

SITUACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y DE LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA AÑO 2013.

Tesis presentada por

REYNA VIOLETA OROZCO Y OROZCO

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que
Practicó el Examen General Público, previo a optar al título de

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2014.

“SITUACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y DE LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA AÑO 2013”.

Tesis presentada por

REYNA VIOLETA OROZCO Y OROZCO

Ante el tribunal de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala que Practicó el Examen General Público, previo a optar al título de

CIRUJANA DENTISTA

Guatemala, Noviembre de 2014.

JUNTA DIRECTIVA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Fernando Ávila González
Vocal Segundo:	Dr. Erwin Ramiro González Moncada
Vocal Tercero:	Dr. Jorge Eduardo Benítez De León
Vocal Cuarto:	Br. Bryan Manolo Orellana Higueros
Vocal Quinta:	Br. Débora María Almaraz Villatoro
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

TRIBUNAL QUE PRACTICÓ EL EXAMEN GENERAL PÚBLICO

Decano:	Dr. Edgar Guillermo Barreda Muralles
Vocal Primero:	Dr. José Figueroa Espósito
Vocal Segundo:	Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Vocal Tercero:	Dr. Ricardo Antonio Sánchez Ávila
Secretario Académico:	Dr. Julio Rolando Pineda Cordón

ACTO QUE DEDICO

- A Dios: Por la vida.
- A mis padres: Dr. Aníbal Rubén Orozco González, Reina Argentina de Orozco, por su ejemplo de superación y apoyo incondicional recibido, para seguir adelante.
- A mis hermanos: Mario Rubén y Jorge Aníbal porque su amor filial, se transforma en solidaridad, cariño y apoyo.
- A mis amigos: Cada uno sabe el lugar que ocupa en mi corazón y en mi vida y sin necesidad de mencionar nombres saben que estoy muy agradecida por confiar y creer en mí, por esos momentos que lograron consolidar nuestra amistad y haber hecho de mi etapa universitaria un trayecto y vivencia que nunca voy a olvidar.
- A mis abuelos: Fermín Benito Orozco, Juana Balvina González y Victorina Míncez, una oración por que disfruten el más allá; Pedro Gonzalo Orozco. Abuelos que forjaron el modelo de padres que tengo.
- A mis tíos y demás familia: Por su cariño y palabras de aliento.

TESIS QUE DEDICO

A mi hermosa patria Guatemala.

A San Pedro Sacatepéquez, San Marcos, siempre culto y próspero.

A mi Alma Mater Universidad de San Carlos de Guatemala.

A mis Catedráticos por haber compartido sus conocimientos y experiencias.

A mis asesores de Tesis: Dr. Ricardo Antonio Sánchez Ávila y Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume, quienes con su conocimiento y experiencia me orientaron hacia el correcto desarrollo del estudio.

HONORABLE TRIBUNAL EXAMINADOR

Tengo el honor de someter a su consideración mi trabajo de tesis titulado:

“SITUACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE Y DE LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA AÑO 2013”, conforme lo demandan los estatutos de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, previo a optar al título de:

CIRUJANA DENTISTA

ÍNDICE

I. SUMARIO.....	1
II. INTRODUCCIÓN.....	2
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
IV. JUSTIFICACIÓN.....	4
V. REVISION BIBLIOGRAFICA.....	5
VI. OBJETIVOS.....	98
VII. VARIABLES.....	99
VIII. MATERIALES Y MÉTODOS.....	100
IX. PROCEDIMIENTO.....	102
X. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	103
XI. CONCLUSIONES.....	131
XII. RECOMENDACIONES.....	133
XIII. BIBLIOGRAFÍA.....	134
XIV. ANEXOS.....	141

I. SUMARIO

La bioética, constituye una alternativa para el mundo actual, que busca una identificación con los valores morales y sirve para reflexionar sobre los aspectos vinculados con los principios del ser humano, la calidad de vida, sus valores e incluso el riesgo de su destrucción. En el presente estudio, el objetivo principal es demostrar la situación del proceso enseñanza aprendizaje y de la práctica de la Bioética en los estudiantes del cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en el año 2013, el cual fue realizado en cinco secciones. En la primera sección se realizó un análisis y estudio bibliográfico pertinente y relacionado al tema de bioética, ética médica, deontología odontológica y la relación odontólogo con el paciente. En la segunda sección se abordó el tema del análisis curricular. En la tercera sección se efectuó la identificación de conocimientos sobre principios de bioética y ética médica, el propósito fue conocer, el nivel de conocimiento de los estudiantes y docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, aplicando la ética en investigación y consentimiento informado. La cuarta sección que abarca las entrevistas sobre la relación del odontólogo practicante con el paciente, consistió en realizar entrevistas a pacientes seleccionados aleatoriamente sobre el trato y su relación con su odontólogo practicante, sus expectativas en cuanto al tratamiento dental, actitudes y problemas. La última y quinta sección fue la de observación, en esta fase se utilizó un instrumento recolector de información con 10 variables de estudio en el cual el objetivo principal es observar la relación del Odontólogo Practicante con el paciente, si estos aplican principios bioéticos y evaluar el protocolo de atención en la relación odontólogo practicante paciente; se seleccionó 10 estudiantes al azar y se acompañó en todo el protocolo desde la recepción y bienvenida del paciente hasta la culminación de la cita y despedida. Por lo que podemos concluir que la bioética no está contemplada como curso en la malla curricular de la Facultad de Odontología. Que existe incongruencia entre los postulados establecidos en el currículo y las programaciones docentes con respecto a los resultado de la investigación, en la cual no se aplican principios bioéticos en los cursos teórico prácticos y que existe poco conocimiento de bioética y ética médica en estudiantes y docentes, sin embargo en las entrevistas a pacientes y la observación a estudiantes demuestran que la relación odontólogo paciente es satisfactoria.

II.INTRODUCCIÓN:

La Bioética es una disciplina de apenas 20 años de existencia y por tal motivo, desconocida aún por muchos profesionales de las ciencias de la salud, a pesar de que los mayores avances en el estudio, reflexión y debate acerca de los enfoques bioéticos se han realizado en el campo de las ciencias médicas. En los últimos años se ha producido un auge en la divulgación de estos conocimientos a escala mundial, y llama poderosamente la atención cómo son cada vez más los profesionales que se interesan en estos problemas. Este tema responde a la necesidad de propiciar la reflexión del estudiante de Odontología sobre los aspectos bioéticos del ejercicio de la profesión, enfatizando en la necesidad de reconocer al paciente como un sujeto autónomo, que tiene derecho a saber, opinar y decir sobre la conducta que pretenden asumir los profesionales de la salud, en la intención de promoverle su salud, evitarle enfermedades o diagnosticar, tratar y rehabilitar en caso necesario. En los umbrales del tercer milenio la sociedad vive una crisis de valores y de sentido, la actividad profesional no es ajena a esta situación problemática de nuestro tiempo como vivir mejor en nuestro ser profesional es lo que la ética odontológica presenta como reto a los estudiantes de nuestra facultad que desean ser mas humanos durante su formación. El estudiante de Odontología debe desarrollar actitudes de respeto, empatía, inclusión, compasión y tolerancia hacia la diversidad humana para así contribuir a mejorar la calidad de vida de nuestros semejantes o pacientes. La Bioética nos ayuda a humanizar el proceder o el tratamiento odontológico para formar estudiantes comprometidos con la humanidad, la equidad y la empatía, la cual busca suministrar respuestas a los nuevos dilemas éticos derivados del aumento del conocimiento científico y tecnológico. La Deontología en general se refiere a las reglas y normas que regulan el ejercicio de la profesión, en su acepción más habitual, suele usarse para designar la "moral profesional", ambas se complementan y una no puede estar fuera de la otra (14). En el caso de la Odontología se refiere a la relación entre el Odontólogo con sus pacientes, con la sociedad y con sus colegas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocimiento de la Bioética y Deontología Odontológica, es fundamental para que los futuros profesionales de la Odontología cuenten con la debida cultura ética, moral y profesional que les permita llevar a cabo un debido ejercicio de su profesión. En el ejercicio de la odontología muchos valores entre otros, que deben ser considerados en la atención a humanos se han perdido o tergiversado, por lo que se le debe dotar a los estudiantes de las herramientas para el conocimiento en bioética y deontología, para que de esa forma sean ajustadas a las exigencias del ejercicio profesional, de conformidad con los nuevos cambios sociales y los ordenamientos legales, resaltando la importancia de fomentar por ejemplo los valores de responsabilidad, honestidad y justicia, como primordiales en la relación odontólogo-paciente (14). Es por ello que se debe considerar a la bioética y a la deontología odontológica como disciplinas paralelas, fundantes y complementarias en la formación científico-social del futuro cirujano dentista (13). Por tal motivo y por lo anteriormente expuesto surge la interrogante de ¿Cómo se encuentra el proceso enseñanza-aprendizaje y práctica de la bioética en docentes, estudiantes y pacientes en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala?

IV. JUSTIFICACIÓN.

El tiempo ha transcurrido, la globalización y el neoliberalismo han hecho cambios en los estilos de vida, decayendo en consumismo y mercantilismo a todo nivel y de este fenómeno no se escapa la formación del futuro odontólogo, por lo cual es necesario que él pueda ejercer su profesión con base a principios bioéticos en su trato con los pacientes, los colegas y la población en general, no importando la condición social. La bioética como disciplina tiene una amplia cobertura de temas ya que interviene en lo social, en la justicia sanitaria, en la asignación de recursos, investigación, educación para la salud, entre otras áreas, humanizando las profesiones relacionadas con la salud. El odontólogo, como efector sanitario, responsable de la salud oral del paciente y por extensión, de la comunidad a la que pertenece, no debe estar ajeno a los fundamentos, valores, principios y metodología que la bioética propone, ya que éstos le posibilitarán un accionar profesional integrador de mayor calidad. Actualmente existe en el segundo año de la carrera de cirujano dentista el curso de Ética y Derechos Humanos, específicamente en la unidad siete que abarca la temática: Ética odontológica, moral y ética, la ética y los derechos humanos y bioética, los cuales son impartidos en forma teórica. De acuerdo a la información obtenida de docentes y estudiantes se debe considerar la importancia de la temática a investigar, para que sean útiles en una práctica constante de los valores en el diario que hacer en la Facultad de Odontología y de los futuros profesionales. Así mismo la presente investigación de tesis fue realizada conjuntamente con el compañero estudiante de la Facultad de Odontología Ludwin Moises Orozco Orozco, ya que la temática y los objetivos a investigar fueron extensos; por tal motivo ésta investigación se justifica porque es necesario establecer la manera como se enseña el contenido bioético y constatar si se lleva a cabo en la práctica, en base a una investigación de tipo cualitativa que conlleva un análisis bibliográfico pertinente relacionado a la investigación, revisión del pensum de estudios de la Facultad de Odontología, cuestionarios, entrevistas y elaboración de la muestra.

V. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

La Bioética como una ética aplicada, 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 (16). Por lo que tenemos el interés de contribuir y fomentar la deliberación valórica y humana de nuestra profesión, recuperando su ubicación central para la persona muy por sobre nuestros intereses personales y sin anteponer intereses económicos, por lo tanto se realiza la siguiente revisión bibliográfica en la cual hace referencia a los principales objetivos de esta como lo son la enseñanza del proceso enseñanza aprendizaje de la bioética, historia, evolución y principales conceptos de bioética, inclusión de la ética y bioética en la formación del cirujano dentista, relación bioética odontólogo paciente, etc. El estudio cualitativo realizado con odontólogos practicantes y pacientes de las clínicas dentales de la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, nos permitirá conocer nuestras proyecciones y esperanzas en nuestros objetivos como lo son analizar el comportamiento bioético odontólogo practicante - paciente, mediante la observación en las clínicas de la Facultad de Odontología y si aplican los principios bioéticos, así como establecer cómo el paciente percibe el trato del odontólogo practicante y cómo ve afectada su relación.

Surgimiento y Desarrollo de la Bioética.

La palabra **moral** proviene del latín “*mor – ris*”, que significa costumbre, así como también el término **ética**, aunque este se deriva del griego “*ethos*”. El hecho de que ambos vocablos compartan un mismo sentido etimológico en dos lenguas antiguas, ha dado lugar a que en muchos casos se les utilice indistintamente; pero no obstante este uso indistinto, que por demás es bastante generalizado, la palabra “moral” posee una significación más amplia que la de “ética” y en rigor pueden marcarse algunas diferencias entre ellas. La moral se define como la ciencia que trata del bien en general y de las acciones humanas, en orden de su bondad o malicia. Moral es,

por otra parte, lo que no concierne al orden jurídico, sino al fuero interno o al respeto humano. Otra noción expresa que moral deviene el conjunto de reglas, normas de convivencia y conducta humana, que determinan las obligaciones de los hombres en sus relaciones entre sí y con la sociedad. Por lo tanto es importante decir, entonces, que la conducta moral es aquella que corresponde con el código moral dominante, o sea, lo admitido por la generalidad de los miembros de un determinado grupo social. De ahí que la moral sea entendida como la apreciación del comportamiento de un individuo, medido de acuerdo con las normas acerca de lo bueno y lo malo aceptado en el medio donde vive. La ética, por su lado, se considera la parte de la filosofía que trata sobre la moral y las obligaciones del hombre; aunque también se dice que es el estudio de los valores y sus relaciones con las pautas y planes de acción, en tanto se refiere a la filosofía de lo bueno y lo malo. En otras palabras, ética es el estudio filosófico de los fundamentos de la conducta buena o mala y, por esencia, supra social. De lo expuesto se infiere que la ética es una disciplina filosófica, un estudio sistemático, una teoría sobre los valores morales y la conducta moral, así como un análisis reflexivo de los fundamentos filosóficos, las ideas o conceptos acerca de lo bueno y lo malo, desde un enfoque axiológico. De acuerdo con lo expresado hasta aquí se puede afirmar que mientras la ética especula filosóficamente sobre los conceptos del bien y el mal, de lo justo e injusto en el plano axiológico de los valores, para deducir de allí un “deber ser” ideal y universal, la moral en cambio se ocupa de las acciones humanas, del fuero interno, de las conductas personales o sociales, en cuanto a su bondad o malicia. Ambas, por cierto, tienen que ver con un mismo objeto: la discriminación entre lo bueno y lo malo. Sobre esa base puede puntualizarse que la moralidad, en lo que respecta a los miembros de una sociedad determinada, solo puede definirse en función del código moral de sus integrantes; por tanto, no existe una moralidad universal, salvo en la medida en que estas formas conductuales se incluyen en los códigos morales de todas las comunidades. Hay que saber diferenciar adecuadamente entre moralidad y ética, pues al tratarse del estudio filosófico de los fundamentos de las conductas buena y mala, es esencialmente supra social. Sus antecedentes más remotos pueden encontrarse en los crímenes de guerra cometidos por los nazis, durante la II Guerra Mundial, cuando realizaron experimentos directamente en humanos, con los prisioneros de guerra, cuyo descubrimiento posterior dio origen al Código de Núremberg; el surgimiento de esta nueva disciplina ocurre en la segunda mitad de este siglo. A fines de la década de los 60 y principios de los años 70, el incremento de las crisis cíclicas del capitalismo, por aumento desmedido de la producción y disminución galopante del consumo, produce un período de

estanflación (estancamiento e inflación) en la economía. El exceso de liquidez (capital que no encuentra ubicación rentable) trata de encontrar como destino fundamental las áreas subdesarrolladas de América Latina y el Caribe. En el seno de la sociedad norteamericana se entroniza el modelo económico neoliberal, que propugna la libertad económica como madre de todas las libertades, enfatizando en que "el mercado es la solución a todos los problemas". Pero el indiscutido crecimiento económico que trajo consigo el nuevo modelo económico no se tradujo en el esperado desarrollo humano, pues las inequidades sociales se hicieron cada vez más notorias. Todo este clima de insatisfacción social propició una gran crisis de valores morales y, al propio tiempo, permitió la reflexión acerca de sus consecuencias. Es en este contexto que un médico oncólogo norteamericano, el Doctor *Van Rensselaer Potter*, obligado a enfrentar la creciente deshumanización en el trato con pacientes en estado terminal de cáncer, atendidos en Unidades de Cuidados Especiales o Intensivos, rodeados de equipos que todo lo miden, menos los sentimientos, comienza a reflexionar sobre el efecto del impulso extraordinario del desarrollo científico-técnico, que había invadido el campo de las ciencias médicas, en el paciente, quien había sido visto hasta ese momento como alguien pasivo en el proceso salud-enfermedad, delegando o, más bien, obligado a delegar su derecho de libertad de elegir lo mejor para él, en el personal de salud. Así, *Potter*, elabora su teoría acerca de una nueva disciplina, la *Bioética*, para estudiar justamente los problemas morales surgidos al calor del desarrollo científico y que abarca, no sólo al hombre sano o enfermo, sino a todos los seres vivos que tienen relación con la mejor calidad de vida del hombre. Varios estudiosos de la obra de *Potter*, filósofos y juristas especialmente, han aportado nuevas reflexiones, enfoques y conceptualizaciones. *Beauchamps* y *Childress* elaboraron la teoría principalista. Otros estudiosos del tema, historiadores, médicos, éticistas y teólogos, han añadido diversos matices. De la Norteamérica neoliberal a la Europa social demócrata, nuevas lecturas han sido realizadas atemperadas a las tradiciones culturales, condiciones económicas y realidades sociopolíticas de la década de los 80, fecha en que se introdujo la bioética en el continente europeo. La década de los 90 presencia el arribo de la Bioética a Latinoamérica y el Caribe y en estas tierras de sincretismos culturales y religiosos, en las que el modelo neoliberal hace estragos sociales, la bioética se redimensiona, enfatizando en la necesidad de cultivar las mejores virtudes morales en los profesionales de la salud. (17)

Definición De Bioética.

En 1978, Warren T. Reich la define formalmente en la enciclopedia de bioética, editada por la Universidad de Georgetown, "Bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y la atención de la salud, en tanto que dicha conducta es examinada a la luz de los principios y valores morales".(9) Es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios para la correcta conducta humana respecto a la vida, tanto de la vida humana como de la vida no humana (animal y vegetal), así como del ambiente en el que pueden darse condiciones aceptables para la vida. En su sentido más amplio, la bioética no se limita al ámbito de las ciencias de la salud, sino que incluye todos los problemas éticos que tienen que ver con la vida en general, extendiendo de esta manera su campo a cuestiones relacionadas con el medio ambiente y al trato debido a los animales. (26)

Evolución histórica de la bioética en Guatemala y América Latina.

La bioética nació en Estados Unidos y con el tiempo fue adoptada (y adaptada) por otros países. Entre los países que incorporaron la bioética se encuentran los de América Latina, nombre dado a una comunidad cultural y lingüística que comprende América del Sur, América Central, México y parte del Caribe. La bioética latinoamericana ha evolucionado a lo largo de treinta años en tres etapas de una década cada una, comenzando en 1970: recepción (1970), asimilación (1980) y recreación (1990). En el proceso de institucionalización de la bioética en la Argentina y la región se destaca el liderazgo de la Fundación Mainetti a través de su Instituto de Humanidades Médicas (1972), y la Escuela Latinoamericana de Bioética (1990), que introdujeron los primeros programas de estas nuevas disciplinas. La disciplina bioética fue introducida en algunos países de Centroamérica y el Caribe al final de los años ochenta y en la mayoría de ellos en la década de los noventa. La educación en la disciplina en estos países ha sido lenta y en muchos casos los programas han sido discontinuos en el tiempo. En ocasiones, en el proceso de desarrollo de la docencia de la ética médica y la bioética no parece claramente definida la epistemología de la bioética como una ética aplicada surgida como un saber para la toma de decisiones sobre las implicaciones prácticas de las biotecnologías en el medio ambiente y en la salud humana, con un enfoque casuístico para la solución de problemas concretos y también con una perspectiva

hermenéutica crítica de presupuestos y de implicaciones simbólicas en su intervención, lo cual requiere el asumir un enfoque complejo transdisciplinario en la reflexión sobre los problemas (JUNGES, J: 2008). En todos los países la bioética se enseña a nivel de pregrado principalmente en las carreras del área de la salud. La formación en el posgrado se implementa en 6 programas de maestría en cinco países y en 4 diplomados en tres países. Se ofertan siete diplomas de Certificación y de Especialización en Bioética en 3 de los países de la región. El primer programa de maestría se inició en el Instituto Tecnológico de Santo Domingo (INTEC) en el año 2000, y los más recientes en universidades de Cuba y de Guatemala, en el 2007. Se han expresado opiniones de que el programa mejor estructurado es la Maestría en Bioética del Centro de Bioética Juan Pablo II de la Habana, Cuba, iniciado desde el 2005 mediante convenio de colaboración con la Universidad Católica de Valencia, España. Los planes de estudio de las maestrías tienen en su mayoría una duración de 24 meses con una carga académica de 80 a 90 créditos. El contenido temático bioético en general incluye la fundamentación de la bioética, el método de la bioética, ética clínica, dilemas al inicio y al final de la vida y la ética de la investigación con seres humanos. En muy pocos programas se analizan los temas de bioética y las tecnologías emergentes, en dos de las maestrías se abordan la bioética social y en ninguna se incluyen temas de la bioética global. Los objetivos, salvo algunas excepciones, están bien elaborados y son alcanzables. La metodología de enseñanza predominante consiste en clases teóricas magistrales, análisis de casos paradigmáticos para debates y deliberación en la toma de decisiones, revisión bibliográfica y consultas en internet, y ensayos escritos. La metodología de evaluación en algunos programas se fundamenta en evaluación de los ensayos escritos, y en muy pocos programas en la observación durante las presentaciones de casos. Uno de los programas mantiene exámenes finales escritos. Todos los programas exigen la presentación de un trabajo final de tesis.

Evolución de la Bioética en Guatemala.

Según consigna C. Lara Roche (2008), en Guatemala “desde el año 1992, se funda la Asociación Guatemalteca de Bioética, y desde 1993 se publica el boletín divulgativo, BIOETIMED. Además se han desarrollado tres Simposios en los años 1999, en el 2000 y en el 2003 a nivel Centroamericano, obteniendo, logrando un mayor acercamiento con colegas de El Salvador,

Honduras y Costa Rica, así como intercambio con centros españoles dedicados al estudio y enseñanza de la bioética, que han enriquecido notablemente”. Con el apoyo de OPS/OMS se han desarrollado seminarios dirigidos por el Programa Regional de Bioética. Bioeticistas de Guatemala han participado como exponentes en los Congresos Centroamericanos de Bioética. El primer Congreso se llevó a cabo en la ciudad de San Salvador en 2004 y el segundo se realizó en la ciudad de Guatemala en el 2006. El desarrollo de la bioética en Guatemala ha pasado por varias etapas o períodos: un primer período que se llamó formativo, en el cual se conforma la conciencia ética, rompiendo esquemas antiguos. Posteriormente se ha pasado por un período de fundamentación en base a la ética personalista, y en estos momentos estamos comprometidos con seguir trabajando para su pleno desarrollo (LARA ROCHE, C: 2008).

Educación En Bioética

Universidad de San Carlos de Guatemala.

a) Diplomado de especialización en bioética: En el año 2003 se inició un diplomado en bioética. Este programa de formación docente de la Facultad de Ciencias Médicas tiene un enfoque personalista, de 6 meses de duración, con un valor académico de 3 créditos, en modalidad presencial. El curso está dirigido a profesionales ciencias médicas, odontología y psicología.

b) Curso de especialización en bioética: Con una metodología teórico-práctica para su enseñanza, se inició en mayo de 2003 con un enfoque personalista. Tiene 6 meses de duración, con un valor académico de 3 créditos, en modalidad presencial. El curso está dirigido a profesionales ciencias médicas, odontología y psicología.

c) Foro permanente de problemas en salud pública en Guatemala: En el 2004 se inició el programa de formación docente en el Centro de Investigaciones y de Posgrado, con una metodología dialógica, en modalidad presencial, con una duración de 5 meses y con 2 créditos. Este programa está dirigido a profesionales de ciencias médicas, odontología, psicología, ciencias químicas y farmacia.

d) Curso de posgrado de actualización en autoformación en bioética: Iniciado en el 2006 y dirigido a profesionales de ciencias médicas y psicología. Modalidad presencial, con metodología dialógica, con una duración de 5 meses, y con un valor de 2 créditos.

e) Curso de posgrado en fundamentos de bioética: Comenzó a impartirse en el 2007 para profesores y médicos de hospitales con una duración de 9 meses, con valor de 2 créditos y modalidad presencial, para profesionales de ciencias médicas, odontología, y psicología.

f) Curso de posgrado de Actualización en Bioética para el Profesor Universitario: Iniciado en el 2009 con metodología dialógica, de 7 meses de duración, con un valor de 2 créditos, modalidad presencial, para profesionales de ciencias médicas y psicología.

g) Educación en pregrado: En la Universidad de San Carlos de Guatemala, a nivel de pregrado la asignatura de bioética se imparte en la licenciatura de la carrera de médico y cirujano, en un programa integrado en diversos cursos que inicia desde primer año hasta el quinto año de la carrera (PERALTA, A: 2011).

Universidad del Istmo.

Máster en Bioética

Durante el año 2007, la universidad suscribió un convenio con la Universidad de Navarra, España. En abril se inició la maestría en bioética vía on-line con actividades presenciales durante los años 2007 y 2008, con la colaboración de profesores españoles de la Universidad de Navarra.

La maestría, de carácter interdisciplinar, contempla los aspectos esenciales de biofilosofía, biojurídica, biología humana, antropología y ética. También se incluyen los principales avances biotecnológicos actuales y su desarrollo previsible, que inciden en las condiciones de la vida humana. La metodología es principalmente virtual, con acceso a amplio material bibliográfico tanto para consulta como para archivo personal en una biblioteca especializada. La modalidad de la enseñanza es presencial.

Los objetivos generales son:

1. Constituir un cuerpo docente, en las distintas áreas de la bioética, que pueda ofrecerse a la academia y a la sociedad centroamericana.
2. Dar respuesta a la cuestión acerca de los criterios de actuación que permitan juzgar e iluminar la toma de decisiones, en todo aquello que atañe a la vida del hombre y de su entorno, de forma que no haya arbitrariedad y el progreso tecnológico, de suyo ambivalente ya que un mismo proceso puede emplearse para sanar o para destruir, sea progreso humano.
3. Juzgar lo lícito, lo bueno y lo tolerable o lo irracional e injusto en las cuestiones. La recopilación de los datos de la educación en Bioética en los nueve países de Centroamérica y el Caribe hispanoparlante se realizó mediante una encuesta vía Internet durante los meses de julio y

agosto de 2011, la revisión de las publicaciones existentes sobre el tema, y el resto de los datos fueron obtenidos del Internet. (35)

Experimentación realizada por el gobierno de Estados Unidos de América en seres humanos en Guatemala de 1946 a 1948.

Fue entre los años 1946 y 1948 que un grupo de científicos estadounidenses inocularon de manera intencional con sífilis y gonorrea a detenidos y enfermos mentales (hombres de la penitenciaría nacional y hombres y mujeres del Hospital Nacional Mental de Guatemala) como parte de un estudio sobre ETS (el cual consistía en observar el desarrollo de las enfermedades en períodos prolongados de tiempo, sin ofrecer tratamiento alguno a los infectados). Hoy Estados Unidos pide disculpas por haber ocultado que infectaron deliberadamente cientos de ciudadanos guatemaltecos con enfermedades de transmisión sexual. El responsable del experimento fue el servicio de salud pública de los Estados Unidos (USPHS–UnitedStatesPublicHealthService). El caso fue revelado en 2006 por la investigadora SusanReverby, de la Universidad Wellesley (Massachusetts). El cual demostró que en ninguno de los casos existió un consentimiento informado de parte de los sujetos bajo experimentación. Es por ello que la sociedad guatemalteca y gobierno de Guatemala ha calificado dichos eventos como crímenes de lesa humanidad.

En el 2009, el presidente de los Estados Unidos de América, Barack Obama estableció una Comisión Presidencial Especial para el estudio de asuntos bioéticos y su repercusión en los Estados Unidos en cuanto a la medicina, ciencia, ética y religión. De igual manera es de interés el impacto de esta investigación a nivel internacional. En el 2010 cuando se descubrió la situación antiética que se suscitó en Guatemala de 1946 a 1948, el presidente Obama, solicitó a la comisión que iniciara una exhaustiva investigación por esta acusación, e hiciera recomendaciones a nivel internacional, para asegurarse que estos hechos antiéticos no se repitieran en el futuro. El presidente Obama, solicitó que un consultor internacional integrara esta comisión. El 19 de febrero de 2011, el señor vicepresidente de la república, Dr. Rafael Espada se reunió con la Secretaría de Salud y Servicios Humanitarios de los Estados Unidos, KathleenSabelius; quien en ese momento lo invitó por parte del presidente Obama, para que se integrara a este equipo de trabajo. Las reuniones se llevarían a cabo en Estados Unidos con científicos, representantes de la

comisión de ética, técnicos y físicos y dos representantes de cada continente para abordar los temas pertinentes a esta comisión (41).

Principales Regulaciones y Acuerdos.

- a) Código de Núremberg (1947)
- b) Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948)
- c) Declaración de Helsinki (1964)
- d) Declaración de Tokio (1975)
- e) Informe Belmont (1979)
- f) Declaración de Manila (1980)
- g) Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina o "Convención de Asturias de Bioética"), Consejo de Europa (1997)
- h) Declaración Universal sobre el Genoma y los Derechos Humanos, Unesco (1997)
- i) Declaración Internacional sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO (2005)
- j) Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos, UNESCO (2003)
- k) Código de Deontología Médica. Guía de Ética Médica de la Organización Médica Colegial de España (2011).
- l) Principios de Tavistock.

Código de Núremberg, Tribunal Internacional de Núremberg 1947.

El código de Núremberg, recoge una serie de principios que rigen la experimentación con seres humanos, que resultó de las deliberaciones de los juicios de Núremberg, al final de la segunda guerra mundial. Específicamente el código responde a las deliberaciones y argumentos por las que fueron enjuiciados la jerarquía nazi y algunos médicos por el tratamiento inhumano que dieron a los prisioneros de los campos de concentración, como por ejemplo, los experimentos médicos del Dr. Josef Mengele. El Código de Núremberg fue publicado el 20 de agosto de 1947,

tras la celebración de los Juicios de Núremberg (entre agosto de 1945 y octubre de 1946). En él se recogen principios orientativos de la experimentación médica en seres humanos, porque durante el juicio varios de los acusados argumentaron que los experimentos diferían poco de los llevados a cabo antes de la guerra, pues no existían leyes que categorizaran de legales o ilegales los experimentos

Experimentos médicos permitidos: Son abrumadoras las pruebas que demuestran que algunos tipos de experimentos médicos en seres humanos, cuando se mantienen dentro de límites bien definidos, satisfacen –generalmente- la ética de la profesión médica. Los protagonistas de la práctica de experimentos en humanos justifican sus puntos de vista basándose en que tales experimentos dan resultados provechosos para la sociedad, que no pueden ser procurados mediante otros métodos de estudio. Todos están de acuerdo, sin embargo, en que deben conservarse ciertos principios básicos para poder satisfacer conceptos morales (22).

- I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
- II. El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad, irremplazable por otros medios de estudio y de la naturaleza que excluya el azar.
- III. Basados en los resultados de la experimentación animal y del conocimiento de la historia natural de la enfermedad o de otros problemas en estudio, el experimento debe ser diseñado de tal manera que los resultados esperados justifiquen su desarrollo.
- IV. El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- V. Ningún experimento debe ser ejecutado cuando existan razones a priori para creer que pueda ocurrir la muerte o un daño grave, excepto, quizás en aquellos experimentos en los cuales los médicos experimentadores sirven como sujetos de investigación.
- VI. El grado de riesgo a tomar nunca debe exceder el nivel determinado por la importancia humanitaria del problema que pueda ser resuelto por el experimento.
- VII. Deben hacerse preparaciones cuidadosas y establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental contra cualquier remota posibilidad de daño, incapacidad y muerte.

VIII. El experimento debe ser conducido solamente por personas científicamente calificadas. Debe requerirse el más alto grado de destreza y cuidado a través de todas las etapas del experimento, a todos aquellos que ejecutan o colaboran en dicho experimento.

IX. Durante el curso del experimento, el sujeto humano debe tener libertad para poner fin al experimento si ha alcanzado el estado físico y mental en el cual parece a él imposible continuarlo.

X. Durante el curso del experimento, el científico a cargo de él debe estar preparado para terminarlo en cualquier momento, si él cree que en el ejercicio de su buena fe, habilidad superior y juicio cuidadoso, la continuidad del experimento podría terminar en un daño, incapacidad o muerte del sujeto experimental. (23)

Declaración Universal de los Derechos Humanos 1948.

Es la primera declaración mundial sobre la dignidad y la igualdad inherente a todos los seres humanos a lo largo de la historia, los conflictos, ya sean guerras o levantamientos populares, se han producido a menudo como reacción a un tratamiento inhumano y a la injusticia. La declaración de derechos inglesa de 1689, redactada después de las guerras civiles que estallaron en este país, surgió de la aspiración del pueblo a la democracia. Exactamente un siglo después, la Revolución Francesa dio lugar a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano y su proclamación de igualdad para todos. Sin embargo a menudo, se considera que el Cilindro de Ciro, redactado en el año 539 a.C. por Ciro El Grande del Imperio Aqueménida de Persia (antiguo Irán) tras la conquista de Babilonia, fue el primer documento sobre derechos humanos. En cuanto al Pacto de los Virtuosos (Hilf-al-fudul) acordado por tribus árabes en torno al año 590 d.C., es considerado una de las primeras alianzas de derechos humanos. Después de la Segunda Guerra Mundial y la creación de las Naciones Unidas, la comunidad internacional se comprometió a no permitir nunca más atrocidades como las sucedidas en ese conflicto. Los líderes del mundo decidieron complementar la Carta de las Naciones Unidas con una hoja de ruta para garantizar los derechos de todas las personas en cualquier lugar y en todo momento. El documento que más tarde pasaría a ser la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), se examinó en el primer período de sesiones de la Asamblea General, en 1946. La Asamblea revisó ese proyecto de declaración sobre los derechos humanos y las libertades fundamentales y

lo transmitió al Consejo Económico y Social para que lo "sometiera al análisis de la Comisión de Derechos Humanos y que ésta pudiera preparar una carta internacional de derechos humanos". La comisión, en su primer período de sesiones, celebrado a principios de 1947, autorizó a sus miembros a formular lo que denominó "un anteproyecto de Carta Internacional de Derechos Humanos". Posteriormente, esta labor fue asumida oficialmente por un Comité de Redacción integrado por miembros de la comisión procedentes de ocho Estados, que fueron elegidos teniendo debidamente en cuenta la distribución geográfica. La comisión de derechos humanos estaba integrada por 18 miembros de diversas formaciones políticas, culturales y religiosas. Eleanor Roosevelt, la viuda del presidente estadounidense Franklin D. Roosevelt, presidió el Comité de Redacción de la DUDH. Junto a ella se encontraban René Bassin, de Francia, quien redactó el primer proyecto de la declaración, el relator de la comisión, Charles Malik, del Líbano, el vicepresidente, PengChung Chang, de China, y el director de la División de Derechos Humanos de Naciones Unidas, John Humphrey, de Canadá, quien preparó la copia de la declaración. Pero de todos ellos, Eleanor Roosevelt fue sin duda la gran impulsora de la aprobación de la declaración. La versión definitiva redactada por René Bassin fue entregada a la comisión de derechos humanos, que estaba sesionando en Ginebra. El proyecto de declaración enviado a todos los estados miembros de las Naciones Unidas para que formularan observaciones se conoció bajo el nombre del borrador de Ginebra. El primer proyecto de la declaración se propuso en septiembre de 1948 y más de 50 estados miembros participaron en la redacción final. En su resolución 217 A (III) del 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General, reunida en París, aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos. Ocho naciones se abstuvieron de votar, pero ninguna votó en contra. El texto completo de la DUDH fue elaborado en menos de dos años. En un momento en que el mundo estaba dividido en un bloque oriental y otro occidental, encontrar un terreno común en cuanto a lo que sería la esencia del documento resultó ser una tarea colosal. (4)

Declaración De Helsinki 1964.

Recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos adoptadas por la 18a Asamblea Médica Mundial Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendadas por la 29a Asamblea Médica Mundial Tokio, Japón, octubre de 1975, por la 35a

Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, octubre de 1983 y por la 41a Asamblea Médica Mundial Hong Kong, en septiembre de 1989, 48a Asamblea General, Somerset West, Sudáfrica, Octubre 1996 y la 52a Asamblea General, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000. Nota de clarificación sobre el párrafo 29 añadida por la Asamblea General, Washington 2002. La declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente por esto su longitud de 11 a 32 párrafos. La declaración es un importante documento en la historia de la investigación ética, como un significativo esfuerzo de la comunidad médica para autorregularse, y forma la base de muchos de los documentos subsecuentes. El previo Código de Nuremberg no tuvo aceptación general sobre los aspectos éticos de la investigación humana, aunque en países como Alemania y Rusia, inspiró políticas nacionales sobre investigación en humanos. La declaración desarrolla los diez puntos del Código de Nuremberg y a ellos les suma la declaración de Génova (1948), un estatuto de deberes éticos para los médicos. La declaración especifica más detalladamente la investigación clínica, reflejando cambios en la práctica médica desde el término "experimentación humana" usado en el código de Nuremberg. Un cambio notable referente a éste es una relajación de las condiciones del consentimiento, el que era "absolutamente esencial" en el código de Nuremberg. Gracias a esto, hoy los médicos declaran obtener el consentimiento "si es posible" de parte del paciente, pero la investigación también se permite cuando a falta del consentimiento del involucrado, se cuenta con el de una persona próxima como un curador o representante legal. (28)

Principios Básicos.

- a. La investigación biomédica en seres humanos debe atenerse a principios científicos generalmente aceptados y debe basarse tanto en experimentos de laboratorio y con animales, realizados en forma adecuada, como en un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente.
- b. El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos deben formularse claramente en un protocolo experimental que debe enviarse a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debe ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se lleva a cabo la investigación.

c. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un profesional médico competente en los aspectos clínicos. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona médicamente calificada, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento.

d. La investigación biomédica en seres humanos no puede realizarse legítimamente a menos que la importancia del objetivo guarde proporción con el riesgo inherente para la persona que toma parte en ella.

e. Todo proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ir precedido de una minuciosa evaluación de los riesgos predecibles en comparación con los beneficios previsibles para el participante o para otros. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.

f. Siempre debe respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

g. Los médicos deben abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tengan la certeza de que los peligros que entrañan se consideran previsibles. Los médicos deben interrumpir toda investigación si se determina que los peligros sobrepasan los posibles beneficios.

h. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los resultados. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

i. En toda investigación en seres humanos, se debe dar a cada posible participante suficiente información sobre los objetivos, métodos, beneficios previstos y posibles peligros del estudio y las molestias que puede acarrear. Se le debe informar que es libre de abstenerse de participar en el estudio y que es libre de revocar en cualquier momento el consentimiento que ha otorgado para participar.

j. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se ha formado una condición de dependencia con él o si consiente bajo coacción. En ese caso el consentimiento informado debe

obtenerlo un médico que no tome parte en la investigación y que tenga completa independencia de esa relación oficial.

k. En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debe obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hace imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante es menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplaza al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Cuando el menor de edad está de hecho capacitado para otorgar su consentimiento, debe obtenerse además del consentimiento por parte del menor, el consentimiento otorgado por su tutor legal.

l. El protocolo de investigación debe siempre contener una declaración de las consideraciones éticas que van aparejadas y debe indicar que se cumple con los principios enunciados en la presente declaración (44).

Declaración De Tokio 1975.

La declaración de Tokio fue adoptada en octubre de 1975 durante la Asamblea General número 29 de la Asociación Médica Mundial (WMA), y posteriormente actualizada editorialmente por la misma Asociación en Francia (mayo del 2005 y 2006). La declaración de Tokio señala que la tortura es "contraria a las leyes de la humanidad" y antiética a la misión superior del médico, que es "aliviar y socorrer el dolor de las personas humanas" Los médicos deben rechazar participar, perdonar, y nunca deben de permitir la tortura, la degradación, o el tratamiento cruel de presos o detenidos. Según la política de la asociación, si un prisionero rechaza comer no debe ser nutrido artificialmente contra su voluntad. (5) El médico tiene el privilegio y el deber de ejercer su profesión al servicio de la humanidad, preservar y restituir la salud mental y corporal sin prejuicios personales y aliviar el sufrimiento de sus pacientes. El debe mantener el máximo respeto por la vida humana, aun bajo amenaza, y jamás utilizar sus conocimientos médicos contra las leyes de la humanidad.

Para fines de esta declaración, la tortura se define como el sufrimiento físico o mental infligido en forma deliberada, sistemática o caprichosamente por una o más personas, que actúan solas o bajo

las órdenes de cualquier autoridad, para forzar a otra persona a entregar informaciones, hacerla confesar o por cualquier otra razón.(5)

Declaración

1. El médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea el delito atribuido a la víctima, sea ella sospechosa, acusada o culpable y cualquiera sean sus creencias o motivos y en toda situación, incluido el conflicto armado o la lucha civil.

2. El médico no proporcionará ningún lugar, instrumento, substancia o conocimiento para facilitar la práctica de la tortura u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, o para disminuir la capacidad de resistencia de la víctima a soportar dicho trato.

3. El médico no deberá estar presente durante ningún procedimiento que implique el uso o amenaza de tortura, o de otro trato cruel, inhumano o degradante.

4. El médico debe gozar de una completa independencia clínica para decidir el tipo de atención médica para la persona bajo su responsabilidad. El papel fundamental del médico es aliviar el sufrimiento del ser humano, sin que ningún motivo, personal, colectivo o político, lo aleje de este noble objetivo.

5. En el caso de un prisionero que rechace alimentos y a quien el médico considera capaz de comprender racional y sanamente las consecuencias de dicho rechazo voluntario de alimentación, no deberá ser alimentado artificialmente. La decisión sobre la capacidad racional del prisionero debe ser confirmada al menos por otro médico ajeno al caso. El médico deberá explicar al prisionero las consecuencias de su rechazo a alimentarse.

6. La Asociación Médica Mundial respaldará y debe instar a la comunidad internacional, asociaciones médicas nacionales y colegas médicos a apoyar al médico y a su familia frente a

amenazas o represalias recibidas por haberse negado a aceptar el uso de la tortura y otras formas de trato cruel, inhumano o degradante.(5).

El Informe Belmont 1979.

Es un informe creado por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, titulado "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación", y es un importante documento histórico en el campo de la ética médica. El reporte fue creado el 18 de abril de 1979, y toma el nombre del Centro de Conferencias Belmont, donde el documento fue elaborado. Luego de los horrores del experimento Tuskegee y basado en el trabajo de la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento (1974-1978), el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos revisó y amplió las regulaciones para proteger a los sujetos humanos a fines de la década de los '70 y principios de los '80. En 1978, la comisión publicó el documento "Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación". Fue llamado Informe Belmont, por el Centro de Conferencias Belmont, donde la comisión nacional se reunió para delinear el primer informe. El Informe Belmont explica y unifica los principios éticos básicos de diferentes informes de la comisión nacional y las regulaciones que incorporan sus recomendaciones. Los tres principios éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación son:

-Respeto a las personas: protegiendo la autonomía de todas las personas y tratándolas con cortesía, respeto y teniendo en cuenta el consentimiento informado.

-Beneficencia: maximizar los beneficios para el proyecto de investigación mientras se minimizan los riesgos para los sujetos de la investigación.

-Justicia: usar procedimientos razonables, no explotadores y bien considerados para asegurarse que se administran correctamente (en términos de costo-beneficio).

Hoy, el informe Belmont continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación, se aseguren que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas.

B. Principios Éticos Básicos.

La expresión “principios éticos básicos” se refiere a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas. Entre los principios que se aceptan de manera general en nuestra tradición cultural, tres de ellos son particularmente relevantes para la ética de la experimentación con seres humanos: los principios de respeto a las personas, de beneficencia y de justicia.

1. Respeto a las personas

El respeto a las personas incluye por lo menos dos convicciones éticas. La primera es que todos los individuos deben ser tratados como agentes autónomos, y la segunda, que todas las personas cuya autonomía está disminuida tienen derecho a ser protegidas. Consiguientemente el principio de respeto a las personas se divide en dos prerequisites morales distintos: el prerequisite que reconoce la autonomía, y el prerequisite que requiere la protección de aquellos cuya autonomía está de algún modo disminuida. Una persona autónoma es un individuo que tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales, y de obrar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía significa dar valor a las consideraciones y opciones de las personas autónomas, y abstenerse a la vez de poner obstáculos a sus acciones a no ser que éstas sean claramente perjudiciales para los demás. Mostrar falta de respeto a un agente autónomo es repudiar los criterios de aquella persona, negar a un individuo la libertad de obrar de acuerdo con tales criterios razonados, o privarle de la información que se requiere para formar un juicio meditado, cuando no hay razones que obliguen a obrar de este modo. Sin embargo, no todo ser humano es capaz de autodeterminación. El poder de autodeterminación madura a la largo de la vida del individuo, y algunos de estos pierden este poder completamente o en parte, a causa de enfermedad, de disminución mental, o de circunstancias que restringen severamente su libertad. El respeto por los que no han llegado a la madurez y por los incapacitados puede requerir que se les proteja hasta su madurez o mientras dure la incapacidad. Algunas personas necesitan protección extensiva, hasta tal punto, que es necesario excluirles del ejercicio de actividades que pueden serles perjudiciales; otras personas necesitarán protección en menor grado, no más allá de asegurarse de que pueden ejercer actividades con libertad y de que pueden darse cuenta de sus

posibles consecuencias adversas. El grado de protección que se les ofrece debería depender del riesgo que corren de sufrir daño y de la probabilidad de obtener un beneficio. El juicio con el que se decide si un individuo carece de autonomía debería ser reevaluado periódicamente y variará según la diversidad de las situaciones. En la mayoría de las investigaciones en las que se emplean sujetos humanos, el respeto a las personas exige que los sujetos entren en la investigación voluntariamente y con la información adecuada. Sin embargo, en algunos casos, la aplicación del principio no es obvia. El uso de prisioneros como sujetos de investigación nos ofrece un ejemplo instructivo. De una parte, parecería que el principio de respeto a las personas requiere que no se excluya a los prisioneros de la oportunidad de ofrecerse para la investigación. Por otra parte, bajo las condiciones de vida en la cárcel, pueden ser obligados o ser influenciados de manera sutil, a tomar parte en actividades, a las que, en otras circunstancias, no se prestarían de manera voluntaria. El respeto a las personas exigiría que se protegiera a los prisioneros. El dilema que se presenta es o permitir a los prisioneros que se presenten "voluntariamente" o "protegerles". Respetar a las personas, en los casos más difíciles, consiste con frecuencia en poner en la balanza demandas opuestas, urgidas por el mismo principio de respeto.

2. Beneficencia

Se trata a las personas de manera ética no sólo respetando sus decisiones y protegiéndolas de daño, sino también esforzándose en asegurar su bienestar. Esta forma de proceder cae dentro del ámbito del principio de beneficencia. El término "beneficencia" se entiende frecuentemente como aquellos actos de bondad y de caridad que van más allá de la obligación estricta. En este documento, beneficencia se entiende en sentido más radical, como una obligación. Dos reglas generales han sido formuladas como expresiones complementarias de los actos de beneficencia Entendidos en este sentido: (1) No causar ningún daño, y maximizar los beneficios posibles y disminuir los posibles daños. La máxima hipocrática "no causar ningún daño" ha sido durante mucho tiempo un principio fundamental de la ética médica. Claude Bernard la aplicó al campo de la investigación, diciendo que no se puede lesionar a una persona a costa del beneficio que se podría obtener para otros. Sin embargo, incluso evitar daño requiere aprender lo que es perjudicial; y en el proceso para la obtención de esta información, algunas personas pueden estar expuestas al riesgo de sufrirlo. Más aún, el juramento hipocrático exige de los médicos que

busquen el beneficio de sus pacientes "según su mejor juicio". Aprender lo que producirá un beneficio puede de hecho requerir exponer personas a algún riesgo. El problema planteado por estos imperativos es decidir cuándo buscar ciertos beneficios puede estar justificado, a pesar de los riesgos que pueda conllevar, y cuándo los beneficios deben ser abandonados debido a los riesgos que conllevan. Las obligaciones del principio de beneficencia afectan a los investigadores individuales y a la sociedad en general, pues se extienden a los proyectos determinados de investigación y a todo el campo de investigación en su conjunto. En el caso de proyectos particulares, los investigadores y los miembros de la institución tienen obligación de poner los medios que permitan la obtención del máximo beneficio y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado del estudio e investigación. En el caso de investigación científica en general, los miembros de la sociedad tienen la obligación de reconocer los beneficios que se seguirán a largo plazo, y los riesgos que pueden ser el resultado de la adquisición de un mayor conocimiento y del desarrollo de nuevas formas de proceder en medicina, psicoterapia y ciencias sociales. El principio de beneficencia con frecuencia juega un papel bien definido y justificado en muchas de las áreas de investigación con seres humanos. Tenemos un ejemplo en la investigación infantil. Maneras efectivas de tratar las enfermedades de la infancia y el favorecimiento de un desarrollo saludable son beneficios que sirven para justificar la investigación realizada con niños –incluso cuando los propios sujetos de la investigación no sean los beneficiarios directos. La investigación también ofrece la posibilidad de evitar el daño que puede seguirse de la aplicación de prácticas rutinarias previamente aceptadas cuando nuevas investigaciones hayan demostrado que son peligrosas. Pero el papel del principio de beneficencia no es siempre tan claro. Queda todavía un problema ético difícil, por ejemplo, en el caso de una investigación que presenta más que un riesgo mínimo sin una perspectiva inmediata de beneficio directo para los niños que participan en la misma. Algunos han argüido que tal investigación es inadmisibles, mientras otros han señalado que esta limitación descartaría mucha experimentación, que promete grandes beneficios para los niños en el futuro. Aquí, de nuevo, como en todos los casos difíciles, las distintas demandas que exige el principio de beneficencia pueden entrar en conflicto y exigir opciones difíciles.

3. Justicia

¿Quién debe ser el beneficiario de la investigación y quién debería sufrir sus cargas? Este es un problema que afecta a la justicia, en el sentido de "equidad en la distribución", o "lo que es merecido". Se da una injusticia cuando se niega un beneficio a una persona que tiene derecho al mismo, sin ningún motivo razonable, o cuando se impone indebidamente una carga. Otra manera de concebir el principio de justicia es afirmar que los iguales deben ser tratados con igualdad. Sin embargo, esta afirmación necesita una explicación ¿Quién es igual y quién es desigual? ¿Qué motivos pueden justificar el desvío en la distribución por igual? Casi todos los comentaristas están de acuerdo en que la distribución basada en experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición constituye a veces criterios que justifican las diferencias en el trato por ciertos fines. Es, pues, necesario, explicar bajo qué consideraciones la gente debería ser tratada con igualdad. Existen varias formulaciones ampliamente aceptadas sobre la justa distribución de cargas y beneficios. Cada una de ellas menciona una cualidad importante que establece la base para la distribución de cargas y beneficios. Estas formulaciones son: (1) a cada persona una parte igual, (2) a cada persona según su necesidad individual, (3) a cada persona según su propio esfuerzo, (4) a cada persona según su contribución a la sociedad, y (5) a cada persona según su mérito. Las cuestiones de justicia se han relacionado durante mucho tiempo con prácticas sociales como el castigo, contribución fiscal y representación política. Ninguna de estas cuestiones ha sido generalmente relacionada con la investigación científica, hasta este momento. Sin embargo, ya fueron presagiadas en las reflexiones más primitivas sobre la ética de la investigación con sujetos humanos: Por ejemplo, en el siglo XIX y a comienzos del siglo XX, generalmente eran los enfermos pobres quienes cargaban con los agobios propios del sujeto de experimentación, mientras los beneficios derivados del progreso del cuidado médico se dirigían de manera especial a los pacientes de clínicas privadas. Posteriormente, la explotación de prisioneros como sujetos de experimentación en los campos de concentración nazis, fue condenada como caso especial de flagrante injusticia. En este país (USA), en los años cuarenta, el estudio de la sífilis de Tuskegee utilizó negros de áreas rurales en situación desventajosa para estudiar el curso que seguía aquella enfermedad al abandonar el tratamiento, una enfermedad que no era sólo propia de aquella población. A estos sujetos se les privó de todo tratamiento ya demostrado efectivo a fin de que el proyecto no sufriera interrupción, y esto mucho tiempo después de que el uso de este tratamiento fuese una práctica generalizada. Confrontados con este

marco histórico, se puede apreciar cómo las nociones de justicia tienen importancia en la investigación con sujetos humanos. Por ejemplo, la selección de sujetos de investigación necesita ser examinada a fin de determinar si algunas clases (p.e., pacientes de la seguridad social, grupos raciales particulares y minorías étnicas o personas aisladas en instituciones) se seleccionan de manera sistemática por la sencilla razón de que son fácilmente asequibles, su posición es comprometida, o pueden ser manipulados, más que por razones directamente relacionadas con el problema que se estudia. Finalmente, cuando una investigación subvencionada con fondos públicos conduce al descubrimiento de mecanismos y modos de proceder de tipo terapéutico, la justicia exige que estos no sean ventajosos sólo para los que pueden pagar por ellos y que tal investigación no debería indebidamente usar personas que pertenecen a grupos que muy probablemente no se contarán entre los beneficiarios de las subsiguientes aplicaciones de la investigación.

C. Aplicaciones

La aplicación de los principios generales de la conducta que se debe seguir en la investigación nos lleva a la consideración de los siguientes requerimientos: consentimiento informado, valoración de beneficios y riesgos, selección de los sujetos de investigación.

1. Consentimiento informado.

El respeto a las personas exige que se dé a los sujetos, en la medida de sus capacidades, la oportunidad de escoger lo que les pueda ocurrir o no. Se ofrece esta oportunidad cuando se satisfacen los criterios adecuados a los que el consentimiento informado debe ajustarse. Aunque nadie duda de la importancia del consentimiento informado, con todo, existe una gran controversia sobre la naturaleza y la posibilidad de un consentimiento informado. Sin embargo, prevalece de manera muy general el acuerdo de que el procedimiento debe constar de tres elementos: información, comprensión y voluntariedad.

Información.

La mayoría de códigos de investigación contienen puntos específicos a desarrollar con el fin de asegurar que el sujeto tenga la información suficiente. Estos puntos incluyen: el procedimiento de la investigación, sus fines, riesgos y beneficios que se esperan, procedimientos alternativos (cuando el estudio está relacionado con la terapia), y ofrecer al sujeto la oportunidad de preguntar y retirarse libremente de la investigación en cualquier momento de la misma. Se han propuesto otros puntos adicionales, tales como la forma en que se debe seleccionar a los sujetos, la persona responsable de la investigación, etc. Sin embargo, la simple enumeración de puntos no da una respuesta a la pregunta de cuál debería ser el criterio para juzgar la cantidad y la clase de información que debería ser facilitada. Un criterio que se invoca con frecuencia en la práctica médica, es decir, la información que comúnmente dan los médicos de cabecera o los que ejercen en instituciones, es inadecuada, puesto que la investigación tiene lugar cuando precisamente no hay un acuerdo común en un determinado campo. Otro criterio, corrientemente muy popular en los juicios legales por "mal praxis", exige que el que practica la medicina revele aquella información que personas razonables querrían saber a fin de ejercer una opción en cuanto se refiere a su cuidado. Esto, también, parece insuficiente, ya que el sujeto de investigación, siendo en esencia voluntario, puede desear saber mucho más sobre los riesgos que asume de manera voluntaria, que los pacientes que se ponen en manos de los clínicos porque necesitan sus cuidados. Quizás debería proponerse un criterio para el "voluntario razonable": la medida y naturaleza de la información debería ser tal que las personas, sabiendo que el procedimiento no es necesario para su cuidado ni quizás tampoco comprendido por completo, puedan decidir si quieren tomar parte en el progreso del conocimiento. Incluso en aquellas ocasiones en las que quizás se pueda prever algún beneficio directamente a su favor, los sujetos deberían comprender con claridad la escala por donde se mueve el riesgo y la naturaleza voluntaria de su participación. Un problema especial relacionado con el consentimiento surge cuando el informar a los sujetos de algún aspecto pertinente de la investigación es probable que perjudique la validez del estudio. En muchos casos, es suficiente indicar a los sujetos, que se les invita a participar en una investigación, y que algunos de los aspectos no serán revelados hasta que esté concluida. En todos los casos de investigación que requieren la revelación incompleta, esto estará justificado sólo si queda claro:

1) Que la información incompleta es verdaderamente necesaria para conseguir los objetivos de la investigación.

2) Que no se le ha ocultado al sujeto ninguno de los riesgos a no ser que sea mínimo.

3) Que existe un plan adecuado para informar a los sujetos, cuando sea preciso, y también para comunicarles los resultados del experimento.

La información sobre los riesgos no deberla nunca ser ocultada para asegurar la cooperación de los sujetos, y a sus preguntas directas sobre el experimento deberían siempre darse respuestas verdaderas. Se deberían tomar medidas para distinguir aquellos casos en los que la manifestación destruiría o invalidarla la investigación de aquellos otros en los que la revelación causaría simplemente inconvenientes al investigador.

Comprensión.

El modo y el contexto en los que se comunica la información es tan importante como la misma información. Por ejemplo, presentando la información de modo desorganizado y con rapidez, no dejando casi tiempo para su consideración, o disminuyendo el número de oportunidades de hacer preguntas, puede todo ello afectar de manera adversa la habilidad del sujeto en el ejercicio de una opción informada. Puesto que la habilidad del sujeto para comprender es una función de inteligencia, de madurez y de lenguaje, es preciso adaptar la presentación del informe a sus capacidades. Los investigadores tienen la responsabilidad de cerciorarse de que el sujeto ha comprendido la información. Puesto que siempre existe la obligación de asegurarse de que la información en cuanto se refiere a los riesgos a sujetos es completa y comprendida adecuadamente, cuando los riesgos son más serios, la obligación también aumenta. En algunas ocasiones puede ser apropiado administrar un test de comprensión, verbal o escrito. Habrá que adoptar medidas especiales cuando la capacidad de comprensión está limitada severamente - por ejemplo, por condiciones de inmadurez o disminución mental. Cada clase de sujetos que podrían ser considerados incapaces (infantes, niños de poca edad, pacientes con insuficiencia mental, enfermos terminales y los que están en coma) deberá considerarse por separado y de acuerdo con sus condiciones. Incluso tratándose de estas personas, sin embargo, el respeto exige se les ofrezca la oportunidad de escoger, en cuanto les sea posible, si quieren o no participar en la investigación. Sus objeciones en contra de tomar parte en la investigación deberían ser respetadas, a menos que

la investigación les proporcione una terapia a la que no tendrían acceso de otra forma. El respeto a las personas también exige la obtención de la autorización a terceras partes a fin de proteger a los sujetos de cualquier daño. Se respeta así a estas personas al reconocer sus deseos y por el recurso a terceros para protegerles de todo mal. Las personas que se escogen deberían ser aquellas que entenderán con mayor probabilidad la situación del sujeto incapaz y que obrarán teniendo en cuenta el mejor interés de éste. Se debería dar a la persona que actúa en lugar del sujeto, la oportunidad de observar los pasos que sigue la investigación a fin de pueda retirar al sujeto de la misma, si esto parece ser lo más conveniente para éste.

Voluntariedad.

Un acuerdo de participar en un experimento constituye un consentimiento válido si ha sido dado voluntariamente. Este elemento del consentimiento informado exige unas condiciones libres de coerción e influencia indebida. Se da coerción cuando se presenta intencionadamente una exageración del peligro de la enfermedad con el fin de obtener el consentimiento. La influencia indebida, por contraste, ocurre cuando se ofrece una recompensa excesiva, sin garantía, desproporcionada o inapropiada o cualquier ofrecimiento con el objeto de conseguir el consentimiento. Del mismo modo, incentivos que ordinariamente serían aceptables pueden convertirse en influencia indebida si el sujeto es especialmente vulnerable. Se dan presiones injustificadas cuando personas que ocupan posiciones de autoridad o que gozan de influencia - especialmente cuando hay de por medio sanciones posibles- urgen al sujeto a participar. Sin embargo existe siempre algún tipo de influencia de este tipo y es imposible delimitar con precisión dónde termina la persuasión justificable y dónde empieza la influencia indebida. Pero la influencia indebida incluye acciones como la manipulación de las opciones de una persona, controlando la influencia de sus allegados más próximos o amenazando con retirar los servicios médicos a un individuo que tiene derecho a ellos.

Valoración de riesgos y beneficios

La valoración de riesgos y beneficios necesita un cuidadoso examen de datos relevantes, incluyendo, en algunos casos, formas alternativas de obtener los beneficios previstos en la

investigación. Así, la valoración representa una oportunidad y una responsabilidad de acumular información sistemática y global sobre la experimentación que se propone. Para el investigador, es un medio de examinar si la investigación está correctamente diseñada. Para el comité de revisión, es un método con el que se determinan si los riesgos a los que se expondrán los sujetos están justificados. Para los futuros participantes, la valoración les ayudará a decidir si van a participar o no.

Naturaleza y alcance de los riesgos y beneficios.

La condición de que la investigación se puede justificar si está basada en una valoración favorable de la relación de riesgo/beneficio está relacionada muy de cerca con el principio de beneficencia, de la misma manera que el pre requisito moral que exige la obtención de un consentimiento informado se deriva primariamente del principio del respeto a las personas. El término "riesgo" se refiere a la posibilidad de que ocurra algún daño. Sin embargo, el uso de expresiones como "pequeño riesgo" o "gran riesgo", generalmente se refiere (con frecuencia ambiguamente) a la posibilidad (probabilidad) de que surja algún daño y a la severidad (magnitud) del daño que se prevé. El término "beneficio", en el contexto de la investigación, significa algo con un valor positivo para la salud o para el bienestar. A diferencia de "riesgo", no es un término que exprese probabilidades. Riesgo se contrapone con toda propiedad a la probabilidad de beneficios, y los beneficios se contrastan propiamente al daño, más que a los riesgos del mismo. Por consiguiente, la así llamada valoración de riesgos/beneficios se refiere a las probabilidades y a las magnitudes de daños posibles y a los beneficios anticipados. Hay que considerar muchas clases de daños y beneficios posibles. Existen por ejemplo, riesgos de daño psicológico, físico, legal, social y económico y los beneficios correspondientes. A pesar de que los daños más característicos sufridos por los sujetos de investigación sean el dolor psicológico o el dolor físico o las lesiones, no deberían dejarse de lado otras clases posibles de daño. Los riesgos y los beneficios de la investigación pueden afectar al propio individuo, a su familia, o a la sociedad en general (o a grupos especiales de sujetos en la sociedad). Los códigos anteriores y las reglas federales han requerido que los riesgos de los sujetos sean superados por la suma de los beneficios que se prevén para el sujeto, si se prevé alguno, y los beneficios que se prevén para la sociedad, en forma de conocimiento que se obtendrá de la investigación. Al contraponer estos dos

elementos distintos, los riesgos y los beneficios que afectan al sujeto inmediato de la investigación tendrán normalmente un peso especial. Por otra parte, los intereses que no corresponden al sujeto, pueden, en algunos casos, ser suficientes por si mismos para justificar los riesgos que necesariamente se correrán, siempre que los derechos del sujeto hayan sido protegidos. Así, la beneficencia requiere que protejamos a los sujetos contra el riesgo de daño y también que nos preocupemos de la pérdida de beneficios sustanciales que podrían obtenerse con la investigación. Sistemática valoración de los riesgos y beneficios. Se dice comúnmente que los riesgos y los beneficios deben ser "balanceados" para comprobar que obtienen "una proporción favorable". El carácter metafórico de estos términos llama nuestra atención a la dificultad que hay en formar juicios precisos. Solamente en raras ocasiones, tendremos a nuestra disposición las técnicas cuantitativas para el escrutinio de los protocolos de investigación. Sin embargo, la idea de un análisis sistemático, no arbitrario, de riesgos y beneficios debería ser emulado en cuanto fuera posible. Este ideal requiere que aquellos que toman las decisiones para justificar la investigación sean muy cuidadosos, en el proceso de acumulación y valoración de la información, en todos los aspectos de la investigación, y consideren las alternativas de manera sistemática. Este modo de proceder convierte la valoración de la investigación, en más rigurosa y precisa, mientras convierten la comunicación entre los miembros del consejo y los investigadores, en menos sujeta a interpretaciones erróneas, a informaciones deficientes y a juicios conflictivos. Así, debería haber en primer lugar, una determinación de la validez de los presupuestos de investigación; luego, se deberían distinguir con la mayor claridad posible, la naturaleza, la probabilidad y la magnitud del riesgo. El método de cerciorarse de los riesgos debería ser explícito, especialmente donde no hay más alternativa que el uso de vagas categorías, como riesgos pequeños o tenues. Se debería también determinar si los cálculos del investigador, en cuanto a las probabilidades de daños o beneficios son razonables, si se juzgan con hechos que se conocen u otros estudios alternativos a los que se disponen.

Selección de los sujetos

Así como el principio de respeto a las personas está expresado en los requerimientos para el consentimiento, y el principio de beneficencia en la evaluación de la relación riesgo/beneficio, el principio de justicia da lugar a los requerimientos morales de que habrán de ser justos los

procedimientos y consecuencias de la selección de los sujetos de la investigación. La justicia es relevante en la selección de los sujetos de investigación a dos niveles: el social y el individual. La justicia individual en la selección de los sujetos podría requerir que los investigadores exhibieran imparcialidad, así, ellos no deberían ofrecer una investigación potencialmente beneficiosa a aquellos pacientes por los que tienen simpatía o seleccionar solo personas "indeseables" para la investigación más arriesgada. La justicia social requiere que se distinga entre clases de sujetos que deben y no deben participar en un determinado tipo de investigación, en base a la capacidad de los miembros de esa clase para llevar cargas y en lo apropiado de añadir otras cargas a personas ya de por sí cargadas. Por tanto, debe ser considerado un problema de justicia social que exista un orden de preferencia en la selección de clases de sujetos (ejemplo, adultos antes que niños) y que algunas clases de sujetos potenciales (ejemplo, los reclusos en centros psiquiátricos o los prisioneros) puedan ser utilizados como sujetos de investigación solo en ciertas condiciones. Se puede cometer una injusticia en la selección de los sujetos, incluso si cada uno de los sujetos son seleccionados con imparcialidad por los investigadores y tratados equitativamente en el curso de la investigación. Esta injusticia procede de sesgos sociales, raciales, sexuales y culturales que están institucionalizados en la sociedad. Por tanto, incluso si cada uno de los investigadores trata a los sujetos de la investigación equitativamente y los Comités Éticos tienen cuidado de asegurar que los sujetos han sido seleccionados de forma justa, en una institución particular pueden aparecer patrones sociales injustos en la distribución global de las cargas y beneficios de la investigación. Aunque instituciones individuales o investigadores pueden no estar preparados para resolver un problema que está omnipresente en su ambiente social, ellos pueden aplicar justicia a la hora de seleccionar los sujetos de la investigación. Algunas poblaciones, especialmente las recluidas en instituciones cerradas, sufren habitualmente mayores cargas por sus características ambientales y su debilidad. Cuando la investigación que se propone conlleva riesgos y no incluye un componente terapéutico, otros grupos de personas menos lastradas socialmente, deberían ser llamados en primer lugar para aceptar este riesgo de la investigación, excepto cuando la investigación está directamente relacionada con las condiciones específicas de este tipo de personas.

También, aunque los fondos públicos para la investigación pueden a menudo ir en la misma dirección que los fondos públicos para el cuidado de la salud, parece injusto que las poblaciones dependientes de los sistemas públicos de salud constituyan el grupo de sujetos preferidos para realizar investigaciones, cuando otras poblaciones más aventajadas socialmente probablemente

vayan a disfrutar el beneficio de la investigación. Un caso especial de injusticia resulta al realizar investigación con sujetos vulnerables. Ciertos grupos, tales como minorías raciales, las económicamente más débiles, los muy enfermos, y los reclusos en instituciones pueden ser continuamente buscados como sujetos de investigación, debido a su fácil disponibilidad en los lugares donde se realiza ésta. Dado su estado de dependencia y su capacidad frecuentemente comprometida para dar un consentimiento libre, deberían ser protegidos frente al peligro de ser incluidos en investigaciones únicamente por una conveniencia administrativa, o porque son fáciles de manipular como resultado de su enfermedad o su condición socioeconómica.

El hecho de que algunas formas de práctica además de favorecer inmediatamente al individuo que se somete a la intervención contenga otros elementos no debería crear confusión en la distinción entre investigación y práctica. Incluso cuando una forma de proceder que se aplica en la práctica puede producir un beneficio a un tercero, sigue siendo una intervención cuyo fin es acrecentar el bienestar de un individuo en particular o a grupos de individuos; por consiguiente se trata de práctica y no hay necesidad de someterla a una revisión como si se tratara de una investigación.

Debido a que los problemas relacionados a la experimentación social pueden diferir sustancialmente de los de la investigación, biomédica y conductual, la comisión específicamente declina, por el momento, elaborar orientaciones con respecto a tales investigaciones. La comisión considera que el problema debe ser redirigido a otras organizaciones que se ocupen del tema. (22)

Declaración Universal Sobre Genoma Humano y Los Derechos Humanos UNESCO 1997

La Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos, aprobada el 11 de noviembre de 1997 por la Conferencia General en su 29ª reunión por unanimidad y por aclamación, constituye el primer instrumento universal en el campo de la biología. El mérito indiscutible de ese texto radica en el equilibrio que establece entre la garantía del respeto de los derechos y las libertades fundamentales, y la necesidad de garantizar la libertad de la investigación. La conferencia general de la UNESCO acompañó esa declaración de una resolución de aplicación, en la que pide a los Estados miembros que tomen las medidas apropiadas para promover los principios enunciados en ella y favorecer su aplicación. El

compromiso moral contraído por los Estados al adoptar la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos es un punto de partida: anuncia una toma de conciencia mundial de la necesidad de una reflexión ética sobre las ciencias y las tecnologías. Incumbe ahora a los Estados dar vida a la declaración con las medidas que decidan adoptar, garantizándole así su perennidad. Federico Mayor 3 de diciembre de 1997. El comité internacional de bioética de la UNESCO contribuirá a difundir los principios enunciados en la presente declaración y a profundizar el examen de las cuestiones planteadas por su aplicación y por la evolución de las tecnologías en cuestión. Deberá organizar consultas apropiadas con las partes interesadas, como por ejemplo los grupos vulnerables. Presentará, de conformidad con los procedimientos reglamentarios de la UNESCO, recomendaciones a la conferencia general y prestará asesoramiento en lo referente al seguimiento de la presente Declaración, en particular por lo que se refiere a la identificación de prácticas que pueden ir en contra de la dignidad humana, como las intervenciones en la línea germinal, Fecha de adopción 1997. (38)

Declaración Internacional Sobre Bioética y Derechos Humanos, UNESCO (2005)

En octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO aprobó por aclamación la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Por primera vez en la historia de la bioética, los Estados Miembros se comprometían, y comprometían con ello a la comunidad internacional, a respetar y aplicar los principios fundamentales de la bioética reunidos en un único texto. Al abordar los problemas éticos que plantean la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas en sus vertientes relacionadas con el ser humano. (37).

Comités de Bioética de la UNESCO.

Un comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma continua la dimensión ética de a) las ciencias médicas y de la salud, b) las ciencias biológicas y c) las políticas de salud innovadoras. El término “comité de bioética” denota un grupo de personas (un presidente y miembros) que se reúnen para abordar cuestiones no sólo factuales, sino también de carácter

profundamente normativo. Es decir, que no se reúnen para determinar sin más el estado de la cuestión en una determinada esfera de interés. Un comité no se preocupa sólo de la dimensión factual de los datos empíricos; se crea para responder por igual a la pregunta “¿Qué decisión debo adoptar y cómo debo actuar?” y a la pregunta más general “¿Qué decisión debemos adoptar y cómo debemos actuar?”. De ese modo, pasamos de la ética, que tradicionalmente es una rama de la filosofía, a la política: “¿Cómo ha de actuar un gobierno? En consecuencia, los comités de bioética formulan preguntas desde una óptica normativa, es decir, como grupo, se plantean y estudian detenidamente determinados valores individuales o sociales, lo cual equivale a examinar no sólo la propia conducta, sino también la de los demás. Los miembros de los comités de bioética suelen consultar la literatura básica publicada en el campo de la “bioética”, lo cual supone consultar libros y artículos de orientación teológica, así como filosófica. Por otra parte, la mayoría de las personas suele confiar en la experiencia acumulada en un entorno o cultura propios, con los consiguientes valores, normas y costumbres arraigados, tanto los que aceptamos como los que rechazamos. Así, por ejemplo, en casi todas las sociedades el asesinato y el robo se consideran actos no sólo inaceptables, sino también opuestos a toda consideración ética. Los valores arraigados, como preferir la vida y la salud antes que la enfermedad y la muerte prematura, sirven de base a ulteriores debates y deliberaciones de carácter ético, jurídico e incluso económico. Aunque los comités de bioética han sido creados para asesorar a los círculos médicos y a los profesionales de la salud sobre la conducta que han de adoptar con respecto a controversias morales concretas que a veces parecen irresolubles, es más frecuente esperar que estos asesoren a los responsables de formular políticas, a los políticos y a los legisladores, y no sólo a quienes practican profesiones médicas o son expertos en ciencias biológicas. Los miembros de estos comités centran su labor en los principios, las normas y los valores que imperan en el ámbito de la atención médica, en relación con el cual no sólo el comportamiento personal, sino también la conducta de los profesionales de la salud (y, a veces, la de los pacientes), deben ser objeto de un examen constante, incluso de supervisión formal. Los estudiosos de la bioética, que están especializados en ética y tienen conocimientos sobre atención médica y la correspondiente normativa, cumplen funciones importantes; en los últimos años se han centrado más en los problemas de la vida cotidiana, con lo cual la bioética aplicada se ha perfilado como un destacado campo de estudio, a menudo en entornos médicos extra-académicos. Los expertos en bioética no pretenden dar una respuesta ética única y correcta a cualquier enigma moral que se presente, pues no existen respuestas prefabricadas; los dilemas bioéticos no se

asemejan a un problema de matemáticas que sólo se presta a una solución individual. Aun así, estos expertos pueden prestar ayuda a los encargados de formular políticas, pues los comités de bioética analizan estos problemas con una sutileza que dota a su labor de mucha mayor utilidad de la que cabría esperar en otro contexto. (34)

Comité de Bioética de Investigación en Salud. Universidad de San Carlos de Guatemala.

A mediados del año 2000, con participación de investigadores de las unidades académicas del área de salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala y bajo los auspicios de la Dirección General de Investigación, se planteó la necesidad de contar con un ente que promoviera la incorporación de los principios bioéticos en la investigación que se realiza en interdependencia en la Universidad de San Carlos de Guatemala. Las personas motivadas en ese sentido integraron un grupo que hizo la propuesta al Señor Rector, quién por medio del Acuerdo No. 549-2000 del 2 de junio de 2000, creó el Comité de Bioética en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala. (12)

Integración del Comité de Bioética

Actualmente el Comité de Bioética está integrado por investigadores de las Facultades de Ciencias Médicas, Ciencias Químicas y Farmacia, Odontología, Medicina Veterinaria y Zootecnia y la Escuela de Trabajo Social.

Finalidad

Promover la incorporación de los principios de la Bioética a la investigación que se realiza en interdependencia con la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Funciones del Comité de Bioética de Investigación en Salud

- a. Promover el estudio, la discusión y orientación de los proyectos universitarios de investigación en salud en los aspectos bioéticos.
- b. Emitir dictamen sobre el cumplimiento de los principios bioéticos en los proyectos de investigación.
- c. Promover la formación en Bioética. (11).

Evolución Histórica de los Conceptos de la Ética y Moral.

La *moral* es una de las formas de la conciencia social que, en tanto que reflejo de las condiciones materiales de vida de los hombres, es histórica y concreta y por tanto, relativa y cambiante, cuyo desarrollo constante va acorde con la marcha de la sociedad. El estudio de la moral forma parte actualmente de una ciencia particular, la *ética*, formulada como tal desde el siglo VI a.n.e, en la Grecia Antigua, por el filósofo griego, *Aristóteles*. Sin embargo, los problemas éticos, tanto de la sociedad en general, como de las profesiones más connotadas -por su grado de vinculación al hombre mismo- fueron objeto de análisis y formulaciones teóricas, así como regulaciones, incluso jurídicas, desde la más antigua civilización babilónica (2 000 años a.n.e.) por el rey *Hammurabi*. En el caso del ejercicio de la medicina, aparecieron ya regulaciones en ese código babilónico y reaparecieron después, en la Grecia Antigua, en el juramento y los aforismos de *Hipócrates*, médico griego nacido en la isla de Cos. La *ética médica tradicional* se ha basado en dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a los médicos en ejercicio y, a partir de finales del siglo XIX, se ha hecho extensivo su cumplimiento a todos los profesionales de las ciencias médicas. (6)

Las Etapas del Desarrollo Moral Según Kohlberg.

El psicólogo norteamericano Lawrence Kohlberg (1927-1987), conocedor de los trabajos de Piaget, encontró, por una parte, que era insatisfactoria la división en sólo dos fases (heterónoma y autónoma) del desarrollo del juicio moral, pues una clasificación tan genérica impediría un

conocimiento preciso de ese desarrollo; y por otra parte, que era igualmente imprecisa la relación entre la maduración moral, la maduración intelectual y la influencia del medio. Así, perfeccionando y estandarizando técnicas similares a las de Piaget, llega a la conclusión de que las dimensiones cognitivas del juicio moral definen el desarrollo evolutivo moral y una vez entendido el desarrollo del juicio moral, el desarrollo de la acción y del afecto morales resultarán más comprensibles y predecibles. Se trata, pues, de conocer el desarrollo moral “midiendo” el alcance de los juicios morales. Por ejemplo, “el que la hace, la paga” o “no es justo lo que me has hecho”, son expresiones que denotan cada una un cierto tipo de juicio moral: “es bueno recurrir a la autoridad, “es bueno devolver el daño” o “es bueno lo justo”, respectivamente. A través de sus investigaciones, Kohlberg establece seis etapas del desarrollo del juicio moral, encuadradas dentro de tres órdenes: pre convencional y pos convencional o de principios. Dentro del orden preconvencional surgirían:

Etapa primera: la etapa del castigo y la obediencia.

- a) Lo justo es evitar el quebrantamiento de las normas, obedecer por obedecer y no causar daños materiales a las personas o las cosas.
- b) Las razones para hacer lo justo son evitar el castigo y el poder superior de las autoridades.

Etapa segunda: la etapa del propósito y el intercambio instrumentales del individuo.

- a) Lo justo es seguir las normas cuando va en interés inmediato para alguien. Lo justo es actuar en pro de los intereses y necesidades propios y dejar que los demás hagan lo mismo. Lo justo es también lo equitativo, esto es, un intercambio, un trato, un acuerdo entre iguales.
- b) La razón para hacer lo justo es satisfacer las necesidades e intereses propios de un mundo en el que hay que reconocer que los demás también tienen sus intereses.

Dentro del orden convencional nos encontramos:

Etapa tercera: la etapa de las expectativas, relaciones y conformidad interpersonales.

- a) Lo justo es vivir de acuerdo con lo que uno se espera de la gente cercana en general, de las personas como uno mismo, en condición de hijo, hermana, amigos, etc. “Ser bueno” es importante y significa que se tienen motivos buenos y se está preocupado por los demás. También significa mantener las relaciones mutuas, guardar la confianza, la lealtad, el respeto y la gratitud.

- b) Las razones para hacer lo justo son que se necesita ser bueno a los ojos propios y a los de los demás, preocuparse por los demás y por el hecho de que, si uno se pone en lugar de otro, uno quisiera también que los demás se portaran bien (regla de oro).

Etapa cuarta: la etapa del sistema social y del mantenimiento de la conciencia.

- a) Lo justo es cumplir los deberes que uno ha aceptado. Las leyes deben cumplirse excepto en los casos extremos en que colinden con otros deberes y derechos socialmente determinados. Lo justo es también contribuir a la sociedad, al grupo o a la institución.
- b) Las razones para hacer lo justo son mantener el funcionamiento de las instituciones en su conjunto, el auto respeto o la conciencia al cumplir las obligaciones que uno mismo ha admitido o las consecuencias: “¿qué sucedería si todos lo hicieran?”.

Por último, dentro del orden post convencional y de principios aparecerían:

Etapa quinta: la etapa de los derechos previos y del contrato social o de utilidad.

- a) Lo justo es ser consciente del hecho de que la gente sostiene una diversidad de valores y opiniones y que la mayor parte de los valores y normas tiene relación con el grupo de uno mismo. No obstante, se deben respetar estas normas “de relación” en interés de la imparcialidad y por el hecho de que constituyen el pacto social. Sin embargo, algunos valores y derechos que no son de relación, como la vida y la libertad, deben respetarse en cualquier sociedad con independencia de la opinión de la mayoría.
- b) Las razones para hacer lo justo, en general, son sentirse obligado a obedecer la ley porque uno ha establecido un pacto social para hacer y cumplir las leyes, por el bien de todos y también para proteger los derechos propios, así como los derechos de los demás. La familia, la amistad, la confianza y las obligaciones laborales son también obligaciones y contratos que se han aceptado libremente y que suponen respeto por los derechos de los demás. Uno está interesado en que las leyes y los deberes se basen en el cálculo racional de la utilidad general: “la máxima felicidad para el mayor número”.

Etapa sexta: la etapa de los principios éticos universales.

- a) Con respecto a lo que es justo, la etapa 6 se guía por principios éticos universales. Las leyes concretas o los acuerdos sociales son válidos habitualmente porque descansan en tales principios. Cuando las leyes violan tales principios, uno actúa de acuerdo con el principio. Los principios

son los principios universales de la justicia; la igualdad de derechos humanos y el respeto por la dignidad de los seres humanos en cuanto individuos. Éstos no son únicamente valores que se reconocen, sino que también son principios que se utilizan para general decisiones concretas.

- b) La razón para hacer lo justo es que, en la condición de persona racional, uno ve la validez de los principios y se compromete con ellos. (43)

Principios de Tavistock.

Los Principios de Tavistock son seis preceptos básicos aplicables al sistema sanitario y a todos los profesionales. Es una propuesta adaptada a los tiempos "modernos", y encierran un modo de ver y de actuar en el campo de la ética profesional médica. Su nombre viene de la Plaza Tavistock (Londres, Reino Unido) donde está la sede y el edificio que pertenece a la British Medical Association (BMA), editora de la revista científica British Medical Journal (BMJ).

En 1997 se constituyó en la sede de la BMA un grupo de bioética que elaboró una propuesta, los seis "principios de Tavistock":

1. Cuando lo precisa, es un derecho del ser humano recibir atención sanitaria.
2. El centro de la atención sanitaria es el individuo, pero el sistema sanitario debe trabajar para mejorar la salud de la población.
3. Son fines del sistema sanitario el tratar las enfermedades, aliviar el sufrimiento, las minusvalías y promover la salud.
4. Es esencial que quienes trabajan en el sistema sanitario colaboren entre sí, con los pacientes, la población y con otros servicios y sectores.
5. Los clínicos deben promover la mejora de la atención sanitaria.
6. *Primum non nocere*

Principios Éticos

Los cinco principios fundamentales que deben regir los sistemas sanitarios son:

1. La asistencia sanitaria es un derecho humano.

2. La salud de la persona está en el centro de la asistencia sanitaria, pero debe ser Contemplada y practicada dentro de un contexto global de trabajo continuo para Generar los mayores beneficios sanitarios posibles para los grupos y los pueblos.
3. Entre las responsabilidades del sistema sanitario figura la prevención de la enfermedad y el alivio de la incapacidad.
4. Es un imperativo de quienes trabajan en el sistema de asistencia sanitaria la cooperación entre sí y con aquellos a quienes sirven.
5. Todas las personas y grupos implicados en la asistencia sanitaria ya sea proporcionen acceso o servicios, tienen la obligación permanente de contribuir a la mejora de su calidad de vida (33).

La Ética y la Moral.

La ética médica tiene su punto de partida antes de nuestra era, simbolizada por el más ilustre médico de la antigüedad, Hipócrates, cuya doctrina ha tenido una gran influencia en el ejercicio de la profesión médica en los siglos posteriores. La ética es la reflexión teórica sobre la moral. La ética es la encargada de discutir y fundamentar reflexivamente ese conjunto de principios o normas que constituyen nuestra moral. La moral es el conjunto de principios, criterio, normas y valores que dirigen nuestro comportamiento. La moral nos hace actuar de una determinada manera y nos permite saber que debemos hacer en una situación concreta. "La moral tiende a ser particular, por la concreción de sus objetos, la ética tiende a ser universal, por la abstracción de sus principios". Generalmente la ética y moral se ven reflejadas en la práctica profesional por lo que algunas ciencias recurren a la bioética (Ética ante la vida) ésta se encarga de estudiar la deontología (Lo que debe ser) y de comparar con la ontología (lo que es). Por ello Ética y Moral, etimológicamente, se identifican y se definen como la "ciencia de las costumbres". Sin embargo, con el tiempo ambos vocablos han evolucionado hacia significaciones distintas. Los conceptos de ética y moral están sujetos a diferentes usos dependiendo de cada autor, época o corriente filosófica. Por este motivo es necesario identificar las características de ambos términos para poder establecer las distinciones y semejanzas pertinentes. **La moral** hace referencia a todas aquellas normas de conducta que son impuestas por la sociedad, se transmiten de generación en generación, evolucionan a lo largo del tiempo y poseen fuertes diferencias con respecto a las normas de otra sociedad y de otra época histórica. El fin último que persiguen estas reglas

morales es orientar la conducta de los integrantes de esa sociedad. Por su parte, **la ética** es el hecho real que se da en la mentalidad de algunas personas, es un conjunto de normas, principio y razones que un sujeto ha realizado y establecido como una línea directriz de su propia conducta. En ambos casos se tratan de normas, de percepciones, y de "deber ser". Sin embargo, moral y ética presentan ciertas diferencias: (41)

Moral	Ética
Nace en el seno de una sociedad y por tanto, ejerce una influencia muy poderosa en la conducta de cada uno de sus integrantes	Surge en la interioridad de una persona, como resultado de su propia reflexión y su propia elección. Pueden coincidir o no con la moral recibida.
Actúa en la conducta desde el exterior o desde el inconsciente	Influye en la conducta de una persona de forma consciente y voluntaria.
Ejerce presión externa y destaca su aspecto coercitivo, impositivo y punitivo	Destaca la presión del valor captado y apreciado internamente como tal. El fundamento de la norma ética es el valor, no el valor impuesto desde el exterior, sino el descubierto internamente en la reflexión de un sujeto

Deontología Ética y Moral.

Estos dos términos suelen usarse como sinónimos, pero no lo son. Es importante destacar las principales diferencias entre ellos:

Deontología Profesional	Ética profesional
Orientada al deber	Orientada al bien, a lo bueno
Recogida en normas y códigos "deontológicos"	No se encuentra recogida en normas ni en códigos deontológicos, está relacionada con lo que piensa el propio individuo (conciencia individual/profesional)
Esas normas y códigos son mínimos y aprobados por los profesionales de un determinado colectivo profesional (periodistas, médicos, abogados,...)	No es exigible a los profesionales de un determinado colectivo (periodistas, médicos, abogados,...)
Se ubica entre la moral y el derecho	Parte de la ética aplicada

Una de las diferencias cuando hablamos de "ética" y "deontología" es que la primera hace directamente referencia a la conciencia personal, mientras que la segunda adopta una función de modelo de actuación en el área de una colectividad. Por ello, con la concreción y diseño de códigos deontológicos, además de autorregular la profesión medico odontológica, se invita al seguimiento de un camino muy concreto y a la formación ética.

La ética de las profesiones se mueve en el nivel intermedio de las éticas específicas o "aplicadas". El profesional se juega en el ejercicio de su profesión no sólo ser un buen o mal profesional sino también su ser ético. No acaba de ser considerada una persona éticamente aceptable quien en todos los ámbitos actuase bien y cumplierse con sus deberes menos en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales. La ética general de las profesiones se plantea en términos de principios: el principio de beneficencia, el principio de autonomía, el principio de justicia y el principio de no maleficencia El deontologismo plantea los temas éticos en términos de normas y deberes.(42)

Deontología Odontológica

La deontología odontológica trata de facilitar al profesional la toma de decisiones. Esta toma de decisiones tiene dos grupos de fundamentos; en primer lugar, los fundamentos científicos, base de toda actuación profesional y en segundo lugar, los fundamentos éticos. Tan importante es hoy la ética en las profesiones tituladas y especialmente en las sanitarias, que se ha llegado a decir que no existe profesión sin ética. De los tres tipos de principios a que nos venimos refiriendo, de cómo se derivan y de la prioridad aplicativa, se comprueba que el primero de ellos la beneficencia tiene un carácter marcadamente utilitarista, el segundo la autonomía tiene, un carácter deontologista y el tercero la justicia viene a representar un equilibrio entre ambas teorías. El principio de beneficencia viene considerándose desde la antigüedad y puede distinguirse del principio de no hacer el mal o de no maleficencia, y ambos están insertados en la ética de las profesiones sanitarias, de tal suerte que siempre han mantenido como uno de sus principios el aforismo de: “*primum non nocere*”. La lista de bienes y males médicos y también odontológicos la resumen Beauchamp y McCullough en su libro *Ética médica* de la manera que se muestra en la tabla

Bienes	Males
Salud	Enfermedad
Prevención, eliminación o control de enfermedades (morbilidad) y lesiones	Enfermedades (morbilidad) y lesiones
Alivio de dolores y sufrimientos innecesarios	Dolores y sufrimientos innecesarios
Mejora de minusvalías	Minusvalías
Vida prolongada	Muerte prematura

El principio de autonomía o de autodeterminación, también llamado de gobierno propio, proclama el respeto por la persona, lo que supone un derecho a no interferir ni coartar sus acciones autónomas y limita el principio de beneficencia. Concretamente, las normas sobre secreto, verdad y consentimiento pueden limitar la racionalidad del principio de beneficencia.

El tercero de los principios, el de la justicia tanto individual como colectiva, se formula sobre la base de otorgar a cada uno lo merecido y tiene particular importancia a la hora de analizar los problemas de asistencia sanitaria, ordenación de recursos, etc. (13)

Principios de la Bioética.

A los principios tradicionales de la ética médica, la bioética añade dos nuevos principios: la *autonomía* (del paciente) y la *justicia* (que debe ejercer la sociedad a través de sus instituciones de salud). El principio de la *beneficencia* significa hacer el bien en todas y cada una de las acciones que se realizan, pues dañar no puede estar presente, de manera consciente, ni en la idea, de un profesional de la salud. La sociedad actual se caracteriza por un énfasis, a veces exagerado, en la tecnología, y ello lleva imperceptiblemente a la deshumanización. Es por ello que se hace más necesaria que nunca la formación humanista de los profesionales de la salud. La atención debe fundamentarse, de manera especial, en la formación humanista de ese profesional. Un odontólogo practica la beneficencia a partir del momento en que se preocupa y dedica atención preferente a su auto superación para mantener la competencia y desempeño profesional, que le permitirá brindar una atención de calidad. También cumplirá con el principio de beneficencia en las acciones cotidianas cuando se esfuerce por establecer diagnósticos correctos, pues de la identificación clara y precisa de las respuestas humanas del paciente a su problema de salud/enfermedad dependerá la eficacia de las acciones independientes de la El principio de *no maleficencia*, sinónimo del "No dañar", de la ética médica tradicional, es considerado por algunos eticistas como el otro elemento del par dialéctico beneficencia no maleficencia. En cualquier caso, se reconoce la obligatoriedad de hacer el bien y no hacer el mal. Pero, ¿cuál es el bien y cuál el mal? A lo largo de la historia de la humanidad, en correspondencia con la práctica social, determinados grupos de hombres han elaborado sus propias teorías filosóficas y en ellas han expuesto sus aspiraciones, como expresión consciente y anticipada de sus necesidades históricas. Estas aspiraciones se desarrollan en el *sistema de valores morales* que, a su vez, se forman a través de la idealización del significado histórico que la realidad tiene para el hombre. Como todo fenómeno social, los valores poseen un carácter histórico concreto, de manera que cambian con el propio desarrollo de la sociedad. Por eso, como criterio universal para la determinación de los valores actúa el progreso social: lo que lo favorece, constituye un valor;

lo que lo dificulta u obstaculiza, constituye un anti valor (1). En correspondencia con los valores universalmente reconocidos: la vida y la salud, el odontólogo puede distinguir dos ideas fundamentales:

- Su profesión le proporciona una capacidad peculiar que le faculta específicamente para contribuir al bien del individuo, la familia o comunidad que atiende.
- Su profesión implica un deber para con la sociedad.

La *autonomía*, uno de los principios que incorpora la Bioética a la ética médica tradicional, se define como la aceptación del otro como agente moral responsable y libre para tomar decisiones. La expresión más diáfana del pleno ejercicio de la autonomía, por parte de los pacientes, es el *consentimiento informado*, el cual consta de dos elementos fundamentales: la *información* y el *consentimiento*.

La *información* corresponde al profesional de salud y debe incluir dos aspectos importantes:

- Descubrimiento de la *información*, que estará dosificada en correspondencia con lo que el paciente quiere realmente saber, cómo y cuándo lo quiere saber.
- La *información* comprensible, es decir, tomar en cuenta la necesidad de utilizar un lenguaje claro y preciso.

Por su parte, el *consentimiento* es competencia del paciente o de su representante moral (familiar) o legal (tutores, en el caso de menores de edad, o abogados especialmente contratados para el caso). El *consentimiento* comprende también dos aspectos:

- *Consentimiento* voluntario, sin abusos paternalistas ni presiones autoritarias.
- La competencia para el *consentimiento*, tanto física como psicológica.

El *consentimiento informado* protege, en primer lugar, pacientes y sujetos de experimentación, previendo riesgos y daños posibles; pero también protege y beneficia a todos en la sociedad, incluyendo profesionales de la salud e instituciones. Dicho esto así todo parece claro y de fácil solución; sin embargo, el profesional de la salud se enfrenta, en su ejercicio cotidiano, a una categoría mucho más abarcadora que la autonomía, que es la *integridad* del paciente como un todo, con sus valores más preciados: la vida y la salud, que incluye además el respeto a su individualidad y a su derecho de libertad de opción. Es precisamente en este rango, en el que se presentan los mayores conflictos éticos. Otro tanto sucede cuando los elementos que justifican el ejercicio de la *autonomía* en el individuo son contrarios al derecho de elección de la comunidad. El principio de la *justicia*, en el marco de la atención de salud, se refiere generalmente a lo que

los filósofos denominan "justicia distributiva", es decir, la distribución equitativa de bienes escasos en una comunidad. *Justicia* significa, a fin de cuentas, dar a cada quien lo suyo, lo merecido, lo propio, lo necesario, y este enunciado está evidentemente vinculado, en primera instancia, al proyecto social del modelo económico que impere en la sociedad que se analiza. En Estados Unidos de Norteamérica, primera potencia industrial y económica del mundo, la justicia distributiva no marcha pareja con el crecimiento económico. Los costos de seguro de enfermedad de una persona pueden llegar fácilmente a los \$400 mensuales, mientras que los de una familia afiliada a un plan de seguro privado pueden alcanzar y superar los 12 000 dólares anuales. En Cuba, país subdesarrollado y bloqueado económicamente, el proyecto social correspondiente al sistema socioeconómico socialista estableció como premisa la distribución equitativa de las riquezas para emprender el crecimiento económico. Desde el triunfo de la revolución social en el país, la salud fue reconocida como un derecho de todos los ciudadanos y un deber estatal, aplicando a toda la población los beneficios gratuitos de la atención médica, tanto en el nivel primario, como secundario y terciario. Aunque el mayor énfasis se hace sobre la justicia al nivel de la sociedad y de las instituciones, ello no evade la responsabilidad individual de los profesionales de la salud en la aplicación de este principio de la Bioética. *Justicia* en salud significa dar a cada quien lo necesario, en el momento preciso, con independencia de su *status* social y sin reparar en los costos. ***Por ello, en el mundo contemporáneo, la salud ha dejado de ser una cuestión privada para convertirse en un problema público.*** (1)

Principales Estudios e Investigaciones en Bioética.

La Lic. Lourdes Campero realizó, en 1990 una investigación con pasantes en servicio social en el estado de Oaxaca y encontró que:

- Solo en el 25.6 % los pasantes saludaron al paciente cuando entró al consultorio, el resto preguntó inmediatamente ¿qué tiene? o ¿qué le pasa?.
- Únicamente al 19% de los usuarios se les asignó explícitamente un lugar dentro del consultorio.
- Al 9.5% se le preguntó por el nivel de escolaridad.
- En el 69.6% de los casos el paciente no contaba con expediente clínico y no le fue elaborado.
- Con el 93.5% se obtuvo la información exclusivamente mediante interrogatorio directo y conducido por el pasante.

- En el 25.3% de los casos se exploraron a los pacientes sin informarles previamente.
- Al 34.1% no se le proporcionaron informes sobre su diagnóstico.
- El 11.4% fue informado del diagnóstico clínico, pero no se cercioró que el paciente tuviera comprensión del mismo.
- Sólo en el 7.5% se dio el diagnóstico clínico y la explicación de su significado.
- Con un 5.1% de los pacientes el pasante buscó cerciorarse de que habían comprendido la prescripción médica. Todo ello revela una poca o nula posibilidad de diálogo y las malas condiciones para una efectiva transmisión educativa entre el médico y el paciente, en una comunidad en la que el grueso de la población atendida tenía un bajo nivel de escolaridad o son analfabetas. La autora referida concluye que durante su formación el médico adquiere una estructura de actitud autoritaria que reproduce en su práctica profesional ante los pacientes, por lo que genera y establece una relación médico - problema y no médico paciente.

Hipótesis las siguientes:

- El personal médico y paramédico percibe que no tiene la capacidad suficiente para establecer una adecuada relación con el usuario y/o con el equipo de salud.
- La capacitación en Relaciones Humanas no es suficiente para satisfacer la necesidad de una buena relación con el usuario y/o la integración con el equipo de salud.

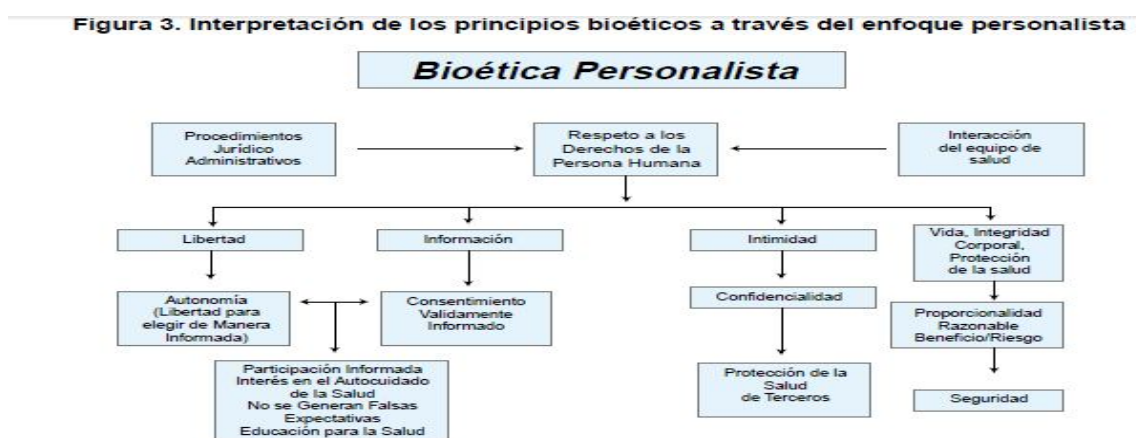
La actividad educativa en bioética se sustenta en un marco teórico que le da un soporte cognitivo e ideológico y permite que el acto médico sea reflexivo y no mecánico. En la educación formativa se deben considerar las innumerables formas de influencia de la situación en que desarrollan sus actividades, desde el plan de estudios, la relación con el docente, el personal administrativo y de salud de la institución, hasta el aprendizaje inconsciente que implica cambios en las actitudes, emociones y conducta social del profesional de la salud, toda vez que éstas se desarrollan y arraigan durante esta etapa. El proceso educativo de la bioética requiere, necesariamente, incorporar el aprendizaje intrínseco, que radica en la interacción entre el desarrollo cognoscitivo y afectivo, en el que el alumno tome conciencia de sí como persona y del desarrollo de sus potencialidades. Además debe ser significativo, para que el alumno pueda advertir que el tema guarda relación con sus propósitos y necesidades reales, lo que implica un compromiso personal. También se requiere que sea participativo, para formular las soluciones a sus propios problemas, y de esa manera decidir el curso de la acción y vivir sus consecuencias, de esa forma obtendrá una confrontación experiencial directa que funciona como reforzadora del aprendizaje. El esfuerzo común debe dirigirse a formar, capacitar y actualizar a los profesionales, técnicos y

auxiliares de las disciplinas para la salud, personal administrativo y directivo, para que utilicen convenientemente los conocimientos, habilidades y destrezas en la resolución de los problemas éticos y legales que plantea la prestación de los servicios de salud en sus dimensiones interpersonal y técnico-científica, en el marco del respeto a la dignidad de la persona humana. Desarrollar el trabajo en equipo y una cultura de servicio a la sociedad en busca del bien común al reconocer las necesidades y percepciones de la sociedad, favorecer la actualización de los derechos personalísimos y el ejercicio de los principios éticos fundamentales. La bioética debe dejar de ser una materia de estudio solo para el profesional interesado en ella, ha de incorporarse en la etapa formativa y orientarla al discernimiento de la eticidad de los actos biomédicos que afectan a la vida humana, con un sustento filosófico, científico y jurídico, en el que la ética no sea solo una ciencia normativa, sino una disciplina axiológica que favorezca una decisión razonada. Siendo tan amplio el universo de trabajo educativo, es razonable buscar estrategias que permitan una mayor amplitud de cobertura, por ende se sugiere seleccionar a un grupo de expertos que participen en la elaboración del programa académico y un manual de apoyo didáctico, dirigido inicialmente a la formación de tutores o docentes y que garantice:

1. Un mínimo de homogeneidad en contenidos, calidad y compromiso social.
2. Que impidan el rechazo por la implantación dogmática de códigos éticos.
3. Que eviten conflictos internos al reconocer el ejercicio de conductas no éticas.
4. Que prevean el desfase causado por el material de consulta que no obedece a las necesidades y circunstancias reales de nuestro país, especialmente en materia jurídica.
5. Evitar la confusión que pueden generar las diversas corrientes filosóficas que influyen en la bioética, con la consiguiente interpretación inadecuada de los preceptos establecidos.

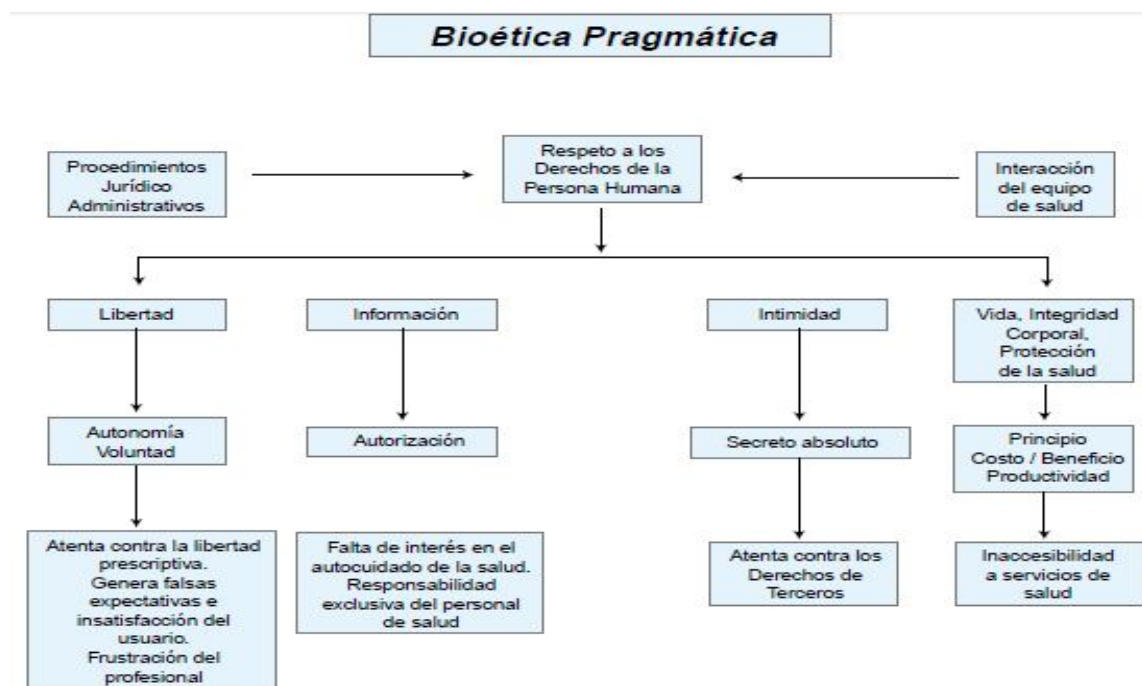
A manera de ejemplo, en la dimensión interpersonal de la bioética se establece como valor el respeto a los derechos humanos del paciente, sin embargo, la interpretación personalista y la pragmática llegan a ser diametralmente opuestas y las consecuencias interpersonales, éticas y legales también lo son. Para la bioética personalista (figura 3) la libertad se manifiesta mediante la autonomía, entendida como la libertad de elegir de manera informada, esto aunado al cumplimiento del derecho a la información con el requerimiento del consentimiento válidamente informado, genera el fenómeno de la participación informada en el que el paciente participa directamente en la toma de decisiones y en el desarrollo del acto biomédico, lo que genera a la vez interés en el autocuidado de la salud, no se generan falsas expectativas y se realizan

actividades de educación para la salud. El respeto al derecho a la intimidad se cumple bajo la perspectiva de la confidencialidad que permite la protección de la salud de terceros, por ejemplo la notificación de enfermedades infectocontagiosas y la consecuente investigación epidemiológica. En el cumplimiento de los derechos a la protección de la vida, de la integridad corporal y en general de la protección de la salud se utiliza como principio rector la proporcionalidad razonable entre el beneficio y el riesgo esperados, con lo que se generan actividades tendientes a evitar riesgos innecesarios y consecuentemente se cumple con las obligaciones de seguridad. (figura 3)



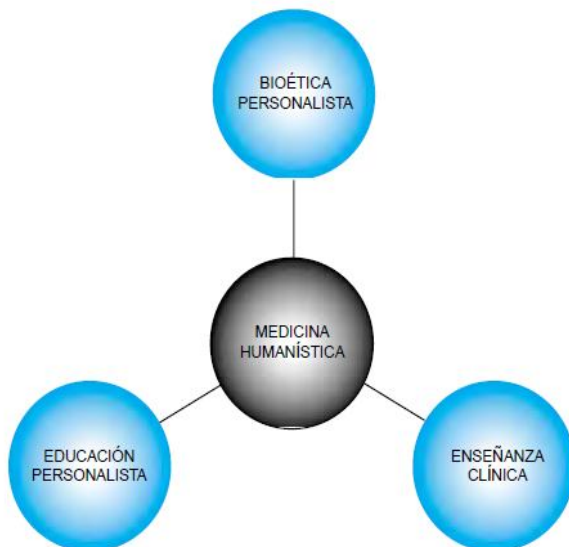
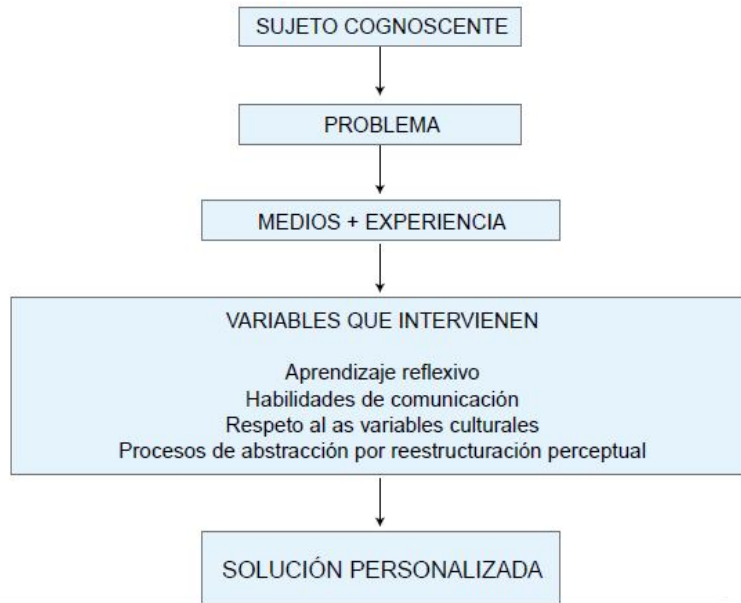
Por otro lado la bioética pragmática (Figura 4) que sustenta los mismos derechos de la persona humana le otorga un contenido diferente a cada uno de ellos, la libertad se cumple mediante el ejercicio de la autonomía concebida como la manifestación de la voluntad, sin mayor requerimiento lo que atenta contra la libertad prescriptiva del profesional de la salud, genera falsas expectativas y por ende la insatisfacción del usuario y la frustración del profesional de la salud. (Figura 4) El derecho a la información no requiere de un consentimiento válidamente informado, el profesional de la salud no tiene interés en su obtención y consideran incapaz al paciente para participar en la toma de decisiones, el pragmatismo extremo establece que no se puede hacer retroceder a ninguna persona adulta que ha tomado una decisión aun cuando sea por desinformación sin atentar contra su libertad, señala que existen restricciones por incompetencia colectiva para solicitar el consentimiento, además de la minoría de edad, considera incapaces a los grupos atrasados de la sociedad, por lo que se requiere únicamente de la autorización del paciente lo que genera falta de interés en el auto cuidado de la salud y se establece la

responsabilidad exclusiva del personal de salud. En el derecho a la intimidad se establece la variante de secreto profesional absoluto, con lo que se atenta contra los derechos de terceros y para el cumplimiento de los derechos de protección a la vida, a la integridad corporal y a la salud se aplican los principios costo/beneficio y de productividad lo que genera inaccesibilidad a los servicios de salud. En el proceso de enseñanza y aprendizaje de la bioética se requiere que los contenidos académicos permitan el desarrollo de la libertad del alumno en sus tres dimensiones, elección, adhesión y ruptura, ya que es preciso considerar el respeto al principio de individualidad, lo que requiere que el grupo asesor se convierta no solo en informador, sino en orientador y colaborador en el aprendizaje y que procure el crecimiento del alumno como ente individual y social, a la vez que en la interacción de la educación personalizada, la enseñanza clínica y la bioética personalista se promueven los valores y principios fundamentales del humanismo.



Zoom in (Ctrl+Plus)

Modelo de aprendizaje personalizado y personalista



Modelo de aprendizaje personalizado y personalista en el que se establece una solución individualizada al problema de salud.

Estos valores y principios tienden a crear un modelo de aprendizaje personalizado y personalista (Figura 5) en el que enfrentamos al sujeto cognoscente al problema, pero le dotamos de medios y experiencia en los que intervienen el aprendizaje reflexivo, el desarrollo de habilidades de comunicación, el respeto a las variables culturales que permiten que se desarrollen procesos de abstracción por reestructuración perceptual y con ello buscar soluciones personalizadas considerando al paciente como un ser individual inmerso en una cultura específica. (Figura 5) En la interacción educativa, la educación personalizada afirma valores y principios de la medicina humanística, tales como la conciencia del valor personal, la responsabilidad y compromiso sociales, el desarrollo de actividades creativas, flexibilidad, sensibilidad, iniciativa, capacidad de elección, capacidad de autocrítica, apertura y capacidad de comunicación.

La enseñanza clínica orientada al desarrollo de habilidades y destrezas clínicas, mediante un aprendizaje activo y tutorial, con el desarrollo de habilidades en comunicación, el trabajo en equipo, el desarrollo de valores y actitudes de respeto a la persona humana y la promoción y educación para la salud. Por otro lado la enseñanza de la bioética personalista que promueve valores como la dignidad de la persona humana, el reconocimiento a la individualidad, apertura, responsabilidad compartida, autonomía, solidaridad, subsidiariedad, la sensibilidad a las necesidades físico – mentales del paciente y la autocrítica para el reconocimientos de sus limitaciones, permitirá generar un modelo de aprendizaje personalizado y personalista en el que se establezca una solución individualizada al problema de salud. (Figura 6) Si bien es cierto que hasta el momento no se tienen elementos para establecer el valor predictivo de utilidad en la aplicación conjunta de la enseñanza personalizada y la bioética para resolver el problema, estoy convencida que sólo a través de un proceso continuo que incorpore el esfuerzo perseverante y sistemático de las autoridades educativas, sanitarias, docentes, prestadores de servicios de salud y estudiantes en formación, se podrá recuperar de verdad el espíritu humanístico que es el más firme y sólido sostén del ser humano.(3)

VALORES Y PRINCIPIOS DE LA MEDICINA HUMANISTICA		
Educación Personalizada	Enseñanza Clínica	Enseñanza de la Bioética Personalista
Conciencia del valor personal Responsabilidad y compromiso social Desarrollo de actividades creativas Flexibilidad Sensibilidad Iniciativa Capacidad de elección Capacidad de autocrítica Apertura Capacidad de comunicación	Habilidades y destrezas clínicas Aprendizaje activo Tutorial Habilidades de comunicación Trabajo en equipo Desarrollo de valores y actitudes Acciones de fomento a la salud Acciones preventivas	Promoción de los siguientes valores: Dignidad de la persona humana Individualidad Apertura Responsabilidad Autonomía Solidaridad Subsidiariedad Sensibilidad a las necesidades físico-mentales del paciente Autocrítica para el reconocimiento de sus limitaciones

Pretende algo nada sencillo: primero entregar conocimientos desde una visión interdisciplinar sobre un ámbito cada vez más amplio y complejo de temas; segundo, cambiar actitudes y comportamientos e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en los cambios de los modelos de asistencia en salud. Finalmente, transmitir los valores éticos más apropiados y necesarios para estos profesionales y para la sociedad en general. Tanto la metodología de enseñanza como la actitud del profesor y la evaluación en las asignaturas de bioética tienen un contenido formativo al servicio de esa transmisión de valores, más que en otras disciplinas, y deben adecuarse a una estricta ética docente.

El amplio campo del conocimiento interdisciplinario de la Bioética.

No se trata de enseñar ética médica, ética en odontología, deontología profesional, aspectos legales de estas disciplinas o, meramente, ética filosófica. Las propuestas tienden a acercarse a algunos de esos extremos, pero la bioética ha ido definiendo con bastante precisión su identidad (al menos conceptual, aunque el consenso no sea unánime o entendido por muchos) con una mirada más amplia e interdisciplinar y un estatuto epistemológico propio, por lo que se supone –y es exigible– que el profesor sea capaz de enseñar desde la perspectiva clínica y jurídica, desde la fundamentación filosófica de la ética y con la metodología y ámbito propio de la bioética. Además, debe hacerlo de un modo adecuado a las circunstancias culturales y sociales de su propio ámbito, en nuestro caso, de Latinoamérica, bien diferentes de otros. El campo de la bioética se ha ido ampliando cada vez más desde la ética clínica a las cuestiones de ética global y ambiental, y a los problemas de la ética de las instituciones y sistemas de salud. El mayor desarrollo en la docencia y en libros y artículos se ha producido en bioética clínica, pero las propuestas de una bioética global, centrada en la supervivencia en un mundo pluralista y complejo merecen una reflexión juiciosa, pensando en la enseñanza de la misma. Por lo tanto, existe un amplio campo de contenidos, tanto por la materia en sí misma como por su bordaje desde muy diferentes disciplinas. Ha habido bastantes propuestas respecto de los contenidos que debe abarcar. Francesc Abel propone que “los objetivos docentes han de orientarse en torno a los tres ejes siguientes:

1. Desarrollo progresivo de la competencia profesional.
2. Armonización entre los valores del conocimiento técnico científico especializado y los valores del conocimiento global y humanístico de la persona.
3. La sinergia necesaria entre los objetivos de la política sanitaria y la forma como se instrumentan los medios o recursos para llevar a término.

Por lo que, hoy en día, la formación en bioética forma parte de la necesaria competencia profesional de la salud, y que un objetivo importante es proporcionar elementos de juicio a los futuros profesionales para comprender los debates en bioética que se producen en su sociedad. El equipo de trabajo sobre la enseñanza de la bioética de la Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, en España, propone seis módulos básicos: historia, fundamentación, metodología, relaciones asistenciales, principio y final de la vida, e investigación. Diego Gracia propone tres

pasos en la formación de pregrado en medicina. La ética básica, al comienzo, que “debe estudiar con una cierta detención y profundidad el tema de los juicios morales y el modo como pueden fundamentarse”, con la articulación entre “juicios” y “principios” en un camino de ida y vuelta: “desde los juicios a los principios da lugar al problema de la fundamentación; y el camino contrario, de los principios a los juicios, al problema de la metodología”. En el período clínico, la ética médica debe ser naturalmente clínica o aplicada, y también la ética profesional o deontología médica debe estar presente antes de terminar la formación profesional. Esto exige al docente una permanente actualización. Todos hemos sido formados en una disciplina científica, muchas veces de manera bastante cerrada a otras, y debemos hacer el esfuerzo de conseguir una visión multidisciplinar. No se trata de que el médico ahora sea filósofo o de que el jurista se transforme en médico, pero sí que éste incorpore los fundamentos de la ética filosófica y los fundamentos de la ciencia jurídica. Por otra parte, el filósofo debe entender la realidad clínica y los aspectos científicos de la investigación médica avanzada para aportar –en conjunto—una visión más amplia (y más completa) de esa realidad. Este es el reto fundamental del docente de bioética a la hora de transmitir contenidos. No puede reducirse sólo a transmitir actitudes, a enseñar a deliberar, por importante que sea esto en su metodología, especialmente para entender y sacar experiencias de los casos ético-clínicos y en la formación de los estudiantes. Debe transmitir, sobre todo en pregrado, conocimientos sobre ética, deontología profesional y legislación, y sobre ética global. Es mucho el desarrollo conceptual producido ya en el ámbito académico en Latinoamérica, adecuado a nuestras sociedades. Los libros y artículos editados en bioética y el desarrollo de la propia investigación exigen la puesta al día del docente en los conocimientos y publicaciones. (19)

El Proceso de Enseñanza Aprendizaje de la Bioética.

La educación es un proceso social que refleja la cultura, valores, relaciones e ideales individuales y colectivos, y requiere adaptarse a las necesidades reales de la sociedad. Desde la segunda mitad del siglo XX, la “deshumanización de la medicina” ha representado un reclamo social continuo. Se ha encontrado que el problema radica en la actitud de los médicos científicos y prestadores de servicios de salud, quienes han modificado su código axiológico, estableciendo como valores supremos el conocimiento científico y la economía, por encima del sentido

humanista. Para dar solución al problema se requiere un esfuerzo continuado que abarque al equipo de salud, administradores y fundamentalmente, a los docentes, quienes son los responsables directos de la formación de las nuevas generaciones de profesionales de la salud. La medicina humanista busca formar profesionales con responsabilidad social y con valores bien establecidos, mediante la enseñanza de la bioética a través de la correlación teórico-práctica. La educación es un proceso social que refleja la cultura, valores, relaciones e ideales individuales y colectivos, por lo que requiere ser adaptada a las necesidades reales de la propia sociedad. La cultura se desenvuelve como un sistema de funciones de la vida humana que exige desarrollarse libremente, recogiendo de ésta sus temas de preocupación. El reclamo social que continuamente se ha expresado, y con mayor frecuencia e intensidad en la segunda mitad del siglo XX, es la creciente «deshumanización de la Medicina», como reflejo de un problema social que Luis Recaséns (1959) expresó como «...el desenvolvimiento gigantesco de un proceso de degradación del hombre...la total negación de la dignidad de la persona individual y de sus libertades fundamentales...el ultraje constante y masivo a la justicia y a todos los valores éticos... Martin Buber también se ocupó del tema en 1942, considerándolo un problema generalizado a todas las disciplinas científicas: “desgaja de la totalidad del hombre [afirma] el dominio que ella [la ciencia] va a estudiar, lo demarca frente a los demás, asienta sus propios fundamentos y elabora sus propios métodos...porque la posibilidad de su trabajo intelectual descansa en su objetivación, en su deshumanización.» Analizando la formulación del problema se percibe claramente que no es «la ciencia» o «la medicina» la que se ha «deshumanizado», ya que el origen no radica en la dimensión técnico - científica; sino en la manera en que ésta ha sido aplicada. El origen está entonces en la actitud de los científicos y por ende en la de los prestadores de servicios de salud, que al modificar su código axiológico establecieron como valor supremo el conocimiento científico demostrable experimentalmente, en otras palabras la ciencia por, para y con el hombre, ha dejado de ser prioridad y el sentido humanista, personalizado, instintivo y sensitivo se aprecia como secundario e innecesario, considerando al paciente como «objeto de estudio». Asimismo, el valor económico ha adquirido mayor jerarquía que los valores morales que sustentan a la medicina humanística, y generan conductas que expresan una crisis de los valores humanos. Los esfuerzos para identificar el origen del problema y darle solución han sido amplios pero insuficientes, lo que demuestra que no basta el esfuerzo, la intuición y la buena voluntad de individuos o grupos aislados. En una situación que se ha gestado a través de los siglos, no podemos esperar resultados satisfactorios al corto plazo, se requiere de un esfuerzo

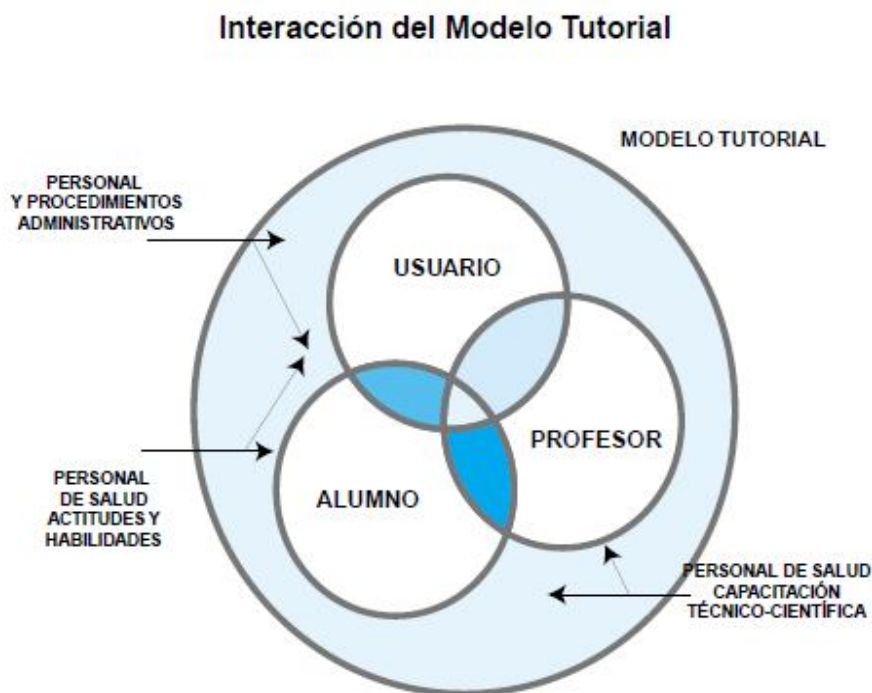
continuado y generalizado que abarque a los profesionales, administrativos, directores, jefes de área y fundamentalmente a los docentes que son los responsables directos de quienes se encuentran en etapa formativa. La nueva conciencia histórica que surgió como reacción al concepto medieval del hombre es el origen del humanismo, y en él se destaca prioritariamente su dignidad, la preocupación por los problemas específicamente humanos y la sabiduría práctica. Sin embargo el pensamiento de René Descartes con la renovación metafísica que sustituye el dualismo cuerpo - espíritu por máquina - pensamiento, el relativismo y más recientemente la escuela del pragmatismo norteamericano desarrollado por Pierce, James, Mead y Dewey, quienes establecen que el valor de un concepto se haya pura y exclusivamente en su significación para la vida práctica, que lo que nos conviene es la verdad y la verdad es lo bueno como creencia. Por esta razón han influido no solo en el desarrollo científico - tecnológico, sino en la reflexión moral, el actuar médico y la enseñanza en general. Esto provocó llegar a extremos absurdos, como el caso del psicólogo J. B. Watson, quien definió los sentimientos y emociones como «movimientos musculares de los intestinos». El humanismo actual en la educación pretende formar pensadores auto dirigidos y con responsabilidad social, con un sistema de valores bien establecidos que influyan en la formación de la recta conciencia. El humanismo personalista postula que la persona humana debe comprometerse en la acción transformadora, lo que implica un proceso de conversión, superación, autenticación y concientización tanto al interior de la persona como en el marco de las estructuras sociales. La libertad le permite entender y vivir críticamente la realidad, conocer sus propios límites y comprometerse en una acción sobre sí mismo y sobre la realidad vivida. Así mismo la experiencia fundamental de la persona consiste en existir para y con los otros, siendo seres eminentemente sociales, por lo que el valor de la comunicación es esencial. La educación debe partir de los principios de libertad, compromiso, autorrealización y creatividad, integrados en una función orientadora que permita la práctica de actos libres, por ende reflexionados y responsables; cumplir con las exigencias que surgen en el trato entre los hombres y que emergen de su valor intrínseco, generar obligaciones para con el entendimiento y libertad humanas, así como transmitir conocimientos conectados con la dimensión humana y fortalecer valores con la jerarquía necesaria, para transitar del dogmatismo académico, el practicismo y del memorismo a la reflexión crítica, auto motivada, auto gestionada, auto administrada y auto evaluada. Esto solo será factible si el hombre reflexiona sobre sí como persona, como sujeto íntegro y no únicamente como sujeto lógico - intelectual. Entre los problemas o desventajas de estos modelos educativos destacan:

1. La formación profesional con o sin especialidad no es garantía de que se puede ser buen docente, lo que aunado a la falta de interés del profesional para capacitarse en pedagogía promueven una transmisión de conocimientos inefectiva, habitualmente por falta de aplicación de reforzadores positivos.
2. Se debe prevenir la capacitación insuficiente o nula para la interacción requerida entre la función asistencial y la docente, especialmente para establecer los límites de la enseñanza ante el paciente para evitar la afectación de su derecho a la intimidad o la angustia que genera el lenguaje técnico científico empleado.
3. Es preciso no subestimar los elementos psicológicos, sociales y culturales de la triada docente-alumno-usuario. La diversidad cultural de la sociedad contemporánea es un hecho tan evidente y directo que ha sido sistemáticamente ignorado o calificado como un obstáculo. El pluralismo cultural, en el que subyacen tradiciones, problemas económicos, políticos y sociales, necesariamente afecta las relaciones interpersonales y consecuentemente la manera en que ha de ser abordado un problema de salud.
4. Evitar la falta de correlación teórico – práctica, toda vez que el alumno ante la carencia de significación real para enfrentar el problema se ve impedido para participar intelectualmente en su solución.
5. No permanecer impasibles ante el rechazo a la aplicación del método de investigación social, como medio indispensable para el análisis de los aspectos sanitarios, éticos, axiológicos e incluso jurídicos que convergen en el pluralismo cultural.
6. Debemos evitar actitudes dogmáticas y practicistas que no permite el aprendizaje reflexivo, para lo cual se requiere que el profesor asuma un rol activo, ser un facilitador u orientador de la enseñanza.
7. Precaver la falta de continuidad en la formación humanística, como ejemplo tomemos la materia de ética médica que algunas facultades y escuelas de medicina han incorporado como materia optativa en los primeros años de estudio, en los cuales la necesidad práctica real no puede ser percibida por el alumno por falta de experiencia práctica.
8. Abatir la indiferencia hacia las relaciones interpersonales, que se genera con la formación de hábitos de trabajo individual y la tendencia a desarrollar restricciones emocionales que afectan la relación con el usuario y con el equipo de salud.

9. Superar la insuficiencia formativa del docente en las áreas humanísticas, que favorece que el alumno aprenda a ver síntomas o enfermedades y no seres humanos enfermos, que desarrolle únicamente habilidades para interrogar, pero no para escuchar, y

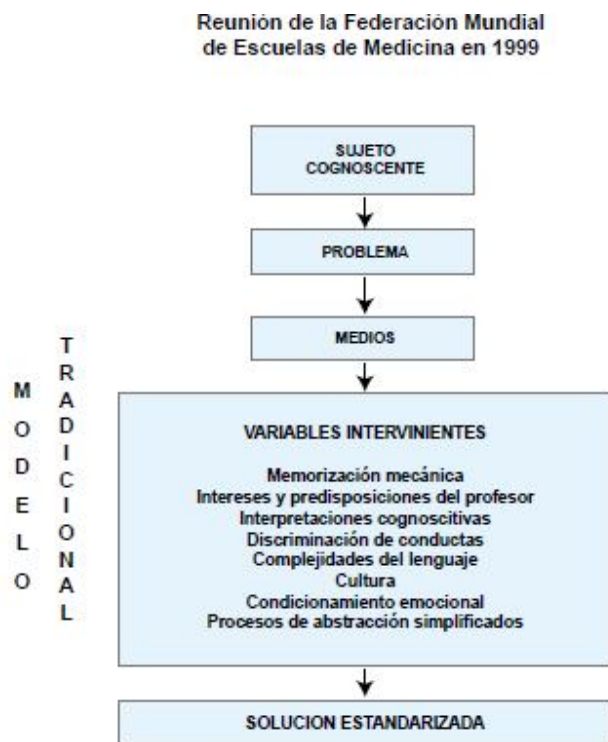
10. Resolver paulatinamente la escasez de campos clínicos adecuados. (41) A manera de ejemplo analicemos los modelos tutorial y tradicional. El modelo tutorial se caracteriza por la interacción del tutor, el alumno y el usuario del servicio de salud en el universo del establecimiento de atención médica autorizado como campo clínico, como se puede observar la interacción de esta tríada es mínima, toda vez que el alumno se encuentra bajo la influencia del personal y los procedimientos administrativos, que no siempre respetan y otorgan un trato digno al usuario y a su familia, y del resto del personal de salud, en dos dimensiones, una técnica científica y la otra en actitudes y habilidades interpersonales, estos son campos teórico prácticos de interacción no supervisada que ejercen gran influencia en la formación del alumno, especialmente en el desarrollo de actitudes y habilidades de comunicación con el usuario, que se gestan de manera inconsciente, por lo que aun contando con el tutor ideal el resultado final será insatisfactorio.

(Figura 1)



En el modelo de aprendizaje tradicional enfrentamos al alumno a un problema de salud objetivo y le dotamos de los medios para su solución, pero intervienen variables como la memorización

mecánica a través de los protocolos de abordaje diagnóstico terapéutico, y las percepciones, actitudes, creencias e intereses del docente que generan interpretaciones cognitivas insuficientes y una pobre discriminación de conductas, aunado a lo anterior no se vinculan las complejidades del lenguaje médico con el lenguaje del usuario, no se considera o se menosprecia la cultura de los usuarios y se genera un condicionamiento emocional de alejamiento en la relación con el paciente, con todos estos elementos se favorecen procesos de abstracción que simplifican la realidad y que intervienen en la solución estandarizada de los problemas médicos de los usuarios y la formación y fortalecimiento de hábitos y actitudes no siempre satisfactorios. (Figura 2). Este es un problema que se ha generalizado, a tal grado que entre las prioridades educativas establecidas en la Re- unión de la Federación Mundial de Escuelas de Medicina en 1999 se destacaron las siguientes recomendaciones: (Figura 2)



1. La necesidad de promover el equilibrio entre la calidad de conocimientos, el desarrollo de actitudes y habilidades profesionales y de los valores humanos, y
2. El fomento a la actitud ética y humanística de los estudiantes (3).

¿Cuál es el Desafío Bioético Actual ?

Es altamente razonable que la formación que entregan facultades de odontología incluya conocimientos y desarrollo de habilidades clínicas, ampliamente detalladas en el currículo; sin embargo, es necesario analizar también los intereses y valores que más tarde regirán y serán la característica fundamental del desempeño profesional del odontólogo, como la honestidad y la responsabilidad de sus actos, reflejo de un profesional integralmente competente. Estos rasgos marcarán la diferencia entre los egresados pues, aunque todos obtienen conocimientos actualizados y destrezas clínicas en odontología, tanto en el pre como en el posgrado, lo que caracteriza a un profesional formado integralmente es su proceder y la correcta toma de decisiones, esto es, la reflexión crítica sobre aspectos morales involucrados en las decisiones biomédicas. Es relevante incluir la formación de valores en el plan de estudios, aunque esto no debe limitarse a un proceso abstracto de transmisión de información, en el cual el estudiante sea un ente pasivo en la recepción del mensaje, sino que éste debe asumir una posición activa en la apropiación de la información para la construcción de sus propios valores. Para ello es fundamental el enfoque motivador y orientador del docente y del entorno académico. Los valores, como formaciones motivacionales de la personalidad, se construyen y desarrollan a lo largo de toda la vida del ser humano, en un complejo proceso en el que intervienen la familia, la escuela y la sociedad. Es en la universidad donde el estudiante recién ingresado va alcanzando el desarrollo de su personalidad: consolida conocimientos con actitudes que orientan su actuación, regulando sus actos y alcanzando expresiones de autodeterminación, enfrentando sus prácticas pre profesionales y la problemática del entorno. Por esta razón, se considera que la educación en valores adquiere en éste período de la vida una importancia extraordinaria, ya que existen mayores posibilidades para su consolidación, con perspectiva inmediata hacia la reflexión personalizada, congruencia y perseverancia en la regulación de la conducta. La universidad debe educar a los futuros profesionales de la Odontología en principios que los lleven a respaldar el derecho universal del hombre a la salud y el respeto a su integridad en el marco de la investigación científica. Los seres humanos adquieren actitudes a través de los procesos de interacción recíproca. La principal fuente por las que se adquieren las actitudes, preferencias, creencias y tendencias de comportamiento es la interacción con las demás personas. Es necesario brindar información acerca de principios y normas éticas al estudiante de odontología, de tal forma que se involucre en la reflexión de los dilemas que puede enfrentar en el desarrollo de su

vida profesional, resaltando la importancia de interiorizar valores de responsabilidad, honestidad y justicia como primordiales en la relación odontólogo-paciente. Debe ser un compromiso de quienes estamos relacionados con este tema fomentar un cambio de paradigma, a través de un movimiento masivo que involucre distintos ámbitos, como el familiar, profesional y académico, con el objeto de incrementar los conocimientos y generar actitudes positivas hacia la bioética en nuestro diario proceder. (14.)

Actitudes y Comportamientos en la Formación en Bioética

Es necesario cambiar actitudes y comportamientos e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en los modelos de asistencia en salud. Cambiar actitudes en los estudiantes de medicina o en los profesionales es bastante más complejo. (19)

a) Conocer a los alumnos

Por una parte, hay que intentar que superen algunas actitudes negativas con las que ingresan y que se mantienen también en bastantes profesionales:

- Mentalidad no solo científica sino científicista: la ciencia lo explicaría todo y se daría a sí misma las reglas; nadie debe imponérselas y menos desde fuera de la propia ciencia.
- Intereses económicos que a veces puede sobreponerse al sentido de ejercicio de una profesión basada en el servicio a los demás. Esto no es lo propio de los estudiantes que ingresan, más idealistas, pero sí suele estar presente —por las responsabilidades que sienten más cercanas— en los que están terminando su formación o comienzan las especialidades.
- Actitud negativa ante la filosofía y la ética clínica: ¿para qué dedicar tiempo a la ética, sobre todo cuando se sienten tan exigidos en las asignaturas clínicas “duras” y no tienen, en ocasiones, un buen recuerdo de la filosofía que estudiaron en la educación media? Esto, por supuesto, no es igual entre estudiantes de posgrados en bioética, en los cuales existe generalmente el deseo de formarse en estas materias “filosóficas”, precisamente por las limitaciones que experimentan en sus propias disciplinas.

- Pasividad en general en la formación académica: les “enseñan” anatomía, fisiología, patología, por ejemplo, y esperan que también se les “enseñe” bioética.
Pero también los alumnos traen incorporadas actitudes positivas sobre las que comenzar el proceso educativo:
- Cada vez más descubren el sentido social de su propia profesión, con una preocupación auténtica por la situación de desigualdad de la atención de salud en Guatemala y las enormes diferencias entre la Odontología privada y la pública.
- Tienen una actitud crítica ante la comercialización de la Odontología actual.
- Tienen curiosidad intelectual y una actitud abierta al aprendizaje. Algunos desean recuperar antiguos intereses humanistas que dejaron olvidados años atrás. Además, sienten que la bioética es algo novedoso.
- Los alumnos de primer año, especialmente, ven la asignatura de Bioética o de Fundamentos Filosóficos de la Medicina como las únicas que se acercan a la praxis médica directa en un currículo lleno de materias básicas. Un poco más tarde sienten la falta de preparación ante los dilemas éticos que empiezan a encontrar de golpe en las prácticas.

a) Promover las actitudes y la capacidad de diálogo.

Sobre todo, las actitudes imprescindibles en todo diálogo bioético: “respeto al otro, tolerancia, fidelidad a los propios valores, escucha atenta, actitud interna de humildad; reconocimiento de que nadie puede atribuirse el derecho a monopolizar la verdad y que todos hemos de hacer un esfuerzo para ser receptivos, esto es, aceptar la posibilidad de cuestionar las propias convicciones desde otras posiciones y lo razonable de otros argumentos. En otras palabras, se necesita la escucha recíproca, el enriquecimiento de la competencia profesional interdisciplinar y la autenticidad de los acuerdos. Los dogmatismos científicos o espiritualistas y las visiones reduccionistas son un auténticos estorbo. La ignorancia convierte en imposible el diálogo bioético. Para promover la educación moral en general, y la bioética en particular, la discusión de dilemas morales puede ser un buen recurso metodológico. En una época en la que urge desarrollar la capacidad dialógica de las personas para resolver los problemas sin hacer uso de la imposición o la violencia, es muy útil conocer este procedimiento educativo, válido para suscitar

el diálogo y para adoptar posturas razonadas y razonables en el terreno de los valores, las actitudes y la conducta.

b) Acciones educativas para el cambio de actitudes.

Adecuar la metodología a los avances en pedagogía de la ética desde las teorías del desenvolvimiento moral de Piaget y Kohlberg, entre otras.

Interesarnos por los valores que realmente viven los estudiantes de Odontología para comprender mejor las posibilidades y los límites de su educación moral. Participar en su aprendizaje ético-clínico, estar con ellos en sus prácticas, a través de tutorías con grupos pequeños; fundamentar el aprendizaje en casos que descubran no solo métodos de resolución y decisión, sino actitudes en los pacientes y en los equipos de salud; que relacionen lo que enseñamos con lo que suele pasar en sus prácticas.

Facilitar que puedan narrar sus “casos”. Descubriremos con asombro los numerosos dilemas éticos a los que se ven enfrentados, tanto por la situación de los pacientes como de los profesionales que les atienden como docentes clínicos. Tenemos que conocer mejor las situaciones por las que atraviesan para formarles mejor.

Usar el método del aprendizaje basado en problemas para el cambio de actitudes. Unir el aprendizaje clínico con el aprendizaje ético en tutorías de grupos pequeños, en las cuales se complementa la resolución clínica del caso con la resolución de los problemas ético-clínicos que van apareciendo. Desarrollar tutorías con casos ético-clínicos y que el alumno exponga un caso que le haya sucedido o del que tenga conocimiento. De esta forma integra la ética con la praxis clínica que esté aprendiendo. Utilizar medios audiovisuales diversos que acerquen a los alumnos a los problemas reales de la sociedad. Más allá de su dimensión de entretenimiento, es un espejo donde la gente se busca y quiere mirarse, y a través del cual ve también el mundo que le rodea”. Es un instrumento para la enseñanza que pretende acercarse a los interrogantes y la vida de los estudiantes. Usar también comentarios de noticias o informes de prensa, casos reales que hayan sido analizados por los comités de ética, con la debida confidencialidad, material didáctico específico y claro, entre otros recursos. Las clases magistrales pueden ayudar a transmitir contenidos, pero cuando se trata de cambiar actitudes y transmitir valores resultan bastante menos eficaces que el trabajo en grupos pequeños interactuando con el profesor. Formar también a los formadores, al personal docente. En la Facultad de Medicina de la Pontificia

Universidad Católica de Chile han sido muy eficaces los cursos-taller de Ética Clínica para docentes clínicos. Más de la mitad de los médicos que ejercen como profesores o tutores en la facultad, y en los hospitales donde los alumnos realizan las prácticas, han cursado ya este taller se concluyo que estudiantes solo cambiaran sus actitudes si también ven cambios en sus docentes clínicos. Damos por supuesta la importancia de las propias actitudes del docente con sus alumnos y la coherencia entre lo que trata de enseñar y lo que practica en la relación profesor-alumno (19).

Como transmitimos conocimiento actitudes y valores en bioética.

La bioética se ha incorporado de modo definitivo a los currículos de las diferentes carreras de ciencias de la salud en estos últimos años en países como Chile. Comenzó en medicina y enfermería y actualmente está en sus inicios en odontología, kinesiología y en otras áreas afines, como trabajo social y terapia ocupacional. Es una disciplina reciente, con algo más de 30 años de evolución, pero cuenta ya con un desarrollo metodológico y didáctico importante. Quizás por su juventud ha estado muy abierta a las corrientes pedagógicas más actuales, aunque también puede deberse al reto que representa en sí misma, pues pretende algo nada sencillo: primero entregar conocimientos desde una visión interdisciplinar sobre un ámbito cada vez más amplio y complejo de temas; segundo, cambiar actitudes y comportamientos e incidir en la relación profesional de la salud-paciente y en los cambios de los modelos de asistencia en salud. Finalmente, transmitir los valores éticos más apropiados y necesarios para estos profesionales y para la sociedad en general. Tanto la metodología de enseñanza como la actitud del profesor y la evaluación en las asignaturas de bioética tienen un contenido formativo al servicio de esa transmisión de valores, más que en otras disciplinas, y deben adecuarse a una estricta ética docente (19).

a) Conseguir que quieran “hacer”

Transmitir y formar en valores. Este es el reto más importante para un educador y para un profesor de bioética. Llegar a lo íntimo de la formación moral del estudiante y ayudarle a incorporar, mejorar o jerarquizar de un mejor modo los valores éticos que ya tiene y los que va a ir adquiriendo a lo largo de su carrera. Permitirle “entrar” en esa “disposición moral de ánimo” que Max Scheler define como la actitud o motivo que nos lleva a querer hacer algo, antes incluso

de tener la intención de hacerlo, y que sería previa a la acción moral y a la explicitación de valores morales. No es posible cambiar directamente esa disposición moral esencial del ánimo en el estudiante, pues sólo conseguiríamos, quizás, una conducta hipócrita, realizada de cara a sus profesores, a sus compañeros o a los pacientes. No porque “expliquemos” muy bien cuáles son los valores éticos, el alumno los va a incorporar de modo racional. Se necesita una acción indirecta, de modo que sea el propio alumno quien vaya “descubriendo” esos valores, los matices que presentan en la acción clínica, las incidencias de cada uno de ellos en la propia actuación personal. No sirven los mandatos u órdenes, ni siquiera la mera demostración de la racionalidad de lo que proponemos. Es necesario proporcionar indicaciones educativas que sugieran acciones para que el estudiante las lleve a cabo libremente y de ese modo, se perfecciona como persona individual. El educador puede promover no acciones sino intenciones o campos de acción, no algo que el estudiante “debe hacer”, sino que debe “querer-hacer”. Lo importante de la acción educativa –al menos en bioética—no es conseguir que el estudiante haga algo, sino que quiera por sí mismo hacer algo, porque lo encuentra valioso como futuro médico y como persona.

b) La importancia de los modelos

Algo esencial para la formación moral son los modelos. El “seguimiento” de modelos es el medio más común y adecuado en la niñez y adolescencia, y sigue siendo válido después. Esto convierte la tarea educativa en algo mucho más exigente para todos los que colaboran en la formación profesional de los estudiantes de medicina. Nuestra forma de “actuar” es la mejor clase que podemos dar a los alumnos.

Pero no basta sólo con que se propongan seguir determinados modelos. Es fundamental el respeto por la autonomía del alumno. Es clave que el propio alumno participe de su formación como Odontólogo, sin ninguna pasividad, cuestionándose de modo autónomo sus propios comportamientos y valores. Si en un grupo de tutorías de ética clínica, alguno de los alumnos no participa en el diálogo ético e, implícitamente, rechaza al profesor y a sus compañeros como “interlocutores válidos”, probablemente es porque piensa que estos no tienen nada que decirle, porque él ya tiene sus valores bien definidos y “no quiere” cambiarlos o cuestionarlos. Como profesores debemos conseguir que todos participen de ese diálogo racional autónomo, proceso imprescindible para conseguir una personalidad moral adulta. Y aquí pueden ayudarnos mucho esas características metodológicas de la propia bioética: el diálogo racional como medio de

avanzar en los planteamientos éticos, los diferentes métodos de deliberación para la toma de decisiones ético-clínicas y la resolución de casos que ayudan a profundizar también en la fundamentación de las propias convicciones y valores morales.

c) Entonces ¿Que valores debemos transmitir?.

No es suficiente transmitir algunos valores que se denomina “instrumentales”, como la capacidad de diálogo, la participación activa, la capacidad de tomar decisiones autónomas, entre otros. Debemos promover otros, para no “estar rodeados de científicos, intelectuales y profesionales, sobresalientes en ciencias y tecnologías pero deficientes en valores morales, culturales y sociales”. La universidad no puede renunciar a su función educadora, con el máximo respeto a la autonomía de los alumnos y profesores. Debe promover valores, pues “solo desde la educación es posible ejercer la libertad, o –en palabras de Séneca—‘la única libertad es la sabiduría’”. La formación de la inteligencia, de la voluntad y de los valores éticos es aún más necesaria en nuestros días, en especial en el ámbito de la bioética. Es posible educar en valores. Algunos son comunes a todos en una sociedad democrática, pero otros tienen que ver más directamente con los profesionales que intervienen activamente en el cuidado de la vida y la salud. Consideramos más fundamentales los que están en la base de los principios bioéticos: el respeto a la vida y la salud como bienes básicos es un valor que se realiza a través de la no maleficencia y la beneficencia; el respeto a los derechos de otros –y en especial de los más vulnerables—es uno de los valores fundantes del principio de justicia; la madurez moral y la responsabilidad por las consecuencias de las propias acciones van muy unidas al ejercicio de la libertad, en el principio de autonomía; poner a la persona del otro por encima de los legítimos intereses propios, tender a la excelencia en los cuidados de salud, la compasión y el cuidado de la vida frágil, y la solidaridad individual y social fundamentan, finalmente, el principio de beneficencia. (19)

La Evaluación en la Docencia de Bioética.

Es posible medir el aprendizaje de los contenidos transmitidos, pero es más difícil evaluar la adquisición de las actitudes y comportamientos que forman parte de los objetivos docentes, y más aún la incorporación o profundización en los valores. Se han realizado algunas investigaciones

con metodología cualitativa para acercarse a conocer la profundidad del impacto de la enseñanza de la bioética y los cambios en los comportamientos de los alumnos de Odontología. Quizás uno de los medios más eficaces sean las propias autoevaluaciones de los alumnos, ya como objeto de investigación cualitativa –como en un reciente estudio con internos de primer año en la Universidad Diego Portales—o incluidas en la propia metodología de los cursos de ética, con seguimiento sistemático del desempeño estudiantil en cada sesión de clase en el aula, como en un reciente trabajo en la Universidad de Caldas. Éste corresponde a un trabajo participativo, activo y reflexivo sobre el propio comportamiento de los alumnos, valorado a la luz de criterios establecidos en la normatividad institucional, en la Declaración de Derechos Humanos, en los Derechos Constitucionales y en principios pedagógicos éticos (19)

Fundamentos Bioéticos de la Relación Odontólogo-Paciente.

Uno de los grandes problemas con el que se enfrenta la Bioética en Odontología, está 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? Los investigadores que han iniciado en el proceso de familiarizarnos con la Bioética, llegan 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 impropia. 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

axiología 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 93 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. (29)

¿Por qué debería incluirse la bioética en el pensum de estudios de la Facultad de Odontología?

El debate sobre si la bioética debe dictarse dentro o fuera del currículo universitario y si realmente es relevante en la formación de los profesionales radica en que debemos resolver si la bioética es o no un conocimiento indispensable para el efector de salud. Paulina Taboada(45) expresa que la ética médica responde a una experiencia humanabásica y universal y no meramente a la fuerza de una moda. La ética es una manera de valorar acciones humanas relacionadas con los dilemas éticos que plantea el ejercicio de la medicina contemporánea. Eduardo Rodríguez (46) sostiene que el médico, y todo profesional relacionado con el arte de curar, debe ser educado en ética médica, formando su carácter moral. Para generar conocimientos, habilidades y actitudes, además de este carácter moral referido a lo aptitudinal, se requiere un proceso educativo gradual, tanto en contenidos como en tiempo de cursado, que acompañe al alumno en sus materias a lo largo de todo el currículo. Desde su etapa de estudiante, el odontólogo se enfrenta diariamente con dilemas y su formación ética le aportará un enfoque más humanitario y humanístico. Esta formación adquiere una mayor eficacia dentro de los primeros años de estudio y no en el posgrado. También es interesante destacar que la bioética, como materia básica o clínica, debería englobar conocimientos generales y prácticos de manera dinámica y aplicable, para interesar a un tipo de alumno que cursa una carrera eminentemente biotécnica. Se trata de introducir tempranamente al alumno en el nexo entre dos mundos: valores éticos y hechos biológicos, e invitarlo a transitar este puente como espacio de reflexión, promoviendo el trabajo interdisciplinario. Nuevas demandas profesionales que justifican la inclusión de la asignatura de bioética en la enseñanza de pregrado

- Conocer los límites éticos de su praxis respecto de los avances de la tecnología.
- Reconocer los nuevos problemas que se plantean a raíz del avance de la tecnología y resolverlos con la mirada bioética.
- Entender el nuevo código de la relación odontólogo- paciente, reconociendo al paciente como persona en su dignidad, respetando su autonomía a través del consentimiento informado y la creciente horizontalización de esta relación.
- Conocer y aplicar en investigación sobre seres humanos normas vigentes de respeto por la vida y salud.
- Introducir en las asociaciones profesionales el conocimiento y respeto por los principios y valores de la bioética.
- Distribuir con justicia la asignación de recursos en el área de gestión en salud.
- Realizar auditoría en salud con fundamentos bioéticos.
- Participar activamente en los comités de bioética hospitalarios e institucionales, conociendo los mecanismos de toma de decisiones con una actitud de diálogo, apertura, tolerancia y juicio crítico.
- Promover la existencia de comités de bioética y ética de la investigación.
- Entender la interdisciplina como una necesidad real.
- Aplicar y transmitir el código de ética profesional.
- Conocer la situación actual en Odontología legal y forense.
- Conocer de bioseguridad en Odontología, como normas sanitarias para evitar la transmisión de infecciones y la regulación de desechos tóxicos. Estas nuevas demandas profesionales abarcan todos los ámbitos del quehacer profesional, generando así un nuevo perfil del egresado:

Tras la formación en bioética, el odontólogo deberá ser capaz de:

- Re jerarquizar la relación odontólogo-paciente centrada en la persona y su dignidad.
- Resolver en forma argumentada los conflictos éticos que aparezcan en su práctica profesional.

- Participar en forma significativa, con apertura y juicio crítico, en comités de bioética y/o de investigación.
- Respetar los límites éticos en investigación.
- Poseer juicio crítico para decidir en el ámbito de las asociaciones profesionales, deontológicas, gremiales y/o gubernamentales, con elementos de argumentación basados en los fundamentos bioéticos.
- Trabajar en equipos inter y transdisciplinarios en forma civil, pluralista, racional y procedimental.
- Entender los avances de la tecnología en beneficio del paciente y de la sociedad.
- Divulgar estos nuevos principios a pacientes, colegas, instituciones y alumnos.

La ubicación temporal de la asignatura debería responder a la complejidad de los contenidos que el alumno está cursando, vale decir, conjuntamente con las materias básicas en el segundo o tercer año se dictaría “bioética fundamental fundamental” y, en el último semestre o año, “bioética clínica” con las especialidades clínicas.

Otra posibilidad de ubicación temporal sería atravesar con el tema todas las especialidades o materias afines (como interdisciplina, en unidades o ejes temáticos, en forma fragmentada o aplicada a los contenidos de cada una de ellas). O bien, una combinación de las anteriores posibilidades. La formación en bioética comenzaría con los conceptos básicos, fundamentos de la ciencia, su historia y evolución, con el fin de lograr un lenguaje básico de comunicación, conjuntamente con las materias generales del currículo. Luego, retomaría su lugar en el último semestre de la carrera, para refrescar estos conocimientos y relacionarlos con las especialidades que se cursan en ese momento, aportando una mirada ética desde sus principios y valores, pudiendo los alumnos extraer ejemplos de su propia práctica clínica. En este nivel de la carrera, habiendo tomado contacto con las especialidades clínicas y hospitalarias, el alumno puede reconocer los conflictos éticos, identificar los principios que aparecen en ellos, realizar un análisis crítico y aplicar conceptos de interdisciplina. (16).

Inclusión de la Ética y Bioética en la Formación del Cirujano Dentista.

Muchos aspectos saltan a la vista al referirse al tema de la ética en la formación universitaria del odontólogo, por ejemplo, la imagen que debe proyectar el docente al dictar una clase, la preparación de los programas educativos sobre la base de valores en los planes curriculares de pre y posgrado, la normatividad ética en la investigación científica o, tal vez, las actitudes éticas en el quehacer diario del profesional o del estudiante. El docente universitario tiene una función fundamental en el desarrollo de proyectos educativos que faciliten el aprendizaje y en propiciar influencias positivas conducentes a la formación y desarrollo de valores en los estudiantes. Por lo tanto, “debiera ser un modelo educativo en virtud de sus cualidades personales y profesionales”. Entonces, es necesario analizar si esta condición se presenta realmente, si nuestras instituciones educativas preparan un personal docente que cumpla con esta misión y si la selección de este recurso humano es la más adecuada. En la mayoría de facultades se capacita al docente en conocimientos actualizados en odontología y en técnicas didácticas. Sin embargo, es difícil encontrar talleres sobre temas de socialización para una mejor comunicación docente-alumno, aplicación y discusión de criterios éticos y en la práctica profesional o aspectos bioéticos en la investigación científica, entre otros. Cabe preguntarnos si se está preparado, como docente, para orientar correctamente al alumno en su práctica diaria, en la cual deberá enfrentar nuevos problemas sociales, profesionales y éticos. Es pues inminente un cambio de paradigma, para que el profesor integre la enseñanza de conocimientos y destrezas en odontología con motivación hacia la autocrítica, trabajo en equipo y reflexión en dilemas éticos. (14).

Reseña Histórica de la Facultad De Odontología de la Universidad De San Carlos De Guatemala.

Los estudios de Odontología se iniciaron en Guatemala en forma organizada con la fundación del Instituto Dental como una dependencia de la facultad de medicina, cirugía y farmacia, el 1 de mayo de 1895, por decreto legislativo No. 297. La universidad de San Carlos de Guatemala funcionaba en ese entonces bajo la dirección del Ministerio de Instrucción Pública. En 1926 al producirse la reorganización de la universidad, con la separación de la Facultad de Medicina y Cirugía de la de Farmacia, fue establecida la escuela de Odontología como una unidad de la Facultad de Ciencias Médicas. Posteriormente el 1 de abril de 1940, se creó la Facultad de odontología por decreto gubernativo No. 2336. Su junta directiva se instaló el 09 de abril y tuvo

como sede el edificio que ocupaba anteriormente la Escuela Dental. De esa manera, la Facultad de odontología desarrolló sus actividades hasta el año 1965, durante el cual se dio inicio a una modificación en su plan de estudios que tenía como una de sus principales características la realización sistemática, gradual y creciente de experiencias docentes con la comunidad, concluyendo con la realización del programa de Ejercicio Profesional Supervisado, que vino a constituir el 6°. Año de la carrera. Asimismo, los dos primeros años se incorporaron al denominado Departamento de Estudios Básicos que más tarde se identificaría como Departamento de Estudios Generales. Ello significó que los estudiantes de Odontología se integraban efectivamente a su Facultad hasta el Tercer año de sus estudios universitarios. En el año de 1968, al desaparecer el Departamento de Estudios Generales, los estudiantes de odontología de 1ro. y 2do. Años se incorporaron a la Facultad de Ciencias Médicas por medio de un convenio que se estableció entre las Juntas Directivas de ambas Facultades. Sin embargo, a través de los años fue señalándose que la formación que se impartía no llenaba las expectativas de los futuros odontólogos, ya que estaba dirigida a formar profesionales de la medicina general. Esta situación generó la conformación de varias comisiones, desde hace más de quince años, las cuales recomendaron que los dos primeros años se impartieran en la Facultad de Odontología. Así, en 1993 se conoció el informe de una comisión específica, conformada con el objeto de analizar la situación del currículo de la Facultad. Dicho informe evidenció un desfase en la formación del profesional de la Odontología: el estudiante ingreso realmente a este campo a nivel del tercer año de la carrera, situación que obligaba a desarrollar los contenidos de la estomatología únicamente en los restantes cuatro años de la carrera, incluido el sexto año que comprende el Programa de Ejercicio Profesional Supervisado. Lo anteriormente expuesto resultó en una acumulación de carga teórica, laboratorios y práctica clínica a partir del tercer año, incidió negativamente en la formación del estudiante y en la distribución del tiempo, ocasionó frustración de los sectores docente y estudiantil y generó hacinamiento e incremento de la repotencia estudiantil. En 1993, la Universidad de San Carlos de Guatemala publicó los resultados del estudio denominado Evaluación del Sistema Educativo de la Facultad de Odontología; el cual fue elaborado por la Coordinadora General de Planificación y el Instituto de Investigaciones y Mejoramiento Educativo. Con base en una encuesta efectuada con egresados de la Facultad, encontró algunas deficiencias en la formación profesional del egresado. Además, se llevaron a cabo reuniones de trabajo en las cuales participaron estudiantes, profesores, directores, coordinadores y autoridades de la Facultad quienes realizaron una evaluación del pensum y los

contenidos temáticos a efecto de complementar el nuevo diseño curricular. Con base en lo previamente expresado y lo contenido en los Artículos 108 y 110 de los Estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Junta Directiva de la Facultad de Odontología aprobó el reordenamiento curricular correspondiente, según consta en el punto primero del acta 24495 del 29 de noviembre de 1995. Como resultado de un seminario realizado en 1995, los participantes, profesores, autoridades y estudiantes, definieron la finalidad de la Facultad de Odontología de la manera siguiente: "Orientar el proceso de enseñanza-aprendizaje hacia la formación de recursos humanos estomatológicos adecuados para Guatemala, con una base científica sólida y con capacidad para aplicar teórica y prácticamente el enfoque científico y tecnológico para la búsqueda de soluciones a los problemas del ejercicio de la profesión, **bajo normas éticas** y de servicio que, mediante la aplicación de medidas preventivas e integrales, logren un impacto eficaz en el mejoramiento de la salud bucal de la mayoría de guatemaltecos, contribuyendo con ello a elevar su calidad de vida." Un nuevo seminario realizado en 1998 aprobó, además de lo anterior, la recomendación de que la Facultad de Odontología realice los esfuerzos necesarios para definir sus estudios de posgrado y efectúe las propuestas y programas correspondientes. (39).

Revisión curricular de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

a) Objetivo General de la Facultad de Odontología.

Proporcionar las condiciones adecuadas para que el estudiante obtenga los conocimientos y desarrolle habilidades intelectuales y psicomotoras, hábitos y actitudes esenciales para el ejercicio de una estomatología técnica, científica, ética y socialmente adecuada para Guatemala, que tome en consideración el ambiente total y que otorgue los servicios de salud estomatológicos más eficaces y eficientes, tanto de carácter individual como colectivo.

b) Objetivos Terminales del Profesional en Estomatología.

El currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala está diseñado de tal forma que permite que el egresado pueda promover la salud bucal, preferentemente de la población guatemalteca, así como obtener una formación de carácter

general universitario para participar como individuo y como ciudadano en la sociedad. Para el efecto **se estimula el desarrollo de valores y actitudes** y la adquisición de conocimientos y habilidades psicomotoras con énfasis en la estomatología. Basado en principios preventivos, éticos, estéticos, sociales, humanísticos, científicos y tecnológicos, el egresado de la carrera de Cirujano Dentista debe ser capaz de:

1. Aplicar los principios de la ciencia y la tecnología en la práctica profesional de la estomatología.
2. Demostrar aprecio y respeto hacia la sociedad y el ambiente, contribuyendo positivamente con iniciativas y propuestas para su protección y desarrollo.
3. Describir el desarrollo, estructura y función de los distintos órganos y sistemas que integran el cuerpo humano en estado de salud, haciendo énfasis en el sistema estomatognático.
4. Identificar las alteraciones de desarrollo, estructura y función del sistema estomatognático en vinculación con las condiciones de salud y enfermedad de individuos y comunidades
5. Recordar, comprender, aplicar, analizar y sintetizar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las patologías prevalentes que afectan el sistema estomatognático.
6. Aplicar la tecnología y los mecanismos existentes para la prevención y tratamiento de entidades clínicas que afectan el sistema estomatognático.
7. Establecer comunicación con distintos grupos de población y con otros miembros del equipo de salud, para lograr una adecuada relación que favorezca las acciones destinadas a promover, recuperar y mantener la salud del sistema estomatognático.
8. Aplicar principios de administración y evaluación de los sistemas de prestación de servicios estomatológicos en las diferentes modalidades en las que se ejerce la profesión.
9. Analizar el problema social de la población guatemalteca en lo relativo a salud bucal, para proponer soluciones ante las enfermedades prevalentes tanto en el aspecto individual como en el colectivo.
10. Conocer y describir críticamente la historia nacional, así como el proceso histórico de la estomatología.
11. Conocer las leyes que rigen el ejercicio profesional de la estomatología en Guatemala.
12. Evaluar críticamente la información estomatológica y contribuir a su difusión.
13. Valorar las diversas manifestaciones de la cultura.
14. Formular y evaluar proyectos del campo estomatológico que sustenten gestiones financieras, académicas, de investigación y de prestación de servicios.

15. Utilizar un idioma extranjero como instrumento para manejo e interpretación de textos que le permita analizar la información científica.
16. Demostrar actitudes positivas y hábitos de superación profesional.
17. **Actuar éticamente y promover los derechos humanos en el ejercicio profesional.**
18. Aplicar conocimientos de odontología forense.
19. Utilizar técnicas educativas para contribuir con la población guatemalteca en la solución de los problemas estomatológicos.
20. Identificar los diferentes aspectos de la conducta humana relacionados con la estomatología y aplicar las técnicas pertinentes.

c) **Departamento de Educación Odontológica:** Incluye actividades dentro de los cuatro grandes renglones siguientes: currículum, enseñanza aprendizaje, investigación y otros servicios.

Los Objetivos del Departamento de Educación Odontológica, entre otros son:

1. Promover el desarrollo curricular a través de actividades de innovación, planificación, asesoría, programación, coordinación y evaluación del plan de estudios y su ejecución práctica.
2. Fortalecer, innovar, transformar, planificar, programar y evaluar las actividades de enseñanza-aprendizaje.
3. Impulsar la investigación universitaria orientada al fortalecimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, a la creación de material docente, al conocimiento y explicación de los problemas de salud bucal de la población, al planteamiento de nuevas y mejor soluciones, a la problemática de salud y a la evaluación del impacto de currículo sobre esta problemática.
4. Colaborar en el desarrollo de las actividades de extensión de la Universidad en los niveles:
 - a. Intra-universitarios encaminados a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje, a crear material docente, a fortalecer la investigación y a obtener recursos para la Universidad
 - b. Extra-universitarios, encaminados a asesorar y cooperar en la solución de problemas nacionales.

d) **Dirección de Clínicas:**

Coordina y dirige las acciones y los recursos físicos y humanos que dispone la Facultad de Odontología para atención intramural de pacientes que requieren tratamiento odontológico. Las secciones que la conforman son: secretaría donde se lleva el control de actividad clínica realizada

por los estudiantes. Servicio Social, oficina que se encarga de atender las solicitudes de descuentos y/o financiamiento para los tratamiento de pacientes de escasos recursos. Archivo e Información, Dos Dispensarios de Materiales Dentales, Mantenimiento de Equipos.

Definición:

La Unidad de Clínicas es una dependencia de la Facultad de Odontología, ubicada en el edificio M-1 de la Ciudad Universitaria, donde se realiza la práctica clínica intramural de los estudiantes de la carrera de Odontología. Específicamente, unidad de clínicas dirige las actividades administrativo-docentes en coordinación con cada una de las disciplinas de la odontología que requieren aplicación práctica.

Objetivo:

Normar la Actividad Clínica Intramural, coadyuvando en el desempeño y desarrollo de la Actividad Clínica de los Odontólogos Practicantes promoviendo la consolidación de sus habilidades intelectuales, hábitos y actitudes esenciales para el ejercicio de una Odontología científica, técnica, ética y culturalmente adecuada a nuestro país.

Funciones:

1. Consolidar durante el desarrollo de la Actividad Clínica los conocimientos teóricos y preclínicos previamente adquiridos, enriqueciéndolos, acrecentándolos y relacionándolos clínicamente.
2. Exponer durante la Actividad Clínica a los Odontólogos Practicantes a vivencias clínicas semejantes a las que afrontarán en el ejercicio de su profesión.
3. Orientar a los Odontólogos Practicantes durante el desarrollo de la Actividad Clínica en técnicas y procedimientos científicos que le permita atender y solucionar los problemas de salud bucal que presentan sus pacientes.
4. Inculcar en los Odontólogos Practicantes durante el desarrollo de la Actividad Clínica, la atención integral del paciente como ser humano; buscando evidenciar a la persona como fin y nunca como un medio, respetando el principio de igualdad en dignidad y valor.
5. Evidenciar en el trato con pacientes la estrecha relación que existe entre la cavidad bucal y el resto del organismo.

6. Exponer a los Odontólogos Practicantes durante el desarrollo de la Actividad Clínica, a la experiencia de realizar un tratamiento integral en un paciente, afirmando la relación que existe entre disciplinas.
7. Desarrollar en los Odontólogos Practicantes el manejo administrativo de la papelería de los pacientes que tengan asignados, de acuerdo a las normas vigentes.
8. Garantizar que todos los Odontólogos Practicantes que opten al Programa de Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) posean los conocimientos teóricos y prácticos en las diferentes disciplinas de la odontología.
9. Crear un mecanismo idóneo de retroalimentación en el proceso enseñanza-aprendizaje al Pensum de la carrera de odontología.

e) Departamento de Educación Odontológica:

Definición:

El Depto. de Educación, es una dependencia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, sus actividades principales se dirigen al currículo, la enseñanza-aprendizaje, la investigación y la extensión.

Objetivo:

5. Promover el desarrollo curricular a través de actividades de innovación, planificación, asesoría, programación, coordinación y evaluación del plan de estudios y su ejecución práctica.
6. Fortalecer, innovar, transformar, planificar, programar y evaluar las actividades de enseñanza-aprendizaje.
7. Impulsar la investigación universitaria orientada al fortalecimiento del proceso de enseñanza-aprendizaje, a la creación de material docente, al conocimiento y explicación de los problemas de salud bucal de la población, al planteamiento de nuevas y mejor soluciones, a la problemática de salud y a la evaluación del impacto de currículo sobre esta problemática.
8. Colaborar en el desarrollo de las actividades de extensión de la Universidad en los niveles:
 - a. Intra-universitarios encaminados a desarrollar el proceso enseñanza-aprendizaje, a crear material docente, a fortalecer la investigación y a obtener recursos para la Universidad
 - b. Extra-universitarios, encaminados a asesorar y cooperar en la solución de problemas nacionales de salud.

Función:

Para alcanzar los objetivos propuestos, el Depto. de Educación Odontológica desarrolla las funciones siguientes:

1. A nivel de currículum:

- a) Evaluación y retroalimentación del currículum, incluyendo la elaboración de nuevos modelos para tales efectos.
- b) Elaboración y aplicación de nueva metodología, incluyendo:
- c) Modelos para el diagnóstico, cambio, innovación, transformación o sustitución, sistematizados de programas educativos
- d) Paradigmas para planear, implementar y evaluar reformas curriculares.
- e) Colaboración en el estudio y formulación de soluciones, elaboración de dictámenes, informes y proyectos relativos a problemas curriculares.
- f) Realizar estudios, asesorías y dictámenes sobre la enseñanza-aprendizaje de los aspectos teórico-clínicos del currículo.

2. A nivel de enseñanza-aprendizaje:

- a. Impulsar la formación de profesionales de la Odontología, de acuerdo con las necesidades y características expresadas en el currículum y las de la población guatemalteca.
- b. Desarrollar programas de formación de personal auxiliar con funciones tales como promotores rurales en salud bucal, operatoristas, asistentes dentales y otros tipos.
- c. Desarrollar material docente y experiencias de enseñanza-aprendizaje apropiados a los programas, sin descuidar su renovación e innovación.
- d. Transferir conocimientos y tecnología odontológica a la población.
- e. Aplicar críticamente las técnicas odontológicas modernas sobre la base de la propia problemática de salud general y bucal enfocada ética, integral y científicamente.
- f. Enfatizar con suficiencia los aspectos metodológicos del aprendizaje y la investigación.
- g. Participación en la ejecución del proceso de enseñanza-aprendizaje de actividades intra y extramurales.
- h. Formación a estudiantes y profesores en la práctica de la metodología científica.
- i. Enseñanza-aprendizaje individualizado dentro del proceso de asesoría de investigación.

3. A nivel de Investigación:

- a. Proponer el plan institucional de investigación estomatológica y las estrategias para llevarlo a cabo.
- b. Impulsar programas de investigación orientadas al estudio y solución de la problemática de salud bucal en Guatemala y vinculados, en los casos pertinentes, a las aplicaciones de enseñanza-aprendizaje y de servicio de la Facultad de Odontología.
- c. Investigar los principales problemas de salud bucal de las poblaciones guatemaltecas de acuerdo a su contexto socio-económico-cultural.
- d. Investigar el diseño de sistemas de otorgamiento de servicios odontológicos de amplia cobertura y adecuada para las poblaciones guatemaltecas.
- e. Investigar la simplificación, modificación y evaluación de técnicas, equipos e instrumentos odontológicos apropiados para Guatemala, y que adicionalmente contribuyan a reducir la dependencia económica de Guatemala con respecto a otros países, así como la fuga de divisas y estimular el desarrollo de la industria nacional.
- f. Investigar diseños curriculares para la formación eficaz de recursos odontológicos en Guatemala.
- g. Investigar modalidades eficaces de enseñanza aprendizaje para la formación de recursos humanos odontológicos en Guatemala y para la educación al público en salud bucal.
- h. Representar a la Facultad de Odontología como Unidad de Investigación ante las diferentes Comisiones Universitarias y Extrauniversitarias.

4. A nivel de extensión:

- a. Impulsar el desarrollo, aplicación y evaluación de programas de amplia cobertura y bajos costos para la población guatemalteca vinculados con la formación de recursos humanos y dirigidos a grupos de población con énfasis en la población rural y en la urbano marginada.
- b. Impulsar el desarrollo, aplicación y evaluación de programas cooperativos de servicio con otras instituciones gubernamentales, autónomas, privadas de otra índole que estén vinculadas o interesadas en el campo de la salud.
- c. Colaboración en el diseño de nuevos sistemas de otorgamiento de servicios odontológicos.
- d. Impulsar la participación activa, pertinente, eficaz y cada vez mayor de las poblaciones guatemaltecas en el estudios de la problemática de salud bucal en la aplicación y evaluación de

medidas tendientes a solucionarlas, con modalidades apropiadas a sus características socio-económico-culturales.

e. Representar a la Facultad de Odontología en actividades intra y extra universitarias.

5. A nivel de administración:

a. Optimizar y racionalizar el uso de los recursos de la Facultad de Odontología para que éstos sirvan con eficiencia máxima a las actividades de enseñanza aprendizaje, en investigación y extensión.

b. Elaborar, coordinar e implementar proyectos de desarrollo de la Facultad de Odontología.

Perfil de egreso deseado por carrera a nivel de pregrado, grado y posgrado.

El currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala está diseñado de tal forma que permite que el egresado pueda promover la salud bucal, preferentemente de la población guatemalteca, así como obtener una formación de carácter general universitario para participar como individuo y como ciudadano en la sociedad. *Para el efecto se estimula el desarrollo de valores y actitudes* y la adquisición de conocimientos y habilidades psicomotoras con énfasis en la estomatología, por ello debe ser capaz de:

- Aplicar los principios de la ciencia y la tecnología en la práctica profesional de la estomatología.
- Demostrar aprecio y respeto hacia la sociedad y el ambiente, contribuyendo positivamente con iniciativas y propuestas para su protección y desarrollo.
- Describir el desarrollo, estructura y función de los distintos órganos y sistemas que integran el cuerpo humano en estado de salud, haciendo énfasis en el sistema estomatognático.
- Identificar las alteraciones de desarrollo, estructura y función del sistema estomatognático en vinculación con las condiciones de salud y enfermedad de individuos y comunidades
- Recordar, comprender, aplicar, analizar y sintetizar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento de las patologías prevalentes que afectan el sistema estomatognático.
- Aplicar la tecnología y los mecanismos existentes para la prevención y tratamiento de entidades clínicas que afectan el sistema estomatognático.

- Analizar la problemática Nacional de la Población Guatemalteca en lo relativo a la salud bucal, para proponer soluciones ante las enfermedades prevalentes tanto en el aspecto individual como en el colectivo.
- Evaluar críticamente la información estomatológica y contribuir a su difusión.
- Conocer las leyes que rigen el ejercicio profesional de la estomatología en Guatemala.

Descripción De Cursos

g) Descripción del curso de Ética y Derechos Humanos: el curso está orientado a dar una información general sobre los Derechos Humanos y libertades fundamentales y la relación existente con la Ética. Tomando en consideración lo establecido en el título II de la Constitución Política de Guatemala y la Ley del Procurador de Derechos Humanos, la cual en su sección Séptima, artículos 93 al 100, establece el Derecho a la salud, es aquí donde el futuro odontólogo juega un papel importante como parte integral de los profesionales encargados de la salud y se les involucra directamente con lo preceptuado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud –OMS-, donde resuelve que el disfrute de las normas de salud del más alto nivel posible, constituye un derecho humano y que los estados poseen la responsabilidad de la salud de sus habitantes y que solo puede ser cumplida a través del suministro de medidas adecuadas sociales y de salud. Se analiza los derechos y deberes tanto del profesional de la salud como del paciente. Se conoce la norma jurídica y su aplicación en el campo de la salud.

Ética y Derechos Humanos 2208

Horas de docencia: 92 por sección

Horas de teoría: No indica

Horas de laboratorio: No Indica

Unidad I.

1 Conceptos Básicos:

2 Fundamentos Filosóficos.

3 Definiciones

4 Evolución Histórica.

Unidad II.

5 Organización Internacional.

6 Antecedentes de la Organización Internacional.

7 ONU.

8 OEA.

9 Organización Internacional y los Derechos de la Salud.

10 OMS.

11 OPS.

Unidad III.

12 La Protección Internacional de los Derechos Humanos:

13 Carta Magna 1215.

14 Declaración del Buen Pueblo de Virginia 1776.

15 Declaración de Derechos del Hombre del Ciudadano 1789.

16 Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre 1948.

17 Declaración Universal de Derechos Humanos 1948.

18 Pactos Internacionales de Derechos Humanos 1976.

19 Convención Americana Sobre Derechos Humanos 1978.

20 Los Tratados y convenciones Internacionales de Derechos Humanos.

Unidad IV.

21 La Protección Nacional en Derechos Humanos.

22 Constitución Política de la República de Guatemala y los Derechos Humanos.

23 El Procurador de los Derechos Humanos.

24 Constitución y Tratados Internacionales de Derechos Humanos Ratificados por Guatemala.

Unidad V.

26 Acontología Estatal:

27 Los Deberes del Estado y los Derechos de la Salud.

28 Los Derechos y Deberes de los Profesionales de la Salud con respecto al Estado.

Unidad VI.

29 El Profesional de la Salud y los Derechos Humanos:

30 Los Derechos del Paciente, la Protección del Profesional de la Salud y los Derechos Humanos.

31 Pandemias y Derechos Humanos.

32 Experimentos Científicos y Derechos Humanos.

33 El Profesional de la Salud y su Compromiso con los Derechos Humanos.

Unidad VII.

34 Ética Odontológica:

35 Moral y Ética.

36 La Ética y los Derechos Humanos.

37 Bioética.

Unidad VIII.

38 Las Violaciones a los Derechos Humanos en Guatemala:

39 Pobreza, Discriminación Étnica.

40 Desapariciones Forzadas o Involuntarias de Personas.

41 Ejecuciones Extrajudiciales.

42 Tortura.

h). Coordinación de Primero y Segundo Año o Área Básica:

Ésta a su vez está compuesta por tres secciones, Sección Médico-Biológica- Estomatológica, Sección Técnico- Estomatológica, Sección Social- Humanística- Estomatológica, cada una de estas secciones tiene a su cargo los diferentes cursos que se imparten en los dos primeros años de la carrera de Cirujano Dentista. Existen algunos cursos como Anatomía de Cabeza y Cuello, Diagnóstico Básico, Microbiología, Anatomía y Morfología Dental, Oclusión, Materiales Dentales y Odontología Social, que dependen docente y administrativamente de otras áreas y departamentos de esta facultad, diferentes a la coordinación.

Definición: Unidad Administrativo-Docente en la cual se desarrollan actividades de enseñanza-aprendizaje, que permiten a los estudiantes adquirir conocimientos iniciales de naturaleza científica, técnica, social y humanística con la finalidad de comprender las leyes que rigen los fenómenos naturales y sociales y fomentar las habilidades y actitudes propias de la estomatología, la educación universitaria en general y la práctica profesional del cirujano dentista.

Objetivo: Favorecer el enlace curricular con la formación adquirida en la educación de nivel medio y servir de fundamento para las iniciativas educativas de las áreas profesionales y de aplicación de la Facultad de Odontología.

Función:

1. Facilitar el aprendizaje para resolver problemas sobre fenómenos que involucren procesos físicos, químicos, matemáticos, biológicos, psicológicos y sociales relacionados

Con el sistema estomatognático.

2. Facilitar a los estudiantes el aprendizaje para aplicar los fundamentos teóricos y los conocimientos generales acerca de la materia, sus propiedades, transformaciones y leyes que la rigen, para interpretar efectivamente los fenómenos que ocurren en el sistema estomatognático.

3. Facilitar a los estudiantes el aprendizaje para plantear soluciones científicas y técnicas efectivas de nivel básico.

4. Facilitar a los estudiantes el aprendizaje para aplicar la metodología de la ciencia para elaborar proyectos e informes a nivel básico.

5. Facilitar a los estudiantes el aprendizaje para analizar e interpretar en un nivel introductorio los problemas estomatológicos de naturaleza social.

6. Facilitar a los estudiantes el aprendizaje para comprender al ser humano como individuo con derechos y deberes dentro de la sociedad bajo los principios de la dignidad humana y aplicar los valores y la ética coherentes con tales principios.

i). Unidad de Planificación y Desarrollo Académico:

Se define la Unidad de Planificación y Desarrollo Académico (UPDEA) como el organismo responsable de brindar asesoría académica a la Junta Directiva, Decanatura, y a todas las

unidades docente-administrativas de la Facultad, así como de planificar, gestionar, investigar, evaluar, proponer y ejecutar proyectos que tiendan al desarrollo curricular y al mejoramiento de las condiciones académicas y administrativas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Forman parte de la UPDEA y dependen de la misma los Programas de:

1. Planificación y Diseño Curricular.
2. Planificación de Desarrollo Humano y Bienestar Estudiantil.
3. Planificación de Programa de Formación Docente.
4. Planificación y Administración Académica.
5. Planificación de Gestión Financiera e Infraestructura.

Objetivos:

Son objetivos de la Unidad de Planificación y Desarrollo Académico, los siguientes:

1. Coordinar, planificar y operativizar las Políticas y Directrices de Desarrollo Académico de la Facultad de Odontología, de acuerdo con las Políticas Generales de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
2. Realizar investigación y evaluación educativa tendiente a mejorar los procesos de enseñanza-aprendizaje.
3. Formular propuestas de rediseño curricular y análisis específicos relacionados con el desarrollo académico de la Facultad de Odontología.
4. Coordinar la Planificación Docente de las diferentes Áreas y Departamentos de la Facultad de Odontología.
5. Promover actividades que propicien el desarrollo integral de los profesores, estudiantes y personal administrativo de la Facultad de Odontología.
6. Implementar la formación científica, tecnológica y humanística de los profesores, estudiantes y personal administrativo de la Facultad de Odontología, a través de la gestión de Programas de Capacitación y de Cooperación e Intercambio Académico.
7. Implementar un registro permanente y actualizado de las actividades de capacitación diseñadas por la UPDEA que sirva para la acreditación y el otorgamiento de estímulos al personal docente de la Facultad de Odontología.

8. Diseñar y coordinar conjuntamente con los Directores de Área y/o Departamento la utilización de la infraestructura física necesaria para desempeñar satisfactoriamente las funciones académicas de la Facultad de Odontología.
9. Participar en la programación y calendarización anual de las actividades académicas, así como en el diseño del presupuesto anual de la Facultad de Odontología.
10. Asesorar, diseñar e implementar un Plan Estratégico de acción en lo referente a gestión financiera y utilización de recursos de la Facultad de Odontología.
11. Fortalecer los procesos de evaluación para la admisión de los estudiantes de primer ingreso a la Facultad de Odontología.
12. Formular un programa de formación para profesores con base a los resultados de la Evaluación Docente

Funciones:

1. Promover, coordinar y supervisar las actividades de Formación Docente, Bienestar Estudiantil, Diseño Curricular, Administración Académica y Desarrollo Integral de la Facultad de Odontología.
2. Asesorar a la Junta Directiva, al Decano y al Consejo Académico de la Facultad de Odontología en materia de desarrollo curricular.
3. Evaluar la planificación, ejecución y evaluación del pensum de estudios de la Facultad de Odontología.
4. Realizar estudios y elaborar propuestas que contribuyan al mejoramiento de los procesos de enseñanza y aprendizaje.
5. Proponer ante la Junta Directiva de la Facultad de Odontología, Programas de Formación y Desarrollo del Profesor Universitario (de acuerdo a lo establecido en el Capítulo XII, Artículo No. 62 y 63 del ECUPA), dirigidos hacia la capacitación científica, técnica y humanística del personal docente.
6. Gestionar ante los organismos de cooperación nacional e internacional, oportunidades de capacitación para el personal docente, estudiantes y personal administrativo de la Facultad de Odontología.
7. Elaborar dictámenes a solicitud del Decano y de los Organismos de Dirección de la Facultad de Odontología.
8. Elaborar y coordinar el Plan Estratégico de Desarrollo de la Facultad de Odontología.

9. Representar a la Facultad de Odontología ante el Consejo de Planificación de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Pensum de Estudios de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala año 2012.

Primer año.

1101 Biología

1103 Química

1108 Histología General

1109 Estadística Básica

1112 Fisicomatemáticas

1113 Anatomía Humana

1114 Comunicación y Redacción Científica

Segundo año.

2202 Morfología y Anatomía Dental

2203 Bioquímica

2205 Estadística

2206 Materiales Dentales

2208 Ética y Derechos Humanos

2210 Microbiología General

2216 Diagnóstico I

2217 Fisiología Humana

Tercer año.

3302 Patología I

3303 Cirugía y Farmacología I

3309 Periodoncia I

3311 Odontología Preventiva y Social

3312 Operatoria Dental

3313 Prótesis I

3314 Oclusión I

3315 Diagnóstico II

Cuarto año.

4272 Patología II

4420 Cirugía y Farmacología II

4425 Odontopediatría

4426 Odontología Preventiva y Social

4427 Operatoria Dental II

4428 Prótesis II

4429 Diagnóstico III

4430 Endodoncia

4431 Oclusión II

Quinto año.

5302 Prótesis III (Removible)

5411 Biomateriales

5412 Clínica Estomatológica

5505 Cirugía y Farmacología III

5507 Restaurativa

5508 Odontología Preventiva y Social III

Sexto año.

6327 Administración del Consultorio

6329 Actividad Clínica Integrada

6330 Investigación Única en el Programa de E.P.S

6331 Seminarios Regionales y Educación a Distancia

6332 Prevención De Enfermedades Bucales

6334 Actividades Comunitarias.

Concepción de la Bioética y Situación Académica Actual en la Facultad De Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Con relación a los planes de estudio, es poco común encontrar cursos de ética o de bioética presentes en los planes curriculares de Odontología. Actualmente existe en el segundo año de la carrera de Cirujano Dentista de la universidad de San Carlos de Guatemala el curso de Ética y Derechos Humanos, específicamente en la unidad 7 que abarca la temática: Ética Odontológica, Moral y Ética, La Ética y los Derechos Humanos, y Bioética Tradicionalmente, se han incluido cursos de ética y Derechos Humanos, odontología Legal y Deontología en el curso de Odontología Socio Preventiva y es allí donde se incorpora información de aspectos relacionados con los códigos de ética odontológicos, En otros casos, se incluye información ética y bioética como capítulos inmersos en otras asignaturas. Rolando Ríos Orellana, concluye que El concepto de bioética no es comprendido por la mayoría de estudiantes de 4to. y 5to. años de la carrera de Odontología, por lo que tampoco conocen cuáles son sus principios básicos, ni la aplicación de éstos en la atención a los pacientes, así mismo recomienda que las autoridades de la Facultad de Odontología reconozcan los principios bioéticos y los introduzcan en el pensum de estudios para una mejor y más completa formación del futuro odontólogo (28).

Justificación de una Propuesta Educativa en Bioética.

Desde su surgimiento en EEUU a comienzos de los años 70, la bioética se difundió al mundo entero a través de comités de bioética establecidos en los hospitales públicos y privados o instituciones gubernamentales y organismos internacionales, pero fundamentalmente también desde los centros de bioética vinculados sobre todo a los ámbitos universitarios, contando con una gran producción investigativa y bibliográfica. Desde estos centros se ha ido dando también un creciente desarrollo de formación de jóvenes estudiantes y profesionales provenientes del ámbito de la salud. Vidal señala al respecto que: El desarrollo de la llamada Bioética Institucional es un capítulo de suma importancia para comprenderla forma en la que este discurso se fue instalando en los debates no solo de EEUU sino en los de gran parte del mundo. Desde su nacimiento no pasó mucho tiempo hasta que se comenzaron a desarrollar una gran cantidad de Instituciones que se ocuparon de la promoción, extensión y educación de la Bioética (Vidal, 2007

p.2). Agrega la autora que este desarrollo tuvo principalmente una modalidad académica, otra normativa y la última que denomina como espontánea. Es esta última modalidad la que ha predominado en América Latina. Al respecto afirma que “grupos que se auto constituyen por vocación o voluntad en un hospital o una unidad académica y comienzan a trabajar en la temática para posteriormente interactuar con otras estructuras mayores” .Esta es la clara experiencia de gran parte de los países de la región donde las Instituciones de bioética han ido surgiendo espontáneamente. Sea cual fuere la modalidad es un hecho que la necesidad de la enseñanza de la bioética se acrecienta. Así queda expresada por la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, la cual en su artículo n° 23 afirma que: Para promover los principios enunciados en la presente Declaración y entender mejor los problemas planteados en el plano de la ética por los adelantos de la ciencia y la tecnología, en particular para los jóvenes, los Estados deberían esforzarse no sólo por fomentar la educación y formación relativas a la bioética en todos los planos, sino también por estimular los programas de información y difusión desconocimientos sobre la bioética (39).

VI. OBJETIVOS.

Objetivo General:

Describir la situación actual del estado del proceso enseñanza-aprendizaje y de la práctica de la bioética en los estudiantes del cuarto y quinto años de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Objetivos Específicos:

- a. Revisar el Currículum y Pensum de Estudios de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala para determinar si se concibe la ética, los valores y los principios bioéticos como parte de los objetivos de la Facultad de Odontología y si se mencionan los conceptos básicos de los mismos en el pensum de estudios de la carrera.
- b. Determinar la concepción de la Bioética en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala con Docentes, Estudiantes y Pacientes de la clínica dental, por medio de cuestionarios y entrevistas.
- c. Analizar el comportamiento Bioético en la relación Odontólogo Practicante-Paciente en la práctica clínica y si aplican principios Bioéticos.
- d. Establecer cómo el paciente percibe el trato del odontólogo practicante y cómo ve afectada su relación mediante una entrevista y percibir sus esperanzas y expectativas.

VII. VARIABLES.

Las variables en cuanto al principio bioético se refiere a:

- a) Como se encuentra la situación actual del proceso enseñanza-aprendizaje y práctica de la Bioética en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- b) Concepción de la Bioética en las Autoridades Facultativas, Docentes, Estudiantes y Pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- c) Percibe el paciente el trato del odontólogo practicante y cómo ve afectada su relación, se debe analizar el Currículum y Pensum de Estudios de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

VIII. MATERIALES Y METODOS.

Este estudio es de tipo cualitativo, exploratorio descriptivo y transversal.

Se dividió en cinco fases:

1. Análisis y estudio bibliográfico pertinente y relacionado al tema de investigación.
2. Análisis del Currículum y Pensum de Estudios de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y así evaluar la metodología de enseñanza aprendizaje de la bioética y sus principios o si no se imparte la temática en cuestión.
3. Elaboración de encuestas con preguntas cerradas sobre bioética y ética médica, dirigidas a una muestra de cuarenta estudiantes elegidos aleatoriamente, veinte del cuarto año y veinte del quinto año de la carrera de cirujano dentista y veinte encuestas a Docentes que brindan instructoría clínica, en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
4. Elaboración de entrevistas con preguntas abiertas sobre el trato y atención que reciben dirigida a veinte pacientes que asisten a recibir tratamiento dental en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
5. Observación clínica a 10 estudiantes de la Facultad de Odontología, si aplican principios bioéticos y éticos médicos en el trato y atención que brindan a los pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Todos fueron seleccionados aleatoriamente antes o después de ser atendidos por el odontólogo practicante momento en el cual se les solicitara la aplicación a la entrevista

Materiales Físicos:

- a) Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- b) Entrevista a Docentes que imparten Instructoría Clínica.
- c) Entrevista para recolección de datos en Estudiantes y Pacientes Integrales.
- d) Grabadora.
- e) Computadora.
- f) Impresora.
- g) Materiales de oficina hojas, lapiceros.

Humanos:

- a) Investigadores
- b) Odontólogos asesores
- c) Odontólogos revisores
- d) Docentes, Estudiantes y pacientes que conforman la muestra.

IX. PROCEDIMIENTO:

Los datos se recogieron mediante la elaboración y aplicación de un cuestionario, este contenía preguntas abiertas para los pacientes y preguntas cerradas para docentes y estudiantes, el cual se designó cuestionario de averiguación, con el fin de precisar ciertos parámetros y su respectivo análisis cualitativo, junto al instrumento de recogida se remitió el consentimiento informado, el cual aclara los objetivos, la metodología, el compromiso de ocultar las identidades y la publicación de los datos obtenidos con el presente trabajo. El ámbito de estudio abarcó al personal docente y estudiantes de la Facultad de Odontología del 4to y 5to año así como pacientes que asisten de las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Para la entrevista en pacientes, se usó un procedimiento cualitativo muestral no probabilístico, ya que se trataba de percibir el conocimiento de los principios Bioéticos, si se aplican y caracterizar el comportamiento biótico en la relación odontólogo practicante y paciente visto desde una perspectiva humana. Ya que se trata de un muestreo estructurado se determinó un número fijo de 20 pacientes a entrevistar los cuales abarcan el universo de pacientes en las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se realizó una observación no participativa individual, del proceso clínico, la misma se realizó en 10 estudiantes escogidos aleatoriamente del 4º hasta 5º año de la carrera de cirujano dentista, que regularmente asisten a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala y que en ese momento se encontraban, realizando el protocolo de atención al paciente, esta técnica tuvo la finalidad de obtener un análisis de forma directa del comportamiento de las personas estudiadas. Los resultados fueron presentados en forma cualitativa mediante un instrumento recolector de datos, los cuales aportaron distintas conclusiones en cuanto a la aplicación de los principios bioéticos en la relación odontólogo practicante- paciente. Se realizó una observación descriptiva de campo, para que no existiera sesgo en la investigación se solicitó previamente autorización a la Secretaria Académica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la cual informo al personal Docente y Dirección de Clínicas(ver en Anexos) su colaboración en la realización en el trabajo de campo y así observar en la muestra de estudiados observados, su comportamiento, actitudes en la relación odontólogo practicante hacia su paciente.

X. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS, INTERPRETACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

El presente trabajo se realizó en cuatro secciones. En la primera sección se abordó el tema del análisis curricular, sobre la situación actual del proceso enseñanza-aprendizaje de la bioética en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se realizó una técnica de revisión documental a través de la verificación de contenidos y objetivos bioéticos en el curriculum y los programas pedagógicos de los cursos vigentes por medio de una investigación descriptiva, se consideraron como fuentes de información el curriculum y todos los programas de cursos del pensum de estudio 2013 desde el primero hasta el sexto año de la carrera, los cuales fueron suministrados por la Secretaría Académica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala en versión digitalizada. En la segunda sección se efectuó la identificación de conocimientos sobre principios de bioética y ética médica, el propósito fue identificar el nivel de conocimiento de los estudiantes y docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala; se efectuó un estudio descriptivo en donde se utilizó el instrumento de encuesta sobre la temática. La muestra consistió en 10 estudiantes del cuarto año, 10 estudiantes del quinto año que realizan práctica clínica y 20 docentes que brindan instructora clínica en las Clínicas Dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, en donde se les presentó una encuesta con 10 preguntas de selección múltiple con cuatro variables; previo a ello se informó mediante un consentimiento informado en el cual se les explicaba sobre el objetivo de la investigación solicitándoles su autorización a participar y que estaban en libertad de abandonar la investigación en el momento que ellos deseaban. Previamente se informó y se solicitó autorización a la Secretaria Académica de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos para realizar la investigación en las Clínicas Dentales. La tercera sección que abarca las entrevistas sobre la relación odontólogo practicante paciente, consistió en realizar entrevistas a una muestra de 20 pacientes seleccionados aleatoriamente, que asisten a recibir tratamiento dental en las clínicas dentales, para recabar información de los aspectos más sensibles y de mayor importancia que afectan la relación odontólogo practicante-paciente. Se ideó una estrategia o acercamiento de tipo cualitativo al objeto de estudio, en donde la técnica de entrevista abierta fue la más adecuada para recopilar la información que sirvió de insumo para recabar la información; previamente se les informo del estudio a realizar y se les solicito que firmaran un consentimiento

informado para participar en el estudio explicándoles que en cualquier momento podían abandonar dicho estudio. La última y cuarta sección fue la de observación. En esta fase se utilizó un instrumento recolector de información con 10 variables de estudio en el cual el objetivo principal es observar la relación del Odontólogo Practicante con el paciente, si estos aplican principios bioéticos y evaluar el protocolo de atención en la relación Odontólogo Practicante paciente. La muestra fue aleatoria de 10 estudiantes que realizan prácticas clínicas, 5 hombres y 5 mujeres. Se transcribieron actitudes, comportamiento, expresiones con respecto al servicio y atención brindada por los Odontólogos practicantes hacia sus pacientes.

Primera Sección. Análisis Curricular:

Antecedentes:

En el año 1993 se conoció el informe de una comisión específica conformada con el objeto de analizar la situación del currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, dicho informe evidenció un desfase en la formación del profesional de la Odontología (39). En el mismo año la Universidad de San Carlos de Guatemala publicó los resultados del estudio denominado Evaluación del Sistema Educativo de la Facultad de Odontología, el cual fue elaborado por la Coordinadora General de Planificación y el Instituto de Investigaciones y mejoramiento educativo, con base en lo previamente expresado y lo contenido en los Artículos 108 y 110 de los estatutos de la Universidad de San Carlos de Guatemala, la Junta Directiva de la Facultad de Odontología aprobó el reordenamiento curricular correspondiente, según consta en el punto primero del acta 244-95 del 29 de noviembre de 1995. (39).

En los Objetivos Generales de la Facultad de Odontología dentro del currículo hace énfasis que *El objetivo general de la Facultad de Odontología es proporcionar las condiciones adecuadas para que el estudiante obtenga los conocimientos y desarrolle habilidades intelectuales y psicomotoras, hábitos y actitudes esenciales para el ejercicio de una estomatología técnica, científica, “ética” y socialmente adecuada para Guatemala, que tome en consideración el ambiente total y que otorgue los servicios de salud estomatológicos más eficaces y eficientes, tanto de carácter individual como colectivo.* En cuanto al Perfil de Egreso hace énfasis que el currículo de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala está

diseñado de tal forma que permite que el egresado pueda promover la salud bucal, preferentemente de la población guatemalteca, así como obtener una formación de carácter general universitario para participar como individuo y como ciudadano en la sociedad. *Para el efecto se estimula el desarrollo de “valores y actitudes” y la adquisición de conocimientos y habilidades psicomotoras con énfasis en la estomatología. Basado en principios preventivos, “éticos”, estéticos, sociales, humanísticos, científicos y tecnológicos que el egresado de la carrera de Cirujano Dentista debe ser capaz de: Actuar “éticamente y promover los derechos humanos en el ejercicio profesional”.* Por lo que se concluye que en los objetivos generales como en el perfil de egreso expresado en el currículo, existe el componente ético para la formación integral del estudiante, expresado ésta en términos del desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes basados en valores y principios éticos para el logro del perfil académico-profesional definido en la carrera. (El subrayado es nuestro).

Resultados y discusión de la revisión curricular:

La carrera de cirujano dentista de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, funciona bajo un régimen anual y tiene una duración de seis años. El pensum de estudios 2013 se ordenó considerando los principios del currículo, un total de 46 asignaturas obligatorias están distribuidas a lo largo de la carrera, el pensum de estudios ha sido estructurado en tres áreas curriculares: Coordinación de primero y segundo año o área básica con 15 cursos 32%, área profesional que comprende del tercer al quinto año de la carrera con 23 cursos 50% y el área de aplicación que comprende al sexto año de la carrera o ejercicio profesional supervisado con 6 cursos 13%. La información referente al enfoque de la bioética como *contenido programático*, se puede observar que existe para el periodo académico anual 2013 un predominio casi total de materias que no incorporaron contenidos bioéticos en su organización temática, tan sólo dos asignaturas 4.34%, Ética y Derechos Humanos del segundo año en la unidad siete denominada ética odontológica con una exposición oral de tres horas y Prótesis III del quinto año presenta contenidos de aspectos bioéticos básicos en investigación con una clase magistral de una hora, ambos presentan contenidos de bioética general pero no aplicados, así mismo estos dos cursos son los únicos que presentan *objetivos bioéticos en los programas de asignatura*, como parte de sus objetivos generales. El 95.65% de cursos no presenta objetivos específicos como

generales, se puede concluir que no hubo coherencia entre los postulados con respecto al objetivo general y perfil de egreso con respecto a las programaciones docentes de los cursos.

La Bioética como curso en el Pensum de Estudio de la Facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala no está considerada; posiblemente esto constituye uno de los aspectos que explican los resultados obtenidos en este estudio. El dominio de conocimientos bioéticos, requiere de una formación académica específica. La mayor parte de los docentes de la Facultad de Odontología no cuenta con cursos de formación en Bioética; la mayoría posee especialidades en otras disciplinas del saber. En consecuencia, esta limitante representa un posible obstáculo para programar y para administrar apropiadamente contenidos bioéticos en las distintas unidades curriculares que conforman el Pensum de Estudio. Las instituciones educativas deben capacitar a sus docentes en bioética y concienciar sobre la importancia de la inserción de la misma, dentro de los planes de estudio de cada una de las unidades curriculares. La implementación de la bioética es posible, si el profesional tiene claro los principios y objetivos de la bioética y los expresa en pruebas y prácticas de conocimiento, en los programas y los aplica diariamente.

Segunda Sección. Encuestas a estudiantes y docentes sobre principios bioéticos y ética médica.

Caracterización de la muestra:

En la tabla 1 se plantean los datos socio demográficos de los sujetos de estudio. De los estudiantes encuestados, 60% es de sexo femenino esto demuestra la representatividad de la muestra, según datos de la oficina de control académico de la Facultad de Odontología el 60.6% de inscritos en el año 2012 es de predominantemente se sexo femenino y el grupo de edad que predominó fue de 20 a 25 años 50%, de los docentes encuestados 90% es de sexo masculino y el grupo de edad que predominó fue de 30-35 y de 51-55 años.

Tabla 1

Edad y sexo de estudiantes del cuarto, quinto año y docentes

edad	Estudiantes		Total	%
	Femenino	masculino		
20-25	9	1	10	50%
26-30	3	4	7	35%
31-35	0	3	3	15%
Total	60%	40%	20	100%

Docentes				
30-35	2	3	5	25%
36-40		1	1	5%
41-45		4	4	20%
46-50		4	4	20%
51-55		5	5	25%
56-60		1	1	5%
%	10%	90%		100%

Instrucción sobre Bioética:

Referente a la Instrucción sobre Bioética, en la tabla 2 se plantean los datos si recibieron algún curso o instrucción sobre Bioética. De la muestra de estudiantes 65%, reconocen que recibieron instrucción sobre bioética, manifestando que fue en el segundo año de la carrera, pero esta fue de manera muy superficial. En la muestra de docentes un 70%, no recibió instrucción sobre Bioética.

Tabla 2
Instrucción sobre bioética

sujetos	n	si	(%)	no	(%)
Estudiantes	20	13	65%	7	35%
Docentes	20	6	30%	14	70%
Total		19		21	
	40 (100%)	47.5%		52.5%	100%

Principios Sobre Bioética

No Maleficencia:

Con respecto a la tabla 3 sobre el principio de no maleficencia, fue reconocido por la mayor parte de docentes encuestados 60%, en el caso de estudiantes respondió correctamente el 40%

Tabla 3

Principio de No Maleficencia

Sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	8	40%	12	60%
Docentes	20	12	60%	8	40%
Total		20		20	
	40 (100%)	50%		50%	100%

Justicia:

Respecto al principio de Justicia es el principio más conocido tanto para la muestra de estudiantes como docentes obtenido un resultado de 75% de respuestas correctas.

Tabla 4
Principio de Justicia

Sujetos	N	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	15	75%	5	25%
Docentes	20	15	75%	5	25%
Total		30		10	
	40	75%		25%	100%
	(100%)				

Autonomía:

Sobre el principio de autonomía, fue el principio más conocido por el sector de Docentes un 95%, en estudiantes 50% reconoce este principio.

Tabla 5
Principio de Autonomía

sujetos	N	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	15	75%	5	25%
Docentes	20	15	75%	5	25%
Total		30		10	
	40	75%		25%	
	(100%)				

Beneficencia:

El principio de Beneficencia fue reconocido correctamente en un 55% en docentes, en estudiantes 45% identifica correctamente el principio de beneficencia.

Tabla 6
Principio de Beneficencia

sujetos	N	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	9	45%	11	55%
Docentes	20	11	55%	9	45%
Total		20		20	
	40 (100%)	50%		50%	%

Fidelidad:

El principio de Fidelidad es el principio que menos reconocieron los sujetos en estudio, tanto estudiantes como docentes 95%.

Tabla 7
Principio de Fidelidad

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	1	5%	19	95%
Docentes	20	1	5%	19	95%
Total		2		38	
	40 (100%)	10%		90%	

Principios de Ética Médica.

Concepto de Deontología:

En cuanto al concepto de Deontología, el comportamiento es similar en los sujetos de muestra docentes y estudiantes 65% no lo reconocen.

Tabla 8
Concepto de Deontología

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	7	35%	13	65%
Docentes	20	7	75%	13	65%
Total		14		26	
	40	35%		65%	100%
	(100%)				

Principio de “No Dañarás”.

En la tabla 9 se tiene los datos sobre el principio más antiguo cardinal de Ética Médica “No dañarás”, en la encuesta el 85% de docentes reconocen este principio, en estudiantes el principio es conocido por un 65%.

Tabla 9
Principio de “No Dañarás”

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	14	70%	6	30%
Docentes	20	17	85%	3	215%
Total		31		9	
	40	77.5%		22.5%	100%
	(100%)				

Concepto de Iatrogenia:

El concepto de Iatrogenia 90% de los estudiantes y 70% de docentes desconocen correctamente el término a pesar de que ambos grupos si están familiarizados con el término manifiestan confusión con el término de temeridad, negligencia y iatrogenia.

Tabla 10
Concepto de Iatrogenia

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	2	10%	18	90%
Docentes	20	6	30%	14	70%
Total		8		32	
	40	20%		80%	100%
	(100%)				

Concepto de Negligencia:

Sobre el concepto de Negligencia, 55% de estudiantes y 55% de docentes conocen el concepto, se pudo evidenciar en la encuesta que existe confusión tanto en el concepto de negligencia, iatrogenia e imprudencia.

Tabla 11
Concepto de Negligencia

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	11	55%	9	45%
Docentes	20	10	50%	10	50%
Total		21		19	
	40	52.5%		47.5%	100%
	(100%)				

Concepto de Imprudencia:

Sobre el concepto de Imprudencia, en la muestra de estudiantes el resultado fue que el 65% desconocen el concepto, en la muestra de docentes el 55% conocen el concepto, se pudo observar en la encuesta que existe confusión con los conceptos de iatrogenia, negligencia e imprudencia.

Tabla 12
Concepto de Imprudencia

sujetos	n	correcto	(%)	incorrecto	(%)
Estudiantes	20	7	35%	13	65%
Docentes	20	11	55%	9	45%
Total		18		22	
	40 (100%)	45%		55%	100%

Resultados

En relación a los principios bioéticos en la tabla 13, el principio de justicia fue el más reconocido por los estudiantes con un 75% y el principio de Fidelidad fue el menos conocido por un 95%, en la muestra de docentes el principio de autonomía fue el más reconocido por un 95% y el menos conocido fue el principio de fidelidad con un 95%, se puede concluir que el principio de fidelidad fue el principio menos reconocido por ambos grupos y el principio de igualdad es el que más reconocen ambos grupos con un 75%.

Tabla 13
Resultado total sobre principios bioéticos.

	No	Justicia	Autonomía	Beneficencia	Fidelidad
	Maleficencia				
Correcto	50%	75%	75%	50%	10%
incorrecto	50%	25%	25%	50%	90%
	100%	100%	100%	100%	100%

Referente a Ética Médica en la tabla 14, el principio de No Dañarás es el más reconocido por la muestra de estudiantes 70% y el menos conocido es el principio de Deontología e Imprudencia en un 65%, en la muestra de docentes el principio de No dañaras es el más conocido 85% y el que menos conocen es el de Iatrogenia 70%, el principio no dañaras es el más conocido en ambos grupos y el menos conocido es el de Iatrogenia.

Tabla 14
Resultado total sobre conceptos de ética médica

	Concepto	Principio	Iatrogenia	Negligencia	Imprudencia
	Deontología	No Dañarás			
Correcto	35%	75.5%	20%	52.5%	45%
Incorrecto	65%	22.5%	80%	45%	55%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Los resultados de este estudio muestran que de la sección que evalúa los principios de bioética el principio más conocido por la muestra de estudiantes fue el de Igualdad con un 75% y en la muestra de docentes el principio de No dañaras es el más reconocido con 85% el principio menos

conocido en estudiantes fue el de Fidelidad con un 95% y en docentes el principio de Fidelidad con un 95%. En cuanto a los conceptos de ética médica se encontró que el mayor porcentaje de respuestas correctas lo obtuvo la pregunta que cuestiona el principio de No dañaras tanto en estudiantes como docentes con un 70% en estudiantes y 80% docentes, la pregunta de menor porcentaje en Estudiantes fue la del concepto de Deontología e Imprudencia con un 65% y en docentes la que menos reconocieron fue el concepto de Iatrogenia, esto demuestra que el nivel de conocimiento de bioética y ética médica en la Facultad de Odontología en general es deficiente por lo que es necesario implementar medidas para que se promueva la bioética en estudiantes, así también con el sector docente.

Tercera Sección. Entrevistas a pacientes de la Facultad de Odontología sobre la atención, trato y sus expectativas en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

El objeto del presente estudio trata de un entendimiento en profundidad de una situación social en particular, la relación odontólogo – paciente, recabando información de los aspectos más sensibles y de mayor importancia que la afectan, se impuso una estrategia o acercamiento de tipo cualitativo al objeto de estudio en donde la técnica de la entrevista abierta fue la más adecuada para recopilar la información que sirvió de insumo para revelar los aspectos bioéticos, humanos y los principios de atención y trato en la relación Odontólogo Practicante-Paciente. Se entrevistó a una muestra estructurada formada por 20 pacientes que asisten a las clínicas dentales de la Facultad de Odontología las personas a entrevistar fueron seleccionadas aleatoriamente, previamente se les informo del estudio a realizar y se les solicito que firmaran un consentimiento informado explicándoles que en cualquier momento podían abandonarlo. Los temas que abarcó la entrevista dicen relación con las expectativas del paciente en la relación con el odontólogo practicante, 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, las respuestas muchas veces resultaron más amplias que las preguntas formuladas, estas entrevistas fueron realizadas por los ponentes de este estudio de tesis.

La información recabada a través de las entrevistas fue grabada y luego transcrita, así mismo se tabularon las entrevistas. 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 se le designo una letra a cada entrevista en orden alfabético desde la letra “a la s”, y el número de pregunta, dentro de este proceso se seleccionó aquella información relevante y sustantiva de cada respuesta, independiente de que esta sea compartida por otros entrevistados. Posteriormente se hizo un análisis por pregunta para finalmente dar respuesta a las preguntas iniciales de investigación.

La cantidad de pacientes entrevistados por edad y sexo fue la siguiente.

Tabla 1
Sexo y Edad de Pacientes entrevistados

edad	femenino	masculino	Total	%
15-25	5	2	7	35%
26-35	2		2	10
36-45	3	1	4	20%
46-60	2	2	4	20%
61-80	2	1	3	15%
Total	14	6		100%

Con un predominio de los pacientes de sexo femenino que representa el 70% de los entrevistados y la edad que más predomina es entre los 15 a 25 años de edad que representa un 35%, esto demuestra que los pacientes de género femenino y jóvenes son más meticulosas y preocupadas por su apariencia estética y salud bucal a diferencia de los pacientes varones.

Resultados de las entrevistas:

Motivo de la Consulta:

La totalidad de los entrevistados fueron consultados por el odontólogo practicante 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.

“Si me preguntó y yo le dije que la señorita de trabajo social me llevo a ver como estoy de mis dientes y ahí fue cuando él me empezó a tratar y me trata bien y muy amable la señorita” (H2)

También menciona el buen trato recibido en la oficina de Trabajo Social, el tiempo de espera es importante en la calidad de la atención. En general los pacientes consideran prudente no esperar más de 15 minutos. Si bien algunos de los entrevistados señalan que en ocasiones han tenido que esperar más de lo tolerado hasta dos horas, la mayoría no ha tenido problemas en este aspecto.

La Información y la explicación del tratamiento:

La información es otro de los aspectos que determinan la calidad de la atención. Los pacientes de la clínica dental valoran la información que reciben tanto al inicio como durante su tratamiento dental. Prácticamente en todos los casos el motivo de la consulta deriva en un tratamiento dental y es tan importante para el paciente estar informado sobre su estado de su salud bucal y el tipo de tratamiento dental que requiere.

El paciente, consciente de su derecho a decidir 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.

Al practicante le cuesta explicarme qué es lo que tengo o qué es lo que necesito para mejorar” (Ñ16).

“Deben ser amables, que le expliquen bien a uno qué le van a hacer, bien explicado y ahorita no me quejo” (P9)

El trato personalizado, el ambiente cómodo, la información sobre la evolución o cambio del tratamiento dental, así como la explicación del tratamiento que se le realiza, forman parte de la buena evaluación de la atención dental. 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.

La participación en la toma de decisiones:

Así mismo en el estudio se 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 la mayoría preferirían discutir el plan de tratamiento con el odontólogo practicante cuando hay más de una alternativa.

“Tomar la decisión entre ambos que me explique bien la situación las posibilidades que hay y decidir entre los dos” (I6).

“Yo pienso que compartir la decisión porque todo lo que ella me tenga que decir entonces y tengo que decir que estoy de acuerdo con lo que ella me diga”

Algunos pacientes una minoría confían en la decisión que toma el Odontólogo practicante y en algunos casos no se les consulta si están de acuerdo solo se les informa que se les va a hacer.

“Mejor que la doctora decida, confié en ella” (K6).

“Ya está decidido que se va a hacer, ellos ya decidieron yo quería rellenos blancos” (R-6).

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 odontólogo practicante. El paciente manifiesta que debe sentirse cómodo, seguro del odontólogo y sobre todo que lo identifique como persona individual por ejemplo llamarlo por su nombre y preguntarle por situaciones de tipo personal que el paciente ha mencionado en sesiones anteriores, en resumen, se debe procurar tratar al paciente como persona individualizada.

La atención:

En general los pacientes entrevistados evalúan bien la atención de su odontólogo practicante, resaltando la relación personal que en muchos casos han establecido con el odontólogo tratante. Hacen alusión al trato por parte del odontólogo, quien los recibe amablemente los llama por su nombre les consulta cómo se han sentido, etc.

*“Para mí un cien por ciento porque es una atención que en otros lados no la he visto” (B7).
Pues es muy buena la verdad de que en ocasiones he estado en otros lugares y la atención de acá es muy buena” (M-7)*

Algo que resalta en las entrevistas con relaciona la atención es que los pacientes relacionan mala atención cuando se les hace esperar mucho tiempo en la sala de espera.

“Solo una recomendación, que vengan a la hora porque desde las 8:30, estoy acá fíjese ya son las 10:30, ya no, y uno tiene cosas que hacer” (N14).

“Pues yo creo que no es que uno se las lleve de cosas por lo menos si lo citan a uno a una hora a cierta hora y ya vio me hacen esperar más de una lo que hice yo fue mejor salirme” (O9).

En cuanto a la pregunta **¿Qué es lo que más le gusta en la atención del odontólogo practicante?** La mayoría manifestó que la amabilidad, el trato, la paciencia, la explicación de cada tratamiento a realizar, la puntualidad y que les paguen sus tratamientos dentales.

“Por mi edad es muy fino para tratarlo a uno siempre, me trata de Ud. y yo también de Ud. lo trato” (R15).

“Es muy amable conmigo y me ayuda en lo que me puede ayudar” (A15).

“Que es amable y cumple con la hora que dice y atiende bien” (K15)

“Que ella me explica, ella es mi odontóloga y me enseña cómo debo cepillarme cada vez y que en cada tratamiento que va a hacer y qué vamos a seguir haciendo” (P15)

En cuanto a la pregunta, **¿Qué es lo que menos le gusta en la atención del odontólogo practicante?**

La mayoría manifestó que no hay nada que no les guste de la atención que le brinda el odontólogo practicante, un buen numero expreso que les desagrada la impuntualidad, el tiempo que lleva el tratamiento dental.

“Pues no me agrada, pues que a veces baja un poco tarde” (N16).

“Nada tal vez un poquito tengo que esperarlo puede ser porque tiene muchos pacientes” (E16)

“De que a veces no hay mucho tiempo y hay que hacerlo todo rápido todo” (F16).

“Mucho tiempo se llevan yo desde el año pasado empecé y ya ve la fecha que vamos” (Q16).

Que no se les explique lo que van a hacer durante la cita y la distracción durante el tratamiento son motivo de desagrado por parte de los paciente en cuanto a la atención durante el tratamiento dental.

“No me gusta que se distrae un poquito con que otras personas le vallan a hablar cuando me está trabajando” (C 16)

“Le cuesta explicarme que es lo que me va a hacer o que es lo que me está haciendo durante la cita” (Ñ16).

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 es muy importante porque aparte de que es el odontólogo de uno es como un amigo verdad en el cual uno confía, porque la dentadura de uno está bajo la responsabilidad de ellos entonces uno tiene que tener confianza con ellos” (C9).

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

“Hay que tener confianza al paciente y hablarles con amor” (J9)

“Para mí el trato es muy bueno y ojala todos los médicos fuera de la facultad se comporten como los practicantes que lo atienden a uno y para mí es un buen servicio”.

En algunos de los casos los pacientes relacionan al mal trato con la deserción de los odontólogos practicantes por que hacen el contrato y no los vuelven a ver después solicitan que les asignan otro practicante y en medio de las fases de diagnóstico ya no sigue con el tratamiento, el caso de este paciente que le han asignado 5 odontólogos practicantes según su testimonio es muy ilustrativo.

“El trato al principio fue bueno después no sé qué problema tuvo el practicante y se tuvo que ir de la facultad por eso desde hace 5 años estoy aun aquí” (O4)

“Como ya van como cuatro que me atienden para mí el trato no es bueno” (O8)

“Si tengo queja que me han dejado más bien ya perdí una muela” (O14).

La acogida del paciente:

La acogida, se define en el diccionario como Recibimiento que se ofrece a una persona cuando llega a un lugar o Protección y cuidado que se da a una persona que necesita ayuda o refugio, para los pacientes que los atienda lo mejor posible significa que les digan lo que le van a hacer que sean respetuosos que les brinden apoyo e interés. Los pacientes entrevistados relacionan la acogida con el apoyo o interés del Odontólogo practicante hacia su persona, de esta manera en aquellas ocasiones en que el odontólogo practicante no da respuesta al dolor que siente el paciente este se percibe “no acogido en su dolor”. La siguiente cita es ilustrativa al respecto:

“Me siento acogida porque cuando me dolía una muela o algo así me llamaba o yo le llamaba y me atendía rápidamente” (N-12).

El paciente es más que una cavidad bucal, es una persona y en este sentido siempre que el odontólogo dé espacio a los problemas del paciente más allá de su tratamiento dental, la relación clínica será considerado como de acogida. Varios pacientes han visitado clínicas dentales en donde varios de ellos han tenido experiencias negativas, tanto en la calidad de los tratamientos como en la relación que ha establecido el odontólogo con ellos, específicamente se refieren a malos tratamientos, mal trato, negligencias, mal manejo del dolor, etc. Algunos pacientes califican estas experiencias como traumáticas, las que han sido generalmente hace algunos años atrás, durante la infancia y el trauma ha sido dado por el dolor físico que les ha provocado. Una mala experiencia en la Clínica Dental, la recuerdan siempre y determina una mala predisposición por parte del paciente hacia nuevas consultas por lo anterior en este caso en la clínica dental de la Facultad de odontología, cuando van a consultar después de mucho tiempo sienten temor, esto originado principalmente por el dolor que podría sentir más por la molestia o incomodidad que les provoca la consulta.

“Yo me quede traumada de niña cuando me rellenaron los dientes y ahora cuando él me está tratando y me duele tengo la libertad de decirle que espere y él es muy amable y espera” (E8)

Conflictos con los odontólogos practicantes:

La mayoría de pacientes consultados manifestó que no han tenido conflictos con los odontólogos practicantes, en algunos casos manifiestan que es problema las referencias de tratamientos, falta de comunicación, deserción y abandono de los practicantes en requisitos clínicos.

“Con la segunda no tuve conflictos con la primera si tuve problemas era mera enojada” (I13).

“Si tengo queja que me han dejado los practicantes, más bien ya perdí una muela” (O14).

Expectativa en cuanto al tratamiento dental:

La mayoría de consultados manifestó que han resuelto sus expectativas con respecto al tratamiento dental y están satisfechos.

“Si la verdad pues yo venía con un objetivo y él se fue más allá de eso y todo bien” (M17)

“Yo creo que si porque a la fecha no pensé que me quitara tanto sarro que tenía en los dientes, la verdad nunca me habían hecho una limpieza así, me ha quitado bastante” (E17).

Aunque en la muestra algún paciente manifestó que no cumplieron sus expectativas, ya que valoran más lo estético.

“No ha resuelto mis expectativas yo vine porque el diente se me decoloro y ya me trabajo todo y sigue igual o peor la verdad no me gusto.” (Ñ17).

Financiamiento de los tratamientos dentales:

La mayoría de los entrevistados manifestó que ellos pagan su tratamiento dental 80%, el resto se lo paga el Odontólogo practicante un 20%, es de esperar que a los pacientes que se les paga el tratamiento son lo que respondieron positivamente en cuanto a el trato, la atención, acogida, expectativas del tratamiento dental, que los que pagan por su tratamiento ya que exigen por lo que están pagando.

Comentarios:

Se les solicito a los pacientes que si deseaban agregar algún comentario a la entrevista a lo cual la mayoría respondió positivamente.

“Me siento rebien porque miro que en la Clínica atienden bien a las personas, no hacen diferencia” (H19).

“Sigán así adelante y luchando por lo que quieren, por lo que al final lo que quieren es graduarse tal vez por eso lo tratan a uno bien y que sigan adelante que todo les va a salir bien” (I19)

Algunas críticas no faltaron en cuanto al mejoramiento de las instalaciones el elevado precio de los aranceles ya que manifiestan que si está el mismo precio que en las clínicas privadas y que aun así es un tratamiento largo, para ellos no vale la pena

“El asunto es que el tratamiento dental me salía más barato el año pasado pero no fue mi culpa y ahora me subió demasiado el precio por lo menos antes lo del tratamiento me iba a costar Q 65.00 quetzales y ahora más de Q300.00 y cosa de que yo no tuve la culpa pues” (O19).

Que algunos momentos no hay un Docente que brinde instructoría clínica en las Clínica Dental o que los instructores no usen barreras de protección es motivo de queja de algunos pacientes.

“Tal vez que bueno, hay un doctor que me está atendiendo muy profesional, lo que si es que a veces no se pone mascarilla y me escupe toda la cara y me da asco” (I19).

“A veces lo que dificulta más es que no están los que supervisan el trabajo de los practicantes, que no vienen a la hora, se atrasa el trabajo de ellos porque tiene que estar acá un supervisor” (Q19).

“Solamente que cuando uno tiene un problema de dolor uno quisiera que las citas fueran más constantes y que cuando uno viene que se ocuparan más el tiempo en uno, por lo demás está bien” (C19).

Cuarta Sección. Observación a estudiantes sobre el trato, atención en la relación Odontólogo Practicante - Paciente.

A continuación se presentan los datos obtenidos, en la etapa de observación que se realizó, en las clínicas dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Se utilizó un instrumento recolector de información con 10 variables de estudio en el cual el objetivo principal es observar la relación del Odontólogo Practicante con el paciente, evaluar el protocolo de atención y trato en la relación odontólogo practicante paciente, la muestra fue aleatoria de 10 estudiantes que realizan prácticas clínicas 5 hombres y 5 mujeres. Se procedió a observar con una técnica aleatoria a los odontólogos practicantes y sus pacientes, en la sala de espera de la clínica dental, observamos desde que el odontólogo practicante recibió al paciente hasta que culminó la cita de trabajo, se transcribieron actitudes, comportamiento, expresiones con respecto al servicio y atención brindada por los Odontólogos practicantes hacia sus pacientes.

Tabla 1

La atención que se le brinda al paciente en el área de recepción fue con respeto y amabilidad.

	Total	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
	10	100%

Un 80% recibió al paciente con un saludo cordial de buenos días y amablemente, esto enmarcado en el protocolo de atención al paciente, Se pudo apreciar que el practicante llegó tarde a su cita y lo saludó de una forma informal y escueta.

Tabla 2

El tiempo de Espera del paciente hasta que lo recibió el estudiante fue mayor a quince minutos

	Total	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
	10	100%

El 80% de la muestra llegó con una demora de más de quince minutos fue evidente que algunos pacientes esperaron hasta dos horas en que los atendiera su odontólogo practicante.

Tabla 3

Al momento de recibir al paciente el odontólogo practicante lo hace con amabilidad y respeto

	Total	Porcentaje
Si	7	70%
No	3	30%
	10	100%

Después de recibir al paciente con el saludo inicial, un 70% de los observados expreso disculpas por atrasos e imprevistos, 30% se limitó a saludar y a llevarlos al turno manifestándoles que ya tenían que entregar la unidad dental para el turno siguiente.

Tabla 4

Entablan algún tipo de conversación cordial o solo lo conducen al área en la que trabajan.

	Total	Porcentaje
Si	3	30%
No	7	70%
		100%

El 70% recibió a los pacientes y los condujeron directamente al área de trabajo sin entablar conversación alguna, posiblemente por el atraso del odontólogo practicante.

Tabla 5

Previo al inicio de efectuar el tratamiento el odontólogo practicante se tomo el tiempo suficiente para explicarle al paciente el procedimiento a realizar

	Total	Porcentaje
Si	7	70%
No	3	30%
	10	100%

El 70% le explico al paciente el procedimiento a realizar, aunque es importante mencionar que los pacientes en su mayoría preguntaron qué procedimiento le iban a realizar, el 30% se limitó a trabajar o a manifestar que ya los estaba esperando otro paciente y que se tenían que apurar.

Tabla 6

El Odontólogo practicante al momento de finalizar el tratamiento explica al paciente el procedimiento que efectuó y da indicaciones post-operatorias

	Total	Porcentaje
Si	5	50%
No	5	50%
	10	100%

El 50% de los observados le explicaron a los pacientes lo que realizaron y un mínimo de indicaciones post operatorias, el paciente pregunto qué fue lo que le realizaron en la cita, el otro 50% se limitó a informarle que era todo por hacer en la cita y se limitaron a programar una nueva cita o simplemente que se comunicarían después con los pacientes.

Tabla 7

Se brindó al paciente una atención competente, respetuosa y digna.

	Total	Porcentaje
Si	10	100%
No	0	0%
	10	100%

Si se evidencio que el Odontólogo practicante se dirigió al paciente con respeto y dignamente.

Tabla 8

El tiempo de trabajo fue el adecuado y suficiente para el tratamiento a realizar

	Total	Porcentaje
Si	8	80%
No	2	20%
Total	10	100%

Se respetó el turno programado y el tiempo de trabajo fue suficiente en un 80% aunque en este caso hubieron pacientes que estuvieron hasta 3 horas sentados en la unidad dental, un 20% hizo llevar a su paciente por una radiografía y una impresión dental, se evidencio que el paciente espero mucho más en la sala de espera que el tiempo que fue atendido.

Tabla 9

El Odontólogo practicante al finalizar el tratamiento despide al paciente con cortesía y le acompaña al a salida

	Total	Porcentaje
Si	8	70%
No	2	30%
Total	10	100%

El 70% de los observados despidió a su paciente y lo acompañó a la salida aunque de una forma apresurada manifestándole a su paciente que tenía otro paciente o porque no podía dejar sus cosas solas en la unidad dental, el 30% se limitó a despedirlo y no los acompañó a la salida.

Tabla 10

En algún momento el odontólogo practicante fue descortés en el trato con el paciente

	Total	Porcentaje
Si	1	10%
No	9	90%
Total	10	100%

El 90% mantuvo una relación amigable y amable con el paciente. El 90% mantuvo una relación de cortesía y respeto hacia el paciente, el 10% se limitó a trabajar sin mayor atención y trato al paciente. El 80% de los observados siguen el protocolo de atención y trato hacia los pacientes, aunque el tiempo de espera en la mayoría fue mayor de 15 minutos en un 80% de los observados, el 70% no entabla una conversación cordial esto puede ser debido a que la mayoría de los observados demoran en la hora de llegar a la cita acordada con el paciente, el 90% de los odontólogos practicantes fue cortés, el tiempo de trabajo fue el adecuado y suficiente en un 80% abusando en algunos casos del tiempo con algunos pacientes sobre todo en el área de endodoncia, algo muy importante que resaltar en cuanto a la información del tratamiento dental un 50% lo hace le otro 50% se limita a trabajar y a despedir a su paciente aunque a los pacientes que se les informo el paciente tuvo la iniciativa de preguntar que le efectuaron durante la cita.

XI. CONCLUSIONES:

En cuanto a la revisión curricular de la Bioética en el pensum de estudio de la Facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala esta no está contemplada como curso sólo dos asignaturas Ética y Derechos Humanos del segundo año en la unidad siete denominada Ética Odontológica con una exposición oral de tres horas y Prótesis III del quinto año presenta contenidos de aspectos bioéticos básicos en investigación con una clase magistral de una hora, ambos presentan contenidos de bioética general pero no aplicados así se puede concluir que no hay coherencia entre los postulados con respecto al objetivo general y perfil de egreso con respecto a las programaciones docentes de los cursos. Sobre el conocimiento de principios de Bioética y principios de medicina ética en estudiantes y docentes, los resultados de este estudio muestran que de la sección que evalúa los principios de bioética el principio más conocido por la muestra de estudiantes fue el de Igualdad, y la muestra de docentes reconoció el principio de no dañar, el principio menos conocido en estudiantes y docentes fue el de Fidelidad, en cuanto a los conceptos de ética médica se encontró que el mayor porcentaje de respuestas correctas lo obtuvo la pregunta que cuestiona el principio de No dañar tanto en estudiantes como docentes, en cuanto a la pregunta sobre ética médica que menos reconoció la muestra de Estudiantes fue el concepto de Deontología e Imprudencia y en docentes la que menos reconocieron fue el concepto de Iatrogenia. Posiblemente esto constituye uno de los aspectos que explican los resultados obtenidos en este estudio. El dominio de conocimientos bioéticos requiere de una formación académica específica. La mayor parte de los docentes de la Facultad de Odontología no cuenta con cursos de formación en Bioética. En consecuencia, esta limitante representa un posible obstáculo para programar y para administrar apropiadamente contenidos bioéticos en las distintas unidades curriculares que conforman el Pensum de Estudio. Las instituciones educativas deben capacitar a sus docentes en bioética y concienciar sobre la importancia de la inserción de la misma, dentro de los planes de estudio de cada una de las unidades curriculares. La implementación de la bioética es posible, si el profesional tiene claro los principios y objetivos de la bioética, los expresa en pruebas y prácticas de conocimiento, en los programas y los aplica diariamente. Después de leer y analizar las entrevistas a pacientes, sobre el trato, atención que reciben por parte de los odontólogos practicantes, hemos resumido en tan sólo algunas palabras, lo que a nuestro juicio describen las entrevistas lo que en realidad son expresiones de gran

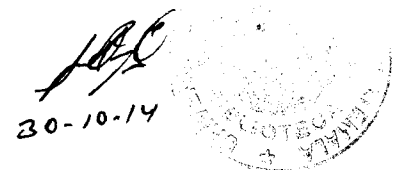
significancia y profundizan la relación Odontólogo – Paciente como una unión de la técnica y lo humano: acogida, amistad, confianza, comunicación, respeto, profesionalismo, amabilidad, respeto, el odontólogo frente a este sentir, y en base a su responsabilidad debe por sobre todas las cosas actuar en consecuencia, de modo de cumplir con su misión y no defraudar al paciente en su tratamiento dental y en los sentimientos representados por el dolor, el que generalmente acompaña a una determinada patología, a criterio de la mayoría de entrevistados concluyen que un buen odontólogo es aquél que no sólo hace un buen tratamiento 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 dental, con respecto a la observación que se realizó a la muestra de estudiantes se concluye que el 90% mantuvo una relación de cortesía y respeto hacia el paciente, Se pudo evidenciar que el 80% de los observados siguen el protocolo de atención y trato hacia los pacientes, aunque el tiempo de espera en la mayoría fue mayor de 15 minutos en un 80% de los observados, el 70% no entabla una conversación cordial esto puede ser debido a que la mayoría de los observados demora en la hora de llegar a la cita acordada con el paciente, el 90% de los odontólogos practicantes fue cortés, el tiempo de trabajo fue el adecuado y suficiente en un 80% abusando en algunos casos del tiempo con algunos pacientes, algo muy importante que resaltar en cuanto a la información sobre el tratamiento dental un 50% lo realiza. Estamos convencidos que la Bioética en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos, constituye una tarea pendiente, donde hay mucho para desarrollar, pero no necesariamente solo desde el punto de vista teórico y académico, sino más bien en su aplicación a la investigación y a la práctica clínica, donde la Bioética encontrará un nuevo espacio para enfatizar la relevancia del tratamiento dental con contenido valórico dentro del marco de la responsabilidad social, individual y profesional

XII. RECOMENDACIONES:

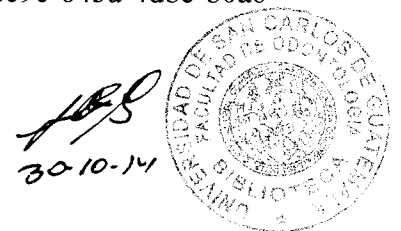
- 1) Implementar cursillos sobre ética y relaciones personales, dirigidos a personal administrativo, estudiantes y de ésta manera, tomen una actitud de paciencia, comprensión y tolerancia hacia el trato con el paciente.
- 2) La realización de talleres teórico – práctico, orientado a la formación en Bioética y su aplicación clínica, dirigida al personal docente, recordemos que la implementación de la bioética, es posible, si el profesional tiene claro los principios y objetivos, los expresa en pruebas y prácticas de conocimiento, en los programas o pensum de estudio y los aplica diariamente ya que es responsabilidad de este la formación de los futuros profesionales de la Odontología.
- 3) Será relevante avanzar en la formación de un Comité de BioéticaClínica en Odontología, de modo de contar con una instancia de análisis de situaciones clínicas complejas, en un objetivo formativo y asesor.
- 4) Incorporar gradualmente formularios de Consentimiento Informado, conjunto con la formación a los odontólogos practicantes, acerca de sus fundamentos, importancia y modo de utilización, evitando de esta manera que se transforme en la sólo una firma de un documento de importancia jurídica.
- 5) Debido a que la Facultad de Odontología se encuentra en un proceso de reestructuración curricular, es necesario tener presente, la importancia del fomento de la Bioética en el pensum y el currículo de estudios.

XIII. BIBLIOGRAFÍA.

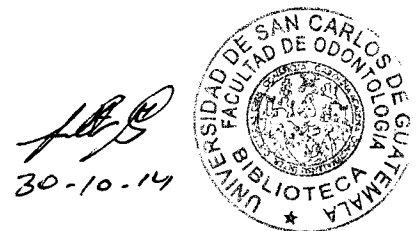
1. Amaro Cano, M. del C. et al. (1996). **Principios básicos de la bioética.** (en línea). Revista cubana de enfermería. 2(1):111-12: Consultado el 13 de Mayo 2011. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol12_1_96/enf06196.htm
2. Aravena, M. (2006). **Investigación educativa I.** (en línea). Consultado el 22 de Nov. 2012. Disponible en: <http://www.cimm.ucr.ac.cr/wordpress/wp-content/uploads/2010/12/Aravena-et-al-Investigaci%C3%B3n-educativa-I-2006.pdf>
3. Arellano Gonzales, M. E. (2008). **El Proceso de enseñanza aprendizaje de la bioética.** (en línea). CONAMED. 8(2):35: Consultado el 22 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.conamed.gob.mx/publicaciones/pdf/rev_historico/REV26.pdf
4. Asamblea General de Países Miembros. (1948). **Declaración universal de los derechos humanos.** (en línea). Consultado el 22 de Oct. 2011. Disponible en: <http://www.faest.org/documentos/manual/ddhh.pdf>
5. Asamblea Médica Mundial. (1975). **La declaración de Tokio.** (en línea). Japón: Consultado el 22 de Oct. 2011. Disponible en: <http://www.unioviado.es/psiquiatria/legislacion/documentos/tokio.pdf>
6. Barrios Maestre, J. (1999). **Analogías y diferencias entre ética, deontología y bioética.** (en línea). España: Consultado el 20 de Ene. 2011. Disponible en: http://www.mercaba.org/Fichas/bioetica/pensamientomédico_y_ética_clini.htm-38K.

Handwritten signature and circular stamp. The stamp contains the text "BIBLIOTECA" and "UNIVERSIDAD DE LA HABANA".

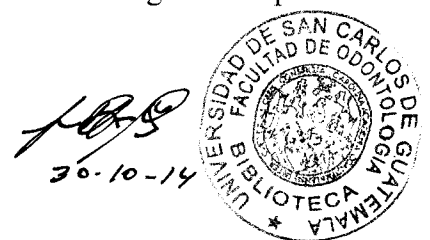
7. Beauchamp, T. (1994). **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. Oxford: Oxford University. Pp. 1-8.
8. Bergling, K. (1981). **Moral development: the validity of Kohlberg's theory**. Estocolmo: Almqvist&Wiksell International. Pp. 93.
9. Boccardo P. (2009). **Formación en bioética para estudiantes universitarios de ingenierías y ciencias de la vida**. (en línea). Revista Electrónica de Educación Religiosa, Didáctica y Formación de Profesores. 2(1): 38-51; Consultado el 22 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.reer.cl/articulos/3-33_2_1_Boccardo.pdf
10. Catholic.net. **Definición de bioética**. (en línea). Consultado el 22 de Oct. 2011. Disponible en: <http://es.catholic.net/psicologoscatholicos/692/793/articulo.php?id=19186>
11. Díaz Argueta, S. coordinador. (2002). **Boletín informativo comité de bioética en investigación en salud**. Guatemala: Universitaria. Pp. 6
12. DIGI (Dirección General de Investigación). (2009). **Comité de bioética en investigación en salud. Fundamentos y procedimientos**. (en línea). Universidad de San Carlos de Guatemala, Guatemala, C. A.: Consultado el 25 de Oct. 2011. Disponible en: <http://digi.usac.edu.gt/sitios/puiis/uploads/3/0/3/8/3038880/bioeticausac.pdf>
13. FDI (Federación Dental Internacional). (1997). **Principios internacionales de bioética para la profesión dental**. (en línea). Consultado el 13 de Mayo 2011. Disponible en: http://www.fdiworldental.org/c/document_library/get_file?uuid=de66ec9e-645a-4dbc-b0a6-4cd770eeefe9&groupId=10157



14. García Rupaya, C.R. (2008). **Inclusión de la ética y bioética en la formación de pre y posgrado del cirujano-dentista en Perú.** (en línea). Acta Bioética. 14(1): 74-77: Consultado el 20 de Ene. 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2008000100010.
15. Goldim, J. R. (2009). **Revisiting the beginning of bioethics.** PerspectBiol.Med. 52(3):377-380.
16. Guerra, R. A. (2006). **Bioética en la malla curricular de odontología.** (en línea). Acta bioética. 12(1):49-54: Consultado el 20 de Sep. 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000100007&lng=en&nrm=iso. ISSN 1726-569X. doi: 10.4067/S1726-569X2006000100007
17. Hodelin Tablada, R. y Fuentes Pellecer, D. (2004). **Formación de estudiantes universitarios: un desafío bioético.** (en línea). Consultado el 20 de Sep. 2011. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_n1_04/san12104.htm
18. ICN (Consejo Internacional de Enfermeras). (1975). **Código para enfermeras.** Ginebra: Fornara. Pp. 3.
19. León Correa, F. J. (2008). **Enseñar bioética: como transmitir conocimientos, actitudes y valores.** (en línea). Acta bioética. 14 (1): 11-18: Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S1726-569X2008000100002&script=sci_arttext



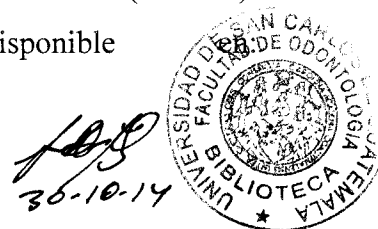
20. Lolas, F. (2008). **Bioethics and animal research. A personal perspective and a note on the contribution of Fritz Jahr.** Biol. Res. 41(1): 119-123.
21. Moya Pueyo, V.; Roldan Garrido, B. y Sánchez Sánchez, J. A. (1994). **Odontología legal y forense.** Barcelona. Masson. Pp. 134-139.
22. National Commission for the Protection of Human Subject of Biomedical and Behavioral Research. (1979). **El informe Belmont.** (en línea). Consultado el 10 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.bioeticaweb.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=1060
23. Núremberg Military Tribunal Decisión. (1947). **Código de Núremberg.** (en línea). Consultado el 28 de Sep. 2011. Disponible en: <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
24. Oliva Te Kloot, J. (2006). **La relación odontólogo paciente en un servicio de odontología nacional.** Tesis (Magister en Bioética). Chile: Universidad de Chile. Pp. 89.
25. Palacios, M. (2009). **La convención o convenio de Asturias de bioética recordatorio y comentarios.** (en línea). Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México UNAM. Pp. 21: Consultado el 10 de Oct. 2011. Disponible en: <http://www.bibliojuridica.org/libros/6/2673/5.pdf>
26. Potter, R. (1971). **Bioethics: bridge to the future.** New Jersey: Prentice-Hall. Pp. 35.
27. Reich, W. (1978). **Encyclopedia of bioethics.** New York: Universidad de Georgetown. Pp. 67.



28. Ríos Orellana, R.A. (2006). **Análisis bioético del manejo de pacientes en la facultad de odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.** Tesis (Lic. Cirujano Dentista). Guatemala: Universidad de San Carlos, Facultad de Odontología. 54 p.
29. Rodríguez E. (2004). **Relación médico-paciente y práctica médica.** Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS. Pp.70-71.
30. Sánchez Ávila, R. A. (2008). **Instrumento para el análisis bioético de proyectos de investigación.** Guatemala: Departamento de Educación Odontológica, Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos. Pp. 6.
31. Sass, H. M. and Jahr, F. (2007). **Concept of bioethics.** Ethics J, 17(4): 279-295.
32. Taboada P. (1998). **Ética clínica: principios básicos y modelo de análisis.** (en línea). Boletín de la escuela de medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 27(1):7-13: Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/etica/etica02.html>
33. Tavistock Group. (1997). **Declaración de Tavistock.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.grupsagessa.com/bioetica/documents/taviscock_es.pdf
34. UNESCO. (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura). (2005). **Creación de comités de bioética.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/guia1.pdf>



35. _____ (2003). **Declaración internacional sobre los datos genéticos humanos.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001361/136112so.pdf>
36. _____ (2005). **Declaración universal sobre bioética y derechos humanos.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180s.pdf>
37. _____ (1977). **Declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en: http://www.agpd.es/porta1webAGPD/canaldocumentacion/legislacion/organismos_internacionales/naciones_unidas/common/pdfs/D.3-cp--DECLARACION-UNIVERSAL.pdf
38. _____ (2005). **La educación en bioética en Centro América y el Caribe hispanoparlante.** (en línea). Consultado el 14 de Dic. 2012. Disponible en: <http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/shs/2012/EducacionBioeticaALC-web.pdf>
39. Universidad de San Carlos de Guatemala. Facultad de Odontología. (2008). **Catálogo de estudios 2008.** (en línea). Consultado el 12 de Oct. 2011. Disponible en: <http://www.usac.edu.gt/catalogo/odontologia.pdf>
40. Vélez, S.J. (2003). **Bioéticas para el siglo XXI.** Universidad de Deusto, Bilbao, España: Fundación BBVA. P. 216.
41. Vicepresidencia de la Republica Guatemala. (2011). **Invitación del gobierno de USA.** (en línea). Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible

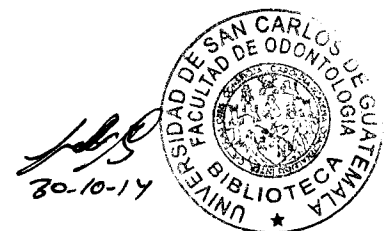


<http://www.vicepresidencia.gob.gt/v2/content/presidente-obama-invita-vicepresidente-espada-integrarse-la-comision-de-estudios-bioeticos>

42. Wikipedia. (2011). **Deontología profesional**. (en línea). Consultado el 13 de Mayo 2011.
Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Deontolog%C3%ADa_profesional

43. _____ (2011). **Principios de Tavistock**. (en línea). Consultado el 13 de Mayo 2011.
Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Principios_de_Tavistock

44. World Medical Association. (1964). **La declaración de Helsinki**. (en línea). Revisado en 1975, 1983, 1996: Consultado el 15 de Oct. 2011. Disponible en:
http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf



XIV. ANEXOS

Ética de la Investigación:

Debido a que en ésta investigación están involucrados seres humanos, se aplicarán los criterios bioéticos fundamentales de la investigación:

No Maleficencia:

Valor social, fundamentación científica del estudio, competencia del investigador, evaluación del riesgo, revisión independiente, utilización ética del placebo.

Justicia:

Selección imparcial de los sujetos, selección equitativa de la muestra, compensación de daños y seguros contra riesgos, potenciales conflictos de intereses, respeto a las diferencias culturales.

Autonomía:

Consentimiento informado, confidencialidad de los datos, no inducir a la participación.

Beneficencia:

Respeto por los sujetos involucrados de la investigación, relación favorable riesgo-beneficio, protección de grupos vulnerables, comunicación de los resultados del estudio.(6).

CONSENTIMIENTO INFORMADO:

Se solicitará a quienes corresponda, el permiso para poder realizar las encuestas así como la observación del proceso clínico en las Clínicas de la Facultad de la zona 12 (Dirección de Clínicas, Directores de Área y Jefes de Departamento). Se solicitará el consentimiento a cada integrante de la muestra y los grupos focales, para que con su anuencia se pueda obtener la información.

Análisis Bioética de Proyectos de Investigación en Salud.

El presente documento contiene los criterios básicos para el análisis bioético de Proyectos de investigación en salud. La aplicación de los mismos dependerá del tipo y diseño de la investigación a evaluar. Este será de utilidad en las deliberaciones que se realicen en el seno del Comité de Bioética en Investigación en Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Contiene cuatro secciones que permiten emitir un dictamen sobre el protocolo analizado: (12) Información General, Criterios de Riesgo, Criterios Bioéticos, Opinión y Recomendaciones.

I. Información General

Título del Proyecto:

Coordinador:

Unidad Académica Avaladora:

Fecha de Recepción:

Fecha de Entrega:

II. Criterios de Riesgo

Riesgo en la investigación. Es la probabilidad que una persona sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía de un estudio. A los efectos de la presente norma, se consideran las siguientes categorías¹: Categoría I (Riesgo Mínimo): Comprende los estudios que utilizan técnicas observacionales, con las que no se realiza ninguna intervención o modificación intencional en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas que participan en el estudio, por ejemplo encuestas, cuestionarios, entrevistas, revisión de historias clínicas u otros documentos, que no invadan la intimidad de la persona.

Categoría II (Riesgo Moderado): Comprende estudios o el registro de datos por medio de procedimientos diagnósticos de rutina (físicos o psicológicos). Por ejemplo, electrocardiograma, audiometría, termografía, tomografía, ultrasonografía, extracción dentaria (cuando está indicada),

extracción de sangre con frecuencia máxima de dos (2) veces por semana, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas individuales o grupales con las cuales no se manipula la conducta de la/s persona/s, utilización de medicamentos o especialidades medicinales autorizadas, de empleo común y amplio margen terapéutico (utilizados para indicaciones, dosis y vías de administración establecidas). Categoría III (Riesgo Mayor): Comprende a los estudios clínicos en los que las probabilidades de afectar a una persona son significativas. Por ejemplo, estudios que se realizan con medicamentos y/o especialidades medicinales nuevas, nuevos dispositivos, procedimientos invasivos (punción lumbar, cateterismo) o utilización de placebo.

NOTA: Los evaluadores deben marcar con una X en el cuadro a la par de la categoría de que se trate el proyecto.

III. Criterios Bioéticos

Los siguientes criterios han sido elaborados con base a los principales códigos, pautas y reglamentos que deben guiar la investigación en seres humanos. Entre ellos se destacan: El Código de Núremberg, la Declaración de Helsinki, el Informe Belmont, las Pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) y las Pautas para la buena práctica clínica de la Conferencia Internacional sobre Armonización (ICH).

Principios Criterios Fundamento

Cumplimiento

Observaciones

Si No

No

Maleficencia No causar ningún tipo de daño o el menor posible si este fuera inevitable.

Valor Social Los resultados esperados con la investigación buscan un tratamiento, intervención o teoría para el mejoramiento de la salud, el bienestar de la población o la comprensión del fenómeno salud-enfermedad.

Fundamentación científica del estudio Usa los principios y métodos científicos, incluyendo las técnicas que producen resultados/ información válidos y confiables.

Competencia del equipo investigador Quien conduce la investigación se encuentra calificado por su formación y experiencia acreditada. Solvencia científica del equipo investigador.

Principios Criterios Fundamento

Cumplimiento

Observaciones

Sí No

- d. Deliberar con relación a situaciones que planteen conflictos bioéticos en los proyectos de investigación.
- e. Divulgar aspectos relevantes de la Bioética tanto en la Universidad como en otros ámbitos nacionales e internacionales.
- f. Proponer líneas de investigación en Bioética.

La Bioética en la Investigación en Salud, entre diversidad de definiciones, la Enciclopedia de Bioética, define a ésta como: El estudio sistemático de la conducta humana en las áreas de las ciencias de la vida y la atención a la salud, cuando esta conducta se examina a la luz de valores y principios morales.

El avance de la ciencia y la tecnología ha dado lugar en la actualidad a la existencia de muchos dilemas éticos, en donde la Bioética orienta y brinda un conjunto de normas y procedimientos aceptados y compartidos a nivel mundial por la comunidad científica internacional. El tráfico ilegal de órganos humanos, la clonación, los bebés probeta, la eutanasia, la salud reproductiva, entre muchos otros temas, son objeto de discusión bioética, para establecer si la dignidad humana, la autonomía, la libertad y en sí los derechos humanos de las personas investigadas, están siendo respetados y se cuenta con su anuencia consciente y voluntaria para la investigación correspondiente. A nivel individual, institucional y social en que se realiza la investigación en salud, se manifiesta la concepción de la vida humana, sus valores y finalidades, así como los códigos de conducta del investigador de acuerdo a su misión respecto al bienestar, teniendo como referente básico, el respeto a la persona humana. La bioética aporta toda una serie de valores para fortalecer el sentido del deber, de la honestidad, del desinterés y la responsabilidad humana, propiciando la equidad, la igualdad y la solidaridad. La bioética en la investigación en salud conduce a asumir los códigos de conducta universalmente aceptados y a responder a una moral profesional y ciudadana, donde el ser humano sea el valor supremo, y la investigación aporte al mejoramiento de sus condiciones de salud, educación, libertad y progreso.

Evaluación del riesgo. Se justifica exponer a las personas a los riesgos de esta investigación en la búsqueda de beneficio para ellas o para el resto de la sociedad.

- Revisión Independiente. El diseño, población propuesta y la relación riesgo-beneficio, han sido revisados y aprobados por personas no involucradas en el proyecto.
- Utilización ética del placebo. Usa placebo cuando no existe terapia establecida para la enfermedad que se estudia, o la que existe es de eficacia no probada.

Justicia. Reconocimiento por derecho y de hecho a los sujetos de investigación como personas.

- Selección imparcial de los sujetos. La selección de los sujetos o las comunidades de estudio está de acuerdo a los objetivos científicos del proyecto, protegiendo a individuos vulnerables o estigmatizados, sin discriminación alguna.
- Selección equitativa de la muestra. La distribución de riesgos y beneficios esperados de la investigación es equitativa.
- Compensación de daños y seguros contra riesgos. Se contempla indemnización o compensación para las personas participantes en la investigación.
- Potenciales conflictos de intereses. Las condiciones de financiamiento relacionadas con el patrocinio del proyecto introducen sesgos.
- Respeto a las diferencias culturales. Se respetan las diferencias culturales de los grupos sociales en donde se llevan a cabo las investigaciones.

Autonomía. Libertad de las personas para conocer las opciones y tomar decisiones.

- Consentimiento informado. Se proporciona información completa del protocolo de investigación en lenguaje comprensible a los sujetos de estudio. Se incluye información sobre el propósito, procedimientos, riesgos y beneficios de su participación en la investigación, de manera que la persona se sienta en absoluta libertad para participar o no en el estudio, o de retirarse en el momento que desee.
- Confidencialidad. Se protege la privacidad de la persona garantizando la confidencialidad de la información.
- Libre participación. No se obliga a las personas o comunidades a participar en un estudio ni se utilizan medios de persuasión.

Beneficencia. Prevenir el daño, hacer o fomentar el bien.

- Respeto por los sujetos involucrados en la investigación
- Se permite a los sujetos abandonar la investigación en cualquier fase del proceso.

- Se informa periódicamente sobre nuevos descubrimientos, riesgos o beneficios.
- Se vigila que los procedimientos de la investigación no afecten el bienestar de las personas participantes.
- Se pone a disposición de las personas o comunidades la asesoría especializada cuando de acuerdo a los resultados y a otros hallazgos se considere pertinente.

Principios Criterios Fundamento

Cumplimiento

Observaciones

Si No (29)

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**“Situación del Proceso Enseñanza-Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética en los
Estudiantes del Cuarto y Quinto años de la Facultad de Odontología”**

Responsable:

Reyna Violeta Orozco y Orozco

Los responsables del presente trabajo de investigación, estudiantes de la Licenciatura en Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, me han preguntado si deseo participar en una investigación, que tiene como objetivo identificar cuáles son los conocimientos bioético que poseen los estudiantes del cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Me informaron también que esto es un requisito para aprobar su trabajo de investigación de Tesis y que participar en él es decisión propia y que estoy en libertad de abandonar el estudio en el momento en que lo desee sin que me perjudique de alguna forma.

Estoy consciente de que el cuestionario que se me aplique será archivado, que mi nombre no aparecerá en él y que toda la información que se maneje será confidencial.

Por lo anterior estoy plenamente de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma del investigador

Firma del participante

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Situación del Proceso Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética en los Estudiantes del Cuarto y Quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala”

Responsable:

Reyna Violeta Orozco y Orozco

Los responsables del presente estudio, estudiantes de la Licenciatura en Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlo de Guatemala, me han preguntado si deseo participar en una investigación; que tiene como objetivo identificar cuáles son los conocimientos bioéticos que posee el Personal Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Me informaron también que esto es un requisito para aprobar su trabajo de investigación de tesis y que participar en él es decisión propia y que estoy en libertad de abandonar el estudio en el momento en que lo desee sin que me perjudique de alguna forma.

Estoy consciente de que el cuestionario que se me aplique será archivado, que mi nombre no aparecerá en él y que toda la información que se maneje será confidencial.

Por lo anterior estoy plenamente de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma del investigador

Firma del participante

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Situación del Proceso Enseñanza- Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética en los
Estudiantes del Cuarto y Quinto año de la Facultad de Odontología de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Responsable:

Reyna Violeta Orozco y Orozco

Los responsables del presente estudio, estudiantes de la Licenciatura en Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, me han preguntado si deseo participar en una investigación; que tiene como objetivo conocer las expectativas del paciente en la relación con el odontólogo practicante, la calidad de la atención, el trato hacia el paciente, la relación odontólogo practicante – paciente, la evaluación de la relación, la satisfacción con la atención médica, y la dedicación del odontólogo y posibles conflictos suscitados durante el tratamiento entre otros.

Me informaron también que esto es un requisito para aprobar su investigación de Tesis y que participar en él es decisión propia y que estoy en libertad de abandonar el estudio en el momento en que lo desee sin que me perjudique de alguna forma.

Estoy consciente de que la entrevista que se me aplique será archivada, que mi nombre no aparecerá en él y que toda la información que se maneje será confidencial.

Por lo anterior estoy plenamente de acuerdo en participar en esta investigación.

Firma del investigador

Firma del participante

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

“Encuesta sobre la Situación del Proceso Enseñanza-Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética en los Estudiantes del cuarto y quinto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala”

Datos Generales

Año que cursa: 4°. _____ 5°. _____

Sexo: _____ Edad: _____

Estimado Compañero(a) Estudiante:

Le invitamos a que complete la siguiente encuesta, la cual tiene como objetivo conocer en qué medida los estudiantes del Cuarto y Quinto año de la Facultad de Odontología, dominan los aspectos generales de Bioética. Para contestar marque con una (X) en el paréntesis que antecede a la respuesta que considere es correcta (solo una en cada caso), si no sabe la respuesta por favor omítala y pase a la siguiente.

1. Principio de la Bioética que plantea no causar ningún tipo de daño o el menor posible si este fuera inevitable.
() No Maleficencia () Igualdad () Equidad () Beneficencia
2. Principio de la Bioética que plantea: “Reconocimiento por derecho y de hecho de las personas para cubrir las necesidades y realizarse personalmente con equidad ante otras”.
() Ponderación () Igualdad () Justicia () Beneficencia
3. Principio de la Bioética que plantea “Libertad de las personas para conocer las opciones y tomar decisiones”.
() Competencia () Dignidad () Validación () Autonomía

4. Principio Bioético que señala: “Prevenir el daño hacer o fomentar el bien”.
 Paridad Justicia Equilibrio Beneficencia.
5. Principio de Bioética que: “Obliga a cumplir los compromisos contraídos (con el paciente)”.
 Honestidad Legalidad Fidelidad Responsabilidad
6. Se conoce como Deontología a la ciencia que trata de:
 Los derechos Los deberes Los diagnósticos Los dientes
7. El principio más antiguo, cardinal de Ética Médica es:
 No engañarás No dañarás No protestarás No defraudarás
8. Actuación en la que existe omisión, indolencia, desatención, morosidad o frialdad se denomina:
 Negligencia Temeridad Iatrogenia Incompetencia
9. El acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que produce daños al paciente se denomina:
 Negligencia Impericia Incompetencia Temeridad
10. Acción que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada para evitarlo:
 Imprudencia Desatención Iatrogenia Temeridad
11. ¿Ha recibido algún tipo de curso, taller, foro o instrucción acerca del tema de bioética? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique hace cuánto tiempo.
- No Si _____

DOCENTE

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**

**Encuesta sobre la Situación del Proceso Enseñanza-Aprendizaje y de la Práctica de la
Bioética en la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.**

Datos Generales

Sexo: _____ Edad: _____

Especialidad o Post grado _____

Estimado(a) Doctor(a):

Le invitamos a que complete la siguiente encuesta, tiene como objetivo conocer en qué medida el personal docente de la Facultad de Odontología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, domina los aspectos generales de Bioética. Para contestar marque con una (X) en el paréntesis que antecede a la respuesta que considere es correcta (solo una en cada caso); si no sabe la respuesta por favor omítala y pase a la siguiente.

1. Principio de la Bioética que plantea no causar ningún tipo de daño o el menor posible si este fuera inevitable.
() No Maleficencia () Igualdad () Equidad () Beneficencia

2. Principio de la Bioética que plantea: “Reconocimiento por derecho y de hecho de las personas para cubrir las necesidades y realizarse personalmente con equidad ante otras”.
() Ponderación () Igualdad () Justicia () Beneficencia

3. Principio de la Bioética que plantea “Libertad de las personas para conocer las opciones y tomar decisiones”.
() Competencia () Dignidad () Validación () Autonomía

4. Principio Bioético que señala: “Prevenir el daño hacer o fomentar el bien”.
 Paridad Justicia Equilibrio Beneficencia.
5. Principio de Bioética que: “Obliga a cumplir los compromisos contraídos (con el paciente)”.
 Honestidad Legalidad Fidelidad Responsabilidad
6. Se conoce como Deontología a la ciencia que trata de:
 Los derechos Los deberes Los diagnósticos Los dientes
7. El principio más antiguo, cardinal de Ética Médica es:
 No engañarás No dañarás No protestarás No defraudarás
8. Actuación en la que existe omisión, indolencia, desatención, morosidad o frialdad se denomina:
 Negligencia Temeridad Iatrogenia Incompetencia
9. El acto médico profiláctico, diagnóstico o terapéutico que produce daños al paciente se denomina.
 Negligencia Impericia Incompetencia Temeridad
10. Acción que se tipifica por no haber previsto lo que era previsible y no haber hecho nada para evitarlo:
 Imprudencia Desatención Iatrogenia Temeridad
11. ¿Ha recibido algún curso, taller, foro o instrucción acerca del tema de bioética? Si su respuesta es afirmativa, por favor indique hace cuánto tiempo.
 No Si _____

Preguntas y resultados de entrevista a pacientes de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética.

Datos Generales

Sexo: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____

Estimado Señor(a):

Le invitamos a que complete la siguiente entrevista, tiene como objetivo conocer las expectativas del paciente, o lo que espera en la relación, la calidad, atención y el trato con el odontólogo practicante. Recuerde que su información es confidencial por lo que le suplicamos omitir su nombre.

1. ¿Cuál fue el motivo de su consulta?
2. ¿Le explicó bien el odontólogo practicante su problema por el cual consulto?
3. ¿Le pregunto el odontólogo practicante por el motivo de la consulta?
4. ¿Cómo considera que fue atendido por el odontólogo practicante?
5. ¿Considera usted que fue atendido oportunamente o en un tiempo prudente, por el odontólogo practicante antes de iniciar el tratamiento dental?
6. Frente a una decisión clínica importante. ¿Usted preferiría que el odontólogo practicante decida; prefiere tomar usted la decisión o compartir la decisión en base a la información proporcionada por el odontólogo practicante?
7. ¿Cómo evaluaría la atención en cuanto al tratamiento dental?
8. ¿Cómo evaluaría el trato y la actitud del odontólogo practicante hacia usted?
9. ¿Cuán importante considera el trato del odontólogo practicante hacia usted?

10. ¿Cómo describiría el interés del odontólogo practicante en su persona, más allá de la atención odontológica?
11. ¿Siente que el odontólogo practicante se relaciona con usted como persona o como paciente?
12. ¿Se sintió usted acogido por el odontólogo practicante en su dolencia?
13. ¿Ha tenido algún conflicto con el odontólogo practicante?
14. ¿Tiene alguna queja o reclamo sobre el odontólogo practicante?
15. ¿Qué es lo que más le gusta en la atención del odontólogo practicante?
16. ¿Qué es lo que menos le gusta en la atención del odontólogo practicante?
17. ¿El odontólogo practicante ha resuelto sus expectativas en cuanto a su tratamiento dental?
18. ¿Quién financia su tratamiento dental?
19. ¿Quisiera agregar algún comentario?

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante paciente.

ENTREVISTA 1

1. Quería hacerme una limpieza de dientes.
2. Si me explico y me dijo que tenía una periodontitis.
3. Si me pregunto todas las preguntas cuando uno viene a firmar el contrato.
4. Muy bien.
5. Me atendió oportunamente.
6. Los dos.
7. La atención aquí es muy bien.
8. Muy buena excelente.
9. Tiene que ser buena para que uno le tenga confianza.
10. Como ser humano.
11. Se relaciona conmigo como persona.
12. El odontólogo me apoya mucho.
13. No he tenido ningún conflicto.
14. No tengo ninguna.
15. Es muy amable conmigo y me ayuda en lo que me puede ayudar.
16. No tengo ninguna queja.
17. Si ha resuelto mis expectativas.
18. Me lo paga mi odontóloga.
19. Son buenos odontólogos, excelentes practicantes aquí.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA DOS

1. El motivo de mi consulta es que ya no tenía dientes y tenía problemas al morder, entonces me salió la oportunidad de la facultad que gracias a dios es algo económico para uno que trabaja y no tiene un salario para pagar odontólogos particulares.
2. El problema era mío por que el estaba aquí ya va a salir de su profesión entonces me salió la oportunidad por medio de un amigo porque es un plan económico que uno no puede pagar en la iniciativa privada y por eso me avoque a la facultad de odontología para que me hicieran mis prótesis porque ya sin ningún diente y no poder masticar los alimentos se daña el estomago y se puede producir otras enfermedades.
3. Si me explicó y la consulta fue más porque me extrajo dos dientes y me anuncio que necesitaba dos dientes.
4. Para mí muy buenos u ojala todos los médicos fuera de la facultad se comporten como los practicantes que lo atienden a uno y para mi es un buen servicio.
5. No me atendió luego pero fue por error de mi persona que lo deje pasar por qué no fue de parte de la facultad porque tenía que recaudar dinero pero en eso me comentaron lo de la facultad y gracias a Dios todo bien.
6. Prefiero que el practicante explico los motivos de la prótesis dental que él decida.
7. Para mí un cien por ciento porque es una atención que en otros lados no la he visto.
8. Buen trato magnifico.
9. Pues yo lo considero bien le vuelva a repetir es un trato casi preferencial para el paciente.
10. Por lo mismo, por su carrera le pone énfasis a la atención al cliente.
11. Se relaciona en las dos partes como persona y como paciente.
12. En todo momento me sentí acogido por mi practicante.
13. De ninguna manera.

14. Nada, cero quejas, cero problemas.
15. Me gusta todo la atención inclusive se esmeraran que uno no se enferme de otra índole.
16. Ahí sin respuesta.
17. En todo momento.
18. Yo personalmente yo.
19. El comentario, que un cien para la facultad porque atienden tanto a las personas mayores, niños y a uno de persona.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA TRES

1. Tenía problema con los dientes de adelante.
2. Exacto, si me explico que una bacteria tenía en ambos dientes por eso era el problema de la infección.
3. Si,aha.
4. Muy bien, muy especial conmigo.
5. Ella me explicó que iba a procurar a hacerlo rápido porque tenía más pacientes y está muy bien el trato que me está dando, fue poco lo que espere.
6. Yo pienso que compartir porque todo lo que ella me tiene que decir entonces y tengo que decir que estoy de acuerdo con lo que ella me diga.
7. Muy bonito, está bien.
8. Muy bien.
9. Es muy importante porque aparte de que es el odontólogo de uno, es como un amigo verdad, en el cual uno confía porque la dentadura de uno está bajo la responsabilidad de ellos, entonces uno tiene que tener confianza con ellos.
10. Pues como le repito más que un odontólogo, un amigo.
11. Pues el trato para conmigo como paciente.
12. Solo es un trato de paciente, solo vengo, me atiende, me cita, nada mas así.
13. Muy buena atención.
14. No ningún problema no.
15. No.
16. Su amabilidad, muy amable conmigo.
17. No me gusta que se distrae un poquito con que otras personas le vallan a hablar cuando me está trabajando.
18. Si.
19. Mi esposo.

20. Solamente cuando uno tiene un problema de dolor uno quisiera que las citas fueran más constantes y que cuando uno viene que ocuparan mas el tiempo en uno, por lo demás está muy bien.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA CUATRO

1. Una muela mala.
2. Si.
3. Si.
4. Bien.
5. Si.
6. Compartir la información.
7. Bien.
8. Bien.
9. Muy importante.
10. Bien.
11. Como persona.
12. Si.
13. No.
14. No.
15. Trata bien.
16. Nada.
17. Si.
18. Mi papá lo paga.
19. No, sin comentarios.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA CINCO

1. Deseaba una limpieza general en mis dientes.
2. Si.
3. Si me pregunto si yo deseaba que me limpiaran los dientes y le dije que sí.
4. Muy bien.
5. Si, él me dijo que llevaba tiempo, que tenía que hacer sus pruebas que llevaba tiempo y que tuviera paciencia.
6. Compartida si los dos estamos de acuerdo.
7. Bastante bueno.
8. Bien y pienso que muy buena porque yo me quede traumada de niña cuando me rellenaron los dientes y ahora cuando él me está tratando y me duele tengo la libertad de decirle que espere y el es muy amable y espera.
9. Debe de ser buenísimo porque uno por que es doloroso el tratamiento muchas veces.
10. Pues creo que es una persona considerada considera mi edad educado.
11. Como paciente aunque a veces me pregunta cosas personales, pero es parte del trabajo me imagino.
12. Si por que ha considerado veces en que yo no puedo venir o cosas así considero que sí.
13. Ninguno gracias a Dios.
14. Ninguna.
15. –
16. Nada, tal vez un poquito porque tengo que esperarlo puede ser porque tiene muchos pacientes.
17. Yo creo que si por que a la fecha no pensé que me quitara tanto sarro que tenía en los dientes la verdad nunca me había hecho una limpieza así me ha quitado bastante.
18. Eh, mi esposo.
19. No, solamente que sigan adelante y si tuviera una crítica aquí seria que mejoren los baños pero creo que ya lo están haciendo.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA SEIS

1. Porque me dolían mucho las muelas.
2. Si me explico todo lo que me iba a hacer.
3. Si el primer día me pregunto todo.
4. Bien ella siempre me trata bien.
5. Este llevo mucho tiempo.
6. Ambos tomáramos la decisión.
7. Bien siempre bien.
8. Ese bien solo que a veces no tiene mucho tiempo para mí.
9. Tiene que ser bueno porque tiene que aprender a tratar bien a las personas.
10. Con ella me llevo bien ella si sabe a tender bien.
11. Como persona más que todo.
12. He si siempre me dice que le cuente si me duele algo así mucha confianza.
13. No nunca.
14. No.
15. En la forma que me trata me trata bien.
16. De que a veces no hay mucho tiempo y hay que hacerlo rápido todo.
17. Si siempre.
18. Mitad mi mamá y mi practicante.
19. No solamente de que si me llevo bien con la practicante que si hay buen trato bueno para mí si lo hay.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA SIETE

1. El motivo de mi consulta es para venir a hacerme mi prótesis.
2. Eh, si me explico.
3. Si, también me explico.
4. Gracias a Dios es un joven muy amable, me atiende bien.
5. Por el momento me está empezando a trabajar las prótesis.
6. Tomemos los dos una decisión.
7. Creo que me lo está haciendo bien mi tratamiento.
8. Veo que es muy bien.
9. Parece que si trata bien el a las personas.
10. Eh, yo creo que él está bien tratando la manera de hacerlo bien para aprender mas también.
11. Eh, como paciente.
12. Eh, me siento apoyada por él.
13. No, por el momento no.
14. No, nada.
15. Lo que me gusta es la amabilidad de él.
16. Bueno, que no hay nada que no me guste de él.
17. Si.
18. Eh, yo lo pago.
19. Yo lo que agrego, nada más que me gusta mucho el tratamiento que le dan a uno verdad son muy amables.

ENTREVISTA OCHO

1. Pues yo vine porque si tenía un diente malo y gracias a Dios me atendieron aquí, bien atendido gracias a Dios.
2. Si yo le dije que la señorita me vio como esta yo de mis dientes y ahí fue cuando ella me empezó a tratar y me trata bien y muy amable la señorita.
3. Si me dijo ella que yo pues ya los dientes que tenía ya no estaban buenos y ya me empezó ella a tratar y gracias a Dios, desde que empecé con ella me han tratado rebien rebien.
4. Pues para ella yo soy un paciente bien atendido y bien trabajado.
5. No, luego me atendieron gracias Dios bien.
6. Que mi tratamiento me van a poner mis dos prótesis, ellos decidieron todo con mi señorita que esta.
7. Ah, pues si no lo puedo decir por qué no me han entregado mis placas, ya me midieron y bien tratado estoy muy rabien.
8. Pues bien rebien, muy atendido rebien y muy amable mi señorita.
9. Es importante, muy importante, buen trabajo y lo tratan rebien a uno para ellos lo tratan como una paciente bien tratada.
10. Pues me atienden una vez a la semana y me atienden rebien gracias a Dios y están trabajando muy bien conmigo me trata como amistad.
11. Como paciente pero bien amable una amabilidad bien como persona también.
12. Si me acogieron, me apoyaron bastante y me siguen apoyando bastante gracias a Dios.
13. No eso no.
14. No nada.
15. Me atiende rebien trabajan rebien muy amables.
16. Ninguna queja.
17. Me han dicho que en mes y medio me termina mis placas no sé.

18. Un mi hijito que es cieguito que lo están tratando allá arriba, él lo paga.
19. Me siento rebien porque miro que en la clínica atiende bien a las personas no hacen diferencia.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA NUEVE

1. El motivo de la consulta es tratarme a mí y a mi hijo a que le arreglaran sus dientes.
2. Si me explico.
3. Si por arreglarle los dientes.
4. Bien fue prudente.
5. Ambos una decisión.
6. Pienso que lo hacen bien.
7. Bastante bien.
8. Es importante y estoy satisfecha con lo del tratamiento.
9. –
10. Bastante bien porque explica cada vez que hace algo que hace y como lo hizo.
11. Persona.
12. Si me ha tenido paciencia pues al principio conforme al tratamiento es doloroso y entonces él me ha motivado bastante.
13. No.
14. Ninguna queja.
15. El modo como nos trata.
16. No sin respuesta.
17. Bien supera mis expectativas.
18. Yo lo pago.
19. Sigán así y adelante y luchando por lo que quieren por lo que al final lo que quieren es graduarse, tal vez por eso lo tratan a uno bien y que sigan adelante que todo les vas a salir bien.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA DIEZ

1. Acerca de mis dientes
2. Si me explico bien y buena atención el primer día.
3. Si me pregunto de las radiografías y que es el trabajo que había que hacer.
4. Atendió muy bien.
5. Nos atendió rápido.
6. Entre ambos para ver si estoy de acuerdo.
7. Bien.
8. Bien muy cariñosa y muy amable.
9. Tener confianza al paciente y hablarles con amor.
10. Si como un amigo y se toma la molestia de llamar y recordar las citas.
11. Como persona.
12. Si bastante.
13. Para nada.
14. No.
15. La amabilidad con que atiende y la paciencia.
16. Por el momento ninguno.
17. Si.
18. Ambas partes los dos.
19. Muchas gracias por la fineza y amabilidad que nos tratan.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA

12/8/13
12:15 pm
5 min 0 seg.
K

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA ONCE

1. Bien para las dos placas.
2. Si.
3. Si.
4. Bien bien.
5. Nos atendió prudentemente.
6. Mejor que la doctora decida confió en ella.
7. Bien.
8. Bien.
9. Que sea bien el trato, ella la atiende bien.
10. Buena.
11. Es amable y pregunta siempre como estamos.
12. Si.
13. No.
14. No.
15. Que es amable y cumple con la hora que dice y atiende bien.
16. Nada ella es buena.
17. Si.
18. La familia lo paga.
19. Todo bien todo está bien.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

L

ENTREVISTA DOCE

1. Vine porque se me callo una corona.
2. Si.
3. Si.
4. Hasta el momento he sido atendido por dos y los dos han sido muy profesionales en lo que cabe.
5. Eso si me han hecho esperar mucho entre cada cita, y antes de iniciar mi tratamiento pase tres meses en que me asignaran un practicante.
6. Entre ambos que me explique bien la situación las posibilidades que hay y decidir entre los dos.
7. Buena.
8. Buena.
9. Pues como solo a mi me ha atendido no sé, pero debe de ser profesional.
10. Si claro no es tan formal me saluda y me pregunta como estoy en general bien.
11. Como persona y paciente.
12. Si más o menos no me explica mucho.
13. Con la segunda no con la primera si tuve problemas era mera enojada.
14. No, no sé.
15. Que tiene interés en el caso.
16. Nada no podría criticarle nada.
17. Si.
18. Yo.
19. Tal vez que bueno hay un doctor que me está atendiendo muy profesional lo que si es que a veces no se pone mascarilla y me escupe toda la cara y me da asco.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje
y de la Práctica de la Bioética.

ENTREVISTA TRECE

1. Para tratamiento ya que me indicaron que en esta facultad hay muy buena atención.
2. Claro el me dio paso por paso el procedimiento que íbamos a llevar durante el tiempo que me iba a atender.
3. Sí, me dijo que mi caso no estaba tan difícil, si había posibilidades de que acá me pudieran atender bien.
4. La verdad con el procedimiento y los pasos la relación conmigo muy amable y buen trabajo.
5. Fue muy puntual en su trabajo es muy buena atención la que me ha podido brindar.
6. Pienso que sería decisión de ambos.
7. Pues muy buena la verdad de que en otras ocasiones he estado en otros lugares y la atención de acá es muy buena.
8. Muy bien pues es que una comunicación muy respetuosa muy bien y en su trabajo muy bien.
9. Pues sería un trato amistoso el que se lleva, pues el paciente se ubica muy bien con el practicante.
10. Pues que pienso que seguiría hasta los últimos términos para darte un buen servicio.
11. De ambos como paciente y como persona.
12. La verdad que si me dio su opinión con respecto al trabajo y coincidimos en lo mismo fue un buen trabajo.
13. No.
14. No la verdad que su servicio fue muy bueno.
15. Que da sus opiniones y la verdad en el tratamiento que está realizando tiene paciencia y se ve que el trabajo es muy bueno.
16. Por el momento, en el transcurso que me ha tratado bien.

17. Si la verdad pues yo venía con un objetivo y él se fue más allá de eso y todo muy bien.
18. Mis papas.
19. Por el momento es que cada practicante tiene su forma de trabajar y muy bueno por la gente que viene acá.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante-paciente.

12/8/13

12:57 pm

2 min 23 seg.

N

ENTREVISTA CATORCE

1. De que a mí me estaba molestando una muela y por eso acudí aquí y también por la economía también verdad entonces ahí la trabajadora social me mando con un practicante y me empezaron a trabajar.
2. Si.
3. Si.
4. Pues si me atendió bien fue muy amable ante todo verdad.
5. Eh, si como a la semana después me cito y empezó ya y le explico a mi mama lo que tenía que hacer.
6. Bueno yo prefiero que entre ambos así elme da su opinión y yo le doy la mía.
7. Bueno me parece bien porque él me trabaja a mi bien y tiene mucha paciencia a pesar de todo.
8. Es muy amable respetuoso ante todo y me parece muy bien.
9. Bueno para mí ante todo con respeto y amabilidad porque si no tienen eso los pacientes hasta se pueden ir.
10. Si se ve que quiere graduarse ante todo y se ve que le gusta mucho hacer su trabajo.
11. Como paciente más que todo.
12. Si porque cuando me dolía una muela algosa si me llamaba o yo le llamaba y me atendía rápidamente.
13. No.
14. No.
15. De que a veces me pregunta si me está doliendo, cosas así
16. Pues no me agrada, pues que a veces baja un poco tarde.
17. Si.
18. Mis papas.
19. Bueno que me gusta su trabajo porque lo hacen muy bien a pesar de que son practicantes y que sigan adelante.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante-paciente.

Ñ

ENTREVISTA QUINCE

1. De que se me presento un descoloramiento en un diente y vine a revisarme.
2. Si.
3. Si, si me pregunto.
4. Eh, muy bien con mucha paciencia y con vocación se podría decir.
5. Si.
6. Preferiría compartir la decisión para llegar a una decisión mutua por mi bien.
7. Pues es un poco tardada la atención.
8. Muy buena me trata bien.
9. Pues creo que se le debería de dar importancia porque tengo una fractura en mi diente.
10. Lo normal creo que es solo de paciente a doctor.
11. Como paciente.
12. Si.
13. No.
14. No.
15. La paciencia.
16. Le cuesta explicarme que es lo que me va a hacer o que es lo que me está haciendo durante la cita.
17. No ha resuelto mis expectativas, yo vine porque el diente se me decoloro y ya me trabajo todo y sigue igual o peor la verdad no me gusto.
18. Mis papas lo pagan se podría decir.
19. No agregaría nada.

ENTREVISTA DIECISEIS

1. Pues se me aflojaron mis dientes porque tuve un niño mas de los 40 y ese fue el motivo por el que me presente desde hace 5 años acá a la facultad.
2. Si aja el puro doctor el practicante no.
3. No que me acuerde.
4. Al principio si después no se qué problema tuvo y se tuvo que ir de la facultad por eso desde hace 5 años estoy aun aquí.
5. Si fue oportuno pero de que me sirvió de nada.
6. Tomar la decisión por el practicante.
7. Ay mire bien y mal por que como le vuelvo a repetir por el tiempo que tengo yo de estar aquí.
8. Como ya van como cuatro que me atienden para mí no es bueno.
9. Pues yo creo que no es que uno se las lleve de cosas por lo menos si lo citan a uno a una hora a cierta hora y ya vio me hacen esperar más de una hora lo que hice yo fue mejor salirme.
10. Pues la odontóloga que tengo ahorita si está bien.
11. Como paciente.
12. Es que esta es la quinta o sexta y ella si me apoya anteriormente no.
13. No.
14. Si tengo queja que me han dejado más bien ya perdí una muela.
15. La que tengo ahorita está al pendiente cualquier día me llama.
16. No ahorita no he tenido problemas.
17. Si.
18. Yo.
19. El asunto es que el tratamiento me salía más barato el año pasado pero no fue culpa mía y ahora me subió demasiado el precio por lo menos antes lo del tratamiento me iba a costar 65 y ahora más de trescientos y cosa de lo que yo no tuve la culpa pues.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante-paciente.

ENTREVISTA DIECISIETE

1. Que me dolía un diente el diente de adelante se me callo.
2. Si así es, me lo explico muy bien.
3. También me pregunto.
4. Muy bien excelente.
5. Oportunamente.
6. Entre ambos compartir.
7. Muy excelente.
8. Muy excelente no me puedo quejar.
9. Amables que le expliquen bien a uno que le van a hacer bien explicado y ahorita no me quejo.
10. Yo digo que si porque sabe su profesión que le gusta.
11. Como persona y paciente.
12. Me sentido apoyada.
13. Ninguno hasta ahorita.
14. Ninguna.
15. Que ella me explica ella es mi odontóloga y me enseña cómo debo de cepillarme cada vez que hace un tratamiento que va a hacer y que vamos a seguir haciendo.
16. Ahorita no hay ninguna queja sobre él.
17. Así es me lo ha resuelto.
18. Mi hija.
19. Pienso que todo está normal hay que tener paciencia porque todo no es la carrera y ahorita no tengo ninguna queja.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo Practicante-Paciente.

Q

ENTREVISTA DIECIOCHO

1. Componerme los dientes porque los de arriba los tenía mal.
2. Si.
3. También si.
4. Bien.
5. Si.
6. Bien.
7. Bueno.
8. Bien.
9. Esta bien.
10. Excelente.
11. Como persona.
12. Si acogido.
13. No.
14. No tampoco.
15. La puntualidad.
16. Mucho tiempo se llevan yo desde el año pasado empecé y ya ve la fecha que vamos.
17. Si.
18. Yo.
19. A veces lo que dificulta más es que no están los que supervisan el trabajo de los practicantes que no viene a la hora a veces se atrasan el trabajo de ellos porque tiene que estar acá un supervisor.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante-paciente.

R

ENTREVISTA DIECINUEVE

1. Para que me hagan una placa nueva porque la que tengo ya se me desgasto y me cuesta mucho comer.
2. Si me recomendaron con él para que le me hiciera el trabajo.
3. Si y dijo que ya venía pero ya se tardó un poquito desde las ocho y media lo llamamos y no ha venido.
4. Si me ha atendido bien es amable respetuoso y da confianza el trabajo.
5. Las primeras veces me atendió rápido pero ahora ya se tardó mucho pero hay que tener paciencia.
6. Ya está decidido que se va a hacer, ellos decidieron.
7. La evaluó bien porque se nota que ya son unos profesionales.
8. Pues muy bien porque lo trata muy bien a uno con todo respeto y el merece también nuestro respeto.
9. Importante que el Dr. sea dedicado y ahí si se mira si lo trata bien a uno tiene que responder también con el tratamiento que le haga a uno.
10. Hay buena amistad porque se mira que tiene intención de salir de la facultad para dedicarse a su profesión.
11. Como paciente y persona muy educado uno responde así como lo tratan a uno se nota que es buen doctor responsable de lo que está haciendo.
12. Me sentí bien apoyado por el por qué todas las preguntas que ha pedido le he respondido pero hoy se tardó por algún motivo.
13. No nada.
14. Pues queja no solo recomendación que venga a l ahora porque ya desde las 8 y 30 ya no uno tiene cosas que hacer.

15. Que es muy fino para tratarlo a uno siempre me trata de u y yo también de u lo trato.
16. Pues creo que no hay nada.
17. Si me ha ayudado mucho colabora mucho conmigo.
18. Lo pago yo porque soy jubilado del estado pues entre más luego salga pues mejor solo me ha ayudado con pagar con lo de la papelería quiere decir que si tiene voluntad de hacer las cosas.
19. No tengo nada que hablar solo darle paciencia y que venga luego.

Investigación sobre el Proceso de Enseñanza Aprendizaje y de la Práctica de la Bioética y la relación Odontólogo practicante-paciente.

S

ENTREVISTA VEINTE

1. Un dolor en una muela.
2. Si.
3. Si me pregunto.
4. Muy bien.
5. Eh, si durante el tratamiento.
6. Que él me diga y que él decida.
7. Muy bien.
8. Muy amable y muy atenta.
9. Pues con amabilidad y respeto y con claridad de lo que están haciendo.
10. Si está interesada en el tratamiento que tiene que hacer y está muy pendiente de mi cada semana.
11. Como paciente.
12. Si me sentí acogida.
13. No.
14. Ninguna.
15. Pues que ella está atenta a llamarme me dice que día y hora y no me deja esperar.
16. Ahorita pues he estado preocupada por las radiografías porque estoy embarazada y me ha repetido muchas y ella me dice que no le va a hacer daño a mi bebe.
17. Si ha resuelto mis expectativas.
18. Mi esposo lo paga.
19. Ninguno.

Instrumento para observar, la relación Odontólogo Practicante- Paciente en la Clínica Dental de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

	si	no
1. La atención que se le brinda al paciente en el área de recepción fue con respeto y amabilidad		
2. El tiempo de espera del paciente hasta que lo recibió el estudiante fue mayor a quince minutos		
3. Al momento de recibir al paciente el odontólogo practicante lo hace con amabilidad y cortesía.		
4. Entablan algún tipo de conversación cordial o solo lo conduce al área en la que trabajará.		
5. Previo al inicio de efectuar el tratamiento, el odontólogo practicante se toma el tiempo suficiente para explicarle al paciente el procedimiento a realizar.		
6. El odontólogo practicante al momento de finalizar el tratamiento explica al paciente el procedimiento que efectuó y da indicaciones post-operatorias.		
7. Se brindó al paciente una atención competente, respetuosa y digna.		
8. El tiempo de trabajo fue el adecuado y suficiente para el tratamiento a realizar.		
9. El odontólogo practicante al finalizar el tratamiento despide al paciente con cortesía y le acompaña a la salida.		
10. En algún momento el odontólogo practicante fue descortés en el trato con el paciente.		

Guatemala, Agosto del 2013.

Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico
Facultad de Odontología
Edificio M-4 Segundo Nivel
Universidad de San Carlos de Guatemala.

Respetable Dr. Pineda:

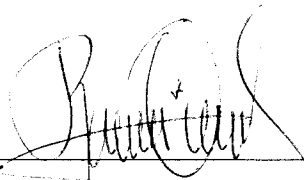
Apreciable Dr. Aprovecho la oportunidad para saludarle y desearle éxitos en sus labores profesionales. Por medio de la presente le comunico que ha llegado el momento de realizar el trabajo de campo de nuestro trabajo de investigación de tesis de pregrado, que lleva por nombre, “SITUACIÓN DEL PROCESO ENSEÑANZA- APRENDIZAJE Y DE LA PRÁCTICA DE LA BIOÉTICA EN LOS ESTUDIANTES DEL CUARTO Y QUINTO AÑOS DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA” por lo que solicito su autorización para realizar nuestro trabajo de campo, ya que realizaremos una observación sobre el manejo y trato de los odontólogos practicantes-pacientes; y una serie de encuestas y entrevistas dentro de las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, durante el mes de agosto dirigido a pacientes, docentes y estudiantes las cuales son necesarias para recabar información para nuestra investigación..

Me despido de usted, atentamente.

Reyna Violeta Orozco y Orozco

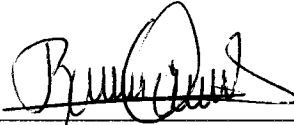
El contenido de esta tesis es única y exclusiva responsabilidad de la autora

(f)

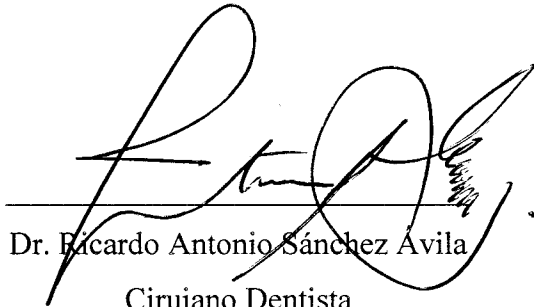
A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Reyna Violeta Orozco y Orozco', written over a horizontal line.

Reyna Violeta Orozco y Orozco

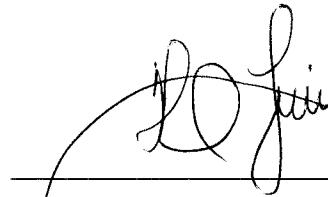
FIRMAS DE TESIS DE GRADO



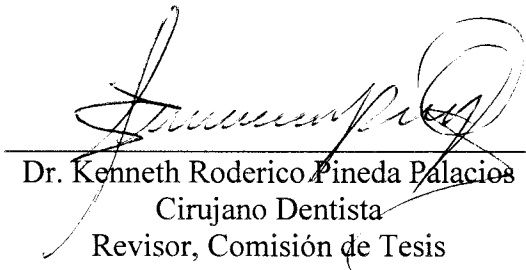
Reyna Violeta Orozco y Orozco
SUSTENTANTE



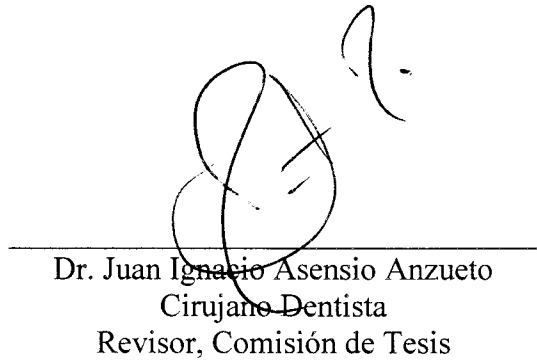
Dr. Ricardo Antonio Sánchez Avila
Cirujano Dentista
ASESOR



Dr. Víctor Hugo Lima Sagastume
Cirujano Dentista
ASESOR



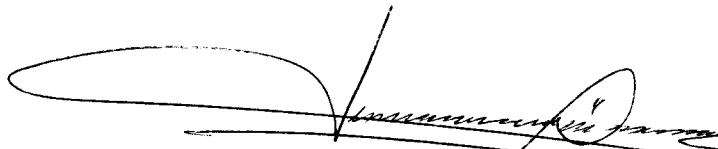
Dr. Kenneth Roderico Pineda Palacios
Cirujano Dentista
Revisor, Comisión de Tesis



Dr. Juan Ignacio Asensio Anzueto
Cirujano Dentista
Revisor, Comisión de Tesis

IMPRIMASE

Vo. Bo.



Dr. Julio Rolando Pineda Cordón
Secretario Académico
Facultad de Odontología

