
EL PRONÓSTICO: UN COMPROMISO ÉTICO FUNDAMENTAL PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROGNOSIS: A FUNDAMENTAL ETHICAL COMMITMENT FOR THE INFORMED CONSENT

NELSON CORTÉS C.*

RESUMEN. El proceso que hace posible el consentimiento informado se fundamenta en una serie de encuentros dialógicos entre el odontólogo y el paciente. De todos los apartados que componen la historia clínica, el pronóstico, al hacer el enlace entre el diagnóstico y el plan de tratamiento, proporciona valiosa información para que el profesional pueda compendiar en el formato de asentimiento la propuesta terapéutica, especificando beneficios y riesgos. El curso de los eventos que debe seguir el odontólogo para concluir con la firma del formato de consentimiento puede sintetizarse, más o menos, de la siguiente manera: definir el problema —como paso inicial para la exploración clínica—; elaborar el diagnóstico —o apreciación del estado de salud—; diseñar el plan de tratamiento —aportando las diferentes opciones terapéuticas con objetivos definidos—; formular el pronóstico —como la mejor forma de anticipar resultados satisfactorios o posibles eventos adversos—; formalizar el asentimiento —como la base legal de la anuencia—; limitar el acto clínico —sólo a los procedimientos acordados y en las zonas del organismo, previamente determinadas—; replantear el plan de tratamiento —cuando, durante el transcurso de la atención, se presente algún incidente que pueda modificar la propuesta inicial.

Palabras clave: historia clínica, pronóstico, consentimiento informado, documento de asentimiento.

ABSTRACT. The process that makes the Informed Consent possible is based on several dialogues between the dentist and the patient. The Prognosis is a basic component of the dental history, linking the diagnosis and the treatment plan and allowing the professional to synthesize in the document of acquiescence the therapeutic proposal, including benefits and risk. The course of events the dentist has to follow in this process could be summarized in the following way: Identification of the problem —as the initial step in the clinical exam—; reaching a diagnosis —definition of the state of health—; prescription of the treatment plan —offering the several treatment options with their defined objectives—; formulation of the prognosis —the best way to anticipate the positive and negative results—; formalize the acquiescence —with the patient's signature as the legal base for his/her acceptance as a permission to be treated—; limit the clinic action —for the procedures defined and in the areas of her/his body, previously determined—; revision of the treatment plan —when, during the course of care, if necessary, for many reasons, reformulate the initial proposal.

Key words: clinical history, prognosis, informed consent, document for the acquiescence.

INTRODUCCIÓN

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, en asocio con la Organización Panamericana de la Salud definió el Consentimiento Informado como “La autorización y aceptación que una persona capaz otorga a su médico, luego de recibir la información necesaria, comprenderla y considerarla y, después, tomar la mejor decisión a la luz de sus valores y expectativas, sin que

medie coerción, influencias, incentivos indebidos o intimidación”.**

EL CONSENTIMIENTO: UN PROCESO DIALÓGICO

Como se puede apreciar en la definición anterior, el consentimiento informado es, fundamentalmente, un proceso comunicacional entre el profesional de la salud y el enfermo y no, como muchos lo han

* Odontólogo, especialista en Ortodoncia, magíster en Ciencias Sociales, especialista en Didáctica Universitaria. Profesor Titular, Facultad de Odontología Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: beatrizgo@une.net.co.

Cortés N. El pronóstico: un compromiso ético fundamental para el consentimiento informado. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 103-110.

Cortés N. Prognosis: a fundamental ethical commitment for the informed consent. Rev Fac Odontol Univ Antioq 2006; 18 (1): 103-110.

RECIBIDO: AGOSTO 29/2006 - ACEPTADO: OCTUBRE 24/2006

entendido, un acto protocolario que se materializa mediante la suscripción de un instrumento preimpreso. Así lo determinó la Corte Constitucional de Colombia:

[...] La comunicación entre médico y paciente no solo es importante desde el punto de vista del respeto de la dignidad humana, sino también desde la perspectiva terapéutica. El paciente necesita además de querer la curación, creer en ella y en la capacidad de la medicina y de su agente para lograrla.*

Actualmente no se concibe el consentimiento informado como la simple autorización que el paciente otorga al profesional de la salud para que se le realice un procedimiento dado, sino como la comprensión clara, objetiva y correcta que debe tener el enfermo sobre su estado de salud, la conveniencia o inconveniencia de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos y los beneficios y riesgos.

Hasta mediados del siglo xx las relaciones entre los profesionales sanitarios y los enfermos se rigieron por un paradigma paternalista —el paciente, cual menor de edad, era incapaz de asumir, motu proprio, una actitud racional y un comportamiento adecuado frente a su enfermedad y al tratamiento de la misma— mediante el cual los primeros velaban por la salud de los segundos y decidían, amparados en la idoneidad profesional del médico, sobre las terapias más convenientes para los segundos². En la actualidad el conocimiento científico-técnico —la competencia profesional—, per se, no legitima o justifica el acto médico pues se requiere que la información que suministra el profesional de la salud, sea bien comprendida por el paciente —fase de consentimiento**— y éste pueda autorizar el procedimiento —fase de asentimiento***—. En lo anterior hay, entonces, tres elementos esencia-

les: 1) información —sobre el acto médico—, 2) comprensión —de los beneficios y riesgos— y 3) voluntariedad —decisión inteligente y libre—.³

La información. Existe una estrecha relación entre los conceptos información-comunicación-consentimiento: una buena información propicia la comunicación y ésta a su vez, es fundamental para establecer la relación profesional-paciente. La comunicación, al actuar como mediadora de la relación odontólogo-paciente, posibilita el consentimiento —exteriorización de las voluntades de las partes—⁴. La información, entonces, no es sólo un derecho que tiene el paciente de saber sobre la naturaleza de su enfermedad, posibles tratamientos y procedimientos, beneficios y riesgos inherentes, pronóstico de la enfermedad y eficacia del tratamiento, sino también el primero de los insu- mos para llegar al consentimiento⁵. La norma en el Código de Ética del odontólogo colombiano determina que: “El Odontólogo debe informar al paciente de los riesgos,^{****} incertidumbres y demás circunstancias que pueden comprometer el buen resultado del tratamiento”⁶. Por su parte, el decreto reglamentario de la misma ley reza: “El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia del riesgo previsto o de la imposibilidad de hacerla”⁷.

La información básica relacionada con los antecedentes del enfermo está recopilada en la historia clínica. Ahora, a pesar de que no es posible transmitir a cada paciente la totalidad de la información sobre los eventos adversos que se podrían derivar de cada uno de los procedimientos que se le van a realizar, el odontólogo sí está en la obligación de suministrar una información clara y precisa sobre aquellos normalmente previsibles o típicos —aquellos que

* Sentencia T-401 de la sala tercera de revisión de la Corte Constitucional. 12, IX, 1994, p. 12 (exp. T-36.771. Citada por Castaño María Paulina. en “El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad medica, p. 71.

** Acuerdo entre las partes: el médico acepta tratar al enfermo y éste, a su vez, acepta ser tratado por aquel, acordando las condiciones que se desarrollarán durante el acto clínico. Nota del autor.

*** Autorización expresa que el enfermo hace a su médico para que se realice un tratamiento o procedimiento, así no haya de por medio la celebración de un contrato. Nota del autor.

**** Riesgo: evento adverso directo o colateral que se puede derivar de la prestación de un servicio de salud o de la negación al mismo. Tomado de Castaño María Paulina en “El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica” p. 194.

sucedan con determinada frecuencia, de acuerdo con la experiencia clínica, con los diferentes estudios científicos o con datos estadísticos—, teniendo en cuenta, entre otras cosas, la severidad de la problemática presente, la formación académica y la experiencia del operador, las técnicas disponibles y la colaboración del paciente. Así lo contempla el código de ética del odontólogo cuando expresa: “La responsabilidad del odontólogo por reacciones adversas, inmediatas o tardías, producidas por efectos del tratamiento no irá más allá del riesgo previsto”⁶; Igual conducta no se sigue con los eventos imprevisibles o atípicos —imposibles de determinar o de muy escasa ocurrencia—, ya que se ubican por ello en la categoría de lo fortuito⁵. No obstante lo anterior, María Paulina Castaño advierte que “...si el fenómeno que el médico invoca como hecho imprevisible, es decir, como causa extraña (fuerza mayor o caso fortuito), es imputable a dolo o culpa del deudor, realmente no se producirá causa extraña, porque para que pueda calificarse dicho evento como fuerza mayor, por imprevisibilidad e irresistibilidad, es necesario que el deudor no haya cometido culpa, luego, son excluyentes la imprevisibilidad y la culpa del deudor”⁴.

La comprensión. Como segundo elemento esencial del consentimiento está la comprensión. Es obligación del profesional de la salud asegurarse de que la información suministrada fue adecuadamente comprendida por el paciente, sujeto de la intervención, especialmente cuando los riesgos inherentes al procedimiento terapéutico son serios. La mera información no es garantía de que el paciente comprendió la información que el profesional le suministró⁸; es importante que el odontólogo emplee un lenguaje comprensible para transmitir la información que debe estar en relación con la capacidad de entendimiento del paciente. Después de que el odontólogo le explica al paciente su condición de salud, es importante que éste comprenda las opciones de tratamiento y los objetivos de los

diferentes procedimientos, además de los riesgos e implicaciones que su decisión conlleva, ya que sólo él sufrirá las consecuencias de ésta².

La voluntariedad. El paciente tiene derecho a la autodeterminación, es decir, a decidir libremente, sin coerción o influencia indebida, si acepta —asentimiento— o no —disentimiento— el tratamiento que le ha sido indicado y a decidir sobre los procedimientos terapéuticos que incidirán en su organismo, especialmente si éstos revisten cierto riesgo. “Cuando esos procedimientos pueden afectar de alguna manera al paciente, bien sea en sus aspectos físicos, psicológicos, morales, en su proyecto de vida, etc., deben ser previamente informados a aquel para posibilitarle la toma de decisiones, esto es, propiciarle un espacio en el cual pueda ejercer su autonomía, cuando reúne las condiciones para hacerlo”⁴. Dicha manifestación de voluntad —que constituye el último elemento para celebrar válidamente la prestación del servicio por parte del profesional— debe ser expresada directamente por el paciente pero, en casos de menores de edad o ante la imposibilidad física o mental del mismo, lo pueden hacer —consentimiento subrogado o deferido— sus familiares o representantes legales. Por violación del derecho del paciente a ser informado y, por ende, de obtener el asentimiento idóneo, el profesional puede ser llamado a responder por daños y perjuicios directos, aun siendo éstos imprevisibles: “...cuando el médico actúa sin obtener la voluntad debidamente informada del paciente, asume unilateralmente los riesgos aunque no exista culpa en la producción del daño”.*

Es conveniente hacer una distinción entre los términos tratamiento y procedimiento. El primero, entendido más en relación con el consentimiento —acuerdo mutuo sobre determinado asunto—, se refiere al discernimiento que tiene que hacer el enfermo una vez el profesional de la salud le presenta y explica las opciones terapéuticas: la fase deliberativa, un derecho exclusivo del paciente; el segundo vocablo, más coligado con el asentimiento

* Tesis DALCQ citada por Castaño María Paulina en “El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica” p. 401.

—autorización para realizar un acto— se asocia con la escogencia de las técnicas para la intervención instrumentada del organismo: la fase operativa, el campo de dominio del médico u odontólogo que, aunque puede ser comunicada al paciente, no requiere de una explicación detallada⁹. Un tratamiento, acorde con el plan de beneficios en el sistema de seguridad social en salud, puede comprender “...todas aquellas actividades, procedimientos o intervenciones tendientes a modificar, aminorar o hacer desaparecer los efectos inmediatos o mediatos de la enfermedad...”.*

LA HISTORIA CLÍNICA: UN DOCUMENTO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La historia clínica aunque nace con el propósito primordial de recoger algunos datos sobre los enfermos que necesitaban de asistencia médica, cumple en la actualidad con otros objetivos: docentes, investigativos, sanitarios, administrativos y de control de calidad¹⁰. No obstante que el objetivo asistencial se conserva como el principal para la elaboración del diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, la historia clínica es también un documento de investigación científica que permite, entre otras cosas, formular nuevas hipótesis sobre la enfermedad, establecer correlaciones entre las variables que intervienen en su génesis y comprobar la eficacia de los diferentes tratamientos. Así lo contempla la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud, que establece normas para su manejo, cuando expresa que una de sus características básicas es la ‘racionalidad científica’, definida como

[...] la aplicación de criterios científicos en el diligenciamiento y registro de las acciones en salud brindadas a un usuario, de modo que evidencie en forma lógica, clara y completa el procedimiento que se realizó en la investigación de las condiciones de salud del paciente, diagnóstico y plan de manejo.¹¹

Si la historia clínica tiene todas las características de un documento científico, debería responder a las mismas exigencias de un proyecto de investigación¹², es decir, se debe: plantear el problema —estado particular de salud—, determinar un objetivo terapéutico— lo que se espera lograr con el tratamiento—, presentar una justificación —la incidencia en la condición de salud—, establecer unos criterios de valoración —que determinen el potencial de otras opciones de tratamiento—, seleccionar una metodología —que oriente el proceso de atención—, anticipar las consecuencias —beneficios y riesgos.

En la historia clínica el pronóstico** cobra importancia porque mediante su formulación el odontólogo puede anticipar —acorde con el grado de dificultad que presenta la situación concreta que enfrenta, el avance científico-técnico del momento y la formación académica y el dominio de la técnica que posea como operador— la posible incidencia del tratamiento o del procedimiento en la condición particular de salud de cada paciente. El código de ética odontológica demanda que “La actitud del odontólogo ante el paciente será siempre de apoyo. Evitará todo comentario que despierte injustificada preocupación y no hará pronósticos de la enfermedad sin las suficientes bases científicas”.⁶

De las diferentes clases de pronósticos descritos en la literatura médica¹⁰: *quoad vitam* —posibilidad de sobrevivir a la enfermedad—, *quoad functionem* —riesgo de perder una función—, *quoad longitudinem vitae* —tiempo estimado de sobrevivencia una vez identificado el proceso patológico—, *quoad valetudinem* —grado de valimiento posterior al padecimiento—, tiene particular relevancia para el odontólogo el relacionado con la posibilidad de conservar o perder una función, función que en el caso particular de la odontología está muy ligada a la conservación, modificación o restauración de las formas anatómicas del sistema masticatorio.

* Citado por Castaño María Paulina en “El consentimiento informado en la responsabilidad médica” p. 193.

** “Juicio, más o menos hipotético, que forma el médico respecto a los cambios que pueden sobrevenir durante el curso de una enfermedad y sobre su duración y terminación por los síntomas que la han precedido o la acompañan, en un individuo dado”. En: Diccionario de la Lengua Española R.A.E. p. 1251.

También se han empleado comúnmente en la literatura médica algunas escalas clásicas para calificar el pronóstico: leve, menos grave, grave, muy grave, y otras no tan tradicionales: favorable, desfavorable, bueno, malo y reservado* que, por lo viciado o indeterminado de algunos de los términos, no aportan significativamente a la claridad que espera el paciente, relacionada con la incidencia del procedimiento en su condición de salud.

Ahora, dado que la responsabilidad del odontólogo con relación a la acción que ejecuta es predominantemente de prudencia o de medios y vía excepcional de resultados o de fines², es decir, que está obligado a valerse de todo su saber y de los recursos tecnológicos de que dispone para restablecer o mantener la salud del paciente —mas no para garantizarle la curación—, es importante que éste tenga claros —antes de formular el pronóstico— tanto los objetivos asistenciales que espera recibir el paciente como, también, los objetivos terapéuticos que puede lograr con el procedimiento². Al respecto María P. Castaño⁴ advierte: “...se debe evitar caer en especulaciones que podrían generar alarmas innecesarias y que sólo pondrían al descubierto la falta de seriedad y criterio científico del profesional que presta el servicio.” En otras palabras, cuando se formula un pronóstico —que en manera alguna es un acto adivinatorio— se asume una posición ética y, por ende, la responsabilidad por los efectos que se puedan derivar de la intervención, al modificar las condiciones que presentaba el enfermo: el resultado de una intervención terapéutica no es un asunto del destino sino el resultado de las acciones de los hombres.

DEL CONSENTIMIENTO AL ASENTIMIENTO

El derecho colombiano en la Resolución 13437 del Ministerio de Salud 1991, establece, entre otras cosas, que todo paciente tiene su

Derecho a disfrutar de una comunicación plena y clara con su médico, apropiada a sus condiciones psicológicas y culturales, que le permita obtener toda la información necesaria respecto a la enfermedad que padece, así como a los procedimientos y tratamientos que le vayan a practicar y al pronóstico y riesgos que dicho tratamiento conlleve [...].¹³

Dado que la odontología es una profesión que cumple una función social, la relación odontólogo-paciente debería estar ligada más por una ética, por un consentimiento mutuo, que por la validez legal de un contrato,** sin embargo, dadas las inevitables tensiones que en la cotidianidad se generan entre los seres humanos se hace necesario —como parte del contrato consensual: acuerdo voluntario y verbal entre las partes—², la suscripción de un formato de asentimiento personalizado —“para cada paciente y circunstancia, pues los riesgos son diferentes según sea la condición previa del paciente, su edad y la presencia o no de otras enfermedades...”²— que le sirva al odontólogo tanto de prueba legal de que le suministró al paciente la información más relevante sobre el acto clínico —con base en la cual éste pudo tomar la decisión de aceptar o rechazar la intervención propuesta— como de respaldo científico y técnico de las acciones que va a realizar durante el proceso de atención.

Ni la Ley 35 de 1989 —sobre la ética del odontólogo colombiano— ni su decreto reglamentario demandan expresamente que el otorgamiento del consentimiento informado se tenga que hacer por escrito. Sin embargo, la Resolución 1995 de 1999 del Ministerio de Salud —por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica—¹¹ hace referencia al consentimiento informado como uno de los documentos “...que sirven de sustento legal, técnico, científico y/o administrativo de las acciones realizadas al usuario en los procesos de atención...”. En el mismo sentido se pronuncia el decreto reglamentario de la Ley 35 cuando expre-

* Pronóstico reservado indica la inexistencia de un juicio sobre lo que se puede derivar de la implementación o no del tratamiento o procedimiento. Si el profesional no sabe o no puede formular el pronóstico, mal haría en implementar el procedimiento terapéutico. Nota del autor.

** El vínculo que se establece entre el odontólogo y el paciente —contrato de prestación de servicios—, por lo general, es de tipo extracontractual, es decir, sin que exista vínculo jurídico entre ellos. Citado por Castaño M. P. En su texto. p.30.

sa: “El odontólogo dejará constancia en la historia clínica del hecho de la advertencia de riesgo previsto, o de la imposibilidad de hacerla”⁷. Ahora, la información recogida en la historia clínica no hay que repetirla en el formato de consentimiento, sin embargo, sí debe existir correspondencia entre los textos de ambos documentos, pues no sería ético que se le pidiera al paciente que dé su asentimiento para que se realicen determinados procedimientos sin que exista el sustento científico-técnico correspondiente. El documento de asentimiento debe constar de¹⁴:

Un preámbulo. Con los nombres de las personas que son informadas y que deben consentir, el nombre del odontólogo tratante y de los testigos.

Un cuerpo. Resumen de la historia clínica que incluya el diagnóstico, la propuesta terapéutica, la técnica que se va a aplicar, los beneficios que se espera obtener, y los principales y más frecuentes efectos adversos o molestias.

Un colofón. Que incluya la constancia de que el paciente fue informado, en términos comprensibles, sobre el objetivo del acto odontológico propuesto y sobre las consecuencias que se derivarían de la realización u omisión del mismo; la aceptación consciente y racional del paciente para la realización del procedimiento, lugar y fecha, las firmas y número de documento de identidad del odontólogo tratante, del paciente y de los testigos. Además, un espacio para “observaciones”.

Finalmente, es importante que el odontólogo comprenda que el proceso de consentimiento —compromiso comunicacional— no termina con la firma del formulario preelaborado¹⁵, pues este paso es apenas un punto intermedio al que se llega después de una serie de diálogos entre el profesional y el paciente, diálogos que, necesariamente, deben continuar durante todo el tratamiento. Cualquier evento que se presente durante el transcurso de la atención —que modifique, así sea parcialmente, la propuesta inicial de tratamiento— debe ser discutida con el paciente,

advirtiendo de los nuevos beneficios y riesgos y, el acuerdo a que se llegue, debe consignarse en la historia clínica.

El odontólogo de práctica general que realiza procedimientos propios del especialista debe advertir a su paciente que no posee formación de posgrado en el campo específico de su actividad —aun cuando esté vinculado o afiliado con comunidades científicas, académicas o gremiales—. Al respecto el Código de Ética odontológica reza: “El odontólogo no deberá comprometerse a efectuar tratamientos para los cuales no está plenamente capacitado”⁸.

ALGUNAS CONSIDERACIONES RELACIONADAS CON LA ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA

Sergio Yepes en su texto sobre responsabilidad médica nos recuerda que la obligación que asiste al médico y al odontólogo “...en virtud de la celebración del contrato de servicios, es una obligación de medios consistente en emplear diligente y cuidadosamente sus conocimientos y la técnica médica al servicio del paciente, pero sin comprometerse a lograr la curación de éste”⁵. Explica además, que la razón por la cual la obligación es de medios radica en “... que el logro del efecto de la curación no depende exclusivamente de la acción del médico, sino que intervienen otros factores aleatorios que impiden que se tenga la certeza sobre el logro de ese resultado.” También dice que la obligación podría ser de resultados “...cuando el éxito de la gestión no depende de ningún aleas* sino de la exclusiva acción del médico, o cuando la labor no está encaminada a la curación sino a lograr otro efecto diferente”. Esta última consideración es aplicable a los ortodoncistas ya que los pacientes, por lo general, no los visitan porque tengan una ‘enfermedad’ que los aqueje, sino porque desean mejorar su aspecto físico. En dicha especialidad los tratamientos están encaminados a obtener un cambio determinado —y exitoso— en

* De aleatorio: perteneciente o relativo al juego de azar; dependiente de algún suceso fortuito. En: Diccionario de la Lengua Española, RAE. p. 67.

una zona específica del organismo. Yepes finalmente agrega que “La importancia de determinar cuándo la obligación es de resultados, radica en el hecho de que ya no se hace necesario demostrar la culpa del médico, sino que ésta se presume ante la no obtención del resultado, y la única forma de liberarse de responsabilidad es probando la fuerza mayor, el caso fortuito, el hecho de un tercero o la culpa exclusiva de la víctima”⁵.

Para la especialidad clínica en ortodoncia lo anterior cobra especial importancia dado que los tratamientos son electivos, es decir, el paciente tiene plena libertad de aceptarlos o no, ya que las anomalías craneofaciales o dentales que presenta, por lo general, no son afecciones que ponen en peligro su vida o integridad personal. El paciente puede, entonces, estudiar con suficiente anticipación las opciones de tratamiento que le presenta el ortodoncista y éste, a su vez, planear con suficiente anticipación los procedimientos y la secuencia de los mismos y anticipar los eventos adversos; en otras palabras, no debe haber cabida a la improvisación. Para evitarse problemas el ortodoncista debe verificar si el objetivo terapéutico propuesto es susceptible de alcanzar; en caso contrario, debe replantearlo, enunciarlo en otros términos, pues no es lo mismo ‘prometer’ un resultado ideal que ‘ofrecer’ uno óptimo. De aquí lo conveniente del ejercicio académico de formular objetivos específicos que adecuen el objetivo general o terapéutico.

Cuando el ortodoncista le dice a su paciente que el objetivo terapéutico de su tratamiento ortodóncico es “lograr una oclusión funcional y estética” —lo que indicaría el logro de una ‘oclusión ideal’ y por tanto que el pronóstico es ‘muy bueno’—, aunque su obligación, por lo general, es de medios, de hecho se está comprometiendo con un resultado, puesto que el efecto del tratamiento no puede ser la obtención de una ‘oclusión cualquiera’ —la que resulte—, sino una determinada, un prototipo, tanto por la proporción de las formas como por su funcionabilidad. Hay entonces una diferencia significativa cuando el ortodoncista trabaja de acuerdo con una finalidad o de acuerdo con un fin. En el primer caso, el compromiso con el paciente se

orienta a mejorar su condición de salud, a disminuir el riesgo de daño o a optimizar su apariencia. En el segundo caso, el encargo no es mejorar, disminuir u optimizar, sino alcanzar el resultado pactado.

Lo anterior se puede ilustrar con un ejemplo: si un ortodoncista está contemplando la posibilidad de realizar un tratamiento no quirúrgico en un paciente adulto que presenta, entre otras características esqueléticas o dentarias, un resalte maxilar —“overjet”— de 10 mm, posiblemente no pueda cumplir el objetivo terapéutico de lograr “una oclusión funcional y estética”. El razonamiento en el que se apoya la anterior aseveración surge al confrontar el objetivo central con los objetivos específicos: conseguir el alineamiento dentario, disminuir la mordida profunda, corregir la mordida cruzada posterior, lograr una guía incisiva y canina funcional —que son los que le indican si puede cumplir o no con el objetivo principal. Si no puede cumplir, por ejemplo, con el último objetivo específico: lograr una guía incisiva y canina funcional, no hay justificación para decirle a su paciente que el pronóstico es ‘bueno’, porque al reducirle el resalte, digamos a 4 mm, la ‘maloclusión’ aunque en parte, sí se modificó, en sentido estricto permanece en condiciones muy similares —funcionalmente hablando— a la inicial.

El pronóstico cobra importancia durante la elaboración de la historia clínica porque allí quedan explícitos tanto los objetivos asistenciales que el paciente demanda como también los objetivos terapéuticos que el odontólogo está en capacidad de ofrecer. Con su formulación, como juicio que en forma anticipada se tiene con respecto a los cambios que pueden sobrevenir como efecto de un tratamiento, se instaura una ética que funda la relación odontólogo-paciente. Al no elaborar el pronóstico el odontólogo elude el compromiso ético que, como profesional de la salud, adquirió con la sociedad.

CORRESPONDENCIA

Nelson Cortés Castaño
beatrizgo@une.net.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas. Normas éticas internacionales para las investigaciones biomédicas con sujetos humanos. Washington: OPS; 1996. (Publicación científica N.º 563).
2. Duque JH, editor. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl, Comité de Ética. El consentimiento informado en la práctica médica. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paúl; 2001.
3. United States of America. Department of Health. Education and Welfare. The national commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioural research. The Belmont Report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Washington: (s. N.); 1979.
4. Castaño MP. El consentimiento informado del paciente en la responsabilidad médica. Santafé de Bogotá: Temis; 1997.
5. Yepes S. La responsabilidad civil médica. Medellín: Biblioteca Jurídica Díké; 1993.
6. Ley 35 de 1989 por la cual se dictan normas en materia de ética odontológica. Bogotá: Ayala Ávila; 2005.
7. Decreto número 491 de 1990 por el cual se reglamente la Ley 35 de 1989. Bogotá: Ministerio de Salud; 1990.
8. Doyal I, Cannell H. Informed consent and practice of good dentistry. Br Dent J 1995; 178: 454-460.
9. Cortés N. La clínica como estrategia didáctica: en el contexto de la Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia. [Monografía] Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Educación; 2006.
10. Cediel AR. La historia clínica. En: Semiología médica. 5. ed. Bogotá: Celsus; 2002. p. 1-22.
11. Resolución 1995 de 1999 por la cual se establecen normas para el manejo de la historia clínica. Santafé de Bogotá: Ayala Ávila; 2005.
12. Sabino C. Proyectando la investigación. En: Cómo hacer una tesis y elaborar toda clase de trabajos escritos. Santafé de Bogotá: Panamericana; 1996. p. 116-146.
13. Resolución 13437 de 1991. Decálogo de los derechos del paciente. Bogotá: Ministerio de Salud; 1991.
14. Ministerio de Salud de Colombia. Comités bioéticos clínicos. Bogotá: Biblioteca Jurídica Díké; 1994.
15. Rondeau BH. Informed consent - an essential part of orthodontic records. Funct Orthod 1991; 8(5):4-8.