

## REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### **Consentimiento informado: aspectos éticos y legislación en la odontología**

#### **Informed consent: ethical issues and legislation in dentistry**

##### **Arturo García Rillo**

Doctor en Humanidades, Líder del Cuerpo Académico de Humanidades Médicas. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México. Paseo Tollocan esq. Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz CP 50180, Toluca, México. [dr\\_rillo@hotmail.com](mailto:dr_rillo@hotmail.com)

---

#### **RESUMEN**

Los avances científicos y su aplicación técnica en el ámbito de la odontología, ha motivado la reflexión bioética de la práctica en esta disciplina planteando las siguientes interrogantes: ¿cómo entender el papel del odontólogo?, ¿cómo se configura el universo bioético del odontólogo?, ¿cómo se posibilita el consentimiento válidamente informado? Para explorar la respuesta a estos cuestionamientos, se tiene como punto de partida la relación odontólogo-paciente, y se transita por aspectos de la bioética del odontólogo y las características del consentimiento informado en la práctica odontológica. La conclusión destaca la importancia de hacer del consentimiento informado el medio por el cual se recupera la dignidad de la persona mediante una relación ética y dialógica en tanto proceso mediante el cual se reconoce la alteridad del paciente durante la relación odontólogo- paciente además de coadyuvar a la educación en salud del paciente promoviendo su responsabilidad frente a la autonomía y sus derechos.

**Palabras clave:** consentimiento informado, bioética, odontología general, ética en odontología, legislación en odontología.

---

## ABSTRACT

Scientific advances and their technical application in the field of Dentistry, have led to a bioethical reflection about practice in this discipline by asking questions like: how to understand the dentist's role, how to set the dentist's bioethical universe?, how is the valid informed consent made possible? To answer these questions, the patient-dentist relationship is taken as a starting point, and goes through the dentist's bioethical aspects and informed consent characteristics in dental practice. The conclusion highlights the importance of the informed consent as a way to recover a person's dignity by which the otherness of the patient is recognized as well as to contribute to the patient's health education promoting responsibility towards autonomy and rights.

**Keywords:** informed consent, bioethics, dentist, general practice dental, ethics dental, legislation dental.

---

## INTRODUCCIÓN

Desde el comienzo de los tiempos, la sociedad y los médicos se han preocupado por los aspectos morales de la práctica médica. En la antigüedad, destacan el código de Hammurabi<sup>1</sup> y el Juramento Hipocrático<sup>2</sup> como documentos que regulaban la actividad del personal de salud con la intención de realizar una buena práctica, como se indica en el libro hipocrático *Epidemias*: “Declara el pasado, diagnostica el presente, y augura el futuro; practica estos actos. Como la enfermedad, haz un hábito de dos cosas: ayuda o al menos no dañes”<sup>3</sup>.

El Juramento Hipocrático es el primer documento del mundo occidental que reflexiona y considera aspectos relacionados a la conducta profesional del médico, y desde entonces, se ha constituido como uno de los escritos más influyentes y punto de partida en el análisis ético del ejercicio de las actividades de las ciencias de la salud.<sup>4,5</sup> Sin embargo, en la actualidad adquiere una connotación más amplia en lo que ahora se comprende

como principio de responsabilidad, incluyendo el esquema de comunicación y apertura en la relación médico-paciente, destacando el respeto a la decisión de este último.

Durante siglos, la práctica médica e incluso otras disciplinas de las ciencias de la salud, como lo es la odontología, llevan a cabo sus actividades desde la perspectiva ética de la medicina hipocrática realizando una práctica curativa de tipo paternalista que oculta al paciente la información sustancial de su enfermedad; no obstante, el brindar una atención enfocada al cuidado y satisfacción de necesidad en salud, se sustenta más en la discreción del médico que en el respeto, la autonomía y los derechos del paciente.<sup>6,7</sup>

Ante tal limitación, es hasta el siglo XVI cuando se formaliza la regulación de la práctica médica, a través del código penal para médicos elaborado en 1520 por el Real Colegio de Médicos de Londres que adquirió la connotación de “ético” en 1543. Al incorporar la perspectiva ética de John Gregory reflejada en su obra *Lectures on the duties and qualifications of a physicians* publicado en 1772,<sup>8,9</sup> los enunciados expuestos por Samuel Bard en el *Discourse upon the duties of a physician* publicado en 1796,<sup>10</sup> y el desarrollo de un enfoque de la ética médica elaborado por Thomas Percival en su obra *Medical Ethics* de 1803,<sup>11</sup> se fundamentó el código ético de la Asociación Médica Norteamericana de 1847,<sup>12</sup> donde una vez más se hacía énfasis en la conducta y etiqueta profesional del médico y del cirujano.<sup>13-15</sup>

Aún cuando los escritos de V. Smidovich (*Confesiones de un médico*) y de Walter Reed sobre la fiebre amarilla destacaban la importancia del consentimiento del paciente para establecer su tratamiento,<sup>7</sup> será hasta la integración del Código de Nüremberg en 1948 y la Declaración de Helsinki en 1964, que se recupera el acuerdo entre médico y paciente durante la práctica clínica y el proceso de investigación médica en seres humanos.<sup>16-18</sup> La Declaración Universal de Derechos Humanos contribuyó también a integrar un marco para el análisis de los derechos humanos sociales, políticos y culturales del ser humano.<sup>19</sup>

En este escenario, y frente a los avances de la ciencia y su aplicación tecnológica a las ciencias de la salud, surge la Bioética con la intención de establecer un puente que vinculara a la medicina con las humanidades, posibilitando la reflexión ética de los acontecimientos que derivaban de los avances en las ciencias biológicas.<sup>20</sup> En 1978 se

definen claramente tres principios fundamentales para la investigación biomédica en el Informe Belmont: beneficencia, justicia y respeto. Posteriormente, Beauchamp y Childress<sup>21</sup> incorporan el principio de no maleficencia y los extienden a la práctica clínica.

Frente a este horizonte histórico en el que destaca la participación gradual del paciente en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas para restituir su estado de salud, ¿cómo entender el papel del odontólogo?, ¿cómo se configura el universo bioético del odontólogo?. Y en este universo, ¿cómo se posibilita el consentimiento válidamente informado?. Para explorar la respuesta a estos cuestionamientos, el punto de partida es la relación odontólogo-paciente para incursionar posteriormente a la bioética del odontólogo y concluir con las características del consentimiento válidamente informado en la práctica odontológica.

### **La relación odontólogo-paciente**

Torres-Quintana y Romo<sup>6</sup> consideran que los odontólogos son profesionales expertos en conocimientos y habilidades específicas para solucionar problemas de salud oral con la intención de promover el bienestar del paciente; de manera que la relación odontólogo-paciente se comprende como la interacción entre el odontólogo y su paciente que se realiza con el propósito de mejorar la salud oral de quien solicite la atención mediante el establecimiento de un diagnóstico y un tratamiento, sentando las bases de una relación de confianza entre el profesional y el paciente para definir la vía de intervención, límite y alcance de la acción terapéutica.<sup>22</sup>

Esta relación se establece en un marco intencional de buena fe entre ambas partes, e involucra la confianza y la veracidad al proporcionar información sobre el padecimiento del paciente. La honestidad profesional que esto implica establece el equilibrio en la relación y promueve una mayor colaboración al aclarar los derechos y las responsabilidades de odontólogos y pacientes; el conocimiento y la participación del paciente sobre su enfermedad, así como de los riesgos y beneficios.<sup>23</sup>

Las características identificadas tradicionalmente en la relación odontólogo-paciente, desde el modelo paternalista de atención a la salud, incluye: asimetría de saberes y capacidades, subordinación del actuar del paciente al saber profesional del odontólogo, y

concepción del paciente como un sujeto ignorante y ausente de la responsabilidad de su enfermedad. Con la introducción del enfoque bioético a la práctica del odontólogo, se promueve que la relación con el paciente debe aspirar a realizar una atención odontológica con calidad, para lo cual, se distinguen cuatro momentos en el encuentro clínico: el prepaciente, reunión de datos clínicos, adaptación entre odontólogo y paciente, y la "relación plena".<sup>22, 24-27</sup>

Durante el momento prepaciente del encuentro clínico, se generan necesidades de salud oral en la persona que acude al odontólogo. El primer encuentro formal entre odontólogo y paciente se produce en el instante cuando se genera el proceso de recolección de los datos clínicos pertinentes y se establece la primera comunicación entre ambos, sentando las bases de una buena relación, pues se presta atención al paciente expresando su interés por escucharlo y ayudarlo a solucionar su problema de salud oral.<sup>22, 24, 28</sup>

Establecida la comunicación, se genera la confianza y adaptación al quehacer del odontólogo, lo que se muestra en el momento de adaptación odontólogo- paciente al establecer el diagnóstico y determinar la estrategia terapéutica, la cual puede ser realizada por el propio odontólogo, o bien, ser referido a un especialista. Llegando al acuerdo, se formaliza plenamente la relación odontólogo-paciente.<sup>22, 24, 29</sup>

Dado el vínculo entre el modelo de atención médica con la práctica odontológica, los modelos de relación odontólogo-paciente que prevalecen en la odontología son: el modelo paternalista, el modelo informativo, el modelo interpretativo y el modelo deliberativo. En el primero, basta el asentimiento del paciente para realizar el tratamiento; a diferencia de los otros modelos, en los cuales se establece como documento indispensable, el consentimiento válidamente informado, no obstante, la diferencia entre estos modelos radica en el papel activo que se asigna al paciente en la toma de decisión: en el modelo informativo sólo se brinda información relevante a su problema de salud; en el modelo interpretativo, el consentimiento se apoya en el diálogo y, en el modelo deliberativo, la decisión se sustenta en el diálogo y la deliberación del paciente.<sup>22, 30-32</sup>

## Universo bioético del odontólogo

El incremento de quejas en la Comisión Nacional de Arbitraje Médico muestra que la odontología, no está exenta de conflictos éticos. Esto refleja que los avances científicos y su aplicación técnica en la práctica odontológica posee implicaciones sociales y morales a nivel individual y colectivo,<sup>33-35</sup> lo que implica que el quehacer odontológico contemporáneo no se reduce a la atención de necesidades de salud dental del paciente, también implica llevar a cabo acciones de atención primaria, como lo son: educación y promoción de la salud oral a nivel individual y comunitario, consideración de aspectos socioeconómicos, realización de procedimientos de alto riesgo, atención integral de pacientes sistémicamente comprometidos, y trabajo interdisciplinario en el ámbito de la investigación científica.<sup>36</sup> Punto importante es evitar la mala práctica dental y las prácticas odontológicas ilegales o no calificadas.<sup>27,37</sup>

En este escenario, el punto de partida para identificar los elementos que configuran el universo ético del odontólogo se integra por los siguientes baremos: promoción de la salud oral, búsqueda del alivio al dolor odontológico, preservación y restablecimiento de la función oral del paciente y atención de aspectos socioeconómicos; en suma, aspectos de la práctica odontológica que configuran el bien del paciente como el horizonte de comprensión de la bioética del odontólogo.<sup>27, 38</sup>

En la búsqueda del bien del paciente, es indispensable que el cirujano dentista cuente con las competencias profesionales que respalden las siguientes características: conocimiento disciplinario; responsabilidad; actualización permanente de sus saberes; habilidad para procedimientos odontológicos teniendo una clara conciencia de sus límites; ética y respeto al secreto profesional; honestidad para informar completa y verazmente sobre el problema de salud y el tratamiento, con la intención de obtener su consentimiento; capacidad para solucionar problemas de salud dental; amabilidad, limpieza, puntualidad e inteligencia.<sup>6,38-</sup>

40

El odontólogo debe actuar en un marco de valores humanos y normas profesionales distribuidos en tres componentes: moral, intelectual y organizacional, ponderando en la atención las siguientes consideraciones en orden de importancia:<sup>6, 25,38-43</sup>

- La vida del paciente y la salud general.
- La salud oral del paciente, entendida como un funcionamiento oral apropiado y sin dolores.
- La autonomía del paciente, incluyendo la importancia que éste le otorga a la salud, el confort, el costo y la estética dental, que derivan del tratamiento odontológico.
- La preferencia del odontólogo por ciertas prácticas diagnósticas y terapéuticas.
- La práctica eficiente considerando el costo de la atención a la salud oral.

Estos valores, intrínsecos a la práctica odontológica, proporcionan rutas para acercarse al horizonte de comprensión de la Bioética en el ámbito de la odontología y configurar el escenario para orientar el análisis de los efectos que pueden provocar las acciones u omisiones del odontólogo en la salud del paciente y constituyen el ámbito de responsabilidad profesional. Así, el diagnóstico argumentado científicamente y el plan de tratamiento fundamentado en la prioridad de las necesidades de salud bucal del paciente, posibilitará que la persona tome decisiones y desarrolle conductas saludables.

En este contexto, y sin negar la responsabilidad del actuar del odontólogo, la autonomía del paciente adquiere relevancia en la relación odontólogo-paciente, pues éste reconoce su participación en el proceso de la enfermedad y se hace copartícipe de la misma, asumiendo igualmente riesgos y eventualidades; pero siempre bajo el pleno conocimiento de lo que va a decidir. Al recuperar la responsabilidad compartida en el tratamiento, el universo ético del odontólogo armoniza el ejercicio profesional con las expectativas del paciente posibilitando promover y preservar, conjuntamente, la vida saludable de las personas.

### **El consentimiento válidamente informado en odontología**

Con el advenimiento del Código de Nüremberg, la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, se ha destacado la necesidad de contar con el consentimiento del paciente para realizar cualquier proceso odontológico de intervención diagnóstico, terapéutico o experimental. En esta tesitura dos instancias se han pronunciado por la comprensión del consentimiento informado que son importantes en la práctica clínica.

El primero está demarcado por la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico* que lo define como “los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitarios”.<sup>44</sup>

El otro es proporcionado por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) que lo considera como un “proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del médico bastante información, en términos comprensibles, que le capacitan para participar voluntaria, consciente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad”.<sup>45</sup> Asimismo, se indican dos criterios: el subjetivo y el objetivo. Los criterios subjetivos incluyen: nivel cultural, edad, situación personal, familiar, social y profesional del paciente. Los criterios objetivos son: urgencia del caso, necesidad de tratamiento, peligrosidad de la intervención diagnóstica, terapéutica o rehabilitatoria, novedad del tratamiento, gravedad de la enfermedad, y posible renuncia del paciente a recibir información.<sup>33, 46</sup>

Por otra parte, y dada la naturaleza del consentimiento informado en el ámbito de la Bioética, se puede comprender como un proceso en el que se desarrolla un procedimiento para garantizar la aceptación del paciente para ser tratado por determinado médico o institución médica (privada o pública). Este procedimiento es esencialmente un ejercicio ético-dialógico.<sup>47</sup>

La aceptación propicia que el paciente participe activamente al tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas. Esto requiere que comprenda la información proporcionada por el odontólogo con relación a su enfermedad, procedimientos odontológicos que se le realizarán, plan de tratamiento, duración del tratamiento, materiales que se utilizarán y reacciones que pueden ocasionarle. Esta información permite al paciente conocer beneficios, molestias, riesgos, y alternativas en el diagnóstico y tratamiento de su problema de salud oral. Durante el proceso dialógico que caracteriza al consentimiento informado, el paciente debe comprender sus derechos así como las responsabilidades que implica asumir la aceptación de un tratamiento dental, con el propósito de beneficiarlo con

las técnicas que se aplicarán, bien para reintegrarle su estado de salud perdido, ofrecerle un mejor nivel de vida o, simplemente, desde el punto de vista estético.<sup>46, 48</sup>

El consentimiento informado posee implicaciones importantes en el desarrollo de la práctica odontológica, pues en él confluyen tanto aspectos ético-filosóficos<sup>49</sup> como sociales, científicos, personales, jurídicos<sup>50</sup> e institucionales al mejorar la calidad de la atención.<sup>51,52</sup> En este contexto, la apropiación del consentimiento informado no se reduce a la firma de un documento legal que constata el acuerdo del paciente,<sup>53</sup> por el contrario, promueve una relación de naturaleza deliberativa, donde el diálogo, la comunicación y la convivencia entre odontólogo y paciente es fundamental para intercambiar expectativas, cosmovisiones y maneras de estar en el mundo de la vida y hacer frente a los problemas de salud oral; por lo tanto, el consentimiento válidamente informado trasciende lo legal.

Al situar el consentimiento válidamente informado más allá de lo legal y el deber normativo se hace frente a la problemática en su aplicación y que derivan de la libertad, capacidad, información y comprensión del paciente,<sup>54</sup> de manera que se recupera el humanismo de la atención a la salud oral y se promueve el respeto a la dignidad que merece todo paciente como fundamento del proceso comunicativo y deliberativo.<sup>55</sup> Esta visión humanista durante el proceso que posibilita obtener el consentimiento del paciente, hace del odontólogo un defensor de los derechos intrínsecos del paciente cuando posibilita la convergencia de los principios bioéticos de autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia. Este vértice se concreta al momento en que se ofrece la información pertinente durante los diferentes momentos del encuentro odontólogo-paciente.

Ofrecer al paciente la información verídica, científica y técnica relacionada con el diagnóstico y tratamiento odontológico, no debe ser propiamente una obligatoriedad para el odontólogo, sino un acto de respeto y reconocimiento del paciente como persona que posee la capacidad de comprender su padecimiento y tomar decisiones de vida en una situación límite de salud y enfermedad. De ahí que sea el resultado de un trabajo permanente de comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y se considere el fundamento sobre el que se establece el encuentro odontólogo-paciente.

En este ámbito de respeto y reconocimiento de la alteridad del paciente, la información que se proporciona debe ser clara, oportuna, suficiente y veraz, de manera que el paciente o tutor haya comprendido adecuadamente, y sea capaz de decidir libremente, bajo las condiciones de libertad, información, capacidad, voluntad y comprensión, expresando así su conformidad;<sup>56-58</sup> lo cual refiere la trascendencia de este acto, por lo que debe asegurarse la comprensión de la información por parte del paciente.

La función del consentimiento informado deriva de la libre autodeterminación a través de la constante búsqueda de acciones que permitan promover la autonomía del paciente, pero también mediante: el fomento de la racionalidad al tomar decisiones que mejoren su estado de salud oral; la protección del enfermo al atender su necesidad de salud y a los sujetos de experimentación durante el proceso de investigación; evitar el fraude y la coacción; alentar la autoevaluación en los profesionales de la salud, y reducir la desconfianza.<sup>59-63</sup> de manera que se fortalece una relación odontólogo-paciente a través del derecho a la información, la intimidad del paciente, y el respeto a su autonomía para decidir sobre los aspectos fundamentales que de una y otra forma afectan su vida.

En México, el consentimiento informado como requisito indispensable para la atención odontológica que pueda otorgarse a los pacientes se encuentra regulada en diferentes fuentes jurídicas y normativas, entre las que destacan la *Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006 Para la prevención y control de enfermedades bucales*<sup>64</sup> y la *Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del Expediente Clínico*.<sup>44</sup>

En la NOM-013, se establece la obligatoriedad de la elaboración de la carta de consentimiento informado así como su actualización cuando se modifique el plan de tratamiento establecido. También indica la necesidad de elaborar la carta de consentimiento bajo información de manera adicional cuando el procedimiento lo requiera, ofreciendo la posibilidad de ser revocable mientras no se inicie el tratamiento; y aclara que no obliga al odontólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado al paciente.<sup>64</sup>

El procedimiento para obtener el consentimiento se sustenta en la información que se brinde al paciente sobre el diagnóstico y posibles alternativas de tratamiento con un

lenguaje claro y sencillo, así como sus obligaciones respecto a las indicaciones, fechas de citas, durante y después del tratamiento.

De acuerdo a esta norma, la carta de consentimiento informado debe expresarse en lenguaje comprensible, sin utilizar terminología médico-técnica y utilizar un formato sencillo. La información referente a la historia clínica, plan de tratamiento, así como el consentimiento bajo información, deben ser firmados por el paciente en plena capacidad de tomar decisiones, debido a que su firma implica estar totalmente de acuerdo con la información otorgada. En el caso de pacientes menores de edad o con algún tipo de discapacidad, serán representados por algún familiar o tutor legalmente asignado.

Lo anterior es importante pues el consentimiento válidamente informado es un proceso que posee limitaciones obteniendo con ello, un carácter relativo en términos de las excepciones que se han reconocido, por ejemplo, en situaciones donde las circunstancias en que una urgencia no permita demora, por la posibilidad de ocasionar lesiones que pueden ser prevenibles, cuando la intervención suponga un riesgo para la salud pública, o en la introducción de los avances tecnológicos en el tratamiento del paciente.

Por lo tanto, en la práctica odontológica los casos de urgencia requieren de la realización de un proceso de consentimiento informado más cuidadoso, ya que tienen la característica de no poner en riesgo de muerte al paciente y realizarse frecuentemente en situaciones de apremio, dolor y hasta de angustia por parte del paciente. Esta situación también incluye a los pacientes incompetentes o sin capacidad para decidir y la renuncia expresa del paciente.

Finalmente puntualiza los elementos mínimos que debe contener este documento entre los que se encuentran los siguientes: nombre del paciente, nombre de la institución, nombre del odontólogo, diagnóstico, acto autorizado de naturaleza curativa, riesgos, molestias, efectos secundarios, alternativas de tratamiento, motivo de elección, mayor o menor urgencia, lugar y fecha donde se emite, autorización al estomatólogo para atención de contingencias y urgencias, derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad de prescripción, nombre completo y firma del odontólogo, paciente y testigos.<sup>64</sup>

La integración del expediente clínico es un proceso fundamental en la atención clínica del paciente. Actualmente está regulada por la NOM-004, donde se indica que las situaciones o eventos que requieren del consentimiento válidamente informado incluyen tanto las acciones médicas-clínicas como las de investigación, pero también el ingreso hospitalario, los procedimientos de cirugía mayor, los que requieran de anestesia general, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos considerados de alto riesgo y cualquier otro que entrañe mutilación.<sup>44</sup>

## **CONCLUSIONES**

Los antecedentes que ofrece el desarrollo de las ciencias de la salud donde la odontología y la estomatología tienen un papel relevante, circunscriben el quehacer del odontólogo al compromiso en la búsqueda del bienestar del paciente al aliviar el sufrimiento que le provoca el padecer enfermedades dentales, de manera que la participación del odontólogo en el proceso salud-enfermedad se sitúa en una relación con el paciente delimitada por un modelo de tipo deliberativo desde el cual hace frente a las tensiones que se gestan en este encuentro.

A través de la relación odontólogo-paciente, se puede mirar la evolución de la Bioética para destacar la transición de la participación del paciente desde un ámbito pasivo, como es el caso del modelo paternalista de atención a la salud, hacia un ámbito colaborativo en el que asume la responsabilidad compartida para restablecer o mejorar su estado de salud oral.

Por lo tanto, situar la Bioética como el horizonte para comprender el universo ético de la práctica odontológica genera modificaciones en el imaginario colectivo relacionado con la interacción entre paciente y odontólogo y el uso de la tecnología para atender el problema de salud, lo cual, a su vez, abre un camino para comprender de manera diferente el valor atribuido al “ser sano”, “estar sano” o “detentar salud”. Un valor que surge del acompañamiento durante el proceso de enfermar y en el que la relación odontólogo-paciente se caracteriza por el diálogo, la deliberación y la toma de decisiones, abriendo

con ello el camino para comprender la dialéctica que subyace en el consentimiento informado.

El vínculo que surge de la relación odontólogo-paciente y que se expresa en el consentimiento informado, se delimita por los siguientes baremos que caracterizan el universo bioético de la práctica odontológica: la vida y salud del paciente; la autonomía en términos del derecho a la información y la libertad para decidir; la responsabilidad profesional que implica ofrecer al paciente las mejores herramientas diagnósticas y terapéuticas que estén disponibles para ambos; y el desarrollo de una práctica profesional que posibilite la participación del paciente para realizar una atención odontológica integral que permita fortalecer el proceso mediante el cual llegará a tomar decisiones que afectarán el curso de la enfermedad.

En este escenario, el consentimiento válidamente informado trasciende su enfoque tradicional que lo conceptúa como un instrumento que permita regular la actividad del odontólogo para estar protegido ante cualquier contingencia pues ampara, por una parte, al odontólogo ante cualquier reclamo por mala praxis y, por otra, al paciente ante cualquier eventualidad y sus consecuentes complicaciones. La utilización del consentimiento informado se debe mirar como el proceso mediante el cual se reconoce la alteridad del paciente durante toda la relación odontólogo-paciente además de coadyuvar a la educación en salud del paciente promoviendo la responsabilidad del paciente frente a su autonomía y sus derechos.

Finalmente, al establecer el diálogo con el paciente, se genera el fortalecimiento del acompañamiento durante el proceso de curación, donde la solidaridad, la orientación y la honestidad del odontólogo para con el paciente contribuirán a una mejor relación clínica entre ambos; situación que implica un comportamiento que atiende a las consecuencias, buscando obtener los mejores resultados a través de la decisión autónoma del paciente y, junto con el médico, esté de acuerdo en los procedimientos a seguir, consciente del riesgo que éstos implican.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lara Painado F. Código de Hammurabi. 4ª ed. España: Editorial Tecnos; 2008.
2. Hipócrates D. Tratados hipocráticos I. España: Editorial Gredos; 1983.
3. Hipócrates D. Tratados hipocráticos V. España: Editorial Gredos; 1983.
4. Remis JA. Pasado y presente del juramento hipocrático. Análisis de su vigencia. Rev Argent Radiol. 2009;73(2):139-141.
5. Lemarchand GA. Ciencia para la paz y el desarrollo: el caso del juramento hipocrático para científicos. Uruguay: UNESCO; 2010.
6. Torres-Quintana MA, Romo OF. Bioética y ejercicio profesional de la odontología. Acta Bioethica. 2006;12(1):65-74.
7. Faden R, Beauchamp T. A history and theory of informed consent. New York, USA: Oxford University Press; 1986.
8. Gregory J. Lectures on the duties and qualifications of a physicians. Philadelphia: M. Carey and Son; 1817.
9. McCullough LB. John Gregory's medical ethics and the reform of medical practice in eighteenth-century Edinburg. Coll Physicians Edinb. 2006;36:86-92.
10. Bard S. Discourse upon the duties of a physician. USA: Applewood Books; 1997.
11. Percival T. Medical ethics, or, A code of institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians & surgeons in private or general practice. London: John Henry Parker; 1846.
12. American Medical Association. Code of ethics. Adopted May 1847. USA: Asa McFarland; 1850.
13. Jorge S. Normas, éticas y deberes de los profesionales de la salud. Acta Médica Dominicana. 1992;14(4):147-151.
14. de\_Castro F, Peredo H. Ética médica en la literatura del siglo XIX. Gac Med Mex. 2005;141(4):323-334.
15. Rivero Serrano O, Durante Montiel I. Ética en la medicina actual. Gac Med Mex. 2008;144(4):279-283.
16. Levine RJ. Ethics and regulation of clinical research. 2ª ed. Baltimore, USA: Urban & Schwarzenberg; 1986.

17. Jonsen AR, Veatch RM, Walters L, eds. Source book in bioethics: a documentary history. Washington, D. C.: Georgetown University Press; 1998.
18. Lolas SF, Quezada SA (eds). Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Chile: Programa Regional de bioética OPS/OMS; 2003.
19. Limpens F. Los derechos humanos y su fundamentación filosófica. *Sinéctica*. 1999;14:1-13.
20. Potter VR. Bioethics: bridge to the future. New Jersey: Prentice-Hall Pub; 1971.
21. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethic. 3 ed. New York: Oxford University Press; 1983.
22. Luengas Aguirre MIF. La bioética en la relación clínica en odontología. *Rev Asoc Dent Mex*. 2003;60(6):233-239.
23. Fodor BA, De\_la\_Parra CG. La relación paciente/odontólogo: algunas consideraciones. *Revista Dental Chile*. 2007;9(3):21-26.
24. Platts M. Dilemas éticos. Problemas de la ética práctica. México: Universidad Nacional Autónoma de México-Fondo de Cultura Económica; 1997.
25. Oliva Te-Kloot J. La relación odontólogo-paciente en un servicio de odontología nacional. Tesis de Maestría en Bioética. Universidad de Chile; 2006.
26. Comisión Nacional de Bioética. Avances del Código de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal. México: Comisión Nacional de Bioética; 2004.
27. Comisión Nacional de Bioética. Código de Bioética para el personal relacionado con la salud bucal. México: Comisión Nacional de Bioética; 2006.
28. Rojas Alcayaga G, Misrachi Launert C. La interacción paciente-dentista, a partir del significado psicológico de la boca. *Av Odontoestomatol*. 2004;20(4):185-191.
29. Dewi FD, Sudjana G, Oesman TM. Patient satisfaction analysis on service quality of dental health care based on empathy and responsiveness. *Dent Res J*. 2011;8(4):172-177.
30. Ezequiel J, Emanuel MD, Emanuel L. Four models of the physician-patient relationship. *JAMA*. 1993;267(6):2221-2226.
31. Gracia D. Moral deliberation: the role of methodologies in clinical ethics. *Med Health Care Philosophy*. 2001;4(2):223-232.

32. Rangel-Galvis MC. Perspectiva bioética y modelo biopsicosocial en la relación odontólogo-paciente durante la formación del estudiante en la Universidad del Bosque. *Revista Salud Bosque*. 2011; 1(2):87-98.
33. Triana Estada J. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Revista Odontológica Mexicana*. 2007;11(2):103-108.
34. Espinosa Carbajal A. Análisis de expedientes de queja del área de odontología. *CONAMED* 2000;6(17):5-7.
35. Triana Estrada J. La ética: un problema para el odontólogo. *Acta Bioethica*. 2006;12(1):75-80.
36. Cardoso C, Rodríguez E, Lolas F, Quezada A. *Ética y odontología. Una introducción*. Chile: Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Universidad de Chile; 2006.
37. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. *Recomendaciones para mejorar la práctica odontológica*. México: CONAMED; 2002.
38. Casale Capogni A. Construcción bioética en odontología con base en los valores humanos. *Revista de la Federación Odontológica Colombiana [Internet]*. 2000 [citado 15 jul 2009]; 58(197). Disponible en:  
<http://www.encolombia.com/odontologia/foc/foc5819700construccion.htm>
39. Álvarez Herrera AF, Sánchez González CL, Orozco Cuanalo L, Moreno Méndez W. Valores de ética profesional en los estudiantes de la carrera de cirujano dentista. El significado del concepto "dentista competente". *Rev As Dental Mex*. 2007;64(4):158-167.
40. Guillermo ELA, Ortiz Villagómez G, Hernández Lomelí A, Ortiz Villagómez M, Alcocer Maldonado A, Hernández Montiel LH, Uribe Nieto A, López Arvizu R. Perspectiva de los pacientes sobre los valores humanos en los profesores y estudiantes de licenciatura en odontología. *Revista Odontológica Mexicana*. 2008; 12(2):65-69.
41. Agranatti P. Bioética en odontología (Parte 2). *Revista Odontología Ejercicio Profesional [Internet]*. 2001[citado 1 feb 2013]; 2(10). Disponible en:  
[http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART\\_19\\_FEB\\_2001.htm](http://www.odontomarketing.com/numeros%20anteriores/ART_19_FEB_2001.htm)

42. Torres-Quintana MA, Miranda VM, Romo OF. Bioética y odontología general. *Revista Dental Chile* 2009;100(2):32-37.
43. Abou RI, Spina M, Tosta E. Dimensión ética en la práctica odontológica: visión personalista. *Acta Bioethica*. 2010;16(2):207-210.
44. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. *Diario Oficial de la Federación*, 15 de octubre de 2012, Cuarta sección, 1-18 pp.
45. Tena TC, Lee GM, Casa Madrid O. Consentimiento válidamente informado. México: CONAMED; 2004.
46. Gómez García R. Consentimiento informado en odontología. *Rev As Dental Mex*. 2007;64(5):205-207.
47. Mondragón Barrios L. Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista Investigación Clínica*. 2009;6(1):73-82.
48. Cadavid CGJ. Autonomía y consentimiento informado: principios fundamentales en bioética. *Revista CES Odontología*. 2005;18(2):59-64.
49. Chuaire L, Sánchez MG. Platón y el consentimiento informado contemporáneo. *Colombia Médica*. 2007;38(3):297-300.
50. Sancho Gargallo I. Tratamiento legal y jurisprudencial del consentimiento informado. Working Paper 209. Barcelona: InDret; 2004.
51. Gómez Ramos MJ, González Valverde FM. Mejora de la calidad en el consentimiento informado. *Acta Bioethica*. 2012;18(2):247-256.
52. Saliba Garbin CA, Insper Garbin AJ, Adas Saliba N, Guimarãez Zina L, Elaine Goncalves P. El consentimiento informado en la clínica odontológica. *Acta Odontológica Venezolana*. 2007;45(1):1-10.
53. Guirland AA. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2011;7(2):43-49.
54. Problemas prácticos del consentimiento informado. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, 2002.
55. Tena Tamayo C. El consentimiento informado en la práctica médica. Una visión humanista. CONAMED. 2004;9(3):8-10.

56. Consejería de salud. Guía de consentimiento informado. España: Junta de Castilla y León, s/f.
57. Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el consentimiento informado. España: Comité de Bioética de Cataluña; 2002.
58. Agencia Valenciana de Salud. Guía de documentos de consentimiento informado.
59. Bellver Capella V, Torregrosa Sánchez R, Lloréis Bañon L. La bioética y la clínica. Una aproximación a la práctica clínica. España: Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat EVES; 2005.
60. Martínez Otero JM. Autonomía e información de los pacientes: del reconocimiento de derechos a la pérdida de confianza. Cuad Bioét. 2012;23:151-167.
61. Quadrelli S, Colt HG, Lyons G, Cohen D. El respeto por la autonomía. ¿Cuánta información desean conocer los pacientes para tomar decisiones? Medicina Buenos Aires. 2008;68:198-204.
62. Pérez Batista R, Suazo M. El consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo. Ciencia y Sociedad. 2009;34(4):578-596.
63. Pérez Batista R, Suazo M. El consentimiento informado, autonomía y beneficencia en la consulta hospitalaria de la ciudad de Santo Domingo (II). Ciencia y Sociedad. 2010; 35(1):7-20.
64. Secretaría de Salud. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-1994, Para la prevención y control de enfermedades bucales, para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-013-SSA2-2006, Para la prevención y control de enfermedades bucales. Diario Oficial de la Federación, 8 de octubre de 2008, Primera sección, 1-15 pp.

**Recibido:** 22/03/2013

**Aprobado:** 13/05/2013

*Arturo García Rillo.* Doctor en Humanidades, Líder del Cuerpo Académico de Humanidades Médicas. Profesor de Tiempo Completo. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México. Paseo Tollocan esq. Jesús Carranza Col. Moderna de la Cruz CP 50180, Toluca, México. [dr\\_rillo@hotmail.com](mailto:dr_rillo@hotmail.com)