos quienes están realizando su diligenciamiento. En menor proporción lo diligencia la auxiliar del consultorio o, en algunas instituciones, es un trámite administrativo rutinario.

En este sentido, algunos odontólogos mencionan que el momento y contexto en el cual diligencian el respectivo documento: en primer lugar, después de abrir la Historia Clínica (HC), otros, durante la cita. Un odontólogo menciona que si bien explica los riesgos, beneficios y alternativas, no hace firmar el formato escrito.

En algunos casos no existe claridad sobre las partes del documento y el sentido que tienen, a decir en algunos relatos:

«Yo se lo doy a leer, primero que lo lean, les explico y hago que el paciente escriba de puño y letra las complicaciones que le estoy dando y hasta mi nombre, para que ellos sean los que... ¡no, no! que les esté dando un documento ya hecho. Hay unos espacios en blanco donde está mi nombre y en donde está el nombre del procedimiento que le estoy haciendo y yo hago que el paciente lo escriba».

«No, yo misma, yo misma y él mismo llena todos los datos, es decir, yo le dejo los espacios libres: empiece yo, puntos suspensivos, él pone su nombre él pone su cédula, él pone, el mismo, con su letra, el procedimiento que se le va a hacer y abajo dice el odontólogo me ha explicado en qué consiste el tratamiento y más abajo dice el odontólogo me ha explicado los posibles riesgos, y en esos donde dice posibles riesgos, sí lo escribo yo, depende del caso específico, el posible riesgo que puede ocurrir en el caso específico».

«Doctora, si le soy sincero, yo nunca hago firmar un consentimiento informado por qué les explico todo. Entonces, a veces, cuando llega al momento del consentimiento informado, me dicen hermano ya me explicó allá, usted me explicó toda esta vaina, no me haga firmar eso. Entonces, de pronto va ser un punto negativo en tu entrevista... nunca les hago firmar y soy sincero yo aquí soy de los que me llaman la atención todos los días porque no les hago firmar, pero en los 19 años de profesión que ya cumplo ahorita en junio, nunca he tenido un problema con un paciente».

«Personalmente, en mi caso, yo lo hago, yo lo hago, dependiendo el procedimiento que haga, los pacientes, hacerle ver y entender qué consecuencias puede tener, qué se puede presentar en el tratamiento».

Un odontólogo refiere que no sabe quién hace firmar el consentimiento en la institución donde trabaja y varios odontólogos refirieron que lo diligencian después de abrir la HC o durante la cita odontológica.

2.3.37 Dificultades para aplicar el CI: A la pregunta por si ha escuchado o ha tenido conocimiento de *dificultades en la aplicación del CI*, la mayoría de los odontólogos señalan falta de confianza para diligenciar la firma (o en algunos casos, la negación a esta) en los formatos.

«...sí, en las dificultades para la firma sí, que el paciente dice que no firma eso porque no está de acuerdo, entonces eso si he escuchado, de hecho me ha pasado a mí».

«Si hay gente, hay gente, que no, pues dicen “qué es lo que voy a firmar”, “qué es esto”, entonces uno le dice que se siente juicioso, sin estrés y que lea bien, palabra por palabra, si no entiende cualquier cosa, se le explica, y bueno, ya está en la decisión del paciente, de si firma o no firma».

«...sí, de hecho estuvimos hablando hoy de un caso donde un paciente, no un paciente sin un familiar de un paciente, se negó a firmar el consentimiento informado de un procedimiento quirúrgico grande que se le va a realizar la próxima semana a un familiar, dijo: no yo no lo firmo. Pero en general no».

«Digámosle, a veces en las instituciones, en la mayoría de las instituciones de salud, el consentimiento es dado como una forma de, como un requisito. Entonces, se lo dejan al paciente. El paciente de pronto lo llena o lo firma sin saber qué está llenando y, de pronto, a veces, algunos pacientes dicen: sabe que, no me da la gana firmarlo, no me parece que debería firmarlo, porque a mí no me han explicado todo eso que dice acá. Lo que he visto en algunas otras instituciones, no en la institución donde estoy trabajando».

Se encontró también que el factor económico es sustancial en las dificultades y la información

que no se les brinda a los pacientes, tal como lo ejemplifican algunos de estos relatos:

«Bueno, a veces puede ser falta de información, a veces factor económico, también, sí. Pero yo pienso que también es falta de información del profesional, yo pienso que uno tiene que darle todas las herramientas y darle todas las justificaciones al paciente del porqué es importante que sea haga ese tratamiento».

«Sí, sí uno, a veces el paciente le hace preguntas de garantía, digamos de los trabajos, y la verdad es que uno no puede dar ese tipo de garantías, entonces hay pacientes que se rehúsan un poco».

En menor proporción están algunas opiniones en las que se mencionan que las dificultades están relacionadas con el nivel educativo de los pacientes:

«Sí, según el nivel de educación de las personas, es difícil saber de qué manera se les enfoca la información que se les da».

«La atención a menores de edad, a veces no viene acompañados de sus padres sino de otro hermanito, de la vecina, de la empleada, etc. y los tiempos de consulta que se dedican a los pacientes».

En particular se refieren al desarrollo del trabajo institucional. En algunos casos, los odontólogos mencionan que una de las dificultades tienen que ver con los grados de confianza generados con pacientes de hace muchísimo tiempo los cuales, según dicen, *les dejan echar el rollo* y luego les dicen cosas como: «No fregués, que después de tanto tiempo... ¿me vienes a hacer firmar qué?, y se van y lo dejan con el consentimiento en la mano».

2.3.38 Cambio de percepción sobre el CI en su corta incursión en la odontología de Cundinamarca: La indagación por el cambio de

percepción del CI en los odontólogos desde el momento en que tuvieron su primer acercamiento, demuestra que no puede establecerse una tendencia mayoritaria en las opiniones de los entrevistados. Sin embargo, se puede decir lo siguiente:

- a) Algunos odontólogos señalan que el primer cambio que han visto a lo largo del tiempo tiene que ver con la forma y/o procedimiento de *aplicación* del CI. El siguiente relato advierte el cambio en el detalle de la aplicación: «...sí, ahora es más, es más detallado, es más minucioso, sí. Hay que explicar casi que día a día lo que se va a hacer y si el paciente acepta. Dicen que lo ideal es que el paciente firme todos los días el procedimiento y que acepte el procedimiento».
- b) Otros odontólogos mencionan que el cambio ha sido poco o nulo: «Para mí no, yo estoy en las mismas. Yo le informo todo, cualquier mal que haya en su boca yo se lo informo, además de realizarle el procedimiento, claro».
- c) Ciertos odontólogos mencionan que el cambio del CI hasta la fecha se centra principalmente en la noción de obligatoriedad que se transforma en apropiación, como lo señala el siguiente relato: «...a mí al principio me parecía que era una obligación como imposición, como que ¡ay! Otro requisito, ¡como molestan! Pero ahora yo sí soy como una, como que he interiorizado y he entendido que es algo que se necesita».
- d) También existe otro grupo de odontólogos que efectivamente si ha cambiado, principalmente desde el punto de vista legal:

«...tremendamente, porque cada vez tiene más implicaciones legales de nuestro ejercicio profesional, tremendamente, cada vez se

vuelve más preponderante, tanto así que yo no solamente tengo consentimientos informados. Diseñé el del hospital en maxilofacial, lo ayudé a diseñar, el de acá ya estaba hecho, sino que además diseñé un consentimiento informado para toma de fotografías, lo tengo para el pre y postoperatorio, porque es muy importante, supremamente importante».

2.3.39 Cambios en la relación paciente-odontólogo: Al indagar con odontólogos los principales cambios en la relación odontólogo-paciente, se encuentran algunas tendencias importantes como también opiniones encontradas.

Para un número importante de los odontólogos, uno de los principales aspectos que le ha ocasionado cambios a la relación odontólogo-paciente tiene que ver con la *comunicación*, debido principalmente al lazo que hay, por medio del diálogo, las explicaciones y los convenios, entre odontólogo y paciente, pensando en los tratamientos. Esto se ejemplifica en algunos relatos: «...yo me siento con ellos, conversó y les gasto tiempo, me gusta hacerlo, para que el paciente se sienta más tranquilo». «...horita hay más comunicación. Pero también me parece que se ha perdido un poco al respeto del paciente al profesional».

Otros odontólogos mencionan que el principal cambio en la relación tiene que ver con los tiempos para la atención que se deben brindar en las instituciones de salud en las que laboran los odontólogos. La tendencia en este tipo de discursos enfatiza en el detrimento de la relación con el paciente, así lo señalan ciertas narrativas:

«...yo no aceptaba mis citas de 20 minutos, porque en 20 minutos me he sentado a explicarle al paciente que voy hacer, a saber cómo se llama, a saber cuál es su condición y toda esa vaina y ahí si lo hago pasar: yo en veinte

minutos no hago nada, yo pedía consulta de 40 minutos para poderme dedicar al paciente, porque el paciente merece un poquitico... le demos su *feeling*, como su tranquilidad para que se pueda sentar ahí. No, siéntese, abra, escupa, cierre, pague y váyase».

«De tiempo sí, si es tiempo sí, si yo no tengo el tiempo para explicarle al paciente, cómo me va a firmar un consentimiento, creo yo».

«Ha cambiado en que cada vez es más impersonal, por el tiempo que hay de las consultas, por la exigencia de las instituciones, por la falta de tiempo para uno poder interrelacionar con los pacientes, hay que sacar un paciente en 15 o 20 minutos y hay que hacer consentimiento, hacer órdenes de exámenes de laboratorio, boleta de cirugía, realmente el tiempo es... a mí por ejemplo, no me alcanza el tiempo».

En otros relatos se evidencia que el principal cambio de la relación odontólogo – paciente tiene que ver con el consentimiento informado, la posibilidad que dio este de ampliar y mejorar esta relación, como lo demuestra los relatos:

«...si, no vamos a decir que todo es el consentimiento informado, pero digamos que eso comenzó a abrir una puerta para uno hablar más con el paciente y exponerle las ideas y se hizo esto, porque antes el odontólogo estaba acá arriba, era como el médico, mejor dicho, habla él y era como si hablara Dios, ¿No? Y ya, no es que me dijeron que tocara así, ahora no, ahora al paciente el odontólogo le está dando mucha información y el paciente está teniendo más argumentos para tomar sus decisiones sobre su propio tratamiento».

«...yo en general siempre considerado mucho al paciente pero yo le digo algunas veces a las personas que ese consentimiento informado nos ha obligado a que nosotros le expliquemos al paciente lo que se le va a hacer, ese consentimiento ha sido un beneficio para el paciente muy importante porque es decirle mire lo que le voy a hacer...».

«Yo creo que sí, yo creo que si porque, lo que te decía al principio, el consentimiento informado también le da mucha confianza al paciente y a uno también».

De igual forma, otros relatos señalan que uno de los principales cambios tiene que ver con el poder de decisión que tienen hoy los pacientes y que se evidencia en su relación con los profesionales que los atienden: se caracterizan por ser pacientes más informados, más empoderados, por ende, decididos y exigentes con los tratamientos.

«Pues en que los pacientes tienen ya más información, reciben, saben más cosas, tienen más acceso a los servicios, a opiniones y eso cambia la relación, eso cambia la relación... tienen desconfianza, muchas veces».

«En lo mismo que ha cambiado la medicina, que antes uno era el médico que le ordenaba un procedimiento o un tratamiento a un paciente y eso se convertía como en palabra de Dios. Hoy en día la medicina exige, y más desde finales del siglo pasado, que el paciente sea partícipe de la decisión, con conocimiento de todo».

Otros odontólogos mencionan que el principal cambio de la relación odontólogo–paciente se encuentra en la parte económica y las implicaciones que tiene esta en los tratamientos y la ética del trabajo odontológico.

«...se ha ido cambiando, ya muchas cosas en odontología se manejan desde el punto de vista económico, ¡sí!... más uno que lleva mucho tiempo, o que lleva tiempo, ejerciendo y uno trata de mantener pues, como con lo que salió y lo que aprendió en la Universidad, primero la parte ética y después la parte comercial. Pero las nuevas generaciones están saliendo con una mentalidad totalmente diferente. Y aparte de eso, por parte del paciente, ha perdido mucho respeto por el profesional también, o sea, también se han vuelto... diga-

mos, o por los menos la experiencia de uno, se ha vuelto gente muchas veces muy agresiva, por las mismas complicaciones como de trámites administrativos, entonces, por último llega el odontólogo, en nuestro caso, y es el que tiene: pero es que me toca hacer yo no sé cuántas cosas».

En menor proporción están algunos odontólogos que señalan que los cambios de esta relación están dados por la adaptación que tiene ciertos odontólogos a las necesidades de los pacientes. En otro sentido algunos mencionan que no han notado muchos cambios o no los han tenido en cuenta realmente.

2.3.40 Motivos de los pacientes para no realizarse tratamientos. Respecto a la indagación de motivos por los cuales un paciente no se haría un tratamiento, se encuentran variadas opiniones entre los profesionales encuestados, principalmente:

2.3.40.1 Razones de tipo económico: La mayor parte de los odontólogos señalan que el principal motivo por el cual un paciente no se haría un tratamiento es el factor económico. Según los entrevistados, si un tratamiento afecta directamente la economía del paciente, lo más probable es que no se realice el procedimiento.

«Si les tocan el bolsillo es lo que más les duele. Por ese lado, pero en general siempre se les dice sí, o sea, este es el plan de tratamiento, y ya uno se va a salir y necesita eso, uno mira acá resultó que hay que hacerle conductos a este diente, eso no estaba en el plan de tratamiento sino que salió, y eso qué, cuánto me costaría, vale tanto, entonces el paciente dice pues si bueno, pues toca, y ya se lo advierto, ya entonces, bien».

2.3.40.2 Razón del temor o miedo: Que pueden tener algunos pacientes para realizarse un tratamiento, que en muchos casos tienen

secuelas de experiencias anteriores, tal como lo evidencia el siguiente relato: «...a veces temor, la anestesia, el dolor, a veces las personas que no les ha ido muy bien, digamos en experiencias anteriores, en un tratamiento de conductos, entonces le refieren a esa persona y la persona siente temor a veces sin haber tenido ella un tratamiento de conductos anterior».

2.3.40.3 Falta de información que se le brinda la paciente: Es el motivo más frecuente. Este factor genera que los pacientes no tengan la suficiente confianza para realizarse un tratamiento.

«...realmente no se los hacen por culpa de que no tienen plata, por ejemplo. Sí, yo creo que más es por plata, porque cuando uno da la suficiente información y la confianza, ellos siempre quieren hacérselo y tengo muchos casos de pacientes de muy escasos recursos que vienen hacia el consultorio y uno les da las maneras de hacerse los tratamientos y de alargarle la manera de pagar y se lo hacen, o sea, no hay pierde».

«La mayoría de veces es falta de información completa, si es falta de información de pronto por temores o negación por falta de conocimiento».

Algunos odontólogos señalan que lo más importante es hacer firmar el CI independientemente si aceptan o no el tratamiento a realizar, para de esta forma evitar problemas futuros: «...simplemente le hago firmar, yo hago todo un escrito si el paciente acepta o no acepta y él me firma que no aceptó el tratamiento de conducto... todo, mejor dicho, todo yo lo escribo y lo hago firmar por el paciente, todo».

En otro sentido, y en menor proporción señalan algunos odontólogos que el motivo principal para que un paciente no realice el tratamiento es la negligencia o errores cometidos por el odontólogo: «...yo creo que eso pasa es cuando

las cosas no salen bien y uno no le responde al paciente».

También se presentan otros relatos que aducen como motivo que **no se les ha planteado una segunda opción o alternativa al tratamiento**, por eso aparecen ciertos relatos que hacen alusión a la importancia de plantear segundas opciones:

«Yo lo que hago siempre es plantearle lo ideal, plantearle una segunda opción, y si el paciente por ejemplo, bueno yo le planteo lo ideal, si el paciente me dice, no quiero hacerme así, yo le puedo plantear una segunda opción con unas limitaciones muy claras de objetivos, qué puedo y qué no puedo lograr, y le muestro los pro y contra, porque sería ideal hacerse el tratamiento inicial que le estoy proponiendo y dejar que él tome una decisión».

2.3.41 Situaciones difíciles de informar: En las situaciones o contextos difíciles de explicar o informar se puede señalar que la tendencia mayoritaria es aquella en la que se advierte dificultad en los riesgos provenientes del tratamiento o por enfermedades de altos grados de complejidad.

«En la especialidad nuestra,... digamos. Como tal, tal vez lo más difícil de informar son las, digamos, patologías relacionadas con eventos malignos, con lesiones malignas que se descubren en los maxilares. Como primer sitio, después de un descubrimiento ya sea accidental o por sospecha y con la patología confirmatoria. Informar esa razón no es tan fácil, informar eso».

«En tratamientos, que uno no puede generar o puede garantizar un, digamos que un éxito total del procedimiento, pacientes con patologías tumorales, cáncer, garantizarle que uno va a tener un buen resultado. Y con los implantes en el caso mío, yo desecho mucho

implante que está en él, como en el límite en sí va a fracasar uno. Entonces, si no tengo todas las garantías prefiero no hacerlo, eso me ha ocasionado que otros pacientes o que otros profesionales de pronto tomen esos casos y a mí me da mucha tranquilidad no haberlo tomado. Entonces, hacer una buena selección de caso, creo que es más importante que en ofrecer un tratamiento o no».

«Yo pienso que todo tiene que ver con la visión que tú tengas del pronóstico, o sea, si tú haces un mal diagnóstico te fregaste con respecto al paciente, si tú no tuviste en cuenta las radiografías panorámicas, los antecedentes clínicos familiares, las enfermedades del paciente, las de la familia, cualquier cosa que él presenta, ya después no te puedes reversar. Pero si tú tuviste en cuenta todo ese protocolo, todo ese desarrollo, seguramente vas a estar muy acertada en lo que le propongas».

«No, yo creo que no, yo creo que esa relación debe partir, por ejemplo, hay situaciones que son de vida o muerte, que la información debe hacerse con cuidado pero tiene que hacerse de manera que el paciente sepa».

Se menciona por parte de otros odontólogos que se dificulta explicar o dar información cuando existen complicaciones en tratamientos, sobre todo si son largos y costosos: «Complicaciones de tratamientos costosos, por ejemplo si yo hago una resina o la operatoria convencional y fracasa, pues se repite, ya está, pero tratamientos de rehabilitaciones largas y extensas que tienen mucho costo y que fracasen, eso es frustrante».

Otros relatos se orientan a señalar que las complicaciones de la aplicación de CI ocurren cuando no se consultó de manera oportuna, pero además hay niños de por medio:

«Sí, yo lo veo, por ejemplo, mucho, digamos, en los niños que hay veces les dice uno tiene

que hacerse exodoncia ya ha perdido el diente y los papás: pero traten de salvar lo que puedan. Y la responsabilidad es de los papás, a que uno asuma la responsabilidad de los papás respecto a los niños ¿sí? O, por ejemplo, la gente, he visto también como el grupo poblacional digamos por ahí entre 40-50 años, que empieza a haber mucha enfermedad periodontal, que les explica no, 50-55, esos dientes definitivamente ya no hay nada que hacer, digamos que es una tapadura digamos de explicarle al paciente, que, que retirar todo eso para poder mantener lo que sea. Es común que ese aspecto de enfermedad periodontal es bastante complicado de manejar por el paciente».

De igual forma, otros odontólogos mencionan que lo más complicado es informar los errores que ellos cometieron dentro de un procedimiento.

«Que la cagó uno, eso es lo más difícil, yo me he equivocado, me pasó recientemente, con una paciente, el año pasado, le expliqué millones de veces el tratamiento y aun así cuando se le colocó el tratamiento, yo lo vi muy bonito pero cuando ella se fue y volvió no se sintió bien. Entonces, el aceptar, al aceptar el hecho de que uno había cometido de pronto el error, de no haber parado bolas un poquitico porque ella quería una cosa, es prácticamente eso, se veía bien pero ella no lo sentía. Estéticamente era muy bonito pero ella no se sentía cómoda con eso. Entonces, el hecho de aceptar uno: Si, tienes razón, no te paré bolas en ese primer dato y fue por un error. El marido me dijo déjela que se le ve perfecto, se ve muy bien, la sonrisa está bonita, era una paciente desdentada, quien no había utilizado nunca una prótesis total y ella vivía feliz con eso vivía muy contenta sin sus dientes y toda la familia y todo el mundo y los hijos que venían de Estados Unidos que tenían plata, querían verla con dientes, al final ella volvió pero insistía en seguir sin eso».

Se menciona además que es difícil informar que se va a perder dientes, o también casos difíciles, por ejemplo de cirugía maxilofacial, tratamientos que no pueden garantizarse totalmente.

Para un odontólogo todo es difícil de informar y para otro nada, siempre y cuando se haga un buen pronóstico.

2.3.42 Sistema de Salud y Cambio en consentimiento informado: Respecto a si la organización del sistema de salud influye en la relación profesional paciente y el CI, cerca de la mitad de las opiniones de los odontólogos señalan que la organización del sistema de salud afecta directamente un buen proceso de consentimiento informado, debido a que las dinámicas y los tiempos para la atención son muy cortos, como lo mencionan los siguientes relatos:

«Es que en los sistemas institucionales, la afluencia de pacientes, tan grande, el poco tiempo que hay de consulta exige, exige no, permite cometer muchos errores y esto pues se puede, se puede enmascarar con el consentimiento, pero la práctica es una cosa y los riesgos es otra cosa, el sistema influye tremendamente, tremendamente».

«En la parte institucional tremendamente, o sea, y tú lo ves en cualquier consulta, digamos que casi en el 90% de, tanto médicos como odontólogos, el trato es muy despota, o sea, el trato es muy poco informativo, o porque no tienen tiempo o sencillamente porque no les da la gana, o porque uno no les pregunta ¿si me entiendes? Pero hay veces que uno les pregunta, bueno, a uno le tienen que responder, porque yo soy odontólogo, y yo necesito saber qué es lo que me pasa así que tiene, trate de explicarme un poquitico, pero la gran mayoría de las personas en la parte institucional en este momento, no le explican al paciente nada, se sientan, abren la

boca, o se sientan, consulta médica y casi que le dan al diagnóstico al médico y el médico les formula un chorro de babas, tome y chao, porque ya pasaron los 20 minutos».

«Yo creo que, o sea, yo pensaría que cómo está el sistema, va en detrimento de esa relación, o sea, yo pensaría cómo está el sistema, estoy hablando del sistema público, en el que uno no puede decidir cuánto tiempo le gasta a su paciente, si me quiero gastar una hora, tres horas, con media hora, tres minutos, dependiendo lo que requiera el paciente, el sistema no lo permite y eso va en detrimento... Sin embargo, como hay tanta demanda y tanta cosa, la institución pública o privada también se cura, porque ellos lo hacen, en términos generales, no todas, pero la mayoría de instituciones se curan en salud, por esa falta de tiempo que hay haciendo el consentimiento informado. Entonces, pienso que es una manera pues equivocada de mirar la cosa, equivocada desde mi punto de vista, entiendo las razones, pero no».

En esta misma vía otras opiniones giran en torno al detrimento de la relación odontólogo-paciente y por ende una buena puesta en marcha del consentimiento informado:

«El sistema ha afectado mucho la relación odontólogo paciente, pues se trata, por lo menos uno trata pues de mantener, digamos, porque es con lo que salió, pero uno ve que las generaciones nuevas están en otro, como en otro cuento, lo principal es, pues en la práctica privada ve uno eso, es cómo venderle al paciente y hagamos pues lo último. Y ahí se ha perdido, como el origen y cómo la razón de ser de, en todas las áreas de la salud, desafortunadamente».

En menor proporción hay odontólogos que señalan que el Sistema de Salud, y las instituciones que lo representan, han enviado mensajes a quienes ejercen la odontología de mayor exigencia a la hora de los procedimientos (en-

tiéndose el CI como uno de ellos), así como lo advierte la siguiente narrativa: «Por lo menos ahoritica en la práctica privada, la Secretaría está muy encima de todos los procesos y procedimientos, ellos exigen muchas cosas escritas que antes no sucedía».

Es de resaltar, que un odontólogo refiere que no tiene opinión al respecto.

2.3.43 Contextos profesionales. Relación profesional paciente: Un asunto sobre el que NO se puede generalizar en la atención en salud: Uno de los problemas que enfrenta el CI es la forma como se abordan, en un mismo escenario, todas las relaciones clínicas, sean estas médica(o)-paciente, enfermera(o)-paciente, odontóloga(o), sin tener en cuenta condiciones históricas, espaciales, sociales, técnicocientíficas, culturales; es decir, características particulares y diferencias entre profesiones de la salud, e incluso en las mismas profesiones: su división en especialidades y actividades particulares. Si bien es necesario tener en cuenta que existen unos rasgos compartidos por las profesiones de salud y los cuales son producto de su propia historia y la búsqueda de bienestar físico y mental de las colectividades humanas, también es necesario establecer las diferencias en las dinámicas de relación clínica hoy, pues las estandarizaciones y generalizaciones en las relaciones con los pacientes a veces conducen a problemas, en nuestro caso con el CI y su aplicación en odontología.

2.3.44 Características comunes al gran campo de atención en salud: Un primer aspecto que debemos tener en cuenta es cómo se caracteriza el ejercicio de la atención en salud en general, teniendo en cuenta que existen unos elementos comunes relacionados con la dinámica actual del conocimiento, la estructura social, la dimensión personal que toma el individuo en la modernidad, lo que Laín¹⁵⁴ denominó los cuatro rasgos principales de la medicina actual,

¹⁵⁴ LAIN, Pedro. *La medicina actual*. Madrid: Dossat, 1973, p. 31.

los cuales son compartidos por las otras profesiones en salud:

- extrema tecnificación instrumental (también científica) y una peculiar actitud del profesional ante ella;
- creciente colectivización de la asistencia en salud en todo el mundo;
- personalización del enfermo en cuanto tal y, como consecuencia, la resuelta penetración de la noción de persona en el cuerpo de la patología científica;
- prevención de la enfermedad, promoción de la salud y búsqueda constante de la *mejora* de la naturaleza humana.

Ortiz¹⁵⁵ advierte que, en general, las profesiones de salud consisten en un saber socialmente necesario que se desarrolla transformándose y articulando teoría y práctica, ciencia y técnica, pero con una cualidad esencial: la sensibilidad afectiva, imposible de cuantificar pero necesariamente presente en la atención clínica, ya que se trata de poner al servicio de otros un saber que les puede ayudar en un asunto de importancia radical: la salud, máxime si comprendemos su complejidad actual. El campo de la salud hoy debe entender que los problemas que enfrenta en torno al hombre y sus circunstancias es producto de complejas relaciones del individuo con la sociedad donde, entre otras, se cruzan situaciones ambientales, económicas, culturales, políticas, que no solo pueden ser miradas a la luz de la técnica y la ciencia, sino que requieren el concurso de las humanidades. Hoy, en el complejo campo de la salud, más que nunca, se debe comprender, al menos tratar de hacerlo, esa relación. En esencia, la bioética ha mostrado esa necesidad.

¹⁵⁵ ORTIZ, Federico. *Modelos Médicos*. México: McGraw-Hill, 2000, p. 61.

Una característica importante del amplio campo de atención en salud (por ejemplo con las especialidades y las técnicas disponibles) es la constante normalización y regulación. Si bien en occidente las sociedades son cada vez más contractuales, y esto ha brindado la posibilidad de resguardar derechos y exigir responsabilidades ante diversos grupos poblacionales, está por entablarse con más o mejores argumentos, clara y abiertamente, la discusión sobre si es deseable que las relaciones entre profesionales y pacientes se vean mediadas a tal grado por categorías legales que, en ocasiones, no favorecen los espacios de confianza y conciencia de lo que pudiera llamarse el encuentro en salud.

Existen, igualmente, elementos comunes y básicos que deben ser contemplados al abordar el proceso de CI: la información, la voluntariedad, la libertad y la capacidad, ampliamente tratados por los expertos en la teoría del CI, alrededor de los cuales se ha ido construyendo cierto consenso y una extensa literatura. Sin embargo, es necesario entender que las actividades clínicas suelen ser muy diversas, dependiendo del paciente, su biografía, la consulta a la cual acude, el tipo de especialidad y la especificidad de la actividad clínica a desarrollar, sea con fines diagnósticos o terapéuticos. Es decir, más allá de estos elementos básicos, se requiere revisar la forma como se da la relación profesional paciente y su diversidad espacio-temporal, cultural, política, etc.

2.3.45 La relación médico-paciente: La relación médico-paciente se ha colocado generalmente en el marco de una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas que, dependiendo el tipo de relación, adquiere diferentes grados de complejidad. Desde la época de Hipócrates se hablaba de cuatro cualidades fundamentales para realizar la labor del médico; conocimientos, sabiduría,

humanidad y probidad. Laín¹⁵⁶, historiador de la medicina y quien realiza detallados estudios sobre su historia y la relación médico paciente, establece que la relación profesional-paciente debe darse bajo los siguientes parámetros: ponerse en el lugar del otro para así sentirse como él o ella y estar dispuesto a auxiliarle cuando enfrenta dificultades (Esencia del acto médico: disposición a beneficiar y ayudar). La relación médico paciente se clasifica de múltiples formas¹⁵⁷, pero la más citada y usada suele ser:

- relación activopasiva. El modelo paternalista en el cual el médico manda y el paciente obedece;
- relación de cooperación guiada;
- relación de participación mutua, acorde con las sociedades actuales que propenden por la autonomía.

Adicionalmente, estaría la modalidad contractual, como se dijo, tópico de no poco cuidado, el cual debe analizarse a fondo dada su actualidad y relevancia en las últimas décadas. Algunos aseveran cosas como: «La relación médico paciente se finca legalmente en un contrato de prestación de servicios y así debe comunicarse al enfermo, de preferencia por escrito»¹⁵⁸.

¿Cuál sería el objetivo al hacerlo de esta manera? Más bien, ¿cuál será la consecuencia de una dinámica esencialmente contractual? Esta comunicación por escrito, de la que se habla en este texto, ¿hace parte del consentimiento informado?

¹⁵⁶ LAIN. *Op. cit.*

¹⁵⁷ RODRÍGUEZ, Héctor. «Relación médico-paciente». En *Revista cubana de salud pública*. 32 (4) La Habana, 2006. [En Línea]. [Fecha de consulta 30 de abril de 2012]. Disponible en <http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu07406.htm>

¹⁵⁸ GARZA, Raúl. *Bioética y toma de decisiones en situaciones difíciles*. México: Trillas, 2003, p. 106.

De todas maneras, al analizar la relación profesional paciente en nuestro contexto, es necesario reconocer que, si bien se está avanzando hacia las dinámicas contractuales, no ha sido esa la característica más relevante y, a pesar de ocurrir grandes inequidades y carencias¹⁵⁹, en Colombia la consulta odontológica es mayormente privada y, la médica, fundamentalmente institucional. Perduran, adicionalmente, dinámicas socioculturales donde el médico tiene gran influencia sobre los enfermos, en general sobre la población, y el paternalismo tiene múltiples expresiones.

Lo que sí se puede asegurar es que el médico, tanto bajo el Sistema Nacional de Salud que antecedió a la Ley 100 de 1993 o Sistema General de Seguridad Social en Salud, hoy vigente, sigue ajeno a consideraciones de costos; simplemente ordena exámenes o medicamentos y el paciente es el encargado de tramitar ordenes, de gestionar el acceso a las pruebas o los tratamientos, etc.

2.3.46 La relación enfermería paciente: La enfermería ha sido definida como «la actividad cuyo objetivo radica en ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad»¹⁶⁰. Para la OMS, es una «actividad innata y fundamental del ser humano. En su forma organizada, disciplina o ciencia sanitaria en sí misma»¹⁶¹, encargada del cuidado de la salud y la enfer-

¹⁵⁹ El 12 de marzo de 2012, El economista sénior del Banco Mundial, Lars Christian Moller. Reveló que Colombia es el séptimo país en desigualdad, segundo en América Latina después de Bolivia. *Diario la República*. [En línea]. [Fecha de consulta 15 de marzo de 2012]. Disponible en: <http://www.larepublica.co/node/5099>.

¹⁶⁰ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, prefacio.

¹⁶¹ Documento básico sobre enfermería OMS oficina regional para Europa Copenhague 1979.

medad desde la concepción hasta la muerte. Al respecto, se afirma que el profesional de enfermería hoy tiene una responsabilidad mayor que antes, en cuanto al papel de informador (acorde con su competencia). Se espera que participe en la relación con los enfermos antes que realicen la toma de decisiones¹⁶².

Así, en las últimas décadas la enfermería ha mostrado cambios importantes en su relación con la sociedad y el Estado, en cuanto a su reglamentación e inclusión de códigos deontológicos. Un ejemplo se muestra en el texto *Enfermería y paciente: cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*¹⁶³, allí se relaciona en detalle como la Ley española incluye de manera minuciosa la obligación de revelar datos sobre el rol profesional. En enfermería, según la Ley 41 de 2002 en España (Ley de Ordenamiento Profesional Sanitario), el profesional debe, además de brindar una atención adecuada, racional y con respeto a la dignidad e intimidad, dar a conocer a la sociedad el rol profesional mediante un sistema de información y registro de profesionales abierto al público (nombre, rango, especialidad, etc.). Es importante ver este asunto en el marco de los cambios en la relación profesional paciente. Hoy, rara vez se dan interacciones 1 a 1 puesto que las dinámicas suelen ser entre equipos de salud de cara al paciente o al grupo de usuarios, lo cual resulta en una mayor complejidad.

Así, la enfermería está prestando sus servicios en medio de grandes tensiones. En lo concerniente al CI, no está claro cuáles son sus alcances y sus límites, hasta donde debe llegar su actuación, cuál es su papel en la información, en el acompañamiento, en las decisiones, en la firma de documentos, etc. En la Ley 911 de 2004, en Colombia, artículo 6, se habla expresamente de la información y el consentimiento para rea-

lizar la labor de cuidado, pero muchas veces, en el trabajo en equipo, se le suele delegar actividades como las de hacer firmar documentos por parte del paciente, o informarle sobre aspectos del tratamiento, lo que puede incluso llevar al profesional de enfermería a sanciones a partir de la misma Ley, la cual estipula claramente al respecto en el artículo 15¹⁶⁴: «El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. La violación de este artículo puede constituirse en falta grave». La cuestión es que, al igual que la Ley 23 de 1981, Código de Ética del Médico Colombiano, la Ley 35 de 1989, Código de Ética del Odontólogo y la Resolución 1995 del Ministerio de la Protección Social, sobre historias clínicas, que cubren toda el área de salud, son pronunciamientos reactivos que muestran, generalmente, la forma como se le ha salido al paso a los problemas frecuentes que se venían presentando en los diversos tópicos allí normalizados, por ejemplo el uso de siglas, la letra ilegible de los médicos, la secuencialidad en las historias clínicas, el deber de informar, la advertencia de riesgos, la libertad de elegir, etc.

2.3.47 Relación odontólogo-paciente: La relación odontólogo paciente requiere que se sitúe en el contexto histórico de su práctica. La odontología, por la forma como ha surgido como profesión, se ha configurado esencialmente al interior de la estructura social de mercado y, a su vez, este ha determinado en gran parte su práctica que, sin duda, tiene implicaciones en la relación profesional-paciente¹⁶⁵. En odonto-

¹⁶² GARZA. *Op. cit.*, 2003.

¹⁶³ SÁNCHEZ y ABELLÁN. *Op. cit.*, pp. 89-90.

¹⁶⁴ Artículo 15 Ley 911 de 2004. «Por la Cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia». Diario Oficial Congreso de la República de Colombia 6 de octubre de 2004. Estos casos suelen ser motivo de queja frecuente por parte de los profesionales de enfermería.

¹⁶⁵ SÁENZ, Ignacio. *Odontología la última profesión liberal*. Tesis doctoral. Universidad Nacional del Rosario Argentina. FALCSO Argentina. 2009. Al respecto sostiene «cuando la práctica odontológica era una profesión liberal, el odontólogo convenía sus

logía, la negociación con el paciente sobre el tipo de tratamiento está mediada en gran parte por factores económicos. El tipo de consulta al que acude el paciente, privada, pública o institucional, está incidiendo en el tipo de atención y de relación con el profesional. Lo que sí es claro es que en odontología, a diferencia de otras profesiones de salud, las consideraciones económicas están en el centro mismo de las relaciones entre los profesionales y los pacientes, tanto el diagnóstico como el tratamiento están condicionados por los costos y se hace negociación directa. El profesional en odontología, de cara a su paciente, debe abordar el tema sobre inclusiones y exclusiones del sistema en diferentes tipos de procedimientos diagnósticos o terapéuticos, y eso marca una gran diferencia respecto a la información y la aceptación o rechazo de estos.

2.3.48 Relación odontólogo-paciente en el contexto de la odontología profesional. Un estrecho vínculo entre costos, desarrollo tecnicocientífico e información: La odontología, como profesión sanitaria, bajo los parámetros en que surge en las sociedades capitalistas, está ligada a los costos y las posibilidades económicas de quien acude en busca de atención. Los tratamientos han estado influenciados tanto por los recursos técnicos y científicos del momento como por los parámetros de mercado. Como profesión, nace en el contexto de la medicina científica, de la ciencia positivista y el método experimental moderno. Hace unas cuantas décadas se inicia una vertiginosa transformación en cuanto a posibilidades diagnósticas, terapéuticas, de rehabilitación y limitación del daño. Algunos autores, como Ortiz¹⁶⁶, refieren que

honorarios con el paciente o con la institución que enviaba esos pacientes a partir del ingreso en la década del 70 del ingreso de las empresas de medicina prepagas. La prestación del servicio al paciente tiene que ver con su capacidad de compra».

¹⁶⁶ ORTIZ. *Op. cit.* En la introducción y capítulo uno ofrece un análisis cuidadoso de la manera como el pensamiento científico-

el conocimiento en salud se renueva en gran proporción cada cinco años y ello hace que el impacto en la sociedad y las profesiones de salud no se alcance a analizar de manera adecuada cuando ya se tienen nuevos y asombrosos descubrimientos.

En odontología, al comienzo del siglo XX, las escuelas ponían énfasis en la realización de tratamientos como prótesis dentales y exodoncias, debido a que los recursos terapéuticos solo alcanzaban para la rehabilitación. Con la llegada al país de los rayos X y el uso cada vez más frecuente de anestésicos, se fue implementando el tratamiento temprano y la limitación del daño. Luego, con las ideas de prevención y promoción de la salud y con la conservación de piezas dentales, hacia mediados de siglo ya se podía mantener más dientes en la boca y, de esta manera, se mejoraron los tratamientos de rehabilitación.

Es necesario recordar que este ha sido un periodo de incremento y consolidación de la industria farmacéutica y la tecnológica relacionada con el sector salud¹⁶⁷. Conforme más piezas dentales se mantienen en la boca, más frecuente es la necesidad de tratamientos de corrección de postura, y con ello vino el bum de la ortodoncia hacia los años 70 y 80 del siglo pasado. Anteriormente, los tratamientos para mejorar las mal posiciones dentales eran poco frecuentes, hoy son una necesidad

técnico está ligado a las rápidas y profundas transformaciones que sufre el área de la salud. Afirma para mostrar un poco el panorama, que por lo menos cada cinco años se renuevan los conocimientos y como la producción de literatura es tal que para solo leer lo que se produce en medicina interna se requerirían 25 horas al día.

¹⁶⁷ Es necesario aclarar que si bien la historia de la industria farmacéutica se remonta al siglo XIX se habla de su consolidación después de la Segunda Guerra Mundial (década del cincuenta) y la producción a gran escala de los antibióticos. Para una ampliación del tema Ver Historia de la industria farmacéutica. Junta de Andalucía. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de marzo de 2012]. Disponible en <<http://www.juntadeandalucia.es/averro.es>>

generalizada¹⁶⁸. Actualmente, la ortodoncia es una de las especialidades más consultadas, aun cuando no todos quienes la necesitan pueden acceder a tratamientos por lo elevado de sus costos. Hoy, a comienzos de siglo XXI, la profesión se caracteriza por ofrecer una odontología de punta con utilización de los últimos desarrollos de la industria y la ciencia para restituir, cambiar y transformar estética, función y belleza a elevadísimos costos, por tanto, al alcance de una escasa proporción de la población.

Es importante resaltar que hace solo tres o cuatro décadas era inimaginable que la profesión se especializara tanto. Estos cambios tan abruptos en tan corto tiempo, han incidido en su dinámica de atención, tanto en pacientes como en odontólogos, quienes aún no han podido asimilar de manera adecuada sus nuevas condiciones de práctica. Esto se evidencia en las dificultades que se presentan y en las tensiones que surgen a partir de la forma como hoy se realizan las interconsultas, remisiones, referencia y contrarreferencia de pacientes, en lo difícil que es establecer y demarcar la especificidad de funciones, de actividades clínicas y especialidades. En las quejas ante los entes reguladores se suele solicitar, por ejemplo, restricciones de funciones para odontólogos generales, estos a su vez tienen dificultad para exigir experticia en ciertos campos como la cirugía o la ortodoncia, debido que no existe, hasta hoy, reglamentación al respecto¹⁶⁹.

En odontología es claro el papel ejercido por el mercado y su dinámica en la sociedad¹⁷⁰. Esto

es evidente en varios registros históricos¹⁷¹ que muestran la forma como se restringió el saber sobre los dientes y la boca primordialmente en las elites de la sociedad. Se inició la actividad escolarizada con afán de lucro y monopolio. Hasta casi mediados de siglo XIX, era un oficio para dar respuesta a los problemas orales. Luego, la naciente profesión odontológica crea y establece sociedades, selecciona y limita la participación a grupos específicos, restringe y monopoliza para sí, y la industria, los instrumentos y las prácticas a través de mecanismos como leyes y patentes¹⁷². A diferencia de la práctica clínica médica, la odontológica, al someterse a las dinámicas del mercado y los intereses comerciales de las élites, adquiere características particulares como ser esencialmente una práctica privada, estar mediada por los costos y vinculada a la industria de manera muy directa.

Los códigos de ética odontológica, desde muy temprano, incluían consideraciones en materia de costos y regulación de tarifas, aspectos documentados en lo que sigue: En el *Boletín de odontología*¹⁷³, publicado desde 1903, y la Revista de la Federación Odontológica, también a comienzos de siglo XX, así como en las actas de las asambleas de la Federación Odontológica Colombiana, es recurrente el tema de la restric-

dades, apertura de instituciones para escolarizarla, formulación de leyes y restricción a la enseñanza y registro de patentes como se estaba haciendo en los Estados Unidos de Norte América de donde importamos el modelo.

¹⁶⁸ Es necesario tener en cuenta que en esto también estará ligado de manera muy fuerte a los estereotipos de belleza, los cuales están muy ligados a la sociedad actual y el mercado.

¹⁶⁹ FEPASDE. *Op. cit.*

¹⁷⁰ DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*, El texto realiza una documentada y detallada descripción del proceso de la institucionalización de la odontología en el país en cuya base están la formación de socie-

¹⁷¹ Al respecto existe una buena cantidad de documentos históricos, entre los que se puede citar El Boletín de odontología, las actas y revistas de la federación odontológica colombiana de comienzos de siglo que una y otra vez insisten sobre criterios de restricciones al ejercicio y consideraciones económicas. Compiladas por el odontólogo e historiador Camilo Duque en 7 volúmenes y disponibles en la biblioteca Nacional de Colombia.

¹⁷² DUQUE y LÓPEZ. *Op. cit.*

¹⁷³ CARRASQUILLA, Sebastián. *Boletín de la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*. 1935. Actas de la Federación Odontológica Colombiana. Documentos de 1932, 35, 37,38 y siguientes. Compilación del historiador y odontólogo Camilo Duque Naranjo Biblioteca personal.

ción del ejercicio profesional de la odontología. Adicionalmente, importante citar que en el *Boletín de odontología* (1932) aparece la traducción del Código de Odontología y Ética Profesional del Sindicato Odontológico del Brasil, donde se habla sobre quienes deben ejercer la profesión y aparecen aspectos como: realizar tratamiento de acuerdo con su conciencia y el pago por tratamientos no debe ser muy alto ni muy bajo.

En agosto 28 de 1942, el Comité Ejecutivo de la FOC sugiere acoger la propuesta del IV Congreso de la FOLA de crear un código de ética profesional y de deontología¹⁷⁴. Allí se insiste en la regulación de tarifas, la restricción del ejercicio y práctica de la odontología.

En la recopilación del *Boletín de Odontología*, tomo III año 1937 (boletines 19-30, p. 148), se publica una carta traducida por S. Hernández y escrita por H. Power de Manistique (Michigan), dirigida al doctor Farrel Weeb, en la cual afirma: «Es urgente la cooperación y educación del paciente para tener éxito con el método Weeb»¹⁷⁵. En ella asegura que antes tenía problemas de falta de cooperación de los pacientes con piorrea, por no hablarles y explicarles. Lo halaga por su método «para excitar y entusiasmar al cliente y tenerlo interesado»¹⁷⁶. Esto hace referencia a la utilización de medios de educación visual, negatoscopio, cámara fotográfica y *ampliaciones con un aparato* (al parecer un proyector). Refiere éxitos con 85 clientes a los cuales motivó de manera adecuada, mediante las ayudas mencionadas.

¹⁷⁴ BOLETÍN DE ODONTOLOGÍA. Compilación por tomos. Tomo VI. 1942.

¹⁷⁵ Se refiere al método que este odontólogo les había mostrado en un congreso el año anterior y el cual recibía su nombre. Tradición tomada de los inicios de la modernidad en medicina.

¹⁷⁶ Biblioteca Nacional. Compilación por tomos. Tomo III. Boletín de odontología, 1937, pp. 19-30.

Es importante resaltar, en época más reciente pero igualmente ilustrativa, la manera detallada en que el profesor Herazo¹⁷⁷, en su texto sobre clínica del sano¹⁷⁸, hace una descripción del pensamiento odontológico en materia de información y educación a los pacientes. Allí se refleja un poco la dinámica que se da entre la práctica clínica y los preceptos que se imparten desde la enseñanza. Se debe tener en cuenta que este texto se publica antes de instaurarse los tribunales de ética y de iniciarse la aplicación de la Ley 35 de 1989. En el Capítulo XII¹⁷⁹, el autor desarrolla el tema de prevención con educación específica, habla de la importancia de la educación individual y grupal comunitaria. En el No.4, Características Generales, literal g, aclara que la información aportada debe ser comprensible, teniendo en cuenta el vocabulario, experiencias y medio ambiente de las personas. En el capítulo sobre relación odontólogo-paciente¹⁸⁰ menciona: «Un obstáculo en educación en salud oral es suministrar información y consejo que no esté acorde con la situación económica y con la posibilidad de llevarlo a la práctica». Se debe «tener en cuenta que el paciente es el eje de la relación con el profesional porque es quien tiene la información que el profesional necesita para ayudarlo a alcanzar y mantener un estado de salud óptimo», primer párrafo página 109. En la página 110 dice «no hay que olvidar lo importante que es escuchar al paciente, pues muchas veces no

¹⁷⁷ Benjamín Erazo es odontólogo de la Universidad Nacional de Colombia. Fue profesor titular de la Universidad Nacional y de la Universidad Javeriana presidente y miembro de la Federación Odontológica Colombiana, presidente y magistrado del Tribunal Nacional de Ética Odontológica. Es una de las máximas figuras de la odontología actual por sus aportes a la profesión en docencia, en producción bibliográfica, y en su participación decidida y comprometida con la búsqueda de la excelencia en todos los campos de la odontología.

¹⁷⁸ ERAZO, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Bogotá: Coe, 1987.

¹⁷⁹ *Ibid.*, p. 105.

¹⁸⁰ *Ibid.*, p. 109.

se tienen en cuenta este paso que puede traer actitudes poco receptivas por parte de este» refiere que la enseñanza debe darse en varias sesiones para que «el paciente obtenga la suficiente información en cada una de ellas, ya que todo esto es nuevo para él, incluyendo vocabulario e implementos a usar, como la seda». Adicionalmente, se afirma que hay que ser enfáticos respecto a los problemas que se pueden presentar si no se lleva a la práctica lo enseñado, pero «nunca se debe involucrar un mensaje de amenaza porque esto puede llevar a rechazos»¹⁸¹.

Como vemos, la odontología por su modalidad de trabajo privado, su dinámica económica, su intervención directa sobre el cuerpo y, como se ha mencionado, la misma postura que opta frente al paciente, ha hecho que el diálogo sea de gran relevancia en la consulta odontológica. Ahora bien, un punto que empieza a ser crítico, máxime cuando existe la exigencia legal del consentimiento informado es como la misma dinámica económica y de políticas en la forma en que se presta atención en salud oral, va en contravía de estas necesidades: mejorar el diálogo encaminado a dar una información mayor, más estructurada, que considere unos tópicos en particular de manera más cuidadosa, como los relacionados con advertencias de riesgos, alternativas de tratamiento, etc.

Es fundamental, resaltar entonces la manera como ocurren las interacciones que establecen los odontólogos con la sociedad¹⁸², pues están relacionadas especialmente con la dinámica de la profesión, la cual, a diferencia de la medicina, estableció desde sus inicios (comienzo de siglo XX) una figura de compraventa caracterizada

¹⁸¹ *Ibid.*, p. 111.

¹⁸² Es importante tener en cuenta que los mismos magistrados en ocasiones dicen que antes se hacía verbal, con esto se corrobora un poco que la relación odontólogo-paciente es diferente se les habla más a los pacientes que en otros áreas así sea por los costos, pero el paciente tiene y una relación diferente con el odontólogo.

por elevados costos, pero además, al tener una acción casi siempre directa sobre el cuerpo del paciente, genera procesos de relación diferentes. En odontología, el odontólogo tiene que estar solicitando procedimientos y acciones casi constantemente –por favor abra la boca, cierre, muerda, escupa, etc. Igualmente, tiene que estar explicando -va a sentir un pinchazo-, por citar un ejemplo. De modo similar, tiene que realizar procesos de negociación directa, que no se dan en la enfermería y la medicina, por ejemplo, el metal es este que trae determinados componentes y características o este otro más o menos costoso, etc., (las posibilidades son amplias, hay tratamientos ideales o recursivos y finalmente todos están directamente relacionados con el presupuesto de los pacientes). En esto, es indudable que consideraciones como las de la confianza en atención en salud oral deben ser mirados con mayor cuidado y deben revisarse criterios legales como la buena fe que está inmersa en ellos.

2.3.49 Discusión de resultados: En este capítulo se estudió la forma como los odontólogos en ejercicio clínico por más de medio tiempo y graduados en 1995 o antes, y los expertos de los Tribunales de Ética de Cundinamarca y Nacional, situado en Bogotá que fueron entrevistados, perciben la manera en que se ha incorporado el consentimiento informado. Se tiene en cuenta cómo definen el consentimiento informado, cómo lo vieron surgir en la profesión, qué relevancia o valor le dan, qué se debe informar y qué conocimientos se tiene de los aspectos legales del consentimiento, los problemas que han visto respecto al proceso y su relación con las dinámicas de atención, el contexto legal, social y cultural. Todo esto, como criterios mínimos necesarios para comprender y fortalecer dicho proceso en odontología.

2.3.49.1 Análisis cruzado sobre aspectos básicos del consentimiento informado en los

entrevistados: Una de las indagaciones que se realizaron tanto a expertos como a odontólogos, tiene que ver con la época (cuándo) y el contexto (dónde) escucharon por primera vez del Consentimiento Informado. En este sentido, se revisan los puntos de encuentro y las diferencias respectivas entre los actores entrevistados.

2.3.49.2 Puntos de encuentro entre odontólogos y expertos: a) Cuándo: Para los odontólogos y expertos existen algunos años específicos, los cuales se pueden considerar como fechas clave en las cuales ambos actores consideran que tuvieron su primer acercamiento al consentimiento informado. Es así como los años 1995, 1997, 2002 y 2004 presentan recurrencias entre las versiones de expertos y odontólogos. b) Contextos: Los discursos de odontólogos y expertos muestran puntos de encuentro en relación con los contextos en los cuales escucharon de CI por primera vez. Son los siguientes: En la práctica profesional (ejercicio de la odontología); en congresos, seminarios o cursos de actualización en temas de odontología; y en la universidad, particularmente en clases de posgrado.

2.3.49.3 Diferencias entre odontólogos y expertos: Respecto a las diferencias, en el siguiente cuadro se observan las fechas cuando escucharon por primera vez del CI:

Tabla 22. Fechas cuando se escuchó, por primera vez, de CI

Expertos	Odontólogos
Años 70 (Sin fecha exacta)	No tienen exactitud de la fecha.
Años 80, 90 (1989, 1991, 1992, 1996).	
No aparece en los años 2000.	Años 2000, 2001, 2005, 2006, 2007, 2009, 2010.

Fuente: Elaboración propia

Como se observa, existen diferencias principalmente en los siguientes aspectos: a) La mayor parte de los expertos escucharon por primera vez del consentimiento informado en los 80 y 90. b) Mientras tanto para una proporción de los odontólogos entrevistados no hay fechas exactas en las que escucharon de consentimiento informado pero, para la gran mayoría la primera vez fue del año 2000 hacia adelante.

En relación con los contextos en los cuales tanto odontólogos como expertos escucharon por primera vez de consentimiento informado se evidencia lo siguiente:

Tabla 23. Contextos en los cuales se escuchó, por primera vez, de CI

Expertos	Odontólogos
Tribunal	Secretaría de Salud, con otros odontólogos.
	Hospital, IPS, Ley 100, Sociedad Colombiana de Ortodoncia

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla anterior, para buena parte de los expertos el primer acercamiento fue el tribunal de ética. Para los odontólogos, la Secretaría de Salud principalmente, pero también hospitales e IPS, sociedades o federaciones odontológicas.

Conceptos como autonomía, no tienen una conceptualización teórica importante, pero los entrevistados en general entienden su relación con el consentimiento en el sentido del derecho del paciente a elegir.

El conocimiento de aspectos legales y normativos del consentimiento informado parece ser escaso, sobre todo entre odontólogos en ejercicio.

2.3.49.4 Análisis cruzado de dificultades en el consentimiento informado en entrevistas a expertos y odontólogos: Al revisar elementos comunes y discordantes entre las respuestas de los odontólogos y de los expertos encontramos que respecto a las dificultades en el proceso del consentimiento informado existen unos puntos comunes entre odontólogos y expertos que tienen que ver con dos condiciones especialmente en el proceso de consentimiento informado:

- Falta de Información dada al paciente: Los entrevistados coinciden en recalcar que existe deficiencias respecto a la información, la cual debe ser proporcionada en forma adecuada y oportuna y esto no se da de manera frecuente, un posible causa para los entrevistados tiene que ver con la dinámica de atención actual en la cual cuenta la productividad y por eso el tiempo es muy corto para la atención y la relación clínica.

Factores sociocultural y/o educativos: Tanto para expertos como para odontólogos los niveles educativos, aspectos sociales y la cultura de los pacientes incide en la forma como se relacionan los profesionales con los pacientes de manera problemática, pues en ocasiones no se logran por ejemplo buenos niveles de entendimiento de la información brindada.

2.3.49.5 Diferencias entre odontólogos y expertos: Las dificultades en los procesos de consentimiento informado encontradas en las versiones de los entrevistados divergen básicamente en los puntos siguientes:

Tabla 24. Dificultades en los procesos de consentimiento informado

Para los odontólogos	Los expertos
En la atención clínica el factor económico es muy importante a la hora de aplicar el proceso de consentimiento.	La aplicación del consentimiento informado no se hace de manera adecuada en general «es muy pobre». Para la mayoría de expertos los odontólogos no se han apropiado realmente del proceso.
Atención con niños(as) no es fácil debido a que usualmente ni siquiera acuden a la consulta con sus padres o tutores legales.	Para los expertos el mayor problema radica en que los odontólogos que llegan al tribunal con quejas ético-disciplinarias no realizan CI.
Tiempos de consulta es muy poco a nivel institucional.	No lo hace firmar el CI.
No ven problemas en general respecto al consentimiento.	Es el mayor problema en los procesos sobre todo no informar al paciente sobre procedimientos y tratamientos.
Falta de confianza para la firma o negación de esta.	Desconocimiento legal.
Sin información	Malos procedimientos.
Sin información	No conocer los derechos del paciente.

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla anterior se puede evidenciar que las principales diferencias entre las versiones de odontólogos y expertos respecto a las dificultades en la aplicación del CI aspectos tiene que ver con aspectos tales como:

Mientras que los odontólogos señalan como principales dificultades en la aplicación del CI aspectos tales como el factor económico, los tiempos de consulta, la falta de confianza para la firma o negación de esta.

Mientras tanto para los expertos señalan como principales dificultades aspectos directos de la aplicación del CI: no lo aplican o es muy pobre esta, no lo hacen firmar, no informan adecuadamente a los pacientes, no hacen conocer los derechos, presentan malos procedimientos o tienen serios desconocimiento de tipo legal.

La reconstrucción de historia del consentimiento informado en odontología, desde la óptica de quienes lo han visto surgir, arrojó varios elementos para el análisis, no solo del proceso en odontología, sino del consentimiento informado en general, elementos que entran en conflicto con el manejo que se ha dado de la teoría hasta hoy. Existe una distancia importante entre lo que la teoría impone sobre conceptos como autonomía, voluntariedad e información y la forma como se incorporan y operan en la profesión odontológica en Cundinamarca. Si bien desde la teoría se ha partido de unas premisas básicas consignadas en documentos internacionales como el Informe Belmont¹⁸³, y las cuales han dado piso al desarrollo internacional y general de la teoría del consentimiento, en la visión de los expertos y los odontólogos, sus versiones durante las entrevistas, luce necesario ver en contexto la relación profesional-paciente, sus particularidades, la historia de la profesión y

el desarrollo técnico, científico, social cultural y político. Tanto expertos como odontólogos evidencian que procesos como el que nos ocupa se construyen a partir de todos estos elementos, que en ocasiones condicionan o ponen trabas en determinadas situaciones.

El proceso de consentimiento informado en odontología muestra características particulares, relacionadas con la historia de su quehacer, la forma como se ha dado la relación odontólogo paciente, el tratamiento odontológico condicionado y direccionado por el pago de servicios, la intervención directa sobre el cuerpo, la representaciones sociales sobre la boca y los dientes, la relación histórica, morfológica y fisiológica con el dolor e incluso la misma postura sobre el paciente acostado y con la boca abierta, están entre las más relevantes. Se trata de características que le dan a la relación odontólogo paciente unos modos de acercamiento y dependencia diferentes, pero que además tienen influencia directa en la manera de establecer acuerdos entre el profesional y el paciente, en la manera como se proporciona la información y, por ende, en la toma de decisiones.

Limitantes de una atención odontológica adecuada y óptima, en ocasiones oportuna y necesaria, como los económicos, inciden en la forma como se desarrolla el proceso de consentimiento informado. La aplicación del proceso con los estándares de productividad que se imponen bajo la racionalidad económica, tampoco propician las mejores herramientas en el desarrollo e implementación del proceso que nos ocupa.

Aspectos técnico-legales, como la aplicación de normas por las entidades de vigilancia y control, si bien se han realizado de manera abrupta y con escaso concurso de la academia, han logrado instaurar el proceso como un asunto de calidad y en ese sentido se ha empezado a

¹⁸³ INFORME BELMONT. Documento histórico e internacional base en muchos aspectos de la bioética anglosajona.

masificar su uso, como debe ser desde lo legal. Lo importante aquí es que ya se empieza a ver, por parte de los profesionales y expertos, algo interesante y necesario para mejorar la relación clínica. Aunque de manera incipiente, ya se empieza a entender el consentimiento informado más allá del mero requisito legal, como un medio hacia cualificación de la relación odontólogo-paciente.

Conclusiones

La atención en salud es una actividad compleja, en la cual se realizan procesos de diversa índole y se tienen en cuenta estándares, protocolos, guías de manejo, etc. Si bien, desde lo técnico instrumental, han facilitado los procesos que se generan en la práctica clínica, estos han sido problemáticos en asuntos como el que nos ocupa: el CI en odontología, pues al aplicarlo de manera sistemática y generalizada se ha incurrido en errores que, en ocasiones, invalidan el procedimiento desde lo legal.

Puede afirmarse que el CI en odontología es indudablemente un proceso complejo, en el cual no solamente se trata de aplicar el principio de autonomía contando con la voluntad y la capacidad del paciente que ha sido informado adecuadamente. Hacia su comprensión e implementación, además de tener en cuenta aspectos legales, es necesario seguir profundizando e investigando su relación con aspectos históricos, sociales, culturales y políticos, haciendo consideraciones particulares en cada contexto y encaminándolo como herramienta para mejorar, tanto la atención clínica como la relación profesional paciente.

La investigación demostró que las generalizaciones en el CI no son adecuadas. Existen características que lo hacen diferente según la práctica clínica (pública o privada), el tipo de especialidad, las condiciones socioculturales

de los pacientes, la concordancia y coherencia que opere y se logre entre la apropiación de las normas y la aplicación por parte de las comunidades y los profesionales.

También se logró establecer que en Cundinamarca el proceso de consentimiento informado, si bien en los últimos años ha avanzado, en conocimiento y reconocimiento de su importancia, aún es necesario trabajar en ajustes básicos a todos los niveles de la profesión y de la comunidad, tanto en aspectos fundamentales como en el conocimiento de las leyes, las normas, las bases teóricas, como en el reconocimiento del otro, en nuestro caso, el paciente que acude a la consulta odontológica, este interlocutor válido con percepciones y necesidades particulares respecto a su ser, al sistema estomatognático y su vida, teniendo en cuenta su biografía y sus circunstancias, comprendiendo que, si bien la atención odontológica tiene un fuerte vínculo con los costos de tratamientos, es importante apreciarlo en el complejo entorno de la relación profesional paciente.

Quienes demostraron tener una mayor necesidad de apropiarse del proceso son los pacientes, según se pudo corroborar con las personas que acuden a los tribunales de ética disciplinaria de Cundinamarca y Nacional, también por las apreciaciones de los expertos durante las entrevistas y lo consignado en los procesos.

De manera similar, se logró establecer que existen deficiencias en el conocimiento del marco legal. Es un proceso en el cual ni en los relatos de los odontólogos, ni en los de los expertos, existen referencias a los lineamientos establecidos por el ministerio y puestos en práctica de manera operativa por la Secretaría de Salud, solamente se hace referencia en los relatos respecto a la obligatoriedad de aplicar el consentimiento, sin especificar exactamente la fuente. Uno de los hallazgos es que se refieren

a los formatos de CI de manera instrumental y operativa, y se confunde incluso con el proceso de consentimiento informado en general. Esto obedecería, en parte, a los ajustes abruptos que ha tenido el sistema en los últimos años, debido a los cambios en la Constitución y las leyes que, si bien han dinamizado y mejorado el proceso de atención y de implementación del consentimiento, también han generado dificultades en cuanto aplicación práctica y elevación de los costos, al incluir terceros, por ejemplo abogados o equipos de consultores y asesores que «venden» y diseñan formatos a prestadores de servicios en salud oral para cumplir con un requisito. Se destaca por muchos odontólogos que, aunque a la fuerza, han incorporado el proceso, pero además algunos aseguran que van entendiendo su valía. Por otro lado, resulta problemática la forma como esto impacta los costos en salud, si vemos que de por sí la atención en salud oral ya venía siendo muy costosa para la mayor parte de la población.

Se logró establecer que no es un asunto aislado de la profesión, sino que, por el contrario, está ligado de manera integral a la historia misma de la odontología en el último siglo y medio, cuando se inserta en una sociedad de mercado que la ha hecho posible pero que, a la vez, le ha dado características especiales, vinculadas con la forma cómo interactúan pacientes y odontólogos.

Revisando los procesos éticos profesionales de consentimiento informado que han cursado en el Tribunal de Cundinamarca, se pudo establecer como se articulan, desde lo jurídico y lo académico, la manera como se ha incrementado el problema en los últimos años, como se ha hecho visible, y la respuesta que ha ido dando la profesión. En la visión de los pacientes está que, cuanto más costoso, es mejor un tratamiento, y mayor la obligación de obtener buenos resultados. De allí que en sus relatos,

tanto odontólogos como expertos, se remitan en gran medida a considerar el consentimiento informado como documento escrito y respaldo legal.

La realización de las entrevistas permitió encontrar como la profesión se fue familiarizando con el tema y aplicándolo en la profesión, además de establecer el rol del Ministerio de la Protección Social en este proceso, con la creación de normas, y el concurso de la Secretaría de Salud como ente regulador en procesos de vigilancia y control. Estas entidades iniciaron la generalización de su práctica, así como la incorporación de documentos escritos, los cuales no se han implementado de manera tranquila, más bien ha sido un proceso obligado en la historia del presente de la odontología, pero que ya empieza a dar sus frutos, tanto en lo legal, como instrumento probatorio en los procesos ético disciplinarios, como en la expresión de los odontólogos que ya ven sus bondades.

Con el estudio también se puede concluir que, si bien el proceso es fundamental en la cualificación de la relación odontólogo-paciente, es importante no perder de vista la preocupación, expresada por expertos y profesionales de la odontología, respecto a que la modalidad de práctica, tan vinculada a los costos y la productividad, genera espacios poco propicios para la interacción con el paciente en cosas tan obvias como el tiempo adecuado para la atención y la información, donde el CI sale mal librado: en las instituciones empieza a ser aplicado de manera genérica y por personal no especializado, incluso sin conocimiento¹⁸⁴.

Una dificultad en la forma como se ha implementado el proceso, es la posición que maneja

¹⁸⁴ Aquí vale la pena referir caso de procesos éticodisciplinarios en los cuales mediaba documento escrito, en entidades donde el profesional no sabía que el paciente firmaba consentimientos y el paciente refería no saber lo que firmaba solo que se lo entregaban para firmar antes de la consulta, pero sin siquiera leerlos.

un grupo importante de magistrados frente a los procesos ético disciplinarios, a quienes, durante la entrevista en calidad de magistrados, les cuesta mantenerse en esa postura; solían contestar como odontólogos, desde su práctica clínica, y era necesario en varias ocasiones durante la entrevista, convocarlos a contestar desde su postura de magistrados. Esto muestra la dificultad de estas instancias para realizar una labor objetiva ante los procesos. La verdad es que la misma complejidad de la materia de estudio y trabajo, la salud humana y el rol profesional, no favorecen mucho que se pueda adoptar tal postura. Este es un punto que es necesario evaluar al interior de la profesión y las instancias ético-disciplinarias. En esto, es claro que el apoyo de los abogados de los tribunales es fundamental.

Recomendaciones: Ya que el estudio logró mostrar que los casos relacionados con consentimiento informado en el tribunal de ética, se han incrementado, exponencialmente, es necesario que esta realidad sea revisada por la profesión en general y de manera cuidadosa por la academia, pues se requiere que se incorpore de una mejor manera en los pre y posgrados, además de la educación continuada. Es necesario su abordaje desde las asociaciones científicas e institucionales, donde se prestan los servicios de salud. La actualización teórica del tema, la realización de talleres, presentaciones de casos y discusiones en grupos de trabajo, en todos los espacios donde se hace clínica, puede ser muy beneficiosa para la profesión. Seguir investigando en consentimiento informado puede dar luces para fortalecer, no solo la relación odontólogo paciente, sino la bioética en odontología.

En esta investigación se pudo establecer que, respecto a temas éticolegales, hay grandes carencias, pues cosas mínimas como establecer la diferencia entre una demanda y un proceso ético legal, se desconocen, por tanto establecer

políticas en salud encaminadas a subsanar este tipo de carencias.

Algunos odontólogos y expertos hacen énfasis en la necesidad de constituir verdaderos procesos de comunicación, pues con la mera información no es suficiente en materia de consentimiento informado en odontológica, lo cual es una necesidad sentida para la profesión.

Con la revisión de la forma como la odontología fue incorporando el consentimiento informado quedó claro que, si bien en la Ley 35 de 1989, Código de Ética del Odontólogo Colombiano, ya se tenía algún parámetro para su exigencia legal, es a finales de los noventa que se empieza a visibilizar para la profesión, y en los últimos años se ha hecho mayor insistencia por su inclusión, pero que aún es un proceso en construcción, de allí la importancia del concurso de todos los comprometidos en el asunto, es necesario afianzar mucho más el proceso con la participación de los pacientes, los profesionales, el Estado y las instituciones, pero sobre todo desde la mirada que ofrece la bioética, plural, dinámica, omnicomprensiva.

Llama la atención que algunos de los expertos son bastante duros en la forma como caracterizan a los profesionales involucrados en procesos ético disciplinarios, les tildan de mediocres, faltos de conocimientos o que no se actualizan. También mencionan que los odontólogos, son en su mayoría generales pero quieren trascender sus conocimientos. A algunos les preocupa el afán de lucro que lleva a realizar procedimientos para los que no se está capacitado. A partir de consideraciones de este tipo, sería muy valioso emprender estudios en el sentido de establecer los mayores problemas a fin de buscar soluciones, puesto que existe un sistema de relaciones muy grande, que tiene que ver con la enseñanza de la odontología, los costos de su enseñanza y su ejercicio, el cubrimiento

de servicios, las condiciones de práctica, donde cuenta la situación laboral, las oportunidades de trabajo, etc.

Como consideración final, en el documento se hace una revisión teórica que ayuda a ver la autonomía más allá de su caracterización primordial en el proceso de consentimiento informado como principio bioético teórico. Se estableció que la autonomía es una condición del desarrollo humano ligado al contexto, se incluyó la preocupación por la confianza y su expresión como principio general del derecho: la buena fe, para ver otros aspectos importantes más allá de las meras normas. De esta manera, se logró reconstruir la historia del consentimiento informado en odontología en Cundinamarca, teniendo en cuenta sus contextos sociales, políticos y legales, para así disponer de elementos teóricos, legales y prácticos que aporten en su comprensión y, a su vez, buscar líneas de solución a problemas que hoy presenta y fueron expuestos ampliamente.

Bibliografía

1. AHUMADA, Consuelo. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 25(1), 2009.
2. ARGIMON, Josep y JIMENEZ Josep. *Métodos de investigación clínica y Epidemiológica*. 3.ª ed. España: Elsevier, 2004.
3. CASTAÑO, María. *El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica*. Medellín: Temis, 1997.
4. CASTELLANOS, Carlos. *Estrategias de investigación en metodología cualitativa*. Bogotá: Guadalupe, 1996.
5. CHARRY, M. y LÓPEZ, J. *Percepción sobre consentimiento informado en profesionales de los hospitales de Arauca y Fusagasugá*. Tesis de grado (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2005.
6. DUQUE, Mary, y ESCOBAR María. Aplicación del método casuístico a quejas ante tribunales de ética odontológica en Colombia en: ESCOBAR Jaime director. *Experiencias en bioética: primera promoción de especialistas*. Colección Bios y Ethos. (1). Bogotá: Ediciones El Bosque, 1997.
7. DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Universidad El Bosque. 2002. Tomos I – pp. 446 y II p. 516
8. DUQUE, Camilo y LÓPEZ, Héctor. *La odontología en Colombia. Historia, Cultura y Sociedad*. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque. 2002. Tomo II.
9. DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique*. Histoire, concepts et outils, Quebec: Editions Fides, 1999.
10. ESCOBAR, María. «Consentimiento informado en odontología. Más que un problema legal, un asunto para reflexionar sobre la relación odontólogo-paciente y la odontología en general». *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*, Vol. 21, octubre de 2004.
11. _____. *Consentimiento informado en odontología y sus especialidades*. Bogotá: Impresora Feriva, 2009.
12. _____. «Exclusión y Bioética: estudio de caso de enfermedad periodontal». Artículo presentado como requisito para la candidatura del doctorado en bioética. Universidad el Bosque.
13. _____. *Consentimiento informado en odontología*. Trabajo de Grado (Magíster en Bioética) Bogotá: Facultad de Odontología, Universidad El Bosque, 2002. (Documento base de la publicación de 2209).
14. ERAZO, Benjamín. *Clínica del sano en odontología*. Bogotá: Ecoe, 1987.
15. FAZIO, Hugo. «La historia del tiempo presente: una historia en construcción». *Historia crítica* (17): 47-57. 1998.
16. GARZA, Raúl. *Bioética y toma de decisiones en situaciones difíciles*. México: Trillas, 2003.
17. GARZÓN, Fabio. «Aspectos bioéticos del consentimiento del consentimiento informado en investigación biomédica con población vulnerable». (9) N°2 Bogotá: Editorial UMNG 2010.
18. GONZÁLEZ, Juliana. *Dilemas de bioética*. México: González, Juliana (Coord.) Fondo de cultura económica, 2007.
19. GONZÁLEZ, Iván. *Evolución de los principales indicadores en Bogotá 1990 a 2003*. Bogotá: CID-Universidad Nacional de Colombia-Alcaldía Mayor de Bogotá, 2004.
20. GUZMÁN, María. *Aspectos conceptuales de la Reforma sanitaria de Colombia*. Bogotá: Kimpres. Universidad el Bosque.
21. GUARIGLIA Osvaldo. (Editor). *Cuestiones morales*. Consejo superior de investigaciones científicas. Madrid: Trotta, 1996.

22. HANS, Jonas. *El principio de responsabilidad. Ensayo de una ética para la civilización tecnológica*. Barcelona: Herder, 1995.
23. HERAZO, Benjamín. *Consentimiento informado: Para procedimientos, intervenciones y tratamientos en Salud*. Bogotá: Ecoe, 2007.
24. ILLICH, Iván. *Némesis médica. En obras reunidas I*. México: Fondo de Cultura Económica, 2006.
25. JÁCOME, Sofía y NIEVA, Blanca. «Representaciones sociales del proceso salud enfermedad». En *Revista de la Federación Odontológica Colombiana*. (57) 1999.
26. JARA, S. y BRAVO, N. *Conocimiento sobre consentimiento informado en docentes de una clínica odontológica universitaria*. Tesis de grado. (Para optar por el título de Odontólogo) Bogotá: Facultad de Odontología Universidad El Bosque, 2005.
27. JELIN, Elizabeth. «Igualdad y diferencia: dilemas de la ciudadanía de las mujeres en América Latina». Buenos Aires: Ágora. Cuadernos de estudios políticos, (7): 1997.
28. JIMÉNEZ, Josep. «Métodos de investigación clínica y epidemiológica». Cap. 12. Madrid: Elsevier, 2004.
29. KANT, Immanuel. *Crítica de la razón práctica*. Buenos Aires: Losada, 2003.
30. KYMLICKA, Will y WAYNE, Norman. «El retorno del ciudadano. Una revisión de la producción reciente en teoría de la ciudadanía». Buenos Aires: Ágora (7), 1997.
31. LAÍN, Pedro. *La relación médico-enfermo*, Madrid: Alianza, 1983.
32. _____. *La medicina actual*. Madrid: Dossat, 1973.
33. MILL, Stuart. *Sobre la libertad*. Madrid: Alianza, 1997.
34. MORSE, Janice. (Ed.). *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia. Colección Contus, 2003.
35. NIEVA, Blanca y JÁCOME, Sofía. *La enseñanza de la ética en las facultades de odontología*. Estudio realizado en ACFO. Bogotá: 2006.
36. O'NEILL, Onora. *Autonomy and trust in bioethics*, Cambridge University Press. Traducción libre del inglés, 2002.
37. ORTIZ, Federico. *Modelos Médicos*. México: Mc Graw, 2000.
38. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA de la SALUD – OPS. *La salud y los derechos humanos*, 1999.
39. PACKARD, Vance. *Las formas ocultas de la propaganda*. México: Hermes, 1998.
40. PAYARES, Carlos y ARANGO, Alberto. *Consideraciones socios históricos de la odontología en Colombia y Antioquia*. Medellín: Luz María Montoya Hoyos (Ed.) 1991.
41. PERILLA, Leonor. *Política social y construcción de ciudadanía. El caso de las administraciones Mockus, Peñalosa y Garzón*. Tesis de Maestría (Para optar al título de magíster en Ciencia Política) Quito: Flacso, 2001.
42. PEYREFITTE, Alain. *La sociedad de la confianza*. Santiago de Chile: Andrés Bello, 1996.
43. PORTES, Louis. *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris: PUF, 1954. Citado por DURAND, Guy. *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*. Montreal: Université de Montréal FIDES. 1999.
44. SÁENZ, Ignacio. *Odontología la última profesión liberal*. Tesis doctoral. Universidad Nacional del Rosario Argentina. Flacso, 2009.
45. SÁNCHEZ, Javier y ABELLÁN Fernando. *Enfermería y paciente cuestiones prácticas de bioética y derecho sanitario*. Granada: Comares. 2007. Presentación.
46. SIMON, Pablo. *Consentimiento informado. Historia teoría y práctica*. Madrid: Triacastela, 2000.
47. _____. «El Consentimiento Informado. Abriendo nuevas brechas». En: *Problemas prácticos del Consentimiento Informado*, Barcelona: Publicación de la Fundación Víctor Grífols I Lucas (5), 2002.
48. SUESCÚN, Jorge. *Derecho Privado. Estudios de Derecho Civil y Comercial Contemporáneo*. Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá-Universidad de Los Andes. 1996.
49. TEALDI, Juan. *Diccionario latinoamericano de bioética*. Bogotá: Red bioética- Unesco-Universidad Nacional de Colombia, 2008.
50. TRIBUNAL NACIONAL DE ÉTICA ODONTOLÓGICA. *Manual de ética odontológico*. Legislación, jurisprudencia y doctrina, Bogotá: Gustavo Ibáñez, 2002.
51. WIESNER, Carolina. Y MONSALVE, Luisa. *Interactuar, deliberar, comunicar. Un estudio de caso el consentimiento informado en el Instituto Nacional de Cancerología centro de investigaciones sobre dinámica social*. Bogotá: Universidad Externado de Colombia. 2009.
52. WOLTON, Dominique. *Informar no es comunicar*. Barcelona: Gedisa, 2010.

Documentos e informes gubernamentales y legales

53. CÓDIGO CIVIL COLOMBIANO. Diario Oficial del Congreso de la República, 2011.
54. ENSAB III. *Estudio nacional de salud bucal. Publicado como informe especial en el informe semanal de SIVIGILA*. Sistema de vigilancia epidemiológico,

- desarrollado para la Dirección de Salud Pública de la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá D.C. Oficina de Epidemiología. Ministerio de Salud. Informe Ejecutivo Semanal N° 8 del 2000.
55. CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ley 911 de 2004. «Por la Cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad de Deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia». Diario Oficial. 6 de octubre de 2004.
 56. _____. Ley 100 de 1993. «Por la cual se expide la Ley de salud en Colombia». Gaceta del Congreso.
 57. _____. Ley 35 de 1989. Diario Oficial. Bogotá, Colombia, marzo de 1989.
 58. _____. Ley 10 de 6 de abril de 1962. Por lo cual se dictan normas relativas al ejercicio de la odontología. Diario Oficial. 6 de abril de 1962.
 59. MINISTERIO DE PROTECCIÓN SOCIAL. Paquetes instruccionales. Guía técnica buenas prácticas para la atención del paciente en la atención en salud. Garantizar la funcionalidad de los procedimientos de consentimiento informado. 31 de diciembre de 2009.
 60. _____. Resolución 3577 de 2006. «Por la cual se adopta el Plan Nacional de Salud Bucal - PNSB». Diario Oficial. 4 de abril de 2006.
 61. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 1043 de 2006. «Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud, para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones». Diario Oficial, 3 de abril de 2006.
 62. _____. Resolución 1995 de 1999. Normas para el manejo de la historia clínica en Colombia.
 63. _____. Resolución 13437 de 1991. Por la cual se constituyen los comités de Ética Hospitalaria y se adoptan el Decálogo de los Derechos de los Pacientes. Diario Oficial 4 de noviembre de 1991.
 64. _____. Resolución 008430 DE 1993. «Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud». Diario oficial. 4 octubre de 1993.

Documentos internacionales

65. CÓDIGO DE NÜREMBERG 1947. En Códigos, convenios y declaraciones de ética médica, enfermería y bioética. Colección *Bios y Ethos*. Ediciones el Bosque 1998.
66. DECLARACIÓN DE HELSINKI - TOKIO 1964-1975. Investigación biomédica en seres humanos. En Códigos, convenios y declaraciones de ética médica, enfermería y bioética. Colección *Bios y Ethos*. Ediciones el Bosque 1998.
67. INFORME BELMONT. Documento básico sobre enfermería OMS oficina regional para Europa Copenhague 1979.
68. OMS Informe sobre la salud bucodental. Ginebra. 2004. OMS Informe sobre la salud bucodental. Ginebra. 2004.
69. OPS-OMS. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud- la salud bucal – programa HSD de la ODD. Washington. 1993.
70. _____. Informe desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud-la salud bucal–programa HSD de la ODD. Washington. 1993.

Documentos en la web

71. ARAYA Sandra., Cuadernos de ciencias sociales. (127). Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. San José, [En Línea]. [Fecha de consulta: 12 de febrero de 2010]. Disponible en: FLACSO. Facultad Latinoamericana de ciencias sociales. Octubre de 2002
72. CHINCHILA, Marcos. Poder, medios de comunicación social y trabajo social. Naturaleza de los medios de comunicación modernos. San José: 2002. [En Línea]. [Fecha de consulta: 3 de febrero de 2012]. Disponible en <http://unpan1.un.org/intrados/groups.pdf>
73. JIMÉNEZ, William. Línea jurisprudencial respecto al principio de la buena fe (Art. 83 de la C.P.) Bogotá: 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 1 de marzo de 2012]. Disponible en: www.docenteunal.edu.co
74. KOTOW, Miguel. Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado. (4). Montevideo, Red Bioética Latinoamericana y del Caribe. [En línea]. [Fecha de consulta 21 de enero de 2012] Disponible en <http://www.unesco.org/uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/participacion%20informada.pdf>
75. RIVERA, Sneider y BARRETO, Luis. Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia. Bogotá, 2011. [En línea]. [Fecha de consulta 30 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents.pdf>.
76. _____. Resumen ejecutivo la impunidad en el sistema penal acusatorio en Colombia. Bogotá. [En Línea]. [Fecha de consulta 20 de mayo de 2012]. Disponible en <http://www.mij.gov.co/econtent/library/documents.PDF>
77. RODRÍGUEZ Héctor. «Relación médico-paciente». Revista cubana de salud pública. 2006; 32 (4) La

Habana. [En línea]. [Fecha de consulta 30 de abril de 2012]. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol32_4_06/spu_07406.htm

78. VILAR Gerard. Autonomía proustiana. Universidad autónoma de Barcelona. 1997. Enrahonar (27) Barcelona: 1997. [En línea]. [Fecha de consulta 20 de junio de 2012]. Disponible en [http://www.raco.cat/index.php/enrahonar/article/view File/31869/31703](http://www.raco.cat/index.php/enrahonar/article/view/File/31869/31703)

Documentos históricos

79. BOLETÍN DE ODONTOLOGÍA. Compilación por tomos I-VI. Colección privada Historiador Camilo

Duque Naranjo. Odontólogo Universidad Javeriana. Docente Universidad el Bosque.

80. CARRASQUILLA Sebastián. Director. *Boletín de la escuela de odontología de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional*. Editor la universidad. 1935.
81. FAUCHARD, Pierre, *Le chirurgien dentiste ou traite des dents*, prólogo, t. i. Paris, 1728.
82. FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA COLOMBIANA. Actas. Documentos del siglo XX disponibles desde 1916.
83. _____. Revistas de la Números de comienzos de siglo XX archivo personal. Colección privada. Historiador Camilo Duque Naranjo. Odontólogo Universidad Javeriana. Docente Universidad El Bosque.