

Programa Internacional de Formación Ética de la  
Investigación Biomédica y Psicosocial

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética  
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo  
Universidad de Chile



## EJERCICIO PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA Y BIOÉTICA: ¿DOS CONCEPTOS QUE SE DISTANCIAN?

*Carmen Alicia Cardozo de Martínez*

Cuando algunos pensamos en salud Oral estamos construyendo mentalmente un concepto que, a ojos de muchos, articula dimensiones biológicas, físicas, antropológicas, filosóficas y sociales, representadas en el macizo craneofacial integralmente articulado con un cuerpo humano biológico y social; estamos hablando de una categoría que recoge historia, tradición, condiciones genéticas, fisiológicas y ambientales con intervención o no del ser humano. Todo ello reconociendo la individualidad, la importancia de la autodefinición, la percepción de sí mismo, los roles sociales, la utilización de la boca y el sistema estomatognático como un puente de comunicación humana sensible que reconoce además todo su entorno ecológico.

Otros tal vez hagan alusión al resultado de una acumulación de hechos y factores de tipo técnico y tecnológico que han posicionado y, manteniendo unos estándares de calidad relacionados más con el tipo de materiales, a la cualificación técnica del

procedimiento en el cual la meta es la búsqueda del mejor “relleno” para lograr mejor estética y en algunas ocasiones algo de función en el sistema dentario. Recoge muy seguramente este concepto una tradición de tipo artesanal, manual, intervencionista, reducida al concepto físico biológico que se ha desarrollado grandemente en los aspectos informáticos, tecnológicos y de precisión, en los cuales los aportes más grandes provienen de la nanotecnología.

Otros profesionales se han dedicado a pensar en darle un mejor “estatus” médico a la odontología, por lo que el enfoque entonces está orientado al manejo del paciente de manera “integral”, diagnosticando patologías que a nivel sistémico afectan los órganos dentarios y sus sistemas de anclaje o de éstos afectando el comportamiento general de la persona quien, a su vez, es intervenida quirúrgica o farmacológicamente para curar su enfermedad. A éste grupo se han vinculado tradicionalmente los cirujanos maxilofaciales, estomatólogos y patólogos orales.

En otro escenario, tal vez estemos hablando de una actividad gerencial (productiva), merecedora de toda la estrategia de mercadeo que garantice unos ingresos acordes con la inversión en formación que ha hecho el profesional.

No se trata de satanizar ni descalificar ninguno de estos escenarios, sino de observar el ensimismamiento y la hipertrofia de algunos elementos en detrimento de condiciones básicas de calidad de vida, respeto y justicia social frente a las cuales el odontólogo permanece marginado, alejado, ausente.

Compartimos la preocupación por el siste-

mático silencio del odontólogo frente a la deliberación o análisis situacional de la profesión en relación con su responsabilidad social, en aspectos como la erradicación de la caries, los programas de fluorización, de prevención y promoción de la salud; en definitiva, frente a la necesidad de incorporar el ejercicio profesional a la calidad de vida. Las estadísticas han mostrado en nuestros países que, a mayor número de escuelas de odontología y profesionales capacitados, los índices de caries no disminuyen, en algunos casos aumentan. Hay una distancia cada vez más grande entre los especialistas y los no especialistas, no hay cultura de evaluación clínica diferente a la evaluación de los tejidos orales. ¿Qué ha pasado con el diagnóstico precoz de patologías como el SIDA o el cáncer oral?

¿El odontólogo realmente investiga? ¿Estudia sistemáticamente las condiciones sociodemográficas de los fenómenos que trata en su consulta? ¿Ha avanzado en la investigación social, en las representaciones colectivas de la odontología? No hay exigencia ni control permanente de los fármacos o de materiales de uso odontológico, pese a que ellos revisten el mismo riesgo al entrar en contacto con tejidos mucosos, óseos, musculares y digestivos, lo que permite que muchos odontólogos empleen en sus pacientes materiales que no tienen los estudios ni pruebas exigibles para su uso adecuado en seres humanos.

Este boletín, número tres de Salud Oral y Bioética promueve una reflexión colectiva plural en torno a de argumentos que puedan motivar una mayor participación del cuerpo odontológico en temas de tipo social, cultural, político, afectivo, sensible y artístico de la profesión y su ejercicio.

### ÍNDICE

Ejercicio profesional en odontología y bioética: ¿dos conceptos que se distancian?	1
La responsabilidad social del odontólogo	2
Los conceptos de salud y enfermedad	2
Relación odontólogo-paciente	3
Seminario “Bioética en odontología: una tarea pendiente”	3
Postulación al programa de formación en ética de la investigación biomédica y psicosocial 2010 - 2011	4
Curso de ética para estudiantes de odontología que han faltado a la ética	4

## LA RESPONSABILIDAD SOCIAL DEL ODONTÓLOGO

El cambio de las relaciones entre las personas y entre éstas y la comunidad afecta directamente el ejercicio profesional de los odontólogos. En principio, su quehacer y sus efectos sólo eran percibidos por quienes acudían en busca de ayuda para resolver su problema concreto. Ante ellos el odontólogo respondía por su trabajo artesanal, el cual, en muchas ocasiones, era aceptado sin grandes reparos u observaciones por parte del paciente. Contrariamente a lo que hoy vemos existían problemas y mucha mutilación, la calidad de vida se afectaba y muchos vivían desdentados. Esto se aceptaba como normal, los pacientes no querían ni exigían algo distinto pues no se concebía tampoco como un campo propicio para la investigación o el desarrollo tecnológico. Pero hoy es diferente: el advenimiento de la tecnología y la investigación en Norteamérica y Europa dio un giro radical a la odontología a partir de la mitad del siglo XIX, cuando especialmente la escuela francesa se abrió a los países latinoamericanos para formar nuevos profesionales universitarios, con un conocimiento más formal y más sofisticado. Este movimiento se incrementó en la medida en que se vio que la odontología podía ser una profesión lucrativa, que ya era parte de los programas universitarios y que los profesionales que más acceso tenían a la técnica y la tecnología contaban con más privilegios en relación con sus ingresos y, principalmente, con su estatus social. En la actualidad hay una “explosión” de tecnología para el ejercicio de la odontología, la que apoya programas de prevención, diagnóstico y terapéutica clínica en todas las áreas de las especialidades.

Si en medicina se está promoviendo la creación de seres humanos en el laboratorio, en odontología se está haciendo algo similar, produciendo partes del macizo craneofacial, modulando el comportamiento tisular por medio de herramientas moleculares (nanotecnología). Igualmente, se busca encontrar la

clave para modular la respuesta genética en malformaciones craneofaciales o en patologías de difícil manejo clínico.

Los efectos de la acción humana ya no se limitan a los próximos y contemporáneos, sino que se hacen sentir en la tierra y biosfera y con las futuras generaciones. Esto modifica sustancialmente la relación del odontólogo con su comunidad puesto que ya no implica una relación bipersonal casi unidireccional, implica un cambio en el sentido mismo de la vida en las comunidades, en su estatus social. Cuando se considera que un criterio de inclusión en un círculo social es tener los dientes blancos y parejos, se modifica no sólo la huella genética dejada por las etapas embrionarias, sino que se cambian los parámetros sociales que anteriormente ni siquiera eran considerados. En la actualidad cada vez más niños, jóvenes y adultos (y aún adultos mayores) quieren tener tratamientos de ortodoncia pues ello representa no sólo el cambio de imagen sino también de estatus frente a sus congéneres. Ya la responsabilidad no está referida a una sola persona, sino a un grupo social, a una comunidad, a una generación.

Por ello, la ética exigida por las nuevas condiciones de la vida y la técnica debe estar basada en responder ante las demás personas y ante nuestra propia conciencia por nuestros actos. Debe resultar de la reflexión colectiva ya iniciada en torno a la ciencia y la tecnología como actos humanos, matizados y tocados por valores y principios que tienen soporte en la tradición, las creencias y la cultura. La ciencia es hecha por humanos para humanos, razón por la cual debe ser evaluada en sus fundamentos y metodología, ya sea por sus efectos inmediatos y/o mediatos o por lo que ello implica para las futuras generaciones.

Lo que requiere esta nueva situación es la extensión de la responsabilidad a las futuras generaciones, aspecto que no contemplaba la ética tradicional. Esta nueva responsabilidad la formula Jonas en lo que él llama el “nuevo imperativo”: “Obra de tal modo que los efectos de tu acción sean compatibles con la permanencia de una vida humana auténtica sobre la tierra”.

## LOS CONCEPTOS DE SALUD Y ENFERMEDAD

Estos conceptos han tenido una evolución sociohistórica, relacionada en principio con el conocimiento que por tiempos se ha tenido de las patologías orales y la relación con los avances científicos. Los primeros contextos evidenciaron un ejercicio profesional de tipo totalmente inespecífico, vinculado más a actividades manuales, artesanales, propias de barberos, peluqueros o brujos. El conocimiento que se tenía de las patologías orales, además de primitivo, estaba vinculado a la inocuidad de procedimientos como el arreglo del pelo o las uñas. Se pensaba que enfermedades como la periodontal eran propias de la vejez y que,

fundamentalmente, el “aflojamiento” de los dientes se podía detener “amarrando” o “ferulizando” los dientes. Eran conceptos asociados a una máquina estática llamada cavidad bucal, que funcionaba con principios aislados del resto del cuerpo humano. No se concebía la vinculación entre medicina y odontología, el odontólogo no recurría al médico para afianzar sus diagnósticos y, por su lado, el médico veía aún en el odontólogo al barbero o al peluquero. Ni se esbozaba la posibilidad de pensar en otra forma de definir la enfermedad bucal puesto que simplemente los dientes se dañaban o se caían, pero eso no representaba problemas. El reto

era reemplazarlos por algo que medianamente permitiera ingerir algunos alimentos al paciente o, al quedar desdentado, cambiar la presentación de la dieta.

El desarrollo científico de los últimos treinta años ha transformado radicalmente la odontología, no sólo el conocimiento molecular de las patologías y efectos de la terapéutica, sino el camino hacia la sustitución tisular por herramientas cada vez más sofisticadas, pero más cercanas a la fisiología *in vivo*.

Esta sofisticación ha venido acompañada de una seria reflexión por parte de quienes ven en el ejercicio de la odontología

un escenario más social, más humano que técnico. Ven la enfermedad y la salud como una interacción de factores y circunstancias propios de los seres humanos: el origen racial o étnico, el género, las creencias, los valores, la tradición, los mitos, la organización social y política, la ubicación geográfica, la condición climática, entre otros. Ello ha hecho surgir una serie de enfoques diagnósticos y terapéu-

cos: se asume la enfermedad no como hecho biológico sino social, espiritual, cultural, trascendente. Lo implica todo: el concepto de mi imagen frente al otro y frente a mí mismo, el significado de mi boca y la comunicación frente al grupo social donde vivo.

El paradigma biólogo reduccionista que miraba solamente el ser máquina expiró. Estamos frente a una concepción distin-

ta del ser humano, su vivencia y su autonomía. El odontólogo intervencionista formado hace algunos años en muchas escuelas de odontología –que prevalece aún en muchas– debe pensar que el cuerpo y la mente en los que puede intervenir tienen su propio sentido y percepción y que no debe violar creencias, principios y tradiciones de las personas sobre la cual trabaja.

## RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE

En sus comienzos, el ejercicio profesional de la odontología era aislado, en un sitio que en muchos países se llamaba el “gabinete dental”. Allí el odontólogo, con el conocimiento de la época, abordaba la queja del paciente, el motivo que lo llevaba a su consultorio, es decir, era una consulta guiada por la inquietud del paciente, la cual debía ser respondida con el conocimiento de alguna técnica que permitiera recuperar la función y la estética. Aunque los rudimentos del conocimiento de patologías no permitieran una gama de opciones, el odontólogo, al igual que el médico, asumía que tenía el poder y la capacidad para decidir por su paciente (relación de tipo paternalista).

El odontólogo en su gabinete o consultorio mantenía una estrecha e íntima relación con el paciente. Este muchas veces acudía a su consulta para compartir sus experiencias y preocupaciones personales: en ocasiones se convertía en su “confesor”.

Hoy, en muchos ambientes profesionales, el odontólogo es uno más del equipo de salud. Debe interactuar con especialistas de todas las áreas, contribuir a la discusión de los casos, a la construcción de nuevo conocimiento desde una perspectiva más amplia, interdisciplinaria, intersectorial. El odontólogo aislado dejó de existir, actualmente existen equipos de trabajo, instituciones prestadoras de servicio. La institución vela y responde por el quehacer de sus equipos. El “paciente” dejó de ser el amigo, el confeso, ahora es el usuario y, en muchos casos, el cliente. Se promueve teóricamente el respeto y la autonomía del paciente pero lo que prima es el ingreso económico de cada uno de ellos y el profesional como un factor que impulsa el mejoramiento de los

ingresos monetarios. La profesión dejó de ser un derecho para convertirse en un servicio público y, frente a esto, ¿que ha hecho el cuerpo de los odontólogos? Algunos buscar todas las herramientas gerenciales que le permitan mejorar sus entradas, incursionar en el mundo de la propaganda, de la TV, de la radio. Igual que se venden utensilios para el hogar se venden tratamientos de odontología. ¿Es realmente la odontología una profesión humana, sensible, consagrada al servicio de las otras personas? ¿Qué privilegia actualmente el ejercicio de la profesión?

El aporte de la bioética como campo interdisciplinario es que aborda el estudio de problemas complejos desde la comprensión del hombre y su realidad existencial, su vulnerabilidad ante la enfermedad y el acrecentamiento de su responsabilidad social.

Los congresos y encuentros tienen gran éxito si se habla de resinas, de estética, de ortodoncia y de nuevas técnicas quirúrgicas y de implantes, en fin de todo aquello que promueva los mejores ingresos económicos en las consultas. Los encuentros sobre ética y bioética, sin embargo, se caracterizan por la ausencia sustancial y categórica de los profesionales. ¿No nos interesa el ser humano? ¿No creemos importante erradicar patologías como la caries con programas cada vez más asertivos? ¿Dejaremos simplemente que quienes establezcan programas de fluorización lo hagan sin mirar las consecuencias? ¿No nos corresponde a nosotros investigar sobre los determinantes y condiciones sociales de la caries, de la enfermedad periodontal y otras patologías? ¿Seguiremos compitiendo por quién tiene el aparato más sofisticado o quién piensa más racionalmente en su ejercicio?

## SEMINARIO “BIOÉTICA EN ODONTOLOGÍA: UNA TAREA PENDIENTE”

Los días 27 y 28 de noviembre de 2009 se realizó en Santiago de Chile el Seminario “Bioética en Odontología: Una Tarea Pendiente”. Intervinieron odontólogos de diversos países de Latinoamérica además de algunos egresados del Programa de Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial del Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile.

Entre los diferentes temas tratados se encontraban: “Desarrollo de la bioética en odontología”, de Jorge Oliva; “Responsabilidad moral de los profesionales de la salud”, de Armando Ortiz; “Responsabilidad social del odontólogo”, de Fabiola Marín; “Perspectivas en la formación universitaria de los odontólogos: ¿técnica o valores?”, de Luis Vicentela; “La bioética y su aporte en la toma de decisiones clínicas”, de Juan Pablo Beca; “Los principios bioéticos y su

aplicación en la práctica clínica”, de Cristina Deangelillo; “El rol del consentimiento informado en la práctica clínica”, de Gladys Bórquez; “El aporte de los comités de ética a la investigación odontológica”, de Carmen Rosa García; “Bioética una disciplina transversal a las especialidades odontológicas”, de Rina Guerra; “Programas, contenidos y metodología docente”, de Carmen Alicia Cardozo, y “Experiencia docente de bioética en odontología” de María Giaquinta.

## Postulación al programa de formación en ética de la investigación biomédica y psicosocial 2010 - 2011

El Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética (CIEB) de la Universidad de Chile convoca al Programa Avanzado de Formación en Ética de la Investigación Biomédica y Psicosocial correspondiente al período lectivo 2010-2011. La iniciativa es apoyada por el *Fogarty International Center*-NIH y cuenta con la colaboración del Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y se propone desarrollar formación en ética de investigación internacional para profesionales de distintas disciplinas que trabajen en países en desarrollo, incluido salud oral.

El Programa tiene una duración de 12 meses y está explícitamente orientado al análisis antropológico, la flexibilidad cultural y la investigación de alternativas en la bioética académica tradicional. Se divide en 3 secciones:

- Preparación mediante módulos online sobre ética de la investigación durante el mes de marzo, 2010
- Tres meses (abril-junio) de trabajo lectivo presencial y actividades prácticas en Santia-

go, Chile con profesorado internacional. Finalizará con la presentación de un proyecto de investigación y de intervención en su país de origen

- Ocho meses en el país de origen (julio 2010 - marzo 2011) o en una institución que solicite apoyo realizando estudios que ayuden a desarrollar la capacidad en ética de la investigación en la institución dentro de cuatro líneas de acción posibles:
  - Desarrollo de currículos de programas de ética de la investigación
  - Desarrollo de comités de ética de la investigación
  - Desarrollo de programas o sitios web de ética de la investigación
  - Participación en el desarrollo de pautas de evaluación ética, regulaciones o normativas de salud pública

Para la obtención del certificado se exige aprobar los cursos lectivos, la tesis y la elaboración de artículos publicables en revistas con comité editorial, así como en la web.

Entregar ficha de postulación y currículum hasta el 15 de enero de 2010.

Dr. Eduardo Rodríguez Yunta:

rodrigue@chi.ops-oms.org — c-bio@uchile.cl  
(56-2) 236 0330

<http://www.bioetica.uchile.cl/>

### Experiencias innovadoras:

#### Curso de ética para estudiantes de odontología que han faltado a la ética

Facultad de Odontología Universidad del Sur de California  
Ana Laura Buendía

#### Metodología:

Los estudiantes leen un artículo o capítulos de libros antes de cada clase. Al comienzo de la clase hay un examen, seguido por una discusión abierta del tema.

Los temas son:

1. Definiciones de ética y profesionalismo y su implicación en la odontología.
2. Códigos de ética (interno y asociaciones).
3. Ética ante pacientes:
  - a) con enfermedades infecciosas (p.e. VIH, SIDA, etc.).
  - b) con necesidades especiales (discapacidades cognitivas y médica o mentalmente comprometidos).
4. Importancia y ética de clínicas dentales para las comunidades de bajos recursos.
5. Juegos interactivos (en la web, diseñados con los temas y definiciones de los temas mencionados).
6. Técnicas educacionales que estimulan discusión en grupo, reflexión, etc.  
<http://puzzlemaker.discoveryeducation.com>  
<http://www.edcreate.com>
7. Modelo de razonamiento ético aplicado a dilemas en la práctica odontológica.

Esperamos sus aportes, sugerencias, comentarios y observaciones sobre este boletín a [c-bio@uchile.cl](mailto:c-bio@uchile.cl)

Boletín apoyado por el Grant Fogarty NIH Research Grant #D43TW 06056 de Estudios de Postítulo en el Programa Internacional de Investigación Biomédica y Psicosocial en Santiago de Chile.

UNIVERSIDAD DE CHILE  
VICERRECTORÍA DE  
INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO  
Centro Interdisciplinario de Estudios  
en Bioética

Director:  
*Fernando Lolas Stepke*  
Editor:  
*Álvaro Quezada Sepúlveda*

Comité Editorial Salud Oral - Bioética:

Carolina Álvarez,  
Universidad Nacional Autónoma de  
México

Clemencia Bermúdez,  
Universidad Javeriana, Colombia

Ana Laura Buendía,  
Universidad Nacional Autónoma de  
México

Carmen Alicia Cardozo,  
Universidad Nacional de Colombia

Gilberto Cely,  
Universidad Javeriana, Colombia

Cristina Deangelillo,  
Círculo Argentino de Odontología

Saskia Estupinan- Day,  
PAHO Oral Health

Carlos Gigoux,  
Universidad de Tala

Rina Guerra,  
Universidad Nacional de Cuyo

Jorge Oliva,  
Integra Médica, Chile

Julio Ramírez,  
Universidad de Chile

Mauricio Rudolph,  
Sociedad Chilena de Odontología

Rolando Schulz,  
Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile

María Angélica Torres,  
Universidad de Chile

Jorge Triana,  
CONAMED de México

Sitios en Internet de utilidad en estos temas y su profundización:

<http://www.bioetica.uchile.cl/>

Centro Interdisciplinario de Estudios en Bioética de la Universidad de Chile.

<http://www.paho.org/bioetica/>

Programa de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS

<http://www.bioetica.org/>

Documentos, artículos, revisiones y glosario de palabras relacionadas con bioética.

<http://bioetica.bvsalud.org/html/es/home.html>

Biblioteca Virtual Bioética, para los interesados en temas de ética, bioética y salud en general.