



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFIA Y HUMANIDADES**

**LA RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE EN UN
SERVICIO DE ODONTOLOGÍA NACIONAL.**

DR. JORGE OLIVA TE-KLOOT

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
MAGISTER EN BIOÉTICA**

Director de Tesis: DR. JUAN PABLO BECA INFANTE

2006

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACION TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la Tesis de Magíster presentada por el candidato:

DR. JORGE OLIVA TE-KLOOT

Ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como requisito para optar al Grado de Magíster en Bioética.

Dr. Juan Pablo Beca Infante

Director de Tesis

Director Departamento de Bioética

Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo

COMISION INFORMANTE DE TESIS

Prof. Dr. Eduardo Rosselot J.

Prof. Dr. Manuel Pérez F.

Prof. Raúl Villarroel R.

Prof. Ana Escribar W.

Prof. Dra. Mireya Bravo L.

Presidente Comisión

Dedico este trabajo en forma muy especial a mi familia, por su permanente apoyo durante su realización:

Mi mujer, Alejandra,

Mis queridos hijos:

Francisca,

Jorge Andrés,

Daniela,

Alejandro.

Mis sinceros agradecimientos a:

Dr. Juan Pablo Beca I., Director Departamento de Bioética, U. del Desarrollo.

Dra. Paulina Gómez B., Gerente Médico, Integramédica.

Sra. Francisca Browne L., Socióloga.

Odontólogos, Pacientes y Ejecutivos de Integramédica.

A todos quienes de una u otra manera han colaboraron en este trabajo.

Santiago, Diciembre de 2006.

INDICE

I.- INTRODUCCION.....	8.
II.- HIPÓTESIS.....	16.
III.- OBJETIVOS.....	17.
IV.- RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE: VISIÓN CONCEPTUAL	
1.- La odontología como una profesión social.....	18.
2.- Salud y enfermedad en odontología.....	26.
3.- Los fines de la odontología.....	34.
4.- Conflictos y dilemas éticos en odontología.....	42.
5.- Juramento Hipocrático. Su relevante actualidad en odontología..	48.
6.- Declaración Asociación Médica Mundial 1948.....	56.
7.- Que entendemos por Relación Odontólogo-Paciente.....	57.
8.- Algunas expresiones del encuentro humano en salud.....	64.
9.- La Persona y su Dignidad: trascendencia en la Relación Odontólogo - Paciente.....	72.
10.- Fundamentos Éticos de la Relación Odontólogo-Paciente.....	80.
11.- Fundamento Bioéticos de la Relación Odontólogo-Paciente.....	89.
12.- Fundamentos Antropológicos de la Relación Odontólogo-Paciente: Cuerpo vivo y cuerpo vivido.....	97.
13.- La Relación Odontólogo-Paciente en la mitigación del dolor y sufrimiento.....	103.
14.- Curar, sanar y cuidar en la Relación Odontólogo-Paciente.....	112.
15.- Comunicación en la Relación Odontólogo-Paciente.....	118.
V.- ESTUDIO DE NUESTRA REALIDAD SOBRE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO - PACIENTE: DISEÑO METODOLÓGICO.....	
	125.
VI.- RESULTADOS.....	132.
VII- DISCUSION.....	153.
IX.- BIBLIOGRAFIA.....	170.

RESUMEN.

Comprender la Relación Odontólogo – Paciente como un encuentro humano y no sólo técnico – clínico, constituye hoy en día un requisito primordial ante el vertiginoso avance científico de la odontología y de la medicina en general. Los pacientes esperan del odontólogo tratante una correcta indicación terapéutica junto a la acogida a sus requerimientos en salud, valorando y respetando su dignidad como persona.

La enfermedad, el dolor y el sufrimiento establecen una valiosa oportunidad para comprender la subjetividad del paciente y de la evolución antropológica del proceso patológico que lo aqueja, más allá de su naturaleza etiopatogénica.

La responsabilidad profesional no se circunscribe únicamente con la corporalidad, involucrando en cambio, su integralidad tanto física como psicológica. Esta relación más allá de lo objetivo, determina que los odontólogos nos transformemos en facilitadores de la vida y de la felicidad. Por el contrario, la maleficencia en la clínica consecuentemente puede formar parte de episodios de desdicha para la persona que no encuentra alivio a su sufrimiento.

El estudio cualitativo realizado con odontólogos y pacientes de Integramédica, nos permite conocer sus proyecciones y esperanzas, las que necesitan de una comprensión mutua, haciendo de esta Relación un medio fructífero para lograr su objetivo principal que es el cuidado y recuperación de la salud bucal dañada.

SUMMARY.

Understanding the relationship between orthodontist and patients, as a human encounter and not as a technical – clinical encounter. Constitutes now in days as a primordial factor in the scientific advances of odontology and in the general medicine. The patients wait from the orthodontist a correct therapeutic indication along with a reception to there requirements in health, valuing and respecting their dignity as a person.

The sickness, the pain and the suffering establish a valuable opportunity to understand the subjectivity of the patient and of the anthropology evolution of the pathologic process of which is afflicting him, beyond his etiopathologic nature.

The professional responsibility does not only circumscribe with the body, involving a change, in his integrity as much as psychically as psychologically. This relationship beyond the objective, determines that the orthodontist transforms himself into facilitators of life and happiness. On the contrary, the mischievousness in the clinic consequently can form into episodes of calamity to the person who does not encounter calmness to his pain.

The qualitative study made by orthodontist and patients of Integramédica, permits us knowing there projections and hopes, which need a mutual understanding, making of this relationship a fruitful way to achieve their primal objective which is the care ness and the recuperation of the oral health damaged.

I.- INTRODUCCIÓN.

Los fundamentos, motivación y objetivos de este trabajo se encuentran sustentados en el análisis de la relación que se establece entre el Odontólogo y el Paciente a la luz de la situación contemporánea de una Odontología cada día más tecnificada, los cambios en los sistemas de salud y la evolución socio-cultural. Las personas asumen y valoran la importancia de su propia corporeidad y proyecto individual de vida, incrementando sus expectativas ante los resultados ofrecidos por las terapias que la Odontología. Para los pacientes las incertidumbres propias de un tratamiento, se transforman en resultados absolutos exigibles en la búsqueda de una mayor funcionalidad, mejores resultados estéticos, acogida comprensiva de sus vivencias y un espacio de libertad para ejercer la autonomía informada.

De esta manera, el nuevo escenario clínico y de relación humana con los pacientes que enfrenta el Odontólogo, necesariamente debe ser asumido con una predisposición distinta, comprendiendo que la evolución social y técnica ha influido directamente en el ejercicio de la profesión. Quizás debemos comprender que los pacientes nos exigen una actitud proactiva y preventiva, ambas enfocadas a involucrar los valores de carácter humano en la Relación Odontólogo-Paciente. Por lo tanto, a nuestro juicio, se requiere utilizar adecuadamente los conocimientos y la técnica, junto al manejo de las subjetividades propias de toda relación humana. Los conflictos se nos enfrentan en muchas circunstancias en forma inesperada, los que no siempre se relacionan con los aspectos clínicos, sino que en muchas ocasiones y en forma creciente, afloran como tensiones propias de la relación, sobre la que también existen influencias externas, tales como las personas cercanas al paciente que se involucran en la decisiones, características de los sistemas de salud, el acceso a las nuevas tecnologías, nivel socio-cultural y económico del paciente, etc. Lejanos están los tiempos en que la Relación Odontólogo-Paciente se circunscribía a dos personas y a la consulta privada en forma exclusiva. Vivimos en un mundo global, cuyas influencias golpean a la

medicina en su conjunto y a las relaciones humanas que se establecen a su interior.

Los conflictos tanto clínicos como de índole humano, en ausencia de un manejo adecuado y oportuno, finalizan en fracasos mutuos. La Relación Odontólogo-Paciente puede ser débil o fuerte, efímera o duradera, exitosa o frustrada, amistosa o confrontacional, de encuentros o desencuentros. Este dinamismo exige una alta cuota de interés de nuestra parte y una permanente atención para reconocer y fomentar el encuentro persona-persona por sobre la aplicación tecnológica en el tratamiento de las enfermedades.

Los pacientes esperan ante todo la resolución satisfactoria a sus expectativas clínicas junto con una correcta y acogedora atención como persona, lo que conlleva a la responsabilidad de no sólo tratar su enfermedad, sino que también los pacientes se manifiestan expectantes ante el manejo del sufrimiento y de las consecuencias que la enfermedad. El paciente espera en definitiva la comprensión de su enfermedad como una vivencia.

Es una realidad que los procesos patológicos que afectan al ser humano alteran su corporalidad biológica y también su vida íntima, a lo que Aristóteles denomina entelequia. Los pacientes nos solicitan no ser simplemente considerados como un “objeto enfermo” o “caso clínico de interés” ni menos como un objeto de utilidad para las expectativas personales del Odontólogo. Por el contrario, esperan que reconozcamos su enfermedad como un proceso vital de la vida humana y no exclusivamente como una patología que requiere tan sólo de la aplicación de una determinada tecnología. Los pacientes asisten al odontólogo con el afán de encontrar confianza junto al acompañamiento ante la enfermedad y el sufrimiento.

Este punto nos llama a reflexionar acerca del concepto que los Odontólogos tenemos de la enfermedad. Al parecer en nuestra opinión subvaloramos la vivencia y el sufrimiento: el tratamiento de una caries o instalar una prótesis en un paciente desdentado, parecen ser evaluados como alternativas terapéuticas fundamentalmente técnicas, sin valorar sus consecuencias para la vida del paciente. Los éxitos y fracasos de nuestro tratamiento no será indiferente para el

paciente de ninguna manera: ambas posibilidades podrán determinar reacciones altamente contradictorias. Este es el gran desafío de la Odontología, dejar de ser una profesión preponderantemente técnica para compartir el humanismo en la clínica.

El reconocimiento por parte de los Odontólogos de la importancia central que representa para nuestra profesión la Relación Odontólogo – Paciente, nos transporta al imperativo del reconocimiento de la acogida, valorando esta Relación no como un encuentro de carácter técnico – económico, sino como un encuentro humano intersubjetivo, en que junto a la búsqueda de las soluciones clínicas de la enfermedad, que por cierto son primordiales, debiera establecerse un proceso de acogida entre dos personas, compartiendo la patosofía o visión antropológica de la enfermedad. Es probable que sea de gran utilidad reenfocar el concepto de enfermedad en odontología, comprobando el cómo una patología bucal, desde una caries hasta un tumor maligno, afecta al “ser” del ser humano, el cómo una enfermedad que afecta lo físico se introduce en las profundidades de la vida espiritual y emocional de quién la sufre y de quienes están en el círculo más cercano del paciente. En este sentido, es fácil admitir lo que puede llegar a sufrir una madre por sentir el llanto de su hijo en el consultorio dental, o un hijo que acompaña a su padre senescente con graves desórdenes bucales. Por lo tanto, requerimos preocuparnos no tan sólo del paciente, sino que también de quienes están a su alrededor y en especial de quienes tienen lazos afectivos. Concluimos por tanto, que la Relación Odontólogo-Paciente ha dejado en el pasado la interacción bipersonal y técnica, transformándose en multipersonal, emotiva, social y tecnificada. Esta visión más humana que técnica de la Relación Odontólogo – Paciente favorecerá un desempeño clínico en donde encontramos espacio para valores como lo son el ejercicio de la autonomía y el respeto a la dignidad humana.

Es posible que los odontólogos menospreciemos la relevancia del fortalecimiento del vínculo humano en nuestra práctica clínica, en su reemplazo fomentamos el pragmatismo frío del tecnicismo y la eficiencia, ampliando con ello la factibilidad de generación de conflictos. No podemos ser displicentes ante los

requerimientos de reconocimiento humano que se nos solicita, su desatención nos puede paralizar ante la búsqueda de actitudes que apunten a un cambio de conducta y a la necesidad de iniciar modificaciones formativas de corto y largo plazo, cuyo fin primordial sea el incremento de una mejor calidad de la Odontología. La deliberación valórica hacia el interior de la profesión fomentará un debate fructífero para el reconocimiento de los valores humanos para un mejor respeto y comprensión de la dignidad humana como un derecho y obligación irrenunciable de toda persona.

La judicialización de la medicina y odontología es una realidad, los pacientes hacen valer y exigen sus derechos de ciudadano, de persona y enfermo, a sabiendas que se encuentran amparados por el estatuto jurídico y por el poder de las comunicaciones sociales.

A la fecha los textos de Bioética, generalmente establecen una suerte de anonimato respecto de la Odontología como una profesión de carácter médico, cuya falta de consideración hace aparecer erróneamente a la Odontología como exenta de dilemas éticos. Además, al no ser mencionada en la conformación de los equipos de salud, distorsiona negativamente la relevancia de la significación de la Salud Bucal para las personas. Por el contrario, la Odontología debe ser incorporada en forma plena en la deliberación bioética – humanística, facilitando de esta forma el diagnóstico de los dilemas éticos propios, reafirmando su rol sustancial en la salud de las personas y su plena responsabilidad social, reconociendo y respetando el bien común y la identidad única e irrepetible de las personas sin factores de segregación.

En Salud Bucal, más que una ética de mínimos se aplica una ética de máximos, en que los intereses particulares del profesional pueden muchas veces neutralizar los requerimientos del enfermo. No podemos dejar de considerar cómo una sociedad de consumo puede afectar el ejercicio privado de la odontología, en la que los intereses económicos particulares del odontólogo pueden sobreponerse a las necesidades de la persona enferma y en la que la justicia distributiva es una limitante compleja tanto en su génesis como en su solución para permitir el acceso

a una Salud Bucal de calidad e igualitaria para todas las personas independiente de su capacidad económica.

La Bioética como una ética aplicada, en su lenguaje transdisciplinario, interdisciplinario y multidisciplinario puede aportar una perspectiva revitalizadora a la Odontología y en particular hacia una mayor valoración la Relación Odontólogo - Paciente como centro neurálgico de los valores de confianza, sensibilidad, confidencialidad, condolencia, compasión, sociabilidad, felicidad, fidelidad, humildad, servicio, verdad, voluntad, empatía y comunicación, entre otros. En pocas palabras, introducir al sujeto en la clínica odontológica.

Valoramos una Bioética surgida por factores sociales y médico - científicos. El primero en virtud de la evolución cultural de las sociedades, las que con el transcurrir del tiempo han valorado la importancia de su participación en la toma de las decisiones en referencia con el cuidado de su salud y corporalidad. El segundo, por el análisis valórico ante las consecuencias que pueden relacionarse con la aplicación de avanzadas tecnologías médicas en referencia y conformidad con el proyecto y calidad de vida del paciente, su falta de consideración nos hará tener que asumir contundentes dilemas éticos. Este concepto constituye una valoración exclusivamente privada, pero sin embargo el Estado adquiere responsabilidad por las carencias, no así por las satisfacciones (**Beca, 2005**). En este aspecto el Estado y la sociedad en su conjunto mantienen una deuda social en cuanto a ampliar las capacidades de acceso a los más pobres, con lo que miles de personas se encuentran ampliamente vulnerables a importantes padecimientos.

La enfermedad no es tan sólo un caso clínico, sino que también es vivencia y sufrimiento para quién la padece. La salud es un estar en el mundo, en cambio la enfermedad nos sustrae. Las enfermedades no sólo se llevan, sino que en realidad se viven intensamente. Para Lain Entralgo (**Entralgo, 1983**), la Relación Clínica, en nuestro caso la Relación Odontólogo – Paciente, es la articulación armoniosa y eficaz de un hombre menesteroso y la capacidad del otro hombre por remediar ese menester. Vale decir, nuestros conocimientos al servicio de aquellas personas carentes de salud, con la consiguiente precariedad de la vida y

sufrimiento por la misma enfermedad. Los Odontólogos debemos hacer sentir a nuestros pacientes la confianza de la seguridad del cuidado, de la misma forma como todos nosotros nos sentimos seguros en nuestra propia casa.

El paciente quiere sentir esa seguridad que le brinda la confianza de quién tiene y a quién se le ha delegado la responsabilidad de restablecer la salud. No hay nada peor que estar enfermo y al mismo tiempo sentir desconfianza en quienes están a nuestro cuidado. La enfermedad como infortunio, junto a la desconfianza y la soledad, son una asociación que sólo conlleva a profundizar el dolor de la intimidad. Debemos hacer hincapié en que el sufrimiento en todas sus formas lleva al hombre a ensimismarse, aislándose de todo lo que no tiene en una u otra forma relación con la pena **(Buytendijk, 1958)**.

Vistas así las cosas, la Relación Odontólogo – Paciente es igualdad y diferencias. Igualdad en la naturaleza de quienes la comparten y diferencias entre un enfermo y el conocimiento del otro que es el Odontólogo. Estos aspectos van a participar en un sensible equilibrio como en los platos de una balanza. En la medida que prime el peso de los conocimientos y la tecnología, se transformará en una relación tecnificada y fría. En cambio, si la tecnología se conjuga con la intersubjetividad de la acogida y el entendimiento humano, este encuentro será más fructífero en la recuperación de la salud como sanación y vitalidad.

Tenemos el interés de contribuir y fomentar la deliberación valórica y humana de nuestra profesión, recuperando su ubicación central para la persona enferma muy por sobre nuestros intereses personales. No podemos cosificar a una persona enferma y no podemos anteponer los dividendos económicos a la enfermedad.

La felicidad significa para el hombre plenitud, es el bien, el fin último y máximo al que todos aspiramos, la vida lograda, la vida buena, la armonía del alma **(Weisäcker, 2005)**. Por lo tanto, el tratante podrá contribuir al desarrollo de la felicidad y del proyecto de vida del paciente, familiarizándonos con el compartir y el sentir junto al paciente. Cada paciente es una vida distinta y requiere que actuemos de modo de comprender en la individualidad sus sentimientos y necesidades, aspectos que nos orientarán en nuestra labor profesional y también

mejorando la comunicación con él. Sin embargo la felicidad de hombre tiende a hacer pensar que constituye un fin en sí misma tendiente al propio bienestar, pero bien podría considerarse la felicidad como un sacrificio en función de otro. Así A. Schopenhauer (2002), lo resume de la siguiente manera: “Siempre resultaba que la voluntad del hombre estaba dirigida solamente a su propio bienestar, cuya suma se piensa con el concepto de felicidad; tendencia ésta que le conduce por un camino totalmente distinto del que la moral le quiere trazar”.

La Relación Odontólogo - Paciente se fundamenta necesariamente en la amistad médica o también denominada *philia iatriké* o lo que para el cristianismo es la *philanthópia* médica. El encuentro humano fundado en la amistad, es un valor que llama a la cercanía afectiva por un objetivo común que está representado por la recuperación de la salud. El paciente se entrega y confía en el Odontólogo y esta confianza establece un compromiso de ambos.

Desde la vivencia de la enfermedad, el paciente debe contribuir con su responsabilidad individual, cuidando de sí mismo, favoreciendo de esta forma su propia recuperación, constituyéndose en el primer actor. En cambio, el odontólogo tiene la responsabilidad delegada por el paciente para hacer los mayores esfuerzos ante la confianza depositada para lograr la curación de la enfermedad.

La recuperación de la salud bucal no es la realización de una obturación dentaria o una impecable prótesis implanto soportada, en cambio representa nuestra evidencia de una valoración de la persona enferma en la subjetividad de la vida íntima, de su sufrimiento y su vivencia de la enfermedad. Esta dimensión constituye el punto de partida de nuestras acciones terapéuticas. Es necesario dar crédito al hombre en su totalidad y no a las abstracciones de la enfermedad (Escribar, Pérez, 2004).

La Relación Odontólogo – Paciente se inicia con el saludo cordial, dirigiéndonos al paciente por su nombre y con un afectuoso apretón de manos, son los primeros signos del encuentro humano en donde se empieza a fraguar la amistad médica. Los conflictos jurídicos son fácilmente previsibles, en virtud de tomar en consideración 3 factores fundamentales: conocimientos, experiencia y humanidad en la valoración del otro. Al respecto el Dr. Jaime Mañalich (**Diario El**

Mercurio, 2005) afirma: “los médicos nos encontramos en una disyuntiva: ¿Vamos a tratar los síntomas de una enfermedad contratando seguros, llamando abogados, negociando con los pacientes con dinero? ¿O nos haremos cargo de la enfermedad en sí?

Los Odontólogos no podemos estar protegidos detrás de los seguros y de los abogados. El éxito de esta Relación va por hacer bien lo que está indicado hacer y en conformidad a los intereses del enfermo. El paciente aquejado de un desorden clínico bucal, debe conocer muy bien su patología y los tratamientos propuestos, información que debe ser entregada por el Odontólogo de la forma más objetiva y entendible posible, buscando siempre el mejor interés para su vida.

Las entrevistas a pacientes, parte medular de esta tesis, tiene por objetivo la identificación de aquellos factores que se desenvuelven al interior de la Relación Odontólogo – Paciente en Integramédica, los que independientemente de su importancia y relevancia, pueden afectar o profundizar la objetividad o subjetividad. Al igual que todas las interacciones humanas, en este vínculo de carácter profesional, pero también humano, se involucran signos y símbolos aparentemente poco destacables, pero que sin lugar a dudas pueden ser motivo de conflictos o de éxitos. En este sentido, podríamos preguntarnos: ¿qué importancia puede significar un saludo afectuoso a la hora de curar una enfermedad grave? Una respuesta posible podría ser que ante una patología seria, más vale un tratamiento oportuno y eficaz. Pero también podemos responder que un tratamiento por efectivo que sea, sólo lo podremos aplicar en quién tenga la confianza en nosotros. Los conocimientos técnicos permitirán tratamientos odontológicos más eficientes, pero en cambio los valores humanos harán de nuestros pacientes personas felices.

II.- HIPOTESIS.

“La relación Odontólogo-Paciente presenta importantes deficiencias que afectan el desempeño profesional y la satisfacción del paciente, lo cual finalmente repercute en el quiebre de la relación. La identificación de sus conflictos constituye una exigencia fundamental para mejorar la práctica clínica de la Odontología”.

Proyección:

La individualización de estos conflictos nos permitirá proponer medidas basadas en los aspectos bioéticos y en general en las Humanidades Médicas, favoreciendo el reconocimiento del proceso de salud, enfermedad y sanación del hombre para ser ayudado desde la perspectiva del cuerpo vivido como concepto antropólogo-médico.

Con la aplicación de estos conceptos de las Ciencias Humanísticas de la Medicina por parte de los Odontólogos, pretendemos contribuir en la mitigación de los conflictos al interior de la relación Odontólogo-Paciente, incrementando la calidad de la atención y satisfacción de quienes forman parte de esta relación humana.

III.- OBJETIVOS.

Objetivos generales:

- 1.- Realizar una revisión bibliográfica acerca de los fundamentos de la Relación Odontólogo - Paciente, como encuentro humano y técnico, confluencia que está especialmente orientada al cuidado de la Salud Bucal en el contexto de la integralidad del hombre.
- 2.- Comprender la Relación Odontólogo – Paciente a nivel institucional en Chile, a través de la mirada, significados y percepción de quienes participan directamente en ella: odontólogos y pacientes de los Servicios de Odontología de Integramédica, lo que se llevará a efecto por intermedio de un estudio de carácter cualitativo.
- 3.- Enfatizar la valoración de la subjetividad de la enfermedad como vivencia y sufrimiento, de modo de dignificar el tratamiento de las diversas patologías en consonancia con las responsabilidades profesionales.

Objetivos específicos:

- 1.- Conocer desde entrevistas, la opinión directa que tienen los pacientes de Integramédica acerca de la Relación Odontólogo –Paciente, en particular sus aspectos más relevantes y sensibles.
- 2.- Identificar mediante la realización de grupos focales, la visión que tienen los odontólogos de Integramédica acerca de la importancia que representa la Relación Odontólogo-Paciente en la práctica clínica.
- 3.- Sistematizar 10 elementos constitutivos e influyentes principales que son mencionados por los odontólogos y pacientes acerca de la Relación Odontólogo – Paciente, de modo que establezca un modelo referencial para la atención odontológica en Integramédica.
- 4.- Proponer, en razón de los resultados cualitativos, acciones concretas y factibles que incidan en el incremento de la calidad de la atención y satisfacción de pacientes y odontólogos de los servicios odontológicos de Integramédica.

IV.- RELACIÓN ODONTÓLOGO – PACIENTE: VISIÓN CONCEPTUAL

1.- LA ODONTOLOGIA COMO UNA PROFESION SOCIAL

Las personas y las profesiones de la salud, vivimos en un contexto socio-cultural de progresiva y asfixiante especialización, y por su consecuencia podemos observar como la humanidad migra desde una visión macrocósmica a una visión microcósmica, de una generalista a una particularista, de una global a una fragmentada, de una especialista a una súper especialista. La virtud de esta realidad es la tendencia hacia el conocimiento perfecto y su contrasentido es el reduccionismo de la realidad, por ejemplo, transformar la enfermedad a un simple fragmento corporal u órgano **(Torrealba, 1998)**.

Sin embargo, el odontólogo como profesional al cuidado de la salud de las personas, no puede abstraerse de la integralidad del hombre, su vida y sus sentimientos, para ver más allá del “caso” a tratar, captando al hombre en la totalidad de su situación vital **(Gadamer, 2001)**. Al mismo tiempo no podemos dejar de mencionar a F. Peabody citado por Goic **(2004)**, quién se pronuncia a propósito del rol de las profesiones de la salud expresando: “Un cuadro clínico no es sólo una fotografía de un hombre enfermo en cama, es una pintura impresionista del paciente rodeado de su hogar, su trabajo, sus relaciones, sus amigos, sus alegrías, penas, esperanzas y temores”. La odontología y sus profesionales hemos de comprender que el valor trascendente de nuestras terapéuticas se encuentra en estos conceptos y no en aquellos que conciben a la salud bucal como una estructura anatómica segregada del resto del organismo humano. “El acto médico es ante todo un acto ético”, expresa Lain Entralgo **(2003)**, sustentando en el respeto mutuo de la dignidad de la persona humana por encima de la ejecución técnica. De mismo modo, el acto clínico odontológico podrá ir en la dirección del respeto de la dignidad del paciente si se busca ante todo el bien del paciente. Por el contrario, la instrumentación humana durante la terapéutica ejecutada por el Odontólogo determinará daño a su dignidad entendida en su integridad. El acto clínico ejecutado por el odontólogo representa en sí

mismo un acto bueno o benéfico que promueve el bien del otro, suponiendo el bien para la otra persona. El acto médico puede incluso transformarse en una acción supererogatoria **(Rawls, 1995)**.

Beauchamp y McCullough **(1987)** define medicina, y por cierto la odontología podemos contenerla en ella, como el conjunto de conocimientos, técnicas y experiencias que constituyen la ciencia y el arte de curar, aliviar y prevenir las enfermedades y las lesiones, fines que se encuentran contenidos en los Derechos Humanos de segunda generación reconocidos en la Declaración Internacional de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948. La odontología puede hacer plenamente suya y sin contraposiciones esta definición. Es más, debe necesariamente comprender que estos contenidos amplían nuestro horizonte en la responsabilidad clínica para con las personas y la sociedad toda, dejando de lado aquellas visiones contemporáneas de tipo minimalistas y tecnicistas por excelencia. Así entonces, podemos resaltar una frase de Tristram Engelhardt **(1995)**: “La medicina es una de las profesiones más importantes, puesto que el dolor, la deformidad, la incapacidad, la enfermedad y la muerte prematura acaparan la atención de personas y sociedades”, aventurándose aún más, relaciona la profesión médica con el carácter esotérico, en la medida que las personas se enfrentarán en algún instante de sus vidas al misterio y lo desconocido de la enfermedad y la muerte.

Para Hans Jonas **(1997)** la medicina es una ciencia y la profesión médica es el ejercicio de un arte basado en ella. Haciendo propias estas palabras, se resalta la relevancia que representa para los odontólogos el cuidado de la salud bucal. La materia en la que ejerce su arte, es en sí misma el fin último: el organismo humano vivo. La salud viene dada por la naturaleza, no restando nada por inventar, excepto los métodos para alcanzar este objetivo.

Nos podríamos preguntar entonces:

- 1.- ¿Puede la vida ser tan individualista donde sólo importa el yo y no el otro?
- 2.- ¿Podrán enfatizarse aquellos ideales que logren contrarrestar el materialismo del acto médico-odontológico, resaltando la sensibilidad inherente de la vida propia y la de los demás?

El cuidado de la salud de las personas y para quienes tienen la responsabilidad de ejercer este rol, el fin profesional se consigue en cuanto se logre la perfección como virtud del conocimiento, cuyo centro es el ser humano, desplazando de esta manera los medios por los fines. Las profesiones históricamente se han caracterizado por una alta responsabilidad moral en el ejercicio de su objetivo fundamental por la búsqueda de la excelencia **(Gracia, 2004)**.

Hans Jonas en su libro “Técnica, Medicina y Ética” **(1997)**, hace una clara distinción de lo que representan los conceptos de obligación y responsabilidad profesional. Plantea entonces que la obligación está especialmente relacionada a una conducta, y la responsabilidad tiene una referencia externa. Podríamos ilustrar estas palabras de Jonas, entendiendo que la obligación profesional por excelencia, es hacer en perfección la técnica terapéutica y que la responsabilidad se encuentra unida a las consecuencias que esta técnica tendrá para los pacientes. No toda técnica por bien efectuada es beneficiosa. Puede que no sea la indicada, que no cuente con su aprobación y que lo afecte psicológicamente. La obligación es para mí, la responsabilidad es para el otro. La técnica requiere la autocensura de la responsabilidad.

Profesión es un término de origen religioso, palabra que viene del latín *profiteor*, profesar a modo de consagrarse por juramento ante Dios a una actividad especializada al servicio de la sociedad. Nos transformamos en agentes sociales, en quienes se delega una labor específica orientada a mantener y cuidar la salud de la comunidad **(Escribar, Pérez, 2004)**. Para los odontólogos esta responsabilidad social es el cuidado de la salud bucal, no en el contexto parcial de la corporalidad y de la vida emocional, sino como parte de la integridad de la persona.

El servicio social de los Odontólogos en su responsabilidad ética, está representado hace siglos por los contenidos del Juramento de Hipócrates, el que nos compromete en los valores que involucran el cuidado de la salud bucal de las personas y de la comunidad en su conjunto: “El profesional, como el sacerdote, es una persona consagrada a un menester, y públicamente reconocido como tal”,

enuncia Diego Gracia en su libro *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética* (**Gracia, 1998**). Esto interpreta el fin de la profesión odontológica valorada como la vida sacerdotal. Para quienes lo perciben así, los odontólogos juramos ante Dios en una demostración que el compromiso queda establecido más allá de las personas, vale decir, es un juramento ante el mundo sobrenatural como testigo. En forma paralela, el marco jurídico de las profesiones constituye el contexto social en el que se desenvuelven, siendo las leyes quienes establecen las obligaciones por las que se deberá responder ante su trasgresión.

Así las profesiones tienen una doble responsabilidad: dar y rendir cuenta. La primera es una obligación ética de conciencia personal de hacer lo mejor por los demás. La segunda está referida al marco jurídico establecido por la sociedad para el control de lo que se hace (**Gracia, 1998**), lo que está íntimamente entrelazado con la responsabilidad, cuya principal significación radica en la capacidad de responder y sin delegar el compromiso. Por lo tanto existe una responsabilidad ética primaria de máximos y una responsabilidad secundaria o jurídica de mínimos.

Paralelamente, la sociedad en su conjunto pareciera desarrollar un sentimiento de descontento con las profesiones que se dedican al cuidado de la salud, representando esta una de las razones de la judicialización de la medicina y odontología actual, en particular en lo que se refiere con los signos evidentes de deshumanización, observada en una carencia de virtudes o atributos deseables en la medicina (**Goic, 2000**). Será útil para la odontología meditar acerca de estas afirmaciones. Podemos también considerar en nuestra profesión la falta de equidad en el acceso a la salud, los crecientes costos y una aparente percepción social de un incrementado afán mercantilista de su ejercicio profesional por sobre la actitud de servicio.

En la realidad chilena, la odontología no puede estar ajena en su indiscutible responsabilidad social en relación al ámbito de la salud integral y bucal de las personas y pacientes, al fenómeno de la deshumanización, al exceso de tecnicismo y a las desmesuradas influencias de índole económicas que condicionan con frecuencia distorsiones clínicas. Por otra parte, tenemos en la

odontología importantes grados de inequidad social, haciendo palpable que una fracción relevante de la profesión se desarrolla privadamente, sin que las personas dispongan de eficientes sistemas de protección y cobertura que faciliten el acceso a la salud bucal, lo que se incrementa por un sistema estatal con restringidas capacidades de resolución clínica para importantes grupos de la sociedad, en especial los de menos recursos. Evidentemente no es un escenario muy motivador en razón de la alta prevalencia de enfermedades bucales. Para las próximas décadas se hace difícil avizorar cambios que puedan alterar positivamente esta situación en forma drástica.

Esta realidad hace necesario e imprescindible fomentar un diálogo profesional deliberativo de cara a la sociedad con el objetivo de establecer un diagnóstico de la realidad de la odontología actual, concretizando aquellas correcciones que sean necesarias para el logro de una mejor satisfacción en lo que se refiere a salud bucal en el ámbito de las responsabilidades sociales de la odontología. Su oportuno diagnóstico en conjunto con la comunidad, el Estado y el sector privado, podría materializar políticas públicas y académicas que reorienten el quehacer de la profesión. A nuestro juicio el diálogo debiera estar dirigido a los siguientes contextos:

- 1.- ¿Qué entendemos por Salud Bucal?
- 2.- ¿Cuáles son los objetivos de la Odontología como profesión eminentemente social?
- 3.- ¿Cuál es el rol que cumple y que debiera cumplir el odontólogo dentro de los equipos sanitarios?
- 4.- ¿Cuánto y cómo financiar un programa más amplio en odontología social?

El respeto social hacia las profesiones, suele asociarse a la complejidad de su praxis en el espacio de la comunidad y de las personas. También es cierto que las disciplinas, al generar discurso y praxis, cumplen una función social más allá de sus productos (**Lolas, 1997**). El que sea una profesión reconocida por la sociedad, quiere decir que es ella misma quién delega en el Odontólogo el

cuidado de la Salud Bucal y ante lo cuál las Universidades cumplen con la función académica de impartir el conocimiento y la formación. La sociedad nos forma por intermedio de las Universidades, nos exige responsabilidad y define el entorno jurídico.

En esta perspectiva, Diego Gracia **(1998)** confiere a la medicina un carácter fuerte desde el punto de vista moral, a diferencias de los oficios en que prima una responsabilidad jurídica débil. Max Weber citado por A. Escribar y cols. **(2004)** denominó profesiones positivamente privilegiadas a las primeras y a las segundas negativamente privilegiadas. En este compromiso moral, los griegos incluyeron sólo al sacerdocio, la realeza y la medicina. En la actualidad, las profesiones de la salud han dejado de tener sólo el carácter moral, asumiendo también funciones económicas, sin perjuicio de lo cual los valores morales, por su naturaleza de irrenunciables, son exigidos en forma creciente a través de la responsabilidad jurídica. Para graficar lo anterior, basta con observar las demandas públicas por casos de supuesta negligencia, por las que se establece una discusión y juicio público publicitado a través de los medios de comunicación. Los odontólogos estamos viviendo en este medio que pareciera demostrarse hostil, modificando los modos de relación con nuestros pacientes, viéndonos involucrados en el ejercicio de una terapéutica mucho más exigente en lo académico y clínico.

La odontología en las últimas décadas ha visto florecer el desarrollo de relevantes técnicas clínicas con las que se ha permitido recuperar serias limitaciones funcionales y estéticas a los pacientes, quienes hasta hace pocos años se veían impedidos. Sin embargo el tecnicismo al servicio de los pacientes no constituye en sí mismo el objetivo central y último de ésta y de todas las profesiones. El eje de la odontología ha sido, es y será el paciente-persona que sufre, cuya expresión más representativa está dada por la Relación Odontólogo-Paciente. La odontología no sólo es una ciencia, profesión o disciplina que aplique en el cuidado de la salud bucal, es en primerísimo lugar encuentro humano.

Nuestra profesión es un arte, representado por la praxis, a la que se suma el logos o conocimiento, para dar vida a la techné de la medicina griega. La techné viene a constituir los fundamentos de todo lo que el hombre considera como

verdadero (**Gadamer, 2001**). El arte de curar consiste en poder hacer lo que ya se ha producido, por lo tanto el saber y el saber hacer, constituyen los fundamentos del arte de curar, en el que se involucran el logos y la capacidad del profesional como hombre especializado. El conocimiento no apunta sólo a la enfermedad teórica, sino que también su influencia para el cuerpo y la vida. Sólo conociendo estas cosas se podrá saber qué hacer, afirma Gadamer (**Gadamer, 2001**). El arte de la curación y sanación es lograr restablecer el equilibrio perdido por la enfermedad y con el que la persona contaba previo a enfermar. La salud por lo tanto es ante todo equilibrio biológico, psíquico y social, y nosotros como odontólogos debemos actuar sensiblemente para su protección y restablecimiento.

El saber científico que desarrollan las profesiones no es de utilidad mientras no se asocie con la experiencia práctica de quién la ejerce y su práctica exige decisiones al instante. Ahí está el verdadero temple de un odontólogo en saber actuar aplicadamente en el sentido del mejor interés para el paciente en el momento que se es requerido. La odontología trata muy frecuentemente el dolor, con características semiológicas y orígenes diversos, constituyendo para el paciente que lo sufre una sensación desagradable o invalidante dependiendo del sufrimiento variable de acuerdo a la vivencia personal del dolor, lo que nos obliga a actuar diligentemente. No es posible demorar nuestra acción terapéutica, en caso de hacerlo, no estaremos cumpliendo con nuestro juramento social. El conocimiento se puede adquirir, pero sus aplicaciones para el individuo enfermo, sólo puede lograrse por la propia experiencia por medio de la permanencia, el tiempo, la maduración, la vivencia y el cariño que como profesionales ponemos en nuestro actuar.

El odontólogo en base a los logros conseguidos por su experiencia y conocimiento científico, podrá comprender que su actuar médico no produce salud, sino que la restablece. Sabrá que enfrentar una enfermedad, significa predecir su curso y sus tratamientos, pero no ser amo y señor de la naturaleza (**Gadamer, 2001**). Para Aristóteles la medicina es un hábito poético para imitar la naturaleza.

Según opinión vertida por el Dr. J.P. Beca en la Revista Academia de la Facultad de Medicina de la Universidad del Desarrollo **(2006)**, la medicina hipocrática estableció las cualidades y características del ejercicio de la medicina y de sus profesionales, los que se basan conjuntamente en una forma de vida y en una vocación de servicio. Este concepto implica que quién decide dedicar su vida a la medicina, odontología u otras profesiones de la salud, necesita reunir ciertas características personales. Las condiciones inherentes de los valores humanos que las personas y sociedad esperan de los profesionales de la salud son exigidas en virtud de la importancia que reviste esta para las personas. Hay que conocer el alma para sanar el cuerpo, vale decir reconocer la vivencia sensitiva de la corporalidad de quién padece una determinada enfermedad.

En este ámbito, la odontología tiene un gran desafío por delante: introducir las ciencias sociales en la profesión, con el único fin de comprender de mejor manera al hombre como persona, al paciente que sufre una enfermedad y la sociedad en su conjunto como el medio en el que nos desarrollamos y que requiere de nuestras habilidades para el cuidado de la salud de sus miembros.

2.- SALUD Y ENFERMEDAD EN ODONTOLOGÍA.

La Odontología no puede abstraerse de conceptos tan fundamentales como Salud y Enfermedad, y su representación para el hombre, siendo necesario comprender su vivencia y sus repercusiones para la vida de los pacientes. La salud favorece el desempeño vital de la persona, en cambio la enfermedad como infortunio lo afecta y lo priva. La salud como un estado modificable en el tiempo, está condicionada a factores que se refieren a la salud somática, salud psíquica, salud social, salud ecológica y salud espiritual **(Garrafa, Kottow, 2005)**.

Concibiendo también la salud como una percepción psicosomática individual, es decir una valoración propia de cada cual, podemos incluir algunas definiciones:

- 1.- “Completo bienestar físico y psicológico de la persona”. Organización Mundial de la Salud.
- 2.- “La salud es la experiencia del bienestar e integridad del cuerpo y la mente, caracterizada por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales. **(Los Fines de la Medicina ,2004)**.
- 3.- “Una alerta y un estar en el mundo como presencia vital”. **(Gadamer , 2001)**.
- 4.- “Armonía silenciosa, valor individual y deseable de conservar”. **(Bustos, 1998)**.
- 5.- “Podríamos considerar sana a una persona que, en ausencia de apoyo medicamentoso, goza de un grado suficiente de bienestar físico, psicológico y social, que le permite desarrollar sus labores habituales, propias de la edad y rol, con agrado, sin sufrimiento, angustia, ni conflictos con los demás”. **(A. Goic, 2000)**.
- 6.- “Es el silencio de los órganos”. René Leriche citado por **(R. Bustos, 1998)**.
- 7.- “Experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente. La Salud se caracteriza por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse

adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales: actuar en el mundo”.

Hastings Center.

8.- “La Enfermedad no es lo contrario de salud, pues no existe enfermedad en sí, como por lo demás no existe la salud en sí, sino reacciones felices o desdichadas, generadoras de placer o de dolor, que son otras tantas formas originales de adaptarse a situaciones siempre inéditas”. **(F. Laplantine, 50)**.

La primera definición de la OMS constituye más bien un estado esperado y buscado por la persona, quizás un anhelo que jamás conseguirá, llevándonos por tanto a la frustración, lo que en opinión de D. Gracia en su libro “Como Arqueros al Blanco” **(Gracia, 2004)** se puede transformar en un fin irreal e irrealizable. En cambio aquellas definiciones que adhieren a la valoración y evolución en el tiempo, hablan más bien como una realidad cambiante, la que puede ser descrita bidimensionalmente: la realidad natural o hechos del hombre y su sistema de valores u orden axiológico **(Gracia, 1998)**.

La definición de la OMS puede representar una gran impotencia, ya que prácticamente el 100% de las personas tienen o se han visto afectadas durante su vida por más de una patología relacionada con las piezas dentarias y sus tejidos inmediatos. De este modo, podríamos inferir que todos los seres humanos en razón de las enfermedades que se asientan en la boca, son o han estado enfermas y lo podrán ser en el futuro, concluyendo de este modo, que no todas aquellas personas con enfermedades dentarias o bucales pueden ser consideradas verdaderamente enfermas, lo que dependerá de su equilibrio vital y del modo de llevar la enfermedad en el contexto de la cotidianidad de la vida. Por el contrario, una persona con un dolor dentario invalidante, una infección bucal con compromiso del estado general o un traumatismo importante, sí la podemos considerar enferma, ya que su desempeño en las actividades rutinarias se verán sensiblemente afectadas, expresándose en limitaciones del desempeño laboral, social y emocional.

La enfermedad, definida como la incapacidad de la persona para mantener una relación estable con las condiciones cambiantes del entorno, los autores

Kottow y Bustos **(2005)** la asocian en cuanto al hombre como ser social. Así las enfermedades bucales al igual que otras patologías asentadas en cualquier región u órgano corporal podrán afectar el proceso vital del paciente y sus relaciones con el medio social en el que habitualmente se desempeña. Quién es portador de una pathos, es un hombre doliente que se siente mal, transcurriendo en el plano personal, social y en la experiencia íntima, por lo que el sanar de una enfermedad debe incluir estas tres dimensiones **(Lolas, 1997)**. Por lo tanto, este modo de comprender la enfermedad, determina la responsabilidad de los odontólogos para asumir el restablecimiento de la salud desde el punto de vista objetivo y simultáneamente se nos exige nuestra preocupación por la dimensión humana de la vivencia de la enfermedad. La real dimensión de la curación está en la incorporación del sujeto a la técnica.

Más que la definición de ausencia de enfermedad o completo bienestar físico y mental, la salud constituye un estado valorado individualmente, por intermedio de la capacidad de hacer posible el poder hacer, permitiendo llevar a buen fin el proyecto vital que cada cuál se ha forjado, lo que se reafirma con la falta de límites entre salud y enfermedad, **(F. Laplantine, 1999)**. Es por esto, que debemos reconocer y valorar que la pérdida de la salud bucal altera las posibilidades de hacer y estar en el mundo, por lo tanto, tendrá la misma connotación e importancia que otras alteraciones patológicas desarrolladas en otros órganos o miembros de nuestro cuerpo. La cavidad bucal y sus anexos en equilibrio vital dinámico, contribuyen de la misma manera que el aparato digestivo, los ojos o una mano en la felicidad de los pacientes. En razón de la concentración de órganos sensitivos en la región facial y bucal, las enfermedades del aparato estomatognático entendido como una unidad morfo – funcional, tienen una alta capacidad de afectar considerablemente la vida cotidiana de una persona y su valoración es destacable en la contribución de estos conceptos efectúan en la aplicación clínica práctica.

Desde el punto de vista de los factores estéticos, el aspecto de las arcadas dentarias y la belleza facial aportarán equilibrio a la vida íntima y social de la persona, estableciéndose finalmente un desarrollo emocional en forma armónica

con un importante grado de autoestima y seguridad en sí mismo, demostrando la evidente relación entre lo físico, psicológico y social. Hoy más que en ninguna época anterior se enfatiza comunicacional y socialmente en los estereotipos físicos de las personas y en las exigencias sociales, siendo determinante en el desarrollo de la cirugía plástica, las dietas y la práctica física como medio reductor y modelador de la silueta. La odontología pertenece a este escenario social, lo que se demuestra ante el incremento de solicitudes de tratamientos estéticos por sobre los funcionales o biológicos.

Los factores biofuncionales, representados por el buen estado de los tejidos biológicos de la cavidad bucal y su adecuada fisiología, tienen mucho que aportar al equilibrio de la salud de cada persona. Es bien sabido que las alteraciones neuro – musculares ya sean por patologías propias o a causa de desórdenes psicológicos y stress cuentan con una amplia probabilidad de generar patologías crónicas funcionales y dolorosas invalidantes en sus diversos grados. El bruxismo es un ejemplo típico de aquello, adquiriendo mayor importancia en base a su frecuencia creciente y su más notoria relación con aspectos de la calidad de vida.

Una persona afectada por estrés y bruxismo con el consecuente dolor, limitaciones funcionales y el sufrimiento en cualquiera de sus formas, no podrá ser considerada una persona sana. Es muy probable que un individuo en presencia de bruxismo no sea percibido social y odontológicamente como enferma, pero una indagación más profunda desde la perspectiva clínica por parte del odontólogo, nos puede sensibilizar de las reales fuentes de su enfermedad. De ahí la necesidad de la anamnesis y una buena conversación con el paciente, no circunscribiéndonos únicamente al estudio de la signología y sintomatología patológica. En este sentido la semiología aporta la sistematización del estudio clínico y también por su intermedio, nos favorece el encuentro humano con nuestro paciente.

Una persona que vive generalmente en un estado armonioso consigo mismo y con los demás, le será más fácil el desempeño cotidiano expresado en la “alegría de vivir”. En cambio, esa persona angustiada, depresiva y obsesiva, la vida se le presenta distinta. Es evidente que un estado de desequilibrio

psicológico, repercutirá en el menor interés por su presencia física y el cuidado de la salud bucal.

La enfermedad puede ser considerada como un hecho biográfico, pero también en opinión de Viktor von Weisäcker **(2005)**, la enfermedad puede tener su punto de partida en la vida no vivida, en la que los estados ansiosos, represivos, la rabia y la ofensa pueden desencadenar estados patológicos por no lograr ser vividos y de igual forma podemos asociar estos criterios con la aparición del bruxismo, como una enfermedad carencial.

La enfermedad asentada en las estructuras bucales y anexas, significará en razón de su gravedad grados diversos de compromiso para la vida del paciente. No es posible fragmentar y aislar la zona buco - cérvico - facial del resto del cuerpo humano, tanto en sus demostraciones corpóreas como afectivas. Las enfermedades sistémicas que afectan a estructuras alejadas de la boca determinarán consecuentemente repercusiones para la fisiología bucal, constituyendo la diabetes un caso emblemático de esta evidencia. A la inversa, las patologías bucales facilitarán implicancias negativas tanto en lo físico como en aspectos psicológicos de la vida del paciente, el daño estético dentario grafica lo anterior. Igualmente es de amplio conocimiento que las dificultades de alimentación en personas de edad avanzada a causa de ausencia de piezas dentarias repercuten en anomalías sistémicas.

Un dolor dentario que aparentemente no reviste gravedad, podrá alterar el sueño imposibilitando un descanso reparador, el trabajo no se llevará a cabo con normalidad, la ingesta de alimentos se hará dificultosa y la vida de relación social y familiar se verá alterada. Su tratamiento es simple, pero hasta que no se pueda llevar a efecto, el dolor y la angustia pueden acompañar situaciones límites.

Una enfermedad grave que compromete la vida del paciente, como un cáncer de la cavidad bucal o zonas anatómicas anexas, podrá acontecer con ribetes de dramatismo extremo. Esta mala noticia se transforma en un verdadero aplastamiento afectivo y psicológico, situación que en última instancia representa el enfrentamiento en soledad con la muerte y el misterio que encierra. La muerte ya no es sólo de los otros o una realidad lejana a mí, es mi propia muerte.

Si bien la odontología ha tenido un gran desarrollo tecnológico en estas últimas décadas, es ante todo una profesión dedicada a las personas, en quienes aplicamos las tecnologías y nuestros conocimientos en forma responsable. La aplicación tecnológica como fin, constituye un menosprecio de la profesión a un oficio técnico, el que se caracteriza por una repetición reiterada sin ejercicio racional previo de una determinada técnica, sin considerar los aspectos diferenciadores de cada persona enferma, es decir, sin consideración y aquilatamiento de su historia vital, su proyecto de vida, sus valores y sus anhelos.

Me atrevería a expresar que compartimos lejanamente la vivencia de la enfermedad, comprendemos débilmente la antroposofía de un cuadro patológico. El histórico desempeño central de la profesión en el tratamiento de las caries dentarias, ha obligado al odontólogo a centrarse en un procedimiento más bien técnico sobre un tejido duro que representan los dientes, las que hasta hace poco tiempo se trataban sin anestesia. Estas características del diente junto a la mayor tecnología puesta a nuestra disposición, nos ha llevado lamentablemente a una imagen social como una profesión dedicada a los dientes como objetivo primordial, para lo cual se utilizan preferentemente medios rotatorios, mecánicos complejos y de alto costo. Si bien es cierto que esto representa una verdad a medias, recae sobre nuestros hombros el desafío de modificar aquella percepción.

De cara a esta circunstancia, podemos mencionar algunos factores que inciden en esta visión social hacia la odontología:

- 1.- Desarrollo profesional en torno a las piezas dentarias como entidades aisladas de la vivencia afectiva y su reducida significación para la corporalidad y la vida de nuestros pacientes.
- 2.- Las principales técnicas en odontología en las últimas décadas han estado referidas a buscar sistemas de reposición de piezas dentarias. Por décadas hemos estado avocados a la construcción de prótesis y en la actualidad están siendo reemplazadas por técnicas quirúrgicas avanzadas como los implantes óseo integrados.
- 3.- La enseñanza de la profesión en nuestro país se ha desarrollado y continúa consolidándose por medio de facultades alejadas de los centros hospitalarios, con

lo que se genera un aislamiento profesional, impidiéndonos formar parte en propiedad de los equipos sanitarios.

4.- Una gran parte de nuestra profesión es privada, en que el ejercicio profesional se realiza en las consultas particulares, a las que tienen acceso personas de niveles socioculturales con mayor poder adquisitivo.

5.- Los odontólogos carecemos de una relevante vivencia hospitalaria, de enfermos y enfermedades, viéndonos impedidos de su cercanía.

6.- Nuestra profesión por tener una excesiva delimitación en la cavidad bucal y por estar alejados de tratamientos de enfermedades crónicas graves, no nos enfrentamos con la muerte de nuestros pacientes, lo que nos induce a minimizar el miedo y el misterio que ellos puedan sentir, lo que se logra necesariamente con nuestra compañía al lado de la cama del enfermo.

7.- Durante los estudios de pregrado y postgrado de odontología, la cercanía con las ciencias sociales y el humanismo es discreta o prácticamente nula. Son escasas las horas de estudio para aquellas asignaturas dedicadas a entender al hombre enfermo como lo son la antropología, sociología, derecho, filosofía y bioética entre otras.

Una adecuada Relación Odontólogo-Paciente deberá estar sustentada sobre estos criterios de individualidad de toda persona, siendo su reconocimiento y respeto los fundamentos de una fructífera amistad clínica, fortaleciendo la confianza como un valor primordial de toda interacción humana.

La relación entre la enfermedad, ética y bioética en odontología, está referida en que en prácticamente todos los pacientes con patologías bucales requieren de nuestro proceder clínico, los que son merecedores de una determinada técnica y juicio profesional, desde donde se desprende que todo actuar humano se relaciona con un cierto ejercicio del poder, y por ende se encuentra susceptible de evaluaciones morales. La enfermedad exige de la aplicación de una técnica, sobre la que como medio admite una evaluación ética en la medida que la técnica no tan sólo puede tener consecuencias positivas, sino que también puede resultar dañina para la persona enferma, es decir beneficios o

perjuicios. Hans Jonas **(1997)** lo plantea de la siguiente manera: “La ética tiene algo que decir en las cuestiones relacionadas con la técnica o que la técnica está sometida a consideraciones éticas se desprende del sencillo hecho de que la técnica es un ejercicio del poder humano, es decir, una forma de actuación, y toda forma de actuación está expuesta a su examen moral”.

3.- LOS FINES DE LA ODONTOLOGÍA.

Es evidente que en la odontología conviven dos situaciones iniciadas a partir de las facilidades o restricciones de acceso a la salud bucal con que cuentan las personas, las que se relacionan directamente con la situación económica del grupo familiar. La primera de ellas se refiere a la existencia de una odontología privada, donde son factibles aquellas soluciones clínicas de mayor complejidad y altos costos. La segunda tiene que ver con los sistemas estatales de atención odontológica, los que operan con una alta demanda, limitación de cobertura y recursos económicos limitados, obligando a focalizar la atención en aquellos grupos de mayor riesgo, como lo son los niños, las mujeres embarazadas y los pacientes con daño sistémico grave o enfermedades crónicas, imposibilitando acceso a amplios sectores de la comunidad, lo que desarrollan su vida con francas deficiencias en salud bucal.

Esta realidad, en que las facilidades de acceso están dadas preferentemente por el nivel económico de la población, trae consigo altos e insostenibles niveles de inequidad en odontología, afectando principalmente a los grupos poblacionales más vulnerables. Así el estudio publicado por M. Olavaria **(2005)**, acerca del acceso a la salud en Chile, concluye: “los pobres y casi pobres más probablemente no acceden a la atención de salud dental”. Por una parte existen grandes necesidades de salud, y los más pobres no pueden acceder a los tratamientos que requieren.

La profesión tiene una gran deuda social y en forma semejante el Estado en cuanto a su capacidad financiamiento de programas de salud bucal más amplios que incrementen los niveles resolutivos de las distintas patologías, de modo de mejorar consecuentemente la calidad de vida de las personas, quienes podrán disfrutar de un mejor y armónico desarrollo, tanto en lo físico como psicológico, respetando verdaderamente la dignidad de las personas y reconociendo el aporte de una salud bucal a la felicidad individual como colectiva.

La inequidad en salud bucal pasa a constituir un argumento vigente desde el cual dar inicio a una mirada introspectiva autocrítica hacia los objetivos propios de la odontología en una perspectiva simultáneamente histórica como futura.

Por ejemplo nos pueden surgir algunas interrogantes tales como:

- 1.- ¿Deberíamos tener profesionales ampliamente preparados para un desempeño enfatizado en la acción social?
- 2.- ¿Pueden continuar existiendo amplios sectores de la población con precarias condiciones de salud bucal, cuyas consecuencias van más allá del daño clínico?
- 3.- ¿Es viable que la odontología profundice su desarrollo en base al desarrollo de nuevas tecnologías, sin un conocimiento acabado de los procesos de salud y enfermedad como propios de toda vivencia humana?
- 4.- ¿Valoramos la contribución del odontólogo para la felicidad y calidad de vida de los seres humanos?

Entonces, ¿por qué no hacer al interior de la odontología un trabajo como el proyecto internacional realizado por el prestigioso centro de Bioética de Estados Unidos Hastings Center de Nueva York dirigido por el Dr. Daniel Callahan, el que por intermedio de un diálogo y deliberación multinacional de Profesores destacados se replantearon los nuevos objetivos de la medicina a la luz del contexto social, cultural y valórico contemporáneo?

Este trabajo de hace más o menos una década, denominado Los Fines de la Medicina (2004), plantea en uno de sus capítulos iniciales: “La Medicina está al servicio de todos y no sólo de los ricos ni de las enfermedades minoritarias. Ha de estar motivada no por el orgullo profesional, sino por el beneficio del paciente. Tiene que procurar ser fiel a sí misma y mantenerse como algo viable y sostenible, no dejarse arrastrar por el desarrollo tecnológico imparable”. Y más adelante agrega: “una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines”.

Los 4 fines de la medicina a los que se concluyó son:

- 1.- La prevención de enfermedades y lesiones y la promoción y la conservación de la salud.

- 2.- El alivio del dolor y el sufrimiento causados por males.
- 3.- La atención y curación de los enfermos y los cuidados a los incurables.
- 4.- La evitación de la muerte prematura y la búsqueda de una muerte tranquila.

Y en cuanto a las aspiraciones de la medicina como profesión con responsabilidad social, este trabajo concluye lo siguiente:

- Ser honorable y dirigir su propia vida profesional.
- Ser moderada y prudente.
- Ser asequible y económicamente sostenible.
- Ser justa y equitativa.
- Respetar las opciones y la dignidad de las personas.

Estos fines, más que técnicos, están fundamentados en aspectos valóricos, los que son inherentes a la vida humana y su dignidad. La odontología no puede quedar al margen de estas discusiones, por el contrario, comparte plenamente estas aspiraciones para la medicina del siglo XXI, haciendo propicia la oportunidad para dar forma a fines propios para el cuidado de la salud bucal, cuyo valor es la integración plena de lo corporal y la vida emocional.

Existen en la actualidad cambios sociales, culturales y sanitarios que han modificado drásticamente el medio en el que la odontología se desenvuelve. A modo de ejemplo nos permitimos mencionar:

- 1) Incremento de la esperanza de vida de las personas.
- 2) Abismantes avances tecnológicos.
- 3) Enfermedades bucales como la caries y periodontales mantienen su alta tasa de morbilidad.
- 4) Enfermedades transmisibles como el SIDA, que han cambiado nuestras prácticas clínicas.
- 5) Incremento de valores sociales como la estética corporal.
- 6) Mayor ejercicio de la autodeterminación por parte de los pacientes, como herramienta para el logro de un proyecto de vida particular.

- 7) Acceso más expedito a las fuentes de información que favorecen los conocimientos y distorsiones en salud.
- 8) La judicialización de la odontología.

Veamos en forma general 3 ejemplos de los anteriores:

A.- La mayor esperanza de vida de las personas:

Este problema no es exclusivo de los países desarrollados, lo es también para las naciones en vías de desarrollo como Chile. En las próximas décadas aumentará el número de ancianos, que como grupo supondrán además un mayor porcentaje de la población total, duplicándose la cantidad de personas de más de sesenta y cinco años, y puede que se tripliquen los de más de ochenta y cinco. Los Fines de la Medicina (2004).

En un reportaje denominado “Chile se está poniendo más viejo” publicado por el diario por El Diario El Mercurio con fecha 15 de mayo de 2006, se expresa: “Según proyecciones del World Population Prospects, desde ahora hasta el 2050 la población mundial mayor de 60 años se duplicará. Chile no será la excepción, a partir del 2010 nuestro país presentará un explosivo crecimiento de este segmento, debido a la caída de las tasas de natalidad y al aumento de las expectativas de vida. Hoy Chile tiene 1.800.000 personas mayores de 60 años, pero para el año 2020 se espera que esta cifra llegue a 3.300.000 personas”.

Estos hechos objetivos determinarán que nos debemos enfrentar en forma creciente a pacientes con problemas de salud general de distinta gravedad que afecten los tratamientos odontológicos: diabetes, patologías cardiovasculares, enfermedades mentales, degenerativas, invalidantes, etc. Son cada día más frecuentes los pacientes postrados, los pacientes en asilos de ancianos, los pacientes octogenarios y los pacientes que son internados en centros asistenciales por períodos extensos y que requieren de nuestra intervención profesional.

Las condiciones para dar atención a un paciente postrado no son las mismas que en un paciente en el sillón dental, o del mismo modo, un paciente con

enfermedades de base representa desafíos clínicos mayores para los que se requiere una preparación académica y experiencia clínica dedicada. Muchos de estos pacientes no podrán ser atendidos en condiciones tradicionales en una consulta dental, requiriendo en forma frecuente infraestructura médico-quirúrgica especializada.

Es innegable que el factor de la edad y expectativas de vida establece influencias drásticas sobre la Relación Odontólogo – Paciente, para las que las futuras generaciones de profesionales deben estar preparadas.

B.- Los avances tecnológicos en odontología:

En las últimas décadas las modernidades de la profesión han estado orientadas por una parte a las funciones como la ergonomía de la consulta odontológica, a los aspectos estéticos del equipamiento de modo de mejorar su presencia y mitigar el rechazo emocional de los pacientes, al diseño y colorido de los ambientes clínicos, etc. Sin duda se la logrado el objetivo de influir positivamente en las personas para una odontología más cercana y amigable, modificando en parte la tendencia histórica de miedo y dolor.

En lo clínico, la odontología cuenta con técnicas de prevención exitosas, restauraciones estéticas, materiales clínicos mejor aceptados desde el punto de vista biológico, nuevas técnicas quirúrgicas que permiten grandes correcciones faciales, protocolos clínicos que conservan en boca piezas dentarias que antes eran extraídas, consolidación de la implantología como una especialidad, técnicas más indoloras, etc. Todo lo cuál ha incrementado las opciones de nuevos tratamientos tanto conservadores como de rehabilitación, pero al mismo tiempo se han abierto nuevos desafíos, sobre los cuales no necesariamente estamos preparados.

La medicina y la biología han hecho progresos espectaculares en estos últimos decenios, aportando beneficios insustituibles a la salud y al bienestar de hombres y mujeres. Pero esos progresos abren nuevas interrogaciones, pues ellos implican al mismo tiempo nuevos riesgos. Por lo tanto, es imperioso que el desarrollo de la ciencia no deje de estar al servicio del individuo (**OPS, 1999**), es

decir, el sujeto como persona debe estar siempre en el centro de nuestra preocupación de modo de ir a la búsqueda de aquellas terapéuticas que se orienten al logro del bien y mejor interés para quien padece.

Es evidente que esta amplia capacidad de elección de técnicas y nuevos tratamientos, trae simultáneamente consigo dilemas clínicos, éticos y sociales que obligan a soluciones complejas, comprendiendo además que los errores en la práctica odontológica son una realidad que va en incremento. Los tratamientos de alta complejidad involucran un mayor riesgo, en los que se combinan 3 factores: una alta probabilidad de error, una frecuencia significativa y un daño potencial importante para el paciente Ferraco Citado por Chomali y Mañañich (2006).

C.- La judicialización de la odontología:

La judicialización de la odontología es una realidad concreta, tanto por la mayor incidencia de conflictos como por las circunstancias de cómo los medios de comunicación los tratan y difunden, en los que se aprecia una combinación perversa de sensacionalismo y publicidad. Los odontólogos en cierta forma, asumimos esta realidad con temor, motivándonos a un ejercicio clínico con mayor tensión y defensivo.

La judicialización de la odontología es posible analizarla desde dos perspectivas distintas:

- 1.- Aquella que se relaciona directamente con demandas en los Tribunales de Justicia, riesgo de indemnizaciones altas y de daño en la imagen profesional.
- 2.- Una visión más positiva ante los cambios socioculturales y de los derechos de las personas, nos permitirá adaptarnos y prepararnos para ejercer la odontología bajo condiciones distintas a las históricas acostumbradas, en la que el profesional adoptaba decisiones terapéuticas unilateralmente, siendo el paciente un mero receptor de tales determinaciones.

“Con estas transformaciones, Chile pasó a tener una doble agenda: una “premoderna” centrada en déficit como la pobreza y el desempleo, y otra “posmoderna”, centrada en los efectos del progreso, tales como la seguridad, el medio ambiente, el individualismo, la crisis de identidad, entre otros, Chomali M.,

Mañañich J. **(2006)**. Nosotros podemos agregar que la medicina continuará estando en la discusión social como un tema de importancia trascendente para las personas. La opinión pública continuará ejerciendo en forma creciente sus derechos en salud por los medios que estén a su alcance. Las personas valoramos más nuestra salud y el aspecto corporal constituye un bien individual con relevancia sociológica, y por lo tanto exigible.

En el ámbito de los cambios sociales, las personas también han modificado su comportamiento, lo que Tironi **(Chomali, Mañalich, 2006)** denomina “la irrupción de las masas” describiendo el poder y patrón de conducta de los consumidores, los que han alcanzado a los pacientes como consumidores en salud, modificando la forma de exigir sus derechos en una franca valoración de los servicios en directa relación con el costo de la atención clínica.

De este modo, la judicialización de la odontología indudablemente representa un riesgo poco acostumbrado por los odontólogos, pero sin embargo más que temer a sus peligros paralizantes, es necesario adoptar una postura personal y gremial de carácter preventivo, no precisamente ante la justicia, sino que de respeto moral. Si comprendemos que los conflictos de la Relación Odontólogo – Paciente son en gran parte atribuidos a nuestra responsabilidad, comprenderemos que el ejercicio de la autonomía es un derecho pleno del paciente. El ejercicio de la libertad o libre albedrío, de la cual se desprende la autonomía como expresión interna, no significa solamente la capacidad de elegir objetivamente entre esto o aquello, sino que al mismo tiempo, implica una decisión sobre lo que queremos hacer de nosotros mismos, comprende una libertad interna, en cuanto a nuestro querer y actuar, no estamos determinados unívocamente, vale decir libertad de hacer y de querer. La libertad de querer expresa un ser dueño de sí, desde donde se condiciona la actividad moral **(Casas, 2003)**.

En resumen, podríamos mencionar los siguientes factores como parte de la génesis de la judicialización de la odontología:

1.- Históricos:	Evolución social
2.- Técnico – científico:	Calidad del acto médico
3.- Derecho:	Ejercicio de la libertad
4.- Sociológico:	Ejercicio de la autonomía
5.- Académico – científico:	Conocimiento y destreza técnica
6.- Legal:	Leyes vinculantes y regulatorias
7.- Económico:	Valorización de las prestaciones odontológicas
8.- Trato clínico:	Deshumanización de la odontología
9.- Axiológico:	Valores del paciente y odontólogo
10.- Interacción humana:	Relación Odontólogo – Paciente
11.- Antropológicos:	Persona - dignidad - enfermedad

Nos encontramos ante la obligación de comprometernos con una perspectiva de la integridad humana, comprendiendo sensiblemente las relaciones entre el cuerpo y la mente, las vivencias de las enfermedades y sus consecuencias para la vida, el arte de las relaciones y comunicaciones entre las personas, factores que podríamos agrupar en lo que denominaríamos una **Odontología Holística**, la que se enfrenta de principio a fin con la universalidad de la naturaleza humana, cuya motivación y existencia está dada en el sanar, ayudar, cuidar y curar, (F. D´Agostino, 2004).

4.- CONFLICTOS Y DILEMAS ETICOS EN ODONTOLOGIA.

Si bien es cierto la Bioética inicia sus fundamentos a partir del Juicio de Nuremberg, a propósito de las graves transgresiones en materia de derechos humanos que se cometieron contra la población judía durante la Segunda Guerra Mundial, se hace preciso reconocer que las responsabilidades morales de la medicina para con las personas han sido una preocupación permanente a través de la historia. Un ejemplo de ello, son los contenidos del Juramento Hipocrático que analizaremos en el capítulo siguiente. Sin embargo el siglo XX y XXI han marcado una tendencia diferente en relación a las poderosas nuevas técnicas odontológicas que ahora son posibles de aplicar producto del avance científico y tecnológico, lo que ha ampliado los límites en cuanto a la posible manipulación del ser humano, por lo tanto el juicio moral del odontólogo es sustancialmente distinto y necesario, lo que se enfatiza con las palabras del Dr. N Fost citado por Beauchamp y McCullough **(1987)**: “todo paciente representa un problema ético. Desde decisiones del tipo si es conveniente discutir los riesgos de la aspirina con el paciente, a otras, como si debe informar a los padres de un estudiante de medicina o un interno que está realizando por primera vez una determinada técnica con su hijo”. J.M. Clavel **(2002)** en su texto Antropología de la Fragilidad ha denominado como “Ética Dinámica” la forma del actuar de quienes deben resolver los dilemas, en la que se hace necesario un amplio criterio para utilizar los principios, la experiencia y la situación particular. Es una ética que se va construyendo con las personas y que está por hacerse en la experiencia de fallas, logros y la justa previsión futura”.

Cuando las opiniones morales del clínico y del enfermo difieren abiertamente, la relación puede hacerse conflictiva expresa D. Gracia, **(1998)**. Los conflictos en odontología van a tener su origen en cuanto a que el profesional se verá enfrentado cotidianamente a tener que decidir entre una obligación moral y otra, siempre teniendo como referencia el mejor interés del paciente, de modo de proteger la vida, la salud física integral, la psicológica y la bucal como parte de un todo unitario y no en cuanto a concederle una delimitación orgánica concreta.

Según el raciocinio de Ross citado por Beauchamp y McCullough **(1987)**, en cada circunstancia debemos hallar el mayor deber, encontrando el mejor beneficio de lo justo sobre lo injusto en cada contexto concreto, definición que introduce los conceptos de deberes prima facie, los que siempre hay que cumplir, siendo justo y válido.

La tecnología incrementa las posibilidades de intervenciones más complejas, costosas e insidiosas, las que continúan siendo un mero medio al servicio del profesional y de los pacientes. Esta mayor disposición de alternativas terapéuticas, facilita la instrumentalización de la persona enferma, situación en la que el paciente es abolido y marginado, circunstancia en la que el mejor interés deja de constituir un objetivo primario, el que debe lograrse bajo los principios básicos de no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía.

Beauchamp y McCullough **(1987)** expresan: “Muchos de los estudiosos de la ética médica tienden a creer que la evolución tecnológica de la medicina es la fuente principal de estos problemas morales”, ampliando el campo de posibles intervenciones más allá de una mera función de apoyo, y esta mayor instrumentación conlleva mayores posibilidades de dolor y sufrimiento que las técnicas más elementales, pero no siempre es una fuente nueva de dichos problemas. En gran medida los conflictos morales que se enfrentan hoy en odontología, son los mismos que hace siglos, sólo que estos se modifican según la evolución social y los avances científicos, siendo contingente una moralidad profesional más estricta para no caer en la abolición del sujeto.

En otras palabras, consideramos que en la Relación Odontólogo-Paciente no caben los intereses propios del odontólogo en cuanto a la instrumentación del paciente para fines que no se encuentren incluidos en los actos de curar y sanar. Se deben tener razones morales defendibles al mantener una postura, y ni dicha postura ni los motivos para mantenerla pueden justificarse si se basan exclusivamente en prejuicios, emociones, datos falsos, ni la autoridad de otras personas. “Esta cuestión es crucial, pues los principios morales proporcionan razones para actuar que trascienden a las creencias particulares de cada médico en particular”. **(Beauchamp, McCullough, 1987)**.

Vale decir, la definición particular del mejor interés para un paciente, está lejos de formar parte de una decisión unilateral de parte del odontólogo y de terceras personas, por el contrario, la salud del paciente es el fin de un proceso de comunicación y deliberación consensuada, en la que por definición el paciente juega un rol protagónico aunque no lo pueda ejercer por limitaciones físicas o mentales y en ausencia de un autoritarismo profesional. Existen ciertamente situaciones clínicas como las urgencias con riesgo vital, en la que el profesional podrá iniciar acciones terapéuticas inmediatas sin el debido consentimiento.

En razón de la individualidad de cada persona y en virtud de que no existen enfermedades sino enfermos, los dilemas morales y clínicos se desarrollan desde la premisa que en odontología no existen únicas alternativas terapéuticas y respuestas categóricas para las interrogantes que nuestros pacientes nos plantean. La teoría del razonamiento ético tiene la virtud de reducir los grados de error, pero siempre existirá el fracaso como certeza probabilística. La teoría ética introduce claridad y coherencia, pero no resultados perfectos. **(Beauchamp, McCullough, 1987).**

Recordemos siempre que en odontología el éxito de los tratamientos no se basa en la aplicación de una técnica perfecta y sofisticada, sino que en su capacidad de hacer a la persona enferma más feliz. Henri Anrys en el libro *La Salud y los Derechos Humanos (1999)*, enfatiza que los progresos de la ciencia plantean cada día nuevos problemas éticos, el médico debe encontrar su estrecho camino entre las ventajas enormes que se perfilan para la humanidad y los abusos o las desviaciones posibles de la ciencia. Vale decir, frente a la definición de un tratamiento, siempre se deben ponderar los valores e intereses propios del paciente, las mejores alternativas terapéuticas al alcance y su plena aceptación previa de acuerdo a los conceptos de autonomía contenidos en el consentimiento informado, por el que se ejerce la voluntad y la libertad. No es válido aquél consentimiento sin la adecuada información previa comprensible.

Es posible que la odontología se hubiese preocupado en forma secundaria del sujeto y de la vivencia de la persona enferma. Por el bien de nuestra profesión, quizás ha llegado el tiempo de cambio, iniciando un diálogo deliberativo:

¿Pero, cómo podríamos deliberar sin un pleno conocimiento de los dilemas éticos de nuestra profesión? Al igual de lo que afirma el Dr. Alejandro Goic (2000) , sus palabras parecen plenamente aplicables a la odontología: “Tengo la íntima convicción que el destino de la medicina como actividad humana – en su ejercicio individual así como en las expectativas que en ella tiene puesta la sociedad – se está jugando y se jugará en el futuro, no en el terreno científico y tecnológico, por espectacular que este sea, sino que en el de sus valores sustantivos, tanto los de naturaleza técnico – profesional como ética”.

Los conflictos tanto en su manejo como en su prevención, van a intervenir factores de variada índole, siendo los principales el conocimiento científico, la experiencia, la capacidad humana para establecer juicios morales, la comprensión de la vivencia de la enfermedad, el reconocimiento del sufrimiento ajeno y los valores propios de una relación humana fructífera como lo son la veracidad y la confianza.

Aquí nos enfrentamos a diario con conflictos, los que por su naturaleza están alejados de la muerte o enfermedades graves, pero no podemos desconocer que de igual forma estos dilemas requieren de nuestra preocupación ya que son parte de la profesión. Es de suma importancia que los Odontólogos comprendamos el real escenario social, cultural, jurídico y económico en el que nos desenvolvemos profesionalmente, factores que muchas veces logran sobrepasar a la Relación Odontólogo – Paciente. Ya es parte del recuerdo aquella odontología que se circunscribía únicamente a los límites de la consulta particular y en cuyas paredes se enfrentaban y resolvían los conflictos. Los hábitos virtuosos del profesional harán inclinar la balanza hacia el bien hacer o acciones compatibles con aquellos criterios morales universales.

A modo de ejemplo, mencionaremos algunos dilemas en odontología, sobre los que se requiere una acción profesional sustentado en un juicio y responsabilidad moral, tomando en consideración las circunstancias propias del paciente, la enfermedad, sus consecuencias y entorno socio-cultural:

- 1.- Tratamiento odontológico en pacientes terminales y postrados.
- 2.- Manejo del Diagnóstico de enfermedades graves.
- 3.- Comunicación de malas noticias.
- 4.- Asentimiento en pacientes menores de edad.
- 5.- Consentimiento informado.
- 6.- Enfermedades transmisibles.
- 7.- Tratamientos experimentales en seres humanos.
- 8.- Pacientes que rechazan tratamientos.
- 9.- Objeción de conciencia.
- 10.- Privilegio terapéutico.
- 11.- Uso racional de recursos.
- 12.- Solicitudes de licencias y recetas sin justificación.
- 13.- Tratamiento de enfermos con discapacidades mentales.
- 14.- Odontología en personas de edad avanzada.
- 15.- Confidencialidad.
- 16.- Realización de tratamientos en base a los recursos económicos del paciente.
- 17.- Interacción Profesional: Odontólogo – Odontólogo y equipos de salud.
- 18.- Limitación esfuerzo terapéutico – encarnizamiento terapéutico.
- 19.- Toma de decisiones en caso de urgencias.
- 20.- Conflictos familiares que afectan la indicación y evolución de tratamientos
- 21.- Odontología en la tercera edad

Los dilemas morales durante la práctica odontológica, establecerán la necesidad de acceder a procedimientos de razonamiento y análisis morales que colaboren con la búsqueda de la mejor solución clínica en vistas de respetar el mejor interés del paciente. A continuación, presentamos ejemplos de alternativas que a juicio del Dr. J. Beca **(2005)** pueden desencadenar en la toma de decisiones a propósito de conflictos y dilemas:

- 1.- Continuar o no los tratamientos.
- 2.- Aplicar una u otra técnica diagnóstica o terapéutica.
- 3.- Abstenerse de iniciar tratamientos.
- 4.- Suspender tratamientos
- 5.- Pasar a esquemas de cuidados paliativos y no curativos
- 6.- Decidir tratamientos paliativos
- 7.- Trasladar al paciente a otros centros
- 8.- Establecer apoyos a los pacientes: psicológico, social, espiritual
- 9.- Apoyar a la familia del enfermo
- 10.- Apoyar al equipo de trabajo y al personal de enfermería

Dado lo complejo y amplitud del tema, su análisis en profundidad es una tarea pendiente, labor que sin lugar a dudas podrá fortalecer nuestra responsabilidad para con los pacientes.

5.- EL JURAMENTO HIPOCRÁTICO. SU RELEVANTE ACTUALIDAD EN ODONTOLOGÍA.

El Juramento Hipocrático ha tenido históricamente una amplia discusión acerca de su importancia en la atención clínica en medicina, en cambio, a mi juicio en odontología su relevancia ha sido equivocadamente soslayada por razones que desconozco. En razón a su importancia para todas las profesiones de la salud y su íntima relación con la Relación Odontólogo - Paciente, hemos decidido incluir un somero análisis en esta Tesis, con lo que buscamos su mayor valoración en la alta responsabilidad que ostentamos los odontólogos.

1.- El Juramento Hipocrático no es un largo y tedioso documento con un lenguaje complejo de entender. Por el contrario, su texto no incluye más que un grupo de párrafos breves pero sustanciosos, los que han sido escritos mediante un lenguaje simple pero de un relevante contenido.

2.- Sus extensos análisis históricos, menciones académicas, incorporaciones bibliográficas y numerosos códigos de ética deontológicos gremiales basados en este Juramento, hablan de su trascendencia para todas las profesiones médicas sin exclusiones, manteniendo a la fecha su vigencia como referente ético obligado.

3.- La odontología como una profesión al cuidado de la salud bucal y como parte de los equipos sanitarios, deberá estar siempre sustentada en los valores que representan el servicio a las personas y la comunidad, haciendo suyos los postulados de este Juramento y sus implicancias para el ejercicio profesional.

4.- Sus contenidos de amplia profundidad confirman una visión de carácter universal para la práctica de la salud, en la que deben ser abolidas las discriminaciones, donde las profesiones médicas deben ir siempre en busca de la excelencia en beneficio de los pacientes.

5.- La odontología constituye una profesión de servicio y ayuda, a la que las personas enfermas recurren para recuperar su salud, estableciéndose siempre una relación humana.

6.- No cabe duda alguna que la odontología, no ha estado ni estará al margen de estos compromisos. Esta disciplina debe velar por los contenidos valóricos de este

hermoso y sustantivo documento, en el que con breves palabras se ha transformado en una herencia universal para las profesiones médicas.

TEXTO JURAMENTO HIPOCRÁTICO

Juro por Apolo médico, por Asclepio, Higía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos como testigos,
dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y la alianza siguientes.

Tener al que me enseñó este arte en igual estima que a mis progenitores,
compartir con él mi hacienda
y tomar a mi cargo sus necesidades si le hiciese falta;

Considerar a sus hijos como hermanos míos
y enseñarles este arte, si quieren aprenderlo,
de forma gratuita y sin compromiso;

Hacerme cargo de la preceptiva, la instrucción oral y demás enseñanzas,
de mis hijos, de los de mi maestro,
y de los discípulos que hayan suscrito el compromiso y estén sometidos por el juramento a la ley médica,
pero a nadie más.

Haré uso del régimen de vida para ayuda del enfermo, según mi capacidad y recto entender,
Del daño y de la injusticia me preservaré.

No daré a nadie aunque me lo pida, ningún fármaco letal, ni haré semejante sugerencia.

Igualmente tampoco proporcionaré a mujer alguna un pesario abortivo.

En pureza y santidad mantendré mi vida y mi arte.

No haré uso del bisturí ni aun con los que sufren del mal de piedra.

Dejaré esa práctica a los que la realizan.

Al visitar una casa, entraré en ella para bien de los enfermos, absteniéndome de todo agravio intencionado o corrupción, en especial de prácticas sexuales con las personas, ya sean hombres ya mujeres, esclavos o libres.

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquellos que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.

Si soy fiel a este juramento y no lo quebranto, séame dado el gozar de mi vida y de mi arte, rodeado de la consideración de todos los hombres.

Pero si lo violo y cometo perjurio, que me ocurra todo lo contrario.

¿Puede un documento escrito hace 2500 años continuar siendo un referente para la práctica clínica de la odontología contemporánea a pesar de los sustanciales cambios culturales y bio-tecnológicos?

Nos surgen los siguientes alcances:

- 1.- La vigencia e integridad del Juramento Hipocrático como el primero de los cánones perpetuos de la medicina, nos viene a demostrar que aquellos valores incluidos y propiciados como precepto, se han mantenido en su mayor parte inmunes a los cambios sociales y avances tecnológicos, lo que demuestra su magnificencia junto a la sencillez de sus palabras. Mantiene incólume su mensaje con el pasar de los siglos, de las culturas y contingencias propias de cada época.
- 2.- Los cambios culturales, las enfermedades, las sociedades, las personas, las economías y las normas morales en 25 siglos han evolucionado de la forma que conocemos, cambios que por cierto han determinado un importante desarrollo de la medicina y consecuentemente inconmensurables beneficios para la sociedad.

Sin embargo es necesario reconocer que las vivencias emocionales de las personas continúan generando los mismos miedos ante la enfermedad. Hay cosas que han cambiado, pero hay otras que permanecen idénticas, expresa Diego Gracia. **(2004)**

3.- La responsabilidad moral y ética de las profesiones de la salud es un juramento social, que no se ha modificado sustancialmente, al menos en sus aspectos teóricos.

4.- Los valores universales que acompañan toda vida biológica y de la raza humana en particular, nunca han estado sujetas a juicios de valor, su respeto es exigido como un bien común universal. La vida se ha desarrollado por su fuerza natural intrínseca, la que es imposible de doblegar.

5.- La vivencia de la enfermedad para la persona continuará siendo la misma, sólo que la sociedad observa la enfermedad más que un dolor para el enfermo, como una agresión para la integridad social, por lo que muchas personas ocultan sus padecimientos ante el miedo al rechazo y la exclusión, incorporándose en ellas un sentimiento de soledad. Esta soledad es representación de que la enfermedad me afecta sólo a mí, y no guarda relación con la presencia o ausencia de la compañía de otras personas, la que representa un medio de mitigación.

El Juramento Hipocrático ha sido desde tiempos muy remotos el procedimiento más solemne y sagrado que han tenido los seres humanos para comprometerse con los demás y ha de realizarse conforme a un rito **(Gracia, 2004)**. El profesional se compromete moralmente en el respeto a los valores intrínsecos del ejercicio profesional para ayudar, curar, sanar, cuidar y acompañar las personas enfermas y afligidas, respetando al ser humano, su vida, la dignidad del hombre, la gratitud, la compasión, la justicia, la honestidad, la humildad, la santidad, la integridad, la voluntad de auxiliar y la confidencialidad. La humildad para A. Schopenhauer **(2002)** es: “La visión de la miseria de otros, ¿nos hará orgullosos o nos hará humildes? En unos causará el primer efecto, en otros el segundo”. Es comprensible que la enfermedad constituye un factor de miseria y sufrimiento, para cuyo tratamiento y acompañamiento requerimos una alta cuota

de humildad. Los profesionales de la salud podemos estimar que los conocimientos y el manejo de una técnica nos hace situarnos en un nivel por sobre cualquier mortal, pero no es así, somos igualmente vulnerables a la enfermedad y la muerte, lo que determina la absoluta igualdad.

El gran valor contemporáneo del Juramento Hipocrático concebido en una realidad sociológica, médica, técnica y ética muy distinta, en el que se invoca a Dios como testigo, constituye un “compromiso de orden espiritual y moral” para los profesionales de la salud y en una proclamación libre y voluntaria de fidelidad al vínculo o compromiso adquirido con el Juramento **(Goic, 2000)**.

El odontólogo debe reconocer los valores y virtudes que involucran el servicio para ir en ayuda de los enfermos y de su sufrimiento. El Juramento Hipocrático constituye una herencia moral y ética, siendo ampliamente respetado como un referente permanente para las acciones terapéuticas emprendidas para el cuidado de la salud de las personas. Los valores preconizados por el humanismo en la práctica clínica, son una necesidad para el equilibrio ante el excesivo tecnicismo y abolición del sujeto humano.

“El Juramento Hipocrático ha sido el documento paradigmático de ese rol sacerdotal o rol profesional que en la medicina griega era propio de sacerdotes, reyes, jueces y médicos. Este rol se caracteriza ante una concepción religiosa, y de modo de unirse a una elevadísima responsabilidad ética. **(Gracia, 1998)** De este modo, a las profesiones médicas se le asignan un valor en su responsabilidad con las personas, en cuanto a preservar la vocación de servicio en el ejercicio profesional. Entendemos por vocación, el llamado interior de una persona por dedicar su vida a un determinado trabajo o función, independientemente de la naturaleza de la labor a realizar. El Diccionario de la Lengua Española define vocación como “inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de religión” o también incluye por vocación “inclinación a cualquier estado, profesión o carrera”.

“Podemos concluir que la ética profesional se despegaba de la ética ordinaria, y coloca a quienes la detentan en un nuevo nivel. Por tanto, la medicina y la

odontología no son un simple oficio, y las profesiones no están obligadas sólo al bien hacer, sino a la perfección de la profesión” (**Gracia, 1998**).

Lain Entralgo (**2003**) enuncia 4 factores que dan forma a la medicina hipocrática:

Primero: la Phycis o naturaleza de las cosas, sean estas particulares o generales.

Segundo: por la razón del hombre es posible desarrollar el conocimiento de la Phycis.

Tercero: la técnica (tekhné) puede interferir la naturaleza y funcionalidad propia de la Phycis, ya sea para su perfección o supresión, entendiendo el qué de las cosas.

Cuarto: el logos de la Phycis debe ser objeto de una necesidad, los que pueden ser por azar o tykhé o por movimientos de las cosas cuya razón es la necesidad absoluta que los griegos llamaron ananké. La fisiología (physiología) es el conocimiento de lo que sucede en la naturaleza por necesidad.

De este modo, se empiezan a constituir las bases propias del cuidado de la salud y de la relación humana entre el médico y el enfermo: el encuentro humano, el conocimiento y la técnica. Aparece de esta forma en la medicina griega, el hombre como ser natural con vida biológica e incesante capacidad y curiosidad del hombre por explicarse los por qué de la naturaleza y de la vida, la técnica como medio de intervención de la naturaleza y por último la fisiología, en donde el movimiento de lo biológico tiene una razón que hay que descubrir y descifrar. Pero este afán curioso de descifrar los códigos de la vida humana será compartido con la comprensión de la naturaleza limitada del hombre por curar las enfermedades.

Odontología y el Juramento Hipocrático

No cabe duda que la Odontología nunca ha estado ajena a las implicancias que reviste para la profesión su responsabilidad en el fomento, recuperación y rehabilitación de las enfermedades que afectan la cavidad bucal, las piezas dentarias y los tejidos anexos. Es una profesión juramentada teniendo como testigo a Dios y la sociedad. Pero esta responsabilidad no está únicamente orientada a la eliminación de la enfermedad como una entidad patológica aislada,

sino que en un ejercicio profesional en que es el sujeto enfermo debe estar en el centro de nuestra preocupación. La excelencia profesional constituye el fin de la medicina, D. Gracia **(2004)** manifiesta que cualquier dimensión inferior es insuficiente.

Los odontólogos también tenemos la responsabilidad de cuidar la vida de nuestros pacientes a través del continuo perfeccionamiento, vigencia profesional en cuanto al conocimiento de las distintas técnicas diagnósticas y terapéuticas, y en la utilización del criterio clínico para que en conjunto con el paciente se establezcan las terapias que vayan encaminadas hacia su mejor interés.

La confidencialidad está expresamente incluida en el Juramento, teniendo los odontólogos la obligación expresa de no violar el secreto profesional, no divulgando información contenida en la ficha clínica o aquella que sea comunicada verbalmente por el paciente. El no cumplimiento de esta norma básica en la Relación Odontólogo – Paciente trae consigo como consecuencia la fractura permanente de la confianza entre el profesional y su paciente.

En las conclusiones finales del Juramento, se hace mención a las circunstancias del quiebre del juramento, en la que se alude a la retribución de goce en caso de su cumplimiento o de castigo por la situación contraria. Esto quiere decir muy claramente que el odontólogo debe en forma permanente cumplir durante toda su vida profesional los preceptos hipocráticos.

Los principios bioéticos que se incluyen con mayor claridad para la época contemporánea son los de beneficencia y no maleficencia, es decir la actividad clínica odontológica estará siempre regida por la búsqueda del bien y en el evitar todo daño innecesario a los pacientes.

Por ejemplo, el manejo del dolor tan frecuente en odontología, exige una postura profesional de la máxima severidad para actuar con prontitud y evitar daños mayores a consecuencia de una terapia extemporánea. Esto exige del profesional una actitud de amplia comprensión de la sensibilidad y vivencias por parte del paciente, de modo de comprender el sufrimiento. F.J.J. Buytendijk **(1958)** se refiere al dolor como sentimiento con las siguientes expresiones: “La inevitabilidad del sentimiento de dolor es mucho mayor que la de todo placer,

incluso el corporal, pero también mayor que en todas las formas de sufrimiento espiritual. Pues éste está enlazado íntimamente con representaciones y pensamientos, recuerdos y esperanzas que, aun en la inmediatez de la vivencia, le confieren una estructura llena de sentido”.

Muchas situaciones aparentemente banales como la pérdida de una pieza dentaria o un fracaso de un tratamiento restaurador, involucran vivencias para el paciente que pueden afectar ampliamente su vida emocional y de relación. Un odontólogo que actúe con prontitud y efectividad será reconocido por el paciente ganándose su confianza.

En resumen, en el análisis pormenorizado de todos sus capítulos, encontraremos amplias similitudes con las responsabilidades de la odontología para con las personas, en la que el odontólogo preservará ante todo la integridad física y mental de sus pacientes, conservando permanentemente el nombre y el prestigio profesional como virtud. Será virtuoso el odontólogo que tome las decisiones correctas y sustentadas por el conocimiento científico y que además ejerza su profesión bajo criterios de humanidad y consideración por el sufrimiento ajeno, donde necesariamente deberá ser ejercida la bondad, la generosidad, la condescendencia y el encuentro.

6.- DECLARACIÓN ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL 1948.

Una versión contemporánea y contextualizada del Juramento Hipocrático a la cultura social y médica actual, ha sido publicada por la Asociación Médica Mundial en Ginebra el año 1948 transcurriendo el mes de Septiembre. Esta declaración no pretende en sus objetivos modificar sus fortalezas esenciales, por contrario, está adaptación contiene expresiones bajo un lenguaje vigente:

- 1.- Prometo solemnemente consagrar mi vida al servicio de la humanidad
- 2.- Otorgar al maestro el respeto y gratitud que merecen
- 3.- Ejercer mi profesión a conciencia y dignamente
- 4.- Velar ante todo por la salud de mi paciente
- 5.- Guardar y respetar los secretos confiados a mí, incluso después del fallecimiento del paciente.
- 6.- Mantener incólume, por todos los medios a mi alcance, el honor y las nobles tradiciones de la profesión médica.
- 7.- Considerar como hermanos y hermanas a mis colegas.
- 8.- No permitiré que consideraciones de afiliación política, clase social, credo, edad, enfermedad o incapacidad, nacionalidad, origen étnico, raza, sexo o tendencia sexual se interpongan entre mis deberes y mi paciente.
- 9.- Velar con el máximo respeto de la vida humana desde su comienzo, incluso bajo amenaza, y no emplear mis conocimientos médicos para contravenir las leyes humanas.
- 10.- Hago estas promesas solemne y libremente, bajo mi palabra de honor.

7.- QUE ENTENDEMOS POR RELACIÓN ODONTOLOGO-PACIENTE.

La Relación entre un profesional de la salud, ya sea médico, odontólogo, kinesiólogo, etc. y el paciente, ha sido el fundamento de un gran número de escritos e investigaciones a lo largo de toda la historia de la medicina, lo que sin lugar a dudas es la más clara demostración de su complejidad. La Relación Odontólogo-Paciente, ha evolucionado acorde a las tendencias del desarrollo social, económico, político y cultural, donde el avance científico - tecnológico no ha estado exento de controversias. En la actualidad estamos al frente de importantes conflictos humanos en el interior de esta Relación, principalmente por insatisfacciones de los pacientes, lo que sufren el distanciamiento con su terapeuta, siendo motivo de frustraciones por la falta de un verdadero reconocimiento de la enfermedad y su sufrimiento asociado, a lo que se agrega por parte de los pacientes una mayor percepción de instrumentación clínica. Esta realidad es afrontada así por G. Mannita **(2005)**: “Entre las relaciones que albergan un malestar, la relación médico-paciente ha sido una de las más estruendosas, con acusaciones, denuncias, reclamos, sentencias, códigos de ética, compromisos y tratados mundiales de por medio”.

L. Entralgo **(2003)** describe una pregunta fundamental al momento de establecer contacto con un paciente que nos consulta: ¿Qué fin ha movido al enfermo a buscar ayuda que de hecho recurre? Este análisis de conciencia del profesional constituye la base humana, moral, filosófica, antropológica y clínica de la futura Relación Odontólogo-Paciente, es el inicio que nos permitirá asumir la misión social de nuestra profesión y aquella responsabilidad para quienes nos necesitan.

Entendiendo que en Chile la odontología actual se practica en diversas estructuras organizacionales y no tan sólo en la consulta privada, adquiriendo relevancia los hospitales, consultorios, instituciones sin fines de lucro, universidades públicas y privadas, empresas de salud, en muchas de las cuales ya no se elige al odontólogo tratante por referencias personales, el vínculo humano de la Relación Odontólogo-Paciente continúa sustentada en la fraternidad entre dos seres humanos, aunque podemos discutir su verdadera realidad actual.

Pareciera ser que los cambios sociológicos, económicos y políticos de la sociedad que promueven la individualidad por sobre la fraternidad, no logran afectar de manera sustancial la sensibilidad con la cual las personas desean ser tratadas, en especial en aquellos momentos complejos de la vida como los estados de enfermedad, donde la debilidad se incrementa y se recurre con mayor fuerza a la ayuda médica, la acogida y comprensión.

Más que menospreciar esta Relación Odontólogo –Paciente que pareciera encaminarse por la senda preferente de la instrumentalización, tanto en sus medios y como en sus fines, se hace necesario su fortalecimiento en la medida que consideremos que constituye el fundamento de la práctica clínica. La instrumentación del hombre versus la introducción del sujeto como fin último, hacen la diferencia entre las frustraciones y una relación fructífera desde el punto de vista médico y humano.

Lo anterior, nos inclina hacia la humanización de la odontología, valores que tanto el paciente como el profesional han sido progresivamente sustituidas por un mayor pragmatismo. Para J. García y F. Alarcos **(2002)** en el libro “10 Palabras claves para humanizar la salud”, esta idea queda expresada de la siguiente manera: “En la praxis de la salud, la humanización tiene como objetivo último y radical posibilitar la vida personal integral. En este sentido, humanizar es un ponerse al servicio del ser humano para que éste pueda realizar sus posibilidades existenciales. Es no perder de vista que el hombre es un ser que se hace a sí mismo en el trato con los demás”. Por tanto, el odontólogo también debe considerar que a través de su experiencia clínica lograda con el transcurso de los años, se va obteniendo un crecimiento en cuanto persona en el modo de relacionarse con los pacientes.

La Relación Odontólogo - Paciente ya no es en rigor exclusivamente entre dos personas, las circunstancias y el medio en el que se desarrolla se han modificado notoriamente en relación a las influencia externas que en la actualidad se expresan. Sin embargo, comprendo la expresión del clínico Schweninger citado por L. Entralgo en el libro “El Médico y el Enfermo” **(2003)** cuando dice: “Cuando yo veo a un enfermo, él y yo estamos como en una isla desierta”. En esta reflexión

existe una clara alusión a la confidencialidad y al hecho que la relación entre el odontólogo y su paciente es por definición auto envolvente, es decir crece en una especie de movimiento centrípeto que se alimenta por ella misma. Lo inverso, representado particularmente por la desconfianza, repercute en una relación desarticulada y desvanecida. En toda relación humana es necesario se establezca una cierta complicidad mutua, que por cierto la Relación Odontólogo – Paciente no se encuentra exenta, complicidad entendida como algo de nosotros dos.

Es un imperativo crítico el que podamos comprender que la esencia de la profesión como misión social para el cuidado y recuperación de la salud bucal de las personas, está sustentada en la comprensión y valorización de la Relación, todo parte de aquí. En esencia es un vínculo entre personas emancipadas, y por lo tanto una interacción entre personas por sobre todo libres, libertad que permitirá ejercer los derechos individuales, recibiendo a cambio beneficios que tienen que ver con la recuperación de la salud bucal y restablecimiento de la capacidad vital. Es por lo tanto una relación colaborativa de dos personas adultas y autónomas, en orden a conseguir un fin ventajoso para ambos expresa Diego Gracia **(1998)**. La intolerancia no tiene espacio al interior de la Relación Odontólogo – Paciente, es una situación socialmente sensible, a lo que Adela Cortina **(1995)** se refiere con estas palabras: “Esta intolerancia, que llevamos metida en la masa de la sangre y que ha escrito buena parte de los capítulos más amargos de nuestra pobre historia, puede ser superada: puede y debe serlo”.

Mucho se ha escrito de los beneficios que involucra para el paciente una fructífera relación entre profesional y paciente, pero hay mucho que decir también de los beneficios que podríamos denominar como intangibles, que recibe el odontólogo y que no son lo suficientemente reconocidos y valorados, como las satisfacciones de haber dado plena respuesta ante la responsabilidad clínica asignada, favoreciendo la salud y la felicidad del otro. No perdamos de vista, que el odontólogo al ocuparse de la salud, también está favoreciendo la felicidad, y no tan sólo del paciente, sino que de su entorno más íntimo como su familia. Recordemos que la Relación Odontólogo-Paciente afecta positiva y negativamente al paciente, pero consecuentemente lo hace con las personas cercanas al

enfermo. El que el encuentro clínico sea una especie de isla, no necesariamente está constituida por dos personas y sus reprecisiones van más allá del paciente y del odontólogo. Una persona sana y feliz ayuda a la felicidad de los demás. En cambio una persona que sufre hace sufrir a aquellos que está afectivamente próximos.

Para Lain Entralgo **(2003)**, es necesario resaltar que el fin último de la Relación Odontólogo-Paciente es la salud del enfermo, vale decir hacer hombres sanos. La salud para este autor es una realidad psicosomática, vale decir es una percepción individual y privada, siendo esta realidad la que permite el logro de otros fines del hombre como la felicidad, pero no será el odontólogo quién tenga en realidad a su haber la directa responsabilidad que su paciente sea verdaderamente feliz. Un hombre sano podrá ser finalmente bueno o malo y desgraciado o satisfecho. Pero evidentemente no podemos desconocer como profesionales del rol que objetiva y subjetivamente ejercemos en este sentido.

No sólo es requisito aplicar una técnica perfecta para el logro de un tratamiento, sino que también conocer al paciente en su intimidad, su biografía y su individualidad, para permitirnos tratarlo como persona y no como una cosa. En el objetivo de conocer a quién se necesita curar, V. von Weisäcker **(2005)** expresa lo siguiente: “Si la medicina clásica científico natural siempre destacaba que deseaba curar y ayudar y, en cambio, la psicoterapia decía que quería posibilitar que existan hombres libres, les falta algo a las dos. Porque esa medicina orgánica omitía qué es lo que en realidad se debía curar y a quién se le debía ayudar, y la psicoterapia omitía decir hasta qué punto un hombre puede ser libre.” En nuestra calidad de odontólogos, podríamos preguntarnos en forma sincera y franca: ¿Conocemos a nuestros pacientes?, ¿Intuimos lo que quieren?, ¿Actuamos de la forma que ellos esperan de nosotros?

Para D. Gracia en su libro “Bioética Clínica” **(1998)**, nos dice: “en la Relación Odontólogo-Paciente, junto a la técnica eficaz, efectiva y eficiente, deberán coexistir la camaradería y la amistad. En la camaradería convive la asociación cooperativa y solidaria. En cambio la amistad, es el resultado de la conjunción de la benevolencia, la beneficiencia y la confidencia”.

Inicialmente es una relación entre dos personas desconocidas, razón por la cuál siempre se inicia con una variable cuota de desconfianza mutua. Será el tiempo, la comunicación, la comprensión, el consenso y el entendimiento, factores que permitirán desarrollar un vínculo más humano dentro del marco de la excelencia técnica y la confianza. Cuando el enfermo confía, el odontólogo deja de pertenecer a un proyecto, sino que pasa a formar parte del mundo de la esperanza. Aunque en ocasiones la mirada del enfermo pueda ser también exigente, objetivante y hasta retadora (**Entralgo, 2003**). La philía o amistad griega, comprende la presencia y el bien del amado, y desea ser querido por él sin que esto incluya exclusividad absoluta. Esta amistad reside en compartir los gozos, sufrimientos y vida íntima de cada uno. La salud de nuestros pacientes nos preocupa hondamente, nos alegra su mejoría, nos angustia su agravamiento, y ello indica que se trata de una forma de amor, el “amor médico” (**Roa, 1998**). Es decir, que en la Relación Odontólogo – Paciente se intrincan la objetividad de la praxis y la subjetividad de los sentimientos, los que están representados por la amistad y el amor de compartir un desafío. En todo acto clínico se requiere como premisa el querer: querer hacerlo y bien, por sobre otras consideraciones, como la técnica a cambio de un contrato económico.

Más que ayuda técnica, diagnóstica y terapéutica, es amistad como encuentro humano, por la que se favorece la necesaria vinculación de un hombre enfermo y otro hombre, que por sus conocimientos puede curar, pero finalmente son hombres ambos, con sus virtudes, vicios y limitaciones, amor al hombre en cuanto hombre, philanthrópié y philotekhnié, amor al arte de curar. El amor al hombre en cuanto al hombre llama a la igualdad, es la dedicación exclusiva por la vocación de servicio y por ende el amor que desarrolla el odontólogo para cumplir con los preceptos de su responsabilidad profesional. Dice Platón: Donde hay philanthropie (amor al hombre en cuanto hombre), hay también philotekhnié (amor al arte de curar). Amistad del enfermo por el médico y del médico con el hombre, llama a la cercanía afectiva. Por el contrario, la autoridad como elemento de abolición del encuentro humano queda plasmada en las palabras siguientes de V. von Weisäcker (**2005**): “Si alguna vez el médico realiza una introspección y

examina su posición frente al paciente, le llamará desagradablemente la atención que su actividad profesional lo conduce permanentemente al rol de la autoridad. En el caso de la cátedra, del tribunal, de la administración, esto no traería ningún problema; pero en la relación médica esta superioridad condicionada por la situación no es tan fácil de combinar con el rol de servir y ayudar en un estado de emergencia que, como piensa el enfermo, no ha sido ocasionado por él mismo, y menos todavía lo ha pretendido”.

Por su parte, Alfonso Gómez-Lobo **(2006)**, define la amistad como aquél tipo de relación que se desarrolla entre una persona y un número limitado de otras personas, con las cuales le gusta verse a diario y salir juntas; a las cuales está dispuesta ayudar, y a quienes acude cuando necesita ayuda. Con estas personas nos abrimos; compartimos nuestra intimidad; les contamos lo que nos pasa, y las llamamos cuando tenemos una buena noticia.

Los conocimientos no son suficientes para la recuperación de la salud en una persona enferma. Es imperioso con los pacientes unir ternura con la firmeza, la condescendencia con la autoridad para inspirar gratitud, respeto y confianza **(Beauchamp y McCullough, 1987)**. No tienen cabida aquellas personalidades altivas y orgullosas. Es claro que el odontólogo tendrá una mejor acogida con sus pacientes en la medida que sea ante todo una persona amable, ponderada, simpática, decidida y paciente. La coherencia es un valor esencial para que el paciente pueda recibir la información sin contradicciones, ambigüedades y con seguridad, permitiendo al mismo tiempo que el paciente conozca oportunamente de los posibles resultados y sus limitaciones.

El conocimiento de la patología no es suficiente para definir un tratamiento, es prioritario también considerar que este debe ser ejecutado en relación al mejor interés del paciente, vale decir, no es aceptado que un odontólogo imponga una determinada terapia sin la información, conocimiento y consentimiento del paciente. El odontólogo, como persona y como profesional, no puede ser otro que el del *vir bonus medendi peritus*, el hombre moralmente bueno, y a la vez técnicamente diestro en el arte de curar y cuidar a sus pacientes **(Gracia, 1998)**.

Hemos dicho que la Relación Odontólogo-Paciente ya ha dejado de ser un vínculo entre dos personas. Por el contrario son evidentes las influencias externas que influyen en un grado no menor en su desempeño, ya sean estas de carácter sociológico, cultural, económico, institucional y los sistemas de seguridad social. La relación ha dejado de ser exclusivamente de confianza y de confidencialidad. Son múltiples los factores por los cuales tanto los pacientes como odontólogos ven influenciadas sus decisiones, las que no son posibles de ejercer en mérito al ejercicio de la autonomía y del mejor interés para el paciente. Los principios Bioéticos de No Maleficencia, Justicia, Autonomía y Beneficencia encuentran obstáculos para poder ser aplicados.

Por sobre todo, junto al conocimiento técnico y a la experiencia clínica, siempre es positivo la prudencia, como el justo equilibrio de nuestras acciones y de las decisiones que debemos asumir en virtud de aquellas necesidades requeridas en salud por el paciente, apartando los intereses particulares del odontólogo, evitando de esta manera la cosificación del paciente y su instrumentación, de modo de mantener en alto el respeto a la dignidad y a la autodeterminación del paciente sin influencias coercitivas.

En el libro “Amor a la Sabiduría” (**Araos, 2005**), aparece esta reflexión: El fin último de la vida del hombre, su tólos, es un bien absoluto que es querido por sí mismo, lo que los griegos llamaron eudaemonía, felicidad o vida lograda, y que no es otro que la plena realización de la naturaleza propia del hombre, su ergon. La felicidad humana depende, entonces, de que el hombre viva según lo más propio de sí, según aquello que lo caracteriza específicamente, y se realice plenamente.

Desde que la OMS en su texto “La Salud y los Derechos Humanos” de 1947 definió la salud como el completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de la enfermedad, comprendiendo el valor antropológico de la salud y la enfermedad, el profesional de la salud deja de ser un simple sanador. El personal sanitario debe contribuir en lo sucesivo a la felicidad de su paciente. Se fomenta de esta forma a regresar a una asistencia espiritual y humana, es decir hacia la llamada atención holística, en la que se conjuga la eficacia técnico – científica y la humanización de la atención.

8.- ALGUNAS EXPRESIONES DEL ENCUENTRO HUMANO EN SALUD.

En este capítulo, hemos querido destacar algunas frases ilustrativas de la Relación Médico-Paciente de los autores consultados, con lo que se pretende resaltar aquellas opiniones que están referidas al encuentro humano.

Fundamentalmente estas expresiones están concebidas para el encuentro entre el médico y su paciente, pero sin lugar a dudas, lo que sucede en odontología es similar a todas las profesiones de la salud. El encuentro humano en la terapéutica de las enfermedades es semejante, las diferencias están dadas por las patologías a tratar y la técnica utilizada para tal fin. Después de leerlas, cada lector podrá obtener sus propias conclusiones de su análisis global y particular.

Queda como desafío para la odontología generar una visión propia de la Relación Odontólogo-Paciente, imprimiéndole un sello de acuerdo a los fines y responsabilidad terapéutica de la profesión:

1.- “Un encuentro entre dos seres humanos dotados ambos de inteligencia, dignidad e intimidad y depositarios de una biografía única e irrepetible” **(Goic, 2000)**.

2.- “La relación de los médicos con los pacientes se ha hecho más compleja, con avances tecnológicos, mayor especialización, costos crecientes, institucionalización de la medicina y controles económicos” **(Beca, 2006)**.

3.- “La amistad médica consiste siempre en la confianza, la confianza anhelante o agradecida del inválido en quién puede devolverle o está devolviéndole su validez normal”. **(L. Entralgo, 1983)**.

4.- “El adecuado conocimiento del proceso morbosos exige así que la relación médico enfermo no sea una mera relación sujeto-objeto, sino un intersubjetivo e

interobjetivo compañerismo itinerante a la vez somático y psíquico, en el cuál los dos órdenes del resultado queden complementaria dinámicamente interpretados por el explorador”. **(L. Entralgo, 2003)**.

5.- “Comparada con la del médico familiar de la vieja escuela, la experiencia práctica del médico clínico actual, que sólo considera al paciente desde el punto de vista de su estado clínico, es inevitablemente abstracta”. **(Gadamer, 2001)**.

6.- “La práctica de la medicina en su sentido más amplio incluye toda la relación del médico con su paciente. Es un arte, basado en una extensión creciente en las ciencias médicas, pero comprendiendo más, lo que aún permanece fuera del ámbito de ninguna ciencia. El arte de la medicina y la ciencia de la medicina no son antagónicas sino complementarios uno con el otro”. F. Peabody, **(Goic, 2004)**.

7.- “La enfermedad es una entidad nosológica, una herramienta útil para la práctica profesional, la que el médico debe tratar, pero, a un paciente, que es un ser humano sufriente, se le debe cuidar”. F. Peabody, **(Goic, 2004)**.

8.- “El uso de medicamentos en la práctica clínica está determinado, casi enteramente a factores externos en cuestión. El uso de medicamentos no debería depender de una suerte de reflejo automático ligado a la práctica médica, la cual, dada sus características cada vez más funcionales, determina un uso excesivo, en el cual los médicos somos agentes gestores del consumo”. **(Bustos, 1998)**.

9.- “La introducción de la técnica en medicina no está exenta de paradojas. El uso de recursos técnicos posibilita muchas veces una extraordinaria simplificación diagnóstica, pero al mismo tiempo implica la introducción de técnicas cada día más lejanas y extrañas a la percepción del paciente. El resultado es la sustitución de la palabra en la relación médico paciente”. **(Bustos, 1998)**.

10.- “El enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad” **(L. Entralgo, 1983)**.

11.- “La aceptación del sujeto como situación intersubjetiva vuelve la medicina más efectiva y competente”. R. Parada, **(Bustos, 1998)**.

12.- “La medicina comienza en la relación entre médico y paciente, que a su vez genera unos valores propios para mantenerse y reforzarse (como el mismo vínculo médico-paciente), a los que debería aferrarse para poder resistir los intentos de dominación o manipulación social y seguir un rumbo propio, además de sostener la integridad del médico, independientemente de los valores sociales. La medicina se verá inevitablemente influida por los valores y fines de las sociedades de las cuales forme parte, pero esto no implica que sus propios valores puedan o deban someterse a los mismos”. **Los Fines de la Medicina**.

13.- “Acompañar es caminar al lado del paciente, compartir con él los pensamientos sin confundirse con él, es arriesgarse hasta el punto en que uno se pregunta quién acompaña a quién, es reconocer, en tanto que cuidador, que el enfermo le enseña, le trasmite, le forma”. **(F. Torrealba, 1998)**.

14.- “El enfermo tiene una finalidad de derechos, pero lo que espera del médico es finalmente que él haga lo mejor, es decir que le brinde una atención concienzuda, diligente y conforme al estado de los conocimientos médicos. Este diálogo, que por esta razón fue calificado como el encuentro de una confianza y de una conciencia, está así fijado bajo la garantía de la ética del médico, cuyo

comportamiento debe estar dominado por el interés y la voluntad del paciente”. Henry Anrrys, **(OPS, 1999)**.

15.- “El médico es una droga poderosa, eficiente, capaz de actuar positiva y negativamente, acentuando o mermando el efecto de las otras drogas”. M. Balint, **(Roa, 1998)**.

16.- “Amor médico significa aquí confianza absoluta por parte del paciente en los conocimientos y destrezas del otro, abierta esperanza de que hará todo lo posible, sin ahorrar sacrificios, para devolverle la salud y que la mejoría en todo caso será lo más prolongada que quepa”. **(Roa, 1998)**.

17.- “Podemos afirmar que el paciente confía en el médico cuando cree que desempeñará completamente su papel de médico, es decir, que cuenta con los conocimientos y habilidades profesionales suficientes y que usará su buen juicio para diagnosticar y tratar su caso particular. El paciente espera, además, que el médico tenga aunque sea un mínimo de buena voluntad hacia él, esto es, que no aprovechará la vulnerabilidad del paciente frente a él para dañarlo sino, al contrario, de mejorar su condición de enfermo”. **(Plantts, 1997)**.

18.- “El médico está sólo y el enfermo está sólo”. H. Anrrys, **(OPS, 1999)**.

19.- “Los médicos y cirujanos deben auxiliar a los enfermos, con la debida estima de la importancia de su ministerio. Deben estudiar también, en su proceder cómo unir la ternura con la firmeza y la condescendencia con la autoridad, para inspirar gratitud, respeto y confianza a sus pacientes”. T. Perciba, **(Beauchamp y McMculough, 1987)**.

20.- “La simpatía, la generosidad, el tacto y otras semejantes, son muy importantes en la vida del médico incluso en condiciones que, en sentido estricto, el deber no exige. Se ha dicho en repetidas veces en la historia de la ética médica

que el mejor médico, y el más buscado, es la persona amable, ponderada, simpática, decidida y paciente”. **(Beauchamp y McMullough, 1987)**.

21.- “El más hondo fundamento de la medicina es el amor. Si nuestro amor es grande, grande será el fruto que de él obtenga la medicina: y si es menguado, menguados también serán nuestros frutos. Pues el amor es lo que nos hace aprender el arte, y fuera de él no nacerá ningún médico”. Paracelso, **(Entralgo, 2003)**.

22.- “La relación médico-enfermo hoy se ha hecho enormemente conflictiva porque las dos personas involucradas en ella, el médico y el enfermo, intervienen como seres autónomos, libres y responsables. Esto quiere decir que cada uno quiere que se actúe conforme a sus propias concepciones o creencias morales, protegidas por el derecho de libertad de conciencia”. **(D. Gracia, 1998)**.

23.- “Sabemos que cuando el enfermo se encuentra sólo frente al médico, se comporta fácilmente como un niño maleducado”. **(Laplantine, 1999)**.

24.- “El arte práctico no es sencillamente la aplicación de la base teórica, es decir, una aplicación inequívoca de un conocimiento inequívoco sobre un material inequívoco con un fin inequívoco, así como por ejemplo el constructor de máquinas puede aplicar la ciencia de la mecánica, por así decirlo mecánicamente, a la tarea que se ha planteado. Porque el médico tiene que vérselas con el caso concreto dado en cada momento, el caso individual en toda su unicidad y complejidad, que no puede agotar ningún catálogo analítico; y ya en el primer paso, en el diagnóstico como subsunción de lo particular en lo general, es precisa una forma de conocimiento totalmente distinta de la teórica. Kant llamaba a esta forma de conocimiento: capacidad de juicio”. **(H. Jonas, 1997)**.

25.- “La virtud del médico constituye, junto con la filosofía, astronomía y química, la cuarta columna de la medicina paracelsiana. El verdadero médico es el “médico

cordero” que se sacrifica por el paciente y no como el “médico lobo” que piensa desconsiderablemente en su ventaja o que posee su saber como “el médico de la mala hierba” de los libros y la tradición. También para Paracelsus son decisivas la misericordia, la caridad, la modestia, la aceptación de los límites de la medicina: donde la naturaleza dice basta, no intentar más”. **(Von Engelhardt, 1995).**

26.- “La relación Médico-Paciente es una relación dialéctica entre dos personas, la simpatía entre dos personas es decisiva; la debilidad y el poder se intercambian en el proceso terapéutico”. Heinroth. **(Von Engelhardt, Mainetti, 2004).**

27.- “Este enfoque holístico es válido también para la Relación Médico-Paciente. Sujeto y objeto se copertenecen, los fenómenos biológicos no pueden entenderse simplemente como objetos sin hacer referencia al principio de subjetividad: Aquel que quiera entender la vida tiene que participar de la vida”. **(Von Weizsäcker, 2005).**

28.- “La relación que se establece entre el médico y el paciente es uno de los factores que más se han modificado en los últimos años, fundamentalmente desde el nacimiento de la Bioética, a partir de los años setenta del pasado siglo”. J. Álvarez. **(García, Alarcos, 2002).**

29.- “La atención médica es una función noble orientada a dar salud, encaminar correctamente el nacimiento, crecimiento y desarrollo de la vida, dando bienestar a las personas y auxiliándolas frente a enfermedades orgánicas, mentales y situaciones emocionales. La esencia de esta tarea es ejercerla con honestidad y respeto hacia las personas y con una fuerte dosis de sensibilidad y solidaridad humana. La medicina moderna implica que un médico no solamente tenga los ingredientes o los elementos constitucionales para hacer una buena práctica de la medicina, sino que también lo haga con motivación, con preocupación de ofrecer a sus pacientes el mejor tratamiento de acuerdo a todas sus necesidades. Hacer

una buena medicina implica estar actualizado, motivado y dedicado". (**R. Sonneborn, 2006**).

30.- "En el curso del tratamiento, el médico está obligado al paciente y a nadie más. El médico está obligado a no permitir que otros intereses entren en competencia con el interés del paciente en su curación. Pero es evidente que hay en juego normas más sublimes que las puramente contractuales. Podemos hablar de una relación de lealtad sagrada. Estrictamente en su sentido, el médico está por así decirlo sólo con el paciente y con Dios". (**H. Jonas, 1997**).

31.- "El modelado de la relación entre el médico y paciente conlleva la elaboración de compromisos y la fijación de límites, así como también conlleva la comprensión mutua de esos compromisos y de esos límites, de las autorizaciones y denegaciones que conforman una verdadera y concreta relación". (**Engelhardt, 1995**).

32.- "Cuanto más coincidan médicos y pacientes en sus criterios sobre las metas de la asistencia sanitaria en particular, y de la vida en general, menos necesidad habrá de revelaciones muy elaboradas, aunque algún tipo de revelación siempre será necesario. Los amigos necesitan conocer, aunque sea implícitamente, las características de sus tareas colectivas. Los amigos pueden discrepar y distanciarse, posibilidad que debemos prevenir, al menos en las tareas médicas de mayor envergadura." (**Engelhardt, 1995**).

33.- "Para el médico, la enfermedad es en principio, o mejor exclusivamente, de orden anatómico fisiológico, mientras que esa alteración o alteridad biológica se comprende esencialmente por el enfermo como un acontecimiento psicológico y social. El enfermo desea ser atendido, sobre todo a través de lo que no dice, como un individuo humano y no sólo como un cuerpo deteriorado que se encuentra frente a un reparador de órganos." (**Laplantine, 1999**).

34.- “En medicina se considera un buen médico a aquel que en este sentido hace muchos pronósticos acertados, y una especie de estadística se encargará de establecer la cantidad de pronósticos acertados y desacertados. Todo esto y también la tranquilidad que debe infundir un buen médico se modifica por cierto completamente cuando se trata de una persona muy querida o considerada especialmente valiosa.” **(Weisäcker, 2005).**

35.- “La relación médico-paciente es una relación profesional compleja y a través del tiempo ha cambiado su contexto. Los avances tecnológicos, el aumento de las exigencias de parte de algunos pacientes, el mayor conocimiento de algunas patologías por parte del público, han ido transformando una relación centrada anteriormente en el conocimiento personal y en la confianza como resultado del compromiso y la entrega profesional. Los sistemas de salud han ido posibilitando el cambio del paciente, cada vez menos paciente, al concepto de usuario, o cliente, lo que va bastante más allá de un mero cambio de nombre.” T. Mifsud.

9.- LA PERSONA Y SU DIGNIDAD: TRASCENDENCIA EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE.

Este trabajo, más que enfatizar todas las circunstancias, mecanismos, interacciones formales y modelos de la Relación Odontólogo-Paciente, su objetivo ha sido preferentemente resaltar aquellos elementos que participan tanto directa como indirectamente en ella, especialmente en consideración a los valores humanos que están implícitos en el concepto de persona, el respeto a su dignidad ontológica, su vida y la vivencia de la enfermedad como proceso vital más que como entidad estrictamente biológica. No es posible hablar de una relación humana, sin tomar en cuenta su esencia, que es la persona como primer actor, valor que en ausencia impide el interactuar entre dos seres humanos. En esta Relación establecida para el cuidado de la salud, la persona es el centro, pero no únicamente la persona enferma, sino que también el odontólogo y quienes participan a través de nexos afectivos y funcionales.

No es un hecho logrado el que los profesionales de la salud comprendamos verdaderamente la valoración de quienes constituyen nuestro fin y responsabilidad absoluta. La práctica profesional exige además un juicio acabado y cercano de todas las connotaciones que se asocian a una determinada enfermedad, sus tratamientos posibles, sus consecuencias físicas, vivencias afectivas, derechos, valores e intereses de los seres que denominamos pacientes. En otras palabras debemos conocer a la persona humana de modo de no seguir profundizando a la odontología en una mera actividad técnica.

Por tal motivo, para poder comprender las implicancias antropológicas, bioéticas, jurídicas, clínicas y fisiológicas de la Relación Odontólogo – Paciente, es crucial el entendimiento de la real dimensión humana de quienes son portadores y sufren una enfermedad. La antropología filosófica reflexiona con amplitud intelectual en la esencia y condición de la vida humana para articular un acompañamiento a la altura de la dignidad de este ser único y extraño que es el ser humano (**Torrealba, 1998**). El fin del discurso filosófico es dilucidar el sentido de la existencia humana, la razón de ser y el fundamento último de la condición humana desde la perspectiva del obrar, ese hombre que es capaz de amar,

aprender, odiar, crear y destruir. Sin embargo, el ser humano es mucho más que la suma de sus actos.

Nuestro objetivo está dado por la salud bucal, no para adentrarnos en este espacio anatómico estrecho que es la cavidad bucal con una visión centralizada y única, sino más bien para que los conocimientos sean especialmente dedicados y aplicados virtuosamente, sin dejar de tener conciencia que esta zona anatómica es parte de algo mucho mayor que es el ser humano como un ser finito e infinito a la vez. Han sido siglos de desarrollo del conocimiento, y aún existen sustanciales preguntas sin empezar a resolver: ¿quiénes somos?, ¿cuál es nuestra génesis?, ¿qué sentido tiene la existencia humana?, ¿cuáles son las dimensiones fundamentales de nuestra condición?, ¿qué podemos esperar del futuro? **((Torrealba, 1998).**

Persona, dignidad y felicidad son conceptos interdependientes de la vida humana, intrínsecamente constitutivos de la unidad conformada por la vida biológica y la vida psíquica, por sus facultades corporales y facultades sensibles. Su fragmentación es una realidad académica. Descubrir la verdad sobre el hombre suspende el ánimo y causa admiración. Sin embargo, ese descubrimiento no puede ser repentino: exige un largo familiarizarse con su modo de ser y actuar. La realidad humana es tan rica y compleja que no puede abarcarse con una sola mirada. Es necesario aproximarse a ella desde diversas perspectivas **(Yepes, 2003)**. Es decir, no podemos restarnos a ver al paciente sólo desde la perspectiva corporal y biológica, en estas circunstancias estamos privados de la verdadera riqueza de nuestro proceder.

El término persona hace una alusión muy particular a la capacidad del ser humano de su propia conciencia y autoconciencia, que le permiten tener una visión inmanente de sí mismo y un saberse estar en el mundo, un quién, un nombre, una identidad y un yo soy. Esta conciencia de sí mismo es la esencia del ser, cuyo “espacio” está ocupado por la vida íntima. La vida interior, aunque se ubique en la corporalidad, es inmaterial y no mensurable orgánicamente, cuya expresión está representada por las distintas formas de comunicación, verbales y no verbales. La intimidad es conocida por uno mismo y la palabra nos permite

insertarnos en el mundo humano y esta inserción es como un segundo nacimiento **(Yepes, 2003)**. En resumen, podemos considerar la idea de Royce citado por Rawls (1995): “persona puede ser considerada como una vida humana, vivida según un proyecto”.

Para H. Engelhardt citado por F. Torralba (2005), en su libro “Qué es Dignidad”, las personas constituyen entidades racionales y autorreflexivas, convirtiéndolas en agentes morales, capaces de discernir, decidir y enjuiciar acciones propias y ajenas, caracterizándose por 3 atributos fundamentales: autorreflexión, racionalidad y sentido moral. Su capacidad de ser un agente moral, es decir con discernimiento sobre sus acciones, lo hace merecedor de derechos y deberes. Esta capacidad establece una diferenciación en el ser humano: “No todos los seres humanos son personas, no todos son auto reflexivos, racionales o capaces de formarse un concepto de la posibilidad de culpar o alabar”.

La racionalidad y auto reflexión como capacidad diferenciadora del hombre, nos llama a definir el acto humano, como aquél acto del hombre del cual se predica la moralidad: el que puede ser calificado de bueno o malo, según su conformidad o disconformidad con la ley natural. Sólo son actos humanos, susceptibles de enjuiciarse moralmente los actos libre del hombre **(Ugarte, 2006)**. Vale decir, la Relación Odontólogo – Paciente, se sustenta en los actos libres de los que participan, no es posible establecer una relación humana en base a la coerción. La libertad legitima la moralidad de los actos humanos. No es lícito que el Odontólogo intervenga en el paciente sin su voluntad, libre e informada; a su vez el paciente no cuenta con la capacidad de presionar en terapéuticas que se constituyan como contrarias a los valores del profesional.

Por su parte, Javier Aranguren **(2003)** propone la siguiente descripción del término persona: “Persona es lo que hace que nuestra vida resulte indisponible, absoluta, no relativizable, singular y sagrada. Es decir la conciencia que cada uno tiene de ser alguien y no algo, que merece respeto y no ser tratado como medio, pues es fin en sí mismo y puede proponerse sus propios fines”.

La persona es la representación y cohabitación de la corporalidad objetiva medible, junto a la intimidad como expresión de un hacia adentro, desde donde

brotan la creación y el crecimiento. La persona al momento de nacer contiene un potencial que va desarrollándose, con lo que se va inventando a sí misma en un juego entre la biografía y experiencia, en conjunción con su visión del futuro. La biografía al igual que la persona es singular e irrepetible. Para captar lo que es una persona hay que conocer su vida, contar su historia y narrar su existencia. Este reinventarse permanentemente, día a día, nos indica el punto de partida de la libertad, la que establece el dominio del hombre sobre sus actos y consecuencias para sí mismo y para los demás.

La persona es además un ser social que establece conexiones de comunicación con sus congéneres dentro de un ambiente que podemos denominar comunidad. El hombre tiene plena conciencia del mundo y de las influencias recíprocas que se establecen a lo largo de la vida. El estar en el mundo social y su lenguaje le permite manifestar sentimientos hacia los otros, tanto de apego como el amor y desapego como el odio, con lo que vamos estableciendo nuestra sociabilidad y diálogo con otras "intimidades". La falta de un diálogo libre favorece las discordias. La confianza es un sentimiento que favorece el diálogo en un compartir el mundo empáticamente, en un entendimiento mutuo con lo que se conforma una comunidad dialógica. Desde la confluencia de confianzas mutuas se va construyendo la cultura como un bien social que todos comparten, viven y modifican. Es la manifestación del cuerpo, del lenguaje y de la acción **(Yepes, 2003)**. No cabe concebir al hombre como un átomo aislado. Requiere de la cultura para el pleno despliegue de su naturaleza esencial. Necesita de educación y del apoyo de la comunidad tanto para poder hablar como para el pleno florecimiento de su ser y de sus posibilidades **(Araos, 2005)**.

El estatuto ontológico del ser, vale decir su respeto como una máxima no está condicionada a las características físicas, culturales, psíquicas, edad, económicas, siendo el respeto a la condición de igualdad una obligación, lo que queda representado por el principio moral de Kant: "Obra de tal modo que trates a la humanidad, sea en tu propia persona o en la persona de otro, siempre como un fin, nunca como un medio". Vale decir, el respeto se demuestra en nuestra capacidad de no instrumentalizar a las personas y a nuestros pacientes para

nuestros fines, en un reconocimiento moral por encima del jurídico. No soy un caso, soy algo así como la presencia inesperada de algo (de alguien) que antes no estaba.

La pregunta por la persona se puede responder a partir de la propia experiencia como ser humano y a partir del trato con sus semejantes. Desde el punto de vista filosófico, la persona humana por el sentido que tiene su existencia por su interioridad, por lo invisible de la persona, uno se pregunta cuál es el fundamento de su ser, de su obrar, de su hacer, de su pensar (**Torrealba, 1998**), de ahí la importancia que nos sensibilicemos como odontólogos de la vivencia humana de nuestro paciente, tanto en salud como en la enfermedad y el significado de ambos para la vida del paciente.

La Declaración sobre promoción de los Derechos de los pacientes realizada en Ámsterdam en Marzo de 1994 por la OMS, Oficina Regional Europa establece:

- 1.- Toda persona tiene derecho al respeto a su persona en tanto que ser humano.
- 2.- Toda persona tiene derecho a la autodeterminación.
- 3.- Toda persona tiene derecho a la integridad física y mental y a la seguridad de su persona.
- 4.- Toda persona tiene derecho al respeto a su vida privada.
- 5.- Toda persona tiene derecho a sus valores morales y culturales y a sus convicciones religiosas y filosóficas.
- 6.- Toda persona tiene derecho a la protección de su salud por medidas apropiadas de prevención de enfermedades y de atención, y a los medios para lograr el mejor estado de salud del cual es capaz.

Esta Declaración, formaliza las obligaciones a tomar en cuenta al momento del ejercicio clínico de las profesiones de la salud, de las que la odontología forma parte en plenitud y por tanto nos corresponden estas responsabilidades, las que se proyectan muy por encima de la terapéutica objetiva de la enfermedad. Su consideración nos hará relacionar, en cuanto al respeto de la persona como tal, el permitir que el paciente adopte sus propias determinaciones, la protección de la

confidencialidad, la consideración de los valores propios del paciente y el derecho a la protección en salud, todos ellos valores sustanciales de la Relación Odontólogo – Paciente.

El significado de humanidad, persona y dignidad están estrechamente unidos, ya que una salud humanizada se sustenta y construye en el respeto de la dignidad de la persona. La dignidad es un valor universal cuya existencia es primaria, compartimos la premisa de dignidad como un valor a priori y por lo tanto dado junto a la existencia y por consecuencia merece un respeto supremo a lo largo de toda la vida de la persona. Roberto Andorno citado por F. Torralba **(69)** afirma que el concepto de dignidad puede considerarse como uno de los valores troncales de las sociedades pluralistas. Es su sólo pertenencia al género humano lo que genera un deber de respeto hacia la persona. Lo contrario, vale decir la indignidad se asocia con la instrumentación, la tortura, la privación de libertad, la vulneración de la intimidad, la cosificación, la injusticia, la explotación mecánica de los seres humanos, la crueldad, la guerra, el hambre, la humillación o la vejación. Somos humanos pero al mismo tiempo cometemos actos inhumanos, la inhumanidad convive con la exaltación de la dignidad de las personas y los profesionales de la salud y los odontólogos tenemos por el conocimiento y poder una amplia capacidad de actuar inhumanamente, en la desvaloración y en el dolor del otro que es nuestro paciente, vale decir una persona enferma que sufre. Que cercanos estamos del sufrimiento y tanto el esfuerzo de reconocerlo y sanarlo.

La dignidad involucra la calidad o el estado de ser valorado, honrado y respetado. Según esta definición, es algo que podemos tener o algo que podemos percibir en otro o en uno mismo. El ser percibido como alguien que recibe una consideración menor de la que merece, es sufrir una indignidad. Cuando los seres humanos pierden el sentido de dignidad, que merece todo miembro de la especie humana, la caída en la barbarie, en la sinrazón, en la noche de terror, es una posibilidad más que viable **(Torralba, 2005)**.

La dignidad no es algo material y mensurable y está relacionada con la justicia, es nuestra propia vivencia que se proyecta por el respeto a nuestros semejantes. Es una característica específica que coloca al ser humano en un nivel

superior de la existencia (**García, Alarcos, 2002**) y en palabras de A. Gómez – Lobo (**2006**) se entiende por dignidad un valor intrínseco de todos y cada uno de los seres humanos en contraste con precio, constituyendo una propiedad intangible que poseemos en virtud de lo que somos y no en un bien que podamos obtener en virtud de lo que hacemos. La dignidad no es un valor que se atenga al avance de la vida de una persona, ya que radica en el ser y no en las obras. Es un valor irrenunciable y ninguna persona se encuentra carente de ella. Sin embargo existen acciones dignas y actos indignos, lo que viene a constituir en una especie de dignidad complementaria de carácter ético o moral pero no ontológico (**36**).

Podremos cometer acciones consideradas carentes de dignidad y consecuentemente se catalogado como indigno desde el punto de vista social y médico, pero este juicio esta referido a una perspectiva ética de sus acciones, pero simultáneamente la dignidad ontológica del profesional no se afecta. Así, la odontología y sus profesionales están permanentemente expuestos a juicios morales de la sociedad, en los que se repudian los hechos que se relacionen con acciones consideradas indignas y algunas de ellas podrán ser perseguidas además jurídicamente. Lamentablemente es tenue la línea que separa los actos considerados dignos y respetables de aquellos cuyo objetivo es el bien propio por sobre el del otro. La consideración del paciente como medio es simple en cuanto a propender mi bienestar.

La sociedad y las profesiones de la salud han cambiado drásticamente en las últimas décadas, profundizando las diferencias en cuanto a las perspectivas actuales de ambos. La judicialización de la odontología que en forma creciente debemos enfrentar, se debe a causas relacionadas con las diferencias que se establecen entre lo que las personas esperan de los odontólogos y la atención que brindamos verdaderamente.

La dignidad desde el punto de vista religioso la define como la persona a imagen y semejanza de Dios y el cristianismo a través de palabras de Juan Pablo II expresa lo siguiente: “Vuestra tarea, ilustres señores, no puede limitarse meramente a la profesionalidad correcta, sino que ha de estar sostenida por esa actitud interior que se llama con acierto espíritu de servicio. Pues el enfermo, a

quién dedicáis vuestros cuidados y estudios, no es un individuo anónimo al que aplicar el fruto de vuestros conocimientos, sino una persona responsable; y se le debe llamar a tomar parte en la mejora de su salud y en la obtención de la curación; se le debe situar en condiciones de poder elegir personalmente y no tener que aceptar decisiones y opciones de otros” **(García, Alarcos, 2002)**.

El cristianismo trae consigo aquella comprensión del hombre según la cual su verdadera y esencial dignidad radica en su carácter de persona en tanto imago Dei; es decir, en el hecho decisivo de participar en el ser mismo de Dios desde el instante en que, al crearlo, lo ha hecho a imagen y semejanza suya **(Araos, 2005)**.

No es menor la responsabilidad del respeto a la dignidad que deben asumir las profesiones de la salud y en particular la odontología. Son múltiples las causas por las que un odontólogo puede dañar el respeto a la dignidad del paciente, pudiendo incurrir en actos que violen la vulnerabilidad de la persona enferma derivando en actos clínicos indignos tales como la falta de consideración ante el sufrimiento humano, su intimidad, la cosificación del paciente, la falta de respeto ante sus valores y requerimientos. Existe una gran tarea por delante para ampliar la deliberación de este importante e irrestricto valor que se orienta en el respeto al ser y al sentir de nuestros pacientes.

10.- FUNDAMENTOS ÉTICOS DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO –PACIENTE.

Dado que la odontología constituye una profesión preferentemente de ayuda y servicio a las personas enfermas, requiere necesariamente un determinado proceder de sus profesionales, el que estará supeditado como referente al juicio social de carácter moral y jurídico. La palabra moral designa una institución social, compuesta por un conjunto de reglas que generalmente son admitidas por sus miembros (**Beauchamp, McCullough, 1987**). Las diversas culturas de países, razas o comunidades requieren establecer guías morales para facilitar la convivencia, limitando el ejercicio de los actos por meros intereses particulares. Los principios morales generan fundamentos del actuar clínico. Y las virtudes son disposiciones o hábitos firmemente asentados que inclinan a hacer lo moralmente correcto. Así entonces, aquél profesional que no acepte el código moral establecido, podrá ser enjuiciado socialmente por su trasgresión ética o sometido a juicio en base a las leyes jurídicas vigentes, pero antes se verá enfrentado a un conflicto con su paciente y lo más probable se desencadene el quiebre definitivo de la Relación Odontólogo-Paciente. En este vínculo no existe cabida para los intereses propios ni para la auto referencia.

La odontología es una profesión que contiene un importante componente moral, el que se representa con la responsabilidad para con las personas, el que como hemos visto no es sólo enfermedad sino que también vivencia y sentimiento.

Podremos empezar este análisis con una afirmación relevante de A. Cortina (1994): **“La ética constituye un saber para actuar de un modo racional”**.

Esta expresión involucra contenidos los que por su importancia hace necesario su fragmentación, cuyo intento nos acercará a entrelazar la Relación Odontólogo – Paciente en un marco más bien de carácter ético - social que en el esquema de entenderla en la dimensión restringida de un contexto bipersonal y clínico, o dicho de otro modo, los fundamentos de la Relación Odontólogo – Paciente son un reflejo de los valores sociales, lo que se denomina ética civil, valores que de una u otra manera van a afectar el desempeño individual de las personas involucradas

durante el desarrollo de un determinado encuentro clínico. Veamos entonces, desde esta perspectiva, los alcances en contenido y praxis de esta afirmación.

La ética que etimológicamente proviene del griego *ethos*, que significa modo de ser, comprende en su significado el carácter, el que no está referido a la característica material de algo, sino que como un valor intrínseco al hombre que marca su desempeño social y su proceso de aprendizaje de forjar el hábito, el modo de ser, la búsqueda de la virtud y de la excelencia, el encuentro de la felicidad para ser mejores cada día. Para Adela Cortina **(1994)**, el carácter ético es el modo de ser del que cada quién se va apropiando a lo largo de su vida al hacer sucesivas elecciones en un sentido. Y agrega, la ética es un tipo de saber práctico, preocupado por averiguar cuál debe ser el fin de nuestra acción, para que podamos decidir qué hábitos hemos de asumir como ordenar las metas intermedias, cuáles son los valores por los que hemos de orientarnos para actuar con prudencia, es decir tomar decisiones acertadas. Por su parte, J. Araos **(2003)** en su libro “Amor a la Sabiduría”, nos explica que la prudencia o *phrónesis*, que significa inteligencia práctica o sabiduría moral, nos permite ya no contemplar la realidad tal cual es, sino conducirnos a las circunstancias concretas de la vida, sustrayéndonos del inmediatismo de las pasiones por la visión de ese fin, tólos de la vida humana que ayuda a darle su plena realidad.

La ética es la ciencia de la bondad, del bien y del mal moral, bien y mal, que se refieren a los actos libres del hombre y al orden que han de tener, como medios, para llevarle a su último fin, **(Ugarte, 2006)**. La ética de acuerdo a lo expresado por Dalai Lama **(2002)**, es el estado del espíritu que conduce a evitar toda situación que pueda resultar perjudicial para los demás. La perfección ética se logra cuando desarrollamos, hasta el punto supremo, la idea de no dañar a nadie.

El hombre se realiza a través de la acción humana y los hábitos son una tendencia adquirida permitiéndonos ciertos automatismos que nos evitan que siempre estemos inventándolo todo. Lo que haga el hombre determina un cambio y este cambio puede empeorar o mejorar algo. El hombre busca por los hábitos lo que le agrada y rechaza lo desagradable. Los hábitos forman el carácter y este es

el dominio de los sentimientos. El ejercicio racional de los sentimientos es la ética. **(Yepes, 2003).**

La ética, entendiéndola como la educación de los sentimientos, cuando se consigue el término medio, los sentimientos entran en armonía con las tendencias, y las refuerzan, haciendo que la conducta humana se vuelva hermosa y bella. Por eso admiramos los caracteres maduros, equilibrados, dueños de sí, ricos y sensibles, aunque comprendemos que estas características del hombre están en franco retroceso, dando espacio para el avance del materialismo práctico y la individualidad. El aprendizaje ético consiste en optimizar sentimientos y las tendencias; es decir que alcancen su máximo fortalecimiento e intensidad, y de ellos resulte la máxima armonía psíquica, la máxima riqueza y firmeza interiores. La ética no comprende normas de deliberación abstractas, por el contrario, la ética es un proceso de aprendizaje que va estableciendo el carácter, el que se expresa en los hábitos y en la aplicación de los valores de las actividades propias del hombre, en las que no pueden estar ausentes los sentimientos.

La ética es una representación de la belleza de la conducta humana Platón citado por Yepes **(2003)**, belleza humana que está representada por el equilibrio y armonía interior, valores que apuntan directamente a la felicidad. Ser feliz es vivir éticamente, sin prohibiciones, teniendo el hombre la posibilidad de ser hombre: afectos adecuados, evitando el defecto y el exceso.

El carácter exige al que lo tiene, un actuar permanente como hábito o costumbre de vida y por lo tanto no podremos considerar a tal o cual hombre con carácter cuando actúa de una determinada manera en forma circunstancial. El carácter como habitualidad, está relacionado con la calidad de las acciones emprendidas, es así que el hábito podrá estar orientado a hacer el bien, en este caso constituye una virtud, o en su defecto constituye un vicio. Dilthey citado por L. Entralgo **(1991)** dice: "somos el resultado de una mezcla de azar, destino y carácter. El hombre es obra de una mezcla de azar, destino y libertad, ya que el carácter resulta del reiterado ejercicio de la libertad".

Por el contrario, la ética no incluye precisamente normas, prohibiciones y aspectos relacionados con la competitividad humana. La ética incluye el conjunto

de los valores mínimos que una sociedad acuerda para garantizar a sus miembros una vida sustentada en la convivencia pacífica y el respeto mutuo y de esta manera nos relacionamos con el proyecto vital y vida buena la que tiene una relación íntima con los deseos de felicidad como una aspiración cotidiana, permanente y futura que cada persona anhela. La ética como un bien común social establece orientaciones de justicia y conciencia ciudadana.

Las sociedades democráticas, favorece el ejercicio de las facultades ciudadanas, en que los intereses y valores personales individuales se conforman por intermedio del consenso y la deliberación los patrones éticos de la vida en una comunidad. Las personas cuentan con la capacidad de elección en un abanico valórico que la sociedad ofrece, lo que se conoce como pluralismo valórico.

La deliberación establece la capacidad de ponderar los valores y principios, vale decir el análisis ético en conciencia si debo o no hacer una determinada acción, por lo tanto esta es una deliberación racional efectuada antes de decidir la acción, esta deliberación la deberemos realizar ponderando los principios y consecuencias de la misma. Pero además deberemos considerar que la deliberación no da certeza, pero nos acerca a la validez de nuestro accionar y por lo tanto podremos fundamentar y dar respuesta a la sociedad de las razones que hemos considerado para su ejecución. El actuar sin deliberación es irracional, la incertidumbre aumenta y no tendremos fundamentos que la expliquen.

Por el contrario, las sociedades basadas en la organización monista (valores únicos) las libertades individuales están restringidas, en la que se forjan marcos regulatorios sociales, políticos, religiosos, educacionales y morales impuestos por el poder político. Estas características son propias de los estados de excepción o también visto en regímenes de fundamentalismo religioso. En ambos casos no se permiten que las personas adopten conductas morales y de ideas distintas a las que el poder ha establecido. Ejemplos en la época moderna existen muchos, el más representativo por sus consecuencias hacia el sufrimiento y atropello humano está representado por el nazismo y los dogmas estrictos de amplia coerción social observados en algunos países islámicos.

Por tanto, la ética la podemos ubicar en la práctica en dos contextualizaciones sociales. La primera como la racionalización de la experiencia moral, es decir constituye la incorporación del análisis valórico en la actividad propia del hombre como un ser social. Y la segunda como un saber práctico que orienta la acción humana en un sentido racional en torno al conjunto de valores de la vida.

Ahora bien, entendiendo la ética como un saber humano que se aprende y se aplica con los demás, nos podríamos preguntar por la moral. La distinción entre ambos términos lleva a diferentes interpretaciones y equivocaciones, pero a juicio de Pablo Simón **(2006)**, ambos términos serían lo mismo apuntando al análisis racional de los valores que llevan a determinar por consecuencia los criterios consensuados sociales de la vida en común respetando los espacios de la libertad ejercida como una permanente búsqueda de la vida buena y la felicidad.

Para el filósofo español Aranguren mencionado por P. Simón **(2006)**, su categorización diferenciadora entre ética y moral, lo lleva a utilizar los nombres de moral vivida y moral pensada. La primera incluye las acciones y hechos humanos tomando como referencia a otros y la segunda es el pensamiento dedicado a establecer los parámetros ideales de la acción humana.

La ética o moral pensada queda sometida a la conciencia individual, pudiendo ser aplicada a las decisiones fundamentadas en cuanto a los referentes valóricos individuales de la acción humana tanto en su definición como por sus consecuencias. La ética y la moral no pueden referirse a uno mismo sino que en referencia a los demás. El juicio moral introspectivo es inaceptable éticamente, las acciones humanas deben estar siempre referidas a los otros y no a uno mismo. Recordemos los párrafos iniciales de este capítulo en que la ética apunta a un conocimiento del hombre para actuar en sociedad permitiendo el que cada persona en virtud de las libertades individuales pueda llevar a cabo su vida en que simultáneamente se permitan los valores de todos.

La ética queda restringida a la conciencia individual como un ejercicio pensante y deliberación interna, la cual debe quedar encausada a los valores mínimos que una sociedad debe asumir para que la comunidad pueda

desarrollarse armoniosamente en un contexto de libertad y respeto mutuo. La ética social de mínimos permite que exista la convicción de que lo que puede ser bueno para mí pueda ser extensible a todos, vale decir a la universalidad de los valores, un ejemplo de ello es la Declaración de los Derechos Humanos. La moral en cambio establece los conceptos de máximos donde cabe el proyecto individual de cada persona, el que necesariamente es diferente al de todos. Será la sociedad quién los reconozca o en consecuencia legisle para prohibirlos y penalizarlos. La religión y los diversos cultos de creencias sobrenaturales caben en la moral de máximos.

Una situación concreta a mencionar en cuanto a conflictos entre conciencia individual y los valores del otro, está representada por lo que conocemos como objeción de conciencia, en la que la negación de un odontólogo a realizar tal o cual procedimiento clínico va en contra de su concepción ética individual y que es distante de los valores del paciente. La pregunta que cabe hacerse sería ¿hasta qué punto un profesional puede negarse a efectuar un determinado procedimiento, más aún cuando está en juego la integridad corporal y psicológica del paciente?

En Odontología existen frecuentes situaciones de esta naturaleza y así se pueden establecer dilemas ético – clínicos de importancia, los que su mal manejo repercutirán en conflictos de la Relación Odontólogo – Paciente. ¿Puede un odontólogo tratante negarse a realizar la extracción de una pieza dentaria que se encuentra con las condiciones de ser rehabilitada cuando el paciente lo solicita expresamente? Es el conflicto entre el debe y el deberíamos. Podemos actuar en respeto a su autonomía o evitarla por las propias. En definitiva, es un ejemplo de conflicto entre el principio de autonomía del paciente y nuestra responsabilidad de no maleficencia.

El saber constituye la capacidad humana de conocerse a sí mismo y el medio en que vivimos. Podríamos quizás decir que el conocimiento es una de los fundamentos de la vida humana, por el que se inicia la búsqueda de aquellas respuestas que han marcado al hombre a lo largo de toda su historia y que marca el temor al futuro: el fin del hombre como tarea temporal de su existencia y el misterio de la muerte. De esta última nace el abismante saber científico de las

enfermedades y la permanente búsqueda de su tratamiento para doblegarla prolongando la vida humana hasta por qué no decirlo, la inmortalidad. El saber que es ante todo conocimiento, se relaciona con el actuar de hombre dentro del contexto de la vida, originándose desde la capacidad del hombre de saberse hombre, por el que interiormente podemos tener una representación excéntrica de nosotros mismos y así tomándonos como un objeto de información **(Kottow, 2005)**.

Saber para actuar, involucra que el análisis de la situación es previo al proceder prudente, por lo que el saber como parte de la cultura moral de la sociedad que guía en gran parte nuestras vidas es un fundamento importante que orienta nuestras tareas y metas intermedias a cumplir en función de los fines que nos hemos propuesto para nuestras vidas, para lo demás y para el medio que nos rodea. Los fines por lo tanto pasan a conformar el faro que ilumina nuestra praxis éticamente.

Como hemos visto, los criterios éticos entendidos como una guía para orientar nuestras acciones están referidas al contexto moral y nunca fuera de el, vale decir en referencia a otros y por tanto siempre estarán estrechamente vinculadas a:

- los valores mínimos de la sociedad
- y exigibles a todos los miembros de esa sociedad

La Bioética como ética aplicada, se preocupa de los medios y al análisis de conflictos suscitados por la aplicación de ciertas conductas y métodos clínicos para lograr un fin particular en referencia a la salud de los pacientes **(Couzeiro, 2006)**.

Estos cánones de conducta personal al interior de la sociedad, constituyen la ética cívica. Vale decir son los valores sociales que actuarán como un referente moral al momento de ser aplicados en todas las acciones ejecutadas por sus miembros, de este modo podrán ser aceptadas o rechazadas socialmente.

Cuando las sociedades están regidas por códigos únicos de conductas, las

acciones personales están impuestas, en cambio las sociedades pluralistas podrán aceptar la aplicación de distintos códigos valóricos individuales como una ética de máximos en que los ideales personales son compatibles con los ideales sociales consensuados.

Las sociedades modernas comparten valores democráticos, comparten una ética de mínimos y respetan al mismo tiempo la multiplicidad del pluralismo moral, con lo que se establece al interior de la sociedad un código múltiple de valores. Este código múltiple sienta las bases, entre otros, el respeto por la vida, la libertad y la equidad.

La Bioética en su contexto deliberativo de valores de los medios y fines de la práctica en salud, recoge sin lugar a dudas la moralidad social. No puede existir una deliberación valórica al margen de la sociedad, de existirlo deja de contar con representación de aquella comunidad por la que se delibera. Por lo tanto, la Relación Odontólogo – Paciente se enmarcará siempre en los valores sociales. Una comunidad monista o de excepción impondrá criterios de salud, enfermedad y su modo de curarlos, pero en cambio las sociedades pluralistas aceptarán los valores individuales del proyecto de vida particular al momento de tener que tomar decisiones sobre la forma de sanar. La curación de las enfermedades y trastornos patológicos y estéticos de la cavidad bucal no puede acontecer a espaldas o en ausencia del conocimiento de los intereses individuales del paciente. El tomar decisiones por otros significa dejar de lado los valores de la libertad y dignidad de las personas, situación que en la actualidad no es aceptado por el pluralismo moral y mayor ejercicio de la autonomía de los pacientes. En este sentido A. Couzeiro **(2006)** establece como puntos cardinales de la Relación Odontólogo – Paciente la libertad del paciente, los valores por la vida de los profesionales y la justicia social.

Las sociedades pluralistas por su esencia a juicio de A. Cruzeiro determinan:

- 1.- Los conflictos de valores entre los miembros del grupo social.
- 2.- Las soluciones no vienen a priori.
- 3.- No vale el criterio de autoridad, sino las razones y los argumentos.

4.- La madurez cívica exige actitudes de respeto y diálogo en los diversos ámbitos de la vida ciudadana.

Por lo tanto la Relación Odontólogo – Paciente no es moral si no toma en cuenta a los pacientes en base a un principio de pluralismo serio, en el que se encuentran representadas la ética civil, la aceptación de los extraños morales como diversos espectros de pensamiento y la racionalidad de las decisiones.

La elección de opciones involucra necesariamente deliberación consigo mismo y/o con los demás, con lo que un hábito autómatista deja de serlo, con lo que asumiremos consecuencias de nuestros actos libres la coerción impide la libertad y por lo tanto no están sujetos a juicios morales. Por lo demás, desde el punto de vista histórico y cultural, los contextos del momento en que se toman las decisiones establecen su connotación de aprobación o reprobación moral. Determinadas acciones que en una cierta época eran aceptadas como legítimas por la sociedad, en otras pueden verse afectadas por la reprobación valórica del momento. Obrar racionalmente, significa, saber deliberar bien antes de tomar una decisión con objeto de realizar la elección más adecuada y actuar según lo que hayamos elegido. Quién no reflexiona antes de actuar sobre los distintos cursos de acción y sus resultados, quién no calibra cuál de ellos es más conveniente y quién, por último, actúa en contra de la decisión que él mismo reflexivamente ha tomado, no obra racionalmente **(Cortina, 1994)**.

En este sentido, el ejercicio profesional y centrándonos en la Relación Odontólogo – Paciente, la racionalidad de la toma de decisiones involucra criterios clínicos y morales para obrar consecuentemente por el bien del paciente y su bienestar, el contexto socio-cultural y fundamentalmente los intereses de la persona enferma que busca la curación. Hemos dicho que esta Relación es de intimidad, pero no cabe la abstracción del medio en el que se establece, por lo tanto en ella participan indirectamente factores de influencia que van más allá de las dos personas directamente involucradas.

11.- FUNDAMENTOS BIOETICOS DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE.

En opinión personal, el gran problema con el que se enfrenta la Bioética en Odontología, esta referido a la verdadera capacidad de ser vivida y realmente aplicada en la práctica odontológica diaria. Podrá enseñarse en forma tan vasta como profunda, pero nos encontramos con el intento de transmitir fundamentos valóricos a personas que han llegado a adquirir una profesión, pero que en forma previa han adquirido una moralidad desde la sociedad, la educación y la familia, en otras palabras ya cuentan con un modo de proceder (carácter) y una visión personal de su futuro.

Entonces nos podemos preguntar:

¿Es posible que exista la capacidad de comprender y vivir las Humanidades y Ciencias Sociales al interior de la odontología, no en forma impositiva sino como vivencia de modo de integrar técnica y humanismo?

¿La aplicación tecnológica y la instrumentación del ser humano finalmente doblegará al resurgimiento del humanismo en odontología?

Adela Cortina **(1995)** nos brinda luces al respecto con su frase: “La gran capacidad del hombre es su reformulación en base a su experiencia adquirida”, y en seguida manifiesta las siguientes interrogantes:

¿Es posible enseñar a alguien a ser justo, honrado, bueno, o aquí lo fundamental es que él quiera serlo?

¿No es cierto que no pueda enseñarse a nadie a querer ser bueno?

Creo que quienes nos hemos iniciado en el proceso de familiarizarnos con la Bioética, podemos llegar a creer en la opción de cambio y en la capacidad de reformularse del hombre, que nos permita incorporar una mirada distinta en la odontología. La trascendencia de la Bioética está en la mirada humana de un quehacer científico – técnico que ha ido adquiriendo cada vez más un fin propio, donde el enfermo se transforma en un mero instrumento de los propios afanes del proyecto particular y privado de vida del profesional. La Bioética en cambio,

incorpora al tecnicismo, la capacidad de reflexión, de comunicación y de deliberación, apuntando hacia la significación de la existencia y trascendencia de quienes son nuestros pacientes, de modo que el profesional adquiera cierta sensibilidad para comprender los sentimientos del otro, de modo que no incurra lo se denomina el hombre masa, vale decir carente de un carácter que favorezca su propia valoración y la de los demás.

La Bioética introduce las Humanidades a la ciencia. La odontología requiere recuperar la cultura humanista de la que también la sociedad se ha ido distanciando, contexto en que la profesión incrementa su abstracción por el hombre. La pérdida de la humanidad en la práctica clínica ciega la vivencia del hombre ante la enfermedad, impidiendo compartir los sentimientos del otro. Las profesiones de la salud exigen habilidades técnicas, sociales y por sobretodo humanas, donde las voluntades son comprendidas, minimizando la coerción, la obligación y la obediencia ciega e improcedente. El odontólogo no es autoridad y el paciente no constituye un súbdito, los enfermos cuentan con el derecho a ejercer la autonomía y emitir sus propios juicios sobre lo correcto o incorrecto en referencia a sus propias convicciones. La actitud paternalista impositiva del odontólogo es con mayor frecuencia rechazada por un alto número de pacientes, aunque se persiga el beneficio para él. En cambio, una legítima Relación Odontólogo – Paciente se sustenta en el pluralismo moral, en la comprensión y comunicación. Así H. Tristram Engelhardt **(1995)** en el capítulo 8 de su libro “Los Fundamentos de la Bioética” expresa: “La sanidad incluye además la decisión de confiar ciertos aspectos de cuidado y curación del cuerpo y de la mente propios a unas personas y no a otras”. Vale decir, se reitera en esta frase la importancia del acto de confiar individual como una forma de restar espacio a la automatización de las acciones clínicas y a la instrumentalización humana. Valdrá dejar un espacio y un tiempo para deliberar acerca de la importancia y valoración de lo que representa un acto médico realizado en un ambiente de confianza mutua, o en lo opuesto, meditar también acerca de lo que representa una acción clínica en la desconfianza.

La introducción y el valor de las Humanidades y las Ciencias Sociales en la odontología involucra finalmente hacerse cargo que la Bioética por naturaleza constituye una disciplina multidisciplinaria, interdisciplinaria y transdisciplinaria, aunque este fundamento no asegura por sí mismo el objetivo esperado de la integración disciplinaria (**Garrafa, Kottow, 2005**). Sin embargo, la incorporación de la filosofía, el derecho, las ciencias biomédicas, las ciencias sociales, la antropología médica, la antropología filosófica, la religión y la sociología entre otras, nos permite una interpretación más profunda de lo verdaderamente humano. Maturana citado por estos autores, establece un poder ir más allá, el que nos permite unir las cosas ya que los campos diferentes no se relacionan, pero son los seres humanos los que los relacionamos.

La Bioética florece finalmente no como un tecnicismo humano, sino que lo hace desde el reconocimiento de la existencia de la dignidad humana, valor que ha acompañado al hombre desde siempre al igual que todos los elementos de la naturaleza, pero que ahora a la luz de la evolución social y la técnica médica ha sido necesario resaltar, como una suerte de recordatorio, para que se ofrezca como guía de los actos humanos en salud. La dignidad humana es un valor y como tal es absolutamente subjetivo, el que se acepta por intermedio de la percepción en un mismo y hacia los demás.

Para cada cuál es relativamente fácil reconocer la propia y exigir su respeto, lo mismo para quienes tenemos un afecto especial hacia los miembros de la familia, pero sin embargo para los lejanos su reconocimiento es ambiguo y muchas veces ausente, reaccionamos con facilidad y preferentemente ante el daño a nuestra propiedad como bien tangible o intangible. Es evidente que un torturador no tiene esta capacidad vivencial, pero muchas veces los profesionales de la salud actúan de una manera en la que el respeto por el otro es abolido por completo, instrumentando al paciente para fines propios. La medicina, a pesar del hecho de que sea una práctica social, está comúnmente pensada por los bioeticistas como una práctica individual, que tiene que asumir como estrella polar el respeto al paciente como persona (**D'Agostino, 2004**). Luis Chiozza en el prólogo de la obra de Viktor von Weisäcker (**2005**) escribe: "La obra de Viktor von

Weisäcker nos coloca frente a la tarea de rediseñar la actividad médica a partir de fundamentos epistemológicos distintos de los habituales, considerando que los seres humanos y sus funciones fisiológicas expresan, en salud y enfermedad, una vida subjetiva.” Y más adelante continúa diciendo: “es difícil creer que lograremos algo mientras vivamos en un mundo que carece de creencias y valores universalmente compartidos que funcionen a la altura de nuestra actual necesidad”.

La Bioética se nutre de las ciencias sociales las que ofrecen, más que elementos racionales de análisis, una actitud deliberativa del hombre a través de su historia, la que proyecta al hombre y a la humanidad en su conjunto en un medio absolutamente social, cultural y por sobre todo cambiante. La Filosofía trata de explicar la vida desde el ser, el Derecho los hace desde el derecho natural y lo regula mediante lo jurídico, la Antropología Filosófica desarrolla el concepto de persona y su dignidad, la Antropología Médica aporta la vivencia de la enfermedad como sufrimiento vital, la Cultura recoge el contexto comunitario de las relaciones humanas, la Axilología la estimación del hombre a sí mismo y de las cosas. Así la Bioética se contextualiza de subjetivismo.

Una Bioética secular debe proporcionar una estructura moral que dé cabida a un pluralismo y que vincule a los extraños morales, por exiguos que sean esos vínculos. Los hechos médicos de que trata la Bioética no son verdades eternas, sino datos influenciados por las expectativas formativas de nuestra historia y nuestra cultura. La subjetividad, la magia y el miedo a lo oculto que se encuentran incorporados a la medicina, lleva a T. Engelhardt (1995) a hablar de medicina esotérica. Es una expresión que nos sorprende y al mismo tiempo nos gratifica, ya que nuestro mensaje es de una odontología ausente de humanismo, pero con una praxis eficientemente concreta y útil para quienes pueden acceder a ella.

Entendiendo que la subjetividad existe y puede ser reconocida, su valoración es diversa y la apreciación desde la propia perspectiva hacia el otro es muy variada. Laura Palazzani (2004) resalta este concepto de la siguiente manera: “Si, por un lado, hay consenso sobre la relevancia ética y jurídica de la

subjetividad (sujeto es todo individuo digno de un cualquier grado de respeto y de tutela) no es igualmente unánime la manera de entender la subjetividad”.

Dicho así, la Bioética concreta un puente entre la complejidad y la fragmentación del ser humano, en su objetivo por volver a relacionar lo que la medicina en su afán de conocimiento ha debido separar para volver a establecer la totalidad o integralidad del hombre. Por tal razón este trabajo ha pretendido profundizar en especial en aquellos conceptos que son inherentes a la Relación Odontólogo – Paciente, elementos que al comprenderlos mejor nos orientan en la significancia propia del humanismo.

La Bioética asume el dinamismo del conocimiento y del medio socio-cultural en que el hombre desenvuelve su vida, no es posible aislar al hombre para conocerlo ni abstraerlo de su realidad concreta, la persona representa también el contexto en que nace, crece y muere. Los dilemas y conflictos siempre estarán contenidos en el medio socio cultural, prevaleciendo el carácter histórico de los contextos.

En esta convivencia, entre la complejidad y el dinamismo de la vida del hombre, la Bioética contribuye sin discusión en el análisis de los conflictos que se pueden producir entre el miembro de los equipos de salud y el enfermo, particularmente el médico, centrando toda su preocupación en el desarrollo de la Relación establecida entre el tratante y el paciente, sin dejar de considerar a los otros actores como enfermeras, personal auxiliar y administrativo. Así entonces ante la falta de consideración expresa de la odontología, nuestra preocupación y el desafío futuro debe estar dirigido a la Relación Odontólogo – Paciente.

En nuestra opinión, los grandes valores humanistas sustentados por la Bioética, no están referidos a la homo centricidad dentro de la naturaleza y el universo, sino que en cambio, destaca sus derechos y dignidad como bienes concretos que confluyen finalmente en el proceso deliberativo y de respeto mutuo que dan forma al proceso de Consentimiento Informado. Independientemente de sus diversas modalidades y perspectivas, la Bioética encuentra su centro en el respeto de la vida humana y en la libre determinación que las personas ejercen para determinar los rumbos de su existencia y de su corporalidad. Llegamos a un

punto en que la salud como un valor más que un derecho, se establece para cada persona en virtud de una concepción particular, en la que los odontólogos podemos colaborar pero en ningún caso interferir. Esta definición hace más propensos a los pacientes por obtener la adecuada información en forma previa a la toma de decisiones que tendrán consecuencias para su corporalidad, en otras palabras, información que brinde respuestas concretas a sus problemas **(Fundación V. Grifols, 1999)**.

El permiso al otro es un requisito fundamental que legitima el acto médico, como una acción que busca el bienestar del otro bajo el amparo de la libertad y de la libre determinación. Son conocidos los resguardos jurídicos y morales para aquellas intervenciones clínicas en aquellas personas minusválidas en cuanto a sus limitaciones parciales o totales para decidir. H.T. Engelhardt **(1995)** reafirma aquellos conceptos que validan la asistencia sanitaria: “El consentimiento libre e informado desempeña un papel esencial, no tanto a causa del compromiso que supone con un ideal liberal, sino por la aparente imposibilidad de descubrir una visión concreta de los objetivos de la asistencia sanitaria en un contexto pluralista y secular”.

Este mismo autor se refiere a que la única manera de resolver las tensiones de una Relación Clínica en la que se enfrentan muchas veces opiniones contradictorias, es un proceso justo de negociación. Es decir, con estas palabras valida la presencia de puntos de vista diversos acerca de la salud, y que para evitar un quiebre de esta Relación, el mecanismo mediador es la comunicación y deliberación. El consentimiento informado es en consecuencia un cambio de carácter democratizador, es decir, abre el espacio para el intercambio de ideas, argumentos y valores recíprocos, pero en el que siempre está el mejor interés del paciente y su enfermedad. Reducidos están quedando los profesionales eminentemente paternalistas y los tiempos en que el odontólogo decide lo que es mejor para el paciente en forma unilateral. La salud tiene cada día un mayor espacio para la expresión, en la que intervienen tanto los aspectos objetivos como subjetivos, siendo estos últimos los que nos ofrecen un desafío mayúsculo en su complejidad como en su comprensión. El mejor interés del paciente como una

premisa fundamental, no puede desaparecer de la Relación Odontólogo – Paciente, el que se orienta en un juicio sobre la calidad de vida del incapaz (**Trejo, 1998**). Comprendemos que aquí el término incapaz está referido a las limitaciones que trae consigo una determinada enfermedad, donde al daño corporal se le asocia el psicológico, los que por consecuencia transforman a la persona enferma en limitada, por lo que se hace merecedora de ayuda y acompañamiento.

Desde que por primera vez fuera utilizado el término Consentimiento Informado, su instauración ha involucrado un cambio sustancial en la forma de llevar a cabo la Relación Odontólogo – Paciente, ya no es posible decidir e imponer al paciente, por el contrario, la falta de libertad muchas veces es asumida por el enfermo como una imposición o restricción para decidir autónomamente sobre su propio cuerpo, la que no está dispuesto en aceptar. Debemos por tanto asumir estos cambios sociales y adaptarnos para establecer una verdadera relación humana, en la que las diferencias y el poder sean ejercidos con criterios más igualitarios desde el punto de vista ontológico.

La introducción del humanismo en odontología es aún débil, su intensificación requiere una formación distinta de alumnos y profesores, de modo que en un tiempo veamos aflorar reales transformaciones representativas. No podemos limitarnos a tratar de formular documentos de consentimiento informado para cada una de las especialidades y atenciones clínicas diversas. Se hace necesario un cambio de mentalidad profesional en la vista del derecho del paciente y su respeto a conocer lo que le sucede y cuales son las reales opciones terapéuticas. El consentimiento informado no constituye la firma de un determinado formulario, por el contrario, es en realidad un diálogo que persigue un mejor conocimiento de la realidad y constituye por tanto otros un nuevo desafío para la profesión.

El consentimiento informado es en definitiva un proceso dialógico en el que se representa la libertad como un valor que es necesario y obligatorio respetar. El diálogo es el valor más adecuado para encontrar la verdad, porque partimos de la convicción de que toda persona tiene al menos una parte de verdad, que con sólo el diálogo y comunicación pueden salir a la luz (**Cortina, 2000**). Entre otras

condiciones, este diálogo debe reunir en su fundamento especiales características de cantidad, calidad, oportunidad, transparencia, lenguaje acorde e información dosificada de acuerdo a las condiciones de cada paciente en particular, en las que deben estar representadas la consideración de la unicidad de cada persona, su enfermedad y su vivencia de ella. De esta manera el clínico tomará en consideración entre otros factores la edad, la educación, la cultura, el estado psicológico, la fragilidad psicológica junto a las circunstancias propias de la naturaleza de la patología y su evolución. En definitiva, la información entregada al paciente y/o sus familiares debe ser de tal calidad de modo que no existan dudas acerca del evidente conocimiento de la realidad clínica, en la que se incluyen, sus consecuencias futuras, alternativas terapéuticas y evolución del cuadro patológico. El diálogo es un valor y constituye el procedimiento más adecuado para encontrar la verdad.

Dadas las características propias del tipo de tratamientos que ejecuta el odontólogo, la incorporación del proceso consentimiento informado en la Relación Odontólogo – Paciente, sin dudas es un gran desafío, no precisamente en la formulación de documentos extensos y complejos de comprender, sino que tendiente lograr un cambio de concepción y actitud hacia el respeto por el enfermo.

12.- FUNDAMENTOS ANTROPOLÓGICOS DE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE: CUERPO VIVO Y CUERPO VIVIDO.

El Odontólogo, antes que profesional es persona, y el paciente no es sólo quién padece una enfermedad y quién requiere un tratamiento clínico, es primariamente una persona enferma que busca curación y sanación: Curar de la patología como entidad biológica objetiva. Sanar su alma como un volver a ser. Esta es la verdadera dimensión de la enfermedad, la que afecta más allá de la corporalidad y del órgano enfermo. En esta proyección de la enfermedad como un proceso hasta cierto punto natural, relativo y modificable en el tiempo, el paciente espera ser reconocido como tal y acogido en una Relación Odontólogo – Paciente fundamentada básicamente en los criterios humanos por sobre los técnicos. F. Lolas **(1997)** expresa el sentido de la enfermedad como sigue: “La gente padece, además de trastornos en sus cuerpos, trastornos en sus relaciones significativas, se queda sólo, abandonada, siente miedo y angustia. De allí procede parte de la carga subjetiva de la enfermedad, se requiere acompañamiento médico”.

El odontólogo y el paciente se enfrentan finalmente solos ante la tarea que deberán cumplir para su cometido. El odontólogo deberá tomar decisiones oportunas, su decisión fluirá desde su fuero interno como una real convicción. ¿Cuántas veces pasamos horas y días antes de tomar una decisión acerca de un tratamiento? No siempre la opción es elegida al instante. Podremos hacernos asesorar, consultar literatura clínica, acceder a opiniones especializadas, pero finalmente la decisión clínica es asumida en soledad, por tal razón la responsabilidad médica es individual.

Lo mismo acontece con el paciente, con la diferencia que es él quién padece la enfermedad y generalmente con una carga emocional significativa. El paciente será informado por el odontólogo tratante de la naturaleza de la enfermedad, de las alternativas de tratamiento, de su pronóstico y posibles consecuencias, y llegará el momento de tomar la decisión de aceptar o no el tratamiento propuesto. Podrá ser previamente conversada con otros especialistas, indagar información anexa, acudir a sus seres queridos y más cercanos, pero será

el quién deba decidir igualmente sólo, constituye un trance para quién sufre y vive las consecuencias de la enfermedad, más aún si es grave. De ahí la importancia de que el odontólogo tenga la capacidad humana de acoger y acompañar desde la perspectiva de quién es la persona que estamos atendiendo clínicamente. Aquí surge entonces la confianza y la amistad entre el odontólogo y el paciente, en que ambos se encuentran solos, pero al mismo tiempo se acompañan mutuamente. El tratante requiere tanta confianza como el paciente, ambos se necesitan en el proceso de sanar.

Es plenamente cierto que nuestro ejercicio de la praxis se ejecuta sobre la corporalidad, sobre lo concreto del hombre enfermo. Pero aquél no es sólo enfermedad sino que también vivencia. La salud se asume como natural y permanente, pero la enfermedad es interferencia de la cotidianidad del vivir y por lo tanto es anormal y nos cuesta aceptarla. Pero junto a la capacidad de mirar hacia atrás, mirando y meditando acerca de lo hecho, también el hombre es un ser con futuro, un animal proiectivum. “El hombre recuerda para actuar en su presente y moverse hacia su futuro” **(Entralgo, 1991)**.

De ahí que la antropología médica, no se preocupe en forma única de la enfermedad como un cuadro patológico. Por el contrario, su interés está en la vivencia del sujeto enfermo, de su sufrimiento y del sanar más que del curar. El quehacer de la antropología médica nos permite distinguir entre dos términos muy similares etimológicamente, pero muy disímiles en su significado, nos referimos al cuerpo vivido y cuerpo vivo.

El **cuerpo vivido** es aquél que entendemos animado por el sujeto, por esa especie de “ente” que habita nuestro cuerpo y que nos provee de la vivencia, es nuestro fuero interno que nos hace deliberar con nosotros mismos y con el cual podemos conversar en completo silencio.

La tecnología médica, junto con permitir sustanciosos avances en la lucha contra la enfermedad, facilita la indagación del cuerpo cada vez más inquisitiva, indiscreta y penetrante, hasta terminar por no verlo como un organismo sino detectar sus variables indirectamente a través de la exploración **(Kottow, Bustos, 2005)**. ¿Cuántas veces ante una consulta de un paciente en odontología vemos

en forma inicial las radiografías sin antes haber indagado acerca de los motivos por los que el paciente ha llegado hasta nosotros? ¿En cuántas oportunidades nuestra primera intención es solicitar que el paciente abra la boca para examinarla sin preguntar antes el motivo de la consulta y aspectos relevantes de su historia médica y odontológica? Nos podemos atrever a manifestar que quizás sea una actitud habitual que nos lleva a centrar al paciente en su cavidad bucal, en sus dientes y en el futuro tratamiento.

El cuerpo vivido se relaciona con la biografía de la persona, es decir con su historia y con los acontecimientos que ha tenido que enfrentar, los que de una u otra manera dejan una huella tanto en lo físico como en la vivencia psíquica. Un ejemplo que grafica esta situación es la referencia a las enfermedades psicosomáticas que realiza el Dr. Tilman Grande en El Diario El Mercurio con fecha 5 de Julio de 2006: “es frecuente encontrar enfermos con distintos tipos de frustraciones en la infancia, las que resurgen en la adultez y se manifiestan con síntomas físicos que tienen el sentido, inconsciente, de lograr una compensación (algo que cambie)”.

En la comprensión como clínicos, tenemos la obligación y la responsabilidad de imaginar que representará para el paciente nuestra acción, donde finalmente dejaremos siempre una especie de huella en la en la historia biográfica del paciente. En odontología lo evidente es lo que relatan los pacientes en cuanto a malas experiencias con atenciones odontológicas anteriores. La vivencia de atenciones dolorosas por ejemplo, predispondrá a ese paciente para tratamientos futuros, en los que podrá suponer que tendrá altas posibilidades de que se vuelvan a suceder. Esto exige siempre que en cada caso prever su vida futura y conjeturar cómo reaccionará ante las diversas eventualidades de esa vida **(Entralgo, 2003)**.

La responsabilidad médica de las profesiones de la salud van encaminadas a cumplir su tarea social de devolver la capacidad física a la persona para que se pueda desempeñar adecuadamente en la sociedad en que vive y pueda continuar su proceso productivo. Pero en realidad estamos con ello disociando al hombre

total (**Bustos, 1997**), ocupándose sólo de su cuerpo concebido como una máquina funcional, sacrificando la subjetividad.

¿Qué hace ese hombre? Se pregunta Lain Entralgo en su libro “Cuerpo y Alma” (**1991**) y contesta: “multitud de cosas: va a su trabajo o a su diversión, conversa con familiares o amigos, lee, escribe, pasea...Todas estas cosas tienen en común que todas son ejecución y término de un proyecto”, y concluye: “lo más propio y esencial del comportamiento del hombre, incluso reducido su examen a la mera observación conductista, es la condición proyectiva de la vida humana”. Es decir, el hombre no puede dejar de tener historia y no es capaz de abstraerse del futuro como incógnita, el hombre es un animal *historicom*. El hombre se diferencia del animal en su capacidad de proyecto, de memoria, de búsqueda, de exploración, de espera, de juego, de comunicación, de aprendizaje y de invención.

El **cuerpo vivo** como entidad biológica, objetiva y medible (peso, estatura, adjetivos estéticos) exenta de auto conciencia y afectividad, constituye en la práctica una máquina que funciona sin mediar interferencia externa. Los sistemas fisiológicos cuentan con sus propias funciones de homeostasis que coordinan su funcionamiento e interrelación inteligente entre los diversos sistemas del organismo. Nos podemos remitir en esta definición, al esquema de funcionamiento orgánico de un ser humano en estado de coma en que a pesar de su total inconciencia continua latiendo el corazón de no mediar un empeoramiento de sus condiciones físicas generales. Es lo que el filósofo M. Wartofsky citado por Kottow y Bustos (**2005**) viene a considerar la identidad corporal como sinónimo de cuerpo vivo, en diferencia de la identidad personal del cuerpo vivido.

Existe una odontología técnica preocupada del restablecimiento de la función corporal, cuya praxis se encuentra respaldada por los conocimientos científicos de la ciencia biomédica: biología, histología, fisiología, fisiopatología, neurología, etc. Esta medicina técnica es la que restringe al cuerpo humano y la persona a su corporalidad biológica mecanizada. Es la cotidiana forma de referirse al enfermo por la patología que padece, es lo que llamamos el “caso clínico”: Es el quiste o tumor que reviste interés en tratarlo para aplicar una determinada técnica o mera aplicación científica. El paciente persona es apartada en esta visión

biológica-material de la enfermedad, siendo abolidos sus valores e identidad, el odontólogo se apropia de esta forma o expropia la enfermedad del sujeto.

Los profesionales influimos clínicamente en la cavidad bucal como fracción de la corporalidad, pero será ésta en su conjunto que en definitiva recibirá los beneficios de nuestra acción, los que se expresarán en la recuperación de la calidad de vida, en la afectividad y en la felicidad. Muchas veces una insignificante atención profesional puede recobrar en el paciente la alegría de vivir. Recuerdo el caso de un paciente sexo masculino a quién debía recuperar un diente perdido hace años, posterior a verse el diente en un espejo, expresó su emoción mediante un llanto sincero. Esto demuestra cómo nuestra acción es capaz de brindar beneficios para la vida del paciente, involucrando al ser, aquél que siente y vive en la intimidad de la corporalidad. Un diente es un diente, pero su representación en la escala valórica es absolutamente variable para cada persona.

Todos conocemos las relaciones entre la estética facial, sus aspectos psicológicos, sociales, laborales y de interacción humana. El restablecimiento de estas funciones tiende a recuperar la vida de esa persona en todos sus ámbitos. Por el contrario, un paciente con un defecto físico genético o por consecuencia de una enfermedad verá también dañada su autoestima y su vida de relación.

La odontología técnica, es más bien la adopción de actitudes reduccionistas y por el contrario, la odontología humanista representa visiones holísticas sobre el cuerpo y la vida. El cuerpo es una realidad psicosomática y, más allá, el cuerpo individual es también un cuerpo social, dando mayor relevancia a distinguir el cuerpo que se tiene – cuerpo vivo – del cuerpo que se es – cuerpo vivido (**Kottow, Bustos, 2005**), por lo que para la antropología médica el cuerpo no es algo, sino alguien.

En la Relación Odontólogo – Paciente, existen dos posibilidades: relacionarse con el cuerpo vivo o con el cuerpo vivido. La primera ejerciendo una odontología exenta de valores, objetiva y sin mecanismos de acogida. La segunda, donde el ejercicio profesional exige una doble responsabilidad: una práctica clínica oportuna y eficaz, pero simultáneamente reconociendo la importancia de la acogida propia de la amistad médica de Lain Entralgo, donde

hay espacios para los sentimientos en concomitancia con la racionalidad de las decisiones médicas. Es necesario siempre tener presente que quién nos viene a solicitar la atención es el cuerpo vivido como un individuo que sufre un quiebre en su salud y su vida.

13.- LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE EN LA MITIGACIÓN DEL DOLOR Y EL SUFRIMIENTO.

El sufrimiento es un proceso vital y no solamente el dolor como síntoma. El dolor físico, entendido como una sensación desagradable, está acompañado casi siempre en los pacientes, por no decir en todos, con grados variables de sufrimiento y hasta dañar la razón de vivir. “Cuando un hombre descubre que su destino es sufrir, ha de aceptar dicho sufrimiento, pues ésta es su sólo y única tarea” **(Frankl, 1996)**.

El sufrimiento lacera a todos los hombres y también a los animales, puesto que la aparición de la sensibilidad lo trajo consigo. Pero en los hombres el sufrimiento adquiere un duro matiz bajo la luz de una autoconciencia que se pregunta por su sentido **(González, 2006)**.

Dado que en odontología el dolor y sus consecuencias físicas y psicológicas adquieren importancia cotidiana e biográfica, este capítulo está especialmente orientado en el objetivo de resaltar la importancia de valorar adecuadamente el dolor del paciente entorno al encuentro intersubjetivo de la Relación Odontólogo-Paciente. La valoración meramente clínica del dolor como síntoma y por lo tanto en su objetividad y semiología, requiere que el odontólogo utilice sus conocimientos y experiencia profesional para establecer su diagnóstico, su causa y su tratamiento. En cambio, la valoración del dolor como una sensación dolorosa que genera repercusiones para la vida emocional del paciente de acuerdo a las características del síntoma, requiere además una interacción de carácter afectivo – sensitivo en sintonía con el sufrimiento del otro, dando inicio así a la acogida médica. Las consecuencias del dolor, trascienden al dolor como síntoma. El principio de la subjetividad de Víctor Weizsäcker citado por D. Von Engelhardt **(1995)**, referidos a los conceptos psicológicos y antropológicos de la relación personal, se fundamenta siempre en dos personas, una necesita ayuda y otra que socorre. Este autor introduce el término “comprensión transubjetiva”, es decir, la comprensión entre dos sujetos, siendo la “necesidad”, la “ayuda”, el

“médico” y el “paciente” realidades complejas y verdaderas y no sólo instancias pragmáticas.

La Dra. Suzane Kurtz **(2006)**, autora de la Guía Calgary-Cambridge de Comunicación Médica, enfatiza al respecto: “los pacientes que tienen un diálogo abierto y claro con su médico salen de alta más rápido, su percepción del dolor es más baja, su diagnóstico es más certero y siguen más eficazmente su tratamiento”. En estas palabras existe una clara alusión al dolor como vivencia más que síntoma. De forma tal, que un buen diagnóstico y correcto tratamiento siempre debe ir acompañado de una clara, cálida y efectiva comunicación personal, de modo que evitemos el diálogo exclusivamente bajo la terminología médica.

El tratamiento del dolor sigue siendo uno de los capítulos más acuciantes de la sociedad en general, de la comunidad científica y de los profesionales de la salud en particular. El dolor es la causa más frecuente de sufrimiento e incapacidad que afecta gravemente a millones de personas en todo el mundo y Bentham citado por P. García **(1992)** manifiesta: “La naturaleza ha colocado a la humanidad bajo el gobierno de dos señores soberanos, el dolor y el placer, que son los únicos encargados de señalarnos lo que debemos hacer y de determinar lo que haremos”.

Levinas citado por Francesc Torralba **(2005)** describe lo siguiente: “En el sufrimiento se produce la ausencia de todo refugio. Es el hecho de estar directamente expuesto al ser. Procede de la imposibilidad de huir y de retroceder. Todo el rigor del sufrimiento consiste en esa imposibilidad de distanciamiento. Supone el hecho de estar acorralado por la vida y por el ser”. En la interpretación de esta importante cita, el refugio está representado por el tratante y por el cariño de las personas cercanas. El dolor constituye el sufrimiento íntimo de nuestra vida emocional, la que no podemos más que tratar de expresar limitadamente a los demás, por lo que nos terminamos sintiendo acorralados sin poder encontrar una salida fácil para nuestro sufrimiento y limitaciones para nuestra vida cotidiana. Es un relato que pretende describir lo dramático que puede resultar la vivencia del dolor, más que el dolor es impotencia de vivir. Todas las formas de arte en su

esencia constituyen una forma de expresión de los sentimientos, cuya exteriorización y comprensión se hace compleja con los métodos tradicionales de comunicación como el lenguaje. Las expresiones del dolor en la pintura, en las contracturas musculares en la escultura, en los sonidos dolorosos de la música escritos por el músico en las partituras, en las descripciones de la escritura literaria, etc.

El dolor como respuesta ante estímulos internos y externos, no es una sensación neurológica individual y aislada, sino que en cuanto a los mecanismos de percepción y valoración afectiva por parte de la persona que lo sufre, contempla la interacción del sistema nervioso en su totalidad: anatómica, fisiológica y emocional. El dolor como percepción fisiológica es clínicamente identificable, pero el dolor como emoción, está asociada a su experiencia y contextos presentes y remotos, ya sea pasados o proyecciones futuras. En su libro *Antropología del Dolor*, David Le Breton (1999) señala: “la relación íntima con el dolor depende del significado que éste revista en el momento en que afecta al individuo, vale decir que el dolor deja de ser únicamente una percepción física de mayor o menor intensidad, para constituirse en una vivencia”. Más adelante Le Breton agrega: “para comprender las sensaciones en las cuales está en juego el cuerpo, no hay que buscar en el cuerpo, sino en el individuo, con toda la complejidad de su historia personal”. El dolor que sentimos no es, entonces, un simple flujo sensorial, sino una percepción que en principio plantea la pregunta de la relación entre el mundo del individuo y su experiencia acumulada en cuanto a lo simbólico. El dolor, junto a la intensidad, lleva asociado un sufrimiento y por lo tanto a una singularidad.

El dolor físico y el sufrimiento emocional que generalmente van unidos en su origen y en su evolución, establecen una complejidad en la clínica tanto en su vivencia y como en su expresión, ambas muy influidas y moduladas por la singularidad de la persona que sufre, junto a las influencias externas múltiples biopsicosociales, las que de una u otra manera ejercerán su parte en el paciente. De este modo, las pautas de medición deberán apuntar a lo objetivo del dolor como síntoma desagradable y a lo subjetivo como sufrimiento. Así McGuire citado

por Norberto Bilbeny y Carlos Paeile **(1997)**, propone 6 dimensiones para la medición del dolor: Dimensión fisiológica, sensorial, afectiva, cognitiva, conductual y sociocultural.

El sufrimiento como vivencia propia del ser y prácticamente incomunicable, lo comenta J. Bowker **(García, 1992)**, “es un hecho de la vida más que un problema de la mente, en el que el dolor nos enfrenta a nuestra mortalidad, finitud y vulnerabilidad. Vale decir en el dolor y en el sufrimiento tienen influencias los valores, desarrollo cultural, social, educacional, edad, estados emocionales concomitantes y consecuentes, sexo, y estado psíquico y de conciencia del paciente, entre otros factores. Las reacciones físicas y psíquicas ante el dolor y sufrimiento tendrán una modulación múltiple, cuya expresión serán determinados por circunstancias físicas y psíquicas propias de la persona enferma, en la que la biografía del paciente serán muy determinantes para su expresión y vivencia”.

La misión de las profesiones de la salud, entre las que se encuentra la odontología, está el alivio del dolor y sufrimiento **(Los Fines de la Medicina)**, esto quiere decir que el objetivo está únicamente en desarrollar una práctica clínica de tipo técnica, la que nos margina de la importancia de comprender al paciente enfermo en su integridad física y emocional, transformándonos en odontólogos abstraídos de lo humano y de la riqueza propia de esta dimensión. Tenemos que preocuparnos de aliviar el dolor físico, pero también debemos comprender que los pacientes presentan sufrimiento. Este último reviste una alta responsabilidad y desafío aún mayor, en tanto se une indefectiblemente con la vida afectiva de la persona. Una enfermedad es una lesión objetiva de un órgano y el sufrimiento es un sentimiento que produce dolor en el alma.

Clínicamente contamos con una gran diversidad de sintomatologías dolorosas: agudas, crónicas, típicas, atípicas, localizadas, difusas, irradiadas, punzantes, lacerantes, urentes, leves e intensas, las que pueden relacionarse con las diversas estructuras de los tejidos blandos, tejidos óseos y piezas dentarias de la cavidad bucal y estructuras anatómicas cercanas. El dolor puede relacionarse con un sinnúmero de enfermedades como trastornos traumáticos, microbianos, virales, inflamatorios, degenerativos, oncológicos, neurológicos, etc. Podemos

describir los dolores por causa iatrogénica, por complicaciones de tratamientos dentales, por compresión protésica, por punciones anestésicas o daño quirúrgico. En todas estas circunstancias el desafío no es menor, sin embargo muchos de estos tipos de patologías dolorosas por sus características propias puede consecuentemente contribuir en la generación sensaciones que van más allá del síntoma doloroso en particular.

Una persona con dolor crónico se ve impedida de desarrollar su vida, de trabajar, de llevar con normalidad su vida afectiva y de demostrar amor por los demás, se termina aislando, no es capaz de compartir. El dolor crónico es una de la experiencia humanas que más efectos negativos produce, proyectando en los que padecen, miedo, incertidumbre, impotencia, rabia, frustración, sufrimiento, entre otras. Las personas se tornan irascibles, negativas, sin esperanzas, inseguras, antisociales, distintas y sólo el que lo padece lo entiende y entiende lo que padece **(1)**.

Veamos algunos ejemplos en odontología:

1.- Una pulpitis aguda de una pieza dentaria, por su intenso dolor, el paciente se encuentra en una condición de menoscabo, limitación física y psíquica. Existe un sueño deficiente, su desempeño laboral será defectuoso, se le modificará el estado de ánimo y carácter, los efectos en cuanto a las relaciones humanas serán críticas. Evidentemente que las consecuencias para la vida del paciente traerán consigo una alteración transitoria de la alegría de vivir, existirá perturbación, y confusión. Sentirá miedo ante un origen desconocido, su gravedad y consecuencias y se hará múltiples conjeturas acerca de la incertidumbre de las alternativas de tratamientos. Se presentará ante el profesional con una cuota importante de miedo e incertidumbre ante la experiencia que le tocará vivir.

No podemos olvidar también, que esta experiencia dolorosa dejará huellas en su biografía, las que se evidenciarán en un futuro por un hecho clínico de similares características. Asociará esta vivencia con la próxima consulta, aunque ambas sean totalmente diferentes en cuanto a las características del dolor y su tratamiento, con toda probabilidad nos enfrentaremos a un paciente distinto: temeroso y desconfiado.

2.- En una situación muy distinta por su complejidad de diagnóstico y tratamiento, la neuralgia del trigémino constituye una enfermedad en la que la intensidad de la sensación dolorosa, conlleva necesariamente un cambio de vida sustancial. Los pacientes son afectados de tal modo que pueden desencadenar estados depresivos profundos con claros intereses de suicidio. En la neuralgia trigeminal, reviste características de gran intensidad y aparición súbita. Mientras el paciente se encuentre sin dolor, podrá desarrollar una actividad relativamente normal pero siempre temeroso de la posibilidad de la reincidencia. En estas circunstancias, el dolor es un síntoma de un daño orgánico, pero donde la causa es secundaria en relación a la sintomatología, la que es concluyente para la vida del enfermo. Al formar parte hace algunos años de un equipo encargado de estudiar y tratar las algias faciales en el Servicio de Neurología del Hospital San Juan de Dios, tuve la oportunidad de enfrentarme en un importante número de casos de personas portadoras de neuralgia del trigémino, observando lastimosamente cómo el dolor debilitaba gradual y sustancialmente la calidad de vida, por lo que algunos portadores de la neuralgia llegaba a atentar por su vida.

3.- El bruxismo, enfermedad caracterizada preferentemente por contracturas y dolores musculares, rechinar dentario y dolor articular, obedece a aspectos de la personalidad y sistema de vida del paciente, relacionándose con desequilibrios psicológicos, laborales, estrés, problemas familiares, etc. En este caso, el tratamiento radica en tratar la sintomatología, pero por sobretodo establecer los orígenes del sufrimiento. De este modo deberemos acompañar al paciente en cuanto ayudar, curar y sanar, conocimiento que permitirá la búsqueda de ayuda multidisciplinaria. Las medidas clínicas no van al fondo del asunto y son claramente sintomáticas, transitorias e insuficientes.

En estos 3 ejemplos de cuadros dolorosos, existen claras evidencias en lo que se refiere a la diversidad de causas, tratamiento y compromiso psicológico. El primero, caracterizado por dolor intenso, sufrimiento más bien temporal y un tratamiento simple de alta efectividad técnica. El segundo, representa un dolor intensísimo con grandes estragos emocionales y de relación social. El tercero, en

que el sufrimiento emocional conlleva su expresión principalmente en dolor neuro muscular facial. Tres situaciones diversas, en las cuales la conducta clínica es totalmente opuesta. Este abanico de combinaciones de dolor físico y dolor afectivo, deberán hacer del odontólogo una persona plenamente capacitada en el manejo de las implicancias holísticas de la enfermedad, vale decir, en la integralidad.

Como en toda relación clínica y más que clínica humana, la esencia del encuentro está en la capacidad de ambos por establecer una empatía, logrando un nivel aceptable de comunicación objetiva y una mejor comunicación subjetiva. La primera representada por la emisión de un lenguaje racional para expresar un concepto de la enfermedad. La segunda para manifestar los sentimientos que se asocian a todo proceso patológico que afecte a una persona enferma: su acogida y la comprensión por el tratante. El enfermo no es usuario, cliente o paciente, es una persona que requiere de nuestra ayuda. La empatía en el encuentro clínico es la actitud en virtud de la cual una persona hace el esfuerzo cognitivo, afectivo y conductual por captar, de la manera más justa posible, la experiencia ajena, sus necesidades, los significados que las cosas tienen para ella, sus sentimientos, los valores que la habitan, las dinámicas que actualiza, las expectativas y deseos que le mueven, así como los recursos con que cuenta (**García, 2002**).

El dolor y el sufrimiento no son necesariamente la misma cosa (**Los Fines de la Medicina**). El dolor se refiere a una aflicción física. El sufrimiento, en cambio, se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad. Ambos se pueden presentar simultáneamente, sin embargo no todo dolor involucra sufrimiento y no todo sufrimiento se acompaña de dolor físico. Los dolores pasajeros no logran generar sufrimiento por su condición de temporalidad. Del mismo modo el sufrimiento por causas de trastornos mentales y miedo habituales de la vida generalmente pueden o no estar acompañados de dolor corporal. Los ejemplos enunciados anteriormente ilustran estas situaciones.

Todos han nacido desnudos y pobres, sujetos todos a las miserias de la vida, el sufrimiento, a las necesidades, a los dolores de todo tipo; finalmente todos

están condenados a la muerte. El hombre, no se reconoce en sus propiedades, en sus facultades o en sus prerrogativas, sino en los tormentos que le agobian. Rousseau citado por F. Torralba **(69)** y escribe: “La enfermedad es necesario comprenderla en cuanto al padecimiento que puede provocar en las personas”, lo que se traduce en comprender que los pacientes recurren para que sanemos una enfermedad, pero también devolvamos el carácter de equilibrio que representa la salud para el desempeño vital, lo hacen como seres humanos en busca de respuesta ante sus miedos y temores. Se requiere por tanto amplios y profundos conocimientos técnicos, pero también condiciones humanas que le permitan hacer uso de sentimientos como la acogida y responder con comprensión y conmiseración.

A. Schopenhauer **(2002)** define compasión con las dos siguientes definiciones:

- 1.- No hay acción sin motivo. Sólo de tres maneras puede el motivo mover la voluntad. Pues lo que buscamos es, el bien propio, o el bien ajeno, o el mal ajeno. Según esto, en nuestra naturaleza hay tres cuerdas que pueden ser pulsadas por el motivo, es decir, tres fuentes de todas nuestras acciones: A.- El provecho (interés), B.- la compasión, y C.- la crueldad
- 2.- Todo amor genuino es compasión y todo amor que no sea compasión es egoísmo.

La aplicación de estos valores que parecieran ser compartidos por la mayor parte de los profesionales, se enfrenta con una realidad dura, la escasez de tiempo es una realidad permanente, escenario en que se hace difícil el encuentro humano al interior de la Relación Odontólogo – Paciente. Lo que A. Roa **(1998)** describe de la siguiente manera: “La responsabilidad ante la enfermedad, que era casi natural en la época del médico de familia, se ha vuelto un tema difícil en el curso de este siglo”. La atención odontológica tiene mucho de un acto comercial: yo recibo y exijo por lo que pago y se presta el servicio cancelado, se propende por tanto a una mayor despersonalización, fomentando lo que se denomina la abolición del sujeto, es decir, el paciente deja de estar en el centro de la relación clínica.

Víctor von Weisäcker, citado por A. Roa (1998) decía: “el médico integral, debería curar desde luego la enfermedad somática, operar la apendicitis por ejemplo, pero además ayudar al paciente a resolver los problemas íntimos en medio de los cuales irrumpió el mal”. Con toda seguridad estas palabras distan mucho de la realidad de nuestro medio.

Por ejemplo, esto es perfectamente aplicable a la odontología en el tratamiento del bruxismo y otras patologías físicas y psicosomáticas, en las que está plenamente definido su origen más allá de la alteración corporal. Aquí es fundamental el tratamiento mediante las técnicas clínicas conocidas, pero además la ayuda al paciente en cuanto a lo que realmente sucede en la vida es también prioritario.

Es valioso comprender los conceptos de la antropología médica en relación a las implicancias para la vida de las personas, es también una obligación para la práctica odontológica ir en el correcto sentido de la comprensión del hombre más allá de la enfermedad.

14.-CURAR, SANAR Y CUIDAR EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO–PACIENTE.

La utilización creciente de tecnología en salud, va determinando una mayor distancia en el contacto humano con el enfermo, tornándose la odontología más deshumanizada. La actitud sensitiva del profesional constituye una forma de minimizar la frialdad con que en la actualidad se establecen las soluciones terapéuticas. Humanizar significa hacer humano, hacer humana a la gente, dar humanidad, o también ayudar a los demás a ser humanos, es decir ayudarles a realizar sus propios objetivos como seres humanos, ayudarles a vivir humanamente (**Gracia, 2004**). Un ser humano puede tener una vida inhumana para consigo mismo y para los demás. Vivir humanamente es para y con los demás, nuestra preocupación son los pacientes, hombres enfermos con emociones y miedos. La humanidad es un valor que es capaz de habitar en nosotros y proyectar esta vivencia en los otros. Un odontólogo diestro en las técnicas, pero terco y lejano en la acogida, proyecta inhumanidad y por ende hace sentir rechazo en sus pacientes. Curar, sanar y cuidar representan distintas etapas de un proceso de recuperación de la salud, con las que se conforma el mecanismo de la acogida y la amistad médica de Lain Entralgo. La humanización no involucra necesariamente la pérdida de la objetividad, por el contrario, el actuar humanamente requiere también la valoración subjetiva del enfermo.

Mucho hemos insistido acerca de nuestra especial preocupación como odontólogos para favorecer la incorporación de las ciencias sociales y el humanismo en la práctica clínica, de modo de comprender a la persona doliente por sobre la corporalidad. Un cuerpo es posible observarlo, tocar, apreciar, pesar, oler y medir. No se puede sanar un cuerpo sin conocer el alma, sin conocer la naturaleza de todo. (**Platón citado por Escribar, Pérez, 2004**), y el alma no es otra cosa que la vitalidad del cuerpo, es la existencia que se perfecciona a sí misma y que Aristóteles denominó entelequia (**Gadamer, 2001**). No es posible dividir al hombre en cuerpo y alma o cuerpo y espíritu, el acto médico lo será tanto para la corporalidad del hombre como para su vida interior, no hay separación posible. En el alivio del doliente, hay dos grandes tipos de acciones: las que dicta

la tradición, el sentido común y el amor al prójimo, y las que proceden de las tecnologías **(Lolas, 1997)**. Es la diferencia entre ser demasiado científico y conocer mucho de patología, pero descuidando la sensibilidad.

La Bioética introduce un ejercicio valórico que permita contrarrestar el excesivo tecnicismo por el sólo hecho de aplicarlo, su utilidad tiene evidentemente límites, los que están dados por el incremento de la debilidad física y psicológica del hombre ante las situaciones aflictivas como la enfermedad que incrementa su sufrimiento y temor. Una enfermedad nunca llega a ser indiferente para quién la sufre. Siempre debemos recordar que el dolor físico puede no tener palabras para ser expresado, pero siempre dejará una huella biográfica en la memoria emocional y espiritual de quién lo tiene, modificando las reacciones ante los estímulos. A la luz de lo que conocemos acerca del comportamiento humano, es impresentable la falta de sensibilidad para el manejo de las emociones durante el transcurso de un tratamiento odontológico. No es comparable atender a un paciente tranquilo que a otro con una alta cuota de miedo y en oportunidades pánico. Su falta de consideración transforma el acto clínico en una terapia meramente técnica y por lo tanto adquiere ribetes de inhumanidad e indignidad para quién las ejecuta y para el que las recibe. Es la diferencia de un “hacedor” repetitivo de cosas y un “creador” que se va inventando en cada acción que realiza.

El ser humano es un ser mortal, cuya vida expresa al mismo tiempo su vulnerabilidad en el sentir y sufrir. Nadie está en mejor posición para comprender estas verdades que un profesional de la salud. Pero esta afirmación, a nuestro juicio valdría colocarla en sentido más bien hipotético, algo así como “nadie debería estar en mejor posición”, ya que no todos tienen la capacidad de observar más allá del cuerpo como artefacto susceptible de reparar. El odontólogo, en su posición de conocer la patología y la terapéutica, cuenta con una posición inmejorable para reconocer cuando una persona sufre ante su enfermedad y su tratamiento, pero a la vez, el conquistador que derrota la enfermedad y el dolor con la mano salvadora del conocimiento y la técnica, es quién nos infunde la esperanza para seguir adelante aún ante la ausencia de curación o alivio. (Informe del Presidents Council on Bioethics, 2002). Esta declaración bien debe llamarnos

a meditar acerca de sus contenidos, valores y proyecciones para el ejercicio clínico de la odontología.

El centro gravitatorio de la Relación Odontólogo – Paciente no está en la aplicación de una técnica para devolver la funcionalidad a “algo” que la ha perdido, como quién lleva un auto para que le cambien una pieza mecánica dañada. No instalamos prótesis, no hacemos obturaciones o extracciones dentarias, o al menos es lo que esperan nuestros pacientes, en el sentido que su individualidad obliga a una evitar una reiteración. Lo que realmente estamos logrando con nuestro trabajo profesional es regresar al paciente a su camino de vida futura, estamos ayudándole a ser feliz y nos transformamos en colaboradores y facilitadores de su felicidad. Lo contrario constituye la instrumentación del hombre enfermo por el poder que otorgan los conocimientos. El uso del poder de la profesión constituye una negación a la responsabilidad para quienes sufren. Aquí está la diferencia entre el curar, sanar y cuidar. El dilema entre cuidar (to care) y el curar (to cure) no deben considerarse excluyentes, sino complementarios **(Torrealba, 1998)**. Podemos curar, sanar y cuidar y no tan sólo restringirnos al curar, todo dependerá de nuestra visión humanista en la forma de enfrentarnos a nuestro paciente. Su cercanía, su enfermedad y las consecuencias para su vida y la de los cercanos nos podrán hacer ampliar nuestros criterios terapéuticos inclinándonos por el cuidar y sanar, con lo que no pretendemos dejar de valorar el curar, sólo que estamos favoreciendo equilibrar la balanza hacia una mayor sensibilidad junto a la técnica correctamente ejecutada.

Según la definición del Diccionario de la Lengua Española (2005), curar en sentido técnico, es remover la causa productora de la enfermedad. Curamos un diente de una caries si aplicamos correctamente la técnica, pero sanamos a la persona al tratar su diente y por lo tanto estamos cuidando en realidad al ser humano portador de la enfermedad en una relación de cercanía, en la que junto con restablecer la salud, lo acompañamos y nos hacemos parte de su vivencia. Estos criterios creo podrán incentivarlos a ser mejores y procurar siempre el bien para el paciente, lo que con toda seguridad se nos será agradecido. Podremos restituir excelentemente la función de una pieza dentaria, pero si lo hacemos en

forma descuidada generando dolor con una anestesia insuficiente, estamos al mismo tiempo determinando un daño psicológico y probablemente físico, es decir curamos pero no sanamos y tal vez dañamos, es decir estamos siendo maleficentes. Recordemos que la No Maleficencia es uno de los 4 principios o pilares angulares de la Bioética.

Curar constituye lo objetivo del acto médico, pero podremos transformarnos en perfectos y avezados profesionales técnicos, pero carentes de humanidad.

Podremos diseñar e instalar una prótesis dentaria estéticamente muy aceptable desde nuestro punto de vista, pero al paciente puede que no la acepte a su entera satisfacción, que no la tolere adecuadamente o que le involucre un menoscabo psicológico. Por lo tanto hemos conseguido exclusivamente curar instalando dientes artificiales, pero no hemos logrado en definitiva sanar ni cuidar, ya que no hemos sido capaces de ponernos en el lugar del paciente, quién es verdaderamente el que tiene la mejor capacidad para decidir y sentir.

En el mismo sentido, Francis Peabody citado por Goic (2004) nos coloca en la siguiente situación: “Cuando un paciente entra a un hospital, una de las primeras cosas que se pierde es su identidad personal. Generalmente, se hace referencia a él no como Juan Pérez sino como el tal caso de la segunda cama a la izquierda. El paciente no está tan perturbado por su patología como por su ansiedad por su futuro, y una conversación con su médico comprensivo que trata de aclararle la situación y luego recurre a un trabajador social para encontrarle una ocupación adecuada, hace más para fortalecerlo que todas las drogas y dietas. La enfermedad produce un estado emocional sensitivo anormal en casi todas las personas y, en muchos casos, el estado emocional repercute, por así decirlo, en la enfermedad orgánica”.

Es frecuente escuchar a los pacientes que han tenido dificultades en un tratamiento odontológico, cómo les ha afectado en su vida familiar, social y laboral, repercutiendo en aspectos de su vida privada y emocional que ni siquiera alcanzamos a dimensionar. Curamos y sanamos a una persona cuando al mismo tiempo que realizamos lo técnicamente correcto, logramos infundir nuestra confianza en el paciente. Se sentirá adecuadamente atendido en cuanto a un

servicio clínico, pero además agradecido de la calidad de atención en cuanto hemos respetado sus derechos, su intimidad y su dignidad. El cuidar nos obliga a entregar el tiempo necesario al paciente bajo las condiciones adecuadas para desarrollar el arte y la praxis odontológica que nos oriente en el camino de la sabiduría clínica. La finalidad no es curar, sino cuidar dice F. Lolas en su libro *Bioética y Antropología Médica* (2000). Y desde esta perspectiva, Torrealba (1998) reafirma que el cuidar es la base moral sobre la cual tienen que reformularse nuestras obligaciones profesionales y nuestra ética.

Pareciera que damos por comprendido, el verdadero objetivo de nuestra labor y en quienes y no en qué ejercemos nuestra responsabilidad. La práctica profesional exige un juicio acabado y cercano de las connotaciones de una determinada enfermedad, sus alternativas de tratamientos, sus consecuencias físicas y afectivas, los derechos, sentimientos, valores e intereses de los pacientes valores que hace necesario mantener en el centro de nuestra actividad profesional. El arte médico asume a todas luces una posición especial, porque la curación no es la fabricación de una cosa, sino el restablecimiento de un estado natural perdido, o uno tan próximo a él como sea posible. Hay que observar que para el médico la materia en la que ejerce su arte, la que elabora, es en sí misma el fin último: el organismo humano vivo como objetivo de sí mismo (**Jonas, 1997**). La mirada del odontólogo debe ser absolutamente la misma sin discusión alguna.

Por tal motivo, para poder comprender las connotaciones antropológicas, bioéticas, jurídicas y clínicas de la Relación Odontólogo – Paciente, es crucial el entendimiento de la real dimensión humana de quienes son portadores y sufren una enfermedad. La antropología filosófica reflexiona con amplitud intelectual en la esencia y condición de la vida humana para articular un acompañamiento a la altura de la dignidad de este ser único y extraño que es el ser humano (**Torrealba, 1998**).

Nuestro objetivo esta dado por la salud bucal, no para adentrarnos en este espacio anatómico con una visión restringida, sino más bien para que los conocimientos sean especialmente dedicados, pero sin dejar de tener conciencia que esta zona anatómica es parte de algo mucho mayor, cuyo objeto del

conocimiento es prácticamente infinito, el ser humano. Han sido siglos de desarrollo de las ciencias, y aún existen sustanciales preguntas sin empezar a resolver: quienes somos, cual es nuestra génesis, qué sentido tiene nuestra existencia humana, cuáles son las dimensiones fundamentales de nuestra condición, qué podemos esperar del futuro **(Torrealba, 1998)**.

Quizás el análisis por separado de estos conceptos haría intuir que ser humano, persona, dignidad y felicidad son conceptos independientes que tienen la capacidad de ser descritos por separado. La interdependencia de estos aspectos de la vida humana son intrínsecamente constitutivos de la unidad, de su vida biológica y psíquica, de sus facultades corporales y facultades sensibles, por lo que su fragmentación es sólo académica. La realidad humana es tan compleja que una manera de acercarse a ella es por intermedio de miradas aproximadas desde distintas perspectivas.

15.- COMUNICACIÓN EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE.

Nosotros los seres humanos, acontecemos en el lenguaje de acuerdo al sistema viviente que somos. No tenemos ninguna posibilidad de referirnos a nosotros mismos o a cualquier cosa fuera del lenguaje (**Maturana, 1997**). Por su parte J.M. Clavel en su libro Antropología de la Fragilidad (**2002**) describe la comunicación con estas palabras: “Vehículo de comunicación e incomunicación, es un arma de dos filos; por medio del lenguaje informamos y engañamos, preguntamos y disimulamos. Al expresar, nos percatamos del propio pensamiento, a la vez que lamentamos la insuficiencia de lo dicho; se gana y se pierde algo con la expresión. La significación se encarna en los sonidos, el sentido en la corporalidad”.

La comunicación entre el odontólogo y su paciente empieza a desarrollarse desde el primer instante del encuentro, se inicia en el momento en que preguntamos al paciente dónde tiene las molestias, qué es en realidad lo que le sucede, hace cuánto tiempo que tiene el dolor, y algo semejante empieza a generarse cuando el paciente inicia su relato de la patología, del cuándo, por qué y qué le llama a consultarnos. La Relación Odontólogo-Paciente involucra realidades diferentes de las personas que toman parte en ella, y la búsqueda del fin común involucra necesariamente la transmisión de los intereses particulares.

Así G. Casas (**2003**) define la comunicación entre dos personas como el resultado de un enriquecimiento mutuo de quienes participan, donde existe las realidades individuales son intercambiadas, con lo que se mitigan las deficiencias individuales de los comunicantes: “Por esencia y por la misma insuficiencia, la persona está abierta a la comunicación y al diálogo con las otras personas. Pero la condición necesaria para que haya diálogo, es que existan al menos dos realidades (substanciales) que tengan consistencia en sí mismas y que, por esto, puedan enriquecerse mutuamente.” En la Relación Odontólogo-Paciente, existen diferentes realidades representadas por el odontólogo y el paciente, las que pueden enriquecerse mutuamente a través de la terapéutica y la enfermedad.

Aquellas relaciones sin comunicación son inertes, en las que está limitada la construcción de lo nuevo, cada persona sigue inalterable.

Sin embargo la información mutua involucra diversos mensajes concretos de la historia de la patología y simultáneamente aspectos relacionados con subjetividades, tanto en la expresión como en la comprensión de ambos. La comunicación como esencia de la relación parece no haber modificado su estilo **(Weisäcker, 2005)**, por lo tanto esta afirmación, viene a profundizar que la relevancia semiológica y clínica de entablar una suerte de puente comunicativo entre el odontólogo y el paciente, único modo de fomentar el establecimiento de la confianza. Las dificultades radican en que existen diversos tipos de pacientes y diversos tipos de odontólogos, sobre los que también ejercerán influencias factores externos situacionales y particulares de cada uno. En cuanto al enfermo, la enfermedad ejercerá una influencia sustancial en el estado de ánimo y en la forma en reaccionar a las diversas circunstancias que a partir de este momento empezará a vivir: “Toma como norma no enfadarte por nada que te diga un hombre enfermo. La enfermedad hace mayor la natural impaciencia e irritabilidad del temperamento” **(Beauchamp, McCullough, 1987)**. Una comunicación fructífera que considere la claridad y la eficacia favorece en la Relación Odontólogo-Paciente la verdad, que por lo demás la podemos considerar como un signo de respeto hacia el paciente, el que se siente verdaderamente acogido y comprendido en la particular situación en la que vive en ese momento. La comunicación debe ser directa y quizás cruda, pero siempre en virtud de las circunstancias propias de cada persona, valorando nuestro modo de enfrentar su enfermedad, matizando el actuar para evitar un daño psicológico innecesario.

Los odontólogos no nos enfrentamos teóricamente a circunstancias que parecieran ser graves para los pacientes, pero esto es en realidad una distorsión por falta de sensibilidad ante lo que representa para las personas las patologías bucales. En algunos la pérdida de una pieza dentaria puede no ser causa de sufrimiento, ni siquiera incomodidad, en cambio, para otras esta circunstancia determina un profundo sentimiento de impotencia, limitación y sufrimiento. La

manera de reaccionar estará siempre dado por la auto percepción y propia valoración de la corporalidad, tanto en lo físico, funcional y estético.

L. Entralgo **(2003)** se refiere a la comunicación médica con las siguientes frases: “tan pronto como se han encontrado médico y enfermo se comunican entre sí: uno y otro se miran, se hablan, se escuchan; y mediante los recursos técnicos de exploración (inspección, anamnesis, exploración manual e instrumental), el clínico va estableciendo su diagnóstico y ofreciendo una base científica al tratamiento.”

La Relación Odontólogo-Paciente no es posible llevarla a efecto sin una adecuada comunicación humana y médica. Humana, ya que la Relación es ante todo entrega de información desde el paciente hacia el tratante y viceversa, la que para ambos debe sustentarse en la veracidad. Médica, ya que su objetivo persigue la recuperación de la salud, con oportunidad y confiabilidad. El fundamento que obliga a una completa y adecuada información clínica es el hecho de que todo ser humano de edad adulta y mente clara tiene derecho a decidir qué se hará con su cuerpo, vale decir la autodeterminación. Se requieren decisiones inteligentes **(Beauchamp, McCullough, 1987)**.

La información no sólo tiene implicancias éticas y clínicas sino que también legales. Un paciente puede imputar un tratamiento técnicamente correcto por no haber sido informado de sus posibles consecuencias, por remotas que estas sean.

La comunicación al interior de la Relación Odontólogo-Paciente, reviste un gran valor para todas aquellas personas vinculadas a ella, vale decir el paciente, odontólogo tratante y familiares o tutores. El fin de la información tiene como objetivo central el conocimiento de la patología y la toma de decisiones clínicas terapéuticas por parte del odontólogo y la aceptación o rechazo por parte del paciente. Será en última instancia el paciente quién decidirá sobre el tratamiento a seguir, información que obligatoriamente debe ser entregada sin manipulación, instrumentalización y fidedigna. Su carácter humano es ante todo del mismo nivel, estando obligado el paciente a informar lo que corresponda al tratante sin distorsiones. A su vez el profesional, como principio, no debe ocultar información

relevante para la decisión del paciente, salvo que existan circunstancias excepcionales para ello. Lo que se denomina privilegio terapéutico.

El consentimiento informado es un deber dentro del marco de una relación comunicativa. Salvo en circunstancias de urgencias o daño neurológico severo, el proceder a un determinado tratamiento, por ajustado que sea, se podrá considerar una agresión técnica (**Beauchamp, McCullough, 1987**). La adecuada, completa, veraz, sensible y oportuna información, constituye una fracción sustantiva de la confianza mutua. Una comunicación por correcta que sea en lo técnico, no podrá dejar de tomar en cuenta los aspectos subjetivos del enfermo. Atrás quedaron los tiempos en los que el odontólogo en una actitud preferentemente paternalista, procedía a iniciar una terapia sin información ni aceptación por parte del paciente. Hoy en cambio, la situación en general es a la inversa, son los pacientes quienes solicitan expresamente la información siendo participantes activos de la toma de decisiones.

No se pueden dejar de considerar aquellas situaciones relacionadas con niños, adultos muy dañados psicológicamente y pacientes de edad avanzada con capacidades de comprensión muy bajas.

Antes de informar a un paciente una noticia relacionada con su salud y que pueda implicar serias consecuencias para su vida, se requiere previamente una preparación anímica y psicológica del comunicador, ya que hay que comprender seriamente las implicancias de la noticia para el enfermo. Para todos los enfermos en virtud de su condición física, psicológica, naturaleza de la enfermedad, posibles tratamientos y pronóstico, el procedimiento de la comunicación será distinto cada vez, no puede existir un patrón o reglas estandarizadas. Se requiere ante todo mucha comprensión de la situación por la que pasa el enfermo, siendo obligación del tratante evaluar cada caso en forma independiente.

A continuación enumeramos algunos factores a considerar al momento de tener que comunicar una mala noticia:

- Evaluación de la condición anímica del paciente.
- Conocer con un grado de cercanía al paciente y sus familiares.
- Acoger la sensibilidad y estado de ánimo del paciente.

- Tener claro lo que se va a informar.
- Definir el cómo se informará
- Cuándo informar
- A quién informar
- Qué y cuánta información comunicar
- Hacerse acompañar si es necesario
- Comunicación directa pero con lenguaje de acuerdo a las circunstancias

REGLAS DE ORO DE LA COMUNICACIÓN MÉDICA DE SUZANE KURST CALGARY- CAMBRIDGE:

- 1.- Junto con saludar, presentarse a sí mismo y clarificar su rol como médico.
- 2.- Oír atentamente a la introducción que hace el paciente de su problema, sin interrumpirlo.
- 3.- Tomar en cuenta sus hábitos, creencias, entorno cultural, habilidades, etc.
- 4.- Dar espacio a que la persona piense antes de contestar.
- 5.- Cada cierto rato, resumir lo conversado para verificar si ambas partes han entendido lo expuesto respectivamente.
- 6.- Indagar en las preocupaciones y expectativas del paciente.
- 7.- Incentivar a que la persona exprese sentimientos y mostrar voluntad de ayudar.
- 8.- Preguntar al paciente que otra información podría serle útil.
- 9.- Usar diagramas, modelos y/o instrucciones escritas para explicar.
- 10.- Precisar posibles reacciones inesperadas del tratamiento y cuándo solicitar ayuda.

DECLARACION OMS SOBRE DERECHOS DE LOS PACIENTES, 1994.

- 1.- Ningún acto médico puede ser practicado sin el consentimiento informado previo del paciente
- 2.- Un paciente tiene derecho de rechazar un acto médico o de interrumpirlo. Debe ser claramente informado acerca del alcance del rechazo o interrupción.
- 3.- Cuando un paciente está incapacitado de expresar su voluntad, en el caso en que se imponga un acto médico de urgencia, puede presumirse su consentimiento, salvo si consta una manifestación de voluntad anterior de que el consentimiento sería rechazado en una situación semejante.
- 4.- Cuando se requiere el consentimiento de un representante legal y se impone un acto médico de urgencia, ese acto puede ser practicado, si no es posible obtener a tiempo el consentimiento del representante.
- 5.- Cuando se requiere el consentimiento de un representante legal y se impone un acto médico, ya sea adulto o menor, debe no obstante intervenir en la decisión, en toda la medida que le permitan sus capacidades
- 6.- Si un representante rechaza dar su consentimiento cuando el médico u otro profesional de salud estiman que se practicará un acto en el interés del paciente, la decisión debe ser enviada a un tribunal o sometida a cualquier otro procedimiento de arbitraje.
- 7.- En todas las otras situaciones en las que el paciente se encuentra en la incapacidad de dar un consentimiento informado y no existe ningún representante legal designado por el paciente para este efecto, se deben tomar medidas apropiadas para establecer un procedimiento que permita llegar a una decisión sustitutiva sobre la base de lo que se conoce y, en la medida de lo posible, de lo que se presume acerca de los deseos del paciente.
- 8.- Es necesario el consentimiento informado del paciente para toda participación de la enseñanza clínica
- 9.- Es necesario el consentimiento informado del paciente para cualquier participación en una actividad de investigación científica.

Debemos hacer una clara distinción entre el principio de autonomía y el consentimiento informado. La autonomía es el ejercicio de una capacidad la que es un derecho en todas aquellas personas que tienen las condiciones físicas y psíquicas para ejercerla. El consentimiento informado es un proceso de relación odontólogo – paciente en la que se desarrolla dentro de un proceso informativo. El consentimiento informado pasa a ser una consecuencia de la autonomía, con lo que se ha introducido una nueva manera de tomar las decisiones en la que el paciente puede aceptar o no un determinado tratamiento **(Gracia, 2004)**. La autonomía pasa a ser un derecho de las personas, y por lo tanto ante su ejercicio libre, no cabe otra cosa que su respeto y por lo tanto constituye un deber.

Debemos comprender que las personas tienen una amplia gama de representaciones en valores y lo mismo para la enfermedad, sin tomar en consideración otras variables como los aspectos culturales, lo que hace preciso que los cuidados médicos respeten la propia concepción de salud y enfermedad. Este escenario obliga el aporte de información permanente al paciente de todas las circunstancias que van rodeando su tratamiento, de modo que actúe facilitando la relación de confianza, y a su vez que ausencia o mala calidad no termine ejerciendo un rol que propicie los conflictos. El consentimiento informado es por tanto el reflejo de esta situación dual de información y confianza, y no exime la responsabilidad jurídica.

V.- ESTUDIO DE NUESTRA REALIDAD SOBRE LA RELACIÓN ODONTÓLOGO- PACIENTE: DISEÑO METODOLÓGICO.

El objeto de estudio de esta Tesis, así como sus objetivos determinan la aplicación de una metodología de carácter cualitativo. Tratándose de la caracterización de un fenómeno particular, en este caso, de la relación que se establece entre el odontólogo y su paciente, un adecuado criterio metodológico indica claramente que un acercamiento de tipo cualitativo en esta investigación es lo más apropiado. Se trata en este caso de un entendimiento en profundidad de una situación social en particular, la Relación Odontólogo - Paciente, en donde la comprensión del fenómeno requiere necesariamente el análisis de la situación a través de la mirada y los ojos de quienes están siendo estudiados. No se trata en este estudio, de cuantificar ciertas propiedades o atributos, sino más bien, de elaborar una tipología a partir de observaciones hechas. En este sentido, se privilegia la comprensión de los significados que la relación tiene tanto para el paciente como para el odontólogo. Lo anterior, en tanto se pretende establecer un diagnóstico de los conflictos al interior de la Relación Odontólogo – Paciente, recabando información de los aspectos más sensibles y de mayor importancia que la afectan.

Por lo anterior, se impuso una estrategia o acercamiento de tipo cualitativo al objeto de estudio, en donde las técnicas de la Entrevista Abierta y Grupos Focales fueron las más adecuadas para recopilar la información que sirvió de insumo para relevar los aspectos éticos y humanos en el ejercicio de la odontología.

El cumplimiento de los objetivos requiere el levantamiento de información de ambas partes involucradas en la relación - el odontólogo y el paciente – motivo por el cual se entrevistó a una muestra estructurada formada por pacientes y se realizaron dos Grupos Focales formados por odontólogos de Integramédica.

Se usaron las siguientes técnicas de recolección de información:

Entrevista Abierta: dirigida a una muestra por cuotas compuesta por pacientes que se encuentran en tratamiento en los 13 centros médicos de Integramédica de la ciudad de Santiago. Los temas que abarcó la entrevista dicen relación con las expectativas del paciente en la relación con el odontólogo, la calidad de la atención, el trato hacia el paciente, la interacción odontólogo – paciente, evaluación de la relación, satisfacción con la atención médica, satisfacción con la dedicación del odontólogo, posibles conflictos suscitados durante el tratamiento, entre otros.

La recopilación de la información a los pacientes incluyeron preguntas y respuestas abiertas, de modo que los pacientes tuvieron oportunidad de comunicar su opinión y experiencias acerca de lo preguntado, de modo que las respuestas muchas veces resultaron más amplias que las preguntas formuladas.

Estas entrevistas fueron realizadas directamente por el autor de este trabajo.

La pauta de preguntas son las siguientes:

- 1.- ¿Cuál es el motivo de su consulta?
- 2.- ¿Le preguntó el odontólogo por el motivo de la consulta?
- 3.- ¿Cómo considera que fue atendido por el odontólogo?
- 4.- ¿Le explicó bien el odontólogo su problema por el cual consultó?
- 5.- ¿Considera Ud. que fue atendido oportunamente por el odontólogo antes de iniciar un tratamiento?
- 6.- Frente a una decisión clínica importante, ¿Ud. preferiría que el odontólogo decida o prefiere tomar Ud. compartir la decisión en base a la información proporcionada por el profesional?
- 7.- ¿Cómo evaluaría la atención en el aspecto clínico?
- 8.- ¿Cómo evaluaría el trato del odontólogo hacia Ud?
- 9.- ¿Cuán importante considera el trato del odontólogo hacia Ud.?
- 10.- ¿Cómo describiría la actitud del odontólogo hacia Ud.?

- 11.- ¿Cómo describiría el interés del odontólogo en su persona, más allá de la atención odontológica?
- 12.- ¿Siente que el odontólogo se relacionó con Ud. como persona o paciente?
- 13.- ¿Se sintió Ud. acogido por el odontólogo en su dolencia?
- 14.- ¿Siente Ud. que el odontólogo trató de aliviar su dolencia más allá del procedimiento clínico?
- 15.- ¿Ha tenido algún conflicto con el odontólogo?
- 16.- ¿Tiene alguna queja o reclamo sobre el odontólogo?
- 17.- ¿Qué es lo que más le gusta en la atención del odontólogo tratante?
- 18.- ¿Qué es lo que menos le gusta en la atención del odontólogo tratante?
- 19.- ¿El odontólogo ha resuelto sus expectativas?
- 20.- ¿Sintió que el odontólogo interpretó su problema?
- 21.- ¿Cómo evalúa la salud bucal dentro del contexto de la salud general y bienestar general de su persona?

Grupos Focales: en los que participaron odontólogos provenientes de los 13 centros médicos de Integramédica de la ciudad de Santiago, Concepción y La Serena. Se realizaron dos Grupos Focales, uno compuesto por hombres y el otro compuesto por mujeres. La realización de dos Grupos Focales, cada uno formado por odontólogos del mismo sexo, obedece al supuesto de que la relación que establece el odontólogo con el paciente varía de acuerdo al sexo del mismo. Es posible pensar que la variable género influye de manera importante en la relación clínica, situación que es posible despejar más fácilmente constituyendo dos grupos diferentes.

La utilización de la técnica del Grupo Focal por sobre la Entrevista Abierta, en el caso de los odontólogos se fundamenta en su capacidad de reproducir el discurso colectivo del grupo que proporciona información. Por otro lado, en términos prácticos, el Grupo Focal implica una ganancia en términos de tiempo y facilidad en la sistematización y análisis de la información producida.

Los Grupos Focales se realizaron en el Auditorium del Centro Médico Integramédica ubicado en calle Barcelona de la comuna de Providencia. En

ambos grupos participaron un número importante de odontólogos aportando la información requerida para el estudio.

La participación fue homogénea y activa, obteniendo información importante y referida a las temáticas preestablecidas. En ocasiones, los participantes introdujeron en forma espontánea temas no contemplados previamente, pero relacionados con el objeto de la investigación y que, por lo tanto, enriquecieron la dinámica y aportaron información relevante para el estudio. Se pudo observar un consenso frente a casi todos los temas, no dándose posturas antagónicas ni contrapuestas, lo que evidencia un discurso colectivo y homogéneo de los odontólogos(as) frente a su percepción sobre la relación clínica con el paciente.

Los grupos focales fueron moderados por la Sra. Francisca Browne, Socióloga, quién además efectuó el análisis de sus transcripciones, repitiéndose el procedimiento para la entrevistas a los pacientes.

Determinación de la muestra

El ámbito del estudio abarcó a los pacientes y odontólogos de los 13 centros médicos de Integramédica de la ciudad de Santiago, por tanto, los alcances del estudio están dados por el límite institucional de Integramédica.

Para las Entrevistas se utilizó un procedimiento muestral no probabilístico dado que no es objetivo de este estudio determinar la distribución de ciertas características en la población estudiada como tampoco la frecuencia observada de determinadas variables. Tampoco se considera el cálculo de estadígrafos. Por el contrario, se trata de caracterizar la Relación Odontólogo – Paciente desde una perspectiva humana y simbólica.

Tratándose de un muestreo estructurado, se determinó un número fijo de pacientes a entrevistar los cuales abarcaban al universo de pacientes de los centros de atención de Integramédica. Se realizó un total de 26 entrevistas entre Octubre de 2005 y Abril de 2006 en los centros médicos respectivos.

Las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente en cada centro médico antes o después de ser atendidas por el odontólogo, momento en el cual se les solicitó la aplicación de la entrevista.

La cantidad de pacientes entrevistados por cada centro médico y por sexo fue el siguiente:

Número de pacientes entrevistados por Centro y sexo

Centro	Hombres	Mujeres	Total
I. Barcelona	1	1	2
I. Las Condes	1	1	2
I. Centro	1	1	2
I. Florida	1	1	2
I. Maipú	1	1	2
I. Parque Forestal	1	1	2
I. San Bernardo	1	1	2
I. San Miguel	1	1	2
I. Concepción	1	1	2
I. Oeste	1	1	2
I. La Serena	1	1	2
I. Tobalaba	1	1	2
I. Norte	1	1	2
Total	13	13	26

Para los Grupos Focales se invitó a participar a un odontólogo de cada sexo por cada centro de salud. Considerando que el número óptimo de participantes por cada grupo fluctúa entre 8 y 10 personas, y por otro lado, que nunca asisten la totalidad de las personas invitadas, se invitó a participar a una persona de cada centro para cada grupo, participado efectivamente un número menor pero significativamente suficiente.

La cantidad de profesionales invitados por cada centro y según sexo, fue la siguiente:

Número de odontólogos invitados a los Grupos Focales

Centro	Grupo 1: Hombres	Grupo 2: Mujeres	Total
I. Barcelona	1	1	2
I. Las Condes	1	1	2
I. Centro	1	1	2
I. Florida	1	1	2
I. Maipú	1	1	2
I. Parque Forestal	1	1	2
I. San Bernardo	1	1	2
I. San Miguel	1	1	2
I. Concepción	1	1	2
I. Oeste	1	1	2
I. La Serena	1	1	2
I. Tobalaba	1	1	2
I. Norte	1	1	2
Total	13	13	26

Análisis de la información

La información recabada a través de las entrevistas fue desgrabada y luego vaciada a una matriz de doble entrada que contenía los aspectos relevantes y centrales de las respuestas de cada paciente. El análisis de la información proveniente de las entrevistas se realizó mediante un método de análisis comparativo de las respuestas obtenidas frente a cada pregunta. Específicamente, el procedimiento consistió en el vaciado de toda la información a una matriz que agrupó las respuestas de todos los entrevistados frente a cada pregunta. Dentro de este proceso, se seleccionó aquella información relevante y sustantiva de cada respuesta, independiente de que esta sea compartida por otros entrevistados. Se obtuvo así una aproximación de la frecuencia de las respuestas, lo que permite identificar los elementos que son transversales a la muestra. Posteriormente se hizo un análisis por pregunta y luego por dimensión, siguiendo un proceso de agrupación de información en categorías cada vez más amplias para, finalmente, dar respuesta a las preguntas iniciales de investigación. Simultáneamente, la información se analizó haciendo un paralelo entre los contenidos vertidos por las pacientes de sexo femenino y los pacientes de sexo masculino. Esto último con el fin de identificar similitudes y diferencias en las hablas de ambos grupos de pacientes.

La información producida por los Grupos Focales fue analizada mediante la técnica de Análisis de Discurso, en donde se relevaron aquellos tópicos que aparecieron de mayor importancia para los participantes. El análisis se hizo separadamente para cada grupo para ser posteriormente comparados los resultados con el fin de identificar diferencias en las hablas de ambos grupos.

VI.- RESULTADOS

1. La acogida del paciente

1.1. La necesidad de sentirse acogidos

Según las odontólogas, ser paciente significa encontrarse en una situación de menoscabo, la cual requiere de la máxima atención, comprensión y acogida de parte del Odontólogo. El paciente llega siempre con algún malestar, con algún problema que necesita solucionar, muy pocos pacientes solicitan hora sólo para control, de manera que el odontólogo tiene como misión solucionarle el problema al paciente. Lo primero es aliviarle el dolor si existe; en segundo lugar, identificar cuál es la necesidad del paciente. Muchos de ellos no entienden cuál es su problema clínico como tampoco entienden el tratamiento. Frente a esta situación hay dos posturas, el paciente que no se interesa por entender su problema y deja actuar al odontólogo, entendido como el profesional que decidirá siempre a favor del paciente. En segundo lugar, se encuentran aquellos pacientes que se cuestionan en todo momento el proceder del odontólogo, desde el diagnóstico hasta el tratamiento, ocupando un lugar importante el cuestionamiento al presupuesto. En ambos casos, el odontólogo debe velar siempre por beneficiar al paciente, siendo este uno de los principios éticos más importantes. Frente al cuestionamiento del tratamiento con su correspondiente presupuesto, las participantes manifiestan que se avalan siempre con radiografías que le muestran al paciente así como utilizando el espejo para que él mismo pueda observar su estado bucal. El que el presupuesto sea elaborado por personal administrativo es un alivio para las odontólogas, ya que generalmente los pacientes solicitan que se les cobre un monto menor lo cual, evidentemente desliga al profesional de esta "molesta negociación".

Para los pacientes, que los atiendan lo mejor posible, significa que les digan lo que le van a hacer, que sean respetuosos, que la traten bien y que la acojan:

“Por ejemplo que saluden como que lo acojan igual bien a uno y más encima si lo llaman por el nombre de uno es porque ya como que están pendientes de la persona no es cualquiera que viene no mas” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

Los pacientes entrevistados relacionan la acogida con la evitación del dolor. De esta manera, en aquellas ocasiones en que el dentista no da respuesta al dolor que siente el paciente, este se percibe “no acogido en su dolor”. La siguiente cita es ilustrativa al respecto:

“Es que es como que, que ellos no saben lo que uno esta sintiendo ellos están trabajando no mas en la boca de uno y uno le dice me duele, me duele y hay veces que tiene que aguantarse no mas” (Mujer, 24 años, I. La Serena)

El paciente es más que una cavidad bucal, es una persona y en este sentido, siempre que el odontólogo de espacio a los problemas del paciente más allá de su tratamiento dental, la relación clínica será considerada como de acogida.

“Ella misma me entiende mi situación que yo trabajo más encima que trabajo con niños, que ando tensa y el hecho que me recomiende y ella misma diga que es mucha la tensión, que a lo mejor estoy muy estresada yo creo que nos ve como persona porque si no nos viera así le daría lo mismo que yo estuviera estresa” (Mujer, 48 años, I. Tobalaba)

Varios pacientes se han atendido anteriormente en otras consultas dentales, habiendo tenido varios de ellos experiencias negativas, tanto en la calidad de los tratamientos recibidos como en la relación que ha establecido el odontólogo con ellos. Específicamente se refieren a tratamientos ineficientes, trato despersonalizado, negligencias, mal manejo del dolor, etc. Algunos pacientes califican estas experiencias como traumáticas, las que han sido generalmente hace bastantes años atrás, durante la infancia y el trauma ha sido dado por el

dolor físico que les ha provocado. La siguiente cita extraída de una entrevista, expresa lo dicho.

“Me han tocado dentistas “sádicos”, pero a esos no ha vuelto más” (Hombre, 27 años)

Una mala experiencia en el dentista (con o sin dolor) se recuerda siempre y determina una mala predisposición hacia nuevas consultas.

Dado lo anterior, cuando van a consultar después de mucho tiempo, en general sienten miedo o temor, originado principalmente por el dolor que podrían sentir más que por la molestia o incomodidad que les provoca la consulta.

“Todo va en la experiencia porque por ejemplo ya una vez me, me fue mal con un dentista entonces uno va con la idea de que quizás puede ser igual o puede ser peor” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

Por su parte, las odontólogas (participantes en el Grupo Focal) manifiestan también que en general el paciente va con molestia al dentista, más allá de la dolencia que pueda presentar, la visita al dentista, de esta manera, es siempre evitada y motivo de desagrado y dolor. Esta visión es compartida por los odontólogos hombres.

“Los pacientes llegan a la consulta con dolor, molestia o un problema estético” (Focus hombres)

Algunas odontólogas consideran que los pacientes hombres son más “cobardes” que las mujeres, mientras que otras no encuentran diferencias con las pacientes mujeres. Existe acuerdo en que lo que diferencia al tipo de paciente es más la edad que el sexo. Las diferencias en la actitud del paciente y, por tanto, en la forma de tratarlo, se presenta entre pacientes jóvenes, mayores y adultos mayores. Estos últimos son más difíciles de atender ya que, tratándose en casi todos los casos de odontólogas jóvenes, los pacientes mayores las perciben con

desconfianza. A veces ponen en duda su competencia profesional, dado su escasa experiencia en el ejercicio de la profesión.

Una situación distinta se da cuando se trata de pacientes menores de edad, ya que aquí se encuentra una doble relación, con el paciente por una parte y su tutor por la otra, que es generalmente la mamá. De aquellas odontólogas que atienden niños, algunas prefieren que la madre esté presente durante la sesión y otras prefieren que espere afuera ya que así el niño tiene un mejor comportamiento. En ninguna de ambas circunstancias las participantes reportaron problemas ni conflictos con las mamás.

Los odontólogos hombres consideran que es importante satisfacer las necesidades del paciente y aquí es importante la comunicación, aparte de la confianza que es necesario establecer.

“Muchas veces uno se preocupa de lo que uno quiere, de lo que uno sabe como profesional, pero muchas veces uno no está pendiente de lo que el paciente” (Focus hombres)

La función del dentista es dar solución a la enfermedad con el máximo de comunicación, evitando al final el mínimo conflicto con una alta calidad. De esta forma se dan soluciones para el caso específico.

La primera función del dentista es solucionar con la mayor calidad el problema que aqueja al paciente. Por sobre esto, la atención debiera ser de confianza y establecer una buena comunicación. Esto le agrega calidad a la atención lo que redundará en una mayor satisfacción del paciente.

“Es solucionar al máximo el motivo de consulta” (Focus hombres)

Los odontólogos también consideran que hay que tomar en cuenta, además, los temores que tiene el paciente. Ellos señalan que en general los pacientes le tienen miedo al dentista por lo que hay que ponerse en su lugar. Aquí es importante también explicarle los tratamientos que se le van o están haciendo.

A veces es importante tener en cuenta el carácter del paciente ya que no todos son iguales.

“Lo que muchos pacientes buscan, es una persona que les responda no solamente en la parte profesional que todos sabemos, no solamente las expectativas de su tratamiento, de cuanto le va a durar, cuanto le va a costar, sino que simplemente también el paciente busca un respaldo de una persona ... como un amigo que los ayude y que los guíe ” (Focus hombres)

1.2. El dolor

El dentista se ha asociado por siempre con el dolor. Esta ha sido la causa principal de la resistencia a las consultas dentales, cuando no lo ha sido la falta de recursos económicos. Cuando el dolor se hace presente por falta de tratamiento, se dan los casos de urgencia dental en que el paciente, acude al dentista motivado casi exclusivamente por el alivio del dolor que lo aqueja.

“Uno trata de ver la mano del dentista. Si no está ni ahí con que me duela o si me pasa a llevar algo, no vuelvo más” (Hombre, 27 años)

Actualmente, los tratamientos dentales cuentan con las condiciones técnicas para abolir el dolor en las consultas. El mayor uso de la anestesia ha permitido disminuir el dolor, reduciéndose en parte la asociación odontología – dolor. Esto se ve principalmente en los pacientes mayores y aquellos que han tenido experiencias traumáticas en este aspecto. A su vez, esta situación es transmitida a los más jóvenes, especialmente los hijos, quienes se acercan al dentista sin el temor que les significaba antes a sus padres.

“Y me imagine otra cosa que me iba doler y nada no ningún problema” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

La buena atención se asocia con la evitación del dolor, como se aprecia en la siguiente cita:

“Pero lo importante es para mi es que yo no sentí nada de ningún dolor” (Hombre, 51 años, I. Maipú)

“A mi no me gusta la gente que es como, como que prefiere hacerlo al tiro y rápido o sea prefiere que si me duele esperar un poco tratar de o preguntarme si me duele y todo eso, como que eso es lo que mas me preocupa” (Mujer, 18 años, Las Condes)

Cuando se les consultó a las odontólogas “cuán importante consideran que es el acoger al paciente en su dolor en relación al tratamiento” se observó un consenso respecto a que la acogida del dolor es prioritario en la relación clínica. La mayoría de ellas proceden en primer lugar a aliviar el dolor del paciente cuando este es intenso y es el motivo de consulta. Se discute en este punto la necesidad de empatizar con el paciente y no minimizar ni cuestionar su sentir, aún cuando sea evidente una magnificación del dolor de parte del paciente. Más allá del dolor, toda preocupación del paciente relacionada con su salud o estética bucal debe ser acogida, asumida e interpretada por el profesional.

“Nosotros trabajamos todos los días con el dolor, los dentistas conocemos el dolor y de hecho cada día más, el quinto signo clínico a medir en hospitales; hay que medirlo y ver como queda el dolor pre y post operatorio en un paciente y eso también va a ser parte de como va a ser la atención al paciente” (Focus hombres)

2. La atención

En general los pacientes entrevistados evalúan bien la atención odontológica, resaltando la relación personal que en muchos casos han establecido con el odontólogo tratante. Hacen alusión al buen trato recibido de parte del odontólogo, quien los recibe amablemente, lo(a)s llama por su nombre, les consulta cómo se han sentido, etc. La preocupación del odontólogo por el estado post consulta del paciente es altamente valorado por este. Aquellos pacientes que luego de la consulta fueron llamados por el odontólogo para

informarse de cómo se han sentido, lo resaltan como un aspecto sobresaliente al momento de evaluar la atención.

“Yo creo que eso más porque, si uno llega a una parte y la atienden bien, la saludan, uno se siente más cómoda, más relajada, entonces cualquier cosa que le hagan, uno está más dispuesta a que le hagan eso porque ya están más en confianza con la persona. Porque si uno llega a un lugar hostil, no la saludan, le dicen “ya siéntate ahí”, “abra la boca”, es como desagradable y uno se siente incomoda”.

Casi la totalidad de los entrevistados fueron consultados por el odontólogo sobre el motivo de su consulta. Esto es valorado por los pacientes, ya que forma parte del buen trato y personaliza la atención. Más allá de orientar el diagnóstico que pueda hacer el odontólogo, esta primera consulta permite iniciar una relación personalizada, facilitando la confianza con el paciente.

“Por ejemplo que saluden como que lo acojan igual bien a uno y más encima si lo llaman por el nombre de uno es porque ya como que están pendientes de la persona no es cualquiera que viene no más” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

El tiempo de espera es importante en la calidad de la atención. En general los pacientes consideran prudente no esperar más de 15 minutos, lo que consideran aceptable. Si bien algunos de los entrevistados señalan que en ocasiones han tenido que esperar más de lo tolerado, la mayoría no ha tenido problemas en este aspecto.

“Cuando tengo que esperar como que me da un poco de lata porque yo digo porque no programan más, o sea si va a demorarse veinte minutos con un paciente dar más separadas las horas ahora si hay que esperar cinco minutos” (Mujer, 48 años, I. Tobalaba)

Es necesario destacar también la pronta accesibilidad a la atención, lo cual es un elemento de considerar al evaluar la calidad del servicio. El paciente

generalmente llega atenderse con un problema dental que, la más de las veces, requiere de una solución lo antes posible, sin ser necesariamente de urgencia. Siendo así, la resolución de la situación que afecta al paciente incide en la evaluación de la calidad de la atención.

“Me dieron una solución al tiro” (Mujer, 24 años, I. La Serena)

También influye en la evaluación la forma del presentarse del odontólogo, el delantal, el peinado, entre otros. Que se vea una persona cuidadosa, pulcra es casi una exigencia de los pacientes.

“Claro como le digo puede ser una eminencia pero de repente igual si uno lo ve demasiado así” (Mujer, 48 años, I. Tobaraba)

“El paciente está sentado sin hacer nada y tiene todo el tiempo del mundo para mirar todo lo que hace el dentista” (Hombre, 33 años, Barcelona)

El tiempo que el dentista dedica a cada paciente es otro elemento de la evaluación que el paciente hace de la atención.

“Me gusto como me atendió, se dio el tiempo de explicarme, se dio el tiempo, en cambio la otra doctora quería puro irse entonces eso no me gusto” (Mujer, 24 años, I. La Serena)

“Lo que me carga es estos dentistas que no como que no quieren ayudar como que quieren hacer la pega rápida” (Mujer, 25 años, Centro)

El desempeño de la auxiliar dental es unánimemente bien evaluado por los entrevistados. Manifiestan su agrado por la amabilidad del personal. Destacan la relación odontólogo -auxiliar la que forma parte también de la evaluación que los pacientes hacen de la atención.

3. La Relación Odontólogo - Paciente

La relación odontólogo-paciente ha evolucionado positivamente en las últimas décadas a favor del paciente. La anterior relación de subordinación del paciente al odontólogo ha sido reemplazada por una relación quizás más horizontal, en donde la atención odontológica pasa a constituir un servicio tan importante como otros en medicina en el cuidado de la salud y la corporalidad.

“Es que eso es lo que es uno, es mas persona que paciente porque lo tienen que atender yo creo lo mejor posible” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

El paciente, consciente de su derecho a decidir informadamente, exige al odontólogo toda la información necesaria respecto a su estado de salud bucal y a las ventajas y desventajas del tratamiento propuesto. Dado que la salud bucal representa para algunos pacientes un destacado valor estético, la odontología puede constituir para algunos un servicio estético más que salud.

“Igual uno también esta pagando entonces igual uno necesita saber que, que van a hacer” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

El trato personalizado, el ambiente cómodo, la información entregada al paciente, así como la explicación del tratamiento que se le realiza, forman parte de la buena evaluación de la atención dental.

Se abordó también en los Grupos Focales el tema del beneficio de considerar al paciente como un ser integral incluyendo su aspecto humano. Se constató un acuerdo general en que ese es y debiera ser el primer principio a tomar en cuenta y que debiera guiar el trabajo con el paciente. En consecuencia con lo antes dicho frente a otras preguntas, en la medida en que el paciente se sienta acogido por el odontólogo, interpretado en su situación y resueltos sus problemas clínicos, se establecerá un vínculo con el profesional que asegurará su opción por este frente a futuros episodios de salud bucal.

“Cuando se mira al paciente en forma integral viendo la parte humana también no solamente viéndolo como un caso como el dice como una muela no mas, si no más bien como una persona que sufre, una persona que tiene un malestar, que tiene dolor, que tiene una necesidad cuando se le trata ustedes se lo hacen cuando se le trata, quien se beneficia más, el paciente bueno obvio pero ustedes también” (Focus hombres)

3.1. El trato

El trato es el aspecto que más determina la calidad de la relación clínica, toda vez que el tratamiento odontológico requiere el contacto físico entre las partes involucradas. La preocupación del odontólogo por el paciente es altamente valorado.

“El trato aquí es bien humano...es como una preocupación”

Lo que más valora el paciente, es la atención personalizada, humana. Es así como, en algunas ocasiones, se valora más el trato del dentista que el tratamiento:

“O sea me interesa que entienda bien cual es el problema, tener la seguridad que el, sabe que conoce mi caso, que se acuerde de mi la siguiente vez que vengo, en el fondo saber que hay alguien preocupado que no simplemente que dice: h a ya, el procedimiento y quizás se equivoca porque ni si quiera sabe quien soy” (Hombre, 35 años, I. Barcelona)

“Que el dentista sepa quién soy, sepa cual es mi problema sepa que me atendió antes y en general ojalá se acuerde de todo, que se acuerde de mi sentir que sabe quien osea saber que no soy un paciente más” (Hombre, 35 años, I. Barcelona)

Una estrategia utilizada por las odontólogas para reforzar el buen trato hacia el paciente y, consolidar una relación de confianza, es acompañar al

paciente una vez terminada la sesión a solicitar una hora de atención especial. También, cuando el paciente es derivado a otro especialista, acompañarlo y presentarle al nuevo odontólogo que lo atenderá. Estas conductas son muy valoradas por los pacientes ya que perciben que son tratados en forma individualizada y con dedicación especial.

“Me recibió afuera, me saludó, me dió la mano, muy caballero, me dijo a ver, cuénteme que es lo que quiere, que le pasa...” (Hombre, 51 años, Maipú)

3.2. La información y la explicación del tratamiento

La información es otro de los aspectos que determinan la calidad de la atención. Todo paciente odontológico valora la información que recibe tanto al inicio como durante su tratamiento dental. Prácticamente en todos los casos, el motivo de la consulta deriva en un tratamiento dental, cuyo costo asociado es tan importante para el paciente conocer como ser informado de su estado de su salud bucal y el tipo de tratamiento dental que requiere.

“O sea a ti te gusta saber lo que te van a hacer en la boca” (Hombre, 29 años, I. Tobalaba)

El costo en dinero del tratamiento dental define si este se llevará a efecto o no, toda vez que este es escasamente cubierto por los sistemas de salud lo que implica un importante desembolso para el paciente. Se suma a esto que, salvo excepciones, los tratamientos dentales son prescindibles y son considerados más bien por su finalidad estética que de salud.

El tiempo que dedican los odontólogos a explicar al paciente en qué consiste el tratamiento que proponen así como su justificación, es otro factor que determina cómo evalúan los pacientes la calidad de la atención.

“Es buen Dr. sabe, sabe explicar las cosas” (Hombre, 29 años, I. Tobalaba)

La información no se refiere solamente a que el dentista le diga al paciente su diagnóstico y tratamiento. Esta información debe ser, a la vez, entendible para el paciente. Sólo de esta forma, este estará en condiciones de decidir informadamente.

“Y al mismo tiempo hablar como se dice en español o sea hablar con términos que una persona que no domine esa área no pueda entender porque no todos manejamos cierto lenguaje referente a ciertas áreas que uno no entiende” (Mujer, 48 años, I. Tobalaba)

“Es importante que me diga lo que está pasando” (Mujer, 32 años, Barcelona)

Para los pacientes, la buena atención se traduce en que les informen previamente el tratamiento a seguir, que sean respetuosos, que los traten bien y que los acojan.

3.3. La participación en la toma de decisiones

El estudio contempló determinar el grado en que los pacientes deciden respecto al cuidado de su salud bucal, especialmente, en la elección de uno o varios tratamientos alternativos frente a su dolencia. Esta participación en la toma de decisiones revela la dirección de la relación clínica. De acuerdo a la información aportada por los pacientes entrevistados, casi todos ellos, deciden por sí mismos o en conjunto con el odontólogo, el tratamiento a seguir, cuando hay más de una alternativa.

“Claro, claro o sea el doctor en estos momentos con la persona que estoy me da opciones y entre esas opciones yo he ido tomando en cuanto valor y calidad a futuro de los servicios o sea del servicio que se me da” (Hombre, 30 años, I. La Serena)

“Al final la decisión es tuya” (Hombre, 30 años, I. Las Condes)

“Ella como dentista me aconseja pero yo acepto o no acepto” (Mujer, 31 años, Norte)

La consulta con el dentista es en sí misma una situación incómoda y que tensiona al paciente. Por esto es importante todo intento o estrategia utilizada para aliviar la incomodidad del paciente.

“Pero cuando uno va al dentista el ambiente se hace un poco mas agradable mientras se esta atendiendo, te habla aunque uno no puede hablar es un poco más agradable”

(Hombre, 27 años)

“Que sea un poco más agradable el ambiente... cuando uno está sentado ahí”

(Hombre, 27 años)

“porque igual por ejemplo uno esta ahí e igual el momento que ve tantas máquinas, tantas cosas se pone tensa entonces lo ideal es que sea como todo un poquito mas relajado”

(Mujer, 24 años, I. Oeste)

“Porque uno se tiene que sentir cómoda en un sillón donde hay mil cosas y objetos que uno no tiene idea para que sirven y que te van a meter en la boca y que de repente no se”

(Mujer, 25 años, I. Centro)

3.4. La confianza

La confianza en el odontólogo se establece desde el primer encuentro. Existen ciertos elementos tales como la presentación y el trato, los que influyen en la percepción del paciente.

“Más que nada visual, pero no visual en el sentido de como anda vestida, es algo como de intuición algo así como química así no se como explicar esa parte, pero yo creo que uno ve

a una persona y como que no le tinca mucho” “visualmente me inspira confianza” (Mujer, 48 años, I. Tobalaba)

La confianza en el odontólogo tratante es de suma importancia, sin esta el paciente no se somete voluntariamente a un tratamiento dental. Es necesario recordar aquí que el odontólogo interviene en una parte del cuerpo del paciente, la cual es de gran visibilidad externa y tiene para el paciente un importante valor estético. En concreto, el paciente se “entrega” al odontólogo como lo hace al cirujano frente a una intervención quirúrgica. La mediación de la confianza en el profesional está siempre presente en la relación clínica:

“... y que además él haga bien las cosas porque lo que esta haciendo yo no tengo idea yo estoy confiando en el en lo que esta haciendo” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

Que el odontólogo explique al paciente lo que se le va a hacer, establece también una relación de confianza. La explicación de su diagnóstico y tratamiento es la única forma que tiene el paciente de obtener confianza en su tratante:

“Que haya respeto y que además el haga bien las cosas porque estoy lo que esta haciendo yo no tengo idea yo estoy confiando en el en lo que esta haciendo” (Mujer, 24 años, I. Oeste)

“Si pero igual uno ahí como queda en manos de ellos porque ellos son los profesionales” (Mujer, 24 años, I. La Serena)

La confianza está dada también por el trato, como lo indica la siguiente cita:

“La confianza es como tampoco que sea falso pero como que sea atento que sea hola como “estai” o sea como también un trato de persona a persona o sea estay trabajando con personas como que y yo creo que a ellos también les es mas grato y yo creo que a ellos también les sirve tener esa relación” (Mujer, 18 años, Las Condes)

La confianza se relaciona también con la honestidad y honradez dado que un tratamiento dental implica siempre un costo, el que no es menor en comparación con otras atenciones en salud y debe ser asumido principalmente por el paciente. Aquellos dentistas que fundamentan el costo del tratamiento, inspiran mayor confianza en el paciente.

“Mas que nada digamos por su transparencia cuando conversamos” (Hombre, 51 años, I. Maipú)

“el Dr. no esta pendiente de lo que va a cobrar esta pendiente de lo que uno tiene o de como vienen la enfermedad que tiene en la boca” (Hombre, 51 años, I. Maipú)

La confianza se construye, según las odontólogas, siendo honestas consigo mismas y con el paciente, lo que se traduce en derivar a otro especialista cuando no se considera capacitada para resolver el problema que presenta el paciente.

La confianza es vista como parte esencial de la relación también por los odontólogos. Las participantes en el Grupo Focal señalan que lo más importante es establecer una relación de confianza, la que no es posible en todas las especialidades, dependiendo de la duración del tratamiento. Añaden que la mayoría de los pacientes no maneja el lenguaje técnico, por lo que es muy importante, explicarles utilizando un lenguaje popular. El paciente debe sentirse cómodo, seguro de la competencia del odontólogo(o)a y sobre todo, que lo identifique como persona individual. Esto se traduce en, como por ejemplo, llamarlo por su nombre y preguntarle por situaciones de tipo personal que el paciente ha mencionado en sesiones anteriores, tales como resultados en las pruebas del colegio en caso de adolescentes, hijos y nietos en el caso de los adultos mayores, etc. En resumen, se debe procurar tratar al paciente como persona individualizada. El motivo de esto es “retener al paciente como cliente”, evitando que busque otra alternativa de atención dental. De aquí se desprende

que es muy importante en la relación, la satisfacción del paciente toda vez que esto significa su permanencia.

De hecho, y de acuerdo a lo expresado por los pacientes entrevistados, la confianza adquirida respecto de un dentista trasciende al paciente, extendiéndose a su familia y perdura a lo largo del tiempo. El contar con un dentista “de confianza” es importante para el paciente, considerando que este último, ignorante en la materia, queda a disposición del actuar del profesional que lo atiende:

“Después pensando en tu familia que tenís que mantenerla, por lo tanto siempre tener un dentista y un abogado amigo y desde ese punto de vista lo veo o sea no si tu vai a cinco dentistas no, no cada uno te va a pegar el palo que quiere po es mejor tener uno y bueno pal resto de la vida” (Hombre, 30 años, I. Las Condes)

La idea del “dentista de cabecera” existe también entre los dentistas hombres, quienes dicen que ellos debieran ser como los médicos de cabecera:

“Una persona en quien puedan depositar la confianza no solamente de el sino también a veces muchas veces de su familia de sus hijos” (Focus hombres)

Según las odontólogas participantes “lo que más le interesa al paciente en la relación clínica” es el trato otorgado y la confianza en el profesional. De aquí que establecer una relación de confianza con el paciente es fundamental para la satisfacción de este último y, por consecuencia, su continuidad como paciente. Señalan que generalmente atienden a familias completas y que la mayoría de los pacientes son derivados por familiares o conocidos. Por este motivo, es de suma importancia cautelara en todo momento su bienestar.

No es menor la relevancia de la participación del paciente en su propio tratamiento para evitar la desconfianza. Hay que infundir seguridad por intermedio de la información y dando espacio para que ellos tomen su propia decisión evitando ser muy influyentes. El dentista debe informar al paciente lo que viene más adelante, considerando las otras especialidades. Vale decir, priorizar en una

información objetiva de la patología y su tratamiento, lo que el paciente utilizará como herramientas propias a la hora de las determinaciones.

Resumiendo, del habla de los participantes se desprende que la buena atención al paciente es reconocida por los odontólogos. Más allá de su importancia para retener al paciente, un buen tratamiento es para ellos un logro y una satisfacción personal. La acogida del paciente, así como una buena relación Odontólogo –Paciente, es una aspiración de los profesionales de Integramédica participantes de este estudio. Sin embargo ellos también comprenden que existen factores externos institucionales que constituyen una colaboración o daño en esta Relación, como lo son el manejo del personal administrativo y de apoyo clínico, entre otros.

4. Valoración de la salud bucal

La importancia de la salud bucal no es solamente es resaltada por su valor estético, sino que también las expresiones de los pacientes establecen relaciones con aspectos psicológicos, físicos, médicos y de relación social. La pérdida de alguna pieza dental es lamentada por el paciente, ya que no se recupera y debe ser sustituida por una pieza “ortopédica”. Todo lo del cuerpo que no es recuperable es altamente sentido por el paciente, especialmente si son partes visibles del cuerpo.

“Claro, la boca del punto vista psicológico, estético, si uno no tiene los dientes y tiene prótesis mala afecta pa’ comer y si uno come, no come bien, le afecta el estomago uf las implicancias son muchas lo que pasa, es que no toda la gente lo valora ¿ya?” (Hombre, 72 años, San Miguel)

La salud bucal es valorada por la mantención de las piezas dentales, de manera que cada vez que un paciente está en riesgo de “perder una muela”, su preocupación por las alternativas de conservarla aumentan.

“Porque al menos en los dientes se ve todo, se ve la imagen y hay que preocuparse a veces”. (Mujer, 24 años, I. Oeste)

“Claro y ante esas experiencias no queda otra que recurrir a eso y a sacar la muela y uno va perdiendo, va perdiendo piezas y ahí esta y ahora para recuperarlas es lo complicado”
(Mujer, 48 años, I. Tobalaba)

A la pérdida física se añade un deterioro de la salud bucal con el consiguiente menoscabo de la estima de su propio cuerpo. Si a esta situación se suman el dolor y la molestia, todo paciente intentará evitarlo siempre.

“uno se siente mejor con una boca sana que una boca enferma” (Hombre, 27 años)

“El tema es cómo la salud bucal influye en cosas que van mas allá de los dientes”
(Hombre, 43 años, I. Parque Forestal)

Los tratamientos dentales son de alto costo para la gran mayoría de los pacientes, pero es visto como una inversión, más dirigida a la estética que a la salud bucal.

“Bueno en realidad todos deberían preocuparse yo creo son los recursos hoy en día hacerse un tratamiento dental uno tiene que tener, tiene que tener un dinero, un capital digamos como para poder invertir” (Mujer, 28 años, I. Tobalaba)

La importancia de la salud bucal destaca por su valor estético. Casi sin excepción, los pacientes hacen mención a la función estética de una buena dentadura.

“Yo creo que la boca es muy importante en una persona porque uno habla, se ríe y lo primero que le miran son los dientes, si uno no tiene dientes se ve mal”.

“...al menos en los dientes se ve todo se ve la imagen y no se ahí que preocuparse a veces”.

“Cómo iba a andar con un diente menos”.

“Imagínese que problemas he tenido, de repente no salgo, me quedo en la casa por el problema del diente. No podis andar en la calle si, si igual algunas veces no puedo salir a la calle por lo mismo” (Hombre, 29 años, I. Tobalaba)

“Y a ti te da mal aspecto ver una persona con los dientes feos” (Mujer, 24 años, I. La Serena)

“La cara es la cara y los dientes están en la cara”

“es como tu carta de presentación” (Mujer, 25 años, Centro)

5. Revisualización de la odontología

La “ida al dentista” ya no es la misma de hace algunas décadas atrás, la imagen de la consulta al dentista como un momento de “sufrimiento” se ha ido desvaneciendo. En esto ha contribuido el mayor uso de la anestesia, junto a mayores comodidades en la sala de atención. Especial atención merece la calidad y mayor suavidad de la utilización los instrumentos por parte del odontólogo. De esta manera la consulta al dentista se ha hecho menos amenazante y provoca menos miedo en el paciente. Esto ha permitido que las personas consulten al dentista con menor temor.

En el aumento de las atenciones odontológicas ha contribuido también el mayor acceso a la atención dental, dado por el incremento de los centros odontológicos como por las mayores facilidades para costear los tratamientos.

En el contexto de la atención dental aparecen como relevantes para el paciente otros aspectos tales como la información entregada por el odontólogo, la

explicación del tratamiento, el buen trato, la comodidad de la consulta, la acogida del paciente, la posibilidad de decidir informadamente, entre otras.

6. La importancia de la buena atención para los odontólogos

Los odontólogos(a) participantes señalan también la importancia para ellos mismos de establecer una buena relación con el paciente ya que es para ellos una recompensa.

“Cuando yo termino un tratamiento, eso te da satisfacción, estas contribuyendo en algo muy personal muy específico y para que eso sea así es un rebote de lo que tu has vivido”

(Focus hombres)

Los profesionales destacan la satisfacción que les produce lo que hacen más allá de los beneficios económicos que les reporta. El dentista se siente realizado cuando hace un buen trabajo.

“Yo quiero que me reconozcan que lo que yo estoy haciendo, que lo que a mi me gusta hacer es la gente sabe que lo estoy haciendo bien”(Focus hombres)

“Nosotros también necesitamos que nos reconozcan en nuestra actividad” (Focus hombres)

La necesidad de reconocimiento y satisfacción personal al terminar un trabajo bien realizado no reemplaza al retorno económico.

“Es importante mantener el vínculo con el paciente, satisfacer las necesidades del paciente, tratarlo bien y tener buena comunicación para que el paciente después retorne y bueno y pague el tratamiento y nos deje un lucro económico” (Focus hombres)

De esta cita se desprende que la calidad de la atención y la satisfacción del paciente determinan la continuidad del paciente lo que redunda en un beneficio

económico. Es decir, es importante atender bien al paciente, no sólo en un sentido ético sino que económico. En este sentido se puede advertir que el paciente es visto también como cliente. Siendo así, la relación odontólogo paciente no se diferencia de la atención vendedor cliente. La pregunta que cabe aquí es si es más importante el paciente o el dinero que reporta.

Asimismo, cuando los dentistas hacen un mal trabajo, quedan muy preocupados.

“Es una satisfacción personal además de la parte económica” (Focus hombres)

El trabajo es visto también como un desafío personal.

“Es hacer un trabajo bien independiente puede que lo paguen igual o puede que igual sea parte de mi trabajo, pero el hacerlo bien” (Focus hombres)

No basta el reconocimiento explícito del paciente sobre un buen trabajo, el mismo odontólogo reconoce el mismo su buen trabajo.

“Uno va viendo el trabajo y dice pucha me quedo bien, quedo bien este paciente quedo contento” (Focus hombres)

VII.- DISCUSION.

La clínica en odontología, con sus distintas especialidades, complejidades terapéuticas, medio social y disponibilidades económicas disímiles con la que la ejercemos, nos ofrece importantes satisfacciones, pero también nos hace enfrentarnos a situaciones difíciles y desafiantes, ya sea por las patologías que debemos solucionar, los dilemas técnicos y humanos, y recursos escasos que limitan de una u otra forma nuestro accionar profesional. Así se van desarrollando conflictos clínicos y éticos propios, razón por la que hemos insistido en distintos pasajes de esta Tesis en la necesidad que tiene nuestra profesión de definirlos, conocerlos, estudiarlos y deliberar sobre ellos, para que finalmente el desempeño de la Relación Odontólogo – Paciente se manifieste realmente como el centro de nuestro ejercicio por el mayor bienestar de nuestro paciente, diferenciando el qué por el quién.

En este contexto de mayor tecnología, inequidades e instrumentación de los pacientes, nos parece puntualizar en especial 4 factores influyentes:

1.- Desarrollo tecnológico, conocimientos, experiencia y autocrítica:

El avance tecnológico como consecuencia del conocimiento científico, por sí mismo no representa un peligro para las personas. Por el contrario, las posibilidades terapéuticas y las capacidades de curación que hoy día tenemos para muchas enfermedades graves y de rehabilitación funcional de la cavidad bucal son vastas, ofreciendo grandes beneficios, los que facilitan la recuperación de su desempeño social, laboral, familiar y afectiva. Sin embargo, determinadas ventajas de las tecnologías tienen una íntima relación con el factor humano, de modo que es relevante la variable de quién las aplica. Así, con las palabras de H. Jonas (47) en su libro “Medicina, Ciencia y Técnica” podemos profundizar este concepto: “El profesional tiene una gran responsabilidad en el uso de la técnica y sus indicaciones. En primer lugar por el juicio crítico de su utilización, en segundo que no vaya en contra de los intereses del paciente. Toda capacidad es en buena, y sólo se vuelve mala por el abuso de ella. La técnica es poder, y su uso puede

estar orientado hacia el bien como hacia el mal, de modo de hacerse en respeto a las normas éticas o estar en su contra”.

Esto hace la diferencia entre un odontólogo “hacedor” y uno “creador”. El primero aplica incesantemente una técnica sin una valoración de la individualidad del paciente. El segundo junto a la técnica, establece una relación con el ser y con la afectividad de quién atiende, involucrándose por consecuencia con lo holístico, místico y esotérico. Quizás desde el punto de vista práctico el resultado sea semejante, pero la dimensión de la relación humana es absolutamente distinto. En el “hacedor” la relación es distante, en cambio en el “creador” es humana y cercana.

Es cierto que la ayuda que brindan las nuevas tecnologías son incuestionables, pero también su aplicación concede espacios críticos para la instrumentación del paciente, desde donde se abstraen sus verdaderos intereses. Una técnica beneficiosa conjuga la efectividad como la humanidad: “Humanizar significa hacer humano, hacer humana a la gente, dar humanidad es ayudar a los demás a ser humanos, ayudarles a realizar sus propios objetivos como seres humanos, ayudarles a vivir humanamente” D. Gracia (43). La odontología y nosotros como profesionales que la conformamos, tenemos grandes desafíos en el curar y sanar, tanto en la perspectiva humana como técnica.

La aplicación y la elección tecnológica exigen indefectiblemente de una pulcritud cercana a la perfección, minimizando al máximo los factores que puedan generar consecuentemente daños iatrogénicos y maleficientes para el enfermo. Por otra parte, la reducción de los errores se logra a través del verdadero análisis que el odontólogo debe realizar en forma previa a su elección, aplicación, que exige un juicio crítico y moral previo a la praxis, de tal modo que la ciencia en su inherente perfección, sea ejecutada en respeto de la dignidad del hombre y responsabilidad social que nos obliga el título profesional entendido como un mandato y delegación social. Es un compromiso moral “conocer en quién” ejerceremos nuestros conocimientos y a quién estamos ayudando. De lo contrario una técnica en sí misma resulta altamente inerte, acaba sustrayendo al sujeto de la enfermedad y una odontología tecnológica asume el control del enfermo, donde

la persona que solicita ayuda es invalidada respecto de aquellas decisiones que más le interesan, siendo impedido el ejercicio de la autonomía como principio bioético y jurídico fundamental.

La odontología muchas veces enfrenta la problemática de la salud bucal del paciente con demasiada naturalidad y cotidianidad. Para nosotros nos resulta simple emitir diagnósticos como por ejemplo: “tenemos que realizarle la extracción del diente”, “no es posible mejorar el funcionamiento y apariencia estética de su prótesis”, “tenemos que efectuarle una cirugía para estudiar la lesión que presenta”, etc., etc. Pero para el paciente estas realidades están muy lejos de ser cotidianas, son vivencias desconocidas las que se acompañan generalmente con un alto nivel de incertidumbre y miedo. Al enfermo le afloran muchas interrogantes acerca de su enfermedad y tratamiento, preguntándose: ¿qué tendré?, ¿será grave?, ¿me dolerá mucho el tratamiento?, ¿cuáles serán las consecuencias?, ¿cuáles serán los costos?, ¿cómo los podré pagar?, ¿qué alternativas tengo?, etc. Estas interrogantes y muchas otras pueden quedar en la intimidad y sin siquiera ser expresadas al odontólogo, viéndonos privados de comprender lo que siente realmente el enfermo. Más que hacernos cargo de la falla corporal objetiva, es preciso no sustraerse de la vulnerabilidad y fragilidad del hombre, la que se incrementa en la persona enferma. Puede ser este el camino para una aproximación a una Relación Odontólogo – Paciente como entrega y confianza mutua.

2.- Instrumentación del enfermo:

El escenario político, económico y social contemporáneo, han ido ejerciendo sus influencias hacia profesiones más pragmáticas, donde la labor se transforma en un instrumento facilitador de los anhelos personales. En odontología, la enfermedad de la cavidad bucal y su tratamiento puede constituir en nosotros una oportunidad de ingresos económicos y por consecuencia en una vida personal más placentera. La justa retribución monetaria por un tratamiento odontológico no representa un trato indigno, pero lo es en aquellas circunstancias en que lo comercial es el fin y no el enfermo.

El hombre como paciente requiere de la sensibilidad que nos brindan los valores implícitos en las ciencias humanísticas. Los valores no acogen la fundamentación clásica de las ciencias, por el contrario, la dignidad como aquél valor que aglutina a muchos otros, se respeta en virtud de la sensibilidad propia proyectada en el otro. En este sentido, V. von Weisäcker **(73)** alude a la subjetividad del hombre como: “El ser humano es un objeto que contiene un sujeto. La subjetividad es la que impide afirmaciones objetivas o la que, al menos, las hace tan relativas, que no puede preverse un final. La subjetividad es insondable.” En definitiva, la instrumentalización de la persona representa una distorsión cierta a la luz de las expectativas personales de la profesión y de la mayor tecnología.

3.- Inequidad en el acceso a la salud bucal:

Nuestra sociedad, a pesar del avance de los niveles de vida y acceso a bienes de consumo, al menos para algunos grupos de la población, persisten sectores importantes de individuos con una mínima calidad de vida, de educación e ingresos económicos, siendo una realidad aquellos pacientes impedidos de acceder a una salud bucal básica, con lo que lastimosamente nos enfrentamos con grandes mutilaciones dentarias, alteraciones psicológicas, dolores e infecciones recurrentes, etc., lo que sin lugar a dudas profundizan las debilidades y carencias de una existencia para muchos muy restringida, donde los más afectados son los niños, ancianos y portadores de enfermedades crónicas, representando un foco generador de sufrimiento, especialmente en los más vulnerables.

Menciono a propósito de la inequidad en odontología, nuestro Proyecto que ahora es una vigorosa realidad, denominado “Familias y Sonrisas”, donde han participado el Hogar de Cristo, Integramédica y General Electric, en el que junto a la destinación de recursos económicos, hemos logrado por sobre todo, colaboración profesional voluntaria para la atención dental de aquellas personas más pobres entre los pobres. Este trabajo ha trasparentado las profundas y graves necesidades de atención dental que las personas más necesitadas requieren.

“Familias y Sonrisas” es un Proyecto muy valorado y reconocido por la comunidad, cuyo desafío es su replicación.

Vemos aquí cómo las carencias en salud bucal se relacionan íntimamente con la inequidad, vulnerabilidad, sufrimiento y fragilidad, en donde el agradecimiento de los pacientes es un sentimiento frecuente ante la ayuda recibida, siendo una demostración de la manera que el ejercicio técnico puede modificar favorablemente la vida de las personas.

4.- Inexistencia de conciencia colectiva y debate social:

La sociedad por siglos ha convivido con enfermedades bucales altamente frecuentes, como lo son la caries y las patologías periodontales. Esta alta prevalencia se comparte con un alto grado de resignación colectiva, lo que sumado a la inexistencia de un debate social con alturas de miras para resolver los problemas de salud oral de la población, especialmente los más necesitados, ha facilitado su cronicidad y falta de interés por avanzar en su solución. La salud bucal por su importancia, desde el punto de vista de la salud pública y su relevancia para la vida de las personas, requiere ser valorada en su real dimensión.

La Bioética y sus disciplinas que han contribuido con su desarrollo, tienen el gran mérito de conjugar la técnica médica junto a las Ciencias Sociales, enriqueciendo el acto médico a través del conocimiento del enfermo como sujeto que vive su patología. El compartir de alguna manera el sufrimiento del otro, determinará la existencia de una Relación Odontólogo-Paciente que resalte la subjetividad, donde la enfermedad según palabras de Viktor von Weizsäcker (73) se traduce en lo siguiente: “La enfermedad se trata de un concepto que de ningún modo se puede definir, sino que, a través de la cual, más bien se hacen posibles algunas definiciones”. No la podemos definir, ya que existe la imposibilidad total de un acercamiento a los sentimientos del otro, pero podemos intuirlos y acogerlos.

Para una Odontología más humana y en función del paciente que vive en soledad su enfermedad, quisiera destacar 8 palabras que hablan de la

subjetividad, las que he agrupado en dos niveles, siendo oportuno y enriquecedor considerarlas a la hora de nuestro ejercicio clínico profesional:

1° Nivel: Diagnóstico:

PERSONA-DIGNIDAD-ENFERMEDAD-FRAGILIDAD.

2° Nivel: Terapéutico:

CURAR-SANAR-CUIDAR-ACOMPAÑAR

Estas palabras encierran un mensaje amplio y profundo, histórico y futuro, de principio y de final. Entender a la persona y su dignidad, la enfermedad como quiebre y la fragilidad como representativa de la debilidad del hombre, modifica necesariamente la perspectiva de nuestras acciones y responsabilidades para con los pacientes. Curar la enfermedad, sanar como alivio, cuidar los sentimientos y acompañar al sufriente, valoran el acto terapéutico y nos dignifica.

El cuidado las personas enfermas para curarlas y sanarlas está amparado bajo los predicamentos del Juramento Hipocrático, basado en la fragilidad del hombre y su mortalidad. Así J. M. Clavel (11), en su libro Antropología de la Fragilidad expresa: “El homo sapiens, especie vulnerable, está pidiendo una antropología de la fragilidad. Una filosofía de lo humano terapéutica y dialogante: diagnóstico y diálogo al servicio de la humanización de la humanidad.” Esta frase menciona que el hombre es débil y la percibe, en especial cuando se siente enfermo y recurre al terapeuta para la cura de una enfermedad. Ante la fragilidad del quiebre de la salud, el hombre implora a los hombres expertos ante todo criterios de humanidad.

Nos aventuramos en enfrentar este complicado desafío de proyectar a la odontología mirando al futuro. Es fácil mirar hacia atrás y observar el camino recorrido, pero es sustancialmente complejo imaginar el futuro de nuestra profesión. Diego Gracia (43) expresa: “El cambio de siglo incita a una reflexión,

tanto retrospectiva como prospectiva. Es un buen momento para meditar en alta voz sobre medicina y sus fines en los umbrales del nuevo milenio”.

Este meditar se inicia en el mejor conocimiento de lo que nuestros pacientes sienten y lo que esperan del proceder profesional, lo que se traduce en un actuar clínico que logra comprender las vivencias y lo que le sucede a las personas frente a una patología bucal, los miedos del tratamiento y la valoración que hace de la salud. Conocer y comprender a la persona que nos consulta en busca de ayuda, se traducirá en una Relación Odontólogo – Paciente más exitosa en lo técnico y fructífera en lo humano, incrementando la satisfacción mutua y su prolongación en el tiempo.

El universo del estudio que aquí se presenta, representado por una muestra de odontólogos(as) y pacientes de los Servicios de Odontología de Integramédica, no demuestran que exista una Relación Odontólogo – Paciente complicada y conflictiva en cuanto al trato y acogida expresada a través de sus relatos. Nuestra hipótesis de trabajo preveía un escenario menos positivo, suponiendo mayores quejas y solicitudes de parte de los pacientes hacia los profesionales. En cambio, hemos recopilado valiosa información de la percepción que pacientes y profesionales tienen del encuentro humano que forma parte de la terapia odontológica., donde definen importantes características que debieran estar expresadas en esta Relación. Estos puntos de vista reafirman que la técnica por perfecta que sea, debe estar en todo momento unida a la humanidad del trato y del manejo de las situaciones clínicas, las que para el odontólogo pudieran ser rutinarias y familiares, pero para el paciente siempre representarán momentos de gran incertidumbre, miedo y sufrimiento. Para algunos pacientes la enfermedad, independientemente de su gravedad, puede no representar una vivencia que afecte su vida e intimidad, pero otras personas podrán manifestar un alto grado de sufrimiento ante un diagnóstico particular y su tratamiento, obligando a una evaluación por parte del profesional tratante, controlando la objetividad de la patología, como la subjetividad de la interioridad del paciente.

Como en toda investigación, existen limitaciones que hay que ponderar para una correcta interpretación de los resultados. En primer lugar, los

profesionales que participaron en los grupos focales y los pacientes entrevistados, pertenecen a una institución que tiene sus propias formas de organización de los servicios de odontología, lo cual permite alguna extrapolación, pero no a una generalización de los resultados aquí incluidos.

Es posible que una investigación similar realizada en pacientes y profesionales de otras realidades sean diferentes. Para tener una visión más general de la realidad nacional de la Relación Odontólogo – Paciente, sería necesario llevar a cabo una investigación similar que incluya a odontólogos y pacientes que se atiendan en otro tipo de servicios, lo que no es el objeto de esta Tesis. Una segunda limitación puede ser el hecho de que las entrevistas fueron realizadas por el autor, quién además es el jefe del Servicio de Odontología de Integramédica, lo cual podrá constituir un sesgo en la conducción de las personas entrevistadas o inhibir de alguna manera la libertad para responder por parte de los pacientes. Sin embargo no hubo presentación del cargo ante el entrevistado. El autor se presentó como un miembro de los servicios de odontología.

Por otra parte, la socióloga que analizó las transcripciones y dirigió los grupos focales es ajena a la institución, lo cuál garantiza la plena libertad de opinión de los odontólogos y la objetividad del análisis de las opiniones transcritas textuales de los pacientes y de los profesionales.

Con toda probabilidad, quién lea los resultados producto del estudio cualitativo de las entrevistas y grupos focales, no encontrará sustanciales novedades acerca de lo que observado en la bibliografía de Bioética y Antropología, pero el valor del estudio radica en que hemos podido conocer de mejor forma a nuestros pacientes, sustento desde donde iniciar una labor de capacitación y valoración de una odontología efectiva en lo técnico pero acompañada de los conceptos de una vida más humana consigo mismo y con los demás. Nos sentimos esperanzados y expectantes de los cambios que podamos impulsar en nuestros servicios para el bien de nuestros pacientes, profesionales y de la Institución.

Los resultados son absolutamente clarificadores en el sentido que la Relación Odontólogo – Paciente constituye un vínculo personal y humano de alta

relevancia en el significado y connotaciones que representa el cuidado de la Salud Bucal, tanto desde la perspectiva profesional como la del paciente. La terapia como aplicación de conocimientos y tecnología debe ir en consonancia con el nexo humano que se genera durante un determinado tratamiento, quienes van en busca de soluciones clínicas, del mismo modo necesitan de parte de los odontólogos la confianza.

Después de leer y analizar las entrevistas a pacientes y grupos focales de odontólogos, hemos resumido en tan sólo 10 palabras, lo que a nuestro juicio describen de mejor manera el conjunto de expresiones registradas en los grupos focales y en las entrevistas, las que sin duda viene a reiterar lo que hemos descrito en los distintos pasajes de la revisión bibliográfica. Estas 10 palabras, que en realidad son expresiones de gran vastedad y significancia, profundizan la Relación Odontólogo – Paciente como una unión de la técnica y lo humano:

DECÁLOGO

RELACIÓN ODONTÓLOGO - PACIENTE, SERVICIOS DE ODONTOLOGÍA INTEGRAMÉDICA:

- 1.- Acogida.**
- 2.- Amistad**
- 3.- Comunicación.**
- 4.- Confianza**
- 5.- Continuidad.**
- 6.- Humanidad.**
- 7.- Individualidad**
- 8.- Interpretación**
- 9.- Profesionalismo.**
- 10.- Respeto.**

ALGUNAS EXPRESIONES ILUSTRATIVAS.

Acogida

Odontólogo: *“Los pacientes llegan a la consulta con dolor, molestia o un problema estético”.*

Paciente: *“Uno trata de ver la mano del dentista. Si no está no ahí con que me duela o si me pasa a llevar algo, no vuelvo más” .*

Paciente: *“porque igual por ejemplo uno está ahí e igual el momento que ve tantas máquinas, tantas cosas, se pone tensa, lo ideal es que sea como todo un poquito más relajado.”*

Amistad:

Paciente: *“Lo que muchos pacientes buscan es una persona que les responda no solamente en la parte profesional que todos sabemos, no solamente las expectativas de su tratamiento, de cuanto le va a durar, cuanto le va a costar, sino que simplemente también el paciente busca un respaldo de una persona ... como un amigo que los ayude y que los guíe. ”*

Comunicación:

Odontólogo: *“Es importante satisfacer las necesidades del paciente y aquí es importante la comunicación, aparte de la confianza que es necesario establecer.”*

Paciente: *“Más que nada digamos por su transparencia cuando conversamos.”*

Paciente: *“Me gustó como me atendió se dio el tiempo de explicarme, se dio el tiempo en cambio la otra doctora quería puro irse entonces no me gustó.”*

Paciente: *“Igual uno está pagando, entonces igual uno necesita saber qué, qué van a hacer.”*

Confianza:

Odontólogo: *“La confianza se construye siendo honestas consigo mismas y con el paciente, lo que se traduce en derivar a otro especialista cuando la odontóloga no se considera capacitada para resolver el problema que presenta el paciente.”.*

Odontólogo: *“Una persona en quién puedan depositar la confianza, no solamente de él, sino también a veces muchas veces de su familia y de sus hijos.”*

Paciente: *“... y que además él haga bien las cosas porque lo que esta haciendo yo no tengo idea yo estoy confiando en el en lo que esta haciendo.”.*

Paciente: *“Sí, pero igual uno ahí como queda en manos de ellos, porque ellos son los profesionales.”*

Continuidad:

Odontólogo: *“Una va viendo el trabajo y dice: “pucha” me quedó bien, quedó bien este paciente, quedó contento”.* .

Paciente: *“Lo que me carga, es estos dentistas que no como que no quieren ayudar, como que quieren hacer la pega rápida”.*

Humanidad:

Odontólogo: *“Cuando se mira al paciente en forma integral viendo la parte humana también no solamente viéndolo como un caso como el dice como una muela no mas, si no mas bien como una persona que sufre una persona que tiene un malestar que tiene dolor que tiene una necesidad cuando se le trata ustedes se lo hacen cuando se le trata, quien se beneficia más, el paciente bueno obvio pero ustedes también.”.*

Paciente: *“Pero lo importante es para mi es que yo no sentí nada de ningún dolor.”*

Paciente: *“Es que es como que, que ellos no saben lo que uno esta sintiendo ellos están trabajando no mas en la boca de uno y uno le dice me duele, me duele y hay veces que tiene que aguantarse no mas.”*

Individualidad:

Odontólogo: *“Existe acuerdo en que lo que diferencia al tipo de paciente es más la edad que el sexo. Las diferencias en la actitud del paciente y, por lo tanto, en la forma de tratarlo, se presenta entre pacientes jóvenes, mayores y adultos mayores.”*

Odontólogo: *“Una situación distinta se da cuando se trata de pacientes menores de edad, ya que aquí se da una doble relación, con el paciente y con el tutor, que es generalmente la mamá.”*

Paciente: *“Por ejemplo que saluden como que lo acojan igual bien a uno y más encima si lo llaman por el nombre de uno es porque ya como que están pendientes de la persona no es cualquiera que viene no más”.*

Paciente: *“Es que eso es lo que es uno, es más persona que paciente porque lo tienen que atender yo creo lo mejor posible”.*

Interpretación:

Odontólogo: *“Es solucionar al máximo el motivo de consulta” (Focus hombres)*

Paciente: *“Imagínese que problemas he tenido, de repente no salgo, me quedo en la casa por el problema del diente. No podis andar en la calle si, si igual algunas veces no puedo salir a la calle por lo mismo.”*

Paciente: *“Me han tocado dentistas “sádicos”, pero a esos no ha vuelto más”.*

Paciente: *“Me dieron una solución altiro”.*

Paciente: *“el Dr. no esta pendiente de lo que va a cobrar esta pendiente de lo que uno tiene o de como vienen la enfermedad que tiene en la boca”.*

Profesionalismo:

Odontólogo: *“Muchas veces uno se preocupa de lo que uno quiere, de lo que uno sabe como profesional, pero muchas veces uno no está pendiente de los que el paciente...”*

Paciente: *“Que haya respeto y que además el haga bien las cosas, porque estoy lo que está haciendo yo no tengo idea, yo estoy confiando en él, en lo que está haciendo.”*

Odontólogo: *“Nosotros trabajamos todos los días con el dolor, los dentistas conocemos el dolor y de hecho cada día más, el quinto signo clínico a medir en hospitales; hay que medirlo y ver como queda el dolor pre y postoperatorio en un paciente y eso también va a ser parte de cómo va a ser la atención del paciente.”*

Odontólogo: *“También, cuando el paciente es derivado a otro especialista, acompañarlo y presentarle al nuevo odontólogo que lo atenderá. Estas conductas son muy valoradas por los pacientes ya que perciben que son tratados en forma individualizada y con dedicación especial.”*

Respeto:

Paciente: *“A mi o me gusta la gente que es como, como que prefiere hacerlo al tiro y rápido osea prefiere que si me duele esperar un poco, tratar de o preguntarme si me duele y todo eso, como que eso es lo que más me preocupa.”*

Paciente: *“Yo creo que eso más porque, si uno llega a una parte y la atienden bien, la saludan, uno se siente mas cómoda, mas relajada, entonces cualquier cosa que le hagan, uno esta mas dispuesta a que le hagan eso porque ya están más en confianza con la persona. Porque si uno llega a un lugar hostil, no la saludan, le dicen “ya siéntate ahí”, “abra la boca”, es como desagradable y uno se siente incomoda.”.*

Hemos sintetizado una proyección de una Relación que está referida a un encuentro donde confluye quién busca ayuda y quién entrega salud, hemos comprobado una amplia similitud en lo que expresan pacientes y el odontólogos más allá de lo técnico. Reiteramos que estos sentimientos constituyen un verdadero desafío para la práctica clínica en odontología, ya que los enfermos junto con ir a solucionar un problema de salud bucal, hacen ver la importancia del respeto a su dignidad y esperan ser interpretados en la trascendencia de la entrega su corporalidad y de su ser a un tercero que es el profesional. El odontólogo frente a este sentir, y en base a su responsabilidad debe por sobre todas las cosas actuar en consecuencia, de modo de cumplir con su misión y no

defraudar al paciente en sus requerimientos físicos de la enfermedad y en los sentimientos representados por el sufrimiento, el que generalmente acompaña a una determinada patología.

Mínimos exigibles y máximos aspirables: un buen odontólogo es aquél que no sólo hace un buen trabajo técnico sino que además establece una amistad con el paciente o que se preocupa más allá de lo técnico, es decir, proveyendo satisfacción en las necesidades del enfermo en todo aquello que lo afecta más allá de la enfermedad y sus consecuencias. Esto enriquece la profesión porque beneficia tanto al paciente como al odontólogo a través de la gratificación mutua.

El mínimo es un buen y correcto tratamiento técnico de la deficiencia o patología, el máximo se alcanza al considerar sus repercusiones para la vida de esa persona. Entonces, ¿Cuándo el máximo como aspiración será un mínimo exigible en Odontología? Curar, sanar y acompañar. El primer objetivo es curar. Sanar, cuidar y acompañar es preocuparse de la persona más allá del sufrimiento que representa la enfermedad.

Estamos convencidos que la Bioética en Odontología constituye una tarea pendiente, donde hay mucho para desarrollar, pero no necesariamente desde el punto de vista teórico y académico, sino más bien en su aplicación a la práctica clínica, donde la Bioética encontrará un nuevo espacio para enfatizar la relevancia de las terapias con contenido valórico, cuyo origen necesariamente pasa por proyectarnos en el otro, dentro de los marcos de la responsabilidad social, individual y profesional. Esperamos que este trabajo pueda constituir un pequeño aporte para estos objetivos.

SUGERENCIAS A CONSIDERAR PARA UN MEJOR ENCUENTRO HUMANO EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PACIENTE:

1.- Disposición personal para una profesión de servicio, valorando que el paciente nos hubiese escogido como su odontólogo tratante.

2.- Al iniciar la consulta, siempre saludar al paciente por su nombre. Es importante revisar el nombre en la ficha clínica (electrónica o manual) antes de hacerlo ingresar. Los pacientes agradecen la individualidad, no olvidemos nuestra especial consideración a sus familiares y personas responsables de niños y pacientes mayores.

3.- Saludo cordial y afectuoso de mano a los pacientes, lo mismo con los niños y sus acompañantes.

4.- Iniciar la consulta con una breve conversación personal previa al examen clínico, en lo posible fuera del sillón dental: actividad laboral, estudios, familia, etc.

5.- Definir claramente el motivo de la consulta, de modo que resulte una orientación primordial para la orientación del plan de tratamiento.

6.- Recabar antecedentes minuciosos sobre la salud general, de modo de evitar centrarse prontamente en el problema dentario o bucal y nos permite conocer posibles patologías y prevenir complicaciones clínicas.

7.- Informarnos sobre la calidad de experiencias odontológicas anteriores. Nos dará una orientación acerca del estado emocional actual.

8.- Frente a pacientes con alto grado de daño bucal, tratar de obtener información acerca de las circunstancias por las que se ha visto impedido de solucionarlas.

9.- Dar espacio para que el paciente exprese claramente lo que espera del tratamiento.

10.- Realizar un completo y fundamentado diagnóstico de la patología a tratar de tal forma que el tratamiento definido refleje los requerimientos de recuperación de la salud requerida por el paciente.

11.- Entregar al paciente alternativas de tratamientos, de modo que las posibilidades sean definidas de común acuerdo en base a las prioridades clínicas, motivo de la consulta, acceso económico, etc. Para los pacientes es más fácil comprender una terapéutica odontológica en la medida que la fraccionamos en etapas, cada una con sus objetivos, ventajas y limitaciones.

12.- El proceso de Consentimiento y Asentimiento Informado es necesario llevarlo a efecto en todos los pacientes y previo a todo procedimiento, comprendiendo que el Consentimiento involucra información, respeto y decisión.

13- Aminorar las sensaciones de inseguridad ante el diagnóstico y tratamiento, aportando toda la información necesaria. Considerar los problemas dentarios y bucales como una enfermedad que afecta la integridad.

14.- Mantener permanente interés por la evolución del tratamiento. Llamar o permitir ser ubicados frente a cuadros clínicos difíciles y dolorosos.

15.- Reducir en todo momento las sensaciones dolorosas tomando atención por lo que el paciente nos relata. Darnos tiempo para escuchar y actuar.

16.- Preocuparnos por nuestra presencia personal. Los pacientes valoran la pulcritud.

17.- Recordar siempre que los conflictos se generan tanto desde situaciones clínicas y de relaciones humanas.

**PROPUESTAS DE TRABAJO PARA ENFATIZAR LA RELACIÓN
ODONTÓLOGO – PACIENTE EN INTEGRAMÉDICA:**

1.- Talleres:

La realización de talleres teórico – práctico orientado a la fundamentación y su aplicación clínica, entendida como un medio que entrega calidad y satisfacción mutua. Al respecto podemos mencionar que hemos efectuado 2 talleres en Noviembre de 2006 y Noviembre de 2007.

2.-Discusiones grupales:

Organizar trabajos grupales reducidos en cuanto al número de odontólogos por cada Servicio, con el objetivo de discutir aquellos casos clínicos que por su complejidad o naturaleza, tengan significancia de carácter educativa. Es decir un tiempo para compartir experiencias, cuyas conclusiones se encaminen al mejoramiento de la calidad.

3.-Consentimiento Informado:

Incorporar gradualmente formularios de Consentimiento Informado en las distintas especialidades, junto con formar a los odontólogos acerca de sus fundamentos, importancia y modo de utilización, evitando de esta manera que se transforme en la sólo firma de un documento de importancia jurídica.

4.- Formación Comité Ética Clínica:

Será relevante avanzar en la formación de un Comité de Ética en Odontología, de modo de contar con una instancia de análisis de situaciones clínicas complejas, en un objetivo formativo y asesor.

5.- Atención a factores administrativos externos:

Insistir en la importancia de un mejoramiento continuo de aquellos factores externos que de una manera u otra afectan la Relación Odontólogo – Paciente en forma indirecta, Nos referimos a:

Desempeño de recepciones.

Dotación de recursos técnicos.

Mantención de consultas y equipamiento.

Capacitación de personal auxiliar.

Bioseguridad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Acevedo P. Irene. Aspectos éticos en el manejo del dolor crónico del niño. Responsabilidad de la enfermera. Fac. de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, 1998.
2. Aranguren J. Antropología Filosófica. Madrid. España: Ed. McGraw-Hill Interamericana de España. Madrid, España. 2003.
3. Araos J. Amor a la sabiduría. Santiago. Chile: Ed. Universidad Católica de Chile, 2005.
4. Beauchamp T.L., McCullough. Ética Médica. Barcelona, España: Ed. Labor, 1987.
5. Beca J. Apuntes de Bioética Fundamental. Centro de Bioética. Facultad de Medicina. Universidad del Desarrollo. Santiago. Chile. 2005.
6. Beca J. Rev. Academia N° 1 Facultad de Medicina. Universidad Del Desarrollo. Santiago. Chile. Marzo. 2006.
7. Bustos R. Las Enfermedades De La Medicina. Santiago. Chile. Ed. Chile América. 1998.
8. Buytendijk. K.J.J. El Dolor. Ed. Revista de Occidente S.A. Madrid. 1958.
9. Casas. G. Antropología Filosófica. Ed. Universidad Católica de Córdoba. Argentina. 2003.
10. Chomali M., Mañañich J. La Desconfianza de los Impacientes. Santiago. Chile. Ed. Mediterráneo. 2006.
11. Clavel J. M. Antropología de la Fragilidad. Ed. Docencia. Buenos Aires, Argentina. 2002.
12. Cortina A. El mundo de los Valores. Ed. Buhó. Bogotá. Colombia. 2000.
13. Cortina A. La Ética de la Sociedad Civil. Madrid, España: Ed. Grupo Anaya, 1995.
14. Cortina. A. ¿Qué es Ética? Ética de la Empresa. Madrid: Trotta, 1994: 17-33
15. Couzeiro A. Conferencia Segundo Curso Intensivo de Bioética. Departamento de Bioética. Universidad Del Desarrollo. La Serena. Abril . 2006

16. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas. Torralba Los Fines de la Medicina. Barcelona. España: Ed. Fundación Víctor Grífols i Lucas. 2004.
17. D'Agostino F. Bioética y Persona. Cuadernos de Bioética, N° 53, vol. XV, 2004. [www. Aebioetica.org/colecbio.htm](http://www.Aebioetica.org/colecbio.htm)
18. Dalai Lama. Samsara. La Vida, la Muerte y el Renacer. Ed. Sirio S.A. Buenos Aires, Argentina, 2002
19. Declaración OMS de 1994. Ámsterdam. Derechos de los pacientes. Cap. 3
20. Declaración Universal de los Derechos Humanos del año 1948
21. Diario El Mercurio, Santiago. Chile. 13 de junio de 2006.
22. Diario El Mercurio. Santiago de Chile. 5 de Julio de 2006.
23. Diario El Mercurio. Santiago, Chile. 27 de Noviembre de 2005.
24. Diario El Mercurio. Santiago. Chile. 15 de Mayo de 2006.
25. Diccionario de La Lengua Española. Ed. Espasa Calpe S.A. Argentina, 2005
26. Engelhardt H.T. Los Fundamentos de la Bioética" E. Paidos. Barcelona. España. 1995
27. Entralgo L. El médico y el enfermo. Madrid. España: Ed. Triacastela, 2003
28. Entralgo L. Cuerpo y Alma. Ed. Espasa-Calpe.S..A. Madrid. España. 1991
29. Entralgo L. La Relación Medico - Enfermo. Ed. Alianza. España. 1983
30. Entralgo L. Historia de la Medicina. Ed. Masson S.A. Barcelona, España. 2003.
31. Escribar W. A., Pérez M. Bioética Fundamentos y Dimensión Práctica. Ed. Mediterráneo. Santiago. Chile.
32. Ética de la Comunicación Médica. Ed. Fundación Victor Grífols i Lucas. España. 1999.
33. Fondo de Publicaciones del Gobierno de Navarra. El Consentimiento Informado. Guía Práctica. España. 1997.
34. Frankl V. El Hombre en busca de sentido". Ed. Herder. Barcelona, España 1996
35. Gadamer H-G. El Estado Oculto de la salud. Barcelona. España. Ed. Gedisa. 2001.

36. García J., Alarcos F. 10 palabras claves en humanizar la salud. Madrid, 2002.
37. Garrafa V., Kottow M., Saada A. Estatuto Epistemológico de la Bioética. UNESCO. Universidad Nacional Autónoma de México. 2005.
38. Goic A. El Fin de la Medicina. Ed. Mediterráneo. Santiago. Chile. 2000.
39. Goic A. Grandes Médicos Humanistas. Ed. Universitaria. Santiago. Chile. 2004.
40. Gómez - Lobo A. Los Bienes Humanos. Ed. Mediterránea. Santiago, Chile. 2006.
41. González M. Filosofía y Dolor. Ed. Tecnos. Madrid, España. 2006.
42. Gracia D. Bioética Clínica. Bogotá. Colombia: Ed. Buho. 1998
43. Gracia D. Como Arqueros al Blanco. Ed. Buho. Bogotá. Colombia. 2004.
44. Gracia D. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Ed. Buho. Bogotá. Colombia. 1998.
45. Gracia D. Profesión Médica. Investigación y Justicia Sanitaria. Bogotá. Colombia: Ed Buho, 1998
46. Informe del President's Council on Bioethics. Washington. 2002. Traducción Dr. Juan Pablo Beca.
47. Jonas H. Técnica, Medicina y Ética. Ed. Paidós Ibérica S.A. Barcelona, España. 1997
48. Kottow M. Introducción a la Bioética. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile. 2005
49. Kottow M., Bustos R. Antropología Médica. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile. 2005.
50. Laplantine F. Antropología de la Enfermedad. Ediciones del Sol. Buenos Aires, Argentina. 1999.
51. Le Breton. D. Antropología del dolor. Barcelona. España: Ed. Seix Barral, 1999.
52. Lolas F. Más Allá del Cuerpo. Ed. Andrés Bello. Santiago, Chile. 1997.
53. Lolas F. Bioética y Antropología Médica. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile. 2000.

54. Manitta G. El Malestar en la Relación Médico-Paciente. Acta Bioética 2005; año XI, N° 1
55. Maturana. H. La Objetividad. Dolmen Ediciones S.A. Santiago. 1997.
56. Organización Panamericana de la Salud. La Salud y los Derechos Humanos. Washington D.C. E.U. 1999. Prefacio Guido Gerin.
57. Olavaria M. Acceso a la Salud en Chile. Acta Bioética 2005; año XI, N° 1.
58. Paeile. C., Norberto Bilbeny. El dolor. Ed. Mediterráneo. Santiago, Chile. 1997
59. Palazzani L. Cuerpo y Sujeto en Bioética. Cuadernos de Bioética, N° 53, vol. XV, 2004. [www. Aebioetica.org/colecbio.htm](http://www.Aebioetica.org/colecbio.htm)
60. Platts Mark. Dilemas Éticos. México. Universidad Nacional Autónoma de México. 1997
61. Publicaciones De La Universidad Pontificia Comillas. García Barreno y cols. El Dolor. Ed. A. Dou. ESPAÑA. 1992
62. Rawls John. Teoría de la Justicia. Fondo de Cultura Económica. México. 1995
63. Roa A. Ética y Bioética. Ed. Andrés Bellos. Santiago. Chile. 1998.
64. Schopenhauer A. Los Dos Problemas Fundamentales de la Ética. Ed. Siglo Veintiuno. Madrid, España. 2002
65. Schopenhauer. A. Parábolas, aforismos y comparaciones. Ed. Andrés Sánchez Pascual. Barcelona, España. 2002
66. Simón P. Conferencia: Ser Humano como ser moral. Segundo Curso Intensivo de Bioética. Departamento de Bioética. Universidad Del Desarrollo. La Serena, Abril. 2006.
67. Sonneborn R. Revista Integración. Año 8, N° 83; Julio 2006
68. Torralba F. Qué es dignidad. Ed. Herder. España, 2005
69. Torrealba i Roselló F. Antropología del Cuidar. Ed. Instituto Borja Bioética. España. 1998.
70. Trejo C. Consentimiento Informado y el Hombre de la Tarde. Tesis Magíster Bioética. Santiago, Chile. 1998.

71. Ugarte J. Godoy. El Derecho a la Vida. Santiago, Chile: Ed. Jurídica de Chile, 2006.
72. Von Engelhardt D., Mainetti J., Cataldi R., Meyer L. Bioética y Humanidades Médicas. Buenos Aires. Argentina: Ed. Biblos, 2004.
73. Weisäcker V. Patosofía. Ediciones Libros de Zorzal. Argentina. 2005.
74. Yepes R., Aranguren E. Fundamentos de Antropología. Navarra, España. 2003.
75. García P., Abel F. El Dolor. Publicaciones de la Universidad Pontificia Comillas. Madrid, España. 1992.