

MANUAL DE ODONTOLOGIA LEGAL

2

0

2

2

Principios para la
práctica profesional
-Actualización
normativa : Julio 2022-

ISBN 978-950-33-1682-5



9 789503 316825

“Man erblickt nur, was man schon weiss und versteht.” Goethe, 1819.

Uno sólo reconoce lo que ya sabe y comprende.

ISBN 978-950-33-1682-5



9 789503 316825

Hernando, Luis Mario

Manual de Odontología Legal: principios para la práctica profesional: actualización normativa: julio 2022 / Luis Mario Hernando; compilación de Cristian Baglini... [et al.]. - 2a ed ampliada. - Córdoba: Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Odontología, 2022.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga

ISBN 978-950-33-1682-5

1. Odontología Forense. 2. Auditoría. 3. Deontología. I. Baglini, Cristian, comp. II. Título. CDD 614.18

INDICE

CAPÍTULO I ODONTOLOGIA LEGAL

- Concepto y definición de Odontología Legal. Su relación con con otras ciencias.
- Derecho: generalidades. Conceptos jurídicos fundamentales.
- Normas Morales y Normas Jurídicas.
- La ley. Elaboración, sanción y publicidad.
- Orden Jurídico Positivo.
- Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.991 - TÍTULO PRELIMINAR-. LIBRO PRIMERO - PARTE GENERAL-.
- La salud en el ordenamiento jurídico argentino. El "Derecho a la salud" en el Bloque de Constitucionalidad Federal y la Constitución Provincial. Legislación sanitaria: características.
- Juramento. Título. Especialidades.
- Distintas formas de ejercicio profesional. Convenios y tratados sobre títulos profesionales obtenidos en el extranjero. Revalidas. Tratado de Montevideo, países que lo integran.
- Plataforma Virtual Facultad de Odontología. Acceso. Indicaciones generales y particulares de las actividades a desarrollar en el Aula Virtual de la Cátedra.

CAPÍTULO II ÉTICA - DEONTOLOGÍA – BIOÉTICA

- Ética. Concepto. Importancia. Características. Fundamentos de la Ética. División. Ética profesional en Odontología.
- Moral, Valores. La salud y la enfermedad como valores.
- Deontología. Concepto. La Deontología Odontológica. Problemas deontológicos en el ejercicio profesional.
- Bioética. Concepto. Su relación con las otras ciencias. Principios clásicos: Autonomía; Beneficencia; No Maleficencia; Justicia. Relación profesional-paciente. Concepto. Modo paternalista; relación dialogada. Derechos del paciente. Consentimiento Informado. Concepto. Su validez. Requisitos éticos. La Información al paciente; sus componentes. Facultad de Voluntariedad o Asenso. El requisito de la Capacidad. Consentimiento tácito; consentimiento simple; consentimiento específico. La negativa del paciente a someterse al tratamiento. El menor de edad y su consentimiento al tratamiento. La bioética y la investigación en seres humanos. La Bioética en Odontología. Bioética y ensayos clínicos.
- Bioética y Derechos Humanos. Comités de Bioética.
- Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 26.529. Historia y Reglamentación.

CAPÍTULO III RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

- El odontólogo inserto en la sociedad y el Estado. Su rol como agente para la prevención y la promoción de la salud. Su rol en el abordaje de casos clínicos. El odontólogo en el mercado profesional: perspectivas de la profesión y su posición en la oferta asistencial general. El odontólogo en el equipo de salud: caracterización, grupo ocupacional que ocupa, rol en los diferentes servicios y grandes áreas de la salud humana. Atención primaria de la salud y odontología. Mediana y alta complejidad: el servicio en el hospital polivalente o el instituto odontológico especializado. El Odontólogo en la universidad. Su marco en la docencia, la investigación y la extensión.
- Responsabilidad profesional. Concepto y evolución. Diversos planos: legal (civil, penal, contravencional, tributaria, administrativa, disciplinaria, laboral, etcétera), o judicial Mala Praxis. Esencia y prevención de la misma. Iatrogenia.
- Asfalología. Distintos tipos de seguros.
- Secreto Profesional. Concepto. Distintas formas. Resguardo. Justa causa. Elementos constitutivos de la violación del secreto. Disposiciones legales. El Secreto Profesional y la actividad de los colaboradores del Odontólogo.
- Historia Clínica Odontológica. Importancia Legal.
- Documentos de la práctica odontológica: Historia Clínica, Recetas, Certificados. Normas éticas y legales.
- Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.991 -LIBRO TERCERO - DERECHOS PERSONALES-
- Código Penal de la República Argentina.

CAPÍTULO IV INSTITUCIONES VINCULADAS A LA ACTIVIDAD PROFESIONAL.

- Instituciones Odontológicas:
- Obligatorias y voluntarias. Concepto.
- Colegios Odontológicos. Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba (Ley 4806/64).
- Círculo Odontológico de la Provincia de Córdoba.
- Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba.
- Instituciones Asistenciales: Hospitales, Centros Odontológicos, Clínicas Odontológicas, Institutos Odontológicos, Consultorios Particulares.
- Cajas de Previsión Social. Caja de Previsión Social para los Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba. (Ley Nº 5777/96).
- Superintendencia de Servicios de salud
- Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.991 LIBRO PRIMERO - PARTE GENERAL- Título II.

CAPÍTULO V

AUDITORÍA ODONTOLÓGICA

- Auditoría odontológica. Concepto. Función e importancia de la misma. Distintas formas realización. Procesos. Resultados.
- Evaluación de la Calidad. Procesos.
- Normas de Atención. Historia Clínica.
- Cualidades que debe reunir el Odontólogo Auditor.
- Facturación a Obras Sociales.

CAPÍTULO VI ECONOMÍA ODONTOLÓGICA

- Economía Odontológica. Concepto. El consultorio como empresa. Marketing odontológico concepto. Elementos controlables del Marketing Calidad. Concepto.
- Honorarios profesionales. Concepto. Aspectos legales relacionados con el cobro de honorarios. Aranceles privados y de obras sociales. Distintos sistemas para establecerlos (de estructura de costos, propios de cada Obra Social).
- Recupero de gasto: concepto, sistemas, marco legal vigente.
- Presupuesto odontológico. Concepto. Elementos a tener en cuenta para elaborar un presupuesto.
- Impuestos que gravan la actividad profesional. Monotributo. Ley Nacional N° 25865. Impuesto a las ganancias. Impuesto sobre los bienes personales. Ingresos brutos. Quiénes deben tributarlos. Obligación de facturar. Concepto. Facturas o Recibos. Características y diferencias.
- Personal Auxiliar del Odontólogo: Aspectos laborales y legales que regulan su actividad: Asistente Dental y Secretaria. Obligaciones determinadas por los convenios de trabajos 277/75 y 108/75. Técnico dental: Obligaciones legales y laborales derivadas según la relación establecida. Aspectos legales que rigen la actividad del Técnico Dental.
- Economía Odontológica. Concepto. El consultorio como empresa. Marketing odontológico concepto. Elementos controlables del Marketing Calidad. Concepto.
- **Honorarios profesionales. Concepto. Aspectos legales relacionados** con el cobro de honorarios. Aranceles privados y de obras sociales. Distintos sistemas para establecerlos (de estructura de costos, propios de cada Obra Social).
- Recupero de gasto: concepto, sistemas, marco legal vigente.

CAPÍTULO VII

EJERCICIO ILEGAL DE LA ODONTOLOGIA

- Delito. Concepto (Código Penal y Código Civil). Características del delito. Elementos constitutivos de un delito. Pena. Concepto. Distintas formas de aplicar una pena o sanción.
- Delitos contra la Salud Pública. Código Penal Argentino. Curanderismo, Charlatanismo y Cesión de Título.
- Delitos contra la Administración Pública. Usurpación de Título.
- Concepto de Intrusismo y Fronterismo. Formas de prevención.

CAPÍTULO VIII

TRAUMATOLOGIA, LESIONES Y RIESGOS EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

- Traumatología. Concepto. Clasificación de los traumatismos, Causa. Concausa. Imputabilidad.
- Las lesiones en el Código Penal Argentino (Art.89, 90, 91 y 94). Lesiones en el aparato estomatognático y en el rostro.
- Baremos. Concepto. Distintos tipos. Ley de Accidentes de Trabajo N° 9688/15, su valor histórico.
- Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557/95. Diferencia entre accidente de trabajo y enfermedad profesional. Riesgos en el consultorio odontológico, para el profesional, sus colaboradores y para el paciente. Su Prevención.
- Salud ambiental. Concepto y caracteres. Su tutela constitucional y legal. Principales normas de salud ambiental que afectan la actividad profesional del odontólogo.

CAPÍTULO IX

TOXICOLOGÍA

- Toxicología. Concepto. Intoxicación y/o envenenamiento. Diferencia desde el punto de vista legal.
- Distintas causas de intoxicación y/o envenenamiento de competencia del Odontólogo.
- Vías de absorción y eliminación de los tóxicos. Manifestaciones bucales por intoxicaciones. Riesgos. Su prevención.

CAPÍTULO X

ODONTOLOGÍA PERICIAL Y FORENSE

- Odontología pericial. Concepto. Perito. Concepto. Requisitos. Su clasificación. Designación de los peritos. Informe pericial. Su elaboración. Pautas para su presentación.
- Odontología Forense. Identidad. Filiación e identificación. Concepto. Criminalística policial (Técnica y Científica) y Criminalística Médica y Odontolegal.
- Principios fundamentales del proceso criminalístico. Métodos generales de identificación de las personas. Antropométrico o Bertillonage. Fotografía. Retrato hablado. Identi Kit. Sistema Calibar. Dactiloscopia. Huellas dactilares, su clasificación y características. Poroscopía. Pelamatoscopía. Palamatoscopía.
- Métodos odontológicos comparativos de identificación de las personas. Historia y Ficha Clínica Odontológica y Ficha post mortem. Características de cada una.
- Tejidos duros: estudio y análisis de los elementos dentarios (retenidos, restos radiculares, anomalías, obturaciones o restauraciones, endodoncias, prótesis, implantes), formas de la arcada dentaria y maxilares. Estudio de senos frontales y maxilares. Mordeduras, sus características. Técnicas Radiológicas.
- Tejidos blandos: Rugoscopía, concepto y clasificación. Queiloscopía, concepto y clasificación.
- Métodos odontológicos reconstructivos de identificación de las personas: concepto, su clasificación. Determinación de la edad. Raza. Especie y talla. Odontometría.

BREVE RESEÑA HISTÓRICA DE LA CÁTEDRA DE ODONTOLOGÍA LEGAL

La cátedra de odontología legal nace conjuntamente con la escuela de odontología en el año 1916. Es en el consejo de la facultad de medicina donde se discute y luego se aprueba en el primer plan de estudios de la futura escuela. La carrera cuenta en sus inicios con tres años de estudio y esta asignatura se dicta en el último año bajo el nombre de “dentistería Legal”.

A través del tiempo la cátedra cambia de nombre según el plan de estudios que se aplique. En el año 1920, con la incorporación de un año más a la carrera, se la ubica en el cuarto año con el nombre de “Jurisprudencia Dental”.

En la década del 40 del siglo pasado, se la denomina “Odontología Legal” y en su programa se incluyen temas muy variados: ética, historia, economía odontológica, higiene, ergonomía, psicología y formación pública.

En el plan de estudios 1953 – 1956 a la asignatura que es anual, se la denomina “Odontología Legal, Historia de la Odontología y Economía Profesional”.

Nuevamente a partir del cambio curricular de 1985, la materia recupera su nombre y vuelve a denominarse “Odontología Legal”. En la actualidad se cursa en forma cuatrimestral, con carga anexa a otras asignaturas, dentro del departamento de Odontología Preventiva y Social.

El primer odontólogo que se hace cargo de la cátedra fue el Dr. Elías Cuadros en el año 1954. A él le suceden los siguientes profesionales odontólogos: Dres. Juan Fontán, Víctor Aranda, Héctor Ceppi, Haydee Azize de Di Carlo, Rosario Reynoso Álvarez, Susana Fontán, Hilda López. En la actualidad el Profesor Titular por concurso el Dr. Luis Mario Hernando y el Profesor Adjunto por concurso es el Dr. Cristian José Baglini. La Cátedra, cuenta con cinco Profesores Asistentes.

Es de destacar que esta asignatura siempre fue Cátedra única. Excepto durante el periodo comprendido entre los años 1973 y 1975 en el que hubo cátedras paralelas.

Adaptado del libro “La Facultad de Odontología y el Bicentenario” Dr. Omar Gani, Universidad Nacional de Córdoba, facultad de Odontología. Abril de 2011.



CAPÍTULO I
ODONTOLOGÍA LEGAL

ODONTOLOGÍA LEGAL

Odontología Legal. Odontología Forense.

Al relacionar la odontología con el derecho surge una nueva área del saber, la odontología legal, a la que se define como el estudio de la odontología en sus relaciones con el derecho. La relación entre odontología y derecho puede establecerse en dos sentidos distintos; en primer lugar, mediante la aplicación del derecho en la asistencia o cuidados odontológicos, es decir, en la práctica de la odontología conforme a derecho, o siguiendo las prescripciones de la ley, lo que constituye la odontología legal profesional también llamada por algunos jurisprudencia dental u odontología legal, y, en segundo lugar, a la inversa, mediante la aplicación de los conocimientos odontológicos con la finalidad de resolver determinados problemas que se plantean al derecho, lo que constituye la odontología forense o judicial, también llamada odontología médico legal.

De las anteriores expresiones, las que han alcanzado mayor aceptación son las de odontología legal y la de odontología forense, que representan, respectivamente, las dos diferentes formas de relacionar la odontología con el derecho. La denominación de odontología legal, según se desprende de lo anterior, tiene dos acepciones: una, conjunto de saberes que surge a relacionar la odontología y el derecho, y la otra el ejercicio de la odontología conforme a derecho.

Así entonces la odontología legal supone el conocimiento de las normas legales que delimitan y ordenan el actuar del profesional odontólogo cuyo conocimiento y significado precisos son imprescindibles para actuar correctamente desde los puntos de vista organizativo, ético, económico, laboral, etc.

Por otra parte la odontología forense, estudia la resolución de problemas jurídicos mediante la aplicación de los conocimientos odontológicos, en la mayor parte de los casos, se trata de conocimientos de traumatología odontológica, prótesis dental, operatoria dental y ciencias básicas en las que se funda el saber odontológico.

En nuestro país, la denominación oficial de la asignatura, dentro del programa de estudios de las Facultades de Odontología es el de "Odontología Legal". La misma denominación es aceptada y empleada en el ambiente jurídico. La identificación de las personas por odontología es sólo un aspecto de la odontología legal. Forense es una palabra que viene del latín, que significa "al foro". El foro fue la base del derecho romano y fue un lugar de discusión y debate público pertinente a la ley. En Argentina la especialidad deriva de las Cátedras de Odontología Legal, ya desde los años '20, quedando reservado el nombre de forense sólo para los cargos oficiales ejercidos por peritos especialistas en odontología legal.

Existen varios enunciados sobre esta especialización odontológica:

"No se trata de una ciencia; es el conjunto de conocimientos que la Odontología y las demás ciencias proporcionan para interpretar hechos o circunstancias que la aplicación de la justicia requiere y que a la sociedad beneficia" (GNECCO, 1921).

"Es indudable que, si en alguna especialidad tienen cabida y aplicación todos los conocimientos adquiridos en todas y cada una de las especialidades de la carrea, es precisamente en odontología legal. La anatomía humana y comparada, la antropología, anatomía patológica, histología, técnicas dentística y protésicas, exodoncia, ortodontología toxicología, etc. todo ofrece al odontólogo legal ocasión para actuar con eficiencia junto al médico legista, aportando así elementos de juicio de alto interés científico útiles para resolver los intrincados problemas en que puede intervenir cooperando en la acción de la justicia" (CARREA, 1928).

Trata sobre "...la aplicación de los conocimientos odontológicos al servicio de la justicia y a la elaboración de leyes correlativas a su especialidad" (BELTRAN, 1932).

"Las pericias odontólogo-legales revisten una importancia mayor que las habituales de orden médico-legal y policiales porque pueden realizarse en el estrecho margen que dan los dientes, naturales, obturados, artificiales, etc., los maxilares - maxilares y mandíbula - en la identificación de las cabezas de personas decapitadas, carbonizadas y aún incineradas"; "Ofrece los recursos científicos necesarios para colaborar con la Justicia en una forma practica y efectiva en los problemas tendientes a la determinación del sexo, raza, edad, talla de los restos humanos, así como de su antigüedad" (CARREA, 1937).

“Constituye una rama autónoma de la Medicina Legal y comprende el conjunto de conocimientos que las ciencias y especialmente la Odontología suministra a la Justicia para interpretar y aclarar hechos, acciones o circunstancias que interesan a la Sociedad” (BARRAGAN, 1942).

“La Odontología Legal es la aplicación en amplitud, de los conocimientos odontológicos al servicio de la Justicia, para la identificación y esclarecimiento de las cuestiones judiciales y jurídicas, con incidencia odontológica”; “Es una ciencia de aplicación...Así intervienen en ella la Física, Química, Biología, Anatomía, Historia, Fisiología, Anatomía Patológica, Antropología (osteometría y craneometría), Microbiología, Patología, Terapéutica, Neurología, Farmacología e Higiene, Clínica, Psiquiatría, Derecho, Deontología profesional, etc. Da una orientación legal a los conocimientos odontológicos adquiridos para coadyuvar con la finalidad de la instrucción legal: la identidad y la responsabilidad del daño criminal o legal” (LERMAN, 1974).

Es “...una rama de la ciencia odontológica, que es la aplicación de los conocimientos odontológicos a los problemas legales o derivados del legislador, capaz de hacer sus propias evaluaciones...” (BRIÑON, 1984).

Llevado el concepto de Bonnet para la Medicina Legal hacia la Odontología Legal: “es la especialidad de las especialidades”, ya que cada materia que integra las diferentes disciplinas de la Odontología, presenta, sin excepción, aspectos odontológico-legales (Modificado de BONNET, 1984).

Como Especializarse en Odontología Legal en Argentina y donde se ejerce como Perito



Como especialidad de posgrado Universitaria han pasado 27 años desde que se comenzó a dictar la primera Especialidad en Odontología Legal. Título otorgado por la Universidad Nacional de Tucumán, cuya primer cohorte inició en el año 1995 con entrega de título de Odontólogo Legista el 4 de abril de 1997. Desde ese entonces se ha expandido la especialidad otorgándose el título por Universidades Nacionales Públicas y Privadas a través de posgrados de especialización de dos y tres años de cursado.

En 2001 y 2010 se produce el reconocimiento por parte del Estado a la Odontología Legal como especialidad de la Odontología, conformando una disciplina dentro del listado de especialidades del Ministerio de Salud de la Nación ([Resolución 1337/2001](#) y [Resolución 956/2010](#)).

Cada **21 de JULIO** en honor al Prof. Dr. Joaquín Gnecco y con él en representación de todos los maestros, profesores y especialistas que lo sucedieron festejamos el **DÍA DE LA ODONTOLOGÍA LEGAL ARGENTINA**, de la especialidad y de los odontólogos del país.

Introducción a las Ciencias Jurídicas.

Concepto del derecho

El hombre es un ser social por naturaleza y la vida en sociedad implica relaciones. La vida social reposa en el derecho, cuya raíz etimológica proviene de "regere" "dirigere" y a su vez del adjetivo "directus" o sea lo recto y que lleva la idea de dirección.

El derecho es norma de las acciones humanas en la vida social. Surge como producto de la misma y gobierna los actos dirigiéndolos hacia el fin de la justicia.

Su fundamento natural es la naturaleza humana y social, ya que los fines que el individuo no podría realizar por si solo los obtiene de la convivencia social y por cooperación de sus semejantes.

La convivencia exige orden y el derecho reposa en los conceptos de orden, coexistencia y libertad.

Según Kant, el derecho es "el conjunto de condiciones merced a las cuales la libertad de cada uno es compatible con la libertad de los demás".

El derecho puede definirse como: "el conjunto de normas destinadas a regir la conducta del hombre en sociedad para lograr el bien común".

Derecho positivo y Derecho natural

El derecho positivo es el derecho vigente. El conjunto de normas que regula la convivencia humana en un lugar y en un momento determinado.

Es el conjunto de reglas establecidas por las leyes, las costumbres y todos los demás elementos que integran el pensamiento jurídico del estado.

El derecho natural no está constituido por normas vigentes; es abstracto y consiste en aquellos principios jurídicos cuya validez universal se encuentra en la naturaleza humana, por ejemplo el derecho a la vida.

Clasificación del derecho positivo

El objeto del derecho es la disciplina social, la reglamentación obligatoria de las relaciones sociales. Las instituciones que tienden a fijarla pertenecen a dos categorías según estén orientadas hacia los intereses privados o hacia el interés público.

La clasificación tradicional es:

- Constitucional
- Administrativo
- Derecho público penal
- Internacional público
- Procesal
- Civil
- Comercial
- Derecho privado laboral
- Rural
- Minería
- Internacional privado

El **derecho constitucional** es el conjunto de normas que determina la organización del Estado y de los poderes públicos, fija sus límites y las relaciones.

El **derecho administrativo** reglamenta la organización y el funcionamiento de la administración pública y las relaciones del Estado con ésta.

El **derecho penal** está constituido por el conjunto de normas de carácter represivo que instruye y ordena el derecho de castigar contra quienes están al margen de la sociedad.

El **derecho internacional público** o derecho de gentes regula las relaciones de Estado a Estado.

El **derecho procesal**, que participa tanto del derecho público como privado, determina las reglas que fijan la organización judicial, la competencia de los jueces y tribunales.

El **derecho civil** rige al hombre sin consideración a sus actividades o profesiones reglamentando sus relaciones con el Estado y sus semejantes.

El **derecho comercial** regula la actividad comercial determinando las relaciones de los comerciantes y los actos de comercio.

El **derecho del trabajo** regula las relaciones entre empresario y obrero.

El **derecho rural** regula las cuestiones que surgen de la explotación agropecuaria.

El **derecho de minería** regula la explotación de la riqueza del subsuelo.

El **derecho privado internacional** regula la aplicación del derecho en las distintas jurisdicciones o la aplicación de la ley fuera del territorio en que fue dictada.

Aspectos del derecho

El derecho es uno solo, pero según la perspectiva pueden considerarse dos aspectos: el objetivo y el subjetivo.

El derecho objetivo es la norma o regla de conducta de carácter jurídico que impone un proceder.

El derecho subjetivo es la facultad o posibilidad jurídica de realizar ciertos actos. Estas facultades están conferidas por la ley o derecho objetivo.

Fuentes del derecho

Las fuentes son los medios por los cuales se expresa el derecho. Estas son:

- **La ley**
- **La costumbre**
- **La jurisprudencia**
- **La doctrina**

La **LEY** es la norma social, general, obligatoria y coactiva, dictada por la autoridad competente y destinada a regir la conducta del hombre en sociedad.

La **COSTUMBRE** es una regla de convivencia que, por su uso general y prolongado es considerada obligatoria.

La **JURISPRUDENCIA** es una serie de sentencias judiciales en las que se han resuelto casos análogos en un mismo sentido. La sentencia es toda norma jurídica individual dictada tras el debido proceso en un caso concreto.

La **DOCTRINA** emana de la autoridad científica de los autores, tratadistas o especialistas de una determinada rama del derecho.

Normas morales y Normas jurídicas

El derecho pertenece al orden moral; a su vez, el orden moral pertenece al orden jurídico.

Moral y derecho tienen el mismo objetivo material. La primera rige la conducta en mira del bien de la persona; el derecho lo hace para el bien común.

El campo de la moral abarca hasta los pensamientos; mientras que el derecho se interesa solo por los efectos externos.

Las normas son autónomas, pues se las impone el propio individuo libremente. Las jurídicas son heterónomas pues se las impone de afuera.

El incumplimiento de las normas morales trae como sanción el remordimiento mientras que las jurídicas tienen la coacción.

La norma jurídica tiene 3 elementos:

- **Hipótesis**
- **Disposición**
- **Sanción**

Frente a determinada hipótesis, se establece una disposición que prescribe un determinado obrar y cuyo incumplimiento trae aparejado la sanción.

Normas morales y jurídicas

La diferencia entre las **normas morales** y las **normas jurídicas** es que la última implica una sanción efectiva determinada por ley, en cambio, las **normas morales** no presentan formalmente ningún tipo de castigo que no sea social o de consciencia.

LA LEY

La ley es una fuente del derecho pero también es la expresión del mismo.

Cabe efectuar una distinción entre ley en sentido formal y ley en sentido material. Ley en sentido formal es aquella que emana de los cuerpos legislativos. Ley en sentido amplio o material es toda norma general dictada por autoridad competente.

Es el precepto dictado por la autoridad suprema, en la que se manda o prohíbe una cosa en consonancia con la Justicia y por el bien de los gobernados.

LEY MORAL NATURAL: Es la que está escrita en la conciencia de cada uno.

LEY CIENTÍFICA: Es meramente indicativa, señala o enuncia el fenómeno natural que ocurre: “los metales se dilatan con el calor”, “el agua hierve a 100 ° C”.

LEY POSITIVA: Es una ordenación de la razón promulgada por el bien común por aquel que tiene el cuidado de la comunidad.

Toda ley debe tener las siguientes propiedades:

- Debe ser posible.
- Debe ser justa.
- Debe ser útil.
- Debe ser estable.
- Debe ser compatible.

Elaboración, sanción y publicidad de la ley

Las leyes nacen por un proyecto que presenta un legislador, un sector de los mismos o el mismo Poder Ejecutivo al Congreso de la Nación o a la respectiva legislatura provincial. Una vez que los proyectos tienen entrada en la sesión correspondiente se los remite a la comisión respectiva, salvo que se pida tratamiento sobre tablas. Como este tipo de tratamiento obliga a considerar el proyecto sin estudio previo, lo normal es que se lo pase a comisión. En esta se discute y se prepara el o los despachos que han de sostener los integrantes de las comisiones. El despacho de comisión se discute en la cámara y se vota en general y en particular, es decir artículo por artículo.

Si el proyecto es aprobado, pasa a la otra cámara. Aprobado por ambas pasa al Ejecutivo quien lo promulga o veta dentro de un plazo de 10 días. En este supuesto vuelve a la cámara de origen, la que puede insistir con los dos tercios.

La publicación de la ley es fundamental, porque solo después que ello se ha producido comienza a regir.

Elaboración de Leyes

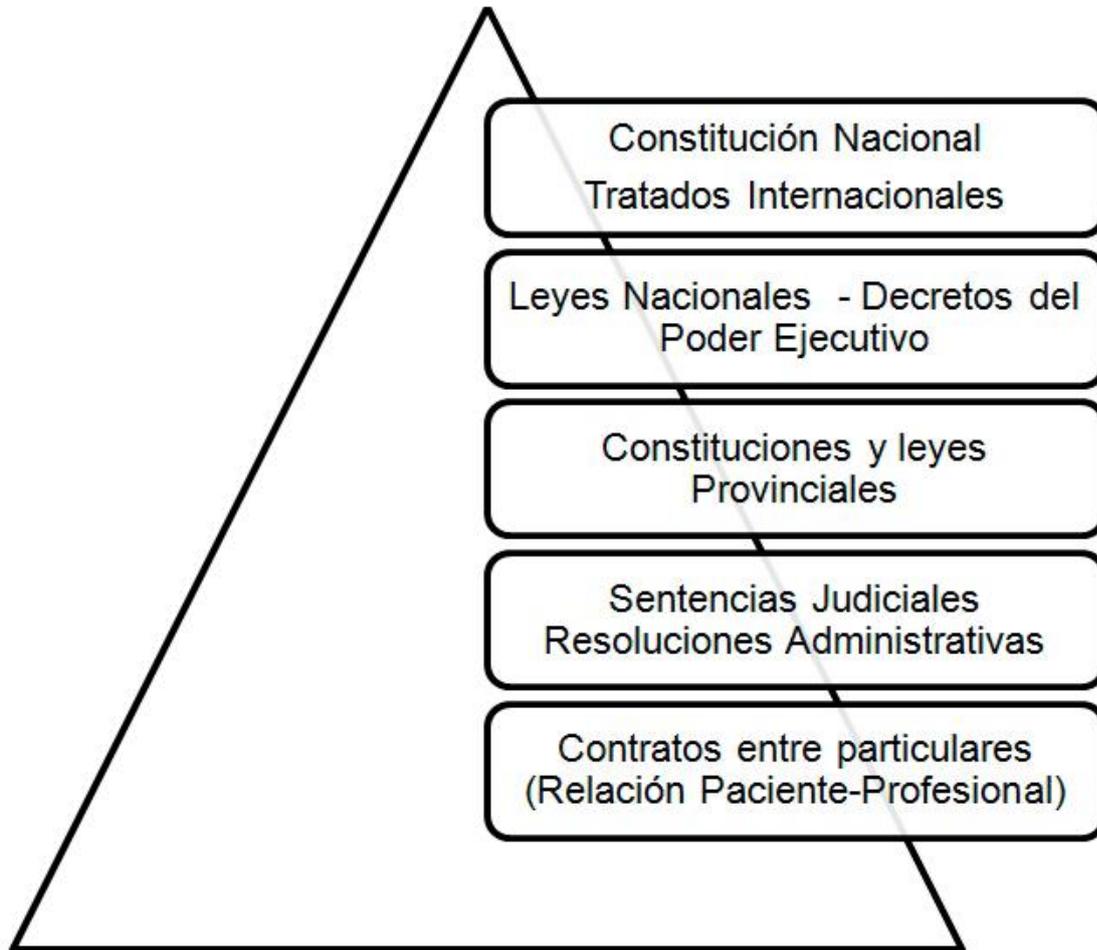


Resumiendo:

DERECHO: Del latín, "DIRECTUS" encauzar, dirigir alinear. Sistema de normas coercibles que rigen la convivencia social **CARACTERES:**

- **OBLIGATORIO:** Exige al individuo el respeto a los principios establecidos. Su incumplimiento tiene sanción (pena o castigo). Sanción aplicada a través de los organismos creados por el estado.
- **REGULATIVO:** Sirve como ordenador de la conducta humana, regula el accionar de los individuos entre sí.
- **AUTÁRQUICO:** El Derecho es independiente de la voluntad de los hombres.

Orden Jurídico Positivo



Constitución Nacional

La Constitución de la Nación Argentina, que rige actualmente a la República Argentina, fue aprobada por una asamblea constituyente realizada en la Ciudad de Santa Fe en el año 1853. Después de la Revolución de Mayo surgió la necesidad de dictar una Constitución para la Nación Argentina con la finalidad de constituir la unión nacional, afianzar la justicia y consolidar la paz interior.

La reunión inicial se celebró el 31 de mayo de 1852 en la ciudad de San Nicolás de los Arroyos, recordándose la misma con el nombre de "Acuerdo de San Nicolás". El 1º de mayo de 1853 los diputados de las provincias (excepto los de Buenos Aires), reunidos en Santa Fe, sancionaron la Constitución Nacional.

La Constitución promulgada estableció:

- Un gobierno representativo, republicano y federal. El federalismo que adoptó fue moderado ya que reconoció la autonomía de las provincias pero también organizó un poder central.
- El poder legislativo se determinó como bicameral, el poder ejecutivo, como unipersonal, elegido por un colegio electoral y sin posibilidad de reelección y, el poder judicial, como independiente.
- El catolicismo se reconoció como religión oficial pero se garantizó la libertad de culto.
- Las constituciones provinciales debieron tener aprobación del gobierno nacional y, los gobiernos provinciales, pudieron ser juzgados por el Congreso Nacional.
- El gobierno nacional tuvo poder para suspender las garantías constitucionales por medio del estado de sitio e intervenir las provincias.
- Se declaró la ciudad de Buenos Aires como sede de las autoridades nacionales.
- Se aseguró el ejercicio de las libertades individuales y se llamó a habitar nuestro suelo a todos los hombres de distintas nacionalidades, concediéndoles derechos civiles.

La aprobación de la Constitución de 1853 puso fin a las guerras civiles y sentó las bases de la Organización Nacional. Antes de esta aprobación hubo varios intentos que fueron rechazados por diversos motivos. Esta Constitución ha sido reformada en diversas oportunidades: en 1860, 1866, 1898, 1949, 1957 y, por última vez en 1994.

Reforma Constitucional de 1994

En su conjunto, la reforma no cambió los principales contenidos de la Constitución de 1853, aunque sí modificó parte de la estructura institucional e incorporó nuevos derechos, a partir del reconocimiento de jerarquía constitucional a los tratados internacionales sobre derechos humanos.

El proyecto de reforma constitucional de 1994 surgió a partir del consenso entre las dos fuerzas partidarias mayoritarias de ese momento: el Partido Justicialista y la Unión Cívica Radical. El acuerdo, posteriormente convertido en la Ley 24.309, incluyó un núcleo de coincidencias básicas, entre las cuales estaban:

- Elección directa del Presidente y Vicepresidente e inclusión del ballottage;
- Elección directa de tres senadores (de los cuales uno debería representar a la minoría);
- Elección directa del Jefe de Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires;
- Reducción del mandato presidencial a cuatro años;
- Única posibilidad de reelección presidencial;
- Creación del cargo de Jefe de Gabinete de Ministros;
- Creación del Consejo de la Magistratura;
- Acuerdo del Senado por mayoría absoluta para la designación de los jueces de la Corte Suprema.
- El texto constitucional consta de un preámbulo y dos partes normativas:
- Primera parte: Declaraciones, Derechos y Garantías (arts. 1-43).
- Segunda parte: Autoridades de la Nación (arts. 44-129).
- Asimismo tienen rango constitucional en virtud del art. 75 inciso 22, los siguientes tratados internacionales:
- Declaración americana de los derechos y deberes del hombre.
- Declaración universal de Derechos Humanos.
- Convención americana sobre Derechos Humanos.
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Pacto internacional de Derechos Civiles y Políticos y su protocolo facultativo.
- Convención sobre la Prevención y la sanción del Delito de Genocidio.
- Convención internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

- Convención sobre los derechos del niño.
- Convención Interamericana sobre desaparición forzada de personas (agregada en 1997).
- Convención sobre la imprescriptibilidad de los crímenes de guerra y de los crímenes de lesa humanidad (agregada en 2003).

• Junto con los tratados internacionales con jerarquía constitucional, la Constitución Nacional es la ley suprema de la Nación, es por ello que todas las demás normas deben adecuarse a ella, según lo establece su Artículo 31º.

Constituciones provinciales

Conforme a la Constitución Nacional de 1853, Argentina es una República Federal.

La Carta Magna argentina establece en su artículo quinto: “Cada provincia dictará para sí una Constitución bajo el sistema representativo republicano, de acuerdo con los principios, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional y que asegure su administración de justicia, su régimen municipal y la educación primaria. Bajo estas condiciones el Gobierno Federal garantiza a cada provincia el goce y ejercicio de sus instituciones”. Las autonomías provinciales, por su parte, según el artículo 121, “conservan todo el poder no delegado por esta Constitución al Gobierno Federal y el que expresamente se haya reservado por pactos especiales al tiempo de su incorporación”. El poder ejecutivo lo ejerce un gobernador, elegido conforme a cada constitución provincial. El legislativo está compuesto por cámaras uni o bicamerales y el judicial responde a un modelo jerárquico en el que un Tribunal Superior se halla en el vértice.

La Ciudad de Buenos Aires no tiene carácter de provincia, sino de Ciudad autónoma con atribuciones similares pero menores cualitativa y cuantitativamente que una provincia, siendo además la Capital de la República.

Moral y Derecho

MORAL :

Ciencia que trata de la bondad o malicia de las acciones humanas. Pertenece al fuero interno de las personas, o sea al conjunto de facultades del espíritu. Cuando hablamos de fuero interno nos referimos al campo de la conciencia, y su fin es el perfeccionamiento íntimo del individuo.

DERECHO:

Se refiere al fuero externo de las personas, siendo una norma de convivencia que procura armonizar la libertad de todos , limitando la de cada uno.

Derecho y moral son sistemas normativos de la conducta humana

Sujeto de Derecho

Sujeto de Derecho es el ser humano jurídicamente conocido como persona individual y que es poseedor de derechos y deberes.

- Derechos: a la vida – a la Salud- a la privacidad- a testar etc.
- Deberes: a votar- pagar impuestos- respeto de las leyes.

Fines del Derecho

- JUSTICIA Es la voluntad permanentemente sostenida de dar a cada uno lo suyo
- ORDEN SOCIAL Lleva al bienestar común

Tipos de Derecho

- NATURAL: Es el que existió siempre, cuando no había roces que surgen luego con la evolución.
- OBJETIVO O POSITIVO: Es el conjunto de normas jurídicas existentes en el tiempo y en el espacio. Es decir el que está escrito y vigente.
- SUBJETIVO: Es el derecho que permite cuestionar la conducta ajena aunque no esté escrito o elaborado.
- PÚBLICO: Se refiere a la sociedad y su fin es el estado.
- PRIVADO: Se refiere al individuo y sus intereses particulares. Estos derechos están contemplados en el Código Civil y Comercial de la Nación (personas, familia, patrimonio).

Derecho Privado (intereses particulares de los individuos)

- DERECHO CIVIL.
- DERECHO COMERCIAL. (Relaciones lucrativas)
- DERECHO DEL TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL. (Relaciones empleado-empendedor y provisional)
- DERECHO RURAL O AGRARIO.
- DERECHO INTERNACIONAL.

Derecho Público (se refiere a la sociedad, el estado)

- DERECHO POLITICO O CONSTITUCIONAL. (Regula las formas de gobierno)
- DERECHO ADMINISTRATIVO. (Regula las acciones del estado)
- DERECHO FINANCIERO.
- DERECHO PROCESAL. (Trata modalidades y formas de los juicios.)
- DERECHO PENAL. (Trata los delitos)
- DERECHO DISCIPLINARIO MILITAR.
- DERECHO INTERNACIONAL. (Regula las relaciones de los diferentes países entre sí).
- DERECHO ECLESIASTICO. (Es el Derecho Canónico)

Código

Es un cuerpo orgánico y sistemático de leyes, referentes a una rama del Derecho.

CÓDIGO DE FONDO O SUSTANTIVO: son los que contienen la sustancia del Derecho, rigen en toda la Nación. CÓDIGO PENAL y CÓDIGO CIVIL.

CÓDIGO DE FORMA O ADJETIVO: son locales o sea de cada provincia del país. CÓDIGOS DE PROCEDIMIENTOS.

Norma

Es un principio directivo de la conducta o actividad humana que tiende a un fin determinado.

NORMAS

TÉCNICAS:

Se refieren a los medios o al Cómo de la acción.

ÉTICAS:

Se refieren a los fines: Para qué de la acción

- Normas higiénicas y de bioseguridad: modo o forma de conservar la salud
- Normas lógicas: se refieren a los modos de pensar
- Normas sociales: persiguen una feliz convivencia
- Normas estéticas: Se refieren al modo o forma de la belleza.
- Normas morales: nos llevan a obrar bien. La meta es la virtud.
- Normas religiosas: regulan la organización y funcionamiento de una entidad religiosa, cuya meta es el perfeccionamiento, la santidad en la vida ordinaria.
- Normas industriales: todo lo concerniente al trabajo.
- Normas jurídicas: regulan la conducta en procura de una vida socialmente equitativa y justa, cuya meta es la paz social.

Normas que rigen el acto odontológico

NORMAS TÉCNICAS: Es la aplicación de los conocimientos odontológicos en forma correcta, adecuada, oportuna, y eficiente para la solución y/o prevención de las patologías del aparato estomatognático.

NORMAS ÉTICAS: Están reglamentadas en los códigos de ética de nuestras instituciones profesionales.

Máximas de conducta:

- **MORAL:** “Hazte a ti mismo aquello que querrías que los demás se hicieran así mismos”.

El principio orientador es lo honesto.

- **DERECHO:** “No hagas a los demás aquello que no querrías que te fuese hecho a ti”.

El principio orientador es lo justo.

Leyes que reglamentan el ejercicio profesional
Ejercicio Legal

Se denomina de esta forma al Ejercicio Profesional que se realiza conforme a la reglamentación vigente. La palabra Ejercer proviene del latín "EXCERCERE" que es practicar una actividad arte u oficio.

LEY NACIONAL N° 17132/67

Anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto des tinado al diagnóstico y/o tratamiento de las enfermedades buco-dento-maxilares de las personas y/o a la conservación, preservación o recuperación de la salud bucodental, el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el artículo 24.

LEY PROVINCIAL N° 6222/78

Es la ejecución de acciones des tinadas al diagnóstico, pronóstico o tratamiento de las enfermedades bucodentales de las personas; el planeamiento o la programación de acciones des tinadas a la preservación, conservación o recuperación de la salud bucodental de las mismas, consideradas individual o colectivamente s u rehabilitación en el campo de s u competencia, la docencia, el asesoramiento público o privado en la materia y la realización de pericias.

Las leyes de ejercicio profesional tienen en general:

- Un nombre, número de ley, decreto reglamentario, una fecha de sanción y promulgación, e inicio de la obligatoriedad.
- Define quienes son los comprendidos en el marco de la ley.
- Obligaciones y prohibiciones para todos los que integran el equipo de Salud Humana y en particular para cada una de las profesiones y actividades en colaboración.
- Expresan quienes pueden ejercer, solicitar matrícula y lugar donde obtenerla.
- Situaciones que pueden dar lugar a suspensión y/o cancelación de matrícula.
- Condiciones que debe reunir el consultorio y/o lugar de atención.
- Como debe ser retribuido el profesional en el ejercicio de la profesión
- Requisitos para obtener las especialidades.
- Sanciones ante incumplimiento de la ley.

Condiciones para ejercer

- TENER TÍTULO.
- PLENA CAPACIDAD CIVIL.
- MATRÍCULA.

¿Qué es la matriculación?

El acto por el cual la autoridad sanitaria o la entidad en la cual el Estado delegue el poder, otorga la autorización para el ejercicio profesional.

Las Universidades, capacitan

El Estado, autoriza y habilita.

El Odontólogo debe tener plena capacidad civil.

¿Dónde se obtiene la matrícula?

- Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación.
- Secretaría de Estado de Salud Pública de una Provincia.
- Colegios Odontológicos del País.

Poder de policía

Se denomina a la facultad o poder de reglamentar el Derecho Constitucional.

Es una facultad legislativa de regular la amplitud y límites de los derechos individuales, expresamente consagrados o implícitamente reconocidos en la constitución de un Estado.

El poder de policía es una facultad legislativa a veces también colegiativa cuyo objeto principal es la promoción del bienestar general a través de los derechos individuales constitucionales consagrados.

El poder de policía corresponde originariamente a la provincia pudiendo ejercerlo la Nación en el territorio de aquellas solo cuando le ha sido delegado expresamente o es una consecuencia forzosa de sus facultades constitucionales.

Los Estados provinciales tienen poder de policía, que es un poder reglamentario. Este poder no fue delegado a la Nación al momento de la Constitución Nacional. Es decir se reservaron ese poder. En consecuencia ese poder permite que legislativamente se puedan crear entes a los cuales se los inviste de carácter de persona jurídica de derecho público y en los cuales el Estado Provincial delega el gobierno de la matrícula y la potestad disciplinaria.

Colegios odontológicos:

- Buenos Aires
- Córdoba
- Catamarca
- Corrientes
- Chaco
- Entre Ríos
- Jujuy
- La Rioja
- Misiones
- Río Negro
- Salta
- Santa Fe 1° y 2° circunscripción
- Santa Cruz
- Santiago del Estero
- Tierra del Fuego, Recordar que es provincia, Colegio Odontológico de islas de Tierra del Fuego e Islas del Atlántico Sur (Creación año 2003 Ley N° 589)
- Tucumán

¿Quiénes pueden ejercer y matricularse?

- Los que tengan título válido otorgado por Universidad Nacional o Universidad Privada y habilitado por el Estado Nacional.
- Los que hayan obtenido de las Universidades Nacionales reválida de títulos que habiliten para el ejercicio profesional.
- Los que tengan título otorgado por una Universidad Extranjera y que en virtud de tratados internacionales en vigor hayan sido habilitados por Universidades Nacionales.
- Los profesionales de prestigio internacional reconocido que estuvieran en tránsito en el país y fueran requeridos en consultas sobre asuntos de su exclusiva especialidad.
- Los profesionales extranjeros contratados por instituciones públicas o privadas con finalidad de investigación, asesoramiento, docencia y/o para evacuar consultas de dichas instituciones durante la vigencia de su contrato.

Ley Nacional N° 17132/67

- Régimen legal del ejercicio de la Medicina, Odontología y actividades auxiliares de las mismas -

Art. 26 Los profesionales Odontólogos solo podrán ejercer en locales o consultorios previamente habilitados o en instituciones o establecimientos asistenciales o de investigación, oficiales o privados.

Toda actividad odontológica en otros lugares es inadmisibles, salvo en casos de fuerza mayor o fortuita.

Art. 27 Los profesionales Odontólogos podrán certificar las comprobaciones y/o constataciones que realicen en el ejercicio de la profesión, con referencia a estados de salud o enfermedad, a administración, prescripción, indicación, aplicación o control de procedimientos.

El DR 6216, expresa que “Las certificaciones deberán ser fechadas, firmadas por el profesional odontólogo y ser extendidas u otorgadas en formulario que lleven impresos su nombre y apellido, profesión, número de matrícula y domicilio.

Art. 28 Los profesionales Odontólogos no podrán ejercer su profesión y ser simultáneamente propietarios totales o parciales, desempeñar cargos técnicos o administrativos aunque sean honorarios en establecimientos que elaboren distribuyan o expendan elementos de mecánica dental, medicamentos especialidades medicinales y odontológicas, productos dietéticos, agentes terapéuticos, elementos de diagnóstico, aparatos ortopédicos y artículos de uso radiológico.

Se exceptúan de las disposiciones del párrafo anterior los odontólogos que realicen labores de asistencia odontológica al personal de dichos establecimientos.

Art. 29 Obligaciones de los profesionales Odontólogos

1° Ejercer dentro de los límites de la profesión debiendo solicitar la inmediata colaboración del médico cuando surjan o amenacen surgir complicaciones cuyo tratamiento exceda aquellos límites.

2° Prestar toda colaboración que les sea requerida por parte de las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias nacionales.

3° Facilitar a las autoridades sanitarias los datos que les sean requeridos con fines estadísticos o de conveniencia general.

4° Enviar a los mecánicos para dentistas las órdenes de ejecución de las prótesis dentarias en su recetario, consignando las características que permitan la perfecta individualización de las mismas.

DR 6216 Las órdenes de ejecución de prótesis dentarias que envíe al mecánico para dentistas por duplicado, remitiendo un ejemplar al mecánico y reservando el otro, el que deberá exhibir a los inspectores de la Secretaría de Estado de Salud Pública, cuando le sea requerido. La obligación de conservar estos ejemplares es de un año.

5° Fiscalizar y controlar el cumplimiento de las indicaciones que imparta a su personal auxiliar y, asimismo, de que éstos actúen estrictamente dentro de los límites de su autorización, siendo solidariamente responsables si por insuficiente y o deficiente control de los actos por éstos ejecutados resultare un daño para terceras personas.

Art 30° Queda prohibido a los profesionales que ejerzan la odontología:

1° Asociarse para el ejercicio de su profesión o instalarse para el ejercicio individual en el mismo ámbito, con mecánicos para dentistas.

2° Asociarse con farmacéuticos, ejercer simultáneamente su profesión con la de farmacéuticos o instalar su consultorio en el local de una farmacia o anexo a la misma.

3° Anunciar tratamientos a término fijo.

4° Anunciar o prometer la conservación de la salud.

5° Prometer el alivio o la curación por medio de procedimientos secretos o misteriosos.

- 6° Anunciar procedimientos, técnicas o terapéuticas ajenas a la enseñanza que se imparte en las Facultades de Odontología reconocidas del país.
 - 7° Anunciar agentes terapéuticos de efectos infalibles.
 - 8° Anunciar o aplicar agentes terapéuticos inocuos atribuyéndoles acción efectiva.
 - 9° Aplicar en su práctica privada procedimientos que no hayan sido presentados o considerados o discutidos o aprobados en los centros universitarios o científicos del país.
 - 10° Practicar tratamientos personales utilizando productos especiales de preparación exclusiva y/o secreta y/o no autorizados por la Secretaría de Estado de Salud Pública.
 - 11° Anunciar características técnicas de sus equipos o instrumental que induzcan a error o engaño.
 - 12° Anunciar o prometer la confección de aparatos de prótesis en los que se exalten sus virtudes y propiedades o el término de su construcción y/o duración, así como sus tipos y/o características o precios.
 - 13° Anunciar por cualquier medio especializaciones no reconocidas por la Secretaría de Estado de Salud Pública.
 - 14° Anunciarse como especialistas, no estando registrado como tal en la Secretaría de Salud Pública.
 - 15° Expedir certificados por los que se exalten o elogien virtudes de medicamentos o cualquier otro producto o agente terapéutico, diagnóstico o profiláctico o dietético.
 - 16° Publicar falsos éxitos terapéuticos, estadísticas ficticias, datos inexactos o cualquier otro engaño.
 - 17° Realizar publicaciones con referencia a técnicas o procedimientos personales en medios de difusión no especializados en odontología o medicina.
 - 18° Publicar cartas de agradecimientos de pacientes.
 - 19° Vender cualquier clase de medicamentos o instrumental.
 - 20° Usar en sus prescripciones signos, abreviaturas o claves que no sean los enseñados en las Facultades de Odontología reconocidas del país.
 - 21° Aplicar anestesia general, pudiendo solamente practicar anestesia por infiltración o troncular en la zona anatómica del ejercicio de su profesión.
 - 22° Realizar hipnosis.
 - 23° Ejercer la profesión mientras padezcan enfermedades infectocontagiosas.
 - 24° Participar honorarios.
 - 25° Obtener beneficios de laboratorios de análisis, establecimientos que fabriquen, distribuyan, comercien o expendan medicamentos, cosméticos, productos dietéticos, prótesis o cualquier elemento de uso en el diagnóstico, tratamiento o prevención de las enfermedades.
 - 26° Inducir a los pacientes a proveerse en determinadas farmacias o establecimientos de productos odontológicos.
 - 27° Delegar en su personal auxiliar facultades, funciones o atribuciones inherentes o privativas de su profesión.
 - 28° Actuar bajo relación de dependencia con quienes ejerzan actividades de colaboración de la medicina u odontología.
-

Ley N° 6222/78 de la Provincia de Córdoba. Obligaciones del Odontólogo

Art. 25 El Odontólogo en el ejercicio de su profesión está obligado, además de lo prescripto en el artículo 5° a:

- a) Ejercer dentro de los límites de su profesión, debiendo solicitar la colaboración del médico cuando surjan o amenacen surgir complicaciones cuyo tratamiento exceda aquellos límites.
- b) Enviar las órdenes de ejecución de prótesis dentales en su recetario, a los técnicos dentales, consignando las características que permitan la perfecta individualización de las mismas.

Prohibiciones del Odontólogo

Art. 26 Además de lo especificado en el art. 7°, también le está prohibido al odontólogo:

- a) Ejercer habitual o periódicamente en local que no sea consultorio odontológico, salvo que lo haga en aquellos lugares que, por acciones programadas, se destinen a esos fines.
- b) Anunciar la confección de aparatos protésicos, exaltando sus virtudes o propiedades o el término de su construcción o duración, así como sus características o precios.
- c) Aplicar anestesia general
- d) Asociarse con técnicos dentales.

Especialidades. Ley nacional N° 23873/90, reemplaza el art. 21 y 31 de la ley 17132/67 DR 6216

Art. 31 Para emplear el título o certificado de especialista y anunciarse como tales, los profesionales que ejerzan la odontología deberán acreditar alguna de las condiciones siguientes para obtener la autorización del Ministerio de Salud y Acción Social:

- a) Poseer certificación otorgada por comisiones especiales de evaluación designadas al efecto por la autoridad de aplicación, en las condiciones que se reglamenten, las que deberán incluir como mínimo acreditación de (cinco) 5 años de egresado y (tres) 3 de antigüedad de ejercicio de la especialidad; valoración de títulos antecedentes y trabajos; y examen de competencia;
- b) Poseer título de especialista o capacitación especializada otorgado o revalidado por universidad
- c) Ser profesor por concurso
- d) Poseer certificación otorgada por entidad científica de la especialidad
- e) Poseer certificado de aprobación de residencia profesional completo, no menor a tres años, extendido por institución pública o privada

La autorización oficial tendrá una duración de (cinco) 5 años mediante acreditación

Ley N° 6222/78 de la Provincia de Córdoba. Del especialista

Art. 18 Para ejercer una especialidad y anunciarse como tal, el profesional, además de cumplir con todos los requisitos de la presente ley, deberá satisfacer las exigencias que para tal fin fije la autoridad deontológica correspondiente o la autoridad sanitaria competente. La aplicación del presente artículo será fijada por la reglamentación correspondiente.

Ley N° 6222/78 de la Provincia de Córdoba. Retribución

Art. 15 El profesional o auxiliar comprendido en la presente ley tiene derecho a ser retribuido en el ejercicio de su profesión o actividad mediante arancel, sueldo u honorario. Los aranceles profesionales serán establecidos por el Gobierno Provincial o por las entidades deontológicas en las que hubiere delegado dicha atribución.

LA DIRECCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS PUBLICOS O PRIVADOS Estará siempre a cargo de un Odontólogo, según lo que expresa la LEY NACIONAL N° 17132/67

Ley N° 6222/78 de la Provincia de Córdoba. Sanciones

Art. 12 Además de lo exigido en los artículos precedentes, el profesional o auxiliar debe poseer plena capacidad civil y no estar inhabilitado por sentencia judicial para el ejercicio de la profesión o actividad que regula su matrícula.

Art. 13 Son causas de suspensión de la matrícula.

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción de la autoridad disciplinaria correspondiente que implique habilitación transitoria.
- c) Enfermedades físicas o mentales que inhabiliten temporariamente para el ejercicio de la profesión o actividad, comprobadas por autoridad competente.

Art. 14 Son causas de cancelación de matrículas:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título por autoridad competente.
- c) Enfermedades físicas o mentales que inhabiliten definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad, previa decisión fundada de autoridad competente.
- d) Sanción disciplinaria emanada de autoridad competente que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- e) Fallecimiento.

Reglamencion del art 16 de la ley N° 6222/78 Provincia de Córdoba. Decreto N° 33/08

La modificación está relacionada con la habilitación de los consultorios odontológicos, por todas las complicaciones que surgieron al respecto.

Sobre lo expresado en el Decreto 2148/02 que perdió vigencia sobre todo por la propuesta de inspección a los consultorios odontológicos para su habilitación dada por RUGePreSa (Registro de Unidades de Gestión de Prestaciones de Salud) del Ministerio de Salud)

Capítulo II – De la autorización previa

Art.4° Toda persona física o jurídica que pretende instalar o poner en funcionamiento un establecimiento donde se ejerzan las profesiones del arte de curar y que requiera habilitación, deberá solicitar la autorización previa del Ministerio de Salud, formulando una declaración relacionada con la orientación prestacional, planta física y el equipamiento con que contará la entidad, de conformidad a las pautas que para tales fines fije el área técnica correspondiente.

Una vez otorgado el permiso previo para poder funcionar como tal deberá cumplir con el trámite de habilitación, de acuerdo con lo que la reglamentación establezca.

Esta autorización previa no será necesaria para el consultorio o local donde ejerce el profesional matriculado del arte de curar, en forma individual.

No obstante, estos consultorios y/o locales deberán estar instalados observando los requisitos que la reglamentación de la ley o las disposiciones específicas exijan.

Asimismo deberán inscribirse en el Registro que a los efectos cree la autoridad de aplicación.

Art. 9° Se deberá llevar Historia Clínica completa, señalando en ella fecha de emisión y de alta, registro de consentimientos informados.

Cuadro comparativo técnicos dentales

LEY NACIONAL N° 17132/67 LEY
NACIONAL N° 23752/89 DR
800/95

- **Art. 2°:** A los efectos de esta ley consideras e ejercicio de la profesión de Técnico en Prótesis Dental, a la actividad auxiliar de la odontología consistente en la confección de aparatos de ortodónticos y prótesis dentales, siguiendo especificas indicaciones del profesional odontólogo.
- **Art. 3°:** Los Técnicos en Prótesis Dental podrán des arrollar su actividad efectuando únicamente la parte de laboratorio de las prótesis dentales sobre modelos rígidos no pudiendo actuar o realizar maniobras en la boca, ni prestar asistencia o tener relación directa con los enfermos, ni exender y/o entregar al público materiales o prótesis elaboradas .

- **Art. 8:** Los locales o establecimientos donde ejerzan las personas comprendidas en la pres ente ley se denominarán "Laboratorio de prótesis dental" y deberán estar previamente habilitados por la Secretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social y sujetos a su fiscalización y control.

LEY PROVINCIAL N° 6222/78
PROVINCIA DE CÓRDOBA
Reglamentación año 1992.

- **Art. 3:** Se entiende por Técnico en Prótesis Dental, la persona que tiene a s u cargo la ejecución técnica y artesanal de la prótesis dental, fuera de la boca del paciente y por prescripción del Odontólogo. Debe considerarse los términos "Mecánico Dental", "Técnico Dental", y "Protesista Dental de Laboratorio", como sinónimo o al de Técnico en Prótesis Dental.

- **Art. 10:** El técnico en prótesis dental matriculado para ejercer su actividad deberá solicitar previamente a la Dirección General de Programación y Fiscalización Sanitaria a través del departamento de fiscalización de efectores, la habilitación del taller respectivo. A tales fines dicho departamento llevará un registro de habilitaciones.

LEY NACIONAL N° 17132/67 LEY
NACIONAL N° 23752/89 DR 800/95

- **Art. 7:** Los Técnicos en Prótesis Dental deberán llevar un registro en el cual consignarán los trabajos que reciban para su ejecución, así como un archivo de las correspondientes órdenes de trabajo suscritas por los odontólogos.
- **Art. 9:** En los laboratorios de prótesis dental no podrá haber, bajo ningún concepto, sillón dental ni instrumental propio de un profesional odontólogo. La simple tenencia de estos elementos los hará pasibles de las sanciones.

LEY PROVINCIAL N° 6222/78 PROVINCIA
DE CÓRDOBA Reglamentación año 1992.

- **Art. 18:** El Libro de Registros de trabajo previsto en el inc. "C" del art. 12 de la presente reglamentación, deberá tener foliatura pre-impresa de 01 al 100 y estar autorizado y sellado por el Departamento de Fiscalización de Efectores. En este libro deberá llevar al día, el técnico en prótesis dental consignará diariamente las fechas de entrada y salidas de los trabajos : nombre, apellido y domicilio del odontólogo que lo encomendó y características del trabajo a realizar.
- **Art.14:** El técnico en prótesis dental no podrá tener en el taller, instrumental y materiales de uso exclusivo del profesional odontólogo.
- **Art. 22:** Con respecto al libro de registros está prohibido:
 - a) Alterar el orden de envío de los trabajos.
 - b) Dejar espacios libres o en blanco.
 - c) Mutilar parte del mismo.
- **Art. 23:** El Técnico en Prótesis Dental no podrá expender ni entregar prótesis dentales directamente al público.
- **Art. 25:** Al Técnico en Prótesis Dentales le está prohibido anunciar y ofrecer sus servicios por medio de órganos de difusión destinados al público en general a excepción de dirigirse exclusivamente a profesionales odontólogos , como así también le está vedado exhibir letreros o letreros o chapas referidos a la actividad pertinente.

CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACIÓN (ARGENTINA)

El **Código Civil y Comercial de la Nación** es el cuerpo legal que reúne, desde 2015, las bases del ordenamiento jurídico en materia civil y comercial en la Argentina. Fue redactado por una comisión de juristas designada por decreto 191/2011. El texto final fue aprobado por el Congreso de la Nación el 1 de octubre de 2014, mediante la ley N° 26 994, promulgada el 7 de octubre de 2014 y publicada en el Boletín Oficial el 8 de octubre del mismo año.

El **Código Civil y Comercial de la Nación**, entró en vigencia el 1 de agosto de 2015 reemplazando al Código Civil de 1869, redactado por Dalmacio Velez Sarsfield, y al Código de Comercio de 1862, redactado por Eduardo Acevedo y Velez Sarsfield.

El código contiene 2671 artículos, los que reemplazan a los más de 4500 de los sancionados en 1869, y es a la vida privada lo que la Constitución Nacional es a la pública.

MODIFICACIONES QUE UN ODONTOLOGO NO PUEDE DESCONOCER

1) CONSENTIMIENTO INFORMADO para Actos odontológicos e investigaciones de salud.

El nuevo código recepta las normas de la ley de Derechos del Paciente (ley nro 25.529) y la jurisprudencia recaída en el tema.

Concepto: es la declaración de voluntad del paciente, luego de haber recibido información clara, precisa y adecuada sobre actos odontológicos, respecto a:

- a) su estado de salud
- b) procedimiento propuesto y objetivos perseguidos (atención: aclarar que no se promete un resultado)
- c) beneficios esperados
- d) riesgos, molestias y efectos adversos previsibles,
- e) especificación de procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto,
- f) consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

Es importante analizar quiénes son las personas que deben prestar su consentimiento, pues se han verificado cambios en la ley. Antes lo hacían el paciente mayor de edad y en caso de los menores, sus padres o tutores. Actualmente, observamos diferentes supuestos: Presta el consentimiento el paciente mayor de edad pero cuando éste es menor de edad, o sea menor de 18 años, nos encontramos con distintos casos, a saber:

2.a) Menor de edad desde los 13 años: La ley presume que el paciente desde los 13 años y hasta los 16, tiene aptitud para decidir sobre su propio cuerpo siempre que el tratamiento NO SEA INVASIVO, NI COMPROMETA SU ESTADO DE SALUD O PROVOQUE UN RIESGO GRAVE EN SU VIDA O INTEGRIDAD FÍSICA. Si el tratamiento es invasivo: el adolescente prestará su **asentimiento con el consentimiento y asistencia de sus padres**. ¿Qué sucede si hay conflicto entre las opiniones del menor y las de su padres? Resuelve el Juez, teniendo en cuenta su interés superior en base a la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no realización del acto médico.

2.b) Menor de edad pero desde 16 años en adelante: la ley lo considera un adulto para adoptar decisiones atinentes a su propio cuerpo. Puede, por ejemplo, hacerse tatuajes o piercings, cirugías estéticas reparadoras, donar sangre. Para todo lo que es más que el cuidado de su cuerpo porque puede comprometer su salud, debe ser mayor de edad (18 años) o tener la autorización de sus padres. Por ejemplo, para hacerse una cirugía estética no reparadora.

3) Paciente incapaz o imposibilitado de brindar el consentimiento informado a causa de su estado físico o psíquico: Según art. 58 del Código Civil y Comercial: por representante legal, cónyuge o conviviente, pariente o allegado que lo acompañe. En ausencia: el odontólogo prescinde.

El referido consentimiento ES OBLIGATORIO TANTO EN EL ÁMBITO PÚBLICO COMO EN EL PRIVADO, ya que nadie puede ser sometido a exámenes o tratamientos clínicos o quirúrgicos sin su consentimiento libre e informado, salvo disposición en contrario. Existen, sin embargo, excepciones a la obligatoriedad de contar con dicho consentimiento informado, pero sólo en casos muy específicos y de interpretación restrictiva, o sea muy exigente y ante la duda se estará a la obligatoriedad.

Excepciones: El profesional queda eximido de requerirlo cuando: a) mediare grave peligro para la salud pública, b) situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente y éste no pudiera dar el consentimiento informado por sí o a través de sus representantes legales. (art. 9 de Ley de Derechos del Paciente 26.529).

Verbal o escrito? se mantiene la vigencia de la ley de derechos del paciente: 26.529, que establece que: **Puede** ser verbal excepto en casos de:

- a) Interrelación,
- b) Intervención Quirúrgica,
- c) Procedimientos Diagnósticos O Terapéuticos Invasivos,
- d) Procedimientos Que Impliquen Riesgos Según La Reglamentación De La Ley,
- e) Revocación De Consentimiento Informado.

Entonces: **¿qué es exactamente un procedimiento invasivo?** Procedimiento en el cual el cuerpo es invadido o penetrado por una aguja, sonda, dispositivo o endoscopio (fuente: "Medline Plus", Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU). Como se dijo anteriormente, la mayoría de las prestaciones odontológicas son invasivas, por lo que se aconseja contar siempre con el documento escrito que acredite el consentimiento informado.

2.- HISTORIA CLÍNICA: Aplicación de Ley de Derechos del Paciente (Ley 26.529): Historia Clínica es un documento obligatorio y cronológico, foliado y completo donde consta toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud ¿Puede ser informatizada? Sí, siempre que se asegure la preservación de su integridad, autenticidad, **inalterabilidad**, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos. Por eso: se debe adoptar acceso con clave de identificación, MEDIOS NO REESCRIBIBLES DEL ALMACENAMIENTO, CONTROL, MODIFICACION Y CUALQUIER OTRA TECNICA QUE ASEGURE SU INTEGRIDAD.

Titularidad: Es muy importante señalar que la Historia Clínica, para la ley es de titularidad del paciente. Si el paciente la pide, rige la obligación de entregarle copia autenticada dentro de las 48 hs., salvo casos de urgencia.- Atención: copia autenticada o certificada significa que en las fotocopias se insertará la firma del Director de la Institución de Salud en original o la del profesional odontólogo si fuera por tratamientos en su consultorio particular, pero el original queda en poder del profesional.

La Historia clínica tiene una importancia superlativa, pues es el elemento que permite al odontólogo acreditar que actúa con diligencia, prudencia y pericia de acuerdo a la ciencia odontológica y también probará (si está bien confeccionada) que el paciente no cumple con las directivas del profesional, no sigue las indicaciones, no asiste a las citas, abandona el tratamiento, etc.- Todas estas cuestiones hacen a la prueba en favor del odontólogo ante un eventual reclamo por responsabilidad civil profesional por mala praxis y por ello es necesario que la Historia Clínica sea completa.

La ley señala los datos obligatorios que debe contener la Historia Clínica:

- 1) fecha,
- 2) la identificación paciente y su núcleo familia,
- 3) Identificación del profesional y su especialidad,
- 4) registros de actos odontológicos,
- 5) antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos,
- 5) HISTORIAS CLÍNICAS ODONTOLÓGICAS: registros odontológicos que permitan la identificación del paciente individualizando las piezas dentales,
- 6) todo acto odontológico, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y datos de interés.

Rige el principio de **integridad** de la Historia Clínica, lo que implica que forman parte de la misma: consentimientos informados, hojas de indicaciones médicas, planillas de enfermería, protocolos quirúrgicos, prescripciones, estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas.

En virtud de ello, es aconsejable que el profesional cuente con copia de los estudios de diagnóstico realizados.

3.- Responsabilidad Civil Profesional. Factores de atribución objetivo y subjetivo. Prescripción de la acción de reclamo (prescripción liberatoria). Diferentes supuestos. En el nuevo Código Civil y Comercial se trata, en principio, el factor subjetivo de atribución de la responsabilidad del profesional, es decir: la misma existe en caso de culpa o dolo. En consecuencia, el profesional se eximirá de responsabilidad si probare que actuó con diligencia, prudencia y pericia en el arte de su profesión. Sin embargo, se contempla también el Factor objetivo de atribución de la responsabilidad civil profesional y éste se da cuando:

a) promesa de resultado (según las circunstancias de la obligación o lo convenido) Importante: señalar en el consentimiento informado que **NO SE PROMETE RESULTADO**.

b) vicio en la cosa (ejemplo: deficiencia en algún instrumental o equipamiento. Cuando la responsabilidad es objetiva, es mucho más gravosa para el profesional porque para eximirse deberá probar la existencia del hecho de un tercero (por ejemplo: que el paciente no cumplió las indicaciones que brindó el odontólogo, o que luego el paciente fue atendido por otro profesional, etc.).

Obviamente, estos factores de atribución operarán, es decir: habrá responsabilidad civil siempre que exista un daño en el paciente y que se dé la condición de causalidad entre el mismo y el acto odontológico.

4.-Asociaciones sin fines de lucro: Nuevas normas referidas a constitución. Importancia del objeto Social. Responsabilidad de los directivos.

Hasta ahora, no existía una norma específica que contemplara las asociaciones civiles sin fines de lucro y el tema se regía por unos pocos artículos del Código Civil, normas supletorias, jurisprudencia judicial y administrativa y el derecho asociacional consuetudinario.

Actualmente, se consagran por escrito algunos puntos. La constitución (creación) de una asociación civil deberá hacerse ahora por escritura pública, lo cual encarece el trámite al exigirse la intervención de un escribano para pasar la escritura. Antes se hacía simplemente por acta privada con firma de los fundadores. Se fija específicamente por escrito, lo que ya contemplaba la jurisprudencia aplicando analógicamente otras normas: se establece la responsabilidad de los directivos en forma solidaria e ilimitada si se excede el objeto social y por dolo o fraude. Es decir: responderán con su propio patrimonio ilimitadamente y solidariamente (o sea se podrá reclamar tanto a la asociación como al directivo) el pago de una deuda o daños y perjuicios, en caso de dolo o fraude.

ODONTOLOGÍA

CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm>



LEGAL



CAPÍTULO II
ÉTICA, DEONTOLOGÍA Y
BIOÉTICA

La Ética “permite calificar los usos, costumbres, o actos humanos desde su carácter de buenos o malos. Podemos decir que la Ética es una reflexión metódica sobre los valores humanos, personales y colectivos; por ello, promueve una reflexión permanente sobre la conducta moral”. (Bórquez Polloni, Ciocca Gómez, Lolás Stepke, Torres- Quintana; “Ética, bioética, ley: conceptos básicos”).

Los actos humanos ineluctablemente deben gozar de dos condiciones esenciales, libertad y conciencia. La noción de moralidad se ha desarrollado en las diversas comunidades humanas y cada generación ha transmitido a sus sucesores el lenguaje moral propio con el interés de distinguir el sentido del Bien y del Mal. Generalmente, las colectividades adoptan los preceptos morales característicos motivados por cuestiones de herencia, tradición y respeto. La educación y la intuición del deber son las circunstancias principales que siempre han permitido la transmisión de los principios morales. Pero, solamente la enseñanza acerca de la conveniencia de cumplir los mandatos morales para obrar bien resultaría insuficiente. Se precisa la existencia de normas prácticas que sean capaces de tutelar los actos humanos cotidianos y determinar aquellas consideradas convenientes.

La Ética no solamente sirve “para saber qué es la Virtud, sino para aprender a hacernos virtuosos y buenos. De otra manera, sería un estudio completamente inútil”. (Aristóteles; “Ética a Nicómano”. Citado por Ángel Rodríguez Luño en “Ética”).

Naturalmente, a lo largo de los tiempos, han aparecido corrientes de pensamiento comprometido, como el “realismo moral” o la “ética de la responsabilidad”, que preconizan la concepción del deber como obediencia a la autoridad; la obligación de someterse a las reglas por considerarlas sagradas e inviolables; la creencia en la justicia inmanente como criterio para juzgar la bondad o maldad de los actos humanos. Como idea básica, estas doctrinas filosóficas establecen lo que los deberes y obligaciones establecidas son las acciones moralmente necesarias para lo denominado El Recto Proceder.

Sin embargo, los intereses morales varían a través del tiempo. De hecho, los componentes morales de hoy son muy diferentes a los de la ética clásica. Muchas de las antiguas normativas han dejado de ser consideradas legítimas y han perdido su vigencia.

“En cada ambiente y en cada época existe un criterio medio que sanciona como buenos o malos, honestos o delictuosos, permitidos o inadmisibles, los actos individuales que son útiles o nocivos a la vida colectiva. En cada momento histórico ese criterio es la subestructura de la moral, variable siempre”. (José Ingenieros; “El hombre mediocre.”)

Es conveniente no observar a la Ética como una disciplina proveedora de normas opresoras o inmutables a las que rígidamente hay que obedecer. La aplicación de sus valores morales que le dan sustento, por ejemplo los valores de comprensión y de tolerancia, bien puede ser el camino de la virtud que permite transitar siempre dentro de los cánones éticos.

“Los dogmas son obstáculos al perfeccionamiento moral. Cada nueva generación contiene gérmenes de perfeccionamiento moral. Cada revisión de valores equivale a una poda del árbol de la experiencia moral, duradero como la humanidad pero cambiante como las sociedades humanas”. (José Ingenieros; “Las fuerzas morales.”)

CONCEPTO DE ÉTICA

La palabra *ethos* es un término técnico.

Veamos su etimología. La palabra ética -en su forma femenina sustantivada- nos lleva a dos raíces griegas: *êthos* y *éthos*. A partir de esta doble raíz posee dos sentidos: según uno de ellos, significa “morada”, “lugar donde se habita”. Así se entiende el término en las epopeyas homéricas. Se usaba con referencia a los animales para aludir a los lugares donde se crían y encuentran, a los de sus pastos y guaridas. Después, se aplicó a los hombres y a los pueblos, en el sentido de su país. En este sentido, significó carácter, lo más propio de alguien, su modo de actuar. El concepto de *êthos* vigente en la época de Aristóteles significa el lugar que el hombre porta en sí mismo, su actitud, su referencia al mundo y a sí mismo. El *éthos* es el “fundamento” de la praxis. El *éthos* tiene, a partir de Aristóteles, un sentido más amplio que el que hoy se adjudica a la palabra ética. Lo ético (*êthos*) comprende ante todo las disposiciones del hombre

en la vida, su carácter, sus costumbres (Fuente: Maliandi, Ricardo. Ética, temas, conceptos y problemas. Ed. Biblos, Bs. As. 1991)

El otro vocablo, éthos, tiene el sentido de hábito. Ambos guardan relación entre sí, en el sentido de que lo más propio de sí, el carácter, se forma a través del hábito, de modo que, por así decir, el marco etimológico encuadra una determinada concepción ético-estético-política.

En el lenguaje filosófico se usa hoy ethos para aludir al conjunto de convicciones, actitudes, creencias morales y formas de conducta ya de una persona individual o de un grupo social o étnico. El ethos es un fenómeno cultural (el fenómeno de la moralidad) que suele presentarse con aspectos muy diversos pero que no está ausente en ninguna cultura.

En el lenguaje corriente suele emplearse el término ética como equivalente a moral. En medios intelectuales y, particularmente, en los filosóficos, como aclara Maliandi, se procura distinguir ambos términos. Así, ética deriva de êthos y de éthos; y moral deriva de la palabra 'mos' (mores), costumbre/s, y sería la traducción latina de aquellas dos. Sin embargo, y por una convención bastante extendida, se tiende a ver en la ética la tematización y en la moral lo tematizado (las costumbres, los códigos de normas, etc.). Desde esta perspectiva, la ética es la tematización del ethos, su reconstrucción crítica.

Probablemente casi todas las definiciones de ética que se han dado apuntan, como modo de reflexión, a dos cosas: a) - fundamentar las normas (o cuestionar determinadas fundamentaciones) y b) - aclarar el sentido y uso de los términos morales. (Fuente: Maliandi, Ricardo. Ética, temas, conceptos y problemas. Ed. Biblos, Bs. As. 1991).

CARACTERÍSTICAS DE LA ÉTICA

- Doctrina especulativa que permite reflexionar, meditar y teorizar acerca de los actos humanos y su adecuación a los ejemplos, modelos, pautas, normas o criterios morales vigentes.
- Disciplina práctica que presenta un esquema normativo.
- Enseñanza útil para la convivencia que presenta los valores morales que tienden a la rectitud de los actos humanos; que muestra los bienes que tienden a la perfección; que indica las conductas virtuosas, el obrar bien; y que mediante la libertad responsable permite al Hombre la posibilidad de alcanzar la felicidad, el fin último de todo espíritu vital.

FUNDAMENTOS

Entre los propósitos que dan fundamento a la Ética, es posible considerar la obtención de fines espirituales y practicar comportamientos deseables como:

Felicidad: este fin se encuentra al dirigir los actos humanos utilitariamente hacia el placer y así se obtiene "la mayor felicidad de la mayor cantidad de miembros de una nación". (Francis Hutcheson; "System of Moral Philosophy").

Altruismo: El bien debe existir para provecho de la convivencia y debe engendrar acciones efectivas y valiosas en la conciencia social. En la llamada Moral Altruista, se supone procurar el bien ajeno aun a costa de ingentes sacrificios propios. Es estar atento al Otro, preocuparse por su bienestar, respetar sus concepciones y decisiones diferentes, sus distintos intereses.

Cumplimiento del Deber: La vida en común exige de cada individuo la aceptación de sus deberes para conseguir el respeto de sus derechos por toda su comunidad. Quien cumple con sus obligaciones colabora con el Bien Común, cualquiera que fuera la organización a la que pertenece, sea la familia, la comunidad laboral, el grupo de estudio y en definitiva, la Sociedad en general.

Solidaridad: En la medida en que se consigue armonizar lo individual y lo social, la solidaridad reemplaza al individualismo y la cooperación se opone a la contienda hostil. Actuar con razonable sensibilidad ante las dificultades del prójimo, incluso manifestar adhesión en la defensa por los derechos naturales conculcados supone luchar por el resguardo de la dignidad humana.

Justicia: El célebre jurista romano Ulpiano (Siglo III a.C.) la ha definido como la voluntad de conceder a cada uno su Derecho. Los preceptos morales fundamentales que estableció para el Derecho son: Vivir honestamente; no dañar a nadie; dar a cada uno lo suyo.

El fin práctico de la Justicia es mantener la armonía entre todas las personas de la comunidad. El fundamento moral consiste en el acuerdo sólido de los integrantes de la Sociedad acerca de la concepción de lo bueno y lo malo. Para lograr ese objetivo la práctica y vigencia de la Justicia debe ser constante en las relaciones entre las personas, las organizaciones y en todos los componentes sociales.

NIVELES DE REFLEXIÓN

1. Reflexión Moral. Preguntas del tipo: ¿debo hacer x? preguntan por la aplicación de la norma al caso concreto. Es un primer nivel de reflexión en el que se indaga acerca de cómo aplicar la norma. Es una reflexión que se origina a raíz de dudas o discrepancias morales. (Ej.: pedir a alguien una opinión; un consejo para saber qué hacer).

2. Ética Normativa. Se refiere a la posibilidad de fundamentación y crítica de normas. La búsqueda de fundamentos de las normas y las valoraciones va indisolublemente unida a la crítica permanente de cada fundamentación. Fundamentación y crítica son tareas complementarias. La ética como reflexión filosófica sobre lo moral, trata de indagar por qué hay moral y por qué determinadas normas pretenden obligar con legitimidad. No es su tarea ofrecer normas con contenido, sino señalar las condiciones formales bajo las cuales una norma obliga moralmente.

3. Metaética. Designa un nivel de reflexión que se expresa en todo metalenguaje cuyo referente es algún aspecto lingüístico del ethos señalando, al propio tiempo, que el ethos comprende junto a su dimensión fáctica una dimensión semiótica o lingüística. Para William Frankena la metaética no consiste en investigaciones y teorías empíricas o históricas, ni implica establecer o defender cualesquiera juicios normativos o de valor; no trata de responder a preguntas particulares o generales acerca de qué sea justo, bueno u obligatorio.

Trata de contestar a preguntas lógicas, epistemológicas o semánticas del estilo de las siguientes: ¿cuál es el sentido o el empleo de las expresiones (moralmente) justo o bueno?; ¿cómo pueden establecerse o justificarse juicios éticos y de valor?; ¿son éstos siquiera susceptibles de justificación?; ¿cuál es la naturaleza de la moralidad?; ¿cuál es el significado de 'libre', de 'responsable'? Corresponde a la metaética examinar la validez de los argumentos que se utilizan para la fundamentación de la ética normativa.

Las tareas propias de la metaética serían: a) Establecer el método correcto para fundamentar los enunciados ético-normativos; asimismo, establecer el método correcto para sí misma, según el problema concreto que examine.

b) Establecer el significado de los términos y enunciados éticos (decidir, por ej., si tales enunciados son descripciones de algo, o predicciones, o explicaciones, o mandatos, o recomendaciones, o meras exclamaciones)

Con estas dos tareas está estrechamente relacionada la cuestión de la validez de las proposiciones normativas y esta es la razón por la cual ambas a menudo se encuentran entre sí. El análisis metaético supone el esfuerzo racional por aclarar todo lo que "dice" la reflexión moral y todo lo que dice la reflexión ético-normativa.

Ética Descriptiva. Muchos la designan como metamoral. Es un acto de observación. No es un acto ético, no es normativo ni valorativo. Observamos y describimos lo que observamos. Por ej., cómo opina la gente sobre algún tema en particular. La ética descriptiva verifica cuáles y cómo son las creencias pero no las enjuicia, ni expone creencias del observador. Por ej. "Los mahometanos creen que la poligamia no es inmoral".

DIVISIÓN DE LA ÉTICA

+ **Ética General:** necesita descender de las abstracciones universales para entrar al espacio concreto del Hombre, al sitio de las cuestiones prácticas, al ámbito de las razones y negocios, a las acciones cotidianas y comunes. Inevitablemente, precisa apoyarse en los llamados conocimientos primeros, aquellos que establecen definiciones y conceptos que le sirven de fundamentos.

Busca el auxilio de las disciplinas con las que guarda afinidades esenciales, como la Metafísica y la Antropología Filosófica.

- La Metafísica, (del griego *metá*, “más allá” y *physica*, “naturaleza”, “física”, “realidad”) discurre sobre todo aquello que sigue a las explicaciones de la Naturaleza. Trata acerca de la esencia del ser y de su origen, más allá de lo material, hasta llegar al creador de todo movimiento, de la existencia misma.

- La Antropología Filosófica (del griego *ántropos*, “hombre” y *logos*, “estudio”), reflexiona sobre la esencia del Ser Humano, sus aspectos sociales, culturales, biológicos y morales. Trata sobre temas relacionados con facultades inherentes a la persona como la libertad, la felicidad, la naturaleza del bien y del mal, la virtud, la conciencia.

+ **Ética Aplicada:** se puede subdividir en:

- **Personal o Individual:** trata sobre principios elementales y propone que el Hombre constituye en sí mismo un centro de valor inalienable; es simultáneamente origen y meta de todo propósito moral. Debe ser tratado como un fin y nunca como un medio. Afirma que el hombre posee dignidad, consecuentemente debe ser distinguido siempre como persona y respetado en su honor. Expresa que todo individuo posee la vida como un bien privativo, intransferible y reverencial.

- **Social, Familiar y Profesional.**

CONCEPTO DE MORAL.

Es una disciplina que recomienda normas y principios para regir la conducta de los seres humanos que permiten la armonía entre el interior del individuo y la sociedad a la que pertenece. La Moral establece la regencia de las costumbres y acciones de la comunidad a la que pertenece el individuo.

JUICIO MORAL

El sistema de la moralidad es desde el comienzo, un sistema regulado por reglas lógicas, semánticas y pragmáticas, y morales (públicas) a las que todos los miembros de la sociedad tienen acceso a través de sus interrelaciones simbólicas y pragmáticas.

En términos generales, puede entenderse por normas indicaciones generales de acción formuladas en proposiciones.

- El obrar regido por normas es, por consiguiente, un tipo de conducta reglamentada.

- Las indicaciones normativas pueden entenderse como un imperativo general. En Filosofía se acostumbra, con frecuencia, calificar a las normas como proposiciones de deber.

- A toda norma, en caso de incumplimiento, le sigue una sanción que varía según las diferentes exigencias sociales (alguien que no respeta las reglas del ajedrez se quedará sin compañeros de juego; alguien que va en contra de las costumbres, marginado, etc.).

La moral se expresa de modo característico en juicios y los juicios reclaman (o tienen la pretensión de) fundamentación. Los individuos, están sujetos a los usos y a las normas morales y jurídicas. Y como no se trata de leyes naturales sino de sanciones humanas, se plantea la cuestión de cómo se puede justificar una tal restricción de la libertad del individuo contra su voluntad.

Las normas sociales, en sentido estricto, parecen necesitar de fundamentación porque los individuos están sometidos a ellas mediante sanciones. Exigen posponer a los individuos sus propios intereses o limitar su libertad en virtud de ellas.

Desde el punto de vista de Ernst Tugendhat, hay entonces dos posibilidades: que el individuo sienta esta compulsión como mera compulsión o la conciba como fundamentada y, en la medida

en que así la concibe, incorpore la “compulsión” al ámbito de su libertad. En este sentido, según este autor, hablamos de “voluntariedad” de la sumisión a las normas.

CONCEPTO DE VALOR

Los valores son las características morales de los seres humanos; nos sirven para separarnos de la vida instintiva o animal. Son conceptos operativos que puestos en práctica con firmeza, nos permiten vivir mejor en la esfera individual, familiar, grupal y social.

Es una cualidad, una propiedad o un atributo, que aplicados a las personas, cosas o acciones, justifica una actitud de preferencia hacia ellas.

En un sentido simple y escueto, un valor es todo aquello que sobresale por su excelencia y satisface nuestras necesidades.

La especialización de los conocimientos, abarcando distintas materias como economía, filosofía, educación, sociología, psicología, medicina y otras, en general han creado diferentes conceptos y distintos tipos de valores. Por eso permiten que los valores posean jerarquía, pero ¿cómo determinarla? La controversia es grande, aunque algunos pensadores como Max Scheler* plantearon respuestas en base a la capacidad de duración y profundidad de la satisfacción que producen en nuestras necesidades. Los valores no son reacciones subjetivas de respuesta a estímulos sobre nuestra sensibilidad, ni tampoco formas producidas por la razón. (* “Los valores no son; los valores valen”).

Desde lo opuesto, la corriente influida por la Gnoseología o teoría del conocimiento, “los valores son”. Están en las cosas, ellas precisamente toman dimensión al ser conocidas.

Quedan definidas dos referencias sobre la importancia de los objetos y las acciones, pero que no los afectan, los dejan intactos. Las cosas no son, no existen porque son conocidas; tampoco cuando son valoradas positivamente o negativamente: Ninguna de las dos explicaciones afectan a la esencia misma ni a la realidad concreta de las cosas.

Es el propio individuo al conocer el que cambia justamente en el mismo instante de conocer y permitirse valorar. Conocer y valorar guardan estrecha relación en ese preciso orden.

Cuando el individuo conoce cosas, personas, hechos, seres en general, sufre una impresión sobre sus sentidos, su mente y su voluntad; se conmueve su inteligencia al comprender que significan algo para él, tienen un valor determinado. Puede consistir en un valor alto o bajo, pero valen.

Por tanto, las cosas son y valen.

El término valor ha sido utilizado con más asiduidad en comercio o economía para la puesta de un precio a determinado producto. En estos casos una cosa tiene valor porque es deseada, es preferida y seleccionada.

Pero también se usa la palabra valor con sentido no económico cuando se aprecia la calidad de una expresión de arte como un cuadro, una escultura, una obra de música.

Para Immanuel Kant los valores son parte de la Moral y rigen la conducta para lograr el recto proceder entre los hombres.

Los valores no son reacciones subjetivas de respuesta a estímulos sobre nuestra sensibilidad, ni tampoco formas producidas por la razón. Son objetos ideales, más allá de la realidad material o de la condición psicofísica del observador. Son cualidades ideales que se presentan ordenadas jerárquicamente de mayor a menor y separadas de su antítesis, el antivalue, que es su opuesto natural. Estas cualidades antagónicas, o polaridad, no son agregados sino que son inherentes a las cosas. Ellas existen las reconozcamos con nuestra sensibilidad o no seamos capaces de percibir las.

CARACTERÍSTICAS DE LOS VALORES

Las propiedades o características que se otorgan a los valores son tratadas por la Axiología (del griego axios; “valioso, digno de ser estimado” y de logos; “ciencia”).

Habitualmente, se suelen atribuir las siguientes características a los valores:

- **Objetividad:** No son producto de juicios subjetivos, los que no modifican la importancia y la calidad de las cosas que estimamos con “valor”. Aunque los neguemos, los valores están.
- **Irrealidad:** Los valores no se descubren, ni es posible materializarlos. Por ejemplo, la belleza de un objeto no se puede demostrar, solamente conmueve nuestra sensibilidad.
- **Intemporalidad:** Los valores no sufren las acciones del tiempo cronológico. No mejoran ni empeoran con el paso de los años.
- **Falta de espacio:** No tienen capacidad ni ocupan espacios.
- **Inconmensurabilidad:** No tienen la capacidad de ser medidos. No existen patrones de medida para intentar saber sus dimensiones.
- **Absolutismo:** Son independientes; no dependen del individuo que los observa y capta. No pueden ser medidos en el tiempo ni en el espacio.
- **Polaridad:** Presentan siempre su opuesto; es posible conocer los antivalores, que son los fenómenos opuestos. Ejemplo, bueno-malo; útil-inútil.
- **Jerarquía:** Se considera que no todos los valores tienen la misma importancia; algunos son considerados de mayor calidad y categoría que otros según la circunstancia donde se los apliquen. La intuición del sujeto decide si el valor es más alto o menos alto.
- **Incompatibilidad:** Al evaluar una situación determinada, no es posible aplicar todos los valores; debe existir una elección para desechar algunos y aceptar a otros.

ÉTICA DE LOS VALORES

Es de comprobar a diario que los seres humanos valoramos y a la vez somos valorados. Permanentemente enjuicamos los objetos y las personas de nuestro entorno. A su vez, desde nuestro alrededor nos enjuician generalmente en silencio, aunque a veces nos hacen presente su parecer. En apariencia, el ser humano no puede vivir sin valorar. Existe la inclinación a no permanecer indiferente ante las diversas acciones que nos envuelven. Invariablemente, de manera activa calificamos nuestra realidad como bella o fea, agradable o insoportable, noble o indigna, útil o inservible. Todos esos objetos, acciones o personas que son calificadas o valoradas, son parte material de este mundo donde vivimos. Por tanto, a todos ellos los podemos calificar de hechos, porque de una u otra manera responden a una realidad física que percibimos con nuestros sentidos y se describen como una manifestación fáctica.

Por ejemplo al afirmar “por Internet circulan miles de libros en español”, este enunciado fáctico será verdadero o falso según su correspondencia con la realidad de los hechos. Solamente podemos considerarlo como una expresión de cantidad, que intenta describir una idea acerca de una visión de la realidad de hechos materiales, a la que falta confirmar si es verdadera o falsa en relación a la cuantía enunciada. (“¿Circulan ciertamente por Internet miles de libros en español?”). Pero, en absoluto se puede considerar dentro de lo que son valores.

Ahora, analicemos otra expresión, “Internet es una red asombrosa”. Es una afirmación de cualidad, es una opinión subjetiva que le atribuye al “ente” Internet una calificación con una carga emotiva favorable de estima y ponderación; es una valoración íntima. En esas circunstancias no es posible asegurar la veracidad de la apreciación. No es un hecho.

Descripciones y valoraciones son distintas maneras de comunicar una realidad; en las descripciones se formulan juicios de hechos y en las estimaciones subjetivas juicios de valores. La Ética aplicada a los valores muestra principios rectores de comportamiento; en este caso apreciando la calidad de los auténticos valores para ser mejores personas; para vivir en adecuada armonía personal, familiar, profesional y social; para permitir que el trabajo, el estudio, la demanda de salud contemple el valor primordial de la dignidad humana; para colaborar que la justicia llegue a todos sin excepciones tanto para premiar como castigar.

Por cierto, es muy importante para el estudiante, futuro odontólogo, y también para el profesional consolidado, el conocimiento y el convencimiento profundo de practicar los principios éticos y morales con la guía rectora de los valores universalmente aceptados como deseables para la mejor convivencia en la comunidad en la que deba actuar. La orientación hacia los objetivos más nobles queda asegurada mediante el recto comportamiento, no exento de autocrítica, para conseguir la práctica de una profesión altruista, docta y humana.

LA SALUD Y LA ENFERMEDAD COMO VALORES

La salud y la enfermedad, al igual que la vida y la muerte, no son simples hechos, sino que también encarnan valores. Normalmente, la salud y la vida se valoran positivamente y la enfermedad y la muerte, de modo negativo. Asimismo, los valores pueden determinar qué es lo que se considera salud. Muchos médicos, sobre todo en Occidente, creen que la salud y la enfermedad se pueden entender como simples hechos. Según ellos, las enfermedades se deben a la alteración de determinados tejidos o partes del cuerpo humano que puede detectarse de modo científico, por lo cual se trata de hechos científicos como los que estudian la física y la química.

Consideramos que la salud es positiva y buena y la enfermedad, negativa y mala, y hoy en día resulta habitual asociar la salud con el bienestar. Ésta es la idea básica de la definición de salud elaborada por la Organización Mundial de la Salud. En nuestra época, la gente cree que está enferma cuando siente que le falta bienestar, aunque no se haya producido ninguna alteración biológica. A raíz de esta nueva concepción, los valores adquieren una gran importancia en las nociones de salud y enfermedad.

ÉTICA NORMATIVA Y VALORES

Adaptación del texto de Ricardo Maliandi.

En la ética normativa, o mejor, en la ética normativo-valorativa, se apunta a problematizar, a poner en cuestión la legitimidad de nuestras discusiones cuando existen discrepancias acerca de valores y normas morales. La ética normativa pregunta por qué se debe hacer lo que recomienda la norma -o la reflexión moral-; se ocupa del problema de la motivación y del problema de la justificación. Exige respuestas universalmente válidas; es reconstructiva y crítica; su lenguaje es normativo. Como problema, la ética normativa tiene que dar cuenta de su legitimidad. Se trata de saber si las discusiones acerca de normas o valoraciones que tienen lugar de hecho pueden tenerlo también de derecho.

¿Qué clase de validez o qué validez tiene hoy la discusión moral?

De hecho, en nuestra vida cotidiana, nos enfrentamos con conflictos morales en los cuales aparecen distintas y, a veces, irreconciliables posiciones respecto de la asunción de determinados valores.

Desde este punto de vista y como punto de partida, reconocemos la pluralidad de principios morales y valoraciones como fenómeno característico de nuestras sociedades. Esto implica, a su vez, admitir que aceptamos como principios morales a todos aquellos sistemas de normas y valores en los cuales cree y según los cuales pretende ordenar su conducta, por lo menos, algún grupo humano. Las discrepancias y conflictos valorativos pueden obedecer a la adhesión de parte de los sujetos sociales a distintos modelos o paradigmas valorativos, que responden a diferentes modos de interpretar el origen de los valores y que podemos sintetizar de la siguiente manera:

a.- El modelo absolutista.

Hay quienes sostienen que los valores son 'algo' que existe en el mundo 'objetivamente', como un en sí, al modo de entidades independientes del gusto o las preferencias humanas, de modo tal que todo aquel que no adhiera a determinados valores considerados absolutos, acerca de cuya existencia no sería posible dudar, sería alguien que habría caído en el error, la ignorancia o que, por algún problema 'patológico' estaría en un estado de 'ceguera axiológica', causa de su rechazo.

En general, aquellos que postulan el carácter absoluto de los valores morales no admiten, en realidad, la posibilidad de discrepancias valorativas, ya que adjudican a las causas señaladas la

imposibilidad de admitir que los valores morales que ellos afirman son incuestionables, porque son objetivos, y acerca de esto no hay conflictos morales genuinos.

b.- El modelo relativista.

Para el relativista no hay posibilidad alguna de afirmar la superioridad de un valor sobre otro, porque no hay posibilidad de discusión genuinamente moral acerca de la verdad o falsedad de nuestras valoraciones morales. Para el relativista, aquellos valores que afirma un grupo son los valores "verdaderos" de ese grupo; de este modo, la verdad de los valores morales se confunde con la vigencia de los mismos. No tendría demasiado sentido hablar entonces de una auténtica discusión, de una discusión seria acerca de valores morales desde esta perspectiva. En realidad, la discrepancia valorativa no tendría ninguna solución porque no hay criterios objetivos que posibiliten afirmar la superioridad de una jerarquía valorativa sobre otra.

c.- El modelo escéptico.

Para el escéptico moral carece de sentido hablar de "valores morales"; en realidad, para él, los valores morales son una máscara, una postulación hipócrita, una invención humana que cubre social e individualmente otros intereses, estrategias de negociación, relaciones de poder.

d.- El modelo crítico.

Hay quienes, a diferencia de las posiciones anteriores, afirman que es posible asumir conflictos acerca de valores morales desde una perspectiva crítica. Adoptar un punto de vista crítico supone no anclar la validez de nuestras jerarquías valorativas en algún mandato de autoridad; sí supone, en cambio, que es posible defender con buenas razones los valores que sostenemos. Desde una perspectiva crítica de los valores morales, se cree necesario desenmascarar lo ilusorio o engañoso y, por lo tanto, lo no moral, pero no se afirma que todo lo moral -como afirma el escéptico- sea ilusorio o falaz. Precisamente, aquellos que sostienen este punto de vista crítico frente a los valores, afirman que la discrepancia valorativa es una característica fundamental de la moralidad. La posición crítica frente a los valores permitiría, según sus defensores, favorecer la conciencia de la problematización de las estructuras sociales generales, promoviendo nuestra capacidad para discriminar las distintas posiciones en conflicto y sus efectos sobre la conducta de la gente a la hora de la toma de decisiones frente a la situación problemática.

Ante la pérdida de confianza en la moralidad porque no se ven los fundamentos de las normas morales, pareciera que la única posibilidad es la de promover cierta "confianza crítica". Una reflexión es crítica cuando no se efectúa como un libre juego subjetivo y solitario del pensamiento (atendiendo sólo a su propia coherencia), sino como un diálogo. La reflexión crítica -y, por tanto, plural- hace prevalecer la fidelidad al problema, frente a la fidelidad al sistema.

Una discusión es crítica cuando no se efectúa como un combate de ideas entre los interlocutores, sino como una reflexión dialógica, como una tarea de cooperación para el logro común de mayor esclarecimiento.

En los innumerables conflictos valorativos es imprescindible diagnosticar las discrepancias originadas por intereses arbitrarios y aquéllas originadas por la intervención de la racionalidad ética.

Los conflictos valorativos se acentúan en la medida en que desaparece un horizonte común de valores compartidos. Hoy asistimos a algo así como una defensa "tribal" de valores, por un lado, y a una acentuación de la dicotomía público-privado, por el otro, que favorece el ejercicio de dos morales: la que sostenemos frente a otros, y la que sostenemos en el ámbito íntimo. Esta fragmentación, a su vez, es acentuada por contradicciones cristalizadas estructuralmente -y también individualmente- que pocos están dispuestos a reconocer y solucionar.

El problema crucial respecto de los valores morales, desde un punto de vista social, es la impresión generalizada del "ciudadano de ser un simple receptor: todo le viene dado, no tiene más que disponerse a ver, escuchar y hacer lo que le pidan. En el mundo actual, ni siquiera son previsibles los problemas que han de convertirse en auténticos problemas". (Cf. CAMPS, V. Las paradojas del individualismo. Crítica. Barcelona. 1993).

CONCEPTO DE JURAMENTO.

Juramento, (Del latín iuramentum; "juramento") es tanto una promesa como una declaración de hechos invocando algo, o a alguien, que es efectuada de manera habitualmente pública y solemne. Por tradición antigua, en el acto del juramento se pone a Dios como testigo de la verdad, honradez y pureza de la acción, del testimonio, del informe, o de la obligación futura. Posteriormente, se permitió jurar por la Patria, el Honor o por el compromiso de decir la Verdad. El juramento constituye un requisito previo insoslayable para el ejercicio de profesiones universitarias o funciones públicas.

"Sin juramento la profesión es un oficio técnico". (Florencio Escardó; "El alma del médico").

La promesa ritual adquiere importancia significativa en materia procesal porque a los peritos, a los testigos, a los traductores o a los intérpretes, se les requiere el juramento de veracidad. En caso de quebrantamiento de la fe jurada porque se falta a la verdad, se la omite o se la deforma, se incurre en el delito de perjurio o falso testimonio, contemplado en el Código Penal Argentino.

ÉTICAS TELEOLÓGICAS Y ÉTICAS DEONTOLÓGICAS

Entendemos que las éticas teleológicas y las éticas deontológicas, en el sentido de Frankena, son aquellas éticas que, o bien tratan de determinar, en primer lugar, qué es lo bueno para los hombres -trátase del bien metafísico o psicológico- y suponen que la maximización de este bien es lo moralmente correcto (éticas teleológicas); o bien, precisan ante todo el marco de lo moralmente correcto, dentro del cual habrá que interesarse por lo bueno (éticas deontológicas). Estas últimas no pretenderían proporcionar criterios para preferir entre valores conducentes a la felicidad, sino sólo establecer un marco universal de lo correcto, dentro del cual conviven las distintas concepciones de la vida feliz que no atentan contra lo correcto (contra el deber).

POSICIÓN DEONTOLÓGICA

- El "por qué" de la acción está en el deber ser que se impone como ley moral a la voluntad.
- Se afirman obligaciones apoyadas en mandatos o valores que, como la honradez, la veracidad, la verdad, la fidelidad y el agradecimiento son tan fundamentales que, desde el punto de vista moral son buenos independientemente de sus consecuencias y tienen que ser aceptados por cualquier sujeto racional.
- Juzga el comportamiento ético de acuerdo con reglas.
- Distingue entre imperativos hipotéticos y categóricos.
- El imperativo hipotético establece condiciones de posibilidad contingentes, por ej. "Debes hacer X si quieres...". Esta forma de imperativo puede ser de habilidad, por ej. "Debes hacer X si quieres obtener este resultado"; o de prudencia, por ej. "Debes hacer X si quieres ser feliz".
- El concepto de imperativo categórico contiene un elemento coercitivo en tanto que la ley moral se convierte en un mandato absoluto para nosotros en contra de nuestras inclinaciones. El I. C. no se refiere a QUÉ hay que elegir sino sólo a lo que debe motivar al individuo en su elección.

DEONTOLOGÍA

Del griego déon, "el deber" y lógos, "doctrina", se ocupa de regular el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de la profesión, especialmente en las acciones que tienen repercusión social. Es la ciencia que se ocupa de los deberes, "de lo que hay que hacer".

"Es una disciplina que se ocupa de determinar y regular el conjunto de responsabilidades éticas y morales que surgen en relación con el ejercicio de la profesión". (Diccionario de Ciencias de la Educación Santillana).

Adherimos al concepto que define la Ética Profesional como "el conjunto de reglas que ordenan la conducta en el ejercicio o desempeño en vista de tres finalidades fundamentales: 1) la mejor eficiencia de la aptitud profesional,

2) el éxito legítimo del profesional y

3) el decoro del cuerpo o gremio".

(Raúl Baethgen; “Ética para profesionales”, citado por Armando S. Andruet (h) en “Ejercicio de la abogacía y deontología del Derecho”).

ÉTICA PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA.

Profesión (Del latín *professio*; “confesión pública, promesa, consagración”) es el oficio, actividad o empleo que una persona ejerce públicamente y por la que recibe una retribución.

Desde antaño para vivir armoniosamente en sociedad se ha convenido en diversificar las actividades, haciendo necesario el trabajo como ocupación útil y cuya finalidad moral es el desarrollo de las facultades intelectuales, corporales y espirituales del hombre. De esa manera aparecen diferenciadas las profesiones como ocupaciones más estimadas, distintas de los trabajos que implicaban tareas más sacrificadas. En la antigüedad las profesiones como la del médico, poseían un tono de nobleza que le permitían gozar de consideraciones especiales.

En esta realidad peculiar heredada y vigente aún, la ética profesional debe influir para que el odontólogo adopte un modo de vida y de trabajo que respete y proteja los valores morales. Seguramente, ese modo de cohabitar en sociedad le ha de proporcionar satisfacción espiritual y el pleno sosiego de su conciencia.

Entendemos que los requisitos esenciales a cumplir como deberes profesionales se pueden agrupar en dos campos:

- Los requisitos técnicos- científicos, necesarios para ejercer con honestidad intelectual.
- Los requisitos morales, imprescindibles para el recto ejercicio de la profesión.

J. Vega, A. Castilla, M. Martínez León, de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid, consideraron en 1994 que la Deontología Médica tiene tres tipos de normas:

- Las normas morales, objeto de la ética médica tradicional, que han preparado el terreno a la Bioética. Se procura una estrecha conexión de las normas morales y sus aplicaciones prácticas con los estudios y conclusiones que desarrolla la Bioética.

- Las normas deontológicas propiamente dichas, recogidas en los códigos y en toda la tradición oral y escrita de la profesión médica. Implica un constante estudio de comparación con los códigos nacionales e internacionales con el propósito de su perfeccionamiento.

- Las normas jurídicas propias de cada país. Se examinan las normas jurídicas vigentes y se analizan las relaciones lógicas con las normas deontológicas a fin de lograr la congruencia necesaria para el ejercicio correcto de la profesión.

La Deontología Odontológica es esencialmente una aplicación de los postulados de la Ética a la profesión odontoestomatológica, que se ocupa de manera especial de la exigibilidad del cumplimiento de los deberes morales inherentes al ejercicio y a los fines del trabajo profesional. “Tanto en la relación con el enfermo, como de los odontólogos entre sí o de éstos con terceros, hay aspectos muy significativos que no pueden ser regulados mediante disposiciones legales, porque, en el fondo, poseen el carácter de deberes y derechos puramente morales. No es posible, por ejemplo, imponer por ley la intensidad con que un odontólogo ha de ser abnegado en el servicio de sus pacientes, ni señalar cuánto tiempo ha de dedicar al estudio y la formación continuada o cuan crítico ha de ser de su propia conducta. Son esos deberes morales los que constituyen el campo más propio de la ética y deontología odontológica. Los preceptos tienen un talante preferentemente positivo: su objeto principal no es prohibir o condenar ciertas acciones, sino inspirar y animar al odontólogo a practicar la Odontología con dignidad y competencia. La Deontología ha de ejercer la función de inspirar la conducta entera del odontólogo”. (Jordi Ferré Jorge; “Deontología Odontológica”).

PRINCIPALES PROBLEMAS DEONTOLÓGICOS EN EL EJERCICIO DE LA PROFESIÓN

- Secreto Profesional
- Objeción de Conciencia
- Deberes con los colegas
- Publicidad de las actividades profesionales
- Ética de honorarios

BIOÉTICA

La bioética es un movimiento muy reciente. A lo largo de sus pocos años de vida, ha ido enfrentando diferentes cuestiones, hasta el punto de que puede hablarse de tres generaciones de problemas, la de los años setenta, la de los ochenta y la de los noventa. El reto de los años setenta fue la reivindicación de los derechos civiles de los enfermos, tanto somáticos como mentales. En los ochenta el reto pasó de los derechos individuales a los sociales, y el debate giró en torno a los temas de justicia sanitaria. En un cierto momento pudo parecer que no podía irse más allá. Pero la década de los noventa nos ha convencido a todos que aún era necesario ampliar el horizonte y plantearse de frente otros nuevos derechos relativos a la vida y a su gestión, que ya no son individuales ni sociales, sino globales. Se trata de los derechos de la vida en general y, en consecuencia, de los ecosistemas, de la vida humana actual en su totalidad, y de las futuras generaciones.

Etimológicamente, el término Bioética sirve para designar las costumbres que tienen que ver con la vida o el cuidado de la vida. Puede entenderse el término de un segundo modo, dando a sus raíces un sentido más científico. Así, la raíz "bíos" vendría a designar las ciencias de la vida, y la raíz "éthos" la ciencia de las costumbres, la ética. De este modo, la bioética sería la parte de la ética que analiza los problemas planteados por las ciencias de la vida, hoy tan acuciantes. Como puede suponerse, no hay una sola definición del término bioética.

Se ha definido la Bioética como "el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, en cuanto que esta conducta es examinada a la luz de los valores y principios morales". (Enciclopedia of Bioethics. Citado por Armando S. Andruet en "Bioética, Derecho y Sociedad").

El Diccionario de la Lengua Española la define como "aplicación de la ética a las ciencias de la vida".

Para otros autores, la "Bioética (Del griego bios, "vida"; ethikòs, "costumbres") configura un capítulo de la Ética, rama de la Filosofía, que comprende en general la ciencia de la conducta humana. En el caso de la Bioética, la vinculada a los estudios y procedimientos científicos y técnicos de experimentación biológica en la medida en que no se encuentren aun totalmente incorporados a una legislación vigente, porque, de ser así, se integrarían al contexto de la Deontología Jurídica". (Alejandro A. Basile; "Fundamentos de Medicina Legal, Deontología y Bioética").

Existe un gran número de intentos por definir esta disciplina que ha tomado un impulso expansivo gigantesco, distribuyendo su influencia en todo el mundo. Otras autoras han explicado que la Bioética "consiste en una reflexión filosófica sobre los problemas éticos que se plantean en el contexto de la medicina y las ciencias biológicas". "Las cuestiones que se ocupa son diversas, desde las planteadas por la crisis ecológica hasta la investigación con animales, pasando por decisiones sobre la muerte, control de la fertilidad y la relación médico-paciente". (Florencia Luna; Arleen Salles; "Decisiones de vida o muerte- Introducción general").

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

El término 'bioética' es relativamente reciente. Fue acuñado en 1970 por el profesor de oncología y bioquímico Van Rensselaer Potter para llamar la atención sobre el hecho de que la ciencia había realizado avances muy rápidos sin prestar la atención necesaria a los valores. Durante un tiempo, el término hizo referencia al intento de vincular hechos científicos y valores en el ámbito medioambiental, pero hoy en día ha adquirido un significado más amplio e incluye la ética médica o, más en general, la ética asistencial. Pese a que a lo largo de la historia encontramos ejemplos de reflexión ética en la medicina, no ha sido sino hasta las últimas décadas cuando la bioética ha evolucionado como subdisciplina de la ética. En parte, esta evolución ha venido motivada por los maltratos a seres humanos en el marco de investigaciones médicas, especialmente durante la Segunda Guerra Mundial, y por la aparición de tecnologías médicas que han puesto en tela de juicio valores compartidos por gran parte de la opinión pública.

Potter, toma la palabra “bioética” de unas publicaciones de 1927 donde el pastor protestante y filósofo alemán Fritz Jahr desarrolló una suerte de novedosas reflexiones ambientales acerca de las relaciones entre los animales y plantas y su influencia sobre el ser humano.

Utilizando el vocablo bioética, Potter propuso la creación de una disciplina con el objeto de abordar el problema de la supervivencia del hombre ante los amenazantes problemas ecológicos del planeta, la que serviría de puente entre la Ética y las Ciencias Biológicas. En su concepto, la Bioética debía ser una ciencia racional y moral aplicada a las cuestiones de los seres vivos. De allí el origen de sus dos publicaciones, consideradas fundacionales por muchos pensadores:

“Bioética: ciencia de la supervivencia”, en 1970; “Bioética: puente hacia el futuro”, en 1971.

Su planteo define la creación de la Bioética Global, una sólida integración de la biología, la ecología, la medicina y la ética de los valores humanos. Ella permite la existencia de los ya referidos puentes, los que comunican la ética con las demás ciencias para defender al hombre de las amenazas que pueden producir el progreso técnico y científico. Como ejemplo: el uso de energía nuclear, la aparatología médica que permite el encarnizamiento terapéutico, los contaminantes ambientales, las radiaciones ionizantes, el aumento de la expectativa de vida humana que se traduce en superpoblación, la contaminación sonora.

Situaciones todas que precisan de un debate ético acerca del uso que determine un resultado bueno para el ser humano; es decir, respetar el principio de Beneficencia.

Posteriormente, diversas consideraciones realizadas por pensadores, médicos, filósofos, juristas, sociólogos y casi toda la gama de intelectuales del universo, fueron encontrando aplicaciones acotadas a sus respectivas ocupaciones o pareceres.

La consolidación de la bioética como disciplina propia ocurre en el decenio (1960-70) de los movimientos emancipatorios militando por la igualdad y la abolición de discriminaciones contra mujeres, etnias, minorías religiosas, anclando en debates sobre multiculturalismo, tolerancia, relativismo cultural, en su gran mayoría basados en nociones de moralidad común, equilibrio reflexivo y paradigmas compartidos de razonamiento moral. Se instala y persiste una bioética de corte individual, racional, deliberante, respetuosa de derechos más que de deberes, basada en ambiciones de universalidad y de una “moral común”: los principios *prima facie* del principialismo son, para muchos, universalmente válidos y de carácter reconocidamente “imperialista” (Garrafa & Lorenzo 2008), aunque sujetos a especificaciones y jerarquizaciones multiculturales (Dawson & Garrard 2006)

En 1972 se denunció al periodismo de USA, la existencia de un Estudio de observación en varones negros sifilíticos sin tratamiento que se llevaba a cabo por los Servicios de Salud Pública en la Universidad de Tuskegee, estado de Alabama. Este es el más largo experimento no terapéutico realizado en seres humanos en la Historia de la Medicina: se extendió desde 1932 a 1972.

El conocimiento público del Proyecto Tuskegee, financiado por fondos gubernamentales, motivó al Congreso de los Estados Unidos a pedir su inmediata suspensión. En 1974, se solicitó al Poder Ejecutivo que se creara una comisión que estableciera las regulaciones de las investigaciones en seres humanos. Entonces, auspiciada por el Congreso Norteamericano y nombrada por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de Estados Unidos, se constituye una Comisión de Estudio que elabora un documento referido a los “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación biomédica y conductual”. Es una propuesta sumamente importante, se la considera una pieza fundamental de la nueva concepción de la bioética, por su enfoque y por su sentido ético: Enfatiza el concepto de que sus conclusiones se adopten como Política Sanitaria de Estado, más allá del carácter de reglas técnicas y administrativas.

El Informe fue elaborado en el Estado de California de U.S.A., y dado a conocer en abril de 1979 en el Centro de Conferencias Belmont; de allí recibe el nombre habitual por el que se lo conoce. Propone tres principios rectores en relación a la práctica de ensayos científicos en seres humanos:

I)- Bienestar.

II)- Respeto de las personas o Autonomía.

III)- Equidad o Justicia.

Por ello se puede decir que la Bioética se ha alejado un poco de la original concepción de Potter, acercándose a la medicina y a las investigaciones en seres humanos; “con aplicación a las ciencias de la vida”, tal como está definida en el diccionario español y en la enciclopedia británica.

En la práctica cotidiana la Bioética debe intervenir en la búsqueda de soluciones concretas a casos concretos, siempre que se originen conflictos entre los diversos valores, entendidos éstos exclusivamente desde la concepción ética.

En general, puede decirse que los objetos de la bioética la hacen esencialmente interdisciplinaria y con posibilidades de ir agregando otras disciplinas en el futuro como producto del avance de las actividades humanas. Vinculándose con ella, se reúnen un cúmulo de profesiones que, a veces, plantean problemas con límites éticos difusos que requieren ser analizados a la luz de los principios propuestos por la bioética.

PRINCIPIOS CLÁSICOS

Tres principios normativos (o cuatro si se desdobra el primero de ellos) constituyen el eje del modelo ya clásico de la bioética, llamado justamente modelo de los principios: beneficencia (y no- maleficencia), autonomía y justicia.

Aparte la cuestión de cómo se derivan, de su prioridad y de su aplicación, se advierte el fuerte carácter utilitarista del primero y deontológico del segundo, en tanto que el tercero representa un equilibrio en la ponderación de ambas teorías éticas.

Es posible que haya dificultades en la aplicación de los principios clásicos de la bioética cuando entran en conflicto entre sí. Esto es una amenaza para la correcta atención del enfermo. Los casos complejos que tornan difícil conseguir el beneficio del paciente por obstáculos en el tratamiento indicado por ejemplo, dificultades monetarias que tornan arduo el acceso a tecnología de buena calidad. Seguramente el análisis mesurado de los principios de la bioética en conjunto bien puede aportar para lograr la solución concreta del problema.

El Principio de Autonomía.

Es la capacidad de un individuo de disponer su propio gobierno y de su capacidad de pensar, sentir y emitir juicios que crea convenientes.

En ocasión de atender las necesidades referidas al paciente, dentro de las muy diversas consideraciones, la Bioética establece que se cumpla obligatoriamente con el Deber de Información a la Persona Enferma, y se le ofrezca:

- Una explicación clara, precisa y con un nivel de lenguaje que permita comunicar detalladamente, sin ningún inconveniente para la comprensión cabal por parte del paciente.
- La seguridad de que se ha de evitar toda interferencia a causa de circunstanciales emociones o la existencia de intolerables presiones que puedan alterar el entendimiento o torcer la voluntad del paciente.
- La certeza absoluta de una comunicación profesional completa, con veracidad, total reserva y con el máximo respeto por la intimidad del paciente.
- Dentro de un marco de respeto intelectual, es debido informar siempre al paciente las diversas alternativas de tratamiento para que libremente pueda decidir la opción que prefiera; incluida la alternativa de rechazar toda terapia y preferir seguir enfermo. Un ejemplo claro de esta situación es la negativa a tratamiento fundada en motivos religiosos.

El Principio de Beneficencia.

Todo tratamiento debe ambicionar la curación completa del paciente y este sentido de beneficio se debe aplicar indefectiblemente en todos los aspectos de la atención profesional. El criterio del Bien implica que la atención sea buena en sí misma y buena para el paciente.

El Principio de Beneficencia contempla algunas consideraciones básicas como:

- La obligación de curar o aliviar la enfermedad con la mayor dedicación y conocimiento.
- Que se respeten siempre los intereses y las emociones del paciente.
- Que el objetivo con prioridad absoluta sea el bien para el paciente.
- Que en todos los casos se respetará la dignidad del paciente.

El Principio de No-Maleficencia.

Reconoce el derecho a la indemnidad, lo que significa ausencia de todo daño o perjuicio al paciente. Éste es un precepto cuya norma es difícil de satisfacer en la práctica cotidiana.

Cabe la posibilidad de que las decisiones del médico y sus recomendaciones puedan ser juzgadas por el paciente con desiguales criterios y no acordar con el profesional acerca del significado verdadero de beneficio y perjuicio. Esta discrepancia que puede limitar acuerdos con el enfermo no es meramente teórica, ni es una circunstancia improbable, ni mucho menos resulta infrecuente que los familiares se involucren en la situación con diversos resultados.

Es sabido que en las ciencias de la salud, el diagnóstico es una conclusión basada en el análisis de conjeturas donde generalmente se aplica el método inductivo-deductivo tomando de referencia las premisas clínicas generales vigentes, las que tienen la particularidad de ser cambiantes por imperio del continuado avance científico. Entonces, surge evidente que el parecer del médico es comprobadamente falible dado que su juicio se forma por indicios clínicos, su propia observación y su inefable subjetividad profesional.

Por otra parte, los tratamientos son siempre propuestas cuyos resultados no son fáciles de prever aún cuando se guíen estrictamente por sólidos protocolos, porque esas terapéuticas se basan en experiencias anteriores obviamente ajenas al caso específico del enfermo que el profesional está tratando en esta circunstancia.

Por tanto, hay un componente aleatorio, que se agrega a las naturales razones humanas que influyen en todo caso clínico, que contribuye al estado de error latente de todo acto profesional. Si bien es legítimo que el paciente exija al profesional que exponga todo su saber y voluntad en beneficio de su salud, no es menos cierto que el enfermo debe comprender cabalmente que las actividades del profesional frecuentemente están limitadas por circunstancias que le son ajenas. La carencia global en los hospitales; las trabas burocráticas de servicios privados, mutuales, obras sociales gremiales o entidades públicas de salud; intereses económicos de la política gubernamental que le impide recursos al enfermo para obtener tratamientos superadores; intereses presupuestarios de empresas oferentes de servicios de atención médica. Cualquiera de estos factores pueden privar de la necesaria libertad de acción al profesional hasta hacerlo sentir infecundo. La mayoría de las entidades responsables, públicas y privadas, justifican sus omisiones utilizando argumentos legales difíciles de atacar, pero inciertamente éticos.

Va de suyo que el principio de no maleficencia está unido complementariamente, “mancomun et insolidum”, con el precepto inalienable del arte médico de hacer el Bien.

Las características salientes de este principio son:

- El tratamiento debe resguardar completamente la integridad somática y psíquica del paciente
- De surgir secuelas inevitables, cumplir dogmáticamente los postulados de la prevención secundaria, limitando al máximo los efectos dañosos de la enfermedad o del tratamiento
- Nunca se permitirá consentir con terapias reprochables, dudosas o sin la debida confirmación científica, aun cuando sean tratamientos en circunstancias extremas.
- Invariablemente se debe mantener el respeto por la dignidad humana, honrando siempre los atributos singulares de la persona.

El Principio de Justicia.

La Justicia es la virtud cardinal que propicia brindar a cada quien lo que le corresponde. Un modo de ejercerla es obrando siempre bajo derecho, razón y equidad y no permitiendo postergaciones o diferencias.

Es consenso unánime que no se debe permitir que la edad, la condición física, la capacidad residual de trabajo, la falta de aptitud de aporte al sistema de salud, sean motivos de restricciones o de desigualdades en la atención social o profesional. Sin embargo, se puede comprobar que en nuestra sociedad actual, también en la realidad sanitaria, este precepto ético todavía sigue siendo solamente una ambición loable.

Las consideraciones del principio bioético de Justicia en el arte médico deben propiciar que:

- La inversión de los recursos fiscales en el sistema sanitario aseguren iguales posibilidades de atención y tratamiento a todos los habitantes. Deben eliminarse la desigualdad de

información/educación sanitaria en las distintas franjas de la población; asimismo, eliminar la diferencia de medios y de calidad entre los efectores de salud privados y los públicos.

- El principio formal de Justicia, que conlleva equidad, imparcialidad, equilibrio, legalidad, sea correspondido concretamente por el principio material de Justicia, como por caso poder asegurar la salud pública, exigir el mérito profesional y facilitar su perfeccionamiento, alcanzar el grado óptimo en educación, auditoría universal de calidad en la labor profesional.
- La razón de Equidad, no la relación costo/beneficio, debe ser tomada como fundamento para brindar las prestaciones necesarias a la población.
- El trato a los discapacitados, ancianos, y toda clase de paciente carente no será antojadizo, arbitrario o separatista. Desde la conciencia moral de los integrantes del denominado equipo de salud debe surgir la conducta correcta, sin necesidad de recurrir a leyes especiales de protección que el derecho morosamente otorga.
- El notable avance tecnológico, especialmente en la ciencia médica, pueda beneficiar a todos los sectores de la población, sin exclusiones de ninguna naturaleza.

DECLARACIÓN UNIVERSAL SOBRE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS.

El 19 de octubre de 2005, la Conferencia General de la UNESCO en su 33ª reunión aprobó la Declaración Universal que consiste en una serie de principios sobre la bioética acordados por 191 Estados Miembros de la UNESCO tras un intenso proceso de elaboración y consultas en el que participaron expertos gubernamentales e independientes procedentes de todo el mundo. Este conjunto de principios constituye una plataforma global común a través de la cual se puede introducir y fomentar la bioética en cada Estado Miembro. Por su parte, la UNESCO debe encargarse de fomentar, difundir y profundizar en estos principios por motivos prácticos.

Con sólo recorrer su texto podemos advertir que lejos de la doctrina de principialismo, existe un entramado profundo con la política que lo convierte en un poderoso instrumento de cambio. Basta para ello repasar algunas de sus notas destacadas: la conexión del hombre con su hábitat y con los seres que lo pueblan; la preocupación por los condicionantes sociales de la salud, por la interculturalidad, por la justa participación en los frutos de la investigación científica. Lejos de ser una proclama más, se constituyó en una guía para la búsqueda de soluciones efectivas a los problemas que afligen a los seres humanos en el campo de la vida y de la salud. Un aspecto central del documento es la forma en que se vincula bioética y derechos humanos.

La Declaración trata de las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta sus dimensiones sociales, jurídicas y ambientales.

Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales (PRINCIPIOS).

En uno de los capítulos mejor logrados, se refiere a la responsabilidad social en salud, comenzando por señalar que la promoción de la salud y el desarrollo social... es un cometido esencial de los gobiernos, compartidos por toda la sociedad.

La Declaración (DUBDH) constituye una guía de acción para enfrentar los años por venir. El aprovechamiento compartido de los beneficios resultantes de la investigación científica, la protección del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad, la evaluación y gestión de riesgos vinculados con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas, la cooperación internacional, el respeto de la diversidad cultural y el pluralismo, la vulnerabilidad humana, constituyen temas que necesitan de mayores elaboraciones teóricas, así como de acciones tendientes a llevarlas a cabo.

LA BIOÉTICA EN LA ACTUALIDAD

Actualmente la bioética, como el estudio de las cuestiones que afectan a la vida, ya no se reduce a cuestiones relacionadas con la salud privada y en el marco institucional, sino que aparece como un dispositivo capaz de analizar, estudiar y hacer aportes críticos a las situaciones que nos afectan como humanidad y como parte de los grandes ecosistemas de la tierra. La situación de nuestra época es muy grave: nunca tuvimos tanto dominio sobre la vida, y al mismo tiempo nunca como ahora estuvimos en una situación en la que nuestras propias intervenciones hicieran

estos procesos de extinción masiva de especies y ecosistemas, con efectos directos sobre los seres humanos.

LA BIOÉTICA EN AMÉRICA LATINA

Según el principal fundador de la bioética en América Latina, Alberto Mainetti (Mainetti 2011), la bioética ha evolucionado en treinta años en este continente de la siguiente manera:

1. recepción del concepto desde el norte en los años de la década de los 70
2. asimilación (hasta los noventa) y
3. re-creación (a partir del congreso de la Asociación Internacional de Bioética en Brasilia en el año 2000).

El desarrollo de la bioética ha sido influenciado por una situación socio económica muy similar en nuestros países, creando oportunidades pero también con dificultades administrativas y financieras. Latinoamérica despierta, en la actualidad, a la necesidad de contraponerse a la bioética de cauce central –mainstream bioethics– (convencional, clásica o de los países anglosajones), para construir una bioética acorde con sus culturas autóctonas, respetando la diversidad cultural que existe entre las regiones del Sur.

Hay, no obstante, algunos brotes autóctonos que es conveniente poner en la palestra de un debate regional:

- 1) La bioética de intervención, inspirada en buena medida por la filosofía y la pedagogía de la liberación, se ha propuesto un activismo político que brega contra la pobreza y las inequidades, y se sitúa en oposición a la hegemonía del Norte y la explotación de los “países periféricos”;
- 2) La bioética de protección asume la defensa de los desvalidos y vulnerados, presentando un camino de empoderamiento para los subyugados que requieren apoyo para empezar a ejercer su autonomía y desarrollar un discurso ético propio, sin esperar la supuesta justicia global que los teóricos imaginan vendrá en el futuro;
- 3) La bioética que se propone un despliegue sinérgico con los derechos humanos, apoyada en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) y destacando que Latinoamérica ha sido, y continúa siendo, víctima de violación de derechos primarios e incumplimiento de derechos políticos, económicos y culturales;
- 4) Casi todas las naciones de la región han sufrido violencias políticas y la presencia de discriminaciones étnicas y de género, dando voz a un pensamiento bioético que denuncia violencias bélicas, sociales, y familiares que se extienden hacia la violencia estructural del neocolonialismo ejercido por la globalización contemporánea.

En síntesis, la experiencia latinoamericana propone un modelo ampliado de bioética, más simple y complejo a la vez. Un modelo que asume las tradiciones y escuelas canónicas, pero volviendo a pensarlas desde un contexto diverso, con tradiciones culturales ricas y diversas, y con demandas particulares. Al mismo tiempo, este modelo incluye como problemas bioéticos a los elementos y condiciones más básicos para la subsistencia. Finalmente este modelo de bioética asume las demandas que vastas mayorías formulan a partir de su condición de seres negados y relegados, en situaciones de vulnerabilidad, como una perspectiva ineludible.

Por ello es importante que la metodología de la bioética se incorpore en el proceso educativo del estudiante universitario y se incluyan aspectos de voluntariado de servicio que ayuden a formar un carácter solidario y humanitario. Estos aspectos potencian el aprendizaje académico y la formación en valores, aspectos esenciales para el profesional de excelencia que reclama la sociedad actual. De este modo, la universidad se inserta en la problemática social de las comunidades y se convierte en agente de cambio social.

COMITÉS DE BIOÉTICA

La ley 9011/02 de la Provincia de Córdoba define al Comité Hospitalario de Bioética como “el grupo multidisciplinario encargado del análisis y estudio preventivo de los conflictos y problemas éticos, que surgen de la atención de la salud, en una determinada institución sanitaria, como así también del cumplimiento de tareas de docencia y asesoramiento en materia de Bioética”.

Funcionarán como cuerpos colegiados, dotados de autonomía funcional, con carácter ad-honorem, integrados por profesionales de la salud y disciplinas vinculadas a la Bioética. Sus recomendaciones no tendrán fuerza vinculante y no eximirán de responsabilidad profesional, ética o legal, a los integrantes del equipo de salud humana y a las autoridades responsables de la entidad en la que funcionen.

Los CHB son una forma de Bioética Institucional que cumplen con la tarea de establecer instancias de diálogo y reflexión sobre la problemática ética de la vida y la salud humana dentro de una institución sanitaria. Una forma de definirlos es que son “las instancias o estructuras de diálogo y decisión bioética que asumen la responsabilidad de intentar clarificar y resolver racional y razonablemente, los conflictos de valores que se presenten en la investigación o en la práctica clínica”.

Todo comité de bioética se encarga de abordar sistemáticamente y de forma constante la dimensión ética de:

- a) las ciencias de la salud
- b) las ciencias biológicas
- c) las políticas de salud innovadoras.

Típicamente dicho comité está integrado por diversos expertos, tiene carácter multidisciplinario y sus miembros adoptan distintos planteamientos con ánimo de resolver cuestiones y problemas de orden bioético, en particular dilemas morales relacionados con la bioética.

Por otra parte, además de tornarse más sensibles a los dilemas éticos, los miembros de estos comités adquieren con el tiempo los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para abordar los problemas con mayor eficacia, hasta el punto de que frecuentemente hallan la manera de resolver dilemas cuyo arreglo parecía en un principio imposible.

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.

NIVELES DE OPERACIÓN DE LOS COMITÉS DE BIOÉTICA

NACIONAL

REGIONAL

LOCAL

TIPOS DE COMITÉ DE BIOÉTICA

Comités de bioética de carácter normativo o consultivo (CNC)

Comités de asociaciones médicas profesionales (AMP)

Comités de ética médica u hospitalaria (CEH)

Comités de ética en investigación (CEI)

OBJETIVOS DE LOS DISTINTOS TIPOS DE COMITÉS DE BIOÉTICA

1. CNC: Establecer políticas sólidas en el ámbito científico y médico para los ciudadanos de los Estados Miembros
2. AMP: Establecer prácticas profesionales idóneas de atención al paciente (asociaciones de médicos o de enfermeras/enfermeros)
3. CEH: Mejorar la atención dispensada al paciente (en los hospitales, clínicas de consulta externa o ambulatoria, centros de cuidados crónicos o a largo plazo y hospicios)
4. CEI: Proteger a los seres humanos que participan en investigaciones encaminadas a obtener conocimientos biológicos, biomédicos, conductuales y epidemiológicos susceptibles de ser generalizados (en forma de productos farmacéuticos, vacunas o dispositivos).

FUNCIONES DE LOS COMITÉS HOSPITALARIOS DE BIOÉTICA

Función	1ºEtapa	2ºEtapa	3ºEtapa	Perspectiva
Educativa	Autoformación	Educación del hospital	Educación de la comunidad	Conceptual o teórica: ética comunicativa
Consultiva	Casos retrospectivos	Casos internos abiertos	Casos externos abiertos	Metodología: ética clínica Procedimientos de toma de decisión
Normativa	Difunde normas dadas	Crea normas específicas	Crea normas genéricas	Administrativa: prescriptivo

RESUMIENDO, Los CHB no han llegado para prohibir, poner reglas, normas o límites, ni para reglamentar o legalizar, sino más bien para respetar la pluralidad y “que las decisiones no invadan las libertades y los derechos de otros individuos y otras sociedades”.

El CHB debe velar por los derechos de los pacientes, entendidos como derechos ciudadanos en el campo de la salud, tratando de ser voceros de aquellos que no pueden hablar o no tienen la fuerza o la forma de hacerlo por sí mismos, los más vulnerables. Este debe ser entendido como uno de sus cometidos fundamentales, particularmente en contextos atravesados por la injusticia social. La resolución de conflictos en el campo de la vida y la atención de la salud comenzará siempre por el respeto de estos derechos. Los CHB, finalmente, introducen en el debate asistencial un nuevo paradigma de la ciencia que abandona la noción de neutralidad moral y otorga a la sociedad civil la tarea de decidir prudencialmente sobre los límites del avance científico técnico.

COMITÉS DE BIOÉTICA EN LATINOAMÉRICA Y ARGENTINA.

Para América Latina los procesos fueron más tardíos que en Europa o Estados Unidos y recién es en la década de los 90 cuando comienza un desarrollo más sistemático de los CHB, siendo Colombia, Chile y Argentina los países que tuvieron inicialmente la expansión más significativa. En nuestro país la promoción de los CHB ha tenido una amplia y persistente difusión, tanto en el ámbito público como privado; las primeras iniciativas datan de la década de 1980, en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires (1984), el Servicio de Neonatología del Hospital Italiano de Buenos Aires (1984) y el Centro Oncológico de Excelencia de la Fundación Mainetti (1987). A partir de estas experiencias se han creado COBs en el Hospital Penna de Bahía Blanca, Hospital de Niños de la Plata, Hospital Evita de Lanús, Hospital del Niño de San justo, Hospital F. J. Muñoz, entre otros.

Las primeras referencias normativas nacionales se encuentran en la ley 24.742; en la provincia de Buenos Aires se sancionó el primer antecedente normativo provincial que establecía la

necesidad de aprobación de las investigaciones por parte del COB, a través de la ley 11.044; en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) se dictaron dos leyes locales que regulan tanto a los comités de Bioética Clínica, como los comités de Ética en Investigación; la inmensa mayoría de las provincias tienen regulaciones propias en la materia.

Para la promoción y el crecimiento de los CHB fue clave el trabajo en redes, con una impronta destacable en la tarea realizada por la Escuela Latinoamericana de Bioética, ELABE que desde la Fundación Mainetti ya mencionada, coordinó el funcionamiento de la Red Regional de Comités de Ética de la Salud, la cual luego de distintos momentos y cambios en los últimos años, ha quedado ligada a la Asociación Civil Bio&Sur. Así también trabajaron otras redes como la Red del Sudeste de la provincia de Buenos Aires, la Red de la provincia de Córdoba, dependiente del Ministerio de Salud y la de la provincia de Neuquén, también desde el Ministerio de Salud.

En este último caso, los Comités de Bioética responden al modelo de Atención Primaria de la Salud que rige a la provincia, siendo originales en su modalidad de funcionamiento ya que no son hospitalarios, sino zonales y cuentan con una marcada participación de la comunidad.

LA BIOÉTICA Y LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS

El progreso en las diversas disciplinas de las Ciencias de la Salud ha tenido a la investigación como uno de sus pilares formidables. El enorme aumento de los conocimientos en el último siglo, así lo atestigua. Para que los resultados de estas búsquedas científicas tengan un correlato práctico en la labor clínica, necesitan ser probados en seres humanos. De allí, el empleo del Ensayo Clínico.

Mediante su práctica, se procura mejorar la comprensión de la etiología y la patogenia de las enfermedades en estudio. Paralelamente, se trata de aquilatar los métodos de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Concepto de Ensayo Clínico.

En un sentido lato, un ensayo clínico es toda investigación, con fines experimentales, que se lleva a cabo sobre seres humanos. El objetivo universal de estas investigaciones, es la necesidad de encontrar tratamientos médicos que certifiquen plenamente la seguridad y eficacia de todos y cada uno de los elementos clínicos a utilizar en los pacientes.

En estos ensayos se debe aplicar un método cuidadoso, verificado y reproducible. Ciertamente, la disciplina de trabajo debe ser capaz de evaluar con imparcialidad la conveniencia de los procedimientos preventivos, diagnósticos o terapéuticos a utilizar en las personas. El propósito primordial y el ánimo del investigador deben orientarse a buscar la verdad utilizando el rigor científico.

La naturaleza experimental del ensayo clínico obliga a considerar cabalmente a la magnitud científica, la ética y la normativa. Es imprescindible asegurar la protección de la integridad espiritual, intelectual y somática de las personas a tratar, respetando absolutamente todos sus derechos, y asimismo, garantizar la fiabilidad de los datos obtenidos.

La Agencia Nacional de Materiales, Alimentos y Tecnología Médica de la República Argentina, (ANMAT), mediante la *Disposición N° 6677/2010, explica al Estudio Clínico Experimental como sinónimo de Ensayo Clínico, y lo define como el “estudio en el cual el investigador selecciona a los individuos con criterios de inclusión y exclusión, interviene de manera activa sobre la variable independiente o predictora, y observa y analiza los cambios que se producen en la variable dependiente o de desenlace a consecuencia de la intervención. Los ensayos clínicos controlados conllevan el concepto de contraste de hipótesis frente a una hipótesis nula. Las intervenciones pueden ser: medicamentos de síntesis, productos de origen biológico, dispositivos médicos, técnicas quirúrgicas, etc. Son estudios considerados como “de riesgo mayor” para los participantes.

(*Disposición ANMAT N° 6677/2010: Régimen de Buena Práctica Clínica para Estudios de Farmacología Clínica.-Glosario-01/11/2010).

(*Resolución del Ministerio de Salud de la Nación N° 1480/2011: Guía para Investigaciones en Seres Humanos. -Glosario-13/9/2011).

En nuestro concepto, las cualidades esenciales del Ensayo Clínico pueden ser resumidas en lo siguiente:

- Tiene siempre el carácter experimental; no es un estudio meramente observacional.
- El investigador siempre realiza acciones concretas sobre los grupos humanos en estudio.
- Se lleva a cabo solamente en seres humanos voluntarios.
- En todo Ensayo Clínico, no deben existir sesgos en la selección de las muestras.
- Es un análisis prospectivo. A lo largo del tiempo, se observa la evolución de los investigados.
- La investigación propuesta debe referirse a un tratamiento nuevo.
- El resultado final no siempre deberá, obligadamente, determinar el aporte de un beneficio.
- El resultado de la investigación, puede no confirmar la utilidad prevista en la hipótesis de trabajo.

En la literatura médica se reconoce al Código de Nüremberg de 1947 como la primera expresión cabal de protección y vigilancia éticas en las investigaciones sobre seres humanos. De allí surgieron los principios rectores siguientes:

- Imprescindible necesidad del consentimiento informado de la persona que accede a la investigación.
- Investigación previa en animales para determinar los riesgos probables en seres vivos.
- Control médico permanente en todos los individuos sometidos a investigación.

Durante la XVIII. Asamblea General de la Asociación Médica Mundial reunida en el año 1964, se promulgó la Declaración de Helsinki I con recomendaciones éticas superadoras:

- Necesidad de la previa evaluación de la calidad científica de los protocolos de investigación biomédica por un Comité de Ética en Investigación, o similares.
- Declaración explícita de los riesgos y probables beneficios que supone la investigación propuesta.
- Insoslayable confección del consentimiento informado y la seguridad dada al sujeto voluntario de la completa confidencialidad de los datos obtenidos durante la investigación.

En 1974, el Congreso de los Estados Unidos propició la creación de la Comisión para la Protección de los Sujetos Humanos en la Investigación Biomédica y Conductual. En abril de 1979, se entregó el llamado Informe Belmont con los principales principios éticos de:

- Límite entre práctica e investigación
- Principios éticos básicos: Respeto por las personas; Beneficencia; Justicia.
- Aplicaciones: Consentimiento Informado; Valoración de riesgos y beneficios de la Investigación; criterios de selección de sujetos para los ensayos.

En Argentina, ANMAT, desde la Resolución N° 4854/96, dispuso el “Régimen de Buenas Prácticas de Investigación en Estudios de Farmacología Clínica”, conocida coloquialmente como ANMAT 96.

Es un compendio de las normas internacionales vigentes que se obligan a cumplir en nuestro país. En el capítulo XI de esa resolución, se establecen algunos puntos coincidentes con los ya mencionados:

- Los investigadores deben asegurar la participación de un Comité de Ética independiente.
- El paciente debe concretar su aceptación escrita en un formulario de Consentimiento Informado previamente aprobado por las autoridades éticas.
- Se debe asegurar la plena libertad al paciente de renunciar al proyecto cuando lo desee, sin ningún tipo de consecuencias para su persona o su patrimonio. También se le asegura la plena confidencialidad de la información que suministre o que surja de la investigación.

COMITÉS DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN

Son grupos multidisciplinarios e independientes de profesionales del ámbito de salud, así como de otros campos del conocimiento y miembros de la comunidad, que tienen por objetivo contribuir a salvaguardar la dignidad, derechos, seguridad y bienestar de todos los/as participantes actuales y potenciales de la investigación, asegurando que los beneficios e inconvenientes de la investigación sean distribuidos equitativamente entre los grupos y clases de la sociedad así como asegurando la calidad científica de la investigación que evalúa.

LOS CEI EN ARGENTINA

A comienzos de los años 90 existían muy pocos comités de ética y en su mayoría eran comités de ética clínica. Esos comités hospitalarios de bioética comenzaron a ser requeridos para la evaluación de investigaciones que eran realizadas en los grandes hospitales, particularmente en Capital Federal y Buenos Aires, Córdoba y Rosario. Pero la falta de experiencia de estos grupos (cuya experiencia refería a bioética clínica) y las urgencias planteadas por un sistema altamente competitivo en la inclusión de países, fueron generando la necesidad de establecer una distinción entre el cumplimiento de funciones de comités de ética clínica y comités de ética de la investigación, (CIEIS).

En la mayor parte del país la expansión de la investigación exponsorada se hizo a partir del llamado modelo privatizado en donde la industria contrata directamente a investigadores para llevar a cabo la investigación y no a Instituciones académicas u Hospitalarias o a entidades públicas. Este modelo sumado al requerimiento de la norma 5330 que establece solo la necesidad de aprobación por un Comité de ética "independiente", determinó una modalidad de creación de CEI muy particular en el país. De este modo han tenido un importante desarrollo CEI que tienen asiento en centros que no realizan las investigaciones de manera directa, es decir, fundaciones para la investigación, centros o cátedras que no tienen ninguna relación con la asistencia de la salud de los sujetos de investigación o con los centros donde la investigación se lleva a cabo. La mayoría se encuentra en la ciudad de Bs. As. y evalúan investigaciones que se desarrollarán en cualquier parte del país, planteando una evidente dificultad en el seguimiento de la investigación y en el resguardo de los derechos de los sujetos que participan. En otros casos, centros privados que se dedican a la investigación clínica cuentan con sus propios CEI que se ocupan de evaluar los protocolos que allí se realizan, generándose un claro conflicto de interés.

También se están creando comités de ética en pequeños institutos médicos y clínicas privadas, que con dificultad podrán dar cuenta de los perfiles requeridos por las recomendaciones internacionales. Todos estos comités han recibido en nuestro país, paradójicamente, el nombre de "independientes", por contrapartida de los institucionales, (CIEI) que tienen asiento dentro de grandes hospitales que desarrollan tarea de docencia, asistencia e investigación.

En la Provincia de Córdoba todas las investigaciones que se realicen en las que participen seres humanos deben estar evaluadas, aprobadas y supervisadas por un Comité Institucional de Ética en Investigación en Salud (CIEIS). Los mismos deberán acreditarse ante el Consejo de Evaluación Ética de la Investigación en Salud (CoEIS), conforme los requisitos y condiciones que a tal fin establezca la Autoridad de Aplicación.

DIFERENCIAS ENTRE CHB Y CEI

a) Objeto: Los CHB deliberan y emiten recomendaciones en dilemas bioéticos; los CEI deliberan y toman decisiones mandatorias en estudios biomédicos.

b) Actividad: Los CHB están mínimamente regulados, no precisan autorización estatal para funcionar; los CEI están fuertemente regulados y en algunas jurisdicciones precisan autorización para funcionar.

Para la conformación de los CEI se cuenta en la actualidad con guías orientadoras que han sido de gran utilidad para unificar criterios de constitución y modalidad de funcionamiento.

Composición:

El Comité de Ética de la Investigación debería estar constituido por:

a.- Dos médicos con experiencia en investigación biomédica no relacionados con la investigación a evaluar, uno de ellos en lo posible no debería pertenecer a la institución.

b.- Un miembro de la comunidad, (hombre o mujer) que pueda representar sus valores al revisar los proyectos de investigación.

c.- Un abogado.

d.- Un trabajador de la salud que no sea médico, (enfermero/a, técnico/a).

e.- Un eticista o experto en bioética que actúe como asesor en ética de la investigación.

En distintas reglamentaciones se ha recomendado la presencia de un farmacólogo clínico y un metodólogo en investigación, como parte de este comité la cual se refiere especialmente a ensayos clínicos con medicamentos o productos en fase de investigación clínica.

Deben tenerse en cuenta además otras recomendaciones para su constitución: 1.- por lo menos 5 miembros de distintas áreas.

2.- no todos del mismo sexo.

3.- incluir algunos no relacionados con la salud.

4.- no todos afiliados a la misma institución.

5.- evitar conflictos de intereses.

De las decisiones:

Las decisiones se pueden tomar por voto o por consenso, este último parece el modelo más adecuado. Si se rechaza un proyecto deben ser presentadas las razones por escrito, las cuales son de cumplimiento obligado.

Dependencia:

En general estos comités se forman específicamente para la evaluación de un ensayo clínico, a pedido de una institución, que puede ser un hospital o, en estructuras más centralizadas, un Ministerio o una Secretaría de Salud. También consejos de investigación nacionales o provinciales, Sociedades Científicas, u otras instituciones que desarrollan o coordinan proyectos de investigación.

El CEI debe contar con autonomía para dar sus dictámenes con respecto a la estructura de la que depende. De otro modo sus recomendaciones pueden estar orientadas por los intereses del grupo promotor del ensayo o por investigadores interesados en la aprobación del protocolo. Este aspecto debe estar previamente advertido en el documento de creación y en el reglamento del CEI.

Se ha propuesto como la forma más genuina que los CEI sean parte de un sistema de evaluación ética, en el cual existan criterios de acreditación y un modelo de registro y seguimiento con control de su actividad, el cual debería estar regulado y fiscalizado por el estado, para que los CEI no respondan a un modelo liberalizado en el que cada uno actúa según sus normas de funcionamiento.

RELACIÓN PACIENTE – PROFESIONAL

“Es la relación interpersonal de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud”. (Ricardo González Menéndez. “La relación médico-paciente y su significado”).

El encuentro de una persona en calidad de paciente que llega al consultorio odontológico y requiere su atención profesional, inicia una relación compleja, rica en matices, entre dos individuos que poseen dignidad.

Al abordar el concepto de dignidad encontramos que es un atributo difícil de definir con nitidez por su carácter polisémico, pero que reconoce ideas de autoridad, mérito, respeto, estima, consideración, honor y primordialmente virtud.

Esa digna virtud que presenta el profesional podría considerarse, según el Diccionario de la Lengua Española, como “una disposición constante del alma para las acciones de la ley moral”.

En cambio, la dignidad del individuo que sufre la enfermedad podría suponerse que es la “fuerza, vigor, valor, eficacia para conservar o restablecer la salud corporal”.

Planteada así la entrevista paciente-odontólogo, consideramos que el facultativo debe tener en cuenta que posee una investidura respetada por la sociedad en general, que es otorgada moralmente por su dignidad profesional y legalmente por su título universitario.

El profesional no puede obviar que seguramente el paciente, con su circunstancia de necesidad, acude menesteroso al profesional que respeta y valora, va en busca de “su” doctor, en quien deposita su confianza a la espera de una conducta satisfactoria.

Proponemos algunas consideraciones respecto a la relación entre el profesional y el paciente, las que pueden resumirse en los siguientes conceptos:

- La entrevista profesional es una reunión en donde se pone en situación de análisis a un ser humano que se siente enfermo.

- Durante el acto profesional se trata de alcanzar, devolver, restablecer, el estado de salud del enfermo, alta aspiración innegable a todo individuo.
- Es un encuentro interpersonal que, con clima de sobria cordialidad mediante, produce un recíproco cambio de información, sentimientos de solidaridad y comprensión.
- El profesional debe prestar atención a la ansiedad del paciente, un elemento natural en alguien quien enferma pero que se erige como perturbador de la relación, exigiendo de su acervo moral obrar con prudencia, tolerancia y paciencia.
- La inquietud del enfermo por obtener un diagnóstico de su afección y conocer cómo será su futuro, se enfrenta con el deseo profesional de realizar serenamente la búsqueda metódica de los factores patológicos. Ese conflicto no debe pasar desapercibido ni ser subestimado por el profesional, porque puede producir la hostilidad del paciente.
- El prestigio del odontólogo atribuido a su condición de profesional universitario despierta una expectativa en todo su entorno: comienza en el paciente, sus familiares, la grey profesional y llega hasta la población en general.
- El punto de vista del profesional es científico y le permite el convencimiento de que sus proposiciones son beneficiosas para el paciente, desde un sesgo hoy considerado paternalista. El facultativo debe obligarse a exponer claramente sus recomendaciones para la cabal comprensión de su paciente, a veces también de los familiares, razón que le permita tomar la decisión de aceptarlas o rechazarlas en base a su autonomía.
- La relación profesional tiene dos aspectos definidos, el técnico que incluye toda la carga de saberes y experiencias del facultativo; y el humano donde el profesional debe lograr la empatía imprescindible, conocer las singularidades del paciente como persona, ganar su confianza para que acepte convencido que se le está brindando lo que es preciso para su beneficio.
- La esencia de la relación con el paciente tiende a ser asimétrica por la condición técnica del profesional, sus conocimientos del sistema sanitario, su posición de graduado universitario de ciencias de la salud, su probable prestigio y cierto carisma. En cambio, el paciente se encuentra vulnerable ante la minusvalía morbosa que padece; posee necesidad de comprensión y protección; tiene necesidad de seguridad de que serán veraces con él; sobrelleva las dificultades de manejar emocionalmente y somáticamente su enfermedad. Estos factores ineluctables deberán ser comprendidos por el profesional para actuar con la altura científica y moral necesarias.
- En la vida contemporánea, las personas tienen una alta capacidad de informarse. En el acto clínico se debe ejercitar el arte semiológico completo para comprender el estado morbo del paciente, pero es posible que el enfermo tenga expectativas de tecnología e instrumental de avanzada en su tratamiento. Esta artificial necesidad de demanda inducida es capaz de generar silenciosas tensiones en el paciente, quien puede llegar a considerar una muestra de ineptitud profesional su falta de uso.

Desde la época de Hipócrates hasta nuestros días, en la Relación paciente-profesional, los profesionales de la salud se identificaron por hacer el bien, favorecer, o al menos no perjudicar. Bajo esta premisa los profesionales actuaron siempre con una visión paternalista, buscando el beneficio del paciente, aún en contra de la voluntad de éste; como un padre trata a su hijo, el paciente asumía un papel pasivo de sumisión, respeto y aceptación de la decisión de aquél. Fue la esencia del paternalismo.

Modo Paternalista de la Relación paciente profesional:

Es un modelo sencillo: una persona distinguida en la esfera social, el médico, con sus autoridades moral y científica, atiende desde una altura intimidante al paciente. Por lo general, éste concurre, con ignorancia de su cuerpo y su dolencia, a solicitar los servicios profesionales los que son concedidos con una mixtura de favor, ayuda y gracia.

Queda instalado en la práctica médica el Paternalismo, con sus dos aspectos notorios:

- La dominante actitud profesional de Beneficencia en declarada defensa de lograr las mejores condiciones para el paciente.
- La ejecución práctica de la autoridad profesional, conferida por la sociedad, que se materializa en la elaboración de decisiones que no contemplan la Autonomía del enfermo.

A partir del siglo XVIII el pluralismo, la democracia, los derechos humanos, civiles y políticos, se consideran conquistas de la modernidad.

Por lo tanto, aquella concepción hipocrática va tomando un nuevo rumbo hacia el respeto del hombre.

Pero estas conquistas llegan a las Ciencias de la Salud recién en la década de los setenta, de la mano de la Bioética, cuando los pacientes empiezan a tener conciencia plena de su condición de agentes morales autónomos, libres y responsables; con lo cual la Relación paciente-profesional pasa a basarse en el principio de autonomía y de libertad de todos los sujetos implicados en ella, donde cada uno tiene una significación moral específica:

El paciente actúa guiado por el principio moral de la autonomía.

El profesional, por el de beneficencia.

Y la sociedad, por el de justicia.

La autonomía del paciente, es reconocer que el mismo tiene una autonomía moral que le permite ejercer el derecho de tomar las decisiones que afectan a su propio cuerpo o salud. Este principio establece que nadie por más que desee el bien a otra persona puede hacerlo en contra de su voluntad.

De esta manera la Relación paciente-profesional entre dos personas adultas, autónomas, libres y responsables, que mutuamente se necesitan y ayudan, y que establecen su relación basados en principios de justicia, es más humana.

Relación Dialogada.

El dialogar o conversar en el acto clínico implica comunicar, informar, acordar y saber escuchar. El diálogo es un principio universal de relación en distintos niveles: biológicos, sociológicos, tecnológicos, que permite la conexión con la realidad circundante y facilita las más variadas actividades humanas.

En la relación con el profesional, el paciente conversa, produce un intercambio de ideas, de afectos, en busca del entendimiento y la comprensión que le permita satisfacer sus necesidades. La comunicación eficaz de la naturaleza de la enfermedad, la elaboración de un pronóstico correcto, las alternativas terapéuticas, los costos probables y la duración del tratamiento son los resultados previsibles que desea obtener el paciente merced a la confianza depositada en el profesional. Seguramente, esto despierta en el paciente el convencimiento de que existe una clara intención de beneficiarlo: El producto de esto puede ser la instalación de una fuerte empatía, una alta adhesión al consejo profesional y un seguro entendimiento para el consentimiento informado.

Sin embargo, puede suceder la relación con un paciente carente de la capacidad para asumir responsabilidades. En esta categoría, el individuo entiende que no es culpable de su actual situación de minusvalía, piensa que solamente le asisten derechos de atención y a conseguir ayuda profesional, que no tiene obligaciones de cooperar o que inexorablemente se debe curar exitosamente. Ante esta situación, es imperativo del profesional mantener el control emocional, alta disposición de escucha, tolerancia y paciencia, a la vez que deberá exhibir habilidad para la argumentación convincente.

La autonomía del paciente es la que determina el surgimiento del Consentimiento Informado.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tal como lo expresa Fernando Lolas Stepke, “el consentimiento es en primer lugar un proceso social por el cual las personas entran en contacto con una forma particular de diálogo o conversación y en segundo lugar es un procedimiento técnico mediante el cual se manifiesta el respeto por el individuo y el objetivo del procedimiento o investigación”.

“Es el derecho que tiene el paciente atento y mentalmente competente a ser informado de manera precisa y comprensible de la naturaleza de su enfermedad, sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento; los riesgos que encierra dicho tratamiento, las posibles alternativas y el respeto de sus decisiones personales”.

La palabra consentimiento, derivada del latín “con sentir”, según el diccionario de la Real Academia significa: acción y efecto de consentir.

Se utilizan para significar lo mismo palabras tales como: licencia, autorización, aprobación; y en sentido opuesto: denegación, disenso o prohibición.

También se entiende por consentimiento el permitir una cosa, conceder que se haga o, asimismo, existencia de conformidad de voluntad entre dos partes.

La cooperación del paciente debe ser conseguida sin coerción; el profesional no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente.

Paciente y profesional, abiertos al diálogo, lograrán mayor transparencia.

La claridad favorece la confianza y la amistad, con ella el paciente acepta más fácilmente las obligaciones que le impone la terapia y puede decidir con mayor lucidez sobre las diversas alternativas posibles. Será el bien del paciente el que presidirá las decisiones concretas.

Este derecho en doctrina se ha denominado como consentimiento esclarecido del paciente y en lenguaje ético consentimiento informado.

En Odontología siempre existió un consentimiento tácito, al comprometerse paciente y odontólogo en un acto de mutua confianza para realizar una prestación odontológica. Una de las partes solicita atención y la otra presta o brinda el servicio.

El consentimiento informado es este mismo consentimiento, solo que se incorpora el acto mediante el cual el Odontólogo debe dar primero una información al paciente sobre la atención odontológica y a su vez tomar la decisión del paciente. Se inicia en forma oral para quedar expresado por escrito con la aprobación o negación del paciente. Así el Consentimiento pasa de un acto de confianza a un requisito forma. Se aplica un proceso metodológico que incluye una información, y una elaboración y decisión.

La información significa dar a conocer algo y se establece una comunicación entre un efector (Odontólogo) y un receptor (paciente, familiar). Entre ambos hay un mensaje de transmisión que elaborado ha de llegar a su entendimiento por el receptor. El mensaje debe estar de acuerdo a las pautas culturales, educativas, sociales y familiares del paciente.

Sólo el paciente bien informado puede decidir correctamente sobre su salud y pedir su consentimiento para una determinada práctica, rechaza la figura del paternalismo médico y es la base actual en la relación profesional paciente.

El mejor Consentimiento Informado está establecido por:

- Una excelente relación paciente-profesional.
- Un exacto y completo informe del acto profesional.
- Una permanente actualización profesional.
- La aplicación de normas y prácticas aceptadas universalmente.
- La utilización de tiempos y recursos correctos.
- Una permanente jerarquización de los profesionales.
- Una aceptable remuneración profesional.

COMPONENTES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Información y consentimiento. Ambos se desdoblaron conformando cuatro elementos: 1.

Revelación de la información;

2. Comprensión de la información;

3. Consentimiento voluntario;

4. Competencia para consentir.

Respecto de qué tipo de información debe recibir el paciente se han dado sucesivamente (y se dan siempre conflictivamente) en la jurisprudencia tres principales criterios: 1. Lo que considera lo comunidad científica;

2. Lo que la persona razonable desea saber;

3. Lo que un paciente personalmente desea saber.

En cuanto al concepto de competencia para consentir (o rechazar) un tratamiento, también cuenta con diversos estándares o criterios, que pasan por la racionalidad o irracionalidad de las decisiones. El desiderátum de consentimiento (o rechazo) válido, más allá del recaudo legal o burocrático implica, en suma, adecuada información, no-coerción y competencia.

FASES EN LA ELABORACIÓN DE LA INFORMACIÓN AL PACIENTE PARA OBTENER EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

1) Fase verbal: Información Primaria al Paciente. Se le explica adecuadamente, con veracidad y afabilidad, los distintos aspectos terapéuticos como:

+ Los objetivos del procedimiento propuesto.

+ La manera en que se llevará a cabo describiendo prolijamente las distintas fases, las maniobras instrumentales y su duración, los costos estimados.

+ Los riesgos, molestias y efectos secundarios indeseados y las secuelas posibles. Los beneficios esperados a corto, medio y largo plazo.

+ Posibilidad de terapéuticas alternativas. También se ofrecerán las explicaciones del modo en que se llevarían a cabo, probables riesgos y beneficios.

+ La libre posibilidad del paciente de pronunciarse por el franco rechazo a todo tratamiento y, luego de esa determinación, los efectos ulteriores previsibles.

+ Los criterios profesionales que fundamentan el procedimiento recomendado.

+ La disposición permanente del profesional a seguir ampliando los detalles que el paciente necesite para llegar a una resolución comprensiva.

+ El respeto rotundo por cualquier alternativa elegida; así como su completa libertad de reconsiderar sus decisiones y suspender el tratamiento en cualquier momento.

2) Fase de comprensión del paciente, en donde se le permite un tiempo prudente de reflexión para que elabore con serenidad su decisión. Además, si las circunstancias clínicas lo permiten y no existe alguna condición apremiante, es procedente suministrarle material de información complementaria para su análisis en el hogar, incluso con posibilidades de examinarlo con terceras personas. Muchas veces, la complejidad del tratamiento hace aconsejable repetir varias sesiones de consulta hasta dejar asegurada la total comprensión y la completa convicción del paciente.

3) Fase de decisión del paciente, en donde lo adecuado es confeccionarla de manera escrita con su firma y también el testimonio de dos personas, familiares o no, que puedan dar prueba fehaciente de la libertad y voluntad del consentimiento del enfermo. Indudablemente, el profesional también ha de continuar dialogando con el enfermo en esta etapa, ha de seguir aclarando algunas dudas razonables, y fundamentalmente brindando la información necesaria con la mayor bonhomía y tolerancia.

Requisito de Capacidad.

Es la competencia del paciente para comprender la situación a la que se enfrenta y la cantidad de informaciones que recibe. Mediante esta habilidad reconoce las consecuencias posibles, analiza el grado de aptitud y calidad de las distintas opciones y cursos de acciones, utiliza su propia escala de valores para aceptar lo que se le propone y puede conjeturar sobre sus consecuencias. Evidentemente, la capacidad se halla velada en los denominados pacientes incompetentes que son los que presentan inconvenientes judiciales para su facultad de decisión. La falta de competencia del paciente es de naturaleza múltiple, como es el caso de los enfermos mentales que tienen fallos judiciales firmes con la declaración de insania y son conocidos como "insanos de derecho"; los afectados neurológicos de etiología variada con todos los grados de coma; el aquejado por enfermedades metabólicas en períodos de complicaciones irreversibles de la conciencia y jurídicamente en los menores de edad. En todos los casos en que se presume que el paciente no puede tomar determinaciones, se deberá requerir el consentimiento informado diferido, que es aquel que otorgan las personas responsables de su guarda, que pueden ser los padres, familiares, cónyuges, apoderados habilitados, tutores o curadores legales.

Los propósitos de la obtención del consentimiento informado diferido con terceras personas idóneas, son los de asegurar la presencia y el respeto de los principios bioéticos consagrados:

- Tomar una decisión compatible a la del paciente capaz si pudiera disponer de su Principio de Autonomía., respetando su ideología, su cultura, sus costumbres y sus valores de toda índole.
- Resolver las cuestiones terapéuticas con la intención de lograr el Bien Mayor para el enfermo, cumpliendo cabalmente con el Principio de Beneficencia.
- Estimar todos los riesgos probables, analizar los beneficios objetivos propuestos y decidir en consecuencia por el aparente mejor resultado; esto es el Principio de No Maleficencia.
- Asegurar que en la atención profesional que se le brinde al enfermo no se haga distinciones por ninguna de sus condiciones propias en cuanto a raza, posición social, posibilidades de retribución o diferencias arbitrarias de cualquier otra índole; es el Principio de Justicia.

CONSENTIMIENTO TÁCITO – CONSENTIMIENTO SIMPLE O VERBAL – CONSENTIMIENTO ESPECÍFICO

La obligación de informar satisfactoriamente a los pacientes es universal y permanente y forma parte de los deberes éticos ineludibles del profesional. Como correspondencia, en una relación recíproca, el paciente debe expresar francamente su conformidad y aceptación de la propuesta de tratamiento ofertada. Esto constituye el consentimiento verbal; el que conviene siempre que lo manifieste delante de otras personas como familiares, amigos o en su defecto, personal de colaboradores del profesional.

Mucho se ha dicho sobre el consentimiento verbal y su posibilidad de probanza en un litigio, especialmente si se carece de testigos hábiles. De allí los repetidos consejos de dejar asentado por escrito en la historia clínica todo lo acordado con el enfermo acerca de los tratamientos a realizar.

Otra figura del consentimiento del paciente es la del tácito o implícito, que es aquel no materializado formalmente mediante escritos, pero que se infiere o supone otorgado en base al vínculo de confianza establecido durante la relación profesional-paciente.

Puede pensarse concedido desde el mismo momento que el paciente concurre a determinado profesional. En efecto, es de presumir que el mismo goza de su confianza por los reconocidos méritos técnicos y científicos, su don de gentes, o por las cualidades que el paciente quiera otorgarle, pero que en definitiva son los que tuercen su decisión hacia el hecho concreto de concurrir para su asistencia. El consentimiento tácito, también puede considerarse como otorgado para los distintos pasos intermedios de un tratamiento en el que incluso pudo haberse otorgado por escrito la aceptación, pero que la dinámica de las distintas operaciones terapéuticas hacen imposible poner en detalles minuciosos.

Es preciso advertir que la doctrina considera que el consentimiento tácito solamente tiene validez cuando forma parte de alguna manera del consentimiento explícito otorgado al profesional, sea en forma oral o escrita.

El consentimiento informado con fines determinados constituye la clase de los consentimientos específicos. Son los que se requieren en ocasión de investigaciones con personas con fines terapéuticos o experimentales. También se los confecciona en ocasión de tratamientos con indudable riesgo, invasivos, en trasplantes o cuando el paciente desea autorizar un tratamiento hasta cierto límite. Un clásico ejemplo lo constituye cuando en una intervención de cirugía programada con fines concretos, aparece en el campo quirúrgico una expresión tumoral que, a juicio del cirujano es conveniente extirpar aún a riesgo de producir una parálisis por sección de un nervio motor. Si bien puede existir el alto propósito de limitar el daño pernicioso para la vida del paciente por parte del profesional, se le puede reprochar el haber actuado sin consentimiento específico ni haber previsto la contingencia gravosa para el paciente. El paciente o sus representantes legales, pueden alegar que la intención original ante el acto quirúrgico era no exceder los límites previamente consentidos formalmente y que existió siempre la intención del paciente de ceñirse a lo estipulado.

EI MENOR DE EDAD Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Considerar al menor como incapaz de tomar sus propias decisiones sobre su vida o su cuerpo de modo racional y prudente, evoca la figura del paternalismo. El concepto proviene de la cultura griega que consideraba que sólo lo natural es moral considerando a la niñez no totalmente natural. De acuerdo a su ingenuidad y su inexperiencia, los niños no estaban en la plenitud de su carácter y no podían entonces, tomar decisiones morales. Ya en el siglo XX Jean Piaget es quien sostiene que la moralidad del niño atraviesa distintas etapas señalando que entre los 11-12 años y hasta los 16 comienzan el reconocimiento y aceptación de normas sociales de convivencia. Kohlberg ha aportado lo suyo con relación al desarrollo moral de los niños discrepando con Piaget en que muchos adultos no alcanzan el completo desarrollo de la moral y esto, por cierto no resulta difícil de reconocer en muchos casos. Pero es en la década de los 80 donde comienza a establecerse el concepto de menor maduro. Puede decirse que el ministerio pupilar aplica la teoría del menor maduro cuando existen decisiones de bajo riesgo y gran beneficio dando prioridad a la opinión del menor. Surge así el significado de ASENTIMIENTO, que no requiere por cierto la intervención del profesional para su validez, ni de la justicia para su legalidad.

Es fácil deducir que el mayor beneficio puede no coincidir con la escala de valores de un menor maduro y surge inmediatamente el problema de resolver quién de los actores define cuál es el mayor beneficio.

Esta decisión ha recaído por lógica en los padres y así lo señalan diversos códigos civiles incluido el de Argentina, que hablan de patria potestad y de tutela del menor no emancipado. En el caso que los padres no interpreten bien el concepto, el juez tiene autoridad para suspender la patria potestad salvaguardando al menor, pero éste no era el caso de la pregunta de marras. Por otra parte, se ha considerado por siglos que el encargado de definir la conducta más beneficiosa para el paciente es el profesional, que detenta por su formación académica, un claro conocimiento de la mejor opción frente a la enfermedad. Sin embargo, no puede soslayarse que la familia comparte tradiciones, cultura, valores y principios que definen un estilo de vida y conductas consideradas beneficiosas o, por contrapartida, el rechazo a determinadas prácticas que se oponen a su escala de valores morales o religiosos.

Desde finales del siglo pasado se entiende que ni la sociedad, el médico, la familia o el juez puede disponer el mayor beneficio de la persona sino más bien, protegerla de la maleficencia o perjuicio que pudiera acontecerle por una inadecuada decisión.

Se entiende que la familia posee naturalmente la decisión subrogada para elegir por el menor, en particular antes de los 12 años de edad.

El estado debe velar para que no se excedan los límites en perjuicio del mismo. De la lectura de las disposiciones legales en la Argentina se desprende que los menores maduros poseen capacidad para decidir sobre su propio cuerpo, La ley de protección integral de los derechos de

niñas, niños y adolescentes establece entre las garantías mínimas “que su opinión (la del menor) sea tomada primordialmente en cuenta al momento de arribar a una decisión que lo afecte”. De esta manera el ministerio pupilar intenta evitar la judicialización de la minoridad en cuestiones de salud, tal como en otros asuntos atinentes a la infancia.

Es aquí donde los comités de bioética asistenciales deben hacer su aporte para acompañar a los involucrados en el acto médico y, con adecuado funcionamiento, deben brindar apoyo y contención tanto al profesional, al paciente y a los terceros intervinientes pero bregando particularmente para que la atención se haya realizado centrada en el paciente.

En Argentina se refrendaron los dichos de la Convención de los Derechos del Niño a través de la ley sobre Aprobación de dicha Convención (Nº 23.849). Por tal motivo el menor no puede ser objeto del ejercicio abusivo de la patria potestad por parte de los progenitores. Así, puede señalarse como ejemplo de respeto al consentimiento de adolescentes a la Ley Nacional de Sangre (Ley 22.990) que fija en 16 años la edad mínima para donar sangre mientras que para la donación de médula no se instituye un mínimo de edad, bastando con el consentimiento conjunto del representante y del menor.

La provincia de Córdoba establece en la ley sobre Promoción y Protección de los Derechos de niñas, niños y adolescentes (Nº 9944) el derecho a la libertad y señala que este derecho comprende: “Tener sus propias ideas, creencias o culto religioso según el desarrollo de sus facultades y con las limitaciones y garantías consagradas por el ordenamiento jurídico, y ejercerlo bajo la orientación de sus padres.

La ley 26061 (homóloga a la anterior pero de carácter nacional) en su Art. 14 establece en el inciso a: “El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad. La ley nacional 26529 y su modificatoria en torno a los Derechos del paciente, consagra el valor del texto antes señalado cuando expresa sobre autonomía de la voluntad: ... Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la ley Nº 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud”.

Hoy se afirma, incluso, que el derecho del menor a su propia determinación (self determination) es parte de los derechos de su personalidad”. La madurez moral no es una situación a la que se acceda de manera estanca y a través del calendario, sino que expresa la forma en la cual los sujetos adquieren progresivamente la competencia para decidir sobre sus propios intereses. Esta condición de madurez puede depender más de condiciones personales que de su edad. Cuando el niño es capaz La bioética aplicada al contexto de la práctica médica de sustentar derechos y asumir responsabilidades puede, por cierto, decidir sobre los mejores intereses para su propia vida.

ASPECTO LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es frecuente que los profesionales tiendan a considerar al consentimiento informado desde un punto de vista puramente legal; como una medida defensiva de su labor, para prevenir una eventual falta de responsabilidad, y que suele traducir el llenado de ciertos formularios por el paciente.

En realidad el sentido del consentimiento informado trasciende esta visión formalista, porque es mucho más que un mero requisito legal. Se trata en verdad de una obligación ética básica de todo profesional de la salud, que responde a la necesidad de respetar la dignidad del paciente como “persona”.

Además nuestra obligación no debe estar necesariamente respaldada por una ley; es parte de nuestra responsabilidad profesional incorporar a nuestro quehacer diario todos los cambios que se vayan dando en la relación paciente profesional, como una conducta ética y por el bien de la profesión.



- CODIGO CIVIL Y COMERCIAL DE LA NACION
 - LEY 2.994

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/norma.htm#2>

- Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.
Ley 26.529

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>

- Modifícase la Ley N° 26.529 que estableció los derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la Salud.

Ley 26.742

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197859/norma.htm>

LEGAL

CAPÍTULO III

RESPONSABILIDAD

PROFESIONAL

RESPONSABILIDAD PROFESIONAL

En las últimas décadas, los profesionales de la salud, son los que han recibido el mayor número de reclamos vinculados con el ejercicio de su actividad. Las causas de tal fenómeno obedecen a una multiplicidad de factores. Entre ellos, el hecho de asociarse su labor con la vida y la salud de las personas, genera gran sensibilidad cuando los resultados obtenidos no son los esperados, aunque no siempre ello dependa —al menos en forma absoluta— de la pericia, prudencia y diligencia profesional.

Vivimos tiempos donde la ciencia y la tecnología constituyen ejes centrales del desarrollo de la vida humana. La medicina ha alcanzado un alto grado de especialización y la mayor eficiencia en la lucha contra las enfermedades ha generado la consecuente mayor expectativa sobre los resultados esperables de la atención. Además, hoy en día se asigna la máxima jerarquía al derecho a los servicios de salud, hallándose directamente comprometido el interés público en su protección.

La responsabilidad profesional se ha exigido, en general, a todos los profesionales a lo largo de la historia. Sin embargo, durante largos períodos, muchos consideraron que en el ejercicio de las profesiones de la salud no era posible exigir responsabilidad, puesto que la medicina en sí no era una ciencia exacta y ante una misma actuación profesional podían producirse resultados distintos. A lo anterior se añadía que el médico y lo mismo el odontólogo siempre buscaban el bien del paciente, por lo que, si se obtenían resultados indeseables, no cabía exigir responsabilidad.

Con el transcurso del tiempo comenzaron a publicarse casos en los que se exigía responsabilidad a los médicos ante la realidad de faltas singulares de las que se derivan graves daños a los pacientes. Actualmente, se admite que los profesionales de la salud deben estar sujetos en su práctica profesional al control jurídico, al igual que en cualquier otra profesión humana.

Responsabilidad

Se entiende por responsabilidad “la obligación de reparar, resarcir o responder de los daños causados a otros”.

“Es la capacidad que tiene todo sujeto de conocer y aceptar las consecuencias de un hecho realizado libremente”. Es decir, los actos que son ejecutados con: discernimiento, intención y libertad.

“Es una situación o carácter del que puede ser llamado o responder de un hecho” (Luis Ciocca Gómez).

El diccionario de la Real Academia Española la define como “deuda, obligación de reparar o satisfacer, por sí o por otro, a consecuencia de delito, de una culpa o de otra causa legal.” “Carga u obligación moral que resulta para uno del posible error en cosa o asunto determinado”.

La responsabilidad aplicada al desempeño profesional se denomina o conoce como “**Responsabilidad Profesional**”, y se define como “la obligación que tienen los distintos profesionales, en nuestro caso los odontólogos, de reparar, reponer y resarcir los daños que hayan generado a los pacientes como consecuencias de faltas cometidas en el ejercicio de su profesión”.

Es por ello que podemos decir que la Responsabilidad Profesional es: “la obligación de los profesionales de la salud, de dar cuenta ante la sociedad y la ley por los actos que realizan durante el ejercicio de su profesión, siempre que sean contrarios a sus deberes, provoquen daño y puedan adquirir importancia jurídica, es decir, que el acto sea relevante”.

Clases de Responsabilidad

En principio cabe distinguir la Responsabilidad Moral y la Responsabilidad Legal. La primera está (regida) adoptada por la conciencia individual y acordada por el grupo social al que se pertenece. (Colectiva y) de ese modo se establece (representa) la relación entre la norma moral y las actuaciones de cada uno de los profesionales. EL orden moral, íntimo, edifica una especie de código por el cual, el individuo parecería aprobar sus acciones, las que él mismo debería juzgar y eventualmente responder.

La responsabilidad legal, ciertamente está regida por la ley, está vinculada con los preceptos jurídicos que establecen los códigos civiles y penales. Estos códigos disponen la obligación de reparar los daños causados en el ejercicio de la profesión. Dentro de esta clase tenemos distintos tipos.

- Responsabilidad Penal: obligación de responder ante los delitos y faltas cometidas en el ejercicio de la profesión. Están determinados en el Código Penal.
- Responsabilidad Civil: obligación de reparar económicamente los daños que se hayan producido como consecuencia de actos ilícitos, factibles de ser reclamados civilmente, realizados en el ejercicio de la profesión.

Elementos Constitutivos de la Responsabilidad Profesional

Cuatro elementos o requisitos deben darse para que prospere la exigencia de responsabilidad profesional.

1. Obligación Preexistente: tiene su origen en la modalidad de ejercicio profesional que voluntariamente haya adquirido el odontólogo. Adquiere obligaciones de llevar a cabo sus actividades en unos momentos concretos, a unos grupos de pacientes determinados y en unas condiciones precisas.
2. Daño Causado: de manera inmediata o transcurrido algún tiempo después de la ejecución del acto profesional se manifiesta en la aparición de complicaciones, generación de lesiones, agravación o prolongación de procesos patológicos, contagio de enfermedades.
3. Falta Profesional: omisión por parte del odontólogo de prestar adecuadamente los servicios a que esté obligado. Omisión que da por resultado cierto perjuicio al paciente.
4. Relación causa-efecto entre falta y daño: cuando no existan dudas de que un daño determinado tiene su origen en una concreta actuación profesional.

El Código Civil y Comercial de la Nación -en adelante **CCCN**-, **habla de daño** en los siguientes términos: “Hay daño cuando se lesiona un derecho o un interés no reprobado por el ordenamiento jurídico, que tenga por objeto la persona, el patrimonio, o un derecho de incidencia colectiva” (art. 1737).

Se consagra a su vez la reparación integral del daño como principio general (art. 1740), que incluye no sólo el capital resarcitorio, sino otros conceptos como el lucro cesante, los gastos (médicos, farmacéuticos, etc.), los intereses correspondientes –calculados desde que se produce cada perjuicio (art. 1748) y las costas del proceso que el acreedor se haya visto obligado a iniciar para el reconocimiento de la indemnización debida. Por excepción, se admite la atenuación del resarcimiento por razones de equidad (art. 1742). Ahora bien, los usuarios de servicios de salud son habitualmente personas enfermas, cuyos procesos patológicos son justamente los que los llevan a la consulta médica. Por ello, el —daño característico en este tipo de casos es la pérdida de una chance –conf. art. 1739 **CCCN**- de curar o bien de no enfermar más. Es así que la exigida integralidad de la reparación no puede soslayar tal circunstancia, debiendo siempre distinguirse el perjuicio causado por la actuación profesional, de aquel derivado del proceso morbo en sí.

Delito

El delito es toda acción expresamente estipulada y penada por la ley, en un tiempo y lugar determinados.

Específicamente es el **Derecho Penal** la rama del Derecho que se ocupa de regular los delitos, sean estos **por comisión** (se realiza una acción prohibida por la ley: secuestrar, matar, estafar, robar) **o por omisión** (se deja de realizar una acción que la ley manda u ordena, lo que trae como consecuencia la violación del bien protegido por el legislador). Ejemplo típico para diferenciarlos es el homicidio, que tanto puede cometerlo aquel que envenena a otra persona (delito por comisión) como el que deja de alimentar a su propio hijo hasta que muere por desnutrición (delito por omisión).

Es el **Estado Nacional** (no las provincias), y dentro de él, **el Congreso de la Nación, quien define qué acciones serán consideradas delitos y cuáles serán las penas que deban imponerse a estos**, mediante el Código Penal, mientras que las provincias regulan las formas y procedimientos que deben llevarse a cabo para el juzgamiento, a través de los códigos procesales penales.

Delito es:

- Acción prohibida por la ley bajo amenaza de pena.
- Acto o acción típicamente antijurídica, culpable y adecuada a una figura legal (Jiménez Ansúa; Soler).
- Acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso (Carrara).
- Culpa, crimen, quebramiento de la ley. Acción u omisión voluntaria, castigada por la ley con pena grave (diccionario de la Real Academia Española).
- Acto ilícito ejecutado a sabiendas y con la intención de dañar la persona o derechos de otros.

Tipos de Delito

Pueden ser de dos tipos:

- Dolosos: cuando hay intención de producir un resultado dañoso. Hay intención de realizar un acto que se reconoce contrario a la ley.
- Culposos: cuando no hay intención de producir daño.

Elementos constitutivos del delito en la Responsabilidad Profesional

- 1) El autor: debe ser el odontólogo.
- 2) El acto: realizado dentro de la profesión.
- 3) Elemento Subjetivo: culpa, inexcusable. Impericia, Negligencia, Imprudencia. No se requiere intención criminal.
- 4) Elemento Objetivo: debe existir daño en el cuerpo o la salud.
- 5) Relación directa causa-efecto entre el acto profesional y el daño sobrevenido.

Cuando hablamos de los elementos de la responsabilidad civil: antijuridicidad y culpa”, Es ese el concepto de antijuridicidad contemplado al regularse la función resarcitoria de la responsabilidad civil. Ello no obsta que en el ámbito contractual persista un tipo de antijuridicidad típica, en la cual el daño es consecuencia de la infracción a una obligación específica, sea que ésta derive de un contrato propiamente dicho, o bien de la infracción a un deber también

específico que recae sobre el deudor, aun no existiendo un contrato en sentido estricto (ej.: cuando el médico atiende a un paciente en la vía pública, hallándose éste en estado de inconsciencia y no habiendo contratado sus servicios). En particular, el profesional de la salud actúa en forma antijurídica cuando transgrede lo pactado, pero también lo hace si infringe lo dispuesto en una norma que establece un deber profesional específico, sea que ésta provenga del ámbito legislativo (por. ej.: Ley 26.529/09; de Derechos del paciente), una disposición de alcance general, o ante la violación del deber genérico de no dañar, que se evidencia con la producción de un daño injusto a un paciente.

Sin embargo, existe una serie de supuestos en los cuales, si bien se observa un incumplimiento u obrar antijurídico por parte del deudor, éste le resulta inimputable, pudiendo no deber el agente una reparación o bien adeudarla en forma limitada. El estado de necesidad y el consentimiento del damnificado son causas de justificación previstas en el nuevo cuerpo legal, que interesan especialmente a los profesionales de la salud. En este sentido, el nuevo Código introduce una regulación expresa para el estado de necesidad (art. 1718), justificando el hecho que causa un daño: "...c) para evitar un mal, actual o inminente, de otro modo inevitable, que amenaza al agente o a un tercero...". Así por ejemplo –pensamos–, las selecciones que deben efectuar los equipos médicos en circunstancias de catástrofe, bajo el método de triage, encuadran típicamente dentro de esta figura. También se hace referencia al consentimiento del damnificado, como una causa de justificación de la ilicitud del acto. El consentimiento informado es un instituto ya clásico en la práctica, presente en la mayor parte de la legislación sanitaria de las últimas décadas y que ha sido explícitamente regulado para ese ámbito en el art. 58 del Código Unificado.

Interesa a la materia bajo estudio especialmente la idea de culpa, que el Código Civil y Comercial define así: ARTICULO 1724.- "Factores subjetivos. Son factores subjetivos de atribución la culpa y el dolo. La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión. El dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos". Son factores subjetivos de atribución la culpa y el dolo. La culpa consiste en la omisión de la diligencia debida según la naturaleza de la obligación y las circunstancias de las personas, el tiempo y el lugar. Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión. El dolo se configura por la producción de un daño de manera intencional o con manifiesta indiferencia por los intereses ajenos.

Comprende la imprudencia, la negligencia y la impericia en el arte o profesión. Este concepto se caracteriza por dos notas igualmente negativas: falta la intención de perjudicar y asimismo faltan las diligencias adecuadas para evitar la producción del daño.

La culpa puede asumir distintas formas:

Imprudencia:

Comprende las infracciones profesionales típicas, ya que supone el desconocimiento de las reglas y los métodos propios de la profesión de que se trate, pues todos los profesionales deben poseer los conocimientos teóricos y prácticos pertinentes y obrar con previsión y ajuste a éstos. Y si bien no se aplica una gradación de culpas, sí se brindan algunas pautas que hacen a la valoración de la conducta de las personas, de tal modo de poder considerar la medida de su responsabilidad. En este sentido, debe observarse en el **CCCN** el ARTICULO 1725.- Valoración de la conducta. Cuanto mayor sea el deber de obrar con prudencia y pleno conocimiento de las cosas, mayor es la diligencia exigible al agente y la valoración de la previsibilidad de las consecuencias.

Cuando existe una confianza especial, se debe tener en cuenta la naturaleza del acto y las condiciones particulares de las partes.

Impericia

Falta de conocimientos básicos o mínimos para el correcto desempeño profesional. Todos los profesionales deben poseer los conocimientos necesarios y obrar con previsión y diligencia. Importa una falta en el sujeto que lo lleva a no reconocer las limitaciones de su saber profesional, lanzándose a hacer lo que no sabe o lo que no domina suficientemente.

Negligencia

Falta de precaución. Indiferencia por el acto que se realiza.

Consiste en la omisión de aquella conducta exigible según las circunstancias de la persona, tiempo y lugar. Es el incumplimiento de los elementales principios inherentes al arte o profesión. El negligente no hace o hace menos de lo debido.

Inobservancia de los reglamentos, ordenanzas o deberes del cargo

Consiste en no observar las diligencias prescriptas por las normas jurídicas para la actividad, así como las normas éticas aceptadas por los colegios y organizaciones profesionales.

Al hablar de estos delitos no podemos dejar de mencionar los hechos que sentaron jurisprudencia en la responsabilidad profesional.

Primero daremos el concepto de esta palabra:

Jurisprudencia

Conjunto de sentencias judiciales que se transforman en una fuente de derecho porque han sido interpretadas por la ley.

Según el diccionario de la Real Academia es el criterio sobre un problema jurídico establecido por una pluralidad de sentencias concordes.

Bien, estos hechos fueron dos y ocurrieron en 1825 en Domfront y en 1883 en Evreux.

En el primer caso, el Dr. Hélie asistió a un parto tres horas después de iniciado el trabajo y al examinar a la parturienta comprobó la presencia del codo y la mano derecha en el trayecto vaginal y resolvió amputarlos para facilitar la expulsión fetal. Enseguida observó el brazo izquierdo y efectuó también su amputación. Al nacer el niño vivo y sobrevivir, los padres iniciaron una demanda contra el Dr. Hélie; el tribunal pidió opinión a la Academia de Medicina y esta respondió que el Dr., no era responsable. Sin embargo, el tribunal no aceptó esta doctrina y después de analizar los detalles de la conducta del médico, llegó en su fallo a la conclusión de su responsabilidad, condenándolo al pago de una indemnización en forma de renta vitalicia por haber obrado "sin prudencia y con una precipitación increíble que lo hace culpable de una falta grave".

En el segundo caso, el Dr. Thoret Noroy, al efectuar una sangría a un enfermo en el pliegue del codo seccionó la arteria y ante la presencia violenta y abundante de sangre puso un vendaje compresivo y se retiró. Frente a dolores persistentes y tumoración se requirió su atención nuevamente, a la cual el Dr. respondió con la colocación de una pomada resolutive. Con el tiempo y un buen diagnóstico, otro médico al observar la gangrena existente en el paciente decidió realizar la amputación. El tribunal condenó al Dr. Al pago de una indemnización por "impericia".

La corte confirmó la sentencia. El defensor agotó los argumentos a favor del demandado pero el Dictamen del Fiscal Dupin rebatió todas aquellas razones y dio precisión a la doctrina aplicable al caso.

La prestación adecuada y oportuna de información al enfermo y su consentimiento previo al evento dañoso, podrán impedir que se responsabilice al profesional por la materialización de riesgos conocidos y asumidos por el interesado directo. Así, podrá liberarse el médico de la obligación de reparar los perjuicios derivados de una complicación previsible de una intervención quirúrgica necesaria, cuando fue debidamente advertida, habiéndose tomado todos los recaudos para evitar dicha complicación. Lo expuesto cuenta ahora con respaldo legal, pues según el art. 1720 del nuevo Código Civil —Sin perjuicio de disposiciones especiales, el consentimiento libre e informado del damnificado, en la medida en que no constituya una cláusula abusiva, libera de la responsabilidad por los daños derivados de la lesión de bienes disponibles—. La relación causal En el ámbito del Derecho Civil, cualquiera sea el fundamento de la responsabilidad —subjetivo u objetivo—, para que se pueda adjudicar a una persona un determinado resultado y deba entonces ella reparar el daño causado, es imprescindible la existencia de un nexo causal entre su accionar y la consecuencia; o bien entre la acción riesgosa propia, la acción del otro, o de la cosa de la cual es dueño o guardián y dicha consecuencia. Y como veremos, tal relación debe ser —adecuadall. Se observa también que en el ámbito del Derecho privado, la relación de causalidad se asocia a dos funciones: de un lado y respondiendo al concepto mismo de causalidad jurídica, a establecer si la acción del sujeto demandado, de las personas por quien él debe responder o de las cosas de las que se sirve, han motivado el resultado dañoso. De otro, la relación causal delimita la extensión de la reparación, de conformidad con las consecuencias que le son atribuibles.

En el nuevo Código se consideran reparables las consecuencias dañosas inmediatas y mediatas previsibles, que tienen nexo adecuado de causalidad con el hecho productor del daño (conf. art. 1726); es decir, aquéllas que acostumbran a suceder según el curso natural y ordinario de las cosas y aquéllas que resultan solamente de la conexión de un hecho con un acontecimiento distinto, respectivamente (conf. Art. 1727). Ello es así, salvo disposición legal en contrario, que podría establecer que para casos específicos algunas de esas consecuencias no sean reparadas, o bien que se indemnicen también las consecuencias casuales, definidas como aquellas que son mediatas e imprevisibles y cuya reparación en general no se prevé. Y pensamos que si bien podría argumentarse que el nuevo régimen legal supone un recorte en materia de indemnizaciones, en la medida que ya no resultan indemnizables las consecuencias casuales en el supuesto de ilícitos dolosos, fácticamente, la distinción entre las consecuencias mediatas y casuales resultó siempre difusa, de tal modo que no se observa un cambio esencial a partir de la letra del nuevo texto vigente.

A su vez, para el caso particular de los contratos –que no sean de consumo–, se prevé la indemnización de las consecuencias previstas o previsibles por las partes al momento de la celebración del acuerdo, agravándose la reparación ante el dolo del deudor, supuesto en el cual también quedan comprendidas las consecuencias consideradas al momento del incumplimiento (art. 1728 **CCCN**). El juicio de previsibilidad en abstracto que supone el estudio de la causalidad, presenta particularidades muy propias al estudiarse la responsabilidad profesional médica. En este sentido, no es suficiente con la demostración del obrar negligente del médico para considerarlo responsable por el perjuicio sufrido por el paciente, sino que debe acreditarse que de acuerdo con tal juicio de previsibilidad, el daño deriva lógicamente de su conducta. Lo expuesto no es más que una derivación de las reglas generales, pero hacemos esta aclaración, pues comúnmente se asume que el mal resultado de un tratamiento sumado a un obrar negligente, supone necesariamente la responsabilidad profesional, cuando sabemos que faltará aún la prueba de la causalidad adecuada. En este sentido, la propia Corte Suprema de Justicia de la Nación sostuvo que, tratándose de responsabilidad médica, para que proceda el resarcimiento de los perjuicios sufridos, debe acreditarse la relación de causalidad entre el obrar culposo del profesional y el daño causado.

Finalmente, es sabido que para que exista responsabilidad civil debe concurrir algún factor subjetivo u objetivo que la ley reputa apto para señalar quién habrá de ser responsable. Recordamos aquí, que de acuerdo al art. 1768 **CCCN**, la responsabilidad de los profesionales será por lo general subjetiva, por su obrar culposo o doloso (art. 1724 **CCCN**). Se trata, en ambos casos, de una atribución de responsabilidad basada en un reproche sobre la conducta del agente dañador.

. En igual sentido, se expresaba el art. 902 del CC de Vélez Sársfield; y 23 Se ha considerado que las limitaciones de tales métodos no constituyen un supuesto de caso fortuito.

Ahora bien, algunas cuestiones resultan recurrentes toda vez que se imputa responsabilidad a los profesionales de la salud y han llevado a pronunciamientos judiciales que permiten fijar ciertas pautas para valorar la culpa.

Entre ellas, cabe citar:

a) El fracaso del tratamiento médico no importa necesariamente un obrar culposo por parte del profesional. Dado que el ejercicio de toda profesión concerniente a la salud supone riesgos, limitaciones científicas y otras circunstancias imposibles de controlar, el médico no puede comprometerse a salvar la vida del paciente o curar su enfermedad sino a poner al servicio del paciente toda su ciencia y diligencia en la atención brindada.

b) La culpa médica comienza cuando terminan las discusiones científicas. Ello, ya que resulta habitual y propio del ejercicio de las ciencias vinculadas a la salud, la coexistencia de diversos criterios científicos y alternativas de tratamiento, postuladas por distintas escuelas profesionales.

c) La conducta profesional debe ser valorada sobre la base de las circunstancias existentes al momento de la práctica cuestionada. No resulta adecuado juzgar tal conducta ex post facto y a la luz de los resultados adversos, que son justamente los que motivan el reclamo. Por el contrario, debe colocarse el juez en la situación del paciente y del médico en el momento en que los hechos ocurrían y valorar si el profesional actuó a través de uno de los caminos posibles y científicamente válidos, de acuerdo con los elementos y las circunstancias del caso.

d) El correcto tratamiento médico no supone un proceso lineal y puede significar avances y retrocesos. Por ello, los cambios de diagnóstico y/o terapia durante el curso del tratamiento no necesariamente suponen un obrar negligente por parte del profesional. Sin embargo, se impone a los médicos un factor de atribución objetivo, si comprometen un resultado concreto (art. 1768 **CCCN**), compromiso que además, seguramente significará una transgresión a deberes profesionales específicos. En este sentido, por ejemplo, la L17132/67, de Ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración, prohíbe a los profesionales que ejerzan la medicina: —1º) anunciar o prometer la curación fijando plazos; 2º) anunciar o prometer la conservación de la salud (art. 20). En cuanto a la responsabilidad civil por daños causados con cosas, (ej.: bisturíes, equipamiento diagnóstico, etc.), ésta sólo será objetiva si dichas cosas fueren viciosas, aclarándose además que —la actividad del profesional liberal no está comprendida en la responsabilidad por actividades riesgosas previstas en el artículo 1757 (conf. art. 1768 **CCCN**).

Iatrogenia

Desde el punto de vista médico legal en el concepto de iatrogenia están incluidas lesiones y enfermedades, pero es importante distinguir la diferencia que existe entre iatrogenia y falta de responsabilidad profesional, conceptos radicalmente distintos, que suelen superponerse o confundirse uno con otro, causando daños en el ejercicio profesional.

La iatrogenia es una lesión o enfermedad que produce el profesional, a pesar de realizarse un ejercicio profesional correcto. En cambio, la falta de responsabilidad o mala praxis, es una omisión culpable de la pericia que debe tener todo profesional; la que se le debió impartir en su etapa de grado y que se supone tiene todo plan de estudios de la carrera de su profesión; la falta de la prudencia que, como hombre de ciencia, se espera de su moral y de su saber especializado; en la carencia de los cuidados básicos que debieran alejarlo de la negligencia; en el caso omiso de los reglamentos o deberes que la sociedad impone como normas para lograr funciones profesionales correctas. La iatrogenia resulta jurídicamente inculpable e inimputable para el profesional por no mediar antijuricidad.

Mala Praxis

Los profesionales de la salud, a menudo consideran que la buena práctica es una cuestión técnica. Sería interesante demostrar la verdadera importancia ética de la buena práctica.

Se define a la Praxis odontológica como: "El ejercicio de la actividad odontológica dirigida a preservar, conservar o restaurar la salud del aparato estomatognático de las personas, tratando al paciente con los conocimientos actuales, los medios adecuados y con lo que su deber le impone según lo legado por la universidad en el marco de las leyes vigentes".

Todos los profesionales tienen la responsabilidad de prestar la mejor atención posible. Cuando así no lo hacen se puede hablar de Mala Praxis.

Mala Praxis: Es una acción o conducta que da como resultado un efecto dañoso en el aparato estomatognático del paciente como consecuencia del obrar de un odontólogo, que en la relación paciente-profesional, omitió prestar adecuadamente los servicios por falta de pericia, diligencia y/o prudencia. Hecho éste que puede ser jurídicamente reprochable.

A partir de la década del 80 comienzan a aparecer en nuestro medio, de una forma incipiente, demandas por supuesta falta de responsabilidad profesional. Desde ese momento y hasta la fecha, dichas demandas no han cesado en su constante crecimiento. La realidad es similar en todas las provincias de nuestro país, tanto en sus capitales como en las ciudades del interior.

Los famosos juicios por mala praxis, que sólo conocíamos por referencia del extranjero, se instalaron entre nosotros. Empezaron demandando solamente a los médicos, pero actualmente se han hecho extensivas al Estado, sea nacional, provincial y municipal; a las clínicas, sanatorios y hospitales privados; también a los integrantes del equipo de salud, obras sociales, sistemas prepagos y aseguradoras.

¿Cuáles son los motivos o las causas que llevaron al aumento de las demandas o juicios?

Las causas son por falta de responsabilidad, delitos culposos cuyas figuras panales son: **impericia, imprudencia, negligencia e inobservancia de los deberes y reglamentos a su cargo**. Agravadas por distintas circunstancias:

- Crisis moral y ética: lleva a las personas a obrar con falta de responsabilidad y una ambición desmedida y obsesión por el lucro.
 - Progreso científico y tecnológico: con acceso sólo para algunos profesionales.
 - El importante riesgo que debido a su complejidad llevan consigo un gran número de procedimientos terapéuticos.
 - Ausencia de conductas preventivas.
 - Especialización y súper-especialización de la profesión.
 - Alteración de la relación paciente-profesional. Desaparición del médico de familia.
 - Actitud de algunos colegas que, con evidente falta de ética, se expresan en forma pernicioso sobre tratamientos odontológicos anteriores.
 - cambios de actitudes en la variación de la idiosincrasia en la sociedad: se pasó de la resignación ante los errores ajenos a la intolerancia. a su vez, en forma exagerada, los pacientes creen que cualquier resultado adverso es signo de incompetencia profesional.
 - Mala relación paciente-profesional, pariente-profesional y profesional-profesional.
-

- Divulgación masiva por los medios de comunicación de problemas odontológicos y de sus soluciones casi siempre presentadas con un carácter triunfalista, lo que da lugar a que el paciente considere su curación completa y rápida como un derecho, y si no lo consigue considera que es un fracaso del profesional y por lo tanto éste debe responder.
- Las obras sociales y las empresas de salud prepaga.
- La falta de insumos y equipos en los hospitales estatales, a nivel nacional, provincial y municipal.
- Falta de conocimiento, por parte de los integrantes del equipo de salud, de la reglamentación vigente que regula el ejercicio profesional.
- Industria del juicio por mala praxis alentada por personas inescrupulosas.
- Indemnizaciones altas obligadas a pagar a los condenados.
- Falta de un asesoramiento preventivo médico legal, jurídico, por parte de profesionales de reconocida trayectoria en el tema.

Para que una demanda por mala praxis prospere tienen que estar presentes varios elementos:

- En primer lugar tiene que dirigirse contra el autor del daño.
- En segundo lugar es necesaria la presencia de un daño objetivo.
- Asimismo tiene que presentarse por parte del demandado una culpa o negligencia en su accionar.
- Por último es imprescindible la presencia de un nexo causal que vincule al acto profesional y el daño ocasionado.

Si este nexo no se presenta o se encuentra resquebrajado por algún elemento exógeno como la fuerza mayor o el caso fortuito, no podrá atribuirse responsabilidad al profesional.

Recomendaciones para evitar los juicios por Mala Praxis

- Respetar al paciente como participe en el tratamiento y en la toma de decisiones.
- No mentir NI EXAGERAR
- Ser prudente.
- Adquirir pericia: EL ESTUDIO DEL PROFESIONAL DEBE SER CONTINUO
- Ser diligente. OCUPARSE DEL PACIENTE
- Dejar constancia escrita EN LA HISTORIA CLÍNICA (LEY 26529).
- Reconocer los propios límites.
- Informar CLARAMENTE LOS objetivos del TRATAMIENTO.
- Hacer sentir a los familiares colaboradores. INTEGRARLOS DISCRETAMENTE
- Cobrar lo justo, ni más ni menos.
- **Conocer y Respetar los Derechos del Paciente (ver Ley N° 26.529)**

Prevención de Mala Praxis

- ACTUAR Con ética PROFESIONAL. (VER LOS CÓDIGOS DEL COLEGIO)
- TENER EL Conocimiento científico-técnico ACTUALIZADO de la Ciencia Odontológica.
- EJERCER Con responsabilidad profesional.
- CULTIVAR SIEMPRE un correcto desempeño profesional basado en la conducta moral, ética y jurídica que le cabe a un profesional de la salud.
- Desempeñarse profesionalmente según lo determinado por la ciencia y técnica de la profesión y lo legado por la Universidad.
- PROCURAR UNA Capacitación y actualización constante y continua.
- ELABORAR una historia y ficha clínica odontológica completa, correcta, clara y detallada.
- ADQUIRIR UN PERMANENTE seguro de mala praxis.

Herramientas fundamentales frente al riesgo legal de Mala Praxis

Historia Clínica:

Confeccionada en forma legible, veraz y regularmente actualizada, que contenga información suficiente sobre las circunstancias que razonablemente fundamenten el diagnóstico, el tratamiento instituido y el resultado obtenido, constituye un elemento médico-legal clave con el que cuenta el profesional cuando se lo cuestiona en legítimo ejercicio de su profesión.

Recordemos que ésta es propiedad del paciente y que el odontólogo y/o centro asistencial la mantienen en guarda.

Constituye un elemento muy importante de prueba. La forma de realizarla genera presunciones a favor o en contra del profesional.

Presunciones a favor:

- Que esté completa, sea minuciosa, razonada.
- Que haya constancia de todos los estudios realizados.
- Que el tratamiento elegido tenga un aval científico.
- Que esté el consentimiento del paciente y los datos sobre el cumplimiento del tratamiento.

Presunciones en contra:

- Inexistencia o ausencia de la historia y ficha clínica odontológica.
- Falta de Consentimiento Informado.
- Mala confección.
- Falta de evolución.

Consentimiento Informado.

Siempre estuvo presente en las leyes que reglamentan el ejercicio profesional, pero toma auge a partir de la década de los años 70.

Se basa en el derecho que tiene el paciente de recibir, por parte del profesional tratante, la información necesaria sobre los métodos de diagnóstico, tratamiento, los riesgos que encierra dicho tratamiento y las posibles alternativas.

Toda la información oral que le hemos pasado a nuestro paciente a través de repetidas consultas lo hacemos constar por escrito en la Historia Clínica, donde ambas partes firmarán de conformidad. De esta manera hemos elaborado un verdadero proceso del consentimiento informado en forma consensuada con nuestro paciente y familiar, sin ningún tipo de presión o coacción.

Es frecuente que los profesionales tiendan a considerar al consentimiento informado desde un punto de vista puramente legal; como una medida defensiva de su labor, para prevenir una eventual falta de responsabilidad, y que suele traducir el llenado de ciertos formularios por el paciente.

En realidad el sentido del consentimiento informado trasciende esta visión formalista, porque es mucho más que un mero requisito legal. Se trata en verdad de una obligación ética básica de todo profesional de la salud, que responde a la necesidad de respetar la dignidad del paciente como "persona".

Secreto Profesional

Desde la antigüedad el secreto profesional ha sido considerado esencial para el ejercicio de la medicina. El juramento hipocrático ya lo menciona ("Todo lo que viere u oyere en el ejercicio de mi profesión o fuera de ella en la vida común, y que no deba divulgarse lo observaré como Secreto"). Luego con el transcurso y desarrollo de la ciencia médica todos los códigos y normas de ética hacen notar la importancia de guardar el secreto profesional.

Se origina en la necesidad social de mantener en reserva muchas circunstancias de índole absolutamente individual cuya divulgación puede ocasionar daños.

Se funda, jurídicamente, este concepto en las disposiciones contenidas en el Art. 156 del Código Penal.

El Secreto Profesional es la obligación ética que tiene el profesional de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente obtenga durante el ejercicio profesional sobre la salud y vida del paciente o su familia.

Basile y Waisman sostienen que: "El Secreto Profesional es la obligación jurídica, el derecho legal y el deber moral de todo profesional del arte de curar y de quienes lo asisten de guardar silencio sobre aquello que vieren, realizaren, oyeren o descubrieren en el ejercicio lícito de su profesión, cuando medie justa causa para ello".

Nerio Rojas dice que: "Se denomina Secreto Médico la obligación que dentro de ciertas condiciones, el médico de guardar reserva de los hechos por él conocidos en el ejercicio de su profesión. Su aplicación está sujeta a normas morales y legales. Pero de uno y otro punto de vista, ese secreto no es sino una forma dentro de una institución jurídica general: el secreto profesional".

Del Primer Encuentro Nacional de Ética Profesional, en agosto de 2000 en Bs.As., se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1) El secreto profesional es esencial para la existencia de las profesiones liberales y permita preservar la fe y la confianza que se deposita en quienes la practican.
- 2) El secreto profesional como derecho-deber, debe ser celosamente preservado.
- 3) La preservación del secreto profesional interesa al bien común, creando vínculos de confianza y credibilidad en los profesionales.
- 4) La elevada finalidad ética de la existencia y preservación del secreto profesional no debe llevar a que este fundamental derecho-deber sea maliciosamente deformado en hipótesis rayanas con el encubrimiento o la complicidad.

Clases de Secreto Profesional

- Natural: es cuando la noticia nos llega al azar y que de por sí no exige reserva.
- Prometido o Encargado: es cuando tácitamente se exige la reserva de quien lo está confiando.
- Profesional: es cuando los hechos son acontecidos durante el ejercicio profesional.

Formas de Secreto Profesional

Dentro de la doctrina, existen diversos criterios en lo que se refiere a la forma de encarar el problema del secreto profesional.

- Absoluto: todos los hechos que se conozcan en el ejercicio de la profesión, sin que circunstancia de ninguna naturaleza pueda justificar una violación de este criterio, deben mantenerse en la más absoluta reserva. Su base jurídica es el contrato que tiene el paciente con el profesional por el cual el paciente está confiando de que el profesional nunca revelará su secreto. Este modelo rige en Alemania y en Francia.
 - Relativo: el secreto debe ser encarado en función de la misma estabilidad social y existen circunstancias especiales en que para mayor garantía de la vida colectiva, no sólo es conveniente, sino también necesario exceptuar al profesional de guardar secreto de ciertos hechos que interesa conocer a la misma sociedad, para su mejor desenvolvimiento o para su defensa. Este criterio rige en la legislación argentina, que establece los casos especiales en que el profesional debe violar el secreto como un deber, vale decir, como una causa justificativa de dicha violación.
-

- Compartido: es una fórmula que trata de armonizar el secreto absoluto, vigente desde siempre, con la del secreto relativo que la época contemporánea ha impuesto. Este es el modelo que rige en Francia.

Elementos constitutivos del Secreto Profesional

- Autor: profesionales, estudiantes y auxiliares, técnicos dentales, empleados administrativos, mutuales y obras sociales, compañías de seguros, etc.
- Origen del secreto: la noción de este secreto es en el ejercicio profesional.
- Importancia del delito: será delito cuando la divulgación cause daño.
- Revelación: en forma voluntaria.
- La justa causa: lo que le permite al profesional revelar el secreto sin que la justicia lo demande.

Puede ser:

- Convencional: la revelación es por un convenio recíproco entre el paciente y el profesional.
- Legal: hay que cuidar una causa de mayor importancia.
- Moral: son los casos de conciencia.

Justificación del Secreto Profesional

Es necesario analizar cuál es la razón del secreto profesional y por qué desde la antigüedad se ha tenido como esencial en el ejercicio profesional.

- La 1ª justificación: es la de dar confianza al paciente, fundamental en la relación paciente-profesional.
- La 2ª justificación: es la de no producir daño moral o físico del paciente o su familia al revelarse el secreto.
- La 3ª justificación: es el derecho que el paciente tiene a su privacidad.

Revelación del Secreto Profesional

Hay situaciones en que al profesional le está permitido revelar el secreto y otras en las que es obligatorio hacerlo. El secreto profesional no es un principio absoluto y no puede primar sobre otros deberes del profesional (como son la salvaguardia del paciente y la sociedad). Tampoco puede el secreto profesional entenderse como una obligación que haga cómplice al profesional.

El secreto puede revelarse con o sin el consentimiento del paciente. Con el consentimiento, cuando el paciente permite se revele el secreto. Sin el consentimiento, o aún en su contra, cuando

se busca el bien del paciente o la sociedad y los beneficios son mayores que el mal producido; justa causa que se le permita.

Constituye justa causa para revelar el secreto:

- La defensa del propio interesado o un tercero.
- Que se trate de un hecho derivado por las partes dentro de un juicio.
- El ejercicio del propio derecho (ej.: juicio por cobro de honorarios).
- En caso de enfermedades epidémicas o de riesgo donde la ley obliga a denunciar.
- Delitos perseguibles de oficio conocidos en el ejercicio profesional.
- En caso de realizar una pericia.
- Informar sobre una autopsia.

En la provincia de Córdoba y en la profesión Odontológica estas justas causas son mencionadas en el Capítulo V del Código de Ética y Disciplina del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba de conformidad a la ley 4806.

Extensión del Secreto Profesional

El secreto profesional no solo incumbe a aquellos que tengan títulos habilitantes según las reglamentaciones vigentes para las carreras del arte de curar. Comprende, asimismo, a los estudiantes y auxiliares aun cuando no posean título habilitante, como los asistentes y secretarias, y adquieran conocimiento del secreto confiado al profesional en razón de su profesión, en cuyo caso deberán guardarlo como el profesional mismo.

Es mencionado en:

- La ley nacional 17.132 en los artículos referidos a los colaboradores de la Medicina y la Odontología y en el artículo 11.
 - La ley nacional 23.798 relativa al Sida y su decreto 1244/91 en el artículo 2 inc. C.
 - La ley nacional 15.465 relativa a las enfermedades de notificación obligatoria y su decreto 2771/79.
 - La ley provincial 6.222 en los artículos 4 y 5.
-

Violación del Secreto Profesional

La violación a la obligación de guardar el secreto profesional, acarrea responsabilidad penal y civil. El Código Penal tipifica el delito de violación del secreto profesional en el artículo 156: "será reprimido con multa de mil a cien mil pesos argentinos e inhabilitación especial, en su caso, por seis meses a tres años, el que teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa".

Elementos del delito de Violación del Secreto Profesional

- Sujeto activo: toda persona que teniendo noticia en razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación, pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.
- Estado: se refiere a una condición individual, independiente de la profesión, del arte o del oficio, y que se caracteriza por responder a principios morales o religiosos, ajenos al fin de lucro. (ej.: estado sacerdotal).
- Oficio: ej.: función del tutor o curador, función de administrador, director, síndico o liquidador de una sociedad comercial.
- Arte o Profesión: actividad profesional.
- Sujeto pasivo: es la persona interesada en que se mantenga reserva sobre la noticia cuya divulgación pueda causarle perjuicio.
- El dolo: el elemento subjetivo de este delito reside en la voluntariedad con que se haga la revelación.
- Materialidad del delito: consiste en revelar el secreto de que se ha tenido noticia. Revelar significa descubrir o manifestar. Dar a conocer el secreto.
- El objeto del delito: es el secreto. Lo que cuidadosamente se tiene reservado y oculto.

Requisitos exigidos por la Ley Penal

- a) Que el sujeto activo haya tenido noticia del secreto en razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte.
 - b) Que la revelación del secreto pueda causar daño.
 - c) Que la noticia del secreto la haya obtenido el agente por observación directa o por revelación de quien acude a sus servicios profesionales o de un tercero, siendo indiferente que el confidente hubiese o no exigido reserva al profesional.
 - d) Que no haya mediado justa causa para la revelación del secreto.
-

Asfalología

Según Bonnet, fue el médico León Coppet quien, utilizando el término “asphales” derivado del griego que significa seguro; propuso denominar asfalología a la ciencia del seguro y diferenció diversas ramas como:

- Asfalología actuarial: trata la parte matemática, financiera y económica de los seguros.
- Asfalología jurídica: comprende todos los aspectos legales.
- Asfalología médico legal: se refiere a los conocimientos medico legales de la práctica y la teoría. No se aplica indiscriminadamente a todas las formas de seguro que existen, sino solo a los denominados seguros personales, que pueden ser seguros sociales o seguros privados.

Desde la óptica del Derecho, en el código de comercio es donde encontramos la definición de seguro: forma de contrato por el cual una de las partes se obliga, a través del pago de una cantidad de dinero, llamada prima, a indemnizar a la otra, si esta sufre una pérdida debido a un acontecimiento previsto en dicho documento,

Hay múltiples clases de seguros; son de interés médico legal los siguientes:

- 1) Colectivos:
 - Por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales; por incapacidad.
- 2) Individuales:
 - Personales: seguros de vida y por accidentes
 - Reales: por incendio, por accidentes de tránsito, por robo, por daños
 - Patrimoniales: por responsabilidad civil, por responsabilidad médica.



No debemos olvidar que el seguro de responsabilidad civil no cubre el riesgo de la responsabilidad penal.

ODONTOLOGIA

CAPÍTULO IV

INSTITUCIONES

VINCULADAS A LA

ACTIVIDAD PROFESIONAL

LEGAL

INSTITUCIONES

Nuestro Código Civil y Comercial Argentino, entiende por persona a todo ente capaz de adquirir derecho y contraer obligaciones.

Reconocemos dos clases de personas:

- Persona Física, de existencia visible, son aquellas que presentan signos característicos de humanidad, sin distinción de cualidades o accidentes, es decir es la persona humana.
- Personas jurídicas, son personas jurídicas todos los entes a los cuales el ordenamiento jurídico les confiere aptitud para adquirir derechos y contraer obligaciones para el cumplimiento de su objeto y los fines de su creación (Art. 141 del Código Civil). Creados por persona física o por Ley.

Los dos tipos de persona disponen de atributos (cualidades que le son propias y que sólo ellas poseen), por ejemplo el nombre, capacidad, domicilio, patrimonio.

La característica principal que diferencia entre una persona física y personas jurídicas es que estas últimas carecen de estado civil.

Existencia de la Persona

Según el C.C. y C. la PERSONA FISICA comienza a existir desde el momento en que es concebida en el seno materno, esta norma del C.C. y C. se refuerza con las contenidas en tratados internacionales de jerarquía constitucional (Pacto de San José de Costa Rica y el Convenio sobre el Derecho de los Niños).

La PERSONA JURIDICA puede ser pública o privada.

Las Personas Jurídicas Públicas tienen existencia a partir de la fecha de su constitución (Estado Nacional, Estado Provincial, Municipios, la Iglesia Católica y las Entidades Autárquicas como las Universidades).

La Persona Jurídica Privada comienza desde su constitución. No necesita autorización legal para funcionar, excepto disposición legal en contrario. En los casos en que se requiere autorización estatal, la persona jurídica no puede funcionar antes de obtenerla.

FIN DE LA PERSONA.

La Persona Física, se extingue por muerte natural, es decir cuando clínicamente esa persona deja de existir.

La Persona Jurídica se extingue por:

- Disolución dispuesta por sus integrantes o por ley,
- Por extinción de los bienes,
- El agotamiento del objetivo para la cual fue constituida,
- La finalización del plazo cuando hubiere sido fijado.

CARACTERÍSTICAS DE LAS ASOCIACIONES.

Las asociaciones son personas jurídicas, pudiendo adquirir derechos o contraer obligaciones.

Su capacidad o incapacidad nace de esa facultad que en los casos dados, les conceden o niegan las leyes.

Las personas de existencia ideal o personas jurídicas son las asociaciones, sociedades, instituciones etc. Una entidad para actuar como persona jurídica a los efectos de que se le reconozcan derechos y obligaciones inherentes a su condición debe mostrar cuáles son sus objetivos y fines, quiénes integran su cuerpo y quiénes son los responsables de su conducción, entre otras cosas.

Para actuar legalmente deben estar debidamente constituidas y autorizadas por autoridad competente (tener personería jurídica, que se obtiene mediante un acto administrativo de gobierno). Deben rendir cuentas de sus actos a organismos específicos del estado (Inspección de sociedades jurídicas)

Una asociación se diferencia de una sociedad porque ésta última entre otras características tiene fines de lucro.

Diferencias entre Personas Físicas y Personas Jurídicas

PERSONAS FISICAS	PERSONAS JURIDICAS
Su existencia es un hecho biológico.	Su existencia es un hecho social legalizado
Tiene estado civil.	Carece de estado civil.
No siempre necesita representantes.	Siempre necesita representantes.
Tiene fines declarados.	No tiene fines declarados.
Puede tener derechos y deberes políticos.	Carece de ellos.
No tiene una duración predeterminada.	Puede tener un término de duración.
Puede no poseer patrimonio.	En general deben poseerlo.
Puede adquirir derechos y obligaciones patrimoniales, éticas, familiares y políticas.	Solo derechos y obligaciones patrimoniales
AMBAS TIENEN: Tienen Nombre, Tienen Nacionalidad, Tienen Responsabilidad Penal, Deben tener un domicilio.	

Instituciones Odontológicas.

El Odontólogo es parte de la sociedad y como profesional, tiene en forma individual o colectiva, ideales, objetivos, intereses, que de alguna manera necesitan canalizarse. Ello puede lograrse integrándose y/o participando en las distintas asociaciones o instituciones profesionales. En algunos casos la relación con las asociaciones será voluntaria y en otras obligatorias.

Las Instituciones Odontológicas son Asociaciones formadas por Odontólogos cuyos fines están establecidos en los estatutos que originaron su creación.

CLASIFICACIÓN.

SEGÚN EL CARÁCTER DE ADHESIÓN POR PARTE DE SUS INTEGRANTES	
VOLUNTARIAS	OBLIGATORIAS
<ul style="list-style-type: none"> • Círculos Odontológicos. • Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba 	<ul style="list-style-type: none"> • Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba.
<ul style="list-style-type: none"> • Asociación Odontológica Argentina. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de Odontólogos Libres. • Federación Dental Internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Caja de Previsión Social para los Profesionales de la Salud Humana.



Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

Creado por Ley Provincial N° 4806/64.

Es una entidad civil que funciona con el mismo carácter, derechos y obligaciones de las personas jurídicas. Integrado por los profesionales odontólogos que ejercen en la Provincia de Córdoba.

A partir de Junio de 2012 por Resolución N° 247 "A"/12, la Dirección de Inspección de Personas Jurídicas resolvió retirar, a pedido de la Institución, la autorización para funcionar como Asociación Civil sin fines de lucro al Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba. Desde entonces es considerada Entidad Legal.

Es función primordial del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba el gobierno de la matrícula y control del ejercicio profesional a través del Tribunal de Ética y Disciplina.

El Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba tiene por objeto:

- Propender al progreso de la profesión.
- Establecer un eficaz resguardo de las actividades de la misma.
- Velar por mejoramiento científico, técnico, cultural, profesional, social, moral y económico de sus miembros, asegurando el decoro e independencia de la profesión.
- Contribuir al estudio y solución de los problemas que en cualquier sentido afectaren al ejercicio profesional, así como el mejoramiento de la legislación sanitaria en lo referente a la odontología.
- Fomentar el espíritu de solidaridad, mutuo apoyo y consideración recíproca entre sus asociados, estimulará su ilustración y cultivará las vinculaciones con entidades científicas y profesionales argentinas y del exterior.

Organización y funcionamiento

- Una Asamblea general (autoridad máxima) conformada por los Delegados Departamentales quienes eligen al Consejo Directivo y al Tribunal de Disciplina.
- Un Consejo Directivo: compuesto por Presidente, Vicepresidente, cinco Vocales Titulares y cinco Suplentes, de entre los cuales se designan un Secretario y un Tesorero.
- Un Tribunal de Disciplina. La Asamblea los elige del padrón de inscriptos en la matrícula. No deben ser miembros del Consejo Directivo ni de la Asamblea.

Medidas disciplinarias. Sanciones:

- Advertencia privada con aviso.
- Apercibimiento por escrito con publicación de la resolución.
- Suspensión en el ejercicio profesional. La primera tendrá una duración de treinta días, la segunda sesenta días y más de sesenta la tercera. Regirá en todo el territorio de la provincia y se dará publicidad.
- Inhabilitación del ejercicio profesional.
- Cancelación de la matrícula.

Son motivo de Cancelación de la Matrícula:

- a) Las enfermedades físicas o mentales que inhabiliten para el ejercicio profesional y mientras éstas duren.
- b) El fallecimiento.
- c) Tres suspensiones en el ejercicio de la profesión.
- d) El pedido del propio interesado o la radicación o fijación del domicilio fuera de la provincia.
- e) Cumplidos dos años de la condena que establece el inciso "c" de este art. el Odontólogo podrá solicitar nuevamente su reinscripción en la matrícula, la cual se concederá únicamente previo dictamen favorable del Tribunal de Disciplina. En caso de reincidencia solo podrá solicitarlo pasado tres años. Toda cancelación de matrícula deberá comunicarse a la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social.

Derechos y obligaciones de los colegiados.

- a) Ser defendido por el Colegio y su Asesoría Letrada
 - b) Ser representados y apoyados por el Colegio y su Asesoría
 - c) Hacer uso de las instalaciones, biblioteca, etc.
 - d) Votar en las elecciones de Delegados Departamentales
 - e) Abonar puntualmente en la forma que disponga el C.D.
 - f) Denunciar al C.D. los casos que configuren ejercicio ilegal.
 - g) Ejercer la profesión con arreglo a la más pura ética, observando estrictamente las disposiciones del Código de Ética y la legislación que sobre el ejercicio profesional exista.
 - h) Contribuir al prestigio y progreso de la profesión, colaborando con el Colegio en su acción tendiente a ese fin.
-

Del Fondo solidario que se conformara con un aporte económico adicional a la cuota de colegiación, cuyo monto será fijado por la Asamblea Ordinaria o Extraordinaria si las circunstancias así lo determinaran. Este aporte tendrá el carácter de obligatorio y se depositará en una cuenta bancaria especialmente creada para dicho fondo. De esta manera se hace efectiva la incorporación de diferentes subsidios de utilidad en diferentes etapas de la profesión.

BENEFICIARIOS.

1. Tendrán derecho a percibir el beneficio del subsidio por enfermedad todos los Odontólogos matriculados en el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba.
2. Dicho subsidio estará destinado a respaldar económicamente al Odontólogo colegiado por una incapacidad no menor a quince o más días.
3. Para tal fin se otorgará una suma equivalente a 16 unidades de cuotas de colegiación. Vigente a partir del 1 de Abril de 2015.
4. No se considerará el embarazo causal de incapacidad
5. El Colegio Odontológico abonará el subsidio a los treinta (30) días de presentada la solicitud.

REQUISITOS

1. Presentar certificado médico donde conste el motivo de la incapacidad.
2. Presentar incapacidades por un lapso igual o mayor a quince días
3. Los beneficiarios deberán estar al día con la cuota de colegiación o cualquier otra obligación contraída.
4. No poseer sanciones éticas vigentes
5. El subsidio deberá ser cobrado dentro de los sesenta (60) días de presentada la solicitud, de lo contrario perderá vigencia el mismo no pudiendo hacer reclamo alguno

Requisitos de Inscripción Matricular para Odontólogos

- Para iniciar el trámite, deberá disponer de Certificado Apto Psicológico
- Trámite personal
- Presentar Documento de Identidad (Libreta Cívica, Libreta de Enrolamiento o Documento único)
- Fotocopia de DNI
- Dos fotografías tipo carnet ACTUALES E IGUALES 4 x 4 (color o blanco y negro)
- DIPLOMA ORIGINAL DE ODONTÓLOGO (en caso de no haberlo recibido, Certificado Provisorio ORIGINAL que expide el Rectorado)

- ORIGINAL Y FOTOCOPIA de DIPLOMA, AMBOS LEGALIZADOS por el Rectorado que expidió el Título.
- Certificado de Buena Conducta de la POLICIA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA (no se acepta Constancia de Certificado en Trámite), ó Certificado de REINCIDENCIA
- Certificado Analítico ORIGINAL.
- En caso de haber estado matriculado en otros Colegios Odontológicos o Ministerio de Salud del país, presentar Certificados de Antecedentes Disciplinarios y Libre Deuda.
- Constancia de CUIL/T
- Presentar al momento de la inscripción por DUPLICADO la Planilla de Designación del Beneficiario del Subsidio por Fallecimiento Fondo de Ayuda Solidario
- ABONAR DERECHO DE INSCRIPCIÓN.

Al momento de retirar la documentación de su Matrícula, deberá presentar Fotocopia de la Solicitud de Inscripción de la Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud.



Caja de Previsión Social para profesionales de la Salud de la Provincia de

Córdoba.

LEY 8577

Denominación y Objeto - Personas Comprendidas

Artículo 1: La Caja de Previsión y Seguridad Social de Médicos, Bioquímicos, Odontólogos, Farmacéuticos, Veterinarios y Obstetras de la Provincia de Córdoba creada por Ley 4641(T.O. Ley 4842) , y continuada por la Ley 6469 y sus modificatorias, proseguirá funcionando bajo la denominación de Caja de Previsión Social para Profesionales de la Salud de la Provincia de Córdoba, como persona jurídica de derecho público no estatal, sin fines de lucro, con individualidad financiera y económica propia, administrada por sus afiliados, con la participación del Estado, y con domicilio en la ciudad de Córdoba. Tendrá por objeto administrar el Sistema Previsional de asistencia y de prestaciones de servicios de los sujetos comprendidos. Las disposiciones de la presente Ley son de orden público y su aplicación estará a cargo del Directorio.

Artículo 2: Quedan obligatoriamente comprendidos en el régimen de la presente Ley todos los profesionales inscriptos o que se inscribieren en la matrícula para el ejercicio privado de la profesión, de las siguientes profesiones: medicina, odontología, bioquímica, farmacéutica, medicina veterinaria, kinesiología o fisioterapia, psicología y obstetricia. Y las que posteriormente se incorporaren. Los jubilados conformes a las Leyes 4641, 4842, 6469 y la presente, también integran el conjunto de afiliados de la Caja.

Tendrá por objeto administrar el Sistema Previsional de asistencia y prestaciones de servicios de los sujetos comprendidos. (Jubilaciones ordinarias y extraordinarias y pensiones).

Artículo 39: Las jubilaciones que concede la Caja son:

- a) Ordinarias.
- b) Por invalidez.

Artículo 40: Podrán acogerse a la jubilación ordinaria los profesionales afiliados que reúnan los siguientes requisitos:

- a) Que cuenten con treinta (30) años de servicios con aportes, de los cuales veinte (20) años como mínimo deberán ser efectuados a este régimen y tengan sesenta y cinco (65) años cumplidos de edad.
- b) Que cuenten con treinta y cinco (35) años de servicios con aportes, de los cuales treinta (30) años como mínimo deberán ser efectuados a este régimen y tengan sesenta (60) años cumplidos de edad.

Artículo 41: EL afiliado que continúe en actividad una vez reunidas las condiciones de la jubilación ordinaria, sin compensación, gozará de una bonificación del cinco por ciento (5 %) del haber jubilatorio vigente por cada año entero de prosecución en el ejercicio profesional privado.

Artículo 42: POR cada dos (2) años de edad que excedan del límite fijado en el inciso a) del Artículo 40 para la jubilación ordinaria, se reconocerá un (1) año de servicio.

Artículo 45: Tendrán derecho a jubilación por invalidez, cualquiera fuere su edad, los afiliados que reúnan las siguientes condiciones:

- Se incapaciten en forma total para todo tipo de actividad profesional. Se considerará total la invalidez que produzca en la capacidad laborativa una disminución del sesenta y seis por ciento (66%) o más.
- Hayan cesado transitoria o definitivamente en toda actividad rentada, tanto en relación de dependencia como por cuenta propia.

- Se encuentren formalmente afiliados a la fecha en que se produzca la incapacidad. Para el otorgamiento de la jubilación por invalidez, será requisito además, el previo dictamen fundado del profesional nominado a ese efecto por el Directorio. Además de la incapacidad, deberán concurrir los siguientes requisitos:

- a) Antigüedad mínima de un (1) año en la afiliación a la Caja.
- b) Que la causa de la incapacidad sea posterior al cumplimiento del requisito establecido en el inciso anterior.

Artículo 47: EL haber mensual de la jubilación por invalidez será igual al monto de la jubilación ordinaria vigente a la fecha de abonarse la misma, cualquiera sea la antigüedad del afiliado en el ejercicio de la profesión

Organización y funcionamiento

- El Directorio.
- La Asamblea.
- La Sindicatura.

Recursos

- Aportes Personales.
- Contribuciones a cargo de terceros.
- Otros recursos.

Prestaciones

- Becas para huérfanos.
- Subsidios.
- Préstamos.



Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba. (FOPC)

El 18 de Abril de 1971, fue creada esta entidad de segundo grado sin fines de lucro, cuya intención fue nuclear a los quince (15) círculos existentes en el ámbito provincial.

Tiene como función principal realizar convenios con las Obras Sociales para la prestación del servicio odontológico a los afiliados de las mismas.

Con más de cuarenta años de vida la institución cuenta hoy con más 3000 profesionales inscriptos en el Padrón de Prestadores. Brinda Cobertura odontológica a más de 1 millón de afiliados y beneficiarios de las casi 70 Obras Sociales que tienen convenio con la FOPC.

Se mantiene en forma permanente el convenio con la Obra Social APROSS que posee 530.000 afiliados en toda la Provincia de Córdoba.

Organización y funcionamiento.

- Consejo de Delegados (Compuesto por delegados de los círculos).
- Comité Ejecutivo (constituido por 7 miembros: presidente, vicepresidente, secretarías de hacienda, acción social, actas y relaciones institucionales, asuntos profesionales y prensa y publicaciones)
- Consejo Asesor Disciplinario.
- Consejo de Apelación.
- Comisión Revisora de Cuentas.

Objetivos.

- Realizar los convenios con las obras sociales para la prestación del servicio odontológico a los afiliados de las mismas.
- Amparar tanto a los pacientes cuanto a los profesionales, permitiendo que los primeros puedan elegir libremente el profesional en toda la provincia, y que los segundos tengan igualdad de oportunidades de trabajo.
- Mediar entre las instituciones (públicas o privadas) y los odontólogos, en todos los problemas relacionados con el ejercicio profesional.
- Propiciar y/o fortalecer las relaciones entre las diferentes entidades profesionales, locales, provinciales ó nacionales.

• BASES Y PROPOSITOS

Art. 1º: Bajo la denominación de Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (FOPC), se constituye una entidad que agrupa a las entidades primarias no oficiales de la Provincia de Córdoba.

Art. 2º: La FOPC tendrá su asiento y domicilio legal en la ciudad de Córdoba, capital de la provincia del mismo nombre (Rep. Arg.).

Art. 3º: La FOPC llevará un registro donde figurará al día, la nómina de las entidades afiliadas y el movimiento de socios de cada una de ellas.

Art. 4º: Los fines que persigue la FOPC son:

- a) Actuar ante las autoridades de las instituciones nacionales, provinciales y municipales, públicas o privadas en todos los problemas políticos gremiales relacionados con el ejercicio profesional.
 - b) Propiciar y contribuir a las relaciones entre las diferentes entidades profesionales provinciales y/o nacionales y municipales y eventualmente cooperar en la realización de las iniciativas de esa índole que ellas propongan.
 - c) Fomentar y fortalecer los lazos de unión con las Federaciones y/o Entidades Gremiales de las demás provincias y de la Capital Federal y cooperar en la defensa de los intereses profesionales y económicos de los odontólogos adheridos a las mismas.
 - d) Fomentar el espíritu profesional y de camaradería entre los odontólogos de la provincia que forman parte de las entidades federadas y propiciar el desarrollo de una conciencia gremial y solidaria, procurando hacer llegar estos propósitos a todos aquellos que permanezcan alejados de esta acción social y profesional.
 - e) Entender en todos los asuntos que le sometan las instituciones federadas, siempre que encuadren dentro de las finalidades del Estatuto.
 - f) Propender el adelanto de la ciencia odontológica, de la educación para la salud, salud pública y asistencia social.
 - g) Dar cumplimiento a los "votos" sancionados por los congresos odontológicos que organice, como así también dar auspicio a los "votos" sancionados por otros congresos, cuando el Consejo de Delgados lo crea oportuno.
 - h) Representar o actuar en nombre de las instituciones odontológicas federadas que la integran o nacionales que le acuerden ese derecho.
 - i) Fomentar la previsión social para odontólogos.
 - j) Gestionar la sanción de leyes, reglamentos y ordenanzas que garanticen el ejercicio de la profesión odontológica.
 - k) Realizar toda actividad que tenga por finalidad propender al bienestar y esparcimiento personal y familiar; defender los intereses económicos y facilitar el ejercicio profesional de los odontólogos de la provincia, que sean miembros de las entidades adheridas a la FOPC.
-

La FOPC a través de sus Departamentos brinda los siguientes servicios:

- Auditoria APROSS.
- Auditoria otras obras sociales.
- Asesoría letrada.
- DASO (Departamento de Asistencia Social al odontólogo).
- DIPE (Departamento de Impresión y Publicación).
- DES (Departamento de Educación para la Salud).
- Facturación.
- Liquidación.

Círculos Odontológicos

Son instituciones, representadas por Federación Odontológica, en las que se destacan las siguientes funciones:

- Científica.
- Cultural.
- Social.
- Económica.

En nuestra provincia suman un total de 15: de Córdoba, de Villa María, Regional Río Cuarto, Zonal Colón Oeste (COZCO), de San Francisco y zona, de Punilla, de Cruz del Eje, APACOC (Villa Dolores), del Centro de la Pcia. de Córdoba (AZOC), del Norte (Jesús María), de las Varillas, de Marcos Juárez, Unión (Bell Ville), Alta Gracia y Río Tercero.



El Círculo Odontológico de Córdoba

Fue creado el 25 de Septiembre de 1925.

La misión de la Institución es defender los intereses culturales y profesionales; mejorar el nivel científico, humano y material del odontólogo, fomentando el espíritu de unión y fraternidad.

Dentro de los objetivos presenta los siguientes:

- Recibir y acoger al recién egresado para su formación de pos-grado.
- Ofrecer un programa de capacitación acorde a las necesidades del profesional odontólogo para lograr su perfeccionamiento, como complemento a la enseñanza de grado.
- Organizar actividades culturales y recreativas, brindando espacios para la enseñanza y desarrollo de las mismas.
- Estrechar lazos interinstitucionales a fin de fortalecer los aspectos académico, científico y cultural, entablando relaciones formales con instituciones afines de la provincia y el país.
- Desarrollar la Responsabilidad Social de la Institución a través de la extensión de servicios a la comunidad.

Es función principal del Circulo Odontológico de Córdoba, ser el nexo entre el profesional que realice prácticas para Obras Sociales y la Federación Odontológica de Córdoba.

Visión de la Institución es “Ser a nivel país, una institución referente en capacitación científica del profesional odontólogo y defensora plena de los deberes y derechos propios de la profesión”.

TIPIFICACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES. DECRETO 33/08. LEY 6.222.

Art. 1° f) CLÍNICA, SANATORIO, U HOSPITAL DE AGUDOS O CRÓNICOS: Unidad funcional en la que, bajo una dirección médica, se ofrece un conjunto de prestaciones asistenciales, incluida la internación, debiendo contar con un plan de formación y capacitación continua de sus recursos humanos. Serán clasificadas por la autoridad de Aplicación, de conformidad a los instrumentos y criterios que se establezcan a tal fin.

Art. 1° j) INSTITUTO, Unidad funcional cuyo objeto lo conforma la investigación biomédica, la docencia de especialización para graduados de una o varias profesiones de la salud y la divulgación científica por medio de conferencias y/o publicaciones. Puede contar con un establecimiento anexo de asistencia ambulatoria o de internación, en cuyo caso cumplirá además con los requisitos para los establecimientos con internación fijados en la presente reglamentación.

REQUISITOS MÍNIMOS ESPECÍFICOS PARA HABILITAR CONSULTÓRIOS ODONTOLÓGICOS.

Anexo III - Resolución Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba 15/2009

Art.1º Se considera Consultorio Odontológico Independiente aquel en el que se brindan servicios asistenciales de prevención, diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades bucodentales de las personas.

- Centro odontológico: cuando hay varios consultorios y distintas especialidades.
- Clínica odontológica: cuando por la complejidad tercer nivel de atención, se cuenta con quirófano.
- Instituto odontológico: anexo a la atención odontológica se desarrollan actividades de docencia e investigación.

A los fines de la habilitación deberán registrarse en el Departamento de Fiscalización de Efectores del Ministerio de Salud. Llevarán Libro Registro de Enfermedades Transmisibles e Historia Clínica por paciente.

Art. 3º Superficie mínima de 6(seis) metros cuadrados de superficie con un lado mínimo de dos metros.

Deberá tener muros lisos, lavables, cielorrasos estancos, sin molduras o salientes y pisos lavables; los de madera plastificados Ventilación e iluminación del local (ordenanzas Código de Edificación Municipal).

En caso de poseer equipos destinados a la generación de RX, deberá cumplir con lo establecido en la presente normativa.

Art. 4º Equipamiento:

- a. Sillón dental con unidad de turbina, micromotor, torno, jeringa, suctor.
- b. Salivadera con circulación de agua y con desagüe conectado a la red pública.
- c. Sistema de esterilización adecuado al nivel de complejidad (como mínimo estufa y autoclave). En caso de Clínicas e Institutos con prestaciones de 3º Nivel de Complejidad podrá ser centralizado.
- d. Sistema de desinfección.
- e. Pileta o lavatorio instalados conectado a las redes correspondientes.

- f. Instalación eléctrica de acuerdo a normas vigentes de entes reguladores.
- g. Métodos idóneos de tratamiento del instrumental descartable y residuos patógenos en el ámbito del consultorio según normas.
- h. Sistema de iluminación dirigida.
- i. Variedad de instrumental mínimo necesario y para cada Especialidad.
- j. Compresor protegido y aislado acústicamente.
- k. A partir del segundo nivel de atención, deberá poseer equipo destinado a la generación de RX.
- l. Mobiliario y mesadas de terminaciones lavables en todas sus caras, aún las no visibles, lisos que permitan su fácil limpieza. Cortinas lisas y lavables.

La relación de trabajo:

Relación de dependencia

“Se establece cuando una persona realiza actos, ejecuta obras o presta servicios a favor de otra, de la que depende económica, técnica y jurídicamente, por la que percibe una remuneración en dinero. En tal caso, corresponde que quien proporciona trabajo cumpla con las obligaciones de la Seguridad Social contenidas en la ley vigente”.

Trabajador autónomo

Mientras que el dependiente trabaja para Los clientes del empleador sin tener contacto frecuente con ellos, el trabajador independiente tiene clientes propios y desarrolla su actividad por su propia cuenta y riesgo, es decir, que no depende de otro para su desarrollo laboral.



Administración Federal de Ingresos Públicos. (AFIP)

Es el ente encargado de ejecutar las políticas impulsadas por el Poder Ejecutivo Nacional en materia tributaria, aduanera y de recaudación de los recursos de la seguridad social.

Fue creado en el año 1997 (Decreto 618/1997) y está integrado por:

- Dirección General de Aduanas (DGA),
- Dirección General Impositiva (DGI) y
- Dirección General de los Recursos de la Seguridad Social (DGRSS).

Contribuyentes del régimen general

Se consideran Contribuyentes del Régimen General, aquellas personas físicas o jurídicas, sujetos de alguno de los siguientes tributos: el Impuesto a la Ganancias, el Impuesto al Valor Agregado (IVA), el Impuesto a los Bienes Personales, el Impuesto a la Ganancia Mínima Presunta, y a todo otro impuesto nacional que sea recaudado y fiscalizado por esta Administración Federal.

Los Empleadores y/o trabajadores Autónomos, deberán cumplir con el Régimen General.

Algunos contribuyentes del Régimen General, en función de ciertos parámetros establecidos por Ley, podrán optar por el Monotributo.

Sistema Tributario Argentino.

- Impuesto a las Ganancias
 - Impuesto a los Bienes Personales
 - Impuesto sobre Ganancia Mínima Presunta
 - Impuesto al Valor Agregado
 - Impuestos Internos
 - Impuesto sobre los Combustibles Líquidos y Gas Natural
 - Determinación y Percepción de Impuestos
 - Interés, ilícitos y sanciones
 - Prescripción
 - Procedimiento judicial
-

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO V

AUDITORÍA ODONTOLÓGICA

LEGAL

AUDITORÍA ODONTOLÓGICA

AUDITORÍA

Se entiende por auditoría a la revisión sistemática de una actividad o de una situación para evaluar el cumplimiento de las reglas o criterios objetivos a que aquellas deben someterse.

El término auditoría deriva del latín “audire” (oír), de cuyo sustantivo “auditum” deriva no solo audición sino también AUDITOR. El auditor: Oye, Ve e Informa y debe ejercer la profesión. El auditor no tiene poder punitivo, es decir debe ser neutral e INDEPENDIENTE, nunca tomar partido por el afiliado o el profesional.

La Auditoría en Salud nace con la profesión Médica, bajo las vertientes fundamentales de EVALUAR Y EDUCAR. Las prácticas actuales para mejorar la calidad en salud tienen varios orígenes:

a) Modelos de LA ACTIVIDAD INSTITUCIONAL, tales como La Gestión de Calidad Total (GCT) o el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC), son modelos industriales. Los médicos norteamericanos comenzaron a utilizar estos modelos en los años de 1980 y se continúan desarrollando cada vez más.

b) EL MÉTODO CIENTÍFICO utilizado por los profesionales de la salud para determinar eficiencia en los medicamentos, evaluación de técnicas de diagnóstico, evaluación del éxito en las intervenciones y decisiones quirúrgicas; dan la capacidad profesional para elaborar hipótesis y probarlas, de allí que el mejoramiento de la calidad es parte de su formación.

Reseña Histórica

Algunos nombres claves contribuyeron en el mejoramiento de los modelos industriales de control de calidad. Así Crosby creó la Filosofía de los estándares, para lograr la excelencia.

Deming contribuyó, después de la segunda guerra mundial, en la industria japonesa con la implementación de estadísticas como base para la calidad en la gestión, y que ésta podría mejorarse si se mejoraban los procesos.

Juran, otro líder en el movimiento por la calidad planteó su Filosofía, que se conoce como la trilogía de Juran:

- Planificación de la calidad
- Control de la calidad
- Mejoramiento de la calidad

Los primeros reportes sobre calidad médica se remontan a mediados del siglo XIX, cuando se pusieron en marcha controles de calidad en la atención anestésica en Gran Bretaña.

A nivel mundial se destaca que:

- En 1910 por Flexner, instaura el primer programa de AUDITORÍA Medica cuando da a conocer un informe denominado “Cirugías, Verdaderas Trampas Mortales”, donde condena las intervenciones quirúrgicas realizadas por médicos generales, faltos de capacitación adecuada y sin pericia, sumadas a la deficiencia del sector hospitalario.
- En 1951 se crea en Norteamérica la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales.
- En 1960 el Seguro Social Mexicano inicia programas de Evaluación de Calidad en Salud.
- En 1965 en España se inicia la acreditación de hospitales.
- En 1983 en Canadá se exige por parte del gobierno poner en marcha programas de Garantía de Calidad.
- En 1985 se crea la Sociedad Internacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

En Argentina se destaca que:

- 1869: Inmigrantes que se incorporan a la Argentina, forman entidades de beneficencia o de ayuda mutua por colectividades.
- 1844: Hospital Británico
 - 1856: Sociedad de Socorros Mutuos San Crispín (calzado)
 - 1877: Hospital Español 1877: Hospital Italiano
 - 1878: Hospital Alemán
 - 1886: Hospital Francés A su vez, el Gobierno Nacional con el avance urbanístico del país, transforma a la simple Institución Hospital (donde se atendían los pobres) en centros de

cuidados médicos de alta complejidad y en él prestaban servicio los más destacados profesores y médicos, se instalan Cátedras Universitarias que representan los focos de irradiación del conocimiento y saber médico avanzado y así nacen:

- 1871: Hospital Ramos Mejía
- 1871: Hospital General de Hombres
- 1871: Hospital General de Mujeres (Hospital Rivadavia)
- 1880: Hospital de Clínicas
- 1887: Hospital Rawson
- 1889: Hospital Militar Central
- 1896: Hospital Pirovano
- 1900: Hospital Argerich
- 1901: Hospital Álvarez
- 1905: Hospital Tomu
- 1910: Hospital Alvear

La población que no se atendía en el hospital lo hacía de manera privada, en general tenían a su médico de cabecera o de familia.

- En la década de 1960, la expansión de las obras sociales genera la necesidad de controlar la Calidad de la atención Médica, la cantidad de las prestaciones y la verificación de la facturación.
- En 1974 se realiza el encuentro de Auditoría Médica con la participación de la Escuela de Salud Pública, de la UBA (Universidad de Buenos Aires), El Centro Latinoamericano de Administración Médica, la sociedad Argentina de Auditoría Médica entre otras entidades participantes.
- El 20 de abril de 1987 se crea la primera Asociación de Auditoría Odontológica, denominada ACADAO (Asociación Civil Argentina de Auditoría Odontológica).

Entendiendo que prácticamente todo acto humano lleva implícito en cierta medida control y autocrítica, es importante diferenciar cualquier intento empírico, del método científico que aplica la Auditoría para analizar y evaluar de manera proactiva los distintos momentos del servicio médico-odontológico.

Auditoría Médica y Odontológica

Según Rubio, Auditoría médica es el análisis retrospectivo de los resultados de la actividad de los profesionales médicos (realizado por personal de similar cualificación, pero de mayor experiencia) al objeto de evaluar la calidad y cantidad de atenciones prestadas por aquellos, en relación a estándares deontológicos y profesionales aceptables.

Por otro lado, Mata, Martos y Anzald, definen Auditoría Odontológica como la “confrontación de la atención brindada con las normas establecidas, para arribar a un dictamen de auditoría”.

La Auditoría Odontológica se origina en respuesta al desarrollo y especialización de la Auditoría Médica y Auditoría Clínica articulada en torno a Seguridad de la Calidad en los Servicios de Salud.

Según el Dr. Carlos García Díaz: “la auditoría médica es el conjunto de acciones tendientes a evaluar la calidad de la atención médica mediante el análisis de sus contenidos y procesos y su comparación con normas, reglamentaciones y legislación vigente, y a promover mejores niveles de atención por medio de la capacitación médica y los mismos controles de calidad”

Según el Dr. Rubén Casal la AUDITORÍA ODONTOLÓGICA es una disciplina técnico-científica-administrativa, tendiente a evaluar la calidad de la atención odontológica, medida en su contenido por la conceptualidad clínica, sus normas de aplicación y legislación vigente. Debemos tener en cuenta que la auditoría está sujeta a la ética y a la moral y que sin historia clínica no hay AUDITORÍA.

Héctor J. Ceppi, la define como “conjunto de acciones destinadas a la evaluación de la atención en los aspectos técnicos y científicos, sociales, éticos, jurídicos, económicos, humanos, etc. mediante el análisis, confrontaciones, contenidos y procesos de programas con normas vigentes o a crear, orientadas al logro del mejoramiento de su eficacia calidad y rendimiento en beneficio del odontólogo, la odontología y la sociedad.”

La Auditoría Odontológica realiza el análisis de la calidad de la atención en el campo de la salud bucal incluyendo procedimientos clínicos, diagnósticos y decisiones terapéuticas a nivel individual o colectivo.

Contrasta el uso de recursos, técnicas y procedimientos con los resultados, pronósticos y desenlaces clínicos para garantizar la Calidad de Atención y la Seguridad del Paciente Odontológico. Determina la adecuación y correspondencia clínico-asistencial con criterios normativos preestablecidos o estándares de calidad descritos en Guías de Prácticas Clínicas o Protocolos de Atención Clínicas bajo el enfoque de la Odontología Basada en la Evidencia (OBE). Emplea a la Historia Clínica como fuente principal y esencial de información por su implicancia médico-legal, así como todas las fuentes secundarias implicadas en el Acto Odontológico.

Tiene por finalidad la Garantía y Control de la Calidad en el desarrollo de sistemas de gestión de la calidad, aspectos administrativos, gubernamentales, éticos y deontológicos de los servicios odontológicos mediante la detección de oportunidades de mejora para la implementación de acciones correctivas/preventivas y la correcta y oportuna retroalimentación bajo el enfoque de mejora continua.

Es el control y la evaluación del conjunto de acciones derivadas de la interacción en la estructura, el proceso, los resultados e impactos de todo un equipo interdisciplinario de atención, en EL SERVICIO de Salud Bucal, involucrando la totalidad de los actores en torno al paciente.

En la AUDITORÍA de Salud Bucal confluyen los tres tipos de AUDITORÍA, con el apoyo sustancial de otros profesionales, como el Contador o Revisor Fiscal y el Ingeniero Informático.

1-AUDITORÍA operativa: denominada de diferentes maneras, está orientada hacia el desempeño, la efectividad, la economía y la eficiencia. Incluye actividades administrativas, de organización y sistemas administrativos, además de sus modos de operación y aprovechamiento de los recursos.

2-AUDITORÍA Financiera: nace básicamente de la auditoría contable (ejercida directamente por el contador) adicionando a sus tradicionales mecanismos, herramientas para la gestión financiera, cuyos resultados son requeridos en la toma de decisiones.

3-AUDITORÍA en Informática: es la revisión y evaluación de los sistemas y procedimientos en la recolección de la información y su procedimiento, así como su utilización, su eficiencia y su seguridad, para la adecuada toma de decisiones.

CLASIFICACIÓN GENERAL DE LAS AUDITORÍAS			
Auditoría Interna	Auditoría Externa	Auditoría Inducida	Auditoría Programada
Administrativa	Técnica	Directa	Indirecta
Conjunta o compartida	Previa o Anterior		Posterior

Podemos clasificar a las AUDITORÍAS de la siguiente manera:

Auditoría Interna: Es la realizada por profesionales pertenecientes al sistema, que confrontando hechos y normas estudian y evalúan su trabajo asistencial, analizando errores y modificando normas en caso de necesidad. La auditoría interna puede ser unilateral y compartida. Se origina en la necesidad de organización del sistema. Incluye estructura, proceso y resultado.

Auditoría Externa: Se debe a una determinación del nivel central cuando es necesario un informe puntual. Es realizada por un grupo especializado, que actúa desde fuera del sistema y con su propia metodología. Se debe a una determinación del nivel central cuando es necesario un informe.

Auditoría Unilateral: La auditoría interna es unilateral cuando la realiza únicamente una de las partes contratantes.

Auditoría compartida: La auditoría es compartida cuando la realizan representantes de los prestatarios y de los prestadores de servicios, en acción conjunta y por acuerdo previo (parte de un convenio). Generado a veces por discrepancias en la aplicación de normas o interpretación de las mismas. Ejemplos: homologación de prácticas no nombradas, facturaciones, liquidaciones, etc.

Auditoría Inducida: Es generalmente suscitada por reclamos, petición de reintegros etc., hechos por los pacientes o por anomalías técnicas, administrativas o cometidas por los prestadores.

Auditoría Programada: Es una tarea programada en el tiempo, semestral o anual, con un orden establecido con anticipación. Evalúa la eficiencia de los resultados alcanzados y si es necesario dará pautas para su mejoramiento. Los instrumentos son: guías de evaluación, normas operativas, registros odontológicos y estadísticos.

Auditoría Anterior o Previa: Es la que se realiza previa al tratamiento, podemos en este caso tener o no la ficha madre. Estas consisten en verificar el estado bucal del paciente antes de la realización de cualquier tratamiento; lo que se efectúa con la ficha catastral confeccionada por el odontólogo tratante y la observación directa de la boca del paciente. Esta tarea está a cargo del auditor quien emitirá la autorización del tratamiento.

Auditoría posterior: Se efectúa cuando el paciente está dado de alta, o después de haber terminado algunas prestaciones, generalmente se lleva a cabo por muestreo selectivo. Este Muestreo es efectivo en realidad con respecto a la cantidad de afiliados y a la extensión geográfica donde están distribuidos estos. Genera el ahorro tiempo y dinero.

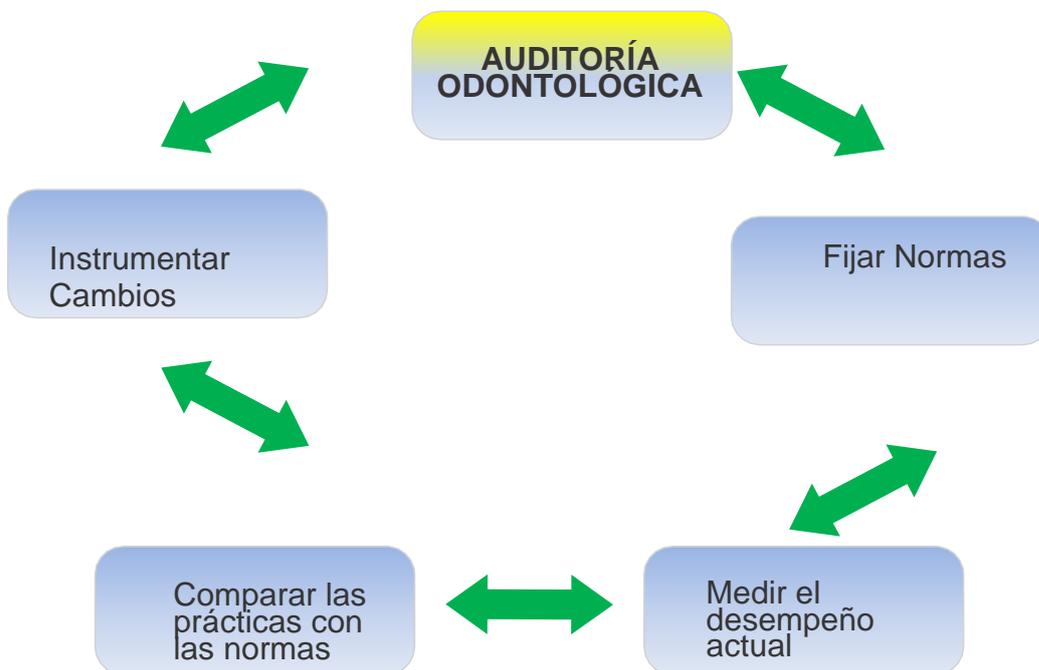
Características generales de las Auditorías

- Las auditorías están autorizadas.
 - Las auditorías estudian las circunstancias reales referidas a un patrón (Standard) preestablecido y conocido.
 - Los auditores no son los responsables de la actividad sujeta a evaluación, son independientes y expertos.
 - La auditoría se programa y ejecuta con el conocimiento y participación de aquellos cuya actividad es objeto de examen.
 - Los datos de la auditoría se discuten y analizan.
 - Los resultados y recomendaciones son examinados por niveles superiores de línea jerárquica.
-

MISIÓN DE LA AUDITORÍA

Funciones	Actividades	Efectos
Elaboración de Normas	Control de Utilización	Cambios Educativos
Interpretación de Prestaciones	Control Profesional	Cambios Administrativos
Revisión Estadísticas	Control Programático	Cambios Normativos

AUDITORÍA TRADICIONAL ODONTOLÓGICA



La auditoría tradicional tiene como objetivos normatizar la práctica profesional estableciendo estándares de trabajo (fijar normas), prestando atención a la situación real (medir el desempeño actual) y encontrando las formas para pasar de lo real a lo ideal (instrumental cambios).

La Auditoría Odontológica Tradicional es el conjunto de acciones destinadas a evaluar las prestaciones realizadas y comprobar si se cumplen las normas previamente determinadas, mediante un proceso dinámico de confrontación, que tiende a obtener mejores niveles de atención, preventivos y asistenciales, a través de la capacitación continua del profesional.

EN LA AUDITORÍA TRADICIONAL PUEDE REALIZARSE:

- Examen de la boca del paciente.
- Estudio de la Historia y Ficha Clínica odontológica.
- Observación de radiografías pre y postoperatorias.
- Estudio de modelos. (ejemplo: Ortodoncia).
- Comparación de cuadros

Clasificación de la Auditoría Odontológica:

AUDITORÍA ODONTOLÓGICA			
Control de Calidad Profesional		Técnico Administrativa Fiscalización	
Auditoría Interna	Auditoría Externa	Auditoría Interna	Auditoría Externa
Unilaterales	Compartidas	Unilaterales	Compartidas
Método Directo	Método Indirecto	Método Directo	Método Indirecto
PROCESAMIENTO DE DATOS			
EVALUACIÓN			
INFORME TÉCNICO			

En la auditoría profesional se enfatiza la evaluación de calidad. Mientras que en la auditoría técnico administrativa la verificación de las liquidaciones.

Auditoría técnico-administrativa o fiscalización

Se ocupa de la evaluación cuantitativa de lo actuado, lo confronta con las normas vigentes, permite estimación de costos, como así mismo un control de calidad limitado. Se utiliza además la historia clínica e informaciones estadísticas, toda la información que se refiere a citas, pases, pedidos de análisis y radiografías, interconsultas y **fundamentalmente facturaciones de servicios prestados**, indispensables para los contratos de pago por prestación.

Control de calidad o auditoría profesional

Es el conjunto de procedimientos a través de la cual se evalúa la calidad de las prestaciones realizadas por el profesional odontólogo, al confrontar estas con patrones o estándares preconcebidos.

Estos patrones proceden de dos fuentes:

- a) Normativa: conformada por los libros de texto, publicaciones científicas, sociedades de especialistas de reconocida solvencia, etc.
- b) Empírica: compuesta por el conjunto de conocimientos emanados de la práctica diaria y que, descansando sobre niveles de atención reales y definidos, merecen un buen grado de aceptación.

Método directo

El método directo en fiscalización y control de calidad es el que se realiza confrontando los datos proporcionados por la historia clínica y demás elementos accesorios (radiografías, modelos, fotografías) con los que el profesional auditor obtiene en la inspección directa de la boca del paciente, y estos, a su vez, con las normas y patrones preestablecidos.

Método indirecto

El método indirecto es fiscalización y control de calidad es el que se realiza confrontando los datos de la historia clínica y demás elementos accesorios, con las normas y patrones preestablecidos, en ausencia del paciente.

Procesamiento de datos y evaluación del sistema

Es el área del sistema de auditoría encargada de procesar y evaluar los datos recopilados en las áreas de fiscalización y de control de calidad con el objetivo de mejorar el sistema de atención.

a) Elementos aportados por el área de fiscalización:

- Contratos.
- Normas de trabajo.
- Historias clínicas.
- Nomenclador.
- Listado de odontólogos.
- Estadísticas y registros.
- Facturaciones.
- Liquidaciones.
- Gastos.
- Recursos.

b) Elementos aportados por el área control de calidad:

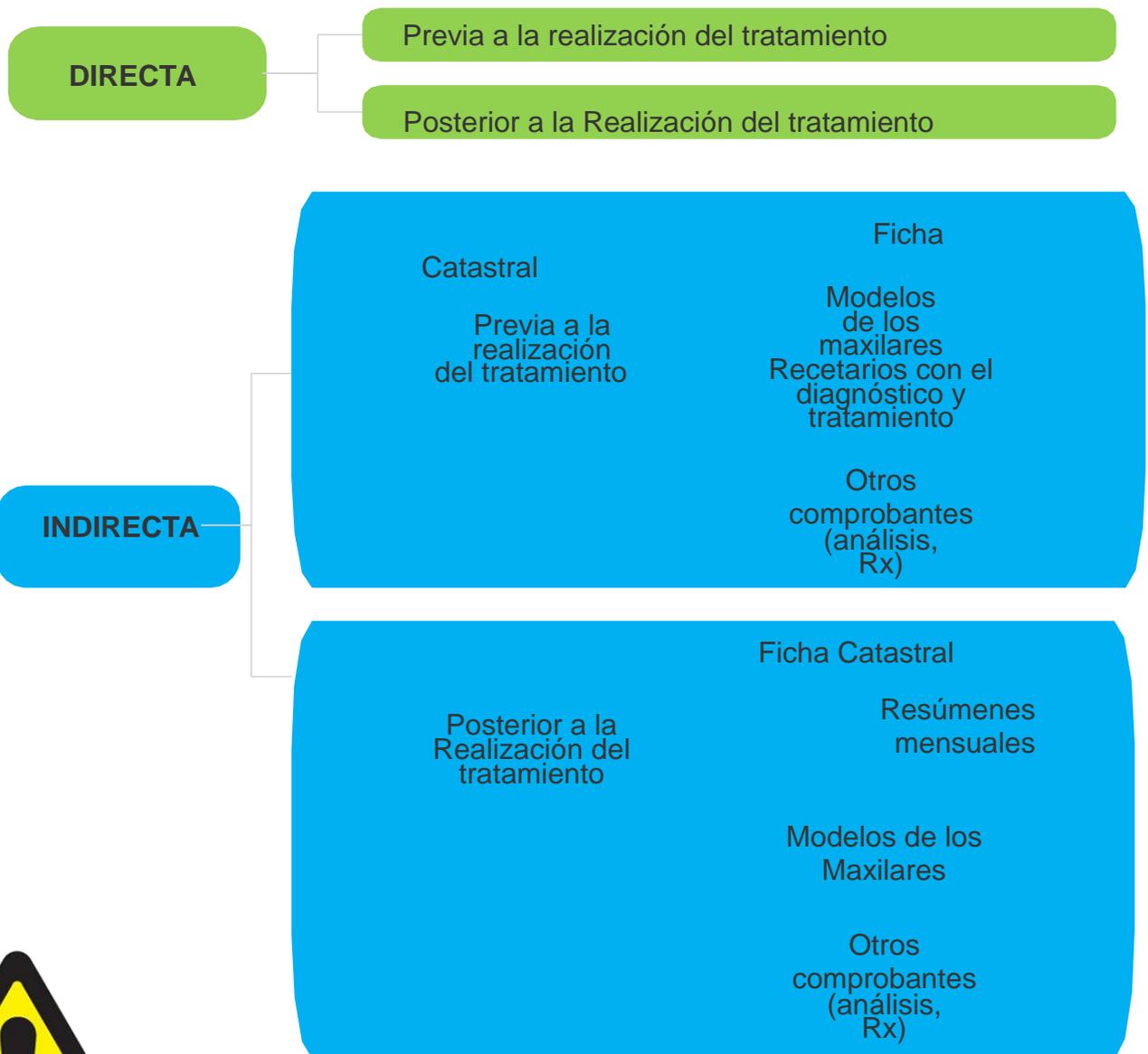
- Análisis de las prestaciones.
- Confrontación con normas de trabajo.
- Factores de medición, patrones o estándares.
- Rendimiento.
- Actitud preventiva.
- Accesibilidad.
- Opinión del usuario.
- Capacidad instalada.
- Utilización del sistema.

Desde el estudio de estos elementos y de su confrontación nace un proceso de retroalimentación que dinamiza el conjunto y lo mejora en forma continuada.

En una AUDITORÍA hay que investigar dos cosas distintas:

- a) Si las actividades y los resultados se corresponden con las normas.
- b) Si estas normas son razonables.

División de las auditorías odontológicas



**AMBAS PUEDEN SER REALIZADAS
POR MUESTREO, SELECTIVAS O
PROCEDIMIENTOS MIXTOS**

Normas de auditoría odontológica

La palabra **Norma** viene del latín y significa regla a la que se modela voluntariamente una acción". Conceptualmente norma es una regla.

Existen distintas normas de auditoría, estas normas son:

1) Normas de trabajo que rigen las relaciones contractuales entre prestadores y prestatarios, figuran como anexos de los contratos y tienen como fin lograr que el sistema funcione adecuadamente.

2) Normas de atención, que tienen como propósito unificar criterios en la atención odontológica.

3) Normas de procedimientos, que se refieren a la forma de efectuar las observaciones, desgloses, consultas, rechazos y reajustes, y tienen como objetivo ordenar y dirigir el trabajo del auditor.

4) Normas de auditoría propiamente dichas, que, al establecer determinadas relaciones entre las distintas prácticas, facilitan la tarea del auditor orientándolo en la revisión de la documentación clínica y administrativa.

5) De interpretación del Nomenclador Nacional.

6) De habilitación, acreditación y funcionamiento.

7) Ético Jurídicas.

8) De cobertura.

Las Normas determinadas previamente establecen las condiciones sobre las cuales se debe atender al paciente. Algunos ejemplos de las de uso cotidiano:

- Instructivo general.
- Unificación de criterios.
- Normas de atención.
- Presentación de credenciales.
- Ordenes de atención.
- Fichado odontológico.
- Enviar el duplicado de RX.
- Forma de realizar y registrar las prestaciones.
- Formas de facturar.
- Garantía de las prestaciones.
- Especificaciones técnicas.

Las **Normas** son la herramienta fundamental para uniformar el lenguaje, que permita la interrelación entre Financiadores y Efectores.



Elaboración de la Norma

La elaboración de la norma debe estar basada y ser el fruto de un balance correcto entre los avances técnicos y científicos, tanto en las ciencias de la salud como administrativas, y los efectos de las experiencias.

Es aconsejado a los que realizan la Normatización de la Auditoría Odontológica asesorarse en las siguientes fuentes de información:

- Expertos en la materia.
- Universidades.
- Asociaciones odontológicas.
- Sociedades científicas.
- Los propios interesados.
- Prestadores de Obras Sociales y mutuales.
- La propia experiencia de los auditores que intervienen en la elaboración de la norma.

Características:

- Clara: En cuanto a su redacción debe tener un léxico adecuado al personal que va dirigida, ser de fácil interpretación y con criterio de síntesis.
- Precisa: Deben tener coherencia, no tener carencias, ser adecuadas y satisfactoria.
- Aplicable: Que sea factible su aplicación, en el área administrativa y/o geográfica y en tiempos determinados.

- Aceptada (consenso): Es imprescindible la consulta, discusión y aprobación de los que van a llevar a cabo su ejecución.
- Dinámica: Deben ser actualizadas y actualizables permanentes.
- Flexible: Durante su redacción debe tenerse en cuenta que en su aplicación pueda necesitarse hacer un ajuste de la misma.
- Explícita: Implica que deben estar escritas y además ampliamente difundidas a todo nivel.
- Consustanciada: Estar confeccionadas con todos los adelantos técnico-administrativos.
- Modelos promediables: Cuando se elabora una norma deben tenerse en cuenta las situaciones que se suceden a diario en el consultorio durante la práctica odontológica, ya que es una característica frecuente de los profesionales considerar aquellos casos poco comunes. Llamamos entonces modelos promediables, a aquellas complicaciones y situaciones que se suscitan habitualmente en el ejercicio de la actividad profesional.

Debemos tener en cuenta que:

- No se puede auditar sin normas
- La norma sirve para comparar, para ver si lo que se hace está bien.
- Cuantifica-mide-compara lo observado con el patrón de comparación.
- Regla a la cual se ajustan las acciones.
- Conocimiento odontológico del momento.
- Es responsabilidad de la AUDITORÍA la creación, adopción e implementación de las normas.
- Pautar técnicas.
- Pautar procedimientos.

Proceso Selectivo de las Normas:

- A qué medio o sistema será aplicada
- Característica que va a tener
- En qué caso y momento se usará
- Como se van a evaluar los resultados
- Si hay inobservancia, como se puede reparar

¿De dónde sale la norma?

- Expertos en la materia
- Universidades
- Asociaciones Odontológicas
- Sociedades Científicas
- Prestadores de O.S, Prepagas, etc.
- Propia experiencia de los Auditores.

Confrontación

La confrontación es lo esencial en la AUDITORÍA, constituye un proceso dinámico, consiste en la comparación, confrontación de la prestación con las normas preestablecidas.

Su objetivo en general es obtener los mejores niveles preventivos y asistenciales; es decir que cada paciente resulte atendido lo más satisfactoriamente posible. Lo cual lleva implícito el mejoramiento continuo del profesional. Estamos hablando de promover la calidad de la atención odontológica y de la educación del profesional.

Objetivos de la AUDITORÍA:

- Observar
- Evaluar
- Medir
- Constatar Y Comparar
- Clasificar.
- Verificar
- Coordinar.
- Ponderar.
- Determinar.
- Registrar.
- Normalizar.
- Mediar.
- Analizar.

Evaluación de la atención odontológica

La auditoría odontológica contempla la evaluación de la atención odontológica en:



1. **Estructura:** comprende todo lo que debe existir previo al proceso de atención. Es decir, lugar físico, equipamiento, instrumental, materiales, personal y recursos económicos para mantener esa estructura. Para su evaluación se utilizan guías de evaluación, acreditación y certificación

Comprende la evaluación de:

- Recursos.
- Estructura Orgánica Funcional.
- Misiones Y Funciones.
- Organización Del Cuerpo.

2. **Proceso:** es el acto profesional en sí, es lo que llamamos proceso de atención. Lo que ocurre desde el momento que comienza la asistencia hasta el alta misma. La evaluación puede realizarse durante el acto profesional o posteriormente. En la evaluación del proceso se utilizan normas de atención. Los sistemas de registro son: historias clínicas, fichas odontológicas y resumen de historia clínica.

Comprende la evaluación de:

- Procesos Técnico-Administrativos.
- Procesos Técnico-Científicos.
- Procesos Administrativos Contables.

3. **Resultados:** es la recopilación de toda la información posible que nos permita expresar una estimación de la eficiencia, eficacia y efectividad de las prestaciones realizadas al beneficiario.

Comprende la evaluación de:

- Cambios producidos en el área de la salud.
- Indicadores Directos de Calidad.
- Satisfacción del Usuario
- Conocimientos.

4. **Satisfacción del paciente:** es el método para la evaluar a través del paciente y de sus familiares y de acuerdo a una encuesta preestablecida, la mayor cantidad de datos informativos que puedan proporcionar, referidos a la atención que fue brindada por el equipo de salud. Pueden realizarse evaluaciones de "calidad subjetiva", que engloban los aspectos relacionados con la amabilidad, la empatía o si al paciente le pareció adecuado el tiempo de consulta que se le dedicó. Pueden realizarse evaluaciones de "**calidad objetiva**", en las que se incluyen las opiniones referentes a aspectos más tangibles, como el estado físico de los consultorios, el tiempo de espera, la puntualidad de las consultas o la información dada por el profesional.

	SUJETO A EVALUAR	TIEMPO	NORMAS	REGISTRO
Estructura	Planta Física Consultorios Servicios Equipamiento Personal	previo	empíricas realidad	guías
Proceso	Acto Odontológico	durante posterior	diagnóstico tratamiento complicac.	ficha H.C. resumen HC
Resultado Satisfacción del Paciente	Acto Odontológico Paciente	posterior posterior	indicaciones	encuestas

Mejoramiento de la calidad:

Se logra:

- Eliminando procesos fracasados
- Eliminando el despilfarro de los errores.

¿Qué es la calidad para el paciente?

- Servicio en menor tiempo - Precio justo
- Calidad en el servicio
- Seguridad y confiabilidad
- Mejora continua
- Calidad y agilidad en el servicio de post-tratamiento

COSTOS DE LA NO-CALIDAD

- Retrabajos, reciclajes
- Corrección de las fallas
- Pérdida de energía y tiempo
- Conflictos
- Inmovilización de gente y equipos
- Inventarios descontrolados

- Ineficacia de reuniones de trabajo
- Accidentes de trabajo
- Horas extras
- Informaciones deficientes
- Trámites demorados
- Facturación rehecha
- Sobrantes de materias primas
- Tiempo mal empleado
- Inseguridad
- Falta de retroalimentación en los mensajes
- Secretos de área
- Comunicaciones burocráticas

En instituciones de salud en Argentina, el costo de la NO-CALIDAD es de 33,3%

Elaboración de informes:

Todo trabajo de auditoría debe concretarse en un informe, en el cual el auditor registra los hallazgos, interpretación de los mismos y conclusiones a las cuales arriba en base al esquema metodológico elegido.

Dentro del contexto de tareas que competen al odontólogo Auditor es el dictamen del documento a través del que se exterioriza y se documenta la efectividad del trabajo realizado. De allí que la preocupación en la correcta confección del dictamen se debe dirigir tanto a los aspectos de forma como de fondo.

Enumeración de los elementos esenciales del dictamen:

a) Fecha de confección del dictamen.

b) Destinatario: normalmente el auditor se dirige a las personas representativas de la entidad que lo contrata quienes dispondrán los pertinentes contactos con el profesional prestador como consecuencia de lo expuesto.

c) Contenido: se debe efectuar la exposición que origina el trabajo en una forma clara, detallando fecha en que se produjeron los hechos, auditorías efectuadas en boca de pacientes, personas auxiliares y/o terceros que presenciaron las inspecciones, lugar en que

fueron efectuadas, negativas y oposiciones de profesionales auditados y/o pacientes si los hubiere, y todo otro acto que a criterio del auditor sea clarificador de la situación planteada.

d) Documentación probatoria del contenido: todo hecho expuesto debe ser comprobado con la pertinente documentación:

- Ficha firmada por el odontólogo auditado.
- Citación a la AUDITORÍA con las formalidades de carta fehaciente.
- Enunciación de penalidades en caso de no comparencia, y firmas competentes.
- Radiografías presentadas por el odontólogo auditado y auditor si las hubiere.
- Acta de auditoría/s con las formalidades siguientes:
 - Lugar, fecha y hora.
 - Nombre y documentación del paciente.
 - Detalle de la revisión efectuada.
 - Similitud o no del trabajo inspeccionados con los presentados por el odontólogo auditado que dieron origen a la revisión.
 - Descargo de este.
 - Firma del odontólogo auditado y si es posible del paciente.
 - Firma del odontólogo auditor

Atributos que debe reunir el auditor

Los atributos personales y técnicos mínimos que debe reunir el auditor son los siguientes:

a) Experiencia y destreza técnico administrativa:

- Actualizado y capacitado en forma teórico-práctica con respeto a los últimos conocimientos sobre estructura, proceso y resultado.
 - Dominio de la profesión.
 - Tener conocimiento a nivel nacional e internacional acerca de los últimos avances técnicos y científicos de la odontología.
 - Amplio manejo de la AUDITORÍA de procedimientos y de la práctica de la misma.
 - Experiencia.
-

b) Sentido Ético:

- Ser ecuánime y objetivo.
- Buena comunicación tanto con los pacientes como con sus pares.
- Considerar el error de naturaleza humana y reconocer sus propias limitaciones, es decir proceder con honestidad.
- Sentido ético con condiciones morales.
- Previo a la emisión de un juicio, tener en cuenta el intercambio de opiniones, sin flujo externo.
- Responsabilidad

c) Capacidad Analítica:

- Apropiada para la actividad de evaluar
- Tener criterio y juicio profesional para determinar los procedimientos necesarios de acuerdo a las circunstancias.
- Aptitud para juzgar el trabajo a realizar y examinar en cada caso en particular.

d) Actitud de Evaluador y Programador:

- Experiencia y destreza técnica y administrativa.
- Como resultado del asesoramiento debe consignar observaciones.
- Flexibilidad para auditar de acuerdo a normas preestablecidas.
- Atento a sus conocimientos deberá tener una correcta evaluación y programación de las necesidades de acuerdo al medio geográfico y demográfico en que se desempeña.
- Formación técnica en organización, sistemas de información, sistemas contables y aspectos legales.

e) Independencia de Criterio:

- Aptitud elemental.
 - Criterio amplio y condiciones humanistas.
 - Ser constructivo y positivo en sus apreciaciones, ya que parte de su función radica en hacer sugerencias asesorar para mejorar los niveles de eficiencia en su organización.
-

f) Capacidad de Síntesis y Aptitud para comunicarse:

- Conocimiento del lenguaje, claro y conciso.
- Capacidad para hablar correctamente y escribir en forma precisa y objetiva, interesante e imparcial.
- Amplitud de criterio para comunicarse y discutir distintas opiniones con los profesionales, evitando llegar a conclusiones parciales.

g) Metodología en los Informes Finales:

- Para realizar informes finales objetivos y concretos se deberá conocer el proceso administrativo.
- Respetar el orden jerárquico al elevar los informes, siguiendo el proceso administrativo correspondiente.
- Emitir opinión sobre las medidas que la institución debe tomar una vez recibido el informe.
- Responsabilizarse con su firma en los informes que suscribe.

h) Otras cualidades y condiciones:

- Tener representatividad y liderazgo en odontología.
- Haber realizado cursos de las distintas especialidades.
- Conocedor de las posibilidades asistenciales del país y de los sistemas existentes.
- Alto nivel cultural y humano.
- Cinco años de ejercicio profesional como mínimo.
- Interpretar leyes, resoluciones, normas o reglamentos que hacen a su tarea específica.
- Participación en la elaboración de normas.

Algunos autores simplifican diciendo: Los auditores deben ser de mente abierta y juiciosa, poseer buen criterio, aptitudes analíticas y tenacidad. Tener habilidad para percibir situaciones en forma realista. Comprender operaciones complejas desde una perspectiva amplia. Cumplir con las normas éticas del auditor.

El auditor verificará y evaluará:

- 1) El cumplimiento estricto de normas reglamentarias vigentes por parte de prestadores como también de beneficiarios.
 - 2) Evaluará la calidad de las prácticas proporcionadas a los beneficiarios del sistema (propio o contratado).
 - 3) Asesorará a la superioridad en todo lo concerniente a la marcha de los distintos sistemas de atención (por arancel, capacitación, relación de dependencia o reintegro de gastos).
 - 4) Fiscalizará la correcta aplicación de los códigos odontológicos.
 - 5) Verificará el cumplimiento de las pautas contractuales (control de las prestaciones).
 - 6) Coordinará el archivo-fichero de los pacientes atendidos.
 - 7) Realizará la acreditación de los diferentes servicios y/o consultorios.
 - 8) Fiscalizará las altas/bajas de los materiales de los servicios propios.
 - 9) Responderá las consultas técnico administrativas provenientes de los servicios propios, centrales o de otras zonas del país.
 - 10) Asesorará a las diferentes instituciones o profesionales contratados para la correcta confección de las facturaciones.
 - 11) Atenderá reclamos de los afiliados disponiendo de los siguientes mecanismos:
 - Evaluación de la ficha
 - Citación del afiliado
 - AUDITORÍA conjunta en caso de contrato con instituciones
-

12) Efectuará las auditorías programadas de las facturaciones odontológicas presentadas por las diferentes zonas o regiones del país.

13) Ejecutará procedimientos de mediciones y control:

- Iniciará el control de calidad a través de la evaluación de fichas odontológicas.
- Continuará con el control de calidad a través de los informes estadísticos.
- Evaluará la planta física, recursos materiales, recursos humanos, organización y procedimiento del o los servicios propios (guía de evaluación).
- Aplicará indicadores de calidad, eficiencia, rendimiento, cobertura del universo, etc.
- Elevará el informe a la superioridad con el resumen de conclusiones de la auditoría efectuada.

Comportamiento del Auditor:

Una gran parte del ámbito emocional de la auditoría depende de la postura que adopte el auditor. Cada auditor debe tener muy claro que está tocando un ámbito muy sensible. A nadie le gusta que otros controlen su trabajo. Además, el auditor debe tener muy claro que no existe ninguna conversación, por objetiva que sea la naturaleza del tema, que pueda celebrarse sin el componente humano.

Durante la auditoría el auditor debe comportarse con estricta neutralidad. El tono de voz erróneo puede de por sí perturbar notablemente la relación entre auditor y auditado.

Hay que tener en cuenta que el auditor es un ser humano, y por lo tanto no está exento de error. Movilidad y flexibilidad son cualidades que debe poseer el auditor.

Si se necesita realizar una crítica la misma se realiza de la siguiente manera:

- No en forma personal
 - No en presencia de terceros.
 - No a través de terceros.
 - No por teléfono.
-

En síntesis, el comportamiento del auditor debería estar caracterizado por las siguientes cualidades:

- Atención sin límites.
- Amigable, interesado, abierto.
- Seguro de sí mismo.
- Objetivo.
- Sin juicios de valor (sin alusiones personales ni imputaciones).
- Repetir las constataciones y hacer que se confirmen.
- No discutir.

EL AUDITOR debe ser capaz de aplicar estos atributos con el fin de:

- Obtener y evaluar la evidencia objetiva en forma equitativa.
 - Permanecer fiel al propósito de la auditoría sin temores ni favoritismo.
 - Evaluar constantemente los efectos de las observaciones de auditorías e interacciones personales durante su labor.
 - Tratar al personal implicado en una forma que contribuya mejor a alcanzar el propósito de la auditoría.
 - Actuar con inteligencia y prudencia ante las convenciones nacionales del país en el cual la AUDITORÍA es ejecutada.
 - Desarrollar los procesos de auditoría sin desviaciones causadas por distracciones.
 - Dedicar atención y apoyo completos al proceso de auditoría.
 - Reaccionar en forma eficiente en situaciones difíciles.
 - Llegar a conclusiones generales aceptables basadas en las observaciones de auditorías.
 - Permanecer fiel a una conclusión a pesar de que haya presión hacia determinado cambio que no esté basado en una evidencia. Jaime Otero (Perú), refiere que el auditor odontológico se desarrolla en un campo de acción amplio y le competen distintas funciones, entre las cuales podemos identificar: análisis de la situación bucal de la población, elaboración de políticas de salud bucal, identificación de las necesidades y expectativas del usuario frente al servicio odontológico, análisis de la oferta odontológica, evaluación de servicios de salud, etc.
-

Funciones propias del auditor

- 1) Evaluación de la calidad, confrontando la atención dada con los principios y normas prefijados. Se establece un juzgamiento de la conducción del caso, de las estructuras involucradas y de los resultados obtenidos. Es decir, se ejerce un juicio profesional. Se efectúa en base a estándares de medición que proceden fundamentalmente de dos fuentes:
 - 2) De la práctica real, tratándose en este caso de promedios, tasas, estadísticas, obtenidas de un gran número de casos similares.
 - 3) De las fuentes que legítimamente establecen las normas de conocimiento y práctica en el sistema de atención predominante, usualmente libros de texto, publicaciones, paneles, etc.
 - 4) Verificación de las liquidaciones o facturas para determinar si las mismas son correctas o presentan anomalías, tales como errores de interpretación, adulteraciones, fraude, inclusión indebida de códigos, etc. esta tarea se ve facilitada por la confección de una red de normas que permite establecer qué códigos del nomenclador nacional corresponde aplicar, cuales están incluidos en el principal y no debe facturarse por separado, cuales no pueden facturarse por no tener relación con el diagnóstico o tratamiento efectuados.
 - 5) Elaboración o adopción de normas, y manual de procedimientos, para lo cual se necesita una información completa sobre técnicas y procedimientos probados y experimentados, que posibilite la aplicación de normas adaptadas a las condiciones del medio, que sean así mismo suficientemente plásticas como para dar lugar a nuevos procedimientos.
 - 6) Identificación de estándares de atención a fin de contar con índices de utilización que posibiliten en una segunda etapa medir desvíos y realizar las evaluaciones necesarias. Realizar el examen estadístico de las prestaciones.
 - 7) Estudio y valoración de nuevas técnicas y procedimientos odontológicos estableciendo su utilidad y los requisitos indispensables para su aplicación. Exige el análisis de equipamiento, tiempos operatorios, especialización de quien la realice, gastos que ocasione la práctica y amortización del capital invertido en el instrumental.
 - 8) Evaluación de programas. Se estudia accesibilidad, oportunidad, cobertura.
 - 9) Proponer reglas para afianzar el cumplimiento de las normas dispuestas.
 - 10) Intervenir en caso de quejas o reclamos de los pacientes.
 - 11) Aconsejar sobre contratos vigentes o por hacerse con otros prestadores de servicios.
 - 12) Informar las conclusiones de cada auditoría a las autoridades
 - 13) Elevar la memoria anual de las actividades en cada área.
 - 14) Educación continuada en servicio, perfeccionamiento y actualización.
-

15) Fiscalización en nuestro caso del trabajo odontológico (esto es una tarea de control con finalidad disciplinaria).

16) De acuerdo a nuestra legislación partícipe necesario para la atención de una parte importante de la población como son los pacientes afiliados a las obras sociales.

La Asociación Argentina de AUDITORÍA y Gestión Sanitaria (Informe SADAM) establece que las funciones propias del auditor pueden reducirse a dos:

A. Evaluación de calidad

B. Verificación de las liquidaciones.

Ambas explicadas en el párrafo anterior como 1) y 4).

Los criterios mínimos para la cualificación de los auditores son los siguientes:

- Educación (Estudios cursados).
- Formación (Formación como auditores).
- Experiencia (se habla según los distintos países de 4 o 5 años de ejercicio profesional)
- Cualidades personales.
- Aptitud para la gestión.
- Mantenimiento de la aptitud.
- Cumplir con las normas éticas del auditor.
- Certificación nacional de auditores

En algunos países como Colombia, por ejemplo, está reglamentada la Certificación Nacional de Auditores. Periódicamente se certifica a los auditores controlando que su actuación sea competente. El organismo nacional establece así mismo un mecanismo para permitir la eliminación pronta de la certificación de los auditores que no presenten un comportamiento apropiado, profesional, ético, está incorporado también un proceso de apelación.

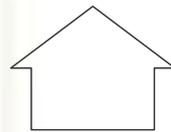
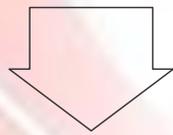
El desempeño no satisfactorio debe conducir a la pérdida de la certificación o a la participación en actividades de entrenamiento que mejoren el desempeño hasta alcanzar niveles aceptables.

Relación entre Bioética y Auditoría.

En la toma de decisiones en las profesiones relacionadas con la salud debemos analizar dos situaciones:

- En primer lugar los fundamentos científicos base de toda actuación profesional.
- En segundo lugar los fundamentos éticos y jurídicos relacionados con la profesión.

Fundamentos Científicos



Fundamentos Éticos y Jurídicos

Un profesional de la salud debe cumplimentar deberes y obligaciones de naturaleza ética y jurídica que se anexan a su obligación primaria de naturaleza científica: prevenir, diagnosticar, restaurar, curar, cuidar al paciente. Estas obligaciones le son impuestas a los profesionales de la salud y dentro de ellos al Odontólogo desde antes de celebrar el contrato que lo vincula en una relación profesional con el paciente, por la ética profesional llamada también deontología y por el ordenamiento jurídico. Recordemos aparte que todas estas obligaciones se reafirman en el pasaje del pregrado al grado cuando realizamos el juramento universitario.

Deberes éticos:

- De no hacer daño
- De beneficencia.
- Autonomía
- De respetar la dignidad del paciente.
- De prestar asistencia odontológica en forma adecuada.
- De continuar permanentemente su educación.
- De obrar con solidaridad, responsabilidad y humanismo

Obligaciones jurídicas:

- Obrar con ciencia y prudencia.
- De abstenerse de asegurar un resultado.
- De informar.
- Guardar el secreto.
- Denunciar las enfermedades infectocontagiosas.
- No realizar operaciones innecesarias.
- De ajustarse al saber científico, a la prudencia y a la ley, al prescribir medicamentos.
- De respetar la ley.

Obligaciones odontológicas de naturaleza administrativa:

- De confeccionar en debida forma la historia clínica odontológica.
- De extender en debida forma los certificados.
- De realizar como corresponde el pedido a los técnicos de prótesis para la realización de los trabajos.
- De fiscalizar a su personal auxiliar.

Obligaciones derivadas del contrato:

- De obrar disponiendo de los medios adecuados.
 - De obrar con diligencia, prudencia, pericia.
-

La auditoría presenta una serie de aspectos que tienen relación con la bioética, son los siguientes:

- Inquietudes acerca del tema confidencialidad.
- Consentimiento para usar los registros ya existentes.
- Interrogatorio a pacientes sobre temas sensibles.
- Problemas relativos a la necesidad de publicar.
- Obligación de prestar la mejor atención posible.
- Uso de metodología científica válida.

Otros autores sostienen que la revisión ética es necesaria también en otras circunstancias:

- Cuando participan terceros en la relación de datos.
- Cuando el trabajo tiene apoyo sponsors externos y la razón primordial es cumplir con las metas impuestas por el sponsor no las del profesional de la salud.
- Cuando se utilizan herramientas específicas cuya confiabilidad y validez no han sido comprobadas.
- Cuando participan terceros en la recolección de datos.
- Cuando la confidencialidad puede verse comprometida.

En todos los casos los odontólogos tienen bloqueo de título, lo que significa que están impedidos de atender en su consultorio a los pacientes de las entidades que auditan.

El auditor hoy integrante y participe necesario de acuerdo a nuestra legislación en los cuerpos administrativos de cualquier sistema de salud, ha ampliado su área de influencia mucho más allá de la clásica autorización de órdenes. Del análisis de correspondencia o no de ciertos procedimientos y/o prácticas a las contractuales estipuladas o de todos aquellos controles de facturación. Su papel se extiende en forma legal y solidaria, como corresponsable de la garantía de la calidad de la atención que el sistema sea cual fuese él, debe ofrecer.

No hay que esforzar mucho la imaginación para entender porque es el auditor, colocado como evaluador de las prestaciones necesarias o como garantía de las mismas, el que deberá en casos conflictivos autorizar, denegar u opinar sobre prácticas o procedimientos que hagan a la correcta atención de la salud y por ende a la calidad. Para poder responder debe recurrir a los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Con conocimiento de las normas de trabajo, con sentido común, claridad y fortaleza para asumir las decisiones.

Como profesional de la salud su decisión o elección más allá de los criterios de beneficencia, de normal eficiencia y de respeto por la dignidad del paciente. Esta es una dimensión ética que deberá asumir ubicado como está a manera de puente entre profesional y el paciente.

Legislación vigente

Marco legal de la auditoría

Todo profesional que ejecute tareas de auditoría necesariamente tendrá que conocer las normas leales atinentes a su quehacer. No se necesitan que sean jurisprudencias, pero si tienen la obligación de saber que tales normas existen y cuáles son los lineamientos generales contenidos en las mismas.

Normas legales como referencia

Estas son imprescindibles ya que son la única referencia que tendrá el auditor para establecer si están de acuerdo a las leyes de ejercicio profesional, las conductas de los profesionales cuya actividad evalúan.

Independientemente que pudiera existir opiniones desde el punto de vista odontológico, o administrativo, y la valoración final que deberá realizar el Poder Judicial si el reclamo se formaliza mediante demanda.

Fundamentación jurídica

Los profesionales tienen que saber cuál es la fundamentación jurídica e la cual basaran la aplicación de sus conocimientos y la evolución del tema de auditoría a través del tiempo en las sucesivas normas legales nacionales que han incluido en su

articulado la auditoría y/o el control de la calidad de las prestaciones odontológicas-asistenciales.

Legislación

Entre las primeras se destacan:

Ley 17132/67. Sobre normas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividades de colaboración.

Ley 18.045 (1969). “Art. 4º Los convenios se celebrarán entre las obras o servicios sociales y mutualidades y las entidades profesionales de mayor representatividad, debiendo cumplir con las siguientes condiciones generales. f) Fijar mecanismos de auditoría compartidos que aseguren el perfeccionamiento de los aspectos científicos y la fiscalización de las prestaciones”.

Ley 18483 (1969). “Art 3º. El poder Ejecutivo Nacional queda facultado para: ...d) Establecer las bases de un régimen de auditoría compartido de los servicios del sistema de fiscalización de las prestaciones y de las normas de trabajo técnicas y administrativas uniformes a las que deberán ajustarse los convenios”.

Ley 18610 (1970). Creación del instituto Nacional de Obras Sociales. Art 15º. Son obligaciones del instituto Nacional de Obras Sociales... d) Analizar, estudiar y evaluar periódicamente el desarrollo de las obras sociales.

Ley 18912 (1970). Dio origen a la comisión nacional de obras sociales. Fue la primera en incorporar en un texto legal la figura de la auditoría, cuando en su art 6 determina que los contratos entre entidades prestatarias y prestadoras deberán establecer mecanismos de auditoría compartida entre los contratantes, para evaluar la calidad de los servicios y propender al mejoramiento de sus niveles. Y en su artículo 10 dispone que el Organismo Paritario deberá “Determinar conceptos uniformes para establecer sistemas comunes de auditoría, de información y de evaluación de las prestaciones y las pertinentes normas técnicas y administrativas”.

Ley 19710 (1972). Estableció la Comisión Paritaria Nacional y el Registro Nacional de Prestadores. Establecer las bases de fiscalización y auditoría de las prestaciones y las normas técnicas para las mismas, y el sistema de acreditación y evaluación de servicios, conforme a las disposiciones y exigencias establecidas por los organismos técnicos competentes, así como también los procedimientos administrativos que regularan a relación entre las partes.

Ley 22269 (1980). Art 68. Las sindicaturas y AUDITORÍAs creadas por disposición legal o reglamentaria en las obras sociales se organicen de conformidad con las normas de la presente.

Ley 23360 (1989). Creación del A.N.S.S.A.L Como ente de control y coordinador de las obras sociales.

Ley 23661 (1989). Art 2. La ley expresa que el seguro tendrá como objetivo el otorgamiento de prestaciones de salud deben ser igualitarias, integrales y humanitarias, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y garanticen a los beneficiarios la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva.

Decretos Reglamentarios:

Programa Médico Obligatorio. P.M.O.

Fiscalización de contrataciones celebradas.

Creación del Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.

Creación de Superintendencia de Servicios de Salud.

Registro Nacional de Prestadores.

Detallar los programas de prevención.

Utilización de tecnología apropiada.

Evaluación Periódica de control de eficiencia.

Decreto 1089/2012. Reglamentación de la Ley Nº 26.529, modificada por la Ley Nº 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO VI

ECONOMÍA ODONTOLÓGICA

LEGAL

ECONOMÍA ODONTOLÓGICA

El ejercicio de la Odontología requiere, además de la ciencia y la destreza manual. la aplicación de una serie de conceptos y herramientas de ciencias socioeconómicas, como la administración, gerencia, marketing, psicología, ciencias de la comunicación, derecho y otras que facilitan el quehacer odontológico y permiten alcanzar mejores resultados profesionales, sobre todo en un ejercicio profesional con mercado dental altamente competitivo como en el que nos toca actuar. El objetivo de su estudio es lograr un consultorio, centro o clínica dental organizado y eficiente.

El significado de la palabra economía proviene del latín “oikos” casa y “nomos” ley y gobierno, administración. Significa el arte de gobernar bien una casa o dicho con términos específicos: al arte de administrar nuestro patrimonio.

De acuerdo a Mendez Ribas, uno de los pioneros de la Economía Odontológica, *“Economía Odontológica son las normas que tratan de conducir al Odontólogo al éxito profesional”* (1949). En el ejercicio profesional intervienen dos personas principales: el odontólogo y el paciente, cuyas relaciones deben armonizar; y una tercera persona invisible, la Economía Odontológica, que está presente en todo momento regulando y complementando nuestra actividad en el consultorio. En nuestra actividad profesional son fundamentales el trabajo consciente, el amor a la profesión, la vocación, la capacitación permanente, la adecuada recepción, correcto examen, diagnóstico, y la orientación del tratamiento, la organización administrativa, y hasta la elección del lugar apropiado para instalarse.

El odontólogo sin conocimiento camina hacia al fracaso; si no ama su profesión, trabaja amargado; mal instalado no puede trabajar eficientemente, se cansa; sin organización malgasta su tiempo; sin normas de contabilidad derrocha su dinero; imprevisor no logra el retiro necesario para vivir.

Para Friedenthal, *la economía Odontológica es la ciencia y el arte de ejercer la profesión* (1955).

La economía Odontológica nos enseña la importancia que implica contar con una adecuada organización y administración de nuestra unidad económica (el consultorio) a lo largo de todo nuestro ejercicio profesional.

La producción de servicios, que en el caso de nuestro ejercicio profesional está representada por las prestaciones, se realiza mediante el aporte de capital y trabajo. Al capital lo conforma la infraestructura o capacidad instalada, consultorio, instrumental, equipamiento; y al trabajo nuestra actividad personal y la de nuestros colaboradores.

Capital, Trabajo y Producción configuran nuestra oferta de servicios. Los destinatarios de estos servicios son los pacientes que constituyen la demanda.

Resulta claro interpretar que el objetivo de la Economía Odontológica es lograr una prestación odontológica adecuada y eficiente, que aparte de cubrir una necesidad de la población permita al odontólogo la obtención de un honorario justo y óptimo para cubrir sus propias necesidades y expectativas de vida.

Economía Odontológica es el arte de racionalizar el trabajo de manera de brindar mejor atención a la mayor cantidad posible de pacientes, con el menos esfuerzo obteniendo mayores ingresos.

El estudio de la Economía Odontológica, nos permite gestionar el consultorio odontológico, decidir cómo atender a los pacientes, cómo distribuir el tiempo de trabajo, cómo cuidar nuestra salud, cómo administrar nuestras finanzas, etc.

El Consultorio como Empresa:

En la Organización y Administración del consultorio existen diferentes áreas a considerar:

1. ESTRUCTURA FÍSICA Y EQUIPAMIENTO

- a) Ergonomía
- b) Bioseguridad
- c) Planeamiento arquitectónico: planta física y equipamiento

2. BASE DE DATOS

- a) Sistema de Computación especializado en odontología
 - b) Historia Clínica
 - c) Consentimiento Informado
 - d) Ficha Catastral
 - e) Fichas de especialidades
-

3. EL PACIENTE

- a) Pacientes nuevos
- b) Pacientes en tratamiento
- c) Pacientes dados de alta, desactivados o pasivos

4. LAS AGENDAS / LOS HORARIOS

- a) Turnos
- b) Recitación de pacientes
- c) Visitas de control y para mantenimiento preventivo

5. IMAGEN DEL CONSULTORIO EMPRESA

- a) Imagen gráfica: el logo y sus aplicaciones
- b) Papelería y piezas internas y externas
- c) Marketing interno y externo

6. LOS NÚMEROS Y LAS LEYES

- a) Economía y finanzas de la Empresa
- b) Análisis de los Costos
- c) Análisis de los Honorarios (rentabilidad por prestaciones)
- d) Cuentas a cobrar
- e) Asesoramiento jurídico-contable y laboral

Marketing

Si queremos traducir la palabra marketing al castellano vamos a encontrar numerosas acepciones tales como mercadotecnia, mercadeo o comercialización. Ninguno de estos términos llegó a imponerse por la costumbre.

El marketing se define como: *“El conjunto de actividades que tiene por objetivo satisfacer las necesidades de nuestros pacientes potenciales y actuales”.*
(Mario Utrilla Trinidad).

“Una exploración y un nuevo enfoque de cómo ejercer la odontología en nuestro medio.” (Miguel Ponce).

Se trata de una metodología de trabajo aplicable a cualquier tipo de empresa pública o privada. Que engloba toda una filosofía de servicio.

La Razón de ser del Marketing: es orientar la organización empresarial, nuestro consultorio, hacia las necesidades y deseos del mercado.

Los objetivos del Marketing son:

- a) Descubrir las necesidades, temores y preferencias de los consumidores.
- b) Planear o desarrollar un producto para satisfacer esas necesidades.
- c) Determinar la mejor manera de establecer el precio (honorarios profesionales), promover (campañas educativas y preventivas) y distribuir ese servicio (ejercicio de la profesión con proyección social).

La odontología es una profesión del área de los servicios de salud y tiene necesariamente relación con el marketing, relación que se origina y se presenta cada vez que una unidad social intenta intercambiar algo de valor con otra unidad social. (OrillacRaul).

Una de estas unidades sociales es la población del país y la otra unidad social es el mundo de la odontología, constituida por los odontólogos y por los servicios profesionales que la sociedad necesita. Como el marketing, también conocido como mercadotecnia, consiste en aquellas actividades necesarias para hacer posible este intercambio, la Odontología es una profesión inmersa directamente en el mundo de esta ciencia social.

Los profesionales ofertamos nuestra ciencia y todo aquello que estamos capacitados para ejecutar en beneficio de la salud de las personas, y éstas a su vez demandan nuestros servicios cuando tienen necesidad de ellos.

Es un sistema integral de actividades diseñado para planear, fijar precios, promover y distribuir bienes y servicios que satisfagan las necesidades de los clientes actuales y potenciales. Su ventaja es aumento de la eficiencia y productividad.

Es una actividad social y administrativa que facilita a los individuos y grupos que obtengan lo que necesitan y desean al intercambiar productos y servicios por valores, identificando las necesidades de los pacientes de tal modo de poder satisfacer las expectativas de la demanda. Por lo general los textos

clásicos dicen que esto se consigue concentrándose en las cuatros P del marketing.



Producto: podemos tener en venta un producto o un servicio. Son productos las cosas tangibles que se ven, se palpan, se tocan: una silla, una mesa, etc. Son Servicios las cosas intangibles como por ejemplo una consulta odontológica, una consulta médica, etc. Todos los productos o servicios están realizados para satisfacer alguna necesidad. Los servicios o prestaciones, pueden ser: de naturaleza tangible y dirigidos a las personas (salud, belleza, transporte, restauración), o tangibles y afectar a los bienes físicos de aquellas (reparación, lavandería, veterinaria, etc); y de naturaleza intangible y dirigidos a las personas (educación, radio, información, etc) e intangibles pero dirigidos a los bienes de aquellos (bancarios, financieros, etc).

El secreto está en comprender qué necesidad de la población puedo yo satisfacer con un producto o servicio. Las nuevas estrategias de lanzamiento de un producto ya no se basan en sus características físicas, sino en la imagen que el consumidor se forja de él mediante la personalización del producto (Josep Chías Suriol)(2).

Diferencias entre productos y servicios. Aunque algunos servicios se prestan sobre personas o bienes físicos, la intangibilidad es básica para la definición e imagen del producto: existe, no obstante, un soporte e infraestructura de carácter tangible para la prestación del mismo. Otro aspecto diferencial es el grado de contacto personal que se necesita para su prestación y que incluye en la definición del producto las características personales del prestador y del usuario del servicio, que se convierten en un elemento básico para valorar la calidad del mismo.

La marca del producto. El principal elemento definidor de los caracteres psicosociales es la marca del producto, porque es justamente a través de ella como el consumidor (nuestro paciente) llega a identificarla y es a menudo el elemento básico para su diferenciación. La marca sirve para dar nombre y apellido a un producto, a la vez que ofrece garantías al consumidor sobre su calidad, y efectividad, ya que en ella se ha comprometido el prestigio. La marca se especifica mediante un nombre, término, símbolo, signo, logo, diseño o combinación de los mismos, cuyo objeto es identificar los servicios de un prestador o grupo de prestadores y diferenciarlos de los de las firmas de la competencia.

Plaza: es el lugar donde los consumidores entran en contacto directo con los productos o servicios.

Promoción: es despertar el interés en la población para que descubra el producto o servicio prestado, lo pruebe y lo adquiera. La enorme complejidad que presentan los mercados dentro de los actuales mecanismos de funcionamiento de la economía de libre empresa obliga a elegir cuidadosamente la forma de promoción de cada producto y los distintos caminos que puede seguir hasta llegar al consumidor. Ante la intensa competencia que se debe afrontar, la utilización de sistemas y canales de promoción ya existentes más adecuados al producto que se desea ofrecer, es una de las decisiones clave para el éxito de la empresa profesional. (José M. Veciana Vergés) (4).

Precio: es la expresión de un valor. El valor de un producto depende de su grado de utilidad para el consumidor, de su calidad y de la imagen que transmite creada mediante publicidad y promoción, de su disponibilidad y del servicio que acompaña a dicho producto. Es un elemento importante a tener en cuenta a la hora de elegir determinado servicio. Es la estimación por parte del prestador del valor que todo este conjunto tiene para los consumidores potenciales (pacientes), teniendo en cuenta las otras opciones que los usuarios tendrán para satisfacer la misma necesidad del producto. La determinación del precio de un producto es una de las tareas más complejas del marketing. El valor que el cliente otorgue al producto representará el techo máximo al que se puede ofrecer, mientras que los costos relevantes determinarán el nivel mínimo. La competencia, que exige un esfuerzo de diferenciación del producto para asegurar la clientela, y las restricciones legales son elementos básicos del precio (José A. Segarra Torres)(3).

Promoción:

Constituye el mayor desafío de la historia de la comunicación humana en las sociedades modernas, irrumpiendo con inusitada fuerza, alcanzando con sus mensajes los rincones más apartados del planeta. La rápida conquista del espacio geográfico ha supuesto también la invasión y la interpenetración en campos afines, e incluso en disciplinas más alejadas de la comunicación entre las personas.

Es un campo tan vasto que se solapa con muchas otras disciplinas, como la economía, sociología, creatividad y diseño, estadística, marketing, investigación motivacional, propaganda política y un amplio etcétera (Luis Bassat) (5).

El comportamiento del consumidor

La conducta del consumidor es muy compleja y variada, pero el conocimiento de las motivaciones, conscientes o inconscientes, que subyacen al proceso de la toma de decisiones de compra se ha convertido en un pilar fundamental de toda estrategia de marketing, porque las investigaciones en este terreno aportan los elementos cruciales para acertar en el concepto del producto, en la atracción y la fidelidad de los clientes, siempre cambiante, y, en definitiva, en el éxito empresarial (Jagdish N. Sheth, Dennis E. Garret) (6).

Estudio de Mercado: Mercadotecnia

Trata de una filosofía de comportamiento empresarial que abarca todas las áreas y a todo el equipo de trabajo del consultorio.

Es un conjunto de actividades que se inicia con la detección de necesidades y que termina con la satisfacción de ellas.

No es solo publicidad como suele creerse.

Una de las decisiones cruciales que debe tomar cualquier empresa es elegir correctamente el mercado al que va a ofrecer sus servicios. Cuando la elección es acertada, se satisface una necesidad real y se cumple el objetivo económico-social que justifica la existencia de la entidad. Pero si la decisión resulta errónea, será muy difícil modificar sin trauma esta variable fundamental de la estrategia comercial de toda empresa, pues es más fácil modificar el presupuesto publicitario o la calidad de los servicios que cambiar el mercado (Vicente Font Pascual, 1991).

La mercadotecnia tiene dos facetas: la primera es una filosofía, una actitud perspectiva u orientación administrativa que pone énfasis en la satisfacción del cliente, en nuestro caso el paciente. La segunda consiste en la serie de actividades que se utilizan para implantar esa filosofía.

Las estrategias de mercadotecnia están basadas en la información que se pueda dar sobre los servicios que se ofrecen:

Pasos:

1. Identificar las necesidades de los clientes potenciales.
2. Diseñar una estrategia de servicio para satisfacer esas necesidades.
3. Analizar su ubicación con respecto a sus potenciales pacientes.
4. Transmitir la información acerca de los servicios a través de medios que resulten convenientes, respetando siempre los códigos de ética y reglamentos vigentes.
5. Planificar la imagen del Consultorio.
6. Desarrollar habilidad para comunicarse.
7. Fidelizar a los Pacientes

Por muy diversas razones todos los profesionales de la salud debemos entrenarnos permanentemente en las diversas áreas de administración y marketing, por ser nuestro consultorio una empresa, que está ubicada en el área de la prestación de servicios de salud.

Ventajas del marketing dental

- 1) Aumenta la eficiencia y la productividad
- 2) Actualiza el conocimiento para el mejor desempeño de las labores profesionales
- 3) Beneficia la imagen del profesional odontólogo
- 4) Difunde conocimientos al paciente y permite el fácil acceso al servicio profesional

Fundamentos del Marketing Dental

El marketing ofrece muchas oportunidades de aumentar el rendimiento de consulta profesional, permitiendo:

1. Distinguir su consulta de la competencia
 2. Comunicarse mejor con el paciente
 3. Aumentar la visibilidad profesional sin avisos de publicidad
 4. Mantener contacto con los pacientes y lograr que éstos refieran más pacientes sin que el profesional lo solicite
 5. Establecer honorarios profesionales adecuados sin temor a la competencia.
-

Marketing Interno y Marketing Externo

Marketing Interno: Comprende todas las actividades que se realizan dentro del consultorio para dar la mejor atención posible y conservar a los pacientes que han acudido en demanda de nuestros servicios. Se refiere a las actividades profesionales y el modo en que se realizan. Está orientado al mantenimiento y fidelización de los pacientes ya conquistados.

El activo más importante de un consultorio dental son nuestros pacientes actuales.

Algunos libros de marketing dan los siguientes consejos para poder llegar a los pacientes:

1. Pregunte a sus pacientes por sus hijos y demás familiares. Demuestre que se interesa por ellos.
2. Muestre interés por las actividades que realizan en su tiempo libre.
3. Interésese por el puesto de trabajo que ocupan sus pacientes.
4. Mantenga en buen aspecto físico el equipamiento y aparatología.

Imagen Personal: el marketing empieza por nosotros mismos. Es importante:

1. Cuidar la imagen que proyectamos en los demás
2. Cuidar la higiene y aseo personal escrupuloso
3. Cuidar el lenguaje y tono empleado
4. Generar confianza en los pacientes
5. Brindar buen trato
6. Mantener buena comunicación
7. Establecer relación de empatía
8. Sonreír
9. Guardar respeto y consideración hacia el paciente
10. Comprender al paciente, tratar de entender sus necesidades.
11. Poseer conocimiento y habilidades necesarias para las tareas a realizar
12. Capacitarse y actualizarse permanentemente

El marketing Externo comprende todas las actividades que se realizan en el exterior del consultorio con el objeto de conseguir nuevos pacientes.

Se pueden utilizar circulares, anuncios, publicidad, notas de salutación, publicaciones de trabajos, conferencias; organizar y participar en eventos sociales y culturales, etc.

Los anuncios y la publicidad están regulados por los códigos deontológicos y las leyes de ejercicio profesional. Tenerlos en cuenta antes de efectuarlos.

Marketing Interactivo: se refiere a la relación dinámica con objetivos comunes que debe existir entre el profesional, los pacientes y el personal asistente.

Jaime Otero dice: Marketing interno + Marketing externo + Marketing interactivo= Éxito Seguro

¿Utilizar Marketing en una profesión de la salud es Ético?

Toda acción de marketing que se realice deberá respetar la profesión, a los colegas, a los pacientes y sobre todo a uno mismo.

El marketing será ético cuando se lo practique con un fin positivo, correcto y moralmente aceptable; y no lo será cuando el fin perseguido sea incorrecto e inmoral.

Benchmarking

El concepto de benchmarking no tiene traducción exacta, se refiere al proceso por el cual una empresa compara su desempeño con otras. La idea es tomar el ejemplo de las compañías líderes e imitar el desarrollo de una o de todas sus funciones.

Otro grupo empresario lo define como "El proceso continuo extensivo a todas las funciones de la compañía que mide nuestros productos, servicios y formas de actuación con respecto a los de nuestros mejores competidores y/o los de aquellas empresas que son reconocidas como líderes". "Es la búsqueda de las mejores prácticas en la industria con el fin de conseguir el nivel de excelencia".

El benchmark aporta una visión de lo que es posible; una comprensión de lo que se puede conseguir y una meta a la que aspirar y que se debe superar.

Constituye una de las más modernas y eficaces herramientas de aprendizaje y perfeccionamiento en cualquier de las disciplinas, tareas o emprendimientos encarados o por encarar por el hombre actual ya sea profesional o empresario,

orientado en el camino de la competencia hacia los componentes de la eficiencia: calidad - costo.

Nació como una necesidad del entorno industrial moderno, obligado al éxito competitivo por un imperativo de la subsistencia en el mercado. Así se convirtió en una herramienta estratégica con miras al perfeccionamiento del proceso creativo propio de cada actividad de producción o de servicio necesitada de nuevos horizontes, nuevas claves en el mundo de los emprendimientos.

Su paso inicial debe ser la autocrítica orientada a investigar la consistencia, debilidad o fortaleza de cada eslabón de la cadena que constituye el sistema de trabajo para poder realizar un diagnóstico que nos permita ver con claridad la raíz de las dificultades que se oponen al mejoramiento continuo.

Diagnóstico de Situación:

- ¿Dónde está el problema?
- ¿En la calidad de los recursos humanos?
- ¿En el tipo de equipamiento?
- ¿En la tecnología utilizada?
- ¿En el Diseño?
- ¿En el management?
- ¿En el Marketing?

Nada puede permanecer invariable en un mercado complejo y altamente competitivo. Por eso es esencial la gimnasia creativa, búsqueda de una salida que permita eludir el estancamiento en el tiempo y en las formas del proceso de servicios. No mejorar cada día es permanecer en la rutina, es perder posiciones novedad que ha de diferenciarnos, el detalle que implique o señale la preocupación por ser mejor.

Relación paciente profesional

Desde el punto de vista jurídico la relación paciente profesional, es contractual porque deriva de un contrato, basado en lo contemplado en nuestro Código Civil.

Podemos definirlo como un contrato nominado de locación de servicios, consensuado, bilateral, oneroso, generalmente verbal y expreso (arts. 1251, 1252, 259, 966, 967 CCCN).

La palabra contrato expresa algo formal y generalmente interpretamos como algo que está escrito. La cátedra prefiere decir que la relación paciente-profesional es un trato profesional. Entendiendo que trato es un acuerdo entre dos partes donde hay buena disposición y en la cual, la única garantía que existe es lo expresado por las mismas.

Los nuevos modelos prestacionales:

En Argentina: 1) Sector Público, 2) Sector de Obras Sociales. 3) Sector Privado. 4) Seguros Privados (Prepagas).

Gestión y Administración en Salud:

La actual complejidad de los sistemas de salud y su vertiginoso proceso de transformación, imponen la necesidad de reformar las estructuras y procesos de gestión de los mismos, a los fines de garantizar la optimización de los recursos, para el logro de los objetivos, mediante la identificación, el análisis y la discusión de los problemas, la búsqueda de soluciones, la selección de las mejores alternativas, y la conversión de las decisiones, la selección de las mejores alternativas, y la conversión de las decisiones en acciones afectivas.

Gestionar según el diccionario de la Real Académica Española de la lengua es "hacer diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera".

"Planificación, organizativa y disposición de recursos- humanos y materiales- con vistas a la obtención de resultados. Son cuatro los elementos básicos de la gestión: planificación y organización por una parte, e información y control por otra.

Administración en Odontología

Ciencia que permite al Odontólogo ejercer adecuadamente su profesión, con orden, estudio, honestidad y esfuerzo para ponerla al servicio de sus pacientes y de él mismo. Administrar es prever, organizar, mandar coordinar y controlar.

Las etapas del Proceso Administrativo (Jaime Otero)

Prevención

¿Qué puede Hacerse?

Planificación

¿Qué se va hacer?

Organización

¿Cómo se va hacer?

Integración

¿Con qué se va hacer?

Dirección

Ver que se haga

Control

Cómo se ha realizado

Organización del consultorio.

Recepción del Paciente: es el punto inicial en el trato profesional, razón por la cual adquiere gran significación y va a estar dada según las circunstancias derivadas de la organización que se haya previsto, por el Odontólogo en forma directa o indirecta (comunicación telefónica o por los auxiliares) Importancia de la Recepción: Crear una favorable impresión inicial a los efectos de que la relación paciente profesional sea óptima. Una recepción defectuosa, produce pérdida inicial del paciente y por consiguiente disminución de la clientela.

El esfuerzo necesario para crear una sensación de calidez y de bienvenida hacia el paciente cuando llega a su consultorio es ampliamente recompensado al minimizar las consecuencias de la aversión generalizada de ir al consultorio del Odontólogo. Ojo no tenemos una segunda oportunidad para causar una buena primera impresión.

Examen: es la indagación y observación por los sentidos solos o auxiliares de instrumentos, de las modalidades y circunstancias de una parte u órgano, con el objeto de diagnóstico especialmente. Este puede ser parcial, total o completo. En una profesión de la salud el examen debe ser completo.

Los requisitos para un examen correcto son:

- a) Conocimientos sólidos**
- b) Tiempo necesario**
- c) Completo y minucioso**
- d) Ordenamiento adecuado**

El resultado de nuestro examen será documentado en la Historia Clínica y en la Ficha Catastral Odontológica, registrando todos los antecedentes valiosos, tanto los observables como los derivados del interrogatorio y de los estudios realizados.

El paciente después de nuestra atención tiene que pensar que nunca nadie le había realizado un examen tan completo.

Una vez realizado el examen del paciente estamos en condiciones de hacer el DIAGNÓSTICO (acto esencial del Odontólogo por el cual se distingue una patología de otra). El diagnóstico es uno, el correcto. Nuestro diagnóstico se

basa en todo lo visto, comprobado por los medios correspondientes, y analizado, en el examen.

PRONÓSTICO: Son síntomas o signos que nos permiten prever el curso de una enfermedad. Es el valor decisivo que nos va a orientar hacia un determinado tratamiento. Por último definimos, **TRATAMIENTO** como el acto de síntesis mental donde se resume todo lo recogido en el examen, diagnóstico y pronóstico.

Para un caso determinado pueden existir varias soluciones acordes al criterio profesional. No hay reglas fijas, pero se deben tener en cuenta las normas de orden ético y las consideraciones psicológicas y socio-económicas del paciente.

El análisis de estas consideraciones, será lo que decida la elección del tipo de tratamiento, que se propondrá como el adecuado para ese caso en particular. Frente al paciente, el profesional hará el análisis del caso de acuerdo a sus conocimientos, capacidad y adecuación a las necesidades del paciente. Informará lo mejor para el caso a tratar, proponiendo y aconsejando al paciente, quien en última instancia decidirá la elección del tratamiento a realizar.

Siempre un plan de tratamiento debe estar basado en los deseos y necesidades del paciente. Todo lo expresado debe quedar registrarlo en la Historia Clínica.

REGISTRO DEL PACIENTE: Para el registro del paciente, repetimos, nos valemos de la historia clínica y el odontograma. Se registra en ellos el estado actual de la boca del paciente cuando concurre a la primera consulta. Se consignan sus datos personales (nombre, apellido, domicilio, etc.), sus antecedentes clínicos (anamnesis), el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento aconsejado, y el consentimiento informado.

Para la atención de pacientes de Obras sociales existe una disposición nacional. Registro unificado del paciente. Papelería única resolución 719/85 (Ficha Catastral). Esta medida es para unificar criterios en todo el país.

FICHA CATASTRAL ODONTOLÓGICA: es un documento que posee generalmente un sistema de notación, un esquema dentario, el odontograma, que está destinado a consignar datos de interés odontológico, datos principales y accesorios (nombre, fecha de nacimiento, etc.) datos de la anamnesis y pautas para efectuar el registro de las prestaciones, tratamientos y análisis indicados.

La HISTORIA CLÍNICA ODONTOLÓGICA tiene importancia desde distintos punto de vista:

ECONOMÍA

**Control de nuestros ingresos,
Organización**

DENTAL

CIVIL

Cobro de honorarios, Mala Praxis

PENAL

**Identificaciones, casos de Mala
Praxis**

LABORAL

**Contratos con Obras
Sociales, Accidentes.**

CIENTÍFICO

Epidemiología, Estadísticas, etc.

REQUISITOS DE LA FICHA:

- a) Fácil de manejar y conservar, que permita su manipuleo sin deterioro
- b) Breve pero que contenga todos los datos necesarios
- c) Tamaño adecuado
- d) Un sistema de notación, odontograma, referencias
- e) Dos caras: anverso y reverso
- f) Lugar para la Anamnesis

CLASIFICACIÓN DE FICHAS:



FICHA CATASTRAL: se utiliza para la facturación de prestaciones realizadas a pacientes de obras sociales con la finalidad de unificar criterios de registro y confección y modalidades de trabajo. Fue impuesta por resolución N° 719/85 del INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales).

CATASTRO: es el relevamiento de datos sobre el estado actual de la boca del paciente, en el momento de la primera consulta y previa a la iniciación del tratamiento.

Asimismo es un registro oficial de la firma del paciente y del profesional responsable del tratamiento.

La ficha catastral tiene en el ANVERSO:

- a) Logotipo de la Entidad Profesional
- b) Datos de la Entidad Primaria – Obra Social
- c) Mes – Año
- d) Apellido y nombre del paciente - Credencial
- e) Apellido y nombre del odontólogo - N° de Matricula Profesional
- f) Detalle de las prestaciones realizadas
- g) Conformidad del paciente
- h) Cantidad de RX adjuntas
- i) Observaciones
- j) Domicilio donde se realiza la prestación
- k) Firma y sello del Profesional

REVERSO:

- a) Datos de identificación del afiliado
- b) Odontograma: dentición permanente y primaria
- c) Referencias
- d) Reservado Obra Social
- e) Lugar para Observaciones

Por convención, se debe marcar en el odontograma:

ROJO

- Prestaciones Preexistentes
- Elementos ausentes (por exodoncia ó por otra causa)

AZUL

- Prestaciones a Realizar

Nomenclador Nacional de Prestaciones Odontológicas

Es un listado de prestaciones odontológicas posibles de realizar.

Nomenclador Nacional: Ordenamiento de prácticas y normas generales y particulares ordenadas por capítulos y codificadas.

La Confederación Odontológica de la República Argentina (C.O.R.A.) define al Nomenclador Nacional de Prestaciones odontológicas como " *la enumeración, codificación y registro de los actos profesionales inherentes a la Odontología y que sustentan su ejercicio en la forma, modo y técnica que exige el nivel universitario*".

Se pretende que este nomenclador se convierta en un documento con fundamento científico y clara orientación preventiva, capaz de reflejar con exactitud la realidad de la práctica odontológica actual, convirtiéndose en una herramienta idónea, ágil y certera para nuestra vinculación técnica y contractual con el sistema de seguridad social y que sirva además para ir elevando paulatinamente la imagen de la profesión ante la sociedad a través de una revalorización de la verdadera concepción humana, científica y artesanal que identifica y destaca claramente a la odontología entre las demás profesiones de la salud.

La base que tomamos es el nomenclador propuesto por la Superintendencia de Salud de la Nación para las obras sociales y sistemas prepagos.

Está dividido en 10 capítulos que se refieren a las distintas especialidades odontológicas y las prestaciones están codificadas donde el nombre de las mismas ha sido reemplazado por un número a los efectos de facilitar su identificación y el llenado de las fichas. El nomenclador se completa con las normas de trabajo (generales y particulares) para cada práctica de cada capítulo.

CAPÍTULO I: 0100 CONSULTAS

CAPÍTULO II: 0200 OPERATORIA

CAPÍTULO III: 0300 ENDODONCIA

CAPÍTULO IV: 0400 PRÓTESIS

CAPÍTULO V: 0500 PREVENCIÓN

CAPÍTULO VI: 0600 ORTODONCIA

CAPÍTULO VII: 0700 ODONTOPEDIATRÍA

CAPÍTULO VIII: 0800 PERIODONCIA

CAPÍTULO IX: 0900 RADIOLOGÍA

CAPÍTULO X: 1000 CIRUGÍA

NOMENCLADORES

- Nomenclador INOS (Instituto Nacional de Obras Sociales)
- Nomenclador FACO (Federación Argentina de Colegios Odontológicos)
- Nomenclador de CORA (Confederación Odontológica de la República Argentina)
- Nomenclador Propio de cada Obra Social

En Córdoba, cuando se atiende a pacientes particulares se utiliza el Nomenclador del Colegio Odontológico (FACO) y cuando se debe facturar las prestaciones realizadas a pacientes de obras sociales se utilizan los nomencladores de cada obra social que están en concordancia con el Nomenclador de CORA (de quien forma parte la Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba).

**PARA EL EJERCICIO LIBERAL DE LA PROFESIÓN SE UTILIZA EL
NOMENCLADOR DEL
COLEGIO ODONTOLÓGICO.**



ARANCELES

Normas de trabajo para la atención odontológica.

Decreto ley 885 – Resolución 125/86

Estas normas, determinadas previamente, y redactadas en un instructivo, establecen las condiciones sobre las cuales se debe atender al paciente y realizar las diferentes prácticas.

Tanto las normas de trabajo como el nomenclador nacional son habitualmente determinadas por el

Ministerio de Salud y reguladas a través de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Programa Médico Obligatorio (PMO)

El Decreto 492/95 es el que avanza significativamente hacia la implementación de un programa médico general de cumplimiento uniforme y obligatorio para todas las obras sociales, haciendo inminente su elaboración. La citada norma determinó que los beneficiarios de los agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (SNSS) comprendidos en el artículo 1° de la ley 23.660, tendrán derecho a recibir las prestaciones médicas asistenciales que se establezcan en el programa médico-asistencial que será aprobado por el entonces MS y AS a través de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria. Dicho programa se denominará Programa Médico Obligatorio (PMO).

Fue la Resolución N° 247 /96 la que aprobó la primera versión del referido PMO, estableciendo el Programa Mínimo de Prestaciones y Prácticas Médicas obligatorias que debían otorgar a los agentes del seguro de salud. Prestaciones médicas a que tienen derecho todos los beneficiarios de la seguridad social, privilegiando la prevención y la promoción de la salud y el libre acceso solidario e igualitario, a las prestaciones de salud.

El Programa Médico Obligatorio (PMO) es una canasta básica de prestaciones a través de la cual los beneficiarios tienen derecho a recibir prestaciones médico asistenciales. La obra social debe brindar las prestaciones del Programa Médico Obligatorio (PMO) en cualquiera de sus planes, y otras coberturas obligatorias, sin carencias, preexistencias o exámenes de admisión.

Posteriormente, se dispuso por intermedio de la Ley 24.754/97 que las entidades de medicina prepaga debían otorgar a sus asociados "Idéntica Cobertura Mínima Obligatoria" que las brindadas por los agentes del seguro de salud a sus afiliados; es decir, las contenidas en la resolución 247/1996.

Finalmente la Resolución 201/2002 aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE) integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los agentes del seguro de salud.

En definitiva, el PMO organiza el conjunto de prestaciones médicas-asistenciales ineludibles que mínimamente deben brindar las obras sociales nacionales y las empresas de medicina prepaga.

Niveles de atención en odontología

- **PRIMER NIVEL:** Odontología preventiva. Se incluyen en el primer nivel: campañas de prevención. Campañas de educación para la salud bucal. Fluoración de las aguas.
- **SEGUNDO NIVEL:** Consulta, consulta de urgencia, examen diagnóstico y plan de tratamiento. Operatoria dental, obturación, reconstrucción, restauración. Endodoncia sin obturación. Odontología preventiva: detección de caries, control de placa bacteriana,

enseñanza de técnicas de higiene bucal. Ortodoncia y ortopedia funcional (requiere autorización de la Obra Social, debiendo cumplimentar los requisitos sin normas del nomenclador nacional). Odontopediatria (ídem anterior). Periodoncia: ficha periodontal, plan de tratamiento. Radiología. Cirugía.

FACTURACIÓN A OBRAS SOCIALES

Facturación: acción y efecto de facturar.

Conjunto de operaciones contables que comprenden, en nuestro caso, la elevación al cobro de las prestaciones de servicios efectuados a pacientes de Obras Sociales respondiendo a una organización instrumentada por Federación Odontológica (CBA).

Si no pertenecemos al padrón de prestadores de Federación Odontológica y decidimos firmar convenios individuales, las condiciones, modos o formas de realizar la facturación será establecida por cada entidad con la que firmemos convenios.

Para poder ingresar al padrón de prestadores de Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (entidad de 2º grado), el odontólogo debe primero ser socio de un círculo odontológico (entidad de 1º grado).

Para la facturación a obras sociales se requieren de los siguientes elementos:

Ficha catastral

Denominación dada a la ficha utilizada por las obras sociales, para realizar el catastro de pacientes.

- 1) constituye una primera etapa del trámite administrativo que debemos efectuar para atender por Obras Sociales
- 2) relevamiento del estado de la boca del paciente al iniciar el tratamiento.
- 3) certificación del estado bucal en el momento de la primera consulta.
- 4) registro oficial de la firma del paciente y del profesional.

Es un registro oficial de:

- 1) las prestaciones realizadas y a realizar.
- 2) la firma del paciente.
- 3) la finalización del tratamiento.
- 4) la firma del profesional responsable.
- 5) el domicilio donde se realizan las prácticas.

Normas generales para su confección:

- Llenar los datos del profesional actuante.
- No omitir ningún dato de los solicitados en la identificación del paciente.
- Marcar cuidadosamente el odontograma utilizando las referencias que figuran en la ficha.
- No omitir los elementos extraídos ni la cantidad de dientes existentes en boca.
- Tener en cuenta que se producen devoluciones por no coincidir los trabajos facturados con el estado clínico registrado en la ficha catastral.
- Poner especial atención en pacientes con dentición mixta, diferenciando en el odontograma los dientes temporarios de los permanentes.
- Cualquier circunstancia no contemplada en las referencias, se hará constar en observaciones.
- Es imprescindible que firmen paciente y profesional.
- Se debe consignar el domicilio del consultorio.
- Recordar que la primera consulta y fichado (código 0101) se abona por la confección de la ficha catastral.

El envío de la misma en blanco o incompleta da lugar a la devolución de toda la facturación. Además de la ficha catastral, datos principales y accesorios, odontograma y registro de prestaciones, que estará perfectamente llenada en todas sus partes, firmada por el paciente y con firma y sello del odontólogo, se necesitan los siguientes elementos para completar la facturación:

- Sobre de rx, con rx incluidas y motivo de su realización.
- Orden de consulta.
- Orden de práctica.
- Fotocopia de recibo de sueldo.
- A veces, fotocopia de DNI.
- Carátula.

Toda esta papelería organizada de acuerdo a las normas recibidas, se envía al Círculo que pertenece el profesional, y por su intermedio, a la Federación Odontológica en las fechas estipuladas.

La recomendación especial que debe hacerse sobre este tema, consiste en ser absolutamente cuidadoso, preciso y fiel en el asentamiento de los datos inherentes a la documentación que se prepara, ya que los errores pueden ocasionar serias sanciones o devoluciones de las obras sociales y entidades intermedias.

Toda Obra Social hace su propio control de las prestaciones y facturaciones de los profesionales que pertenecen a su padrón de prestadores a través de un sistema de auditoría odontológica, que exige el cumplimiento de normas racionales ya establecidas.

HONORARIOS ODONTOLÓGICOS

Honorarios: remuneración, estipendio que se da a una persona por su trabajo en algún arte o profesión liberal.

Honorario odontológico: retribución que recibe el odontólogo por los servicios prestados en el ejercicio de la profesión.

FUNDAMENTOS del cobro de honorarios:

- 1) Derecho a percibir una retribución por el trabajo prestado.
- 2) La profesión que hemos elegido es nuestro medio de vida.
- 3) Gastos de instalación y mantenimiento.
- 4) Local adecuado.
- 5) Ayuda de un auxiliar.
- 6) Derecho a vivir con dignidad del producto del trabajo.
- 7) Derecho a la seguridad social.
- 8) Responsabilidad y riesgo de la salud del paciente.
- 9) Tiempo que requiere la prestación.
- 10) Perfeccionamiento constante.
- 11) Derecho a vacaciones.
- 12) Impuestos. Cuotas societarias.

El ideal del honorario justo es aquel que nos permite:

- Compensar el pasado
- Vivir con dignidad el presente
- Asegurar nuestro porvenir

Factores que hacen variar los ingresos del profesional:

- 1) Capacitación necesaria o insuficiente
- 2) Ritmo de trabajo: productivo, improductivo, superproductivo
- 3) Adecuada o incorrecta administración
- 4) Temperamento del profesional
- 5) El saber o no saber realizar la estimación del costo

6) Lugar elegido para instalarse

Honorarios y consideraciones éticas:

Se considera correcto participar de un honorario, o sea cobrar una parte, cuando se ha ayudado en la intervención o trabajo realizado. Se lo conoce también con el nombre de repartición de honorarios.

Se considera incorrecto pretender cobrar, cuando no se ha intervenido en la prestación profesional. Esta repartición de honorarios incorrecta, se la conoce también con el nombre de A/A o dicotomía. Este tema está desarrollado en las leyes que reglamentan el ejercicio profesional, nacional y provincial, en el Código de Ética y Disciplina del Colegio Odontológico de Córdoba, art. 39 y 40.

En el art. 5 de la ley 6.222, inciso (h), dice: “el profesional de la salud está obligado a discriminar los honorarios y retribuciones de cada uno de los profesionales y auxiliares que participen en la atención del paciente”.

En las prohibiciones, art. 7, inciso (k): “está prohibido participar honorarios a personas profesionales o auxiliares que no hayan intervenido en la prestación profesional o auxiliar, que da lugar a esos honorarios”.

SUELDO: remuneración asignada a un individuo por el desempeño de un cargo o servicio profesional, suele fijarse por mensualidad.

ARANCEL: del árabe: “alamelacer”, registro de precios. Según el diccionario: tarea oficial que determina los derechos que se han de pagar en varios ramos.

De acuerdo a esto, los aranceles odontológicos son las tarifas fijadas por el Colegio Odontológico, Federación Odontológica, INOS, de las distintas prestaciones odontológicas.

Lo que cobramos por cada prestación es el honorario que las distintas instituciones determinan en un listado, el que constituye el arancel.

Formas de retribución profesional:

A. Aranceles fijados por ley: INOS

B. Valores fijados por entidades profesionales: Colegio Odontológicos, Federación Odontológica.

C. Por hora profesional.

D. Por acto odontológico.

E. Por contrato.

- F. Por prestación realizada.
- G. Por tarea específica.
- H. Por cartera fija o capitación.
- I. Relación de dependencia: nacional, provincial, municipal.

Sistemas para establecer los honorarios:

El Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba recomienda la utilización de los aranceles considerando la estructura de costos según la resolución 01/2010 de FACO (Federación Argentina de Colegios Odontológicos), los cuales son orientativos para el ejercicio profesional, sabiendo los colegas interpretarlos y adaptarlos a su diaria actividad.

Para la atención a pacientes de obras sociales se utilizan los aranceles fijados por ellas, y que son acordes a los propuestos por CORA y Federación Odontológica.

La Estructura de costos: es un método utilizado para determinar con exactitud los valores de cada prestación odontológica. El objetivo es determinar para cada una de las prestaciones odontológicas, el costo real en que incurre el profesional para realizarla, contemplando la totalidad de los gastos que se originan, para ello se tienen en cuenta cuatro ítems:

- **Honorarios**
- **Costos directos o Variables**
- **Costos indirectos o Fijos**
- **Costo de taller**

Honorario según el criterio expresado en el informe de la Facultad de Ciencias Económicas de la UNC; el Honorario en la práctica privada retribuye tres componentes que aporta el odontólogo: su trabajo profesional (con todos sus elementos; tiempo, educación, capacitación, etc), el capital propio inmovilizado en su estructura, y su capacidad empresarial (organización de la producción y riesgo empresario).

Es la retribución que por su tarea profesional debe recibir el odontólogo considerando como integrante del mismo las cargas sociales.

Para ellos analizamos:

- Monto mensual
 - Tiempo de ejecución de cada prestación
 - Tiempo de trabajo
-

Costos directos o variables:

Se incluyen todos los materiales que utiliza el profesional para la realización de cada práctica.

Para ello analizamos:

- Insumos necesarios en la prestación
- Coeficiente de rendimiento (ponderación de la cantidad de veces que se utiliza un producto)
- Precio del mercado

Costos indirectos o fijos:

- Alquiler
- Luz
- Servicio de Agua
- Seguros
- Teléfono
- Mantenimiento de equipos
- Personal
- Costo financiero
- Depreciación (pérdida de valor que sufren los bienes con el uso)
- Impuestos

Costo taller: es el costo establecido para un trabajo en particular realizado en el laboratorio protésico

Presupuesto odontológico:

Presupuesto: cómputo del costo de un trabajo profesional a realizar. Antes de confeccionar el presupuesto debemos haber efectuado:

- 1) Un correcto y completo examen de la boca y su correspondiente diagnóstico.
- 2) Tener una idea bien clara del tratamiento que conviene proponer.
- 3) Una evaluación de la psicología y posición económica de la persona que se va a realizar el tratamiento.
- 4) Un cálculo de las posibilidades de realizar el tratamiento.
- 5) Un análisis de los argumentos a favor o en contra que pudieran ser adecuados.
- 6) Analizar las variaciones que pueden sufrir las indicaciones del tratamiento.

Oportunidad de prestación del presupuesto: previo a la iniciación del trabajo.

Características del presupuesto:

- 1) Debe guardar armonía con el servicio que presta.
- 2) Debe asegurar las obligaciones y derechos de las partes.

Datos que debe contener el presupuesto:

- 1) Datos personales del paciente.
- 2) Detalle de los trabajos a ejecutar.
- 3) Importe discriminado de los distintos costos.
- 4) Conformidad del paciente, previo a la iniciación del tratamiento.
- 5) Fecha de confección del presupuesto.
- 6) Formas de pago.
- 7) Duración del presupuesto.

Importancia de las convenciones de pago:

- 1) Informa al paciente.
- 2) Pone en orden las cobranzas.
- 3) Permite efectuar los reclamos que correspondan.
- 4) Evita equívocos.

❖ **NO SE PUEDEN PRESENTAR PRESUPUESTOS A MENORES DE EDAD.**

❖ **DEBER DEL PROFESIONAL: cumplir con el trabajo en la forma establecida.**

❖ **DEBER DEL PACIENTE: cumplir con las citas, las indicaciones de tratamiento y los pagos.**

IMPUESTOS

Nuestro ejercicio profesional es una actividad económica. Por consiguiente los profesionales de la salud en este caso los odontólogos, tenemos que respetar como todos los habitantes del país, las disposiciones que fijan las leyes que rigen la actividad económica.

El organismo fiscalizador de esas obligaciones es la A.F.I.P.

El primer trámite a realizar es la obtención del CUIT, clave única de identificación tributaria.

Luego tenemos que saber nuestra situación frente al IVA. Esta situación deriva por un lado de lo que dice la ley y por otro de los montos facturados durante nuestro ejercicio profesional.

Según disposiciones de la AFIP tenemos obligación de facturar todas nuestras operaciones económicas.

Están obligados a emitir facturas o recibos todos los que desarrollan actividades económicas, esta disposición es generalizada e incluye a comerciantes, locadores y prestadores de servicios, etc.

Como la actividad profesional es una locación de servicios, está incluida en dicha reglamentación, por consiguiente estamos obligados a emitir facturas o recibos, en las condiciones que establece la reglamentación.

ADMINISTRACIÓN FEDERAL DE INGRESOS PÚBLICOS

¿Qué es el monotributo?

El monotributo unifica el componente impositivo -IVA y Ganancias- y el componente previsional -aportes jubilatorios y obra social- en una única cuota mensual, haciendo más simple y ágil cumplir con tus obligaciones. Se deben cumplir con determinados valores de parámetros como facturación anual, superficie de locales, energía eléctrica consumida y el monto de alquiler del local/es.

¿Qué ventajas obtengo como monotributista?

Simplificación impositiva.

Con una cuota fija mensual se cubre el pago de las obligaciones impositivas y de seguridad social.

Múltiples canales de pago.

Se puede pagar a través de transferencia electrónica, débito automático en cuenta o tarjeta de crédito.

Incentivo al cumplimiento.

Si se cumple en tiempo y forma con el pago mensual durante un año calendario, se reintegra el importe del componente impositivo de un pago mensual.

Puede ser monotributista si:

- Vende productos (cosas muebles), presta servicios, realiza locaciones y/o ejecuta obras.
- Forma parte de una sucesión indivisa que continúa realizando la actividad de una persona física fallecida (la persona tiene que haber sido monotributista al momento de fallecer).
- Integra una cooperativa de trabajo.

No Puede ser monotributista si:

- Realiza más de 3 actividades simultáneas o tiene más de 3 locales.

- Realizas importaciones de bienes.
- Vende productos a más de \$15.000 cada uno.
- Conformas una sociedad.
- En estos casos tiene que inscribirte en el [Régimen General](#).

¿Cómo tengo que facturar siendo monotributista?

Tiene que emitir facturas tipo “B” ó “C”

Factura electrónica

Todas las categorías están obligadas a emitir factura electrónica.

Los comprobantes electrónicos posibles son:

- Facturas tipo C.
- Recibos clase C.
- Notas de crédito y débito clase C.

Tiene dos formas de emitir facturas electrónicas:

a) Desde la web

Puede ingresar directo a la plataforma donde Puede llenar los datos de la factura y emitirla desde su computadora.

Más información sobre la emisión de facturas electrónicas vía web.

b) Desde la aplicación móvil

Puede descargar la aplicación para celulares y tablets con Android.

Se ingresa con la clave fiscal.

Con esta aplicación se puede hacer facturas y guardar productos o servicios que facture habitualmente.

También puede ver sus facturas electrónicas emitidas.

FORMULARIO 960/D - DATA FISCAL

El Formulario 960/D – Data Fiscal, es un formulario interactivo que lleva impreso un código de respuesta rápida –QR- que permite conocer el comportamiento fiscal de un comercio, tanto al consumidor como al público en general.

¿Quiénes deben exhibirlo?

Los ciudadanos y/o responsables que en el ejercicio de su actividad son consumidores finales se encuentran obligados a emitir facturas o documentos equivalentes, deberán exhibir el

Formulario 960/D – Data Fiscal, en sus locales de venta, locación o prestación de servicios — incluyendo lugares descubiertos—, salas de espera, oficinas o áreas de recepción y demás ámbitos similares.

¿Dónde se debe exhibir?

Deberá imprimirse en tamaño A4 y ubicarse en un lugar visible y destacado próximo a aquel en el que se realice el pago de las operaciones sin que otros formularios, carteles, avisos, letreros, impidan su rápida localización, de manera tal que permita al público en general y a los agentes de esta Administración Federal acercar un dispositivo móvil para proceder a la lectura del código QR.

Cuando se utilicen máquinas registradoras corresponderá exhibir un Formulario 960/D – Data Fiscal por cada máquina o controlador fiscal instalado.

Adicionalmente, quienes posean vidriera en el local o establecimiento deberán exhibir dicho formulario contra el vidrio en un lugar visible para el público desde el exterior, pudiendo ser de una dimensión menor al tamaño A4 -hasta tamaño A6-.

Importante: El Formulario 960/D – Data Fiscal no puede ser sustituido por ejemplares diferentes a los generados mediante el procedimiento establecido y, en caso de constatarse su adulteración, el responsable podrá ser sancionado.

¿Cómo se obtiene?

Para imprimirlo hay que acceder al servicio con clave fiscal “Formulario N° 960/D”. Va a necesitar contar con una clave con nivel de seguridad 2 o superior.

Importante: El formulario exhibido deberá sustituirse cuando se modifique la situación fiscal del responsable o cuando su deterioro obstaculice o impida la lectura del código QR.

Recategorización

Es la evaluación de parámetros que deben realizar las y los monotributistas para saber si deben mantener la categoría en la que se encuentran o deben modificarla. Si dichos parámetros superan o son inferiores a los de la categoría vigente corresponde realizar la recategorización.

No deberán efectuar ninguna acción quienes mantengan la misma categoría.

Los períodos de recategorización son cada 6 meses, en enero y julio, y cuando llegan se debe evaluar la actividad de los últimos 12 meses; si hubo cambios en los ingresos, alquileres y demás, hay que ingresar con clave fiscal para recategorizarse; si no se hace, se entiende que no hubo cambios y se permanece en la misma categoría.

Recategorización de oficio

Cuando se constate que, existiendo la obligación de recategorizarse, no se haya realizado o habiéndose realizado, la misma sea inexacta, por verificarse que se realizaron compras, gastos o existen acreditaciones bancarias, por un valor superior a los ingresos brutos anuales máximos admitidos para la categoría en la cual se está encuadrado, se asignará una nueva categoría de oficio.

Se notificará en el Domicilio Fiscal Electrónico (DFE), el primer día hábil de los meses de agosto y febrero de cada año, y se podrán consultar los motivos ingresando con clave fiscal al servicio "Monotributo - Recategorización de Oficio - (MOREO)". Existirá la posibilidad de recurrir la categoría asignada desde este mismo servicio, dentro de los 15 días de la notificación en DFE.

Ingresos brutos:

Por ley 6006, texto actualizado al 2005, los odontólogos están exentos del pago a los ingresos brutos. Esta disposición es del código tributario provincial.

Capítulo IV: exenciones

Exenciones objetivas: Art. 179: 10 los honorarios provenientes del ejercicio de la actividad profesional con título universitario o terciario otorgados por establecimientos reconocidos que emitan títulos oficiales.

Esta exención no alcanza a la actividad cuando fuere ejercida en forma de empresa.



- **SI LOS INGRESOS BRUTOS ANUALES DE UN PRESTADOR DE SERVICIOS SUPERAN LOS \$ 3.276.011,15 -CORRESPONDE LA INSCRIPCIÓN AL [RÉGIMEN GENERAL](#).**

EL ODONTÓLOGO, UN SER SOCIAL

El éxito profesional depende en gran medida de nuestras relaciones humanas y de nuestra habilidad para desarrollar buenos vínculos interpersonales. Nuestra labor tiene mucho que ver con la psicología y la comunicación, pues nos dedicamos a entregar intangibles a nuestros pacientes e impactamos en su calidad de vida y bienestar.

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO VII

EJERCICIO ILEGAL DE LA ODONTOLOGÍA

LEGAL

EJERCICIO ILEGAL DE LA ODONTOLOGÍA

Concepto

Son todos aquellos actos contrarios a los que están reglamentados en las leyes del ejercicio profesional, la Nacional N° 17.132/67 y la Provincial N° 6.222/78 y que son considerados DELITOS por el Código Penal Argentino en los capítulos **Delitos contra la Salud Pública** y **Delitos contra la Administración Pública**, el Estado exige que las personas en las que deposita la confianza para el cuidado de la salud de sus congéneres, tengan acreditados y demostrados conocimientos que en principio garantizan un ejercicio profesional seguro. Lo cual se acredita con el Título de Odontólogo otorgado por Universidades Nacionales o Privadas, además el Estado protege el Ejercicio Legal de Odontología, impidiendo que se produzca una usurpación, competencia desleal, por parte de personas sin Títulos Habilitantes.

Delito

Concepto

La palabra Delito, deriva del verbo latino delinquere que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del camino señalado por la Ley.

El concepto de delito es parte capital del Derecho Penal y ha ocupado siempre un importante papel en su Parte General. Ello porque la adecuada construcción dogmática del mismo es esencial para la calidad científica del Derecho Penal, para la adecuada configuración de las garantías que éste ha de proporcionar en relación a los derechos y a la seguridad jurídica de los ciudadanos y para el valor instrumental de la Parte General con respecto a la Especial. La teoría del delito recoge, de este modo, lo que de universal y común tienen las infracciones penales en particular y lo que los distingue de otros entes jurídicos.

El concepto ofrece dos acepciones:

a) Noción amplia. En este sentido delito equivale a toda especie delictiva, a hecho punible. Se emplea usualmente con este significado si bien el Código utiliza frecuentemente la expresión infracción criminal, hecho delictivo o, simplemente, infracción.

b) Noción restringida o propia. Designaba la más grave de las clases de hechos punibles. No obstante, al utilizar este término el Código de 1995 para designar dos clases de infracciones, habrá que adjetivar el delito como grave o menos grave para acabar de especificar la clase de hecho punible de que se trata.

Por lo que respecta al concepto genérico de delito, a pesar de ciertas aportaciones de las doctrinas filosóficas y sociológicas, se sigue en todo el Derecho actual una noción jurídica, introducida hace casi un siglo por la Escuela Técnico Jurídica. Según ésta el delito es una acción típicamente antijurídica y culpable castigada por la Ley con una pena. Tal concepción es la que subyace a la caracterización que del delito contiene el art. 10 C.P. que, solidariamente con su art. 5, establece que: «Son delitos o faltas las acciones y omisiones dolosas o imprudentes penadas por la Ley». Esta sintética definición cumple varias funciones (Vives Antón, del Rosal):

a) Conceptual. Se fija con ella la idea de delito con que opera el legislador español con validez para todo el Derecho Penal. No se puede configurar un tipo delictivo que se oponga a esta noción de la infracción criminal sin proceder antes a modificar este precepto.

b) Normativa. Según ella sólo pueden y deben ser considerados y castigados como delito o falta aquellas acciones en que concurren los elementos o requisitos de la definición legal, los hechos que no los cumplan no pueden ser considerados delictivos.

c) De garantía. Ya que el artículo comentado supone una consagración integral del principio de legalidad, como imponen también los arts. 9.3 y 25.1 C.E., y arts. 1 y 2.1 C.P., al referirse también a los caracteres internos de la infracción punible y no sólo a la delimitación objetiva de las diferentes especies de infracciones.

No obstante, las funciones que en la antigua normativa penal tenía este precepto en relación a tipos específicos configurados en infracción de los principios penales básicos han perdido peso en el nuevo Código, donde tales tipos han sido eliminados.

La descripción del Código contiene un elemento material, otro ético y otro legal a través de los cuales se expresan los diferentes elementos del hecho delictivo. Éstos son:

- La acción. Es un acto humano determinante de una modificación del mundo exterior tomada en cuenta por el legislador para describirla y sancionarla con una pena. Debe cumplir, por tanto, diversas condiciones.

- En primer término, ha de tratarse de un acto producto de la voluntad humana, sin que, todavía, haya de atenderse al contenido de esa voluntad. Lo relevante para la teoría de la acción es que se trate de un acto, cualquiera que sea su contenido, originado en el libre albedrío del sujeto, una manifestación de su voluntad consciente y espontánea. Para que se dé basta que el sujeto quiera su propio obrar. Por eso, este elemento queda excluido del delito cuando se ejerce sobre el sujeto activo directo y aparente una violencia insoportable (antiguamente prevista como eximente de fuerza irresistible en el art. 8.9 del Código de 1973) o éste se encuentra inmerso en la inconsciencia o el completo sopor. Además, esta manifestación de voluntad ha de exteriorizarse; ha de consistir en actos externos, positivos o negativos; pues, de lo contrario, es irrelevante para el Derecho Penal. En consecuencia, el concepto de acción es predicable tanto de los delitos formales como de los materiales.

En segundo término, la acción ha de producir un resultado en el mundo exterior, ya que lo que no trasciende puede entrar en el ámbito de la ética, pero nunca en el del Derecho. No obstante, el resultado no tiene por qué conducir siempre a una mutación material para que la acción se dé.

En tercer lugar, ha de existir una relación de causalidad entre esa manifestación de la voluntad del sujeto y el resultado. La caracterización de este elemento ha dado lugar a diversas concepciones de la acción (teorías causalistas, noción finalista, doctrina social de la acción). Nuestra jurisprudencia se viene decantando últimamente por una postura ecléctica. Así, sobre la base de una teoría causalista como es la de la equivalencia de condiciones (es condición necesaria para producir el resultado toda aquella condición que, suprimida idealmente, daría lugar a que el resultado no se produjese o *conditio sine qua non*), se exige que el resultado sea objetivamente imputable al autor teniendo en cuenta como elemento finalista el del criterio de protección establecido en la norma. No obstante, es muy difícil proporcionar un criterio unitario de la construcción de la relación de causalidad válida para todos los tipos del Código y, por ello, es mucho mejor referirse a esta relación en base a cada tipo concreto.

Por otro lado, el concepto de acción no es unívoco, pudiéndose distinguir tres tipos de acción:

a) La acción propiamente dicha o comisión. Es el supuesto normal, ya que el legislador describe la mayoría de las conductas con referencia al hacer positivo. En cuanto a su caracterización, y por lo que hace a la manifestación de voluntad, se presenta en forma de movimiento corporal, en un hacer algo; en lo que respecta al resultado consiste éste en una mutación del mundo exterior, y en cuanto a la naturaleza de la norma violada ésta es de naturaleza prohibitiva.

b) La omisión simple. Consiste en un no hacer algo. Se caracteriza en cuanto a la manifestación de voluntad, por presentarse como una abstención; en cuanto al resultado, por consistir éste en el mantenimiento de un estado de cosas, y en cuanto a la naturaleza de la norma violada, por ser de índole preceptiva. La omisión se refiere a deberes jurídicos de actuar consignados en la Ley y no a deberes puramente morales. Modernamente se estima que no existen delitos de omisión sin manifestación de voluntad, sino que aquellos calificados de esta forma son en

realidad delitos imprudentes en los que la inacción no se produce por una directa determinación volitiva, sino por falta de la diligencia debida. El Código Penal recoge numerosos delitos de omisión simple como los arts. 195.1, 226, 408, 412, etc.

c) La comisión por omisión. Estriba en un no hacer alguna cosa, igual que el caso anterior, pero se equiparan a los de resultado en que son causa de la producción de una mutación en el mundo exterior al no haber hecho el agente lo que de él se esperaba. Se caracterizan en cuanto a la manifestación de voluntad, por presentarse como una abstención; en cuanto al resultado, por consistir éste en una mutación de la realidad objetiva, y en lo relativo a la naturaleza de la norma violada, al quebrantarse una ley prohibitiva mediante la infracción de una previa ley preceptiva. Es preciso diferenciar los delitos de comisión por omisión de aquellos otros que se cometen por comisión, pero eligiendo el agente un medio omisivo. La diferencia estriba en la previa infracción de la ley preceptiva que se produce en los primeros. El sujeto activo ha de ser que con arreglo al Ordenamiento Jurídico, ya sea por ley, por obligación contractual o por deber o derecho público, está constituido en garante de que el resultado no se producirá (S.T.S. 26 de marzo de 1994). Pueden entenderse como ejemplos que admiten también este tipo de acción los delitos de los arts. 195.3, 196, 407 o 467.2 C.P. De igual manera, el Tribunal Supremo ha admitido la posibilidad de formas imperfectas de ejecución en estas infracciones (S.T.S. 28 de enero de 1994).

La insatisfactoria regulación de esta especie delictiva en el Código de 1973, en el que sólo una interpretación extensiva del principio de legalidad permitía admitirlas, ha motivado que el Código Penal de

1995, mejorando incluso los arts. 10 y 11 de los Proyectos de 1992 y 1994, subsane este defecto y contemple específicamente el caso en su art. 11, que establece que: «Los delitos o faltas que consistan en la producción de un resultado sólo se entenderán cometidos por omisión cuando la no evitación del mismo, al infringir un especial deber jurídico del autor, equivalga, según el sentido del texto de la Ley, a su causación. A tal efecto se equiparará la omisión a la acción: a) Cuando exista una específica obligación legal o contractual de actuar. b) Cuando el omitente haya creado una ocasión de riesgo para el bien jurídicamente protegido mediante una acción u omisión precedente». Se ha decantado así el Derecho español por una tipificación genérica a través de una cláusula general, inspirándose en el parágrafo 13 del Código Penal alemán y el art. 10 del portugués, y no por una tipificación pormenorizada en la Parte Especial del Código, sin duda por la especial dificultad que conlleva la definición de todas aquellas conductas en que se halla presente el deber de actuar en garantía de derechos subjetivos penalmente protegidos. La benignidad de las penas con las que se castigan estos delitos en la Parte Especial explica que no se establezca una cláusula general de atenuación para la comisión impropia que permita al Juez, como en el Derecho alemán, ponderar la menor energía criminal que conlleva esta modalidad. Para poder aplicar esta disposición se requiere, pues, que la no evitación del resultado equivalga materialmente a su causación; que no se trate de delitos que excluyan la forma omisiva o en los que los medios comisivos estén taxativamente predeterminados; que concorra en el sujeto activo un deber jurídico de garantía del bien protegido, en todo caso existente en las circunstancias que se consignan en los apartados del precepto; y que la infracción del deber sea dolosa si se trata de delitos dolosos.

2) La tipicidad y la antijuridicidad. La acción ha de ser típica y antijurídica. Es decir, la acción ha de hallarse descrita objetivamente por la Ley de modo que sea subsumible en alguna de las categorías legales descritas por el legislador por ser contraria a Derecho. La tipicidad, expresada en la locución «penadas por la Ley» del art. 10 C.P., constituye la ratio essendi de la antijuridicidad, ya que no existe una antijuridicidad específicamente penal. El legislador penal

selecciona aquellas violaciones de cualquier otra rama del Derecho Objetivo que considera más relevantes y autoriza el ejercicio del ius puniendi respecto de ellas; de modo que la acción es penalmente antijurídica porque está tipificada como infracción criminal. Si no lo estuviera no sería un ilícito penal, sino un comportamiento antijurídico perteneciente exclusivamente a otra rama del Derecho Objetivo, un ilícito civil, administrativo, etc.

3) Culpabilidad. La acción típicamente antijurídica ha de ser culpable, es decir, imputable al autor a título de dolo o imprudencia. Tal elemento se expresa en la locución «dolosa o imprudentes» del art. 10 C.P. y tiene como presupuestos la imputabilidad del agente y la no concurrencia de error esencial invencible en el mismo. La ausencia de la cualidad dolosa o imprudente en la acción determina la concurrencia de caso fortuito, si bien éste ya no cuenta en el nuevo Código con disposición expresa a él referida. En virtud de lo dispuesto en el art. 12 C.P. la punición de la infracción imprudente deberá, además, estar expresamente prevista en la Ley.

4) Punibilidad. La acción ha de estar penada en la Ley que, por imperativo del art. 81.1 C.E. sólo puede ser orgánica, incluso en caso de multa, dada la posibilidad de sustitución de éstas. Supuesta la tipificación de la infracción es este elemento el que distingue el ilícito penal de otros. La posibilidad de imposición de la pena cuenta como presupuesto con el cumplimiento de las condiciones objetivas de punibilidad y con la correcta constitución del proceso penal, que tiene carácter necesario en este ámbito y sin el cual el ius puniendi del Estado no puede realizarse (arts. 3.1 C.P., 1 L.E.Cr., y 1.1 L.O.P.M.).

La concurrencia de cualquier hecho ajeno a la acción delictiva que excluya cualquiera de estos elementos da lugar a las eximentes de la responsabilidad criminal del art. 20 C.P. o a las implícitas en el Código (caso fortuito y vis absoluta) y en el caso de la punibilidad, a las genéricamente denominadas excusas absolutorias (arts. 218.2, 268, 305.4, 307.3, 308.4, 427 etc.). La concurrencia parcial, sin falta de elemento esencial de la eximente, la degrada a atenuante (art. 21.1 C.P.) y la de determinadas concausas que afecten a la antijuridicidad, a la culpabilidad o, incluso, a la propia punibilidad pueden producir la agravación o atenuación de la responsabilidad del sujeto activo (arts. 21 y 22 C.P.).

En cuanto a clases, podemos hacer numerosas clasificaciones según el criterio que empleemos. Así, atendiendo a la manifestación de voluntad, distinguimos entre: delitos de acción, delitos de omisión y delitos de comisión por omisión. Atendiendo al resultado, diferenciamos entre delitos materiales, que exigen un resultado para su consumación; delitos formales, que se consuman con la simple manifestación de voluntad, y también entre delitos de lesión, que son aquellos que dañan materialmente el bien jurídicamente protegido, y delitos de peligro, que lo hacen idealmente al determinar la puesta en situación de riesgo de dichos bienes. Atendiendo al grado de su perfección, se clasifican en intentados, frustrados (categoría refundida con la anterior en el Código) y consumados; con las subespecies de los delitos agotados e imposibles. Atendiendo a la forma de culpabilidad se distingue entre dolosos e imprudentes. Si bien estas últimas clasificaciones tienen su base en el articulado del Código (arts. 14, 15 y 16, por un lado, y arts. 5, 10 y 12, por otro), la clasificación legal que aparece en el Código en su art. 13 hace referencia a la gravedad de la infracción manifestada en las penas. El precepto establece que: «Son delitos graves las infracciones que la Ley castiga con pena grave. Son delitos menos graves las infracciones que la Ley castiga con pena menos grave. Son faltas las infracciones que la Ley castiga con pena leve». La gravedad de las penas se especifica en el art. 33 C.P. No obstante, hay que advertir que esta gravedad no queda determinada en el art. 33 por la duración de las penas exclusivamente, sino que hay que tener en cuenta el criterio de su contenido o naturaleza. Con este precepto, el Código de 1995 adopta

una clasificación tripartita de la infracción punible en contraposición a la clasificación bipartita del art. 6 del Código de 1973 (delito-falta). La razón fundamental de ello ha sido la de acomodar el Derecho Sustantivo al Derecho Procesal que, desde hacía algún tiempo, establecía unos procedimientos específicos para el enjuiciamiento de los delitos considerados menos graves (V. atenuantes, circunstancias; agravantes, circunstancias; dolo; eximentes de la responsabilidad criminal).

Característica del delito

- 1) Acto humano
 - a) Acción (Significa hacer algo con o sin intención)
 - b) Omisión (Deja de hacer, no hacer)
- 2) Acto Jurídico
 - c) Debe haber daño, lesiones o poner en peligro intereses Jurídicamente protegidos.
- 3) Acto sancionado
 - d) Con una pena. Es un castigo para el actor del delito.

Elementos constitutivos de un delito

Son:

- a) La acción u omisión
- b) Tipicidad
- c) Antijuridicidad
- d) La culpabilidad
- e) Para algunos es también elemento del delito la punibilidad.

Pena –Concepto-

El termino Pena deriva del latín “Poena” y posee una connotación de dolor, causado por un castigo.

La Pena es el medio con que cuenta el Estado (Poder Judicial), para reaccionar frente al delito, se expresa como la Restricción de derechos del responsable

Es una privación o restricción de bienes jurídicos establecida por la Ley e impuesta por el órgano jurisdiccional competente al que ha cometido un delito.

Dos axiomas deben tenerse en cuenta, el primero, el principio de personalidad de las penas, que significa que las penas no pueden trascender a personas que no sean culpables del delito; el segundo, el principio de igualdad ante la Ley penal, según el cual, las penas no pueden ser diferentes por la condición social de las personas.

Desde un punto de vista estático, la pena es la consecuencia primaria del delito, es una retribución del delito cometido, el delito es el presupuesto necesario de la pena (teoría absoluta): desde el punto de vista dinámico la pena tiene los mismos fines que la ley penal: la evitación de las conductas que la Ley prohíbe o manda ejecutar mediante una prevención general, cuando se opera sobre la colectividad y mediante una prevención especial cuando se opera sobre el que ha cometido el delito para que no vuelva a delinquir (teoría relativa); el artículo 25.2 de la Constitución Española señala que: «las penas privativas de libertad y las medidas de seguridad estarán orientadas hacia la reeducación y reinserción social y no podrán consistir en trabajos forzados».

Clases de penas:

Podemos clasificar las penas (arts. 32 y 33 del Código Penal) atendiendo:

A) A los bienes jurídicos a los que afecten; se dividirán en: penas privativas de libertad, penas privativas de otros derechos, pena de multa.

B) A que la Ley la imponga especialmente o declare con carácter general que otras las llevan o pueden llevarlas consigo: penas principales, penas accesorias.

C) A su naturaleza y duración: penas graves (previstas para delitos graves); penas menos graves

(Sancionan delitos menos graves); penas leves (sancionan las faltas).

No tienen la consideración de penas, de conformidad con el art. 34:

1. La detención y prisión preventiva y las demás medidas cautelares de naturaleza penal.
2. Las multas y demás correcciones que, en uso de atribuciones gubernativas o disciplinarias, se impongan a los subordinados o administrados.
3. Las privaciones de derechos y las sanciones reparadoras que establezcan las leyes civiles o administrativas.

Son penas privativas de libertad: la prisión, el arresto de fin de semana y la responsabilidad personal subsidiaria por impago de multa (art. 35 al 38).

Son penas privativas de derechos (art. 39):

a) La inhabilitación absoluta (art. 40 y 41).

b) Las de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión, oficio, industria o comercio, o de los derechos de patria potestad, tutela, guarda o curatela, derecho de sufragio pasivo o de cualquier otro derecho (arts. 42, 44, 45, 46).

c) La suspensión de empleo o cargo público (art. 43).

d) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores (art. 47).

e) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas (art. 47).

f) La privación del derecho a residir en determinados lugares o acudir a ellos (art. 48).

g) Los trabajos en beneficio de la comunidad (art. 49).

Los artículos 40 y ss. establecen la duración de estas penas y los efectos que producen. La «pena de multa» se regula en los arts. 50 al 53 del Código Penal, y una de las más importantes novedades del mismo es la de haber incorporado el denominado sistema escandinavo de días-multa (art.

50.2), con la salvedad del mantenimiento de la llamada multa proporcional del art. 52. Las penas principales y accesorias se regulan en los arts. 54 a 57. «Las penas de inhabilitación son accesorias en los casos en que, no imponiéndolas especialmente, la Ley declare que otras penas las llevan consigo» (art. 54). Se distingue la pena de prisión igual o superior a diez años o hasta diez años en los siguientes términos:

1.º La pena de prisión igual o superior a diez años llevará consigo la inhabilitación absoluta durante el tiempo de la condena, salvo que ésta ya estuviere prevista como pena principal para el supuesto de que se trate (art. 55).

2.º En las penas de prisión de hasta diez años, los Jueces o Tribunales impondrán, atendiendo a la gravedad del delito, como penas accesorias alguna de las siguientes: suspensión de empleo o cargo público, inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión, oficio, industria o comercio o cualquier otro derecho, si éstos hubieran tenido relación directa con el delito cometido, debiendo determinarse expresamente en la sentencia esta vinculación (art. 56).

El Juez o Tribunal puede acordar la «prohibición de que el reo vuelva al lugar en que haya cometido el delito», o en el que resida la víctima o su familia, si son distintos, para determinados

delitos, a saber: homicidio, lesiones, aborto, contra la libertad, torturas y contra la integridad moral, la libertad sexual, la intimidad, el honor, el patrimonio y el orden socioeconómico. Esta prohibición se impondrá teniendo en cuenta la gravedad de los hechos y el peligro que el delincuente represente y no podrá exceder de cinco años (art. 57).

Este Título III, Capítulo I, termina con una Sección 6 que recoge unas disposiciones comunes para las penas, en los arts. 58 al 60:

El tiempo de privación de libertad sufrido preventivamente se abona en su totalidad para el cumplimiento de la pena, así como las privaciones de derechos acordadas cautelarmente (art. 58).

Si la medida cautelar es de distinta naturaleza a la de la pena impuesta, el Juez deberá, al ejecutar ésta, tenerla por cumplida en la parte que estime compensada (art. 59).

En caso de trastorno mental duradero y grave que impida al condenado en sentencia firme conocer el sentido de la pena, el Juez acordará que se suspenda la ejecución de las penas privativas de libertad impuestas, y asegurará la asistencia médica al penado. Restablecido, en su caso éste en su salud, cumplirá el resto de la pena si no hubiera prescrito, salvo que el Tribunal, por razones de equidad, acuerde dar por extinguida la condena o reducir su duración en la medida en que el cumplimiento de la pena resulte innecesario o contraproducente (art. 60) [V. abono de prisión preventiva y medidas cautelares; aplicación de las penas. Reglas generales y especiales; arresto de fin de semana; beneficios penitenciarios; pena de multa en la voz pena; prisión; condena condicional (suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad)].

Clasificación de las penas

a) Penas principales: Según el Código Penal Argentino son la prisión la reclusión, la multa y la inhabilitación.

La reclusión y la prisión privan al delincuente de la libertad personal.

b) Penas accesorias: Son el decomiso, La clausura y las Inhabilitaciones especiales.

Delitos contra la salud pública

Capítulo IV del Código Penal Argentino

Artículo 208:

Inciso 1 Figura del Curanderismo

El que sin Título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar, o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare, o aplicare habitualmente, medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier otro medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito.

Inciso 2: Figura del Charlatanismo.

El que con título o autorización para el Ejercicio de un arte de curar, anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos e infalibles.

Inciso 3: Figura de Sesión de títulos.

El que con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, prestare su nombre a otro que no tuviere título o autorización, para que ejerza los actos a que se refiere en inciso 1° de este artículo.

Artículo 207:

En el caso de condenación por un delito previsto en este capítulo, el culpable si fuere funcionario público o ejerciere alguna profesión o arte, sufrirá además inhabilitación especial por doble tiempo, de la condena. Si la pena impuesta fuera la de la multa, la inhabilitación especial durará de un mes a un año.

Delitos contra la Administración Pública. Código Penal Argentino, Artículo 247 y modificatoria, Ley

24527/95 (usurpación de Título).

Será reprimido con prisión de 15 días a un año el que ejerciere actos propios de una profesión para la que se requiere una habilitación especial sin poseer el título ni autorización correspondiente.

Será reprimido con multa de X cantidad de dinero, (un mínimo y un máximo) el que públicamente llevare

insignias o distintivos de un cargo que no ejerciere o se arrogare grados Académicos, Títulos profesionales u honores que no le correspondiere.

Fronterismo

Se produce cuando no están bien definidas, las acciones del Profesional Odontólogo y del técnico dental. El Odontólogo no debe consultar con el técnico dental en presencia del paciente y el paciente bajo ningún concepto debe ir al laboratorio del técnico dental.

La relación que expresa la ley es:



Intrusismo

Acción de introducirse sin derecho en una dignidad, jurisdicción, oficio, propiedad, etc.

Tiene importancia jurídica en el ejercicio de las profesiones por quien no tiene título habilitante, lo que puede configurar determinados delitos.

Art. 247: “Será reprimido con prisión de quince días a un año el que ejerciere actos propios de una profesión para la que se requiere una habilitación especial, sin poseer el título o la autorización correspondiente”.

Nuestras Instituciones que tienen que ver con el control y prevención del Ejercicio ilegal de la Odontología son: el Estado Provincial a través de los Inspectores de Fiscalizaciones Sanitaria que deben controlar y habilitar los Laboratorios de Prótesis Dentales. En RUGEPRESA.

Estos controles son escasos y de dudosos resultados. Otra institución con atribuciones para evitar este Ejercicio Ilegal es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, quien ha realizado grandes esfuerzos para luchar contra el Intrusismos o Curanderismo. Pero lo importante es tener en cuenta todos los Odontólogos de nuestra propia responsabilidad, entre ellas, la obligación de enviar las órdenes para la confección de las prótesis dentales en nuestros recetarios, con los datos necesarios que permitan su individualización.

Grandes esfuerzos deberán hacerse para tener éxito en este sentido.

Declaración de principios de la FDI

Acción contra el ejercicio ilegal de la Odontología.

Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 1 de Octubre de 2002, Viena, Austria. Reconfirmada por el Comité de Práctica Dental de la FDI en Septiembre de 2009 en Singapur.

- 1) Una de las cuatro declaraciones de misión de la FDI es la siguiente: “Promover una salud oral y general óptima para todos los pueblos”.
- 2) En interés de la salud oral y general de la población, las autoridades y puede ser practicado por aquellas personas que están legalmente habilitadas para hacerlo y que hayan completado con éxito cursos de educación y de capacitación dental aprobados.
- 3) La condición esencial para lograr una salud oral óptima para toda la población es la de tener acceso a la mejor atención dental posible. Por lo tanto, la FDI recomienda a los Gobierno de todos los países que regulen legalmente el ejercicio de la Odontología, en base a principios de autorregulación y autoridad competente. El ejercicio de la Odontología solo puede ser confiado a aquellas personas con formación, educación y título/ diplomas específicos, aprobados en cada país.

Ejercicio de actividades profesionales por personas no autorizadas para ello.

El control de esta actividad es realizado por la Comisión de Intrusismo del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Córdoba, quien a través de sus letrados efectúa las denuncias en la mesa de entrada del fuero penal de la Ciudad de Córdoba y en el Ministerio de Salud.

También se trabaja en campañas de concientización a la población, efectuando la difusión en radios y revistas barriales.

Actualmente se está realizando un proyecto integrador que incorpora a los Mecánicos para Dentistas, Asistentes Dentales, Higienistas y toda otra profesión que surja como auxiliar de la Odontología, a la órbita de contralor del Colegio tal cual lo establece la ley 4806. El mismo ha sido presentado para su estudio y aprobación al Ministerio de Salud de la Provincia.

Asimismo se elaboró y aprobó el “Programa del Intrusismo”, conjuntamente con la Mesa de Colegios Profesionales de Salud de la provincia (Colegios de Farmacéuticos, Bioquímicos, Médico, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Ópticos, Psicopedagogas, etc.), intentando promover una ley provincial que avale al Programa de Intrusismo en todas las profesionales.

Condena por usurpación de título

El 16 de junio pasado se conocieron los fundamentos de fallo del Juzgado Correccional y de Garantías de

5° Nominación de la Ciudad de Salta, recaída en la causa seguida contra G.S.Z. por ejercicio ilegal de profesión (expte. COR n°17190/7). Dicha causa se originó por una denuncia del Colegio de Odontólogos, a partir de una aviso que el imputado publicaba con alguna regularidad de un diario local, contraviniendo lo dispuesto por la ley n°5751/81 que regula el ejercicio de los Mecánicos Dentales. Como se recordara, el art. 4 le confiere al Colegio la función de órgano de aplicación de lo estipulado en esa ley.

Retomando lo visto en el Capítulo II con respecto a la publicidad y su norma reglamentaria, el Colegio

Odontológico de la Provincia de Córdoba establece:

A efectos de agilizar y facilitar a los Colegas la publicación de sus Anuncios Publicitarios se dispone:

Art. 1 – La comunicación publicitaria podrá realizarse en forma escrita o a través de chapa mural, diarios, revistas, guías telefónicas, envíos por correo con destino fijo, televisión, radio, Internet y por cualquier otro medio manteniéndose la veracidad del contenido, la exactitud del mensaje, el decoro y la dignidad profesional.

a) Se considera que garantiza la veracidad del contenido cuando las características, definiciones, títulos invocados, servicios ofrecidos, horarios, etc. sean exactas y verificables

b) Se considera garantizada la exactitud del mensaje, cuando éste se ajusta a conceptos firmes aceptados por la ciencia y tecnología odontológica.

c) Se considera que se garantiza el decoro profesional cuando el anuncio en su texto, tamaño, diagramación, lugar o medio de exhibición no sea exagerado o discordante con la seriedad que implica la profesión. Asimismo no debe contener ni publicitar, ni explícita ni implícitamente tarifas o porcentajes de honorarios, ni promoción vinculada a productos comerciales en forma directa o indirecta.

Art. 2 – Para la publicación en diarios, revistas, TV, radio, cine, Internet, etc. el anuncio DEBE CONTENER:

- Apellido y Nombres
- Título Universitario
- Número de Matrícula
- TE – Dirección
- Si es Razón Social – Odontólogo Responsable - Tarjetas de Crédito (Sin enumerarlas)

Art. 3 – Las infracciones al presente Reglamento serán sancionadas por el H. Tribunal de Ética y Disciplina del C.O.C, acorde a la falta.

Art. 4 – Todo lo que no está contemplado en este Reglamento, será resuelto por las Autoridades del H. Tribunal de Ética y Disciplina del C.O.C teniendo en cuenta el espíritu que deben contener los anuncios, fuera de los cuales, se entiende que los mismos contrarían la seriedad y la ética en materia de publicidad Odontológica.

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO VIII

TRAUMATISMOS Y

LESIONES EN EL

EJERCICIO PROFESIONAL

LEGAL

TRAUMATISMOS Y LESIONES EN EL EJERCICIO PROFESIONAL

Introducción

Las lesiones y traumatismos en relación con la cavidad bucal son relativamente comunes, especialmente en pacientes jóvenes, tanto como que desarrollen una caries o una enfermedad periodontal. Los pacientes traumatizados presentan ciertos problemas legales específicos para los profesionales de la odontología, en comparación con las pacientes en quienes se realiza un seguimiento a largo plazo o programado. Por lo tanto el profesional odontólogo prudente debería tener conocimientos básicos sobre la legislación actual y sobre los temas especiales que surgen en los casos de traumatismos.

Traumatología

Concepto y definición

Es la disciplina que estudia las lesiones y alteraciones funcionales provocadas en el organismo por la acción de agentes vulnerantes mecánicos, físicos o químicos; y por lo general de naturaleza violenta.

Agentes Vulnerantes:

- Mecánicos: golpes, armas de fuego, armas blancas, explosiones.
- Físicos: calor, frío, radiaciones, electricidad.
- Químicos: ácidos, álcalis, tóxicos.
- Biológicos: enfermedades de distintos mecanismos de producción.
- Cambios atmosféricos.
- Lesiones debidas al sobreesfuerzo que sobrepasa la capacidad de resistencia física generando la lesión.

Los traumatismos no deben necesariamente ser accidentes, por lo que se los denomina más precisamente incidentes. Se puede dividir a los traumatismos en dos grandes categorías:

No intencionados: Incluyen aquellos producidos a nivel doméstico, por actividades de ocio, deportivas o accidentes de tránsito, así como otros que no son originados a propósito por uno mismo u otra persona.

Intencionados: Incluyen el suicidio, homicidio maltrato del hogar, guerras, terrorismo y otras lesiones de forma intencionada.

Clasificación de los traumatismos

La clasificación más usada es la adoptada en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su aplicación a la Odontología y Estomatología (OMS), que se basa en consideraciones anatómicas y terapéuticas y puede ser usada tanto en la dentición temporaria como en la permanente. Esta clasificación ha sido adaptada por diversos autores buscando una mejor aplicación en la práctica clínica.

La adaptación de Andreasen incluye algunos grupos de lesiones en donde no se incluyen las lesiones de encía o mucosa oral.

Factores etiológicos de los traumatismos

Muchos estudios han investigado la etiología y epidemiología de los traumatismos dentarios. Describen el tipo, localización, prevalencia y origen de las lesiones. La causa más común de lesiones dentarias está constituida por las caídas, que comprenden entre el 26 y 82% de todas las lesiones producidas. Las lesiones deportivas constituyen, generalmente, la segunda causa más frecuente de lesiones dentarias. Cuando el daño es producto de un solo factor etiológico este factor se denomina **causal**, o simplemente **causa**. Es el factor determinante. Existe una relación directa entre el accidente y su consecuencia. (ej.: un golpe violento (causa: accidente) produce una fractura de maxilar (consecuencia)).

Cuando el daño es agravado como resultado de una predisposición preexistente o de una complicación sobreviviente, existe **concausa** o **concausalidad**, es decir reunión de dos o más causas en la producción de un estado mórbido: la propia del daño y la que surge de la complicación o predisposición. (Ej.: asma, diabetes, osteoporosis, hemofilia, cardiopatías, hipertensión arterial, etc.). (En nuestro ej. Anterior: si la persona que sufrió la fractura tenía osteoporosis, la fractura se verá agravada por la enfermedad).

La traumatología se vincula con:

- **El Código Penal:** en los capítulos de homicidio, lesiones, atentados contra la salud pública, etc. donde se establecen penas como la prisión, la reclusión, la multa y la inhabilitación.
- **El Código Civil:** cuando se establecen las indemnizaciones que corresponden por los daños sufridos.
- **La Ley de Accidentes de Trabajo:** al determinar el procedimiento a seguir en caso de que un operario sufra un accidente o se encuentre afectado por una enfermedad profesional y la indemnización que le corresponde según las consecuencias de dicho accidente o enfermedad.

Lesiones – Concepto -

Diccionario Real Academia: Daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad. Nerio Rojas: Resultado de una violencia externa que comporta un daño anatómico o fisiológico, es decir, una perturbación en la integridad física o en el equilibrio funcional.

Bonnet: Particular forma de daño ocasionado en el cuerpo o en la salud de una persona, sin intención de homicidio.

Todo traumatismo produce lesiones. El daño puede producirse de manera:

- Voluntaria: configurando un delito doloso.
- Involuntaria: configurando un delito culposo.

El tipo de daño, en el estudio de lesiones, debe ser independiente del sexo, edad, trabajo o profesión, condición económica y/o social.

Volviendo al concepto de lesión, debemos diferenciar el criterio médico del criterio jurídico.

En el lenguaje médico, lesión implica una modificación anatómica producida por una causa mórbida cuya evolución puede ser lenta o rápida. Además este lenguaje menciona otros conceptos tales como: herida y enfermedad. Conceptos todos que se encuentran comprendidos dentro del criterio jurídico de lesión.

Este criterio entiende por lesión: todo daño en el cuerpo o en la salud, que produce una alteración anatómica o funcional en virtud de una causa ajena al sujeto, generalmente de naturaleza violenta, y cuya acción puede ser superficial o profunda. Al desarrollar los contenidos de la Unidad N° I se hizo referencia de la relación recíproca existente entre el Derecho y la Odontología Legal, pues bien: lo que el Derecho pide a la Medicina y a la Odontología en materia de lesiones es que estas ciencias suministren elementos suficientes para delimitar si existe o no lesión en un caso dado y de qué clase de lesión se trata, de acuerdo con el área del derecho que la estudia, y por último los elementos necesarios para la correcta valoración del daño producido.

La lesión puede producirse por:

- Choque directo del agente lesionante contra el cuerpo (Ej. Lesión punto cortante).
- Choque del agente lesionante contra el cuerpo de la víctima en virtud del impulso que lo hace atravesar una cierta distancia (Ej. proyectil de arma de fuego, pedrada).
- Choque del cuerpo de la víctima contra el objeto lesionante en virtud de fuerza ajena a este objeto (Ej. caída de un vehículo, contra el pavimento, de una altura, etc.).

Las lesiones en el código penal

En la práctica, las lesiones se dividen en:

- Leves: referidas en el art. 89 del Código Penal.
- Graves: referidas en el art. 90 del Código Penal.
- Gravísimas: referidas en el art. 91 del Código Penal.

En el Capítulo II, Título I: "Delitos contra las personas", Libro II de Código Penal Argentino se encuentran desarrollados los siguientes artículos:

Art.89: Se impondrá prisión de un mes a un año, al que causare a otro, en el cuerpo o en la salud, un daño que no esté previsto en otra disposición de este Código.

Art.90: Se impondrá reclusión o prisión de uno a seis años, si la lesión produjere una debilitación permanente de la salud, de un sentido, de un órgano, de un miembro o una dificultad permanente de la palabra o si hubiere puesto en peligro la vida del ofendido, le hubiere inutilizado para el trabajo por más de un mes o le hubiere causado una deformación permanente del rostro.

Art.91: Se impondrá reclusión o prisión de tres a diez años, si la lesión produjere una enfermedad mental o corporal, cierta o probablemente incurable, la inutilidad permanente para el trabajo, la pérdida de un sentido, de un órgano, de un miembro, del uso de un órgano o miembro, de la palabra o de la capacidad de engendrar o concebir.

Aquí debemos identificar ciertos conceptos:

- Herida: se relaciona con un concepto anatómo-quirúrgico y se refiere a toda solución de continuidad producida en un tejido orgánico determinado.
- Miembro: es cualquiera de las extremidades del hombre articuladas con el tronco.
- Sentidos: son las facultades por las cuales recibimos las impresiones de los objetos externos.
- Órganos: son el conjunto de las partes que sirven para el ejercicio de una determinada función. El término debe ser tomado en el sentido fisiológico y no anatómico., puesto que varios órganos pueden servir para el ejercicio de una única función. Así tenemos: el órgano de la visión, auditivo, renal, respiratorio, etc. Constituido por dos ojos, dos oídos, dos riñones, dos pulmones. La ausencia de un

ojo constituye una debilidad o una disminución del órgano de la visión. La desaparición de ambos ojos constituye la pérdida del órgano de la visión.

• Deformación del Rostro: el Código Penal no es muy explícito, pero podemos decir que los límites están dados por:

- Superior: línea de implantación del cabello.
- Costado: las orejas.
- Inferior: parte superior del tórax.

Las lesiones en el código civil

En el fuero civil el derecho de indemnización surge de la responsabilidad de los daños y perjuicios derivados de los actos ilícitos ejecutados a sabiendas y con intención de dañar (Art. 1072) que se trató en las Unidades N° 3 al estudiar Responsabilidad Profesional y 7 Ejercicio Ilegal de la Odontología; y de los originados por culpa o sin intención de dañar.

Art. 1067: No habrá acto ilícito punible para los efectos de este Código, si no hubiese daño causado, u otro acto exterior que lo pueda causar, y sin que a sus agentes se les pueda imputar dolo, culpa o negligencia.

El Código Civil no solo contempla la reparación del daño ocasionado sino también la ganancia que se dejó de percibir, lo que designa con las palabras “pérdidas e intereses”.

Art. 1069: El daño comprende no sólo el perjuicio efectivamente sufrido, sino también la ganancia de que fue privado el damnificado por el acto ilícito, y que en este Código se designa por las palabras pérdidas e intereses.

Art.1077: Todo delito hace nacer la obligación de reparar el perjuicio que por él resultare a otra persona. Art.1086: De los delitos contra las personas: Si el delito fuere por heridas u ofensas físicas, la indemnización consistirá en el pago de todos los gastos de la curación y convalecencia del ofendido, y de todas las ganancias que éste dejó de hacer hasta el día de su completo restablecimiento.

Accidentes de trabajo

Se considera Accidente de Trabajo *toda lesión corporal que sufra el trabajador, con ocasión o a consecuencia del trabajo efectuado por cuenta ajena.*

De la definición anterior se desprenden los elementos para configurar lo que se considera como un

Accidente de Trabajo:

1. Lesión: toda alteración somática o psíquica evidenciable.
2. Que sufra el trabajador: lesiones que se den en la persona de un trabajador que mantiene contrato escrito o de otra naturaleza y sin que existe excepción alguna por razón del tipo de trabajo o actividad.
3. Con ocasión o a consecuencia del trabajo: todas las lesiones producidas en el momento del trabajo y las de sintomatología posterior.
4. Ejecutado por cuenta ajena: se refiere a que debe existir relación laboral entre trabajador y empresario.

Clasificación

La norma legal clasifica a los riesgos y accidentes del trabajo en:

- 1. Accidente de trabajo:** todo hecho súbito y violento en ocasión de trabajo.
- 2. Accidente de trabajo In Itinere:** es todo accidente de trabajo ocurrido en el trayecto habitual desde el domicilio del trabajador a su empresa y viceversa.
- 3. Accidente en comisión:** es el que se produce cuando el trabajador es “comisionado” o se le encarga un trabajo fuera de su lugar habitual.

4. Enfermedad profesional: es aquella enfermedad que se origina por la exposición del trabajador ante algún agente de riesgo.

Es condición que exista un vínculo inexcusable entre la enfermedad y la presencia en el trabajo de los agentes o condiciones que posibiliten la gestión de un daño a la salud.

Es decir, debe existir una enfermedad o un daño al organismo que provenga claramente de la exposición del trabajador a los agentes o condiciones causantes.

LISTADO DE ACTIVIDADES LABORALES QUE PUEDEN GENERAR EXPOSICIÓN AL PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

AGENTE	ACTIVIDAD
Acrilatos	La fabricación de prótesis dentales
Radiaciones Ionizantes	Exposición a los rayos X
Virus hepatitis A, B y C	Personal que tiene contacto con sangre humana infectada
Mycobacterius Tuberculosis	Personal en contacto con enfermos
Virus Junín (Fiebre Hemorr. Arg.)	Trabajadores en contacto con portadores del virus
Citomegalovirus	Heridas punzo cortantes con material contaminado
Virus de Inmunodeficiencia Humana (SIDA)	Contacto con sangre contaminada de portadores o enfermos
Herpes simple	Trabajadores expuestos especialmente a las excreciones bucales

Para esto la ley contempla un listado de enfermedades profesionales donde se explicita una actividad o profesión, un riesgo o contaminante que esa actividad posee y la enfermedad específica que produce.

Ley de accidentes del trabajo nº 9688/15

El problema de los accidentes de trabajo no es nuevo, en nuestro país, aumentaron a partir de la Revolución Industrial, que se inició alrededor de 1914. En esa fecha se produjo un accidente en el Riachuelo en la Ciudad de Buenos Aires, donde cayó un tranvía que transportaba obreros al puerto, falleciendo muchos de ellos y quedando sus familias sin protección.

Surge así la Ley de Accidentes del Trabajo N° 9688/15. Ley Madre, sobre una idea compartida del entonces legislador Alfredo Palacios y Arturo Bas. A través del tiempo y de los cambios sociales esta ley ha sufrido varias modificaciones.

Actualmente se encuentra vigente desde el 1° de Julio de 1996 la Ley de Riesgos del Trabajo (LRT). Ley N° 24.557/95.

A partir de ese momento, las empresas están obligadas a contratar para sus empleados un seguro contra riesgos de trabajo en una aseguradora (ART).

La ley hace hincapié en la prevención de accidentes y ampara a todo trabajador en caso de accidente o enfermedad profesional.

Ley 24.557/95. Riesgos del trabajo

CAPÍTULO I	Objetivos y ámbito de aplicación.
CAPÍTULO II	Contingencias y situaciones cubiertas.
CAPÍTULO III	Prevención de los riesgos del trabajo.
CAPÍTULO IV	Prestaciones dinerarias.
CAPÍTULO V	Prestaciones en especie.
CAPÍTULO VI	Determinación y revisión de las incapacidades.
CAPÍTULO VII	Régimen financiero.
CAPÍTULO VIII	Gestión de las prestaciones.
CAPÍTULO IX	Derechos, deberes y prohibiciones.
CAPÍTULO X	Fondo de garantía de la LRT.
CAPÍTULO XII	Fondo de reserva de la LRT.
CAPÍTULO XII	Entes de regulación y supervisión de la LRT.
CAPÍTULO XIII	Responsabilidad civil del empleador.

Objetivos principales de la ley

- La reducción de la siniestralidad laboral a través de la prevención.
- La reparación de los daños derivados de accidentes laborales o enfermedades profesionales.
- La rehabilitación del trabajador.
- La promoción de la recalificación y recolocación del accidentado.
- La promoción de la mejora de las medidas de prevención y de prestaciones reparadoras.

Ámbito de aplicación

Están obligatoriamente incluidos:

- Los trabajadores en relación de dependencia del sector público y privado.
- Otros trabajadores.
- El poder ejecutivo podrá incluir a:
 1. Trabajadores domésticos.
 2. Trabajadores autónomos.
 3. Bomberos voluntarios.
 4. Trabajadores vinculados por relaciones no laborales (pasantías, becas de estudio).

Obligaciones del trabajador y del empleador

Obligaciones del trabajador.

- Recibir de su empleador información y capacitación en materia de prevención de riesgos del trabajo, debiendo participar en las acciones preventivas.
- Cumplir con las normas de higiene y seguridad, así como con las medidas de recalificación profesional.
- Informar al empleador de todo hecho o circunstancia riesgosa inherente a su puesto de trabajo y al establecimiento en general.
- Someterse a los exámenes médicos y a los tratamientos de rehabilitación.
- Denunciar a su empleador los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que sufra.
- Deberá asistir a los cursos de capacitación y utilizar los elementos de protección personal.

Obligaciones del empleador.

- Denunciar a la ART y a la SRT los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que se produzcan en sus establecimientos.
- Cumplir con las normas de higiene y seguridad en el trabajo.
- Mantener un registro de siniestralidad por establecimiento.
- Brindar adecuada capacitación a los trabajadores.
- Suministrar al trabajador los elementos de protección personal.

¿Qué tipos de exámenes médicos son responsabilidad del empleador?

Los exámenes médicos de ingreso o preocupacionales:

- Tienen como propósito determinar la aptitud del postulante conforme a sus condiciones psicofísicas para el desempeño de las actividades que le serán requeridas.
- Deben efectuarse previo al inicio de la relación laboral.
- Son obligatorios y la responsabilidad de realizarlos está a cargo del empleador.

Los exámenes previos a la transferencia de actividad (ingreso a una actividad con exposición a un agente de riesgo):

- Se refiere a un agente de riesgo al que no haya estado expuesto anteriormente.
- Los empleadores podrán autoasegurar a sus empleados, siempre y cuando acrediten solvencia económica y garanticen el otorgamiento de las prestaciones de asistencia médica previstas en la ley 24.557/95 de Riesgos del Trabajo.
- Quienes no pudieren hacerlo, deberán asegurarse obligatoriamente en una Aseguradora de Riesgos del Trabajo (ART) de su libre elección.

ART: Aseguradora de Riesgos del Trabajo

Entidad de derecho privado, autorizada por la SRT (Superintendencia de Riesgos del Trabajo), autorizada por la Superintendencia de Seguros de la Nación, con solvencia financiera, con capacidad de gestión y demás recaudos previstos en esta ley y en la ley 20.091 y sus reglamentos.

Prestaciones

1. En especie:

- Atención médica y farmacéutica.
- Prótesis y ortopedia.
- Rehabilitación.
- Recalificación profesional.
- Servicios fúnebres.

2. Dinerarias:

- Incapacidad laboral temporaria (ILT): la ART debe comenzar a abonar el salario del trabajador a partir del décimo día de ocurrido el siniestro.
- Incapacidad laboral permanente (ILP): la ART debe abonar luego del siniestro, siempre que la lesión esté consolidada.

Obligaciones de la ART

- Promover la prevención, informando a la SRT acerca de los planes y programas exigidos a las empresas.
- Brindar las prestaciones en especie y dinerarias a los trabajadores.
- Brindar asesoramiento y ofrecer asistencia técnica a los empleadores afiliados.
- Realizar actividades permanentes de prevención de riesgos y control de las condiciones y medio ambiente de trabajo.
- Mantener un registro de siniestralidad por establecimiento.
- Denunciar ante la SRT los incumplimientos por parte de sus afiliados de las normas de higiene y seguridad en el trabajo, incluido el Plan de Mejoramiento.
- Notificar a la SRT las altas y bajas de empleadores afiliados como también la extinción de contratos por falta de pago.

Prevención de los riesgos del trabajo.

Los empleadores y los trabajadores, así como las ART están obligados a adoptar las medidas legalmente previstas para prevenir eficazmente los riesgos del trabajo.

Contingencias y situaciones cubiertas.

Las contingencias cubiertas son:

- Los accidentes ocurridos por el hecho o en ocasión del trabajo.
- Los accidentes "in itinere".
- Las enfermedades profesionales.

¿Qué tipos de exámenes médicos en salud son responsabilidad de la art? Exámenes médicos periódicos:

- Tienen por objetivo la detección precoz de afecciones producidas por agentes de riesgo con el fin de evitar el desarrollo de enfermedades profesionales.
- Los agentes de riesgo a los que pueden estar expuestos los trabajadores, son aquellos elementos de carácter físico, químico, biológico y otros existentes en el ambiente de trabajo y que pueden producir daños en la salud del trabajador.
- Deben efectuarse con frecuencia (indicada en el anexo 2 de la resolución 43/97).
- Son obligatorios y la responsabilidad de realizarlos está a cargo de la ART.

Exámenes previos a la transferencia de actividad (egreso de una actividad con exposición a un agente de riesgo):

- Tienen en lo pertinente los objetivos indicados para los exámenes de egreso.
- Son optativos y se realizan por indicación de la ART.
- La ART tendrá la opción de efectuar estos exámenes cada vez que se registren egresos de personal o bien cuando el cambio de tareas de un empleado “conlleve el cese de la eventual exposición a los agentes de riesgo”.

Exámenes médicos posteriores a una ausencia prolongada por accidente de trabajo y enfermedad profesional:

- Tienen como propósito detectar la /s patología/s eventualmente sobrevenida/s durante la ausencia.
- Son optativos y son controlados por la gerencia médica de la ART.

Consideraciones Generales de la Ley 24.557/95.

La ley original de Riesgos del Trabajo generaba un escenario discriminador hacia el trabajador en relación de dependencia, ya que por esa condición un ciudadano que sufría un daño en hecho u ocasión del trabajo, no podía acceder a una reparación por la vía civil. El art. 39 de la ley 24.557 vedaba el acceso a la reparación integral al trabajador en relación de dependencia; esto es, no sólo resarcir el lucro cesante, que de alguna manera era lo único que indemnizaba la LRT, sino todo el daño que sufre el trabajador accidentado o víctima de una enfermedad profesional, tales como las consecuencias sociales que le acarrearán su nuevo estado, los efectos en el ámbito familiar, en la pérdida de chance, que deben ser reparados por la aplicación del art. 19 de la Constitución Nacional y los arts. 1109 y 1113 del Código Civil: alterum non laedere o no dañar a los demás.

Ley de Riesgos del Trabajo N° 26.773/12.

RÉGIMEN DE ORDENAMIENTO DE LA REPARACIÓN DE LOS DAÑOS DERIVADOS DE LOS ACCIDENTES DE TRABAJO Y ENFERMEDADES PROFESIONALES.

Regula:

- Un sistema de reparación tarifada mejorando el monto de las prestaciones dinerarias otorgadas por las ART y;
 - En forma excluyente, la acción civil, llamada opción civil excluyente o acción con renuncia. Esta forma cae en la órbita del derecho de daños y se trata de un juicio de responsabilidad civil por accidentes de trabajo.
-

En forma resumida se detallan los aspectos salientes de esta ley:

1. Reparación dineraria de daño único.

Se deroga el art. 19 de la ley 24.557 que establecía el sistema de renta periódica.

Las indemnizaciones se

ajustarán semestralmente según el índice RIPTE (Remuneraciones Imponibles Promedio de los

Trabajadores Estatales) que refleja la evolución de los salarios..

2. Indemnización Adicional del 20%.

Un pago único junto a la indemnización dineraria prevista, en compensación por cualquier otro daño no reparado por las fórmulas allí previstas.

3. Plazo de 15 días para el pago de las indemnizaciones.

4. Eliminación de la doble vía.

Se fija un régimen de acción excluyente entre la indemnización establecida por esta ley y la demanda judicial. Para este último caso se establece la competencia civil.

No serán los jueces del trabajo quienes decidan sobre los montos indemnizatorios como sucedía hasta ahora, sino que hay una transferencia al fuero civil.

1. Honorarios profesionales.

Los mismos se determinarán según un régimen similar al vigente en la Ley de Contrato de Trabajo por imperio de su art. 277. Este artículo busca terminar con la denominada industria del juicio.

2. Seguro de responsabilidad civil.

Ahora es la propia ley la que los establece como opción para el empleador para hacer frente a los daños derivados de los riesgos del trabajo.

Incapacidad laboral

En el caso de que el trabajador sufra algún accidente o enfermedad profesional, debe realizar la denuncia telefónica a la empresa aseguradora (ART) y posteriormente concurrir a los prestadores médicos contratados por ella.

Incapacidad Laboral Temporal (ILT): cuando el daño sufrido por el trabajador le impida temporariamente la realización de sus tareas habituales. Incapacidad Laboral Temporal (IT)

La incapacidad temporal o transitoria (conocida popularmente como baja médica) es la situación en la que se encuentra una persona que está imposibilitada para el trabajo de manera puntual y necesita de asistencia médica, debido a una enfermedad profesional o común, o bien a un accidente (sea un accidente laboral o no laboral). Además, comprende también los períodos de observación por enfermedad profesional.

La duración máxima de esta incapacidad, por norma general, es de 12 meses (prorrogables durante otros 6 meses más), momento en el que el Instituto Nacional de la Seguridad Social valorará la posibilidad de que la incapacidad se convierta en permanente, o bien que se presuma el alta médica.

La prestación económica por incapacidad temporal trata de cubrir la falta de ingresos que se produce cuando el trabajador, debido a una enfermedad o accidente, está imposibilitado temporalmente para trabajar y precisa asistencia sanitaria de la Seguridad Social".

Incapacidad Laboral Permanente (ILP): cuando el daño sufrido por el trabajador le ocasione una disminución permanente de su capacidad laboraría. tras concluir el

período máximo de la incapacidad temporal, siempre que la Seguridad Social lo considere necesario se podrá pasar a la situación de incapacidad permanente.

Por lo tanto, podemos definir incapacidad permanente como la situación de un trabajador que, tras haberse sometido a tratamiento médico, presenta reducciones fisiológicas o funcionales graves que pueden llegar a ser definitivas y disminuyan o anulen por completo la capacidad laboral.

Si la situación del enfermo es permanente, entonces tenemos que solicitar la Incapacidad Permanente, que tiene varios grados:

- ❖ Incapacidad Permanente Parcial.
- ❖ Incapacidad Permanente Total.
- ❖ Incapacidad Permanente Total Cualificada.
- ❖ Incapacidad Permanente Absoluta.
- ❖ Gran Invalidez.

Incapacidad Permanente Parcial (IPP). Se trata de una incapacidad que alcanza un grado de disminución en el rendimiento normal de la profesión no inferior al 33% (sin impedir por completo las tareas fundamentales de dicha profesión y pudiendo, por tanto, continuar con la profesión habitual). La prestación conllevará un pago de 24 mensualidades de una única vez.

Incapacidad Permanente Total (IPT). En este caso, la incapacidad no permite seguir trabajando en la profesión habitual, pero sí se puede trabajar en otra profesión distinta. Se trata de un caso en el que el trabajador incapacitado, si cumple todos los requisitos, cobrará una prestación de por vida (pudiendo cobrar además el sueldo proveniente de otro trabajo) del 55% de la base reguladora.

Incapacidad Permanente Absoluta (IPA). Este grado de incapacidad imposibilita a la persona afectada a realizar cualquier tipo de profesión con un mínimo de dedicación y profesionalidad. La prestación consiste en una pensión vitalicia del 100% del salario bruto.

Es importante matizar que esta incapacidad no impide el desempeño de ciertas actividades compatibles con el estado de la persona incapacitada (por ejemplo los invidentes que venden cupones, donde lo que ganan es compatible con la pensión de incapacidad).

Dentro de los grados de incapacidad permanente cabe la posibilidad de que se añada un complemento a la pensión percibida por incapacidad. Este complemento se denomina Gran Invalidez (GI) y se da cuando la persona incapacitada permanentemente requiere un cuidador para sus tareas diarias ya que no puede valerse por sí mismo. Esto supondrá un aumento de la prestación percibida mediante una ayuda económica que supone un 45% del salario mínimo interprofesional.

Una vez producida la incapacidad, nos enfrentamos al problema de calcular el grado o estimación del daño.

Baremos

La ley de accidentes de trabajo no contempla las lesiones en el aparato estomatognático, relacionado especialmente con la pérdida de los elementos dentarios.

Para ello se recurre a tablas o cuadros, llamados **baremos**, en recuerdo del matemático francés Barreme. Estas tablas permiten valorar porcentajes de incapacidad desde el punto de vista anátomo-funcional para establecer las indemnizaciones en el aparato estomatognático en sus tres funciones: masticatoria, estética y fonética

El valor que expresa el baremo es absolutamente estimativo y/o comparativo y su evaluación será en cada caso particular y se adoptará el baremo más adecuado.

La Dra. Briñón propuso la siguiente tabla:

	P.R.E.M	P.R.E.E.	P.R.E.F.
I.c	1,50	7%	6%
I.I	1,50	5%	6%
C	2%	8%	6%
1°Pr	3%	4%	3%
2°Pr	4%	2%	3%
1°M	7%	0%	1%
2°M	6%	0%	0%

De acuerdo a la ubicación que tenga cada pieza dentaria en la cavidad bucal, se le asigna un valor con relación a la función que esta pieza cumple en la cavidad bucal. Masticatoriamente tendrá más valor un molar que un incisivo, pero si se toma en cuenta la estética, tendrá más valor el incisivo que el molar. La sumatoria de porcentuales, de acuerdo a las tres funciones y a cada pieza dentaria deberá estar referida al valor funcional total del aparato estomatognático.

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO IX

TOXICOLOGÍA

LEGAL

TOXICOLOGÍA

Concepto

La toxicología es el estudio de los venenos o, en una definición más precisa, la identificación y cuantificación de los efectos adversos asociados a la exposición a agentes físicos, sustancias químicas y otras situaciones.

La misma abarca desde estudios de investigación básica sobre el mecanismo de acción de los agentes tóxicos hasta la elaboración e interpretación de pruebas normalizadas para determinar las propiedades tóxicas de los agentes. Aporta una importante información tanto a la medicina como a la epidemiología de cara a comprender la etiología de las enfermedades, así como sobre la causabilidad de las asociaciones que se observan entre éstas y las exposiciones, incluidas las exposiciones profesionales.

Cabe dividir la toxicología en disciplinas normalizadas, como la toxicología clínica, la forense, la de investigación y la reguladora; otra clasificación hace referencia a los sistemas o procesos orgánicos que se ven afectados, y tenemos entonces la inmunotoxicología o la toxicología genética; puede presentarse también desde el punto de vista de sus funciones, y entonces se habla de investigación, realización de ensayos y evaluación de los riesgos.

La toxicología se conoce desde la antigüedad, lógicamente el hombre primitivo, conoció el efecto letal de las sustancias a través de las mordeduras de animales venenosos y a través de la ingesta de plantas que le producían graves trastornos o la muerte.

Poco a poco se dio cuenta que había gran cantidad de plantas y animales que provocaban la muerte y comenzaron utilizándolos como instrumentos de muerte, por tanto el comienzo original fue accidental para ser utilizado como elemento del crimen, puesto que el veneno mataba y no dejaba rastro de motivo de la muerte, que además por añadidura no existía ciencia toxicológica, llegando a extremos en que empezaron a aparecer envenenadores profesionales, también se utilizaban a los esclavos como catadores de venenos para apreciar su eficacia; familias famosas hicieron un arte de esta forma de

matar, Los Borgia, Medici, Toffana, etc. (Agua de Toffana, forma tratada del arsénico que provoca síntomas parecidos al cólera), se utilizaban venenos que simulaban síntomas de enfermedades comunes que en la época eran mortales.

El arsénico era el veneno más utilizado, hasta que se produjo el asesinato de un sujeto, cuñado de un médico llamado Marx, éste se propuso tratar de descubrir el veneno causante de la muerte, y con una idea simple pero eficaz identificó el arsénico, tomó los órganos del cadáver, y una lámina de cobre pulida, la introdujo junto con los órganos en una campana y los calentó, el arsénico se adhirió a la lámina, después sacó la lámina y en otra campana la calentó y el veneno se cristalizó en el frasco, demostrando así la presencia de arsénico en el cuerpo del cadáver y por tanto demostrando la existencia del agente causante de la muerte.

Con la revolución industrial, se observó gran cantidad de tóxicos provenientes de la industria que originaban enfermedades y muertes en los obreros de la industria, enlazando los envenenamientos criminales con las intoxicaciones industriales.

La ciencia toxicológica se desarrolla con el avance de la electrónica y de medios físicos con el invento la cromatografía de masas, que detecta cantidades mínimas casi indetectables de sustancias tóxicas dando lugar a la TOXICOLOGÍA ANALÍTICA.

Durante los siglos XVIII y XIX no se hacía autopsia al cadáver envenenado o intoxicado; al hacerse cargo la Medicina Legal del estudio de estas muertes se constituye la TOXICOLOGÍA FORENSE que es la rama de la toxicología que estudia los métodos de investigación médico-legal en los casos de envenenamiento y muerte. Muchas sustancias tóxicas no generan ninguna lesión característica, de tal manera que si se sospecha alguna reacción tóxica la investigación visual no sería del todo suficiente para llegar a una conclusión.

Un toxicólogo forense debe considerar el contexto de la investigación, particularmente cualquier síntoma físico que se haya presentado, y cualquier otro tipo de evidencia recolectada en la escena del crimen que pueda ayudar

al esclarecimiento del mismo, tales como recipientes con medicamentos, polvos, residuos y otras sustancias químicas disponibles. Con dicha información y con las muestras de evidencia, el toxicólogo forense debe entonces determinar cuáles sustancias tóxicas están presentes en ellas, bajo que concentraciones, y cuáles serían los efectos de dichas sustancias en el organismo humano.

¿Qué es un tóxico?

No es lo mismo tóxico que veneno, el primero es una sustancia que introducida en el organismo en, relativamente, pequeñas cantidades (dosis) origina un daño en el organismo o la muerte. (El arsénico en muy pequeñas dosis es un medicamento, además todos tenemos, en muy pequeña cantidad arsénico en nuestro cuerpo).

En Toxicología, cuando la sustancia tóxica entra en el organismo sin voluntad propia o ajena se denomina TÓXICO, y el que padece sus efectos se denomina INTOXICADO, sufre una intoxicación; ejemplo, tomar alimento en mal estado, tomar excesivas dosis de medicación sin darse cuenta, etc.

Cuando hay voluntad propia o ajena de suministrar un tóxico se denomina ENVENENAMIENTO y por tanto la sustancia se denomina VENENO, ejemplo el suicida por sobredosis de medicamento, es un veneno. Veneno es cualquier sustancia tóxica, ya sea sólida, líquida o gaseosa, que puede producir una enfermedad, lesión, o que altera las funciones del organismo cuando entra en contacto con un ser vivo, incluso provocando la muerte. Los venenos son sustancias que bloquean o inhiben una reacción química, uniéndose a un catalizador o enzima más fuertemente que el reactivo normal. Esta definición descarta fenómenos físicos como el calor, la radiación, la presión, que también pueden provocar lesiones en los organismos.

En relación con las vías de introducción del veneno, ellas pueden ser de la más variada naturaleza: cutánea, hipodérmica, oral, rectal, genital, nasal, respiratoria, intramuscular, intravenosa, parenteral, etc. Una vez absorbidos los venenos, algunos pasan a la sangre y se combinan con sus componentes,

son los denominados venenos hemáticos, como el óxido de carbono, en que el tóxico desplaza el oxígeno y forma un compuesto, la carboxihemoglobina, no apto para la función respiratoria, otros dejan rápidamente la sangre, pasando a determinados órganos por los cuales tienen una acción electiva, como los barbitúricos que se fijan sobre todo en los centro nerviosos.

Respecto a las vías de eliminación del veneno, estas son la renal, la intestinal, biliar, pulmonar, salival, conjuntiva, muco-nasal y glandular (como en el caso de las glándulas mamarias). Pero una parte del veneno permanece en el organismo, casi siempre, sufriendo un proceso de eliminación muy lento, lo que determina cuadros específicos en el orden anatomopatológico

Antídotos

Son aquellas sustancias que modifican las propiedades de los venenos, neutralizando su acción al convertirlos en sustancias inertes e inocuas.

Diversas Clases de Intoxicaciones según medicina legal

Intoxicación y Envenenamiento

Los términos intoxicación y envenenamiento se usan en el lenguaje corriente como sinónimos, incluso en muchas ocasiones, se emplean indistintamente en el campo meramente clínico; pero desde el punto de vista medicolegal, debe hacerse una diferenciación de cierta importancia por cuanto la Ley cuando se refiere a la acción intencional dirigida a ocasionar un efecto nocivo mediante un veneno, emplea normalmente la expresión envenenamiento y por el contrario, cuando se trata de una acción fortuita o accidental tóxico, utiliza la palabra intoxicación.

Pasando ahora a la consideración relativa a la etiología de las intoxicaciones, destaca en primer lugar que ella depende, en cada país, de diversos factores de índole cultural, económico, social, sanitario, etc., en cuanto concierne a los índices arrojados por las estadísticas correspondientes; incluso en un mismo país, existen sensibles variaciones, de región según se trate, por ejemplo, de zonas rurales, urbanas, industriales, mineras, etc.

Los tóxicos, en general, actúan sobre sistemas biológicos específicos, de tal manera que el daño y la sintomatología resultante siempre serán los mismos.

Intoxicaciones Accidentales:

Generalmente el intoxicado es el causante del episodio, confundiendo un producto químico tóxico con una sustancia comestible, o una médica con otra mal rotulada o de similar apariencia. En ocasiones la víctima adquiere un producto medicinal en una farmacia, donde le suministran una sustancia tóxica por un error de etiquetamiento.

Puede acontecer también, que algunos tóxicos volátiles sean inhalados por la víctima sin darse cuenta, como cuando un extintor de incendios pierde bromuro de metilo; o la estufa defectuosa desprende óxido de carbono. Otras veces, se ingieren semillas o frutas cuyas propiedades tóxicas se ignoran; o se toman alimentos cocinados en un recipiente que desprenda sales de plomo.

Cada vez es mayor el número de productos tóxicos que ingresan al hogar bajo formas de detergentes, cosméticos, punturas, medicamentos, ácidos, álcalis, que estando al alcance de los niños pueden ocasionar serios accidentes, e incluso hasta en los adultos.

En las intoxicaciones accidentales de la infancia es común que el agente causal se encuentre en el sitio en el que el niño se expuso: presencia de medicamentos, frascos de refresco conteniendo nafta, recipientes con soda cáustica o anafres en sitios cerrados, en cuyo caso la combustión incompleta del carbón produce monóxido de carbono que se concentra e intoxica a varios o todos los miembros de una familia.

Intoxicaciones Iatrogenias:

(Del griego: iatris, médico; genos, producir). Su nombre deriva de la circunstancia de que la propia víctima se auto médica o prescribe medicinas a sus familiares, ignorando incompatibilidad y tolerancia que luego producen peligrosas intoxicaciones. Así un supositorio antitusígeno, a base de codeína, puede servir para un niño de cierta edad; y si se aplica a un lactante puede

ocasionar su intoxicación; la misma aspirina, suministrada a larga mano, puede intoxicar sobre todo a un niño.

El sulfato de magnesia usado como purgante, ignorando que se absorbe hasta el 40%, puede ocasionar a través del ión magnesio graves problemas.

Las intoxicaciones iatrogenias usualmente son fáciles de demostrar por el antecedente de una consulta médica previa y el tener a la mano las recetas con los medicamentos responsables.

No es así en las intoxicaciones por administración de medicamentos por los familiares o en el Síndrome de Munchausen, en los que los adultos, por temor a las consecuencias o por sentimientos de culpa, lo usual es que soslayan o nieguen estos mecanismos de exposición.

Intoxicaciones Endémicas:

Constituyen en ocasiones verdaderos problemas sanitarios. La presencia de determinados elementos en el medio ambiente puede traer como consecuencia la presentación de intoxicaciones. Son crónicas y están producidas por fenómenos naturales.

Intoxicaciones Sociales:

Algunas costumbres sociales y religiosas llevan al uso y abuso de muchas sustancias como alcohol, tabaco, marihuana. Estas sustancias tienen como característica su influencia sobre grandes masas de población y su progresiva aceptación por la sociedad. "Las más importantes son las toxicomanías, que pueden causar grandes perjuicios a la salud colectiva, estirpes con discapacidades varias y complejos problemas sociales, específicamente de orden crimino genético"

Intoxicaciones de Causas Genéticas:

Se dan en ciertas personas o grupos étnicos, por fallas previas en sus mecanismos enzimáticos. Por ejemplo, el déficit de glucosa fosfato de hidrogenasa en los glóbulos rojos, facilita la destrucción de estos ante múltiples factores extrínsecos, principalmente drogas y metales como el plomo, a la misma causa se debe la intolerancia a la anestesia y muchas otras formas, como a ciertas clases de vitaminas o a los antibióticos.

Intoxicaciones Rurales:

“Son producidas por los plaguicidas agrícolas y constituyen un problema de toxicología sanitaria; incluso pueden extenderse a las zonas urbanas con el consumo de plantas o frutas rociadas con los insecticidas de alto poder tóxico”.

Intoxicaciones Ambientales:

Son originadas por los humos y gases en zonas de gran densidad industrial, los cuales provocan la contaminación atmosférica con los serios peligros que ello lleva aparejados. Se han conocido verdaderas epidemias de intoxicación plúmbica por las cenizas diseminadas por las chimeneas de fábricas; lo mismo que con la formación de bolsas atmosféricas, de anhídrido sulfuroso. Por lo demás, es ampliamente conocido el problema mundial de lo que se ha dado en llamar el smog, que preocupa a los sanitarios de todos los países desarrollados.

Intoxicaciones Profesionales:

Forman un grupo cada vez más frecuente, por el gran desarrollo industrial y la consiguiente manipulación de sustancias tóxicas, o su prolongado contacto con ellas, en el estado actual de desarrollo económico, pese a las numerosas previsiones de índole legal para la prevención de estas intoxicaciones.

El desarrollo incesante de la industria lleva implícita la necesidad de que sean cada día más numerosos los productos químicos que se manejan a través de los procesos industriales. Estos productos por lo regular, al contacto esporádico, no producen consecuencias nocivas, pero al estar en contacto permanente o prolongado con los trabajadores, en el ambiente de trabajo, les acarrea o puede acarrear intoxicaciones.

Naturalmente, que siempre que sea posible, se sustituye una sustancia nociva por otra inocua, en las cuales resulta forzoso el empleo de productos tóxicos, como ocurre en las fábricas de insecticidas. En la industria, las sustancias toxicas pueden empelarse como materias primas, pero también pueden aparecer como productos intermedios en el proceso de elaboración y transformación.

La actuación del toxico se ve favorecida por una serie de condiciones que facilitan su acción en que influyen, tanto en el mecanismo de intoxicación como en la sensibilidad o predisposición para cometerla, tales como la falta de higiene, falta o deficiencia en los equipos de protección individual, deficiencias en las instalaciones, como serian la falta de campanas recolectoras de gases nocivos en los ambientes en que estos gases tóxicos se desprenden y difunden, falta de vigilancia en el control médico, deficiente educación sanitaria del trabajador y la violación de las normas sobre higiene y seguridad

Intoxicaciones Culposas:

Con frecuencia están vinculadas a responsabilidad profesional del facultativo o del farmacéutico, por prescripciones contraindicadas en ciertos casos, o por errores en la preparación de fórmulas o en el despacho de productos medicinales en el caso de intoxicaciones accidentales, el cual podría verse también como un caso culposo en el supuesto de negligencia o imprudencia por parte del regente o del dependiente de la farmacia que suministro equivocadamente el producto tóxico o del profesional a cargo Finalmente, no son escasos en nuestro medio, los casos de intoxicaciones culposas, provocadas por yerbateros, empíricos y brujos, y hasta por estudiantes de medicina, odontología y auxiliares. Por lo demás, las denominadas intoxicaciones iatrogénicas son evidentemente de carácter culposo cuando es un familiar quien prescribe medicinas con efectos tóxicos para el paciente.

Intoxicaciones Alimenticias:

Se presentan en la práctica con bastante frecuencia y pueden ser de tres clases diferentes: las intoxicaciones por vía alimenticia, producidas por venenos exógenos que contaminan a la sustancia alimenticia (plomo, arsénico, cobre, bario, ácido cianhídrico, etc.); las intoxicaciones (toxiinfecciones) producidas

por sustancias tóxicas derivadas de las alteración y de la desnaturalización del alimento (toxinas); y las intoxicaciones pseudoalimenticias, producidas por el ingestión de sustancias venenosas del reino animal, vegetal o mineral, erróneamente tenidas por alimentos (hongos y peces venenosos).

Las intoxicaciones alimenticias usualmente se manifiestan con síntomas del aparato digestivo, a saber: náuseas, vómitos, diarrea y dolor abdominal. Frecuentemente se acompañan de dolores musculares, fiebre, dolor de cabeza, escalofríos y malestar general.

Para calcular la toxicidad de una sustancia en un grupo de control se aumenta la dosis hasta que fallece la mitad de la población control, a esta cantidad de sustancia se denomina DOSIS LETAL 50 (DL50), si se busca la dosis que produce la muerte. Cuanta más población se muere siendo menor la dosis, más peligrosa es la sustancia (por tanto, la DL es la unidad de toxicidad).

Diferente es la DOSIS TÓXICA 50 (DT 50), donde la mitad de la población control enferma o sufre los efectos de la sustancia, y se va aumentando la dosis hasta que la mitad del grupo control sufre los efectos o la enfermedad del producto.

Ciclo de la sustancia en el organismo.

La reacción del organismo es la tendencia a destruir el tóxico, este proceso se denomina BIOTRANSFORMACIÓN O TRANSFORMACIÓN EN VIDA, se denomina también metabolismo de tóxicos. En el órgano que se destruyen normalmente es el Hígado, éste no es que lo destruya, sino que los transforma en sustancias menos tóxicas al organismo, otras veces lo destruye. Estas sustancias menos tóxicas se denominan METABOLITOS, son producto de la transformación (Catálisis, reducción, etc.).

También sucede este fenómeno en otras partes del cuerpo y otros órganos y tejidos, produciendo el tóxico alteraciones y transformaciones del tejido afectado. Si pasa por el hígado primero, el tóxico tiende a transformarse o destruirse, ¿Y si no pasa por él? Ejemplo: si está en sangre que puentea el hígado, hasta que recorre las vías circulatorias y llega al hígado va produciendo

daño, en cambio sí es ingerido el tóxico, pasa antes por el hígado debido al ciclo digestivo, que, si ha sido inyectado, por tanto, al ser ingerido cabe la posibilidad de atenuar los efectos, si es una cantidad moderada, claro está.

Según el tóxico o la sustancia se eliminan a través de diferentes vías, la orina es la forma más rápida y frecuente de eliminación, también a través del sudor, leche, respiración (caso del alcohol), saliva, semen (no es muy habitual), se elimina el tóxico que circula por sangre, el depositado en el tejido tarda más tiempo en eliminarse.

Anestésicos locales en Odontología

Dosis de los Anestésicos Locales en Odontología: Las dosis máximas recomendadas (DMR) de los anestésicos locales (AL) en Odontología se describen en miligramos por unidad de peso corporal (kg); estas cifras reflejan valores estimados y siempre debe tenerse en cuenta la gran variabilidad entre un paciente y otro a las concentraciones plasmáticas del anestésico. Así, cuando administramos la DMR de AL, las concentraciones plasmáticas alcanzadas se encuentran en la zona media de la curva de distribución normal justo por debajo del umbral para una reacción de sobredosis. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que existen grupos de pacientes "hipersensibles", que pueden mostrar signos y síntomas clínicos de sobredosis aun cuando la cantidad administrada en ellos sea inferior a la cantidad necesaria para provocar tales reacciones.

Por ello, siempre debe emplearse la dosis más baja eficaz desde el punto de vista clínico. Las dosis de los AL se han modificado en base a lo anterior, el Council on Dental Therapeutics of the American Dental Association y la United States Pharmacopeial Convention (USP) revisaron de manera independiente las dosis máximas recomendadas de los AL por los fabricantes (DMRf).

En la actualidad están disponibles en nuestro medio AL del tipo de las aminoamidas, a continuación se detallarán las dosis recomendadas para los AL disponibles en el mercado comercial local.

Lidocaína

La DMR sugerida por Council on Dental Therapeutics of the ADA y la Convention de la USP para la Lidocaína con o sin vasoconstrictor es de 4,4 mg/kg de peso con un máximo absoluto por procedimiento de 300 mg en adultos; este régimen que representa una conducta más conservadora y nos permite la administración de un volumen significativo para conseguir una anestesia clínica profunda con menor riesgo de reacciones adversas.

Nota: la dosis recomendada por los fabricantes (DMRf) es de 7mg/kg; sin superar los 500mg.

En nuestro medio están disponibles cartuchos de Clorhidrato de Lidocaína de 1,8ml al 2 %, por lo tanto, cada cartucho contiene 36 mg de solución anestésica. En el caso de los cartuchos de lidocaína disponibles en la República Argentina se asocia la epinefrina diluida 1:50.000 (una parte por cada 50.000 partes de la solución anestésica) que corresponde a 0,036 mg/cartucho.

Carticaína

La DMR sugerida para la Carticaína con vasoconstrictor es de 7 mg/kg de peso con un máximo absoluto por procedimiento de 500 mg en adultos; el agente se presenta concentrado al 4%, lo que supone el doble de la concentración del anestésico descrito anteriormente esto es 72 mg/ cartucho.

Nota: En nuestro medio están disponibles cartuchos de Clorhidrato de Carticaína de 1,8ml al 4%z, por lo tanto, cada cartucho contiene 72 mg de solución anestésica. En la actualidad sólo está disponible la asociación con epinefrina diluida 1:100.000 (una parte por cada 100.000 partes de la solución anestésica) que corresponde a 0,018 mg/cartucho.

El vasoconstrictor

Todos los AL inyectables poseen cierto grado de actividad vasodilatadora, por ello las presentaciones se asocian a vasoconstrictores (vc) con el objetivo de contrarrestar dichos efectos. Los vc que suelen emplearse tienen una estructura química idéntica a las aminas simpáticomiméticas (mediadores del sistema nervioso simpático): epinefrina y norepinefrina, son fármacos que ejercen numerosas acciones aparte de la vasoconstricción.

Como en el caso del anestésico se debe usar la solución menos concentrada capaz de controlar el dolor con eficacia. Desde el año 1964 la American Heart Association ha afirmado que el uso de vc asociados a AL es seguro siempre que se emplee la con la técnica correcta (inyección lenta y aspiración previa) y se administre la dosis mínima efectiva. Las asociaciones más frecuentes de las aminoamidas con epinefrina son las diluciones 1:100.000 y 1:50.000. Ambas proporcionan la misma duración y profundidad anestésica, pero la primera dilución posee la mitad de la dosis de vc que la segunda: 0,018 mg y 0,036 mg respectivamente.

Dosis del Vasoconstrictor: Se recomienda limitar la dosis máxima de epinefrina en pacientes sanos a 0,2 mg por consulta; en el caso de los pacientes de riesgo cardíaco a 0,04 mg. En la siguiente tabla (S. Malamed, Anestesia Local) se detallan la cantidad de cartuchos en relación a las condiciones del paciente:

Dosis máximas recomendadas de epinefrina		
Concentración de epinefrina (mg/cartucho)	Cantidad de Cartuchos	
	Paciente Sano Normal ASA I*	Paciente con enfermedad cardiovascular clínicamente significativa ASA III o IV**
1:50.000 (0,036 mg)	5,5	1
1:100.000 (0,018 mg)	11†	2

*Dosis Máxima de Epinefrina 0,2 mg por consulta

**Dosis Máxima de Epinefrina 0,04 mg por consulta

† El volumen máximo real está limitado por la dosis del Anestésico Local

Recuerde para calcular la cantidad de solución anestésica a infiltrar en un paciente deben tenerse en cuenta la dosis ponderal del AL (mg/kg de peso) como la cantidad máxima de vasoconstrictor de acuerdo a las condiciones de base del paciente.

La siguiente tabla muestra la integración de los distintos aspectos mencionados:

Peso del paciente (kg)	Cantidad máxima expresada en mg de anestésico	Nº de cartuchos de lidocaína al 2% con epinefrina 1:50.000
40 kg	176	4,5†
50kg	220	6†
60kg	220*	6†
70kg	220*	6†
80kg	220*	6†
90kg	220*	6†
100kg	220*	6†

*Dosis máxima absoluta por procedimiento en base al peso del paciente, a la cantidad de lidocaína y a la dosis máxima de vasoconstrictor (0,2mg totales sugerido para personas sanas sin patologías asociadas)

† Cálculo redondeado al cartucho más próximo.

Intoxicación por mercurio

De acuerdo con sus propiedades químicas y las diferentes formas de interacciones biológicas, el mercurio, tiene una toxicocinética específica: el mercurio elemental es soluble en lípido, altamente difusible a través de las biomembranas y bio-oxidado intracelularmente a Hg inorgánico, el cual, es soluble en agua y menos difusible a través de las biomembranas; el mercurio orgánico es soluble en lípidos y rápidamente degradable en el organismo.

El mercurio ingresa al organismo por tres vías: respiratoria, digestiva y cutánea; siendo la vía inhalatoria la más importante para el mercurio elemental alcanzado niveles en sangre del 80% del volumen inhalado. Los vapores de mercurio elemental son depositados en el tracto respiratorio, dada su alta presión de vapor penetrando al árbol bronquial. Al ser oxidado en los eritrocitos a iones de mercurio se distribuye a cerebro, riñón e hígado en mínimas cantidades. Su excreción es predominantemente renal.

La OMS, en su Documento de Política General, del año 2005, "El Mercurio en el Sector de la Salud" dice: "El mercurio es muy tóxico, en particular cuando se metaboliza para formar mercurio de metilo.

Puede ser mortal por inhalación y perjudicial por absorción cutánea. Alrededor del 80% del vapor de mercurio inhalado pasa a la sangre a través de los pulmones. Puede tener efectos perjudiciales en los sistemas nervioso, digestivo, respiratorio e inmunitario y en los riñones, además de provocar daños pulmonares.

Los efectos adversos de la exposición al mercurio para la salud pueden ser los siguientes: temblores, trastornos de la visión y la audición, parálisis, insomnio, inestabilidad emocional, deficiencia del crecimiento durante el desarrollo fetal y problemas de concentración y retraso en el desarrollo durante la infancia.

Estudios recientes parecen indicar que el mercurio tal vez carezca de umbral por debajo del cual no se producen algunos efectos adversos" y que la amalgama es el material de relleno dental de uso más común.

La amalgama es una mezcla de mercurio y una aleación de metales. La composición normal es de un 45- 55% de mercurio; alrededor de un 30% de plata y otros metales como cobre, estaño y zinc. En 1991, la Organización Mundial de la Salud confirmó que el mercurio presente en la amalgama dental es la fuente no industrial más importante de emisión de vapor de mercurio, exponiendo a la población afectada a niveles de mercurio que superan con creces los establecidos para los alimentos y para el aire.

Según un informe presentado a la Comisión OSPAR, en el Reino Unido, el vertido de mercurio en el alcantarillado, la atmósfera o la tierra procedente de la amalgama dental asciende a 7,41 toneladas al año, mientras que otras 11,5 toneladas se reciclan o se eliminan con la corriente de desechos médicos.

En conjunto, el mercurio contenido en la amalgama dental y en los dispositivos de laboratorio y médicos representa alrededor del 53% del total de las emisiones de este metal”.

Asimismo, en este informe de la Organización Mundial de la Salud de 2003, se afirma que las amalgamas dentales contribuyen de forma significativa a aumentar el nivel de mercurio en el organismo

La amalgama dental sufre diversas fases en su preparación:

- a. Triturado u homogenización de los elementos que la integran.
- b. Condensación, es el paso cuando es llevada a la cavidad oral para ser depositada en el diente a restaurar.
- c. Tallado, bruñido y pulido, es la fase en la que se eliminan los excedentes, se le da forma, se pule y deja brillante.

Este último procedimiento se genera calor, ya que, la turbina de la pieza de mano odontológica emplea una velocidad 40.000 revoluciones por minuto siendo una de las principales fuentes de exposición de mercurio elemental en el hombre (Petrucci et al., 2008). También se ha descrito el mercurio como factor predisponente para la aparición de Alzheimer (Cummins, 2004; Mutter et al., 2007).

Cuatro estados de los Estados Unidos de Norteamérica y Noruega prohíben el uso del mercurio en las restauraciones dentales, y tomaron la iniciativa de dar folletos informativos antes de iniciar el tratamiento desde el 2008; concluyeron que debería tomarse un consentimiento informado para la colocación de amalgamas en pacientes con necesidad de tratamiento de obturaciones dentales, e informarles que éstas contienen mercurio.

Cualquier tipo de amalgama de plata cuya base sea el mercurio, produce vapores de mercurio. Los vapores de mercurio elemental se depositan en el tracto respiratorio, dada su alta presión y su solubilidad en agua; los más solubles se disuelven en membranas mucosas, los menos solubles penetran al árbol bronquial. Al ser oxidado en los eritrocitos a iones de mercurio se distribuye al cerebro, riñón e hígado en mínimas cantidades. Su excreción es predominantemente renal (Morales et al., 2003). De acuerdo con la Agencia de Protección Ambiental de los Estados Unidos (EPA, USA), los niveles límites de exposición para la concentración de vapores de mercurio ambiental es de 300 Hg/m³.

Sintomatología por intoxicación aguda: Escalofríos, náuseas, disnea, diarrea, gusto metálico, presión en el pecho, tos.

Sintomatología de la Enfermedad crónica por intoxicación con Mercurio: Disturbios psíquicos, temblores en las manos, convulsiones, alteraciones en la dicción, insomnio, diarrea, disfunción renal, alteraciones bucales como gingivitis y movilidad dentaria

Mercurio:

DM 0,15 grs

DT: 0.05 grs/mt³

Riesgo ocupacional en Odontólogos

La Federación Dental Internacional (FDI) con relación a la higiene del mercurio establece una serie de recomendaciones. A la vez la Asociación Dental Americana (ADA) considera que los riesgos de exposición mercurial en el trabajo de Odontología son escasos si el personal que trabaja en dicha área cumple con las normas de higiene mercurial existentes, debido a que la dosis de mercurio desprendida durante el procedimiento de manipular las amalgamas es mínima e inocua, por lo cual no recomienda la remoción de amalgamas y la sustitución por otro tipo de material.

Sin embargo, la intoxicación en los consultorios dentales, generalmente es de carácter crónico causada por la exposición prolongada a vapores de mercurio y ocurre por no tomar las precauciones durante la manipulación del metal en el proceso previo a la preparación de amalgama. Una vez que el mercurio está bajo la forma de amalgama, constituyendo una aleación con plata, estaño y pequeñas cantidades de cobre y zinc, existen muchas controversias acerca de su posible toxicidad. El vapor de mercurio puede existir en el ambiente a concentración tóxica sin que se llegue a detectar por los ojos o por el olfato y sus efectos nefastos pueden aparecer meses o varios años después de la exposición. Por esta razón se debe hacer con carácter preventivo determinaciones de mercurio ambiental en el lugar de trabajo en forma periódica.

Los niveles de concentración de vapores de mercurio permisibles en el ambiente fueron establecidos por la Convención Americana de Higienistas Dentales y el National Institute of Occupational Safety and Health of Department of Laboratory (N.I.O.S.H.D.L.) siendo el valor umbral límite (V.U.L) 0,05 mg de mercurio/m³ de aire por 8/hs. diarias, en lugares abiertos, máximo durante 5 días a la semana.

Una atmósfera saturada de vapor de mercurio contiene aproximadamente 18 mg Hg/m³ de aire, este es un nivel de mercurio 360 veces superior a la media permisible (0,05 mercurio/m³ aire). Debido a la elevada presión de vapor de mercurio elemental, el derrame de 1 ml de este metal en un ambiente de 30 m² requiere 20.000 cambios de aire para eliminar dicho vapor.

La exposición ocupacional del personal odontológico al mercurio también ha sido bien documentada. Recientemente se han reseñado varios casos de

envenenamiento por mercurio y embriotoxicidad entre el personal dental. En efecto, se ha encontrado que la exposición a mercurio inorgánico aumenta los niveles de este metal en el plasma sanguíneo y en la orina.

Al remover mecánicamente las amalgamas viejas utilizando solamente el extractor de saliva, el nivel de vapor de mercurio se puede elevar de 2 a 15 veces del máximo permitido. El nivel de mercurio almacenado en el cuerpo aumenta con el tiempo por lo cual los dentistas que tienen mayor tiempo de desempeño, son más susceptibles a presentar problemas neurológicos, de comportamiento y pérdida de memoria, entre otros.

Los asistentes dentales y dentistas, quienes trabajan con amalgamas presentan reducción de la fertilidad y bajas posibilidades de concepción y sus hijos tienen un bajo coeficiente intelectual comparado con la población general. Cabe destacar que los síntomas del hidrargirismo afectan enormemente el desarrollo profesional de los odontólogos y de los asistentes dentales, ya que ellos requieren de mucha destreza manual, coordinación y precisión al realizar la manipulación de sus herramientas de trabajo.

Toxicidad del flúor

La fluorosis sistémica es una condición poco conocida a pesar del gran impacto en la salud de la población en general, ya que no solo se observan alteraciones inmediatas si no también crónicas, la cuales suelen tener repercusiones en el desarrollo físico, cognitivo y psicomotor, como se ha demostrado en diversos estudios, los cuales sugieren que la hiperfluorosis crónica causa alteraciones en el coeficiente intelectual de niños expuestos desde edades tempranas a este halógeno.

Dosis letal cierta: es aquella que con toda seguridad provocara la muerte del individuo, en caso d un hombre de 70 kg debería beber de 5.000 a 1000 litros de agua con floración de 1ppm, para un niño de 10 kg de peso el nivel de flúor sería unos 350 mg, ósea debería tomar 350 litros de agua.

ej: niño con 10 kg de peso valores de dosis letal:

Agua fluorada 1p	350 litr
Tabletas (0.25)	1400 tabl
Dentífrico 0.1%	350 c
Colutorio de NaF 0	1600
Colutorio de NaF 0	400
Gel de flúor	28 c
Duraphat 2.2	15 c

Dosis tóxica probable: es aquella dosis que ingerida requiere la inmediata atención terapéutica ante la posibilidad de consecuencias tóxicas graves (5 mg/kg de peso)

Dosis tolerada de seguridad: es la dosis que podría ser ingerida sin causar intoxicación aguda, y sería una cuarta parte de la dosis letal cierta, toda dosis inferior a este valor no genera nunca toxicidad.

Las formas de presentación del flúor para uso odontológico carecen de cualquier tipo de efecto indeseable si se utilizan en las concentraciones y cantidad recomendadas por edad y peso.

Ante la intoxicación aguda provoca sintomatología característica, náuseas, vómitos e hipersalivación, pudiendo agravarse el cuadro con convulsiones, arritmia cardíaca, coma pudiendo producir muerte por parálisis respiratoria, el mecanismo de acción es a través del bloqueo del metabolismo celular, inhibiendo la glucólisis, el metabolismo del calcio, y alterando la conducción del impulso nervioso

Ante una intoxicación aguda se debe precisar la forma y cantidad de la preparación ingerida

Toxicidad sistémica de los agentes blanqueadores:

El blanqueamiento de piezas dentarias es una técnica conservadora, sencilla, relativamente rápida para modificar el "valor" (value) del color de las piezas dentarias vitales o tratadas endodónticamente.

Los productos más usados en las técnicas de blanqueamiento son los peróxidos, de carbamida y de hidrógeno en diferentes concentraciones.

El Peróxido de hidrógeno al 30-35% es aplicado por el odontólogo en la consulta, pero su uso se ha reducido en favor de blanqueamientos vitales de uso nocturno en el hogar, mediante peróxido de carbamida al 10-15%. El mecanismo exacto de las coloraciones dentarias es desconocido, pero se piensa, que la capacidad de oxidación de los peróxidos altera la estructura química y consecuentemente el color de los cromógenos. El problema, es que la liberación de radicales libres de oxígeno no es específica y las reacciones oxidativas pueden dañar las proteínas, lípidos y ácidos nucleicos propios del huésped; provocando efectos tóxicos y carcinogénicos, y han sido implicados en procesos de envejecimiento y alteraciones degenerativas.

Estudios in vitro realizados sobre cultivos celulares, mostraron que estos efectos adversos y la citotoxicidad de estos agentes blanqueadores, están asociados con la concentración de peróxido utilizada. La mayoría de las técnicas de blanqueamiento ambulatorio usa peróxido de carbamida al 10% o peróxido de hidrógeno al 3 ó 5%.

La administración oral de 5 gramos/kilo de peróxido de carbamida al 10 y 15% en ratas, no ha demostrado signos de toxicidad sistémica, en cambio la administración de igual dosis de peróxido de carbamida al 35% provoca daño tisular del estómago, duodeno, hígado y riñón en los animales).

Hasta la fecha ningún agente blanqueador, utilizado en las concentraciones y períodos recomendados, causa efectos sistémicos o cambios significativos en el hígado y riñón, lo que ha clasificado como seguros a los productos de 10 a 15% de peróxido de carbamida y de 1.5 a 3% de peróxido de hidrógeno.

Toxicidad local de los agentes blanqueadores

Los resultados iniciales sobre el efecto del peróxido de carbamida en la superficie del esmalte, eran controvertidos, afirmando inocuidad sobre el tejido mineralizado, mientras otros demostraban la formación de microgrietas y cambios en la composición de la superficie del esmalte (46), alteraciones en la matriz orgánica y reducción significativa de la resistencia a la abrasión (47).

El peróxido de carbamida en las concentraciones usadas para blanqueamientos ambulatorios (10%-15%) produce un efecto desmineralizante de la superficie del esmalte, probablemente por degradación de la matriz orgánica, induciendo la pérdida de algunos cristales, o por disolución ácida producida por el peróxido.

Esto genera lesiones microscópicamente similares a procesos cariosos incipientes, la extensión y profundidad de la lesión aumentan en función de la concentración del peróxido de carbamida.

Análisis microscópicos han mostrado además que el peróxido de hidrógeno puede penetrar dentro del esmalte, por su bajo peso molecular, afectando la subsuperficie de este tejido e incluso en concentraciones al 30% pueden llegar a la pulpa. El peróxido de carbamida al 10% es extremadamente inestable, disociándose en 3% a 5% de peróxido de hidrógeno y 7% a 10% de urea, aumentando el pH intraoral, el cual se reduce gradualmente 2 a 5 horas después, debido a la degradación del peróxido de hidrógeno en oxígeno y agua, y de la urea en amonio y en dióxido de carbono.

La urea neutraliza la producción de ácido a partir de los carbohidratos por parte de la placa bacteriana y disminuye la producción de radicales libres. La desmineralización superficial del esmalte puede prevenirse aplicando una concentración de 2 ppm flúor a pH 4,5, concentraciones menores no inhiben la desmineralización.

Leyes relacionadas con el incorrecto uso de sustancias

Ley Antitabaco: 7827 (Ley Provincial)

En la Universidad, reglamentación 787/90 dice: a los estudiantes se lo penalizara, con un tercio del salario mínimo, vital y móvil, o si no con 2 días de reclusión, o sino primero apercibimiento, segundo suspensión, tercero expulsión, si se fuma en esta ámbito.

Capítulo 4: Delitos contra la salud pública.

Envenenar o adulterar aguas potables o alimentos o medicinas

200.* [Será reprimido con reclusión o prisión de tres a diez años y multa de pesos diez mil a pesos doscientos mil, el que envenenare, adulterare o falsificare de un modo peligroso para la salud, aguas potables o sustancias alimenticias o medicinales destinadas al uso público o al consumo de una colectividad de personas.]

201.* [Las penas del artículo precedente se aplicarán al que vendiere, pusiere en venta, suministrare, distribuyere o almacenare con fines de comercialización aguas potables, sustancias alimenticias o medicinales o mercaderías peligrosas para la salud, disimulando su carácter nocivo.]

201 bis.* [Si como consecuencia del envenenamiento, adulteración o falsificación de aguas potables o sustancias alimenticias o medicinales, resultare la muerte de alguna persona, la pena será de diez a veinticinco años de reclusión o prisión; si resultaren lesiones gravísimas, la pena será de tres a quince años de reclusión o prisión; si resultaren lesiones graves, la pena será de tres a diez años de reclusión o prisión. En todos los casos se aplicará además multa de pesos diez mil a pesos doscientos mil.]

202.* Será reprimido con reclusión o prisión de tres a quince años, el que propagare una enfermedad peligrosa y contagiosa para las personas.

203.* [Cuando alguno de los hechos previstos en los artículos anteriores fuere cometido por imprudencia, negligencia, impericia en su arte o profesión o por inobservancia de los deberes a su cargo, se impondrá multa de pesos cinco mil a pesos cien mil; si tuviere como resultado enfermedad o muerte se aplicará prisión de seis meses a cinco años.]

204.* [Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que estando autorizado para la venta de sustancias medicinales, las suministrare en especie, calidad o cantidad no correspondiente a la receta médica, o diversa de la declarada o convenida, o excediendo las reglamentaciones para el reemplazo de sustancias medicinales, o sin la presentación y archivo de la receta de aquellos productos que, según las reglamentaciones vigentes, no pueden ser comercializados sin ese requisito.]

204 bis.* [Cuando el delito previsto en el artículo anterior se cometiere por negligencia, la pena será de multa de pesos cinco mil a pesos cien mil.]

204 ter.* [Será reprimido con prisión de uno a cuatro años y multa de pesos diez mil a pesos doscientos mil, el que produjere o fabricare sustancias medicinales en establecimientos no autorizados.]

204 quáter.* [Será reprimido con multa de pesos diez mil a pesos doscientos mil, el que teniendo a su cargo la dirección, administración, control o vigilancia de un establecimiento destinado al expendio, almacenamiento, distribución, producción o fabricación de sustancias medicinales, a sabiendas, incumpliere con los deberes a su cargo posibilitando la comisión de alguno de los hechos previstos en el artículo 204.]

204 quinquies.* [Será reprimido con prisión de seis meses a tres años el que sin autorización vendiere sustancias medicinales que requieran receta médica para su comercialización.]

205. Será reprimido con prisión de seis meses a dos años, el que violare las medidas adoptadas por las autoridades competentes, para impedir la introducción o propagación de una epidemia.

206.* [Será reprimido con prisión de uno a seis meses el que violare las reglas establecidas por las leyes de policía sanitaria animal.]

207. En el caso de condenación por un delito previsto en este Capítulo, el culpable, si fuere funcionario público o ejerciere alguna profesión o arte, sufrirá, además, inhabilitación especial por doble tiempo del de la condena. Si la pena impuesta fuere la de multa, la inhabilitación especial durará de un mes a un año.

208. Será reprimido con prisión de quince días a un año:

1. El que, sin título ni autorización para el ejercicio de un arte de curar o excediendo los límites de su autorización, anunciare, prescribiere, administrare o aplicare habitualmente medicamentos, aguas, electricidad, hipnotismo o cualquier medio destinado al tratamiento de las enfermedades de las personas, aun a título gratuito;

2. El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar anunciare o prometiére la curación de enfermedades a término fijo o por medios secretos o infalibles;

3. El que, con título o autorización para el ejercicio de un arte de curar, prestare su nombre a otro que no tuviere título o autorización, para que ejerza los actos a que se refiere el inciso 1 de este artículo.

ODONTOLOGÍA

CAPÍTULO X

ODONTOLOGÍA PERICIAL

Y FORENSE

LEGAL

ODONTOLOGÍA PERICIAL Y FORENSE

Odontología Pericial

Concepto de perito:

Es la persona versada en una ciencia, arte u oficio, cuyos servicios son utilizados por el juez para que lo ilustre en el esclarecimiento de un hecho que requiere de conocimientos especiales científicos o técnicos.

Concepto de peritaje:

Es el examen y estudio que realiza el perito sobre el problema encomendado para luego entregar su informe o dictamen pericial con sujeción a lo dispuesto por la ley.

Rol del odontólogo con la justicia

La profesión de odontólogo hace emerger relaciones en primer lugar con los pacientes, es decir, todo lo concerniente al trato profesional, su responsabilidad profesional, el secreto profesional, etc.; en segundo lugar, debe guardar estrecha relación con la justicia, donde se debe responder obligatoriamente como lo hacen los peritos en lo penal.

Desde el punto de vista jurídico o legal a estas relaciones las podemos dividir en:

- 1) Como asesor, en el caso de perito, testigo o árbitro.
- 2) Como demandante, en el caso de juicio por cobro de honorarios, descrédito profesional, etc.
- 3) Como acusado o demandado, es decir, en todos aquellos delitos que pudieran incurrir los odontólogos como tales en el ejercicio de sus funciones, en el caso de irresponsabilidad profesional, mala praxis, de violación del secreto profesional o ejercicio legal de la Odontología (ver el artículo 208 del Código Penal Argentino y leyes que rigen el ejercicio de la profesión), etc.

El perito odontólogo y su campo de acción

Los jueces no son omnipotentes, es decir, no dominan todas las ciencias, artes ni oficios, conocen de Derecho pero no de las demás ciencias y artes, entonces, es aquí el momento donde tienen que pensar en esas personas a las cuales se las convoca para un mayor y mejor conocimiento de las causas que tratan, y justamente a esas personas, son a las que se denomina Peritos. Estas podrán ser expertos con títulos o sin ellos, pero siempre reconocidas por su conocimiento, que los convoca y que se encuadran en las pautas jurídicas establecidas.

Numerosos son los casos por los cuales pueden los odontólogos ser convocados por los jueces para actuar como peritos. Ejemplo, para establecer el tiempo transcurrido desde la muerte de una persona, para determinar el tiempo de fallecido, otros ejemplos: Restos humanos del Dique San Roque, Mar Chiquita, Córdoba, para la identificación, etc.; o si las heridas fueron hechas antes o después de muerto, con qué instrumentos contundentes y características de ello, también para identificar una persona de manera inconfundible en casos de mala praxis, etc. y lo mismo en los demás fueros, civil, laboral, etc.

La palabra Perito deriva del latín "docto" que significa experimentado en ciencia, artes u oficios.

Cuando el Perito es convocado por el juez para ser integrante de la justicia, ha pasado a constituirse por así decirlo en los ojos del juez como lo expresó Loudent o Biale Massé en 1885 cuando afirmaba que los Peritos son jueces de hecho, porque son los que realizan efectivamente la justicia determinando sobre cuestiones que requieren conocimientos científicos, técnicos y prácticos, motivos éstos que nos hacen discrepar con la organización de la justicia nacional vigente que nos considera como simples auxiliares, de ahí que sostengamos que somos parte de los hacedores de la justicia y no como auxiliares de la misma. Así es como deducimos que:

Perito: Es el asesor de la justicia.

Peritaje: Es el trabajo que presentamos al juez.

Pericia: Es el asesoramiento que proponemos al juez.

Los peritos son siempre nombrados por el juez y en ocasiones propuestos por las partes.

Los peritajes en lo civil y laboral en Córdoba son casi iguales en su procedimiento, no así en el fuero penal, donde el juicio es oral y obligatoria su aceptación, dándonos lugar para podernos excusar siempre y cuando estemos comprendidos bajo las generales de la ley.

Clasificación de los peritos

I Según la fuente proponente

DE OFICIO

DE PARTE

ESPECIALES

Profesores titulares o adjuntos de las asignaturas médicas u odontología correspondientes al hecho Legal que motiva la pericia.

Médicos especialistas en alguna de las ramas de la medicina. Reconocida la especialidad por las autoridades sanitarias.

Peritos oficiales: Son los médicos u odontólogos forenses

Perito de oficio: Es el propio juez que lo designa, por sorteo, de una lista que existe en cada uno de los Fueros, donde en determinada fecha del año los profesionales que tengan los requisitos exigidos podrán inscribirse. El perito es designado por el juez para mejor proveer o designar per se a una profesional no inscripto, que por sus condiciones de idoneidad y preparación científica pueda cumplir la tarea encomendada.

Perito de parte: es designado por el juez a pedido de las partes o del propio interesado, pudiendo el magistrado hacer lugar o no, de acuerdo a motivación de idoneidad, moralidad procedimiento, o causales de recusación, excusación.

Peritos especiales: son quienes no siendo médicos legistas se han especializado en determinada rama de la medicina y por sus conocimientos específicos pueden ser requeridos por la justicia, para informar sobre determinadas cuestiones (médico psiquiatra, traumatólogo, etc.)

Condiciones de los peritos

- 1) Científicas y técnicas, es decir dominio para lo que se lo consulta.
- 2) Morales y éticos.
- 3) Culturales, es decir formación humanística y social.

Los Peritos Odontólogos de acuerdo a los Códigos de Procedimientos actuales pueden excusarse o ser excusados en todos los fueros que fueran requeridos por la justicia.

¿Quiénes pueden ser peritos?

- Los que tengan título habilitado
- Los que posean título de especialista o de profesor universitario en la materia
- Los inscriptos en los fueros correspondientes para desempeñarse como perito de oficio o de parte
- Los que designe el juez para mejor proveer
- Cualquier persona aunque no tenga título, aunque la profesión no estuviera reglamentada o si estándolo no hubiera peritos titulares en el juicio.

Según el código procesal penal de la Provincia de Córdoba.

Calidad Habilitante art 232: Los Peritos deberán tener título de tales en la materia a que pertenezca el punto sobre el que han de explicarse, siempre que la profesión, arte o técnica estén reglamentados. En caso contrario, deberán designarse a personas de idoneidad manifiesta.-

¿Quiénes no pueden ser peritos?

- Quien no posea título habilitante
- Quien se encuentre inhabilitado por alguna de las causas para ser testigo
- Quienes se amparen en el secreto profesional
- Quienes por razones psíquicas, físicas o morales, no se encuentren en estado de decir la verdad.
- Porque tengan impedimento para exponer sus ideas de palabras o por escrito

- Según el código procesal penal de la provincia de Córdoba.

Incapacidad e Incompatibilidad art. 234: no podrán ser peritos: los menores de edad, los insanos, los que deban o puedan abstenerse de declarar como testigos o hayan sido citados como tales, los condenados y los inhabilitados.-

Designación: Siempre los peritos son designados por el magistrado que interviene en el juicio. Según el código procesal penal de la provincia de Córdoba

Obligatoriedad del cargo art. 233: el designado como perito tendrá el deber de aceptar y desempeñar fielmente el cargo, salvo que tuviera un grave impedimento. En este caso, deberá ponerlo en conocimiento del órgano judicial correspondiente al ser notificado de la designación.

Número de peritos: Pueden ser únicos cuando el caso es de poca importancia o no se ha encontrado otro. Pero generalmente son dos los peritos. En el caso de resolverse que sean tres cada parte designa al suyo y el juez un tercero.

Según el código procesal penal de la provincia de Córdoba

Peritos de control art. 237: en el término que se fije al ordenar las notificaciones previstas en artículo anterior, cada parte podrá proponer a su costa otro perito legalmente habilitado; pero si las partes que ejercieren esta facultad fueran varias, no podrán proponer en total más de dos peritos, salvo que exista conflicto de intereses. En este caso, cada grupo de partes con intereses comunes, podrá proponer hasta dos peritos. Cuando ellas no se pongan de acuerdo, se designará entre los propuestos. No se registrarán para los peritos de control los art, 233 y 235.-

Peritos nuevos art. 241: si los informes fueren dubitativos, insuficientes o contradictorios, se podrá nombrar uno o más peritos nuevos, según la importancia del caso, para que los examinen y valores o fuere factible y necesario, realicen otra vez la pericia.-

De igual modo podrán actuar los peritos propuestos por las partes, cuando hubieran sido nombrados después de efectuada la pericia.-

Recusación de un perito

Del latín recausare significa no admitir o aceptar una cosa, en este caso rechazar la designación de un perito o sea que una de las partes o ambas partes piden la remoción del perito designado.

- Parentesco con consanguinidad dentro del segundo grado
- Haber recibido beneficios importantes por una de las partes
- Tener contra el causante enemistad, odio resentimiento manifiesto
- Por justa causa
- Por falta de título
- Por incompetencia en la materia
- Tener amistad íntima con una de las partes
- Haber sido denunciante curador tutor respecto de una de las partes.
- Tener interés directo o indirecto en la causa
- Tener sociedad o comunidad con algunas de las partes, excepto si la sociedad fuese anónima
- Amistad íntima

La Recusación siempre se hace por escrito, expresándose las causas; con respecto a la excusación diremos que en lo civil y laboral se puede aceptar el cargo y es de norma ética hacerlo por escrito, en cambio en el campo de lo penal, siempre se debe aceptar y luego excusarse, por causas justificables, aunque para un profesional es un honor que lo convoquen como tal. Al aceptar en cualquiera de los fueros, podemos ser castigados o penados, por ejemplo por falso testimonio, por imprudencia, negligencia o inobservancia o intencionalidad.

Excusación: Deriva del latín excusatio. Expresa eximir o rehusarse hacer determinadas cosas o acción. El trámite de exudación es el acto por el cual el propio perito solicita se le releve del cargo. Este trámite se inicia elevando una nota al juez en forma escrita enumerando las causas o causa. En general las razones son las mismas que para la recusación.

Según el código procesal penal de la provincia de Córdoba

Excusación y Recusación: art 235: sin perjuicio de los en el artículo anterior, son causas legales de excusación y recusación de los peritos, las establecidas para los jueces. El incidente será resuelto por el Tribunal o el Fiscal de Instrucción según corresponda, oído el interesado y previa averiguación sumaria, sin recurso alguno.

Elementos sobre los cuales el odontólogo puede actuar como perito

Desde el sexto mes de la vida intrauterina hasta muchos años después de muerto, por ser las piezas dentarias las más duras y perdurables del organismo que nos sirven como fieles testigos.

1) En el vivo:

- a- Traumatología (evaluar daños).
- b- Accidente del trabajo y enfermedades profesionales.
- c- Mordeduras.
- d- Determinar eficiencia y calidad de los trabajos odontológicos.
- e- Cobro de honorarios.
- f- Responsabilidad, secreto profesional, descrédito profesional, etc.

2) En el cadáver:

- Identificación para la determinación de edad, sexo, raza y talla.

3) En restos humanos

4) En prótesis o sustancias comestibles o no para el uso de la mismas.

Partes de un peritaje

- 1) Encabezamiento o preámbulo.
- 2) Exposición de los hechos.
- 3) Discusión que es la parte más importante para el juez, según nuestro criterio.
- 4) Conclusiones.

Informe pericial

Es un acto cumplido por una o más personas del arte de curar en virtud de orden judicial y cuyo fin es

analizar un hecho de determinado estableciendo sus características y extrayendo del mismo determinadas conclusiones. Tipos de informes periciales.

- Pueden ser orales u escritos sin que ello tenga que ver con el tipo de juicio.
- También pueden ser llamados o dar explicaciones verbales de sobre algún punto de su informe.

El informe oral generalmente se usa cuando un caso es de extrema urgencia y así lo necesita el juez. En este caso los peritos vierten un informe en forma verbal que se asienta en un acta, exceptuándose de esta exposición los casos que la naturaleza y la gravedad del hecho, requiriese la forma escrita.

Redacción del informe pericial

• Modo de redactarlo: la misión del perito es informar, ilustrar y precisar. Por lo tanto el informe ya sea oral o escrito será: claro, concreto, seguro en sus afirmaciones o negaciones.

• Partes que lo componen:

a) Encabezamiento: se coloca la autoridad judicial a quien dirigimos el informe. Así, Sr. Juez, para la primera instancia de cualquier fuero, excelentísima cámara, para la segunda instancia, excelentísima suprema corte.

b) Proemio: se expresan las motivaciones por las cuales el perito o los peritos han sido designados, así como los puntos de pericias que han sido formulados por el juez o las partes y que deberán ser contestadas una por una:

c) Estudio médico legal: si se trata de una persona cumplimos con todos los pasos propios de un examen completo: Anamnésticos, semiológicos, clínicos, neurológicos, psiquiátricos, pruebas complementarias, laboratorios, radiográficos, electroencefalográficos. Se realizará el correcto estudio dependiendo del caso: si es forense, si es para identificación, etc.

d) Consideraciones médicos legales: comprende el diagnóstico positivo y diferencial del caso estudiado.

Este guardara relación con el tipo de pericia que se debe realizar.

e) Conclusiones: serán de dos tipos:

A) generales: representadas por el diagnóstico alcanzado y

B) particulares o especiales, constituidas por las respuestas a cada uno de los puntos de pericias formuladas por el juez o las partes.

Según el código procesal penal de la provincia de Córdoba

Dictamen art 242: el dictamen pericial podrá expedirse por escrito o hacerse constar en acta, y comprenderá, en cuanto fuera posible:

1) La descripción de la persona, cosa o hecho examinados, tal como hubieran sido hallados.-

2) Una relación detallada de las operaciones que se practicaron y de su resultado.-

3) Las conclusiones que formulen los peritos, conforme a los principios de su ciencia, arte o técnica y sus respectivos fundamentos, bajo de pena de nulidad.-

4) La fecha en que la operación se practicó.-

Puntos de la pericia

El juez será quien fijara todos aquellos puntos (preguntas) que considere oportuno y lo dará por escrito o de palabra, cuidando de no formularlos de manera sugestiva.

Normas legales para efectuar la pericia médico legal

1. Aceptación del cargo: el perito antes de actuar debe aceptar el cargo para el que han sido asignados por el juez, lo que tiene lugar antes de jurar

2. Negativa a concurrir al llamado de un juez. En el fuero penal, se establece que nadie puede negarse al llamado de un juez o a no informar, al menos que tenga algún impedimento, en cuyo caso, lo hará saber al juez al ser nombrado.

3. Juramento: el perito aceptara el cargo bajo juramento o promesa de desempeñar fielmente el cargo en el caso de no tener título habilitante.

Obligaciones y derecho de los peritos:

1. Tiene amplias facultades para practicar los exámenes, pruebas e investigaciones que crea necesaria para el mejor esclarecimiento de los hechos

2. El juez y las partes pueden presenciar los exámenes que realicen los peritos y durante ellos formularle preguntas de lo actuado.

3. Los peritos tendrán derecho a revisar las actuaciones, para informarse ampliamente sobre los antecedentes del caso debiendo guardar secreto de todo lo que hubiera tenido conocimiento en su transcurso.

4. Plazos para la presentación de la pericia: el juez puede o no fijar plazos para la presentación de las pericias.-

Odontología forense

Reseña histórica

Se considera que la odontología legal y la odontología forense nacieron desde el punto de vista formal y científico a partir del año 1898 cuando Oscar Amoedo publicó su libro "L'art dentaire en médecine légale".

En esta obra se recogen de una forma sistemática los principales problemas odontológicos relacionados con el derecho y también se incluyen una serie de casos judiciales o cuestiones planteadas ante los tribunales.

A partir de ese momento la odontología legal y la odontología forense se desarrollan de un modo paulatino y siguiendo un cierto paralelismo, de una parte con la evolución del derecho positivo, particularmente en la odontología legal, puesto que al incluir cada vez mayor número de normas ordenadoras del ejercicio profesional dan nacimiento a nuevos capítulos; y por otro lado, en lo que respecta a la odontología forense se enriquece constantemente con los nuevos avances de la medicina y la odontología.

Esta última en una primera fase se limitó a la resolución de problemas identificativos, habiendo producido a lo largo de su recorrido una extensa casuística, en la que se incluyen numerosos casos adecuadamente resueltos, con valor histórico o con amplia resonancia social.

A través del tiempo se han suscitado casos notables en que los indicios bucodentales han servido como medio de identificación para auxiliar a la justicia.

En la época de la Roma Imperial, según relato de Tácito en los Anales, Agripina mandó matar a su esposo, Claudio I, quien gobernó del año 41 al 54 de nuestra era, y después a Loila Paulina, que por su belleza y fortuna constituía su principal rival.

Cuando los ejecutores le trajeron la cabeza, ésta estaba tan deformada que era irreconocible.

Para cerciorarse de que la desfigurada cabeza que le presentaban era la de Loila Paulina le entreabrió los labios para apreciar algunos detalles de sus dientes y observó que, evidentemente se trataba de la misma ya que poseía un incisivo roto.

Carlos el Temerario murió en la batalla de Nancy en 1477. Su cadáver fue reconocido por la ausencia de los dientes superiores que había perdido a consecuencia de una caída del caballo, dato que era conocido por uno de sus siervos más fieles.

Paul Revere practicó la odontología entre 1768 y 1788, siendo alumno de John Baker, dentista inglés. Revere fue el primer dentista que hizo una identificación dental, por lo que se lo considera como el precursor de la odontología forense.

En los inicios de 1775 Revere construyó un puente dental con alambre de plata y colmillo de hipopótamo para el Dr. Joseph Warren. Este fue uno de los dirigentes coloniales responsables de desencadenar la guerra de la independencia en Estados Unidos.

Al comienzo de la guerra, Warren se alistó como soldado ya que pensó que sería más útil en el frente que como cirujano en jefe del ejército.

En la batalla de Bunker Hill murió por una bala que le perforó el cráneo, siendo enterrado por los británicos, al día siguiente fue desenterrado para ser exhibido

como ejemplo de lo que les ocurría a los revolucionarios, sepultándolo luego en una fosa común sin ningún tipo de identificación.

Diez meses más tarde, Paul Revere junto a los hermanos Warren buscaron el cuerpo para recuperarlo y los restos fueron identificados por el puente dental.

En 1879 Napoleón IV, hijo de Napoleón III, fue asesinado por los Zulúes en África del Sur; su cadáver fue identificado gracias a su odontólogo.

En 1891 se presentó en la Universidad de Lyon el caso de un banquero de la ciudad de San Petersburgo. Este banquero fue asesinado en su oficina y cerca del cuerpo se encontró una pipa que se suponía, le pertenecía. Al examinarla se descubrió que tenía dos ranuras, una más profunda que la otra, causadas por el desgaste que le provocaron los dientes del fumador, lo cual no coincidía con los dientes de la víctima. Al investigar a los sospechosos se notó que uno de ellos tenía el incisivo izquierdo más corto que el otro, por lo que se le pidió ensayara con la pipa; al rehusarse se le sometió a la prueba; ahí se observó que los dientes se acomodaban con exactitud; de este modo se demostró la culpabilidad del detenido.

El 21 de mayo de 1895, en el pueblo de Remanganaguas, el Dr. Pablo Valencia y Forts (médico cirujano) procedió a reconocer un cadáver conducido a ese lugar por las fuerzas españolas que al mando del coronel Jiménez Sandoval, habían sostenido un combate con los patriotas entre los que se hallaban Josa Martí.

En el dictamen el médico consignó, entre otros detalles, la falta del segundo incisivo derecho del maxilar superior y que las demás piezas eran puntiagudas y con cara de forma oval.

El Dr. Zayas Bazán, odontólogo del caudillo, que fue quien extrajera el incisivo, confirmó la descripción expuesta en la autopsia por lo que se dio por segura la pérdida de Martí.

En 1907 fueron trasladados los restos del prócer al cementerio de Santiago de Cuba. Se examinaron el cráneo y los maxilares y se registraron los trabajos dentales y al confrontarse con el esquema bucal practicado por el Dr. Zayas Bazán, resultaron semejantes por completo.

El 4 de mayo de 1897 se incendió el Bazar de la Caridad. A este lugar concurrían acaudaladas damas de París para recaudar anualmente fondos para realizar proyectos a favor de los pobres.

A causa del siniestro, el bazar fue destruido por completo perdiendo la vida 126 personas. Los cadáveres fueron trasladados para su identificación visual, lo que fue muy difícil debido a que muchos estaban mutilados y carbonizados; pese a esto, muchos pudieron identificarse por trozos de ropa y/u objetos personales, pero quedaron 30 que no pudieron serlo por los métodos convencionales.

Se utilizó entonces, el peritaje odontolegal gracias al cual los estomatólogos reconocieron a muchos de sus pacientes que se hallaban entre las víctimas.

El Dr. Oscar Amoedo, cubano radicado en París, que registró los procedimientos y observaciones de los dentistas presentó un trabajo titulado: "Función de los dentistas en la identificación de las víctimas de la catástrofe del Bazar de la Caridad". En este informe concluye que era necesario establecer un sistema internacional de trazo uniforme de diagramas de la dentición y una sola nomenclatura.

Este trabajo es considerado como el primer texto de odontología forense.

El 5 de febrero de 1905, en las oficinas de la delegación alemana de Santiago de Chile, Guillermo Beckert Frambauer, segundo secretario de la delegación, mató a Ezequiel Tapia, portero del edificio, al clavarle un cuchillo en el corazón; además con unas boleadoras le fracturó el frontal y la base del cráneo; con un soplete de joyero le quemó la tibia derecha, la cara, especialmente la boca para no dejar rastro. Beckert había convencido previamente a Tapia de que vistiera un traje y una camisa con gemelos de puños.

Después de cometer el homicidio, Beckert se apoderó de los caudales, empapó con bencina el cadáver y todo lo que había alrededor y les prendió fuego; el desapareció disfrazado cuando la delegación comenzó a arder.

Como Beckert no aparecía por ningún lado, se pensó que el cadáver carbonizado era el suyo.

Esta situación era muy conflictiva ya que, debido a la mala interpretación y al desconocimiento científico, dos naciones podían llegar a enfrentarse por suponer un atentado a la dignidad internacional. Sin embargo, el Dr. Germán Valenzuela Bazterrica rindió un informe preciso verídico en el cual sostuvo que los dientes y la boca del cadáver examinado no eran los de Beckert; esto lo logró comparando dos fichas odontológicas, por un lado, las que le Dr. Juan Denis Lay practicó a Beckert en 1906 y, por el otro, la de Ezequiel Tapia, que encontró en los archivos de los servicios dentales del ejército, la cual coincidía y comprobaba, sin duda alguna que el cadáver carbonizado era el del portero de la delegación y no del canciller Beckert.

La policía logró detener a Beckert cuando se disponía a huir a la Argentina, disfrazado y con pasaporte falso.

Confesado su crimen ante el juez, Beckert fue ejecutado el 5 de julio de 1910.

En marzo de 1919 el Dr. Rodríguez Cao, legista del Instituto de Medicina Legal de Río de Janeiro, encontró en un bosque un cadáver en avanzado estado de descomposición. La víctima presentaba una herida profunda en el cuello y otras en el tórax, así como varias fracturas de cráneo. En la boca había una prótesis que consistía en un puente con dos incisivos, uno central derecho y otro lateral izquierdo. Se publicó en varios diarios diversas fotografías de dicha prótesis y tiempo después, un odontólogo alemán, se presentó en la Jefatura de Policía diciendo reconocer el trabajo protésico publicado. El mismo se lo había realizado al ciudadano de origen alemán Alfredo Sheneck.

Posteriormente, se pudo aclarar que el homicida había sido un socio de la víctima que había desaparecido después de cometer el hecho y tomar la precaución de seccionar la mano derecha del cuerpo ya que le faltaba el pulgar que había sido amputado años atrás.

Más recientemente, en 1982, en el desastre aéreo de Málaga, más del 80% de las víctimas del accidente fueron identificadas con ayuda del método odontológico.

El 18 de julio de 1994 una explosión originada intencionalmente, destruyó la sede de la Asociación Mutuales Israelitas Argentinas (AMIA), ubicada en la calle Pasteur de la Ciudad de Buenos Aires, reduciendo a escombros su edificio de 7 pisos y dañando severamente las viviendas circundantes. Este atentado provocó lesiones de diverso grado en numerosas personas presentes en la AMIA o en sus alrededores y generó 85 víctimas fatales.

Del lugar del hecho se rescataron 76 cadáveres, dos personas vivas que fallecieron poco después de su hospitalización y 58 restos corporales.

El empleo del método odontológico de identificación hizo posible, a través de escasos restos como lo eran ambos maxilares, de una víctima fatal cuyo cadáver no fue encontrado.

En otro caso, el hallazgo de un aparato protésico de cromo inferior se confrontó con una radiografía cervical premortem aportada por la familia de la víctima, donde se visualizaban estructuras dentarias. Esto junto con el examen de dactiloscópico de otro resto conformado por parte de una mano, confirmó la muerte de la víctima en la catástrofe.

En todos los cadáveres y fragmentos corporales que contaban con restos dentarios y no resultaron identificados inicialmente por reconocimiento familiar y dactiloscopia, se practicaron entre otras, las técnicas odontológicas de identificación.

En junio de 1997 fueron hallados en Bolivia, en una fosa común, los restos óseos de siete guerrilleros, entre los que se suponía se hallaba el Comandante Ernesto "Che" Guevara, médico argentino y uno de los líderes de la revolución cubana junto a Fidel Castro, ejecutado en la localidad de la Higuera, por tropas del ejército boliviano en Octubre de 1967.

La identificación de sus restos fue hecha con el método odontológico mediante la comparación de la ficha odontológica premortem que enviaron desde Argentina a los antropólogos y odontólogos cubanos que dirigían las excavaciones, y el estudio de los restos hallados. Una amalgama y la particular disposición de las piezas dentales, desde el punto de vista odontológico, y la presencia de un mega seno frontal, fueron los puntos de coincidencia que determinaron la identificación positiva treinta años después de su muerte.

Definición de Odontología forense

La odontología forense tiene como sinónimos los de estomatología forense y estomatología legal.

Es preciso aclarar los términos que en esta materia se emplean, es decir, se entiende por odontología el estudio de los órganos dentarios, por estomatología el estudio de la cavidad bucal (tejidos y órganos duros y blandos) y por forense al odontólogo oficialmente adscrito a un juzgado de instrucción, y por cuanto a la referencia del término legal ha de entenderse como lo perteneciente o relativo a lo forense.

Es la rama de la Medicina Forense que consiste en el estudio de las características y arreglos dentales, con el apoyo de la elaboración de moldes y fórmulas dentarias, a efecto de hacer comparaciones formales con fichas odontológicas testigos y establecer la identidad de las personas o restos humanos.

La identificación de cadáveres severamente mutilados o carbonizados o víctimas halladas en estado de putrefacción avanzada, mutilación, carbonización o reducción esquelética requiere la aplicación de técnicas odontológicas, que mediante el estudio de los dientes y las restauraciones dentales, busca su identificación.

En el caso de desastres aéreos, ferroviarios y terrestres este estudio es factible debido a la resistencia de los dientes a la destrucción y a la frecuencia de restauraciones dentales en la población, por lo que suelen existir registros previos; las conclusiones que en esta materia se emiten, se sustentan en la coincidencia de los datos antemortem y postmortem. Estos datos son proporcionados principalmente por registros dentales como el odontograma, radiografías dentales, modelos de estudio y fotografías intra y extraorales que generalmente son proporcionados por los familiares de la víctima.

La intervención del perito en materia de Odontología Forense se puede requerir para indagar sobre ciertas técnicas de cirugía bucal; o bien conocer cuáles son las técnicas de alineamiento dental por métodos ortodónticos o bien ortopédicos buco dentales; o aplicar la traumatología forense para clasificación dental; o las bases de la fotografía clínica en una investigación de huellas de mordedura humana relacionadas con un delito; el aporte para quien requiere de esta disciplina puede ser bibliográfico, estadístico, clínico, instrumental, en el consultorio dental, en el laboratorio de prótesis o en el especializado de Criminalística.

En conjunto con la Criminalística, la estomatología forense, ayuda a determinar sexo, edad y grupo racial. Como disciplina orientadora puede ayudar a establecer ocupación, situación socioeconómica y lugar de origen.

Gustafson (1973), acuña el concepto de *Patología Bucal Forense*, a la que define como "la especialidad odontológica dedicada a la identificación, documentación,

recolección y preservación de todos los indicios en tejidos duros y bandos bucales, susceptibles de transformarse en evidencia jurídica"; analizando esta definición y los conceptos antes descritos, podemos deducir que la odontología forense abarca múltiples áreas de conocimiento de la odontología, medicina, antropología y derecho.

Finalmente, podemos definir a la Odontología Forense como la aplicación de los conocimientos odontológicos con fines de identificación y tiene utilidad en el derecho Laboral, Civil y Penal. Es la rama de la odontología que trata del manejo y el examen adecuado de la evidencia dental y de la valoración y la presentación de los hallazgos dentales, que puedan tener interés por parte de la justicia.

La odontología forense es muy importante y abarca temas relevantes para las investigaciones judiciales tales como: dictámenes de edad, recolección de evidencia odontológica en delitos sexuales, maltrato infantil, responsabilidad profesional, entre otros.

Antropología forense

Es el estudio de las características somáticas, osteológicas y antropométricas para individualizar e identificar a los individuos involucrados en casos médico-legales, especialmente en los cuales la víctima o víctimas son halladas en estado de putrefacción avanzada, mutilación, carbonización o reducción esquelética.

Con base en el estudio de restos óseos, el Antropólogo Forense puede identificar el sexo, estimar la edad, determinar la estatura, la afinidad racial y características propias de cada individuo (señas particulares), lo que va a conformar su identidad.

Por lo tanto, cuando se trata de identificar un cadáver, como primer paso en su intervención, el antropólogo realiza un estudio consistente en:

- Lateralización (identificación de piezas, sólo en restos óseos).
- Reconocimiento externo para la búsqueda de señas particulares (fracturas, intervenciones quirúrgicas, deformaciones óseas congénitas, etc.)
- Estudio Dental (aplicando técnicas similares a las empleadas en odontología).
- Identificación de sexo.
- Estimación de la edad.
- Determinación de la estatura.

En muchos casos, este estudio antropológico forense ha permitido identificar al sujeto problema, comparando los datos obtenidos de los restos óseos con los aportados por los familiares (cabellos en peines, fotografías, etc.) o de personas ajenas (el odontólogo tratante, estudios médicos, quirúrgicos en posesión de ellos). Sin embargo también en muchos otros, es necesario aplicar otras técnicas sobre todo cuando los restos óseos que se están estudiando no son suficientes o no aportan datos concluyentes.

En estos casos, es necesario ir más allá en la búsqueda de características útiles que permitan identificar al sujeto problema, es entonces que se recurre a ciertas técnicas llamadas auxiliares de Identificación.

Actualmente se manejan diferentes técnicas que permiten individualizar y/o identificar un cadáver con toda certeza. Cabe señalar que no existen reglas que indiquen en qué casos utilizarlas y en cuáles no, ya que depende del tipo de cadáver o restos óseos con los que se esté trabajando, de la información antemortem con la que se cuente, de los recursos de laboratorio y del tipo de hecho que se trate. El tiempo disponible para emitir un dictamen es un factor que debe tomarse en cuenta, es innecesario por lo tanto, practicar una técnica de identificación demasiado elaborada cuando existen otros elementos que llevan a obtener la misma conclusión en un tiempo menor y con la misma certeza. Es por eso que el perito en identificación

debe tener el criterio adecuado para determinar si se realiza o no y sólo una vez que se hayan agotado otras técnicas convencionales.

Identificación por medio de las características odontológicas

La identificación es el proceso mediante el cual se recogen y agrupan ordenadamente las diferentes características de una persona.

Este proceso es parte de la medicina legal y está relacionado con aspectos administrativos, sociales y económicos (herencias, seguros de vida, indemnizaciones).

La identificación por medio de los dientes se hace necesaria cuando ha sido imposible la identificación por otros medios.

Los rasgos más importantes por identificar son:

- Especie
- Sexo
- Talla
- Edad
- Grupo Racial
- Ocupación
- Nivel socioeconómico
- Lugar de origen

Determinación de Especie

El diagnóstico de especie se plantea cuando se hallan dientes aislados, en general se trata de establecer si la pieza o piezas en cuestión pertenecen o no a la especie humana.

Los dientes humanos presentan una característica morfológica fundamental que los diferencia prácticamente del resto de las especies: la corona y la raíz se encuentran en el mismo plano, con lo que resultan como un tallo. Por el contrario, en los animales la raíz está siempre muy curvada, ofreciendo una gran angulación. Solamente en los monos antropoides existe una cierta semejanza, sobretodo en el caso de los incisivos y caninos, por lo que será necesario un exhaustivo examen y recurrir a estudios de anatomía comparada.

Cuando se trata de fragmentos de dientes, se puede apelar al estudio microscópico. El diente humano tiene características exclusivas, consistentes en que los prismas del esmalte son ondulados, paralelos y de dirección perpendicular a la dentina; tienen una anchura media de 5 y una longitud de 2 mm, y presentan estrías oscuras transversales a intervalos regulares de unos 4 mm. La línea de unión entre esmalte y dentina ofrece aspecto festoneado.

Determinación de Sexo

Se pueden considerar distintos factores en la determinación del sexo, los más importantes son:

Cuerpo de Barr: En el hombre normal, el cariotipo corresponde al patrón 46 XY; en la mujer al patrón XX; por lo tanto, la determinación sexual se puede efectuar mediante el estudio del cuerpo de Barr. Este es una parte de la cromatina sexual, correspondiente a uno de los cromosomas X femenino, mide alrededor de un micrón y se lo puede observar al microscopio común en el 60 % de las células femeninas. Se presenta sólo cuando existen dos cromosomas X, por lo tanto estará ausente en todas las células del sexo masculino.

Los cuerpos de Bar se pueden buscar en frotis teñidos de mucosa bucal o de pulpa dental previa fijación.

En el caso de realizar el estudio mediante mucosa bucal, el material se obtiene frotando la misma con firmeza con una torunda de algodón o baja lenguas; el material así recogido se extiende sobre un portaobjetos y se envía perfectamente rotulado al laboratorio de histopatología. Si se efectúa el estudio con pulpa dental, la misma se extrae de la cavidad con instrumental de endodoncia, el material obtenido se extiende sobre la superficie de un portaobjetos y se envía al laboratorio para su proceso.

Estudio de ADN

Antiguamente se realizaba el estudio de la presencia del cuerpo de Barr en las células de la pulpa dental, actualmente este procedimiento está siendo atendido paulatinamente reemplazado por el estudio de ADN presente tanto en las células del diente como en las del hueso. Habitualmente la identificación genética por medio de ADN se realiza con muestras de sangre, semen o cabello. La pulpa dental también es útil para el estudio cualitativo y cuantitativo del ADN, ya que en ella se encuentra en grandes cantidades y de alto peso molecular, suficiente para realizar todo tipo de estudios genéticos. Se considera además que se hallaría siempre en mejor calidad de conservación ya que la pulpa dental se encuentra aislada del exterior y por lo tanto de las agresiones físicas y químicas a que pudo estar expuesto el sujeto en cuestión. De esta manera, además de determinar el sexo cromosómico, se puede identificar por medio de los polimorfismos del ADN, la persona a la que pertenece la muestra.

Tamaño y Alineación de los Órganos Dentarios: Se han realizado diversas investigaciones destinadas a determinar el sexo por medio de la morfología y el tamaño de los dientes, sin embargo, deben tomarse con reserva, ya que no se ha protocolizado aún un método exacto. No puede dejarse de tener en cuenta, algunas observaciones científicas:

- 1) Los dos incisivos centrales superiores son más voluminosos en el sexo masculino, las dimensiones, a veces, tienen diferencias de fracciones de milímetros.
- 2) La relación mesiodistal del incisivo central y el laterales menor en sexo femenino, lo que significa que las mujeres tienen órganos dentarios más uniformes y más alineados.
- 3) En el sexo femenino, la erupción de la segunda dentición es más precoz.

El tamaño y la forma de las piezas dentarias están sometidas a las leyes de Mendel, es por esto que algunos sujetos femeninos tienen características masculinas.

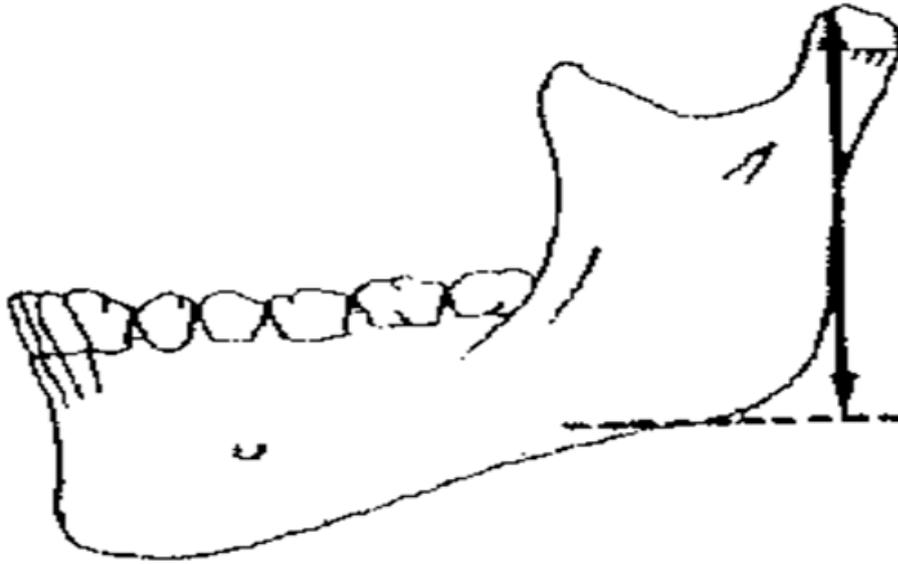
Paladar: Generalmente el paladar en el sexo masculino es ancho y poco profundo, y en el sexo femenino es estrecho y profundo.

La arcada dentaria masculina es gruesa mientras que la femenina es más fina, los bordes alveolares son más verticales en el sexo masculino que en el femenino.

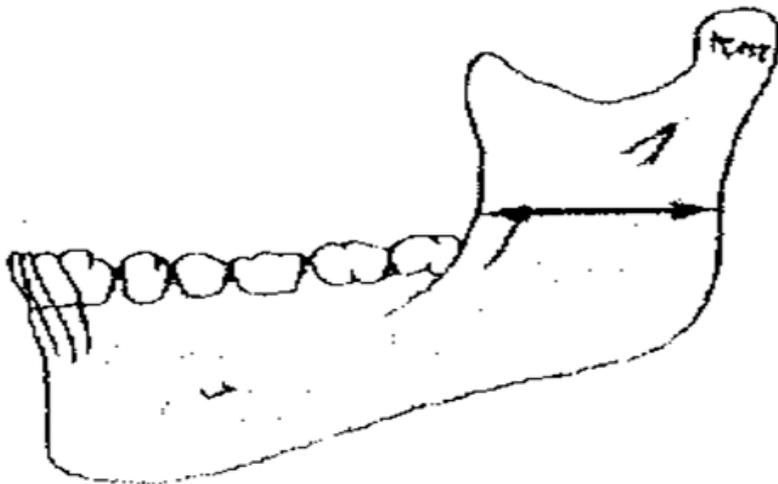
Morfología Mandibular: La mandíbula del hombre es más grande y gruesa. La altura del cuerpo es mayor, los cóndilos son más gruesos y las apófisis coronoides son anchas y altas. En la mujer, la mandíbula es más pequeña y menos robusta en todas sus estructuras; la altura del cuerpo es menor, los cóndilos y las apófisis coronoides son gráciles.

Medición Mandibular Las mediciones que se llevan a cabo en la mandíbula son las siguientes:

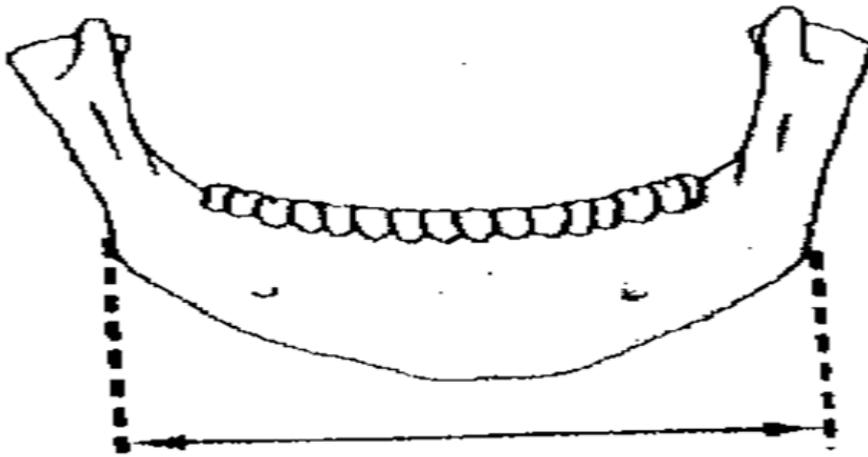
- **Altura de la rama:** esta se obtiene de la línea que va desde la cúspide del cóndilo hasta el plano donde reposa la mandíbula.



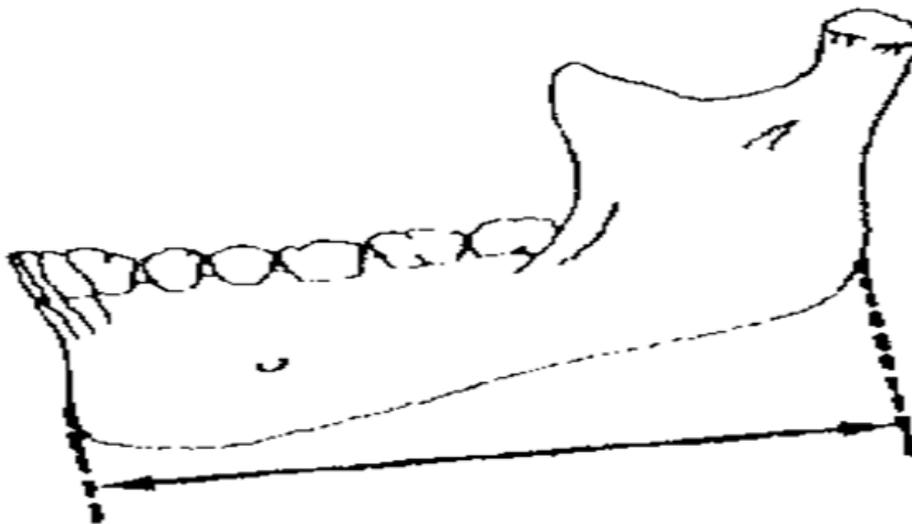
- **Ancho mínimo de la rama:** es la medida entre ambos bordes de la rama de la mandíbula, en el punto más estrecho.



- **Ancho bigoníaco:** es la distancia entre el gonion derecho e izquierdo, siendo el punto más bajo en el borde externo y posterior del ángulo de la mandíbula.



- **Longitud total:** distancia entre el borde anterior del mentón a la altura del punto de intersección de la línea sagital y el borde posterior de los ángulos mandibulares.



Una vez obtenidas las medidas presentes se aplican a la siguiente fórmula:
Sexo = $\frac{\text{Altura de la rama} \cdot \text{Anchura mínima de la rama} \cdot \text{Anchura bigoníaca}}{\text{Longitud total}}$

Si los valores obtenidos son mayores a 1200.88, corresponde al sexo masculino y si es menor a 1200.88, corresponde al sexo femenino.

El error esperado con esta técnica es de 18,41%.

Determinación de Talla

El cálculo de la talla a partir de las dimensiones de los dientes está basado en la proporcionalidad de aquellos con la altura del individuo. La odontometría tiene la finalidad de relacionar las medidas dentarias con las del esqueleto óseo. El Dr. Ubaldo Carrea logró establecer la talla humana con fundamentos científicos, después de estudiar, medir y comparar cientos de cráneos. Se basa en los diámetros mesodistales de un incisivo central, un incisivo lateral y un canino inferior. Comprobó que la suma de en milímetros constituye un “arco” de circunferencia que abarca esos tres dientes, la cuerda de este arco es la medida fundamental del diagrama que representa la arcada dentaria; es denominada por este autor “radio-cuerda inferior”. Considera que la talla humana debe encontrarse entre dos medidas: una máxima, proporcional a la medida del arco, y otra mínima en proporción al radio-cuerda. La talla masculina se aproximará más a la talla máxima, mientras que la femenina lo hará a la talla mínima. Para llegar a esta conclusión utilizó el método matemático, cuyas fórmulas son las siguientes:

1) Talla máxima (en mm) = arco x 6 x 10 x 3,1416/2

2) Talla mínima (en mm) = radio -cuerda x 6 x 10 x 3,1416/2

El Dr. Vincente Bloise estableció la proporcionalidad de cada diente dentro de la arcada dentaria, basándose en las tablas de diámetros mesodistales, lo cual permite calcular la talla con la medición de un solo diente. Estas tablas son útiles en caso de descuartizamiento o cuando por cualquier otra causa se dispone de restos con piezas dentarias.

Determinación de Edad

La edad es uno de los elementos fundamentales en la identificación de un sujeto, y la odontoestomatología además de aportar importantes datos en este aspecto, es el método más simple siempre que éste este comprendido entre el nacimiento y los 22 años. Para ello se deben tener en cuenta las leyes generales del crecimiento de las piezas dentales y conocer los distintos períodos en que hacen erupción las piezas dentarias, es decir la cronología dental.

Leyes generales del crecimiento de las piezas dentales:

1) Leyes de la dentición:

- a. Los dientes de una misma especie aparecen por pares.
- b. Los dientes de la mandíbula inferior preceden a los del maxilar superior.
- c. Los incisivos centrales preceden a los laterales, estos a los molares anteriores, después de los cuales vienen los posteriores y a veces los caninos.

2) Leyes de formación:

- a. Del punto de vista de los fenómenos embriogénicos de la evolución, el diente es invariablemente una dependencia del sistema tegumentario.
- b. Toda formación dentaria se efectúa en el seno del saco embrionario o folículo, el cual nace a su vez por una doble emanación del ectodermo.
- c. Los fenómenos de formación son por otra parte, idénticos para todos los órganos del mismo orden.

3) Leyes de erupción:

a. La dentición humana está compuesta de dos períodos: dentición temporaria y dentición permanente.

b. La arcada temporaria en la época de su reemplazo por los permanentes es el resultado de la reabsorción molecular de sus raíces, la que es consecuencia de la compresión que sufren por parte de la corona permanente.

4) Leyes numéricas:

a. El número de los dientes es proporcional a las dimensiones de las mandíbulas, cuya extensión y alargamiento progresivo determinan.

b. La disminución numérica de la fórmula dentaria es un signo de degradación de la especie o del individuo.

c. Todo aumento numérico en una raza elevada constituye un fenómeno de retorno hacia las razas inferiores.

5) Leyes de volumen:

a. El volumen de los dientes es directamente proporcional a la talla general de los sujetos.

b. El volumen de los dientes está en proporción directa al grado de prognatismo y consecuentemente está en relación directa con la inferioridad de razas.

6) Leyes de asiento y dirección:

a. Los dientes con respecto a su asiento ocupan la entrada del tubo digestivo.

b. Sólo accidentalmente pueden aparecer dientes en otras partes del cuerpo.

c. Los dientes del hombre son verticales y perpendiculares al plano horizontal del cráneo.

d. El plano masticador es horizontal y paralelo al plano alvéolo-condileo.

7) Leyes de disposición:

a. Con relación a la disposición recíproca las arcadas dentarias están en relación fija, siendo la inferior circunscripta por la superior.

b. Las arcadas están dispuestas sobre dos planos paralelos entre sí.

c. El encuentro recíproco de las arcadas dentarias es en estado normal completo y sin interposición posible de ninguna sustancia o cuerpo extraño alguno.

8) Leyes del rol fisiológico:

a. Los dientes constituyen un aparato de tacto susceptible de percibir de una manera completa las cualidades físicas de los cuerpos.

b. Esta sensibilidad es debida a que cada diente está representado por una verdadera papila en todos sus puntos comparable anatómicamente con la papila dérmica del cuerpo papilar de la piel.

c. Existen además de estos papilares otros parámetros útiles que ayudan en la determinación de la edad.

Cronología dental: La naturaleza provee al ser humano de dos denticiones: la primera de ellas es temporaria, caduca, y se llama primaria o infantil; aparece en los primeros años de su vida y la otra permanente, definitiva, se llama secundaria o adulta, surge posteriormente y le sirve para el resto de su vida. Sin embargo, existe una larga etapa de transición en su vida en la que se encuentra en la boca del niño los dos tipos de dentición, dentición mixta. Este período dura normalmente hasta el momento en que hacen erupción los segundos molares permanentes, alrededor de los 12 años. Los terceros molares lo hacen aproximadamente a los dieciocho años, con un rango hasta los veinticinco; de esta manera se completa la dentición del ser humano. Ambas denticiones tienen diferencias entre sí, las más destacadas son: el tamaño de las piezas temporarias menor que el de las permanentes, aún cuando la anatomía semejante; el color de las temporarias es de un tono blanco azulado mientras que la tonalidad de las permanentes es de un tono blanco azulado mientras que la tonalidad de las permanentes es blanca amarillenta. La dentición temporaria no tiene premolares ni terceros molares, y en las piezas existe un cuello más

estrecho y una mayor divergencia de las raíces. El estudio de la dentición se realiza por períodos para facilitar su comprensión, es así que la embriología dental puede dar indicios de la edad del producto de la concepción. Para ello es necesario conocer los principales pasos del desarrollo del diente y de sus tejidos de sostén. El mismo implica muchos procesos biológicos complejos como lo son: la relación entre epitelio y mesénquima y la mineralización.

Determinación de grupo racial. Dentro de las características físicas de importancia para la identificación de un individuo se halla la determinación del grupo racial al que pertenece. A este respecto la odontología forense proporciona algunos elementos:•

Tubérculo de Carabelli: Esta es una prominencia que se puede llegar a encontrar en la región central del lóbulo mesiopalatino, cerca de los dos tercios oclusal y medio de los primeros molares superiores. Existen básicamente ocho variantes que llegan hasta la formación de una verdadera prominencia o cúspide accesoria, que correspondería a la quinta cúspide. Los estudios efectuados por los antropólogos relacionan el tipo de variante del tubérculo de Caravelli con el grupo racial al que pertenece el sujeto.



De esta forma observamos:

- Las variantes a, b y c pertenecen al grupo racial de mongoloides y amerindios.
- La variante d pertenece al grupo racial de mongoloides y amerindios con cierto grado de mestizaje.
- Las variantes f, g y h pertenecen al grupo racial caucasoide.
- La variante e, pertenece al grupo racial caucasoide con mestizaje tenue.

• **Morfología del maxilar:** En este caso, la determinación del índice de la arcada dentaria es indispensable para obtener la forma del maxilar y así determinar el probable grupo racial. Para esto se toman en cuenta los siguientes factores:

- Largo de la arcada: es la distancia entre una tangente que va de la superficie vestibular de entre los dos incisivos centrales a una línea imaginaria que una los puntos de las caras palatinas de los terceros molares.
- Ancho de la arcada: distancia que existe entre el punto que va de la cara mesiopalatina del tercer molar derecho al punto de la cara mesiopalatina del tercer molar izquierdo.
- El índice de la arcada dentaria es la relación entre el ancho y la arcada, según el siguiente cociente:

$$\frac{\text{Índice de la arcada dentaria}}{\text{Largo de la arcada dentaria}} = \text{Ancho de la arcada dentaria}$$

- **Índice Gnático:** Es otro de los elementos importantes en la determinación del grupo racial. Es el cociente entre la distancia basión huesos nasales y la distancia basión a procesos alveolares.

$$\text{Índice gnático} = \frac{\text{distancia basión huesos nasales}}{\text{distancia basión procesos alveolares}}$$

Los resultados son los siguientes:

Grupo Racial	Índice Gnático	
Caucasoide	96	Ortognato
Mongoloide	99	Mesognato
Negroide	104	Prognato

**Es necesario recordar que para la determinación de esta característica identificatoria es necesario contemplar todos estos elementos en forma integral y no aisladamente para que tenga éxito

Determinación de probable ocupación, posición socioeconómica y lugar de origen.

Hay señas particulares que se localizan en el aparato bucodental de una persona cuya etiología se debe a factores externos, directos o indirectos, relacionados con su profesión, ocupación u oficio.

Factor directo: este factor actúa directamente dañando y-o marcando las piezas dentarias o tejidos blandos de la boca. Tal es el caso, por ejemplo, de los clavos que los zapateros se colocan en la boca durante los trabajos de reparación; músicos que utilizan instrumentos como el saxofón, o la costurera que suele presentar una muesca en las piezas dentales anterosuperiores ya que con ellas corta el hilo durante su trabajo.

Factor indirecto: este tipo de factor está relacionado con las secuelas o manifestaciones localizadas en los tejidos bucodentales de un individuo, como consecuencia de una enfermedad ocupacional; por ejemplo, la pigmentación dentaria en la intoxicación crónica con plomo, que recibe el nombre de ribete de Burton, en los trabajadores expuestos a este metal; o labios y encías azuladas en los pintores por la exposición a la anilina.

Determinación de la probable posición socioeconómica

El estado sanitario en que se encuentra la cavidad oral así como el tipo y calidad de los diferentes tratamientos que presenta la misma, permiten determinar la probable posición socioeconómica del sujeto en estudio; por ejemplo, ante un sujeto con periodontitis de etiología local con grandes acumulaciones de sarro, caries y piezas faltantes producto del único tratamiento realizado, se puede establecer que se trata de un sujeto de bajo nivel socioeconómico, ya que el descuido de su cavidad oral está indicando falta de interés por su salud y estética.

En cambio, un individuo con tratamientos de operatoria dental y prótesis de calidad aceptable, con higiene acorde y sin grandes acumulaciones de sarro se puede establecer que se trata de alguien con nivel socioeconómico medio.

Si el caso presenta tratamientos de calidad especializados como prótesis fijas de porcelana, incrustaciones de composite, con una adecuada limpieza y sin alteraciones del periodonto adyacente, el sujeto probablemente pertenece a un nivel socioeconómico alto.

Se debe tener presente que puede existir la posibilidad de personas de elevado nivel socioeconómico que jamás consultaron al odontólogo o solo lo hacen cuando hay dolor y/o graves procesos infecciosos bucales a los que solo puede tratarse mediante exodoncia y la medicación antibiótica. En estos casos interviene el nivel sociocultural del sujeto.

Actualmente debido a las grandes crisis socioeconómicas, que se acompañan de mala educación sanitaria, la mayor parte de la población tiene otras prioridades.

Determinación de probable lugar de origen

Este factor puede acercarnos a la identificación ya que en determinados países hay zonas que caracterizan desde el punto de vista estomatognático a sus pobladores, por sus costumbres, hábitos, modas y necesidades. Como ejemplo que ilustra lo antedicho se puede citar a la fluorosis dental, que consiste en marcas dentarias con una serie de pigmentaciones que van desde amarillo claro hasta el marrón oscuro. Esto ocurre cuando una persona nace o vive durante determinado tiempo, sobre todo en las primeras etapas de su vida, en lugares donde ingiere habitualmente agua con concentraciones de flúor superiores a una parte por millón de litros de agua (1-1.000.000). Como otro ejemplo se puede citar a la población del Altiplano que se caracteriza por utilizar el oro en el arreglo o reemplazo de piezas dentarias.

Técnicas de identificación en odontología forense

El gran valor de la identificación dental consiste en la individualidad de cada dentadura. Es prácticamente imposible que haya dos personas con los dientes exactamente iguales, y más aún cuando en ellos se han realizado restauraciones conservadoras o protésicas; además, los dientes y sus restauraciones son materiales duros y siempre son más resistentes que el resto de los tejidos orgánicos. El proceso de identificación dental tiene tres pasos:

- 1) Autopsia oral y estudio de los maxilares y los dientes, lo que nos permitirá confeccionar un odontograma postmortem.
- 2) Búsqueda de todos los posibles datos de la vida del sujeto en vida: en este punto adquiere gran importancia la historia clínica y la ficha dental.
- 3) Comparación de ambos datos (1 y 2).

El procedimiento se realiza mediante el cotejo de la congruencia entre los datos recogidos ante mortem y el estudio de los restos de un desconocido. Por lo tanto, siempre es necesario algún tipo de datos recogidos durante la vida del sujeto, para poder confrontarlos con los obtenidos tras el estudio de los restos que se han de identificar.

Es imprescindible la búsqueda de los datos ante mortem para realizar la identificación.

Los documentos más valiosos para la identificación, en orden de importancia, son:

- Historia Clínica
- Ficha dental.
- Radiografías dentales.
- Modelos de los maxilares.
- Prótesis.
- Fotografías.

Historia clínica y ficha dental

La historia clínica y la ficha dental es un registro legal en que se describe la historia del proceso salud – enfermedad –atención del paciente, cuyo valor significativo hemos abordado en unidades anteriores.

La ficha dental o identoestomatograma es también, un formato esquemático de carácter legal, en donde se registran las características bucodentales de un cadáver no identificado, con el propósito de compararlo con una ficha dental premortem y poder identificarlo.

Dentro de este registro se deben considerar determinadas características que son de suma importancia:

- Forma de las arcadas dentarias.
- Número presente de piezas dentarias.
- Número ausente de piezas dentarias.
- Restos radiculares.
- Malposiciones dentarias.
- Cavidades de caries.
- Preparaciones y restauraciones de operatoria dental.
- Tratamientos protésicos, endodónticos y ortodónticos.
- Anomalías congénitas y-o adquiridas.
- Procesos infecciosos bucodentales presentes.
- Un identoestomatograma debe contar con requisitos básicos. Estos son:

- Datos generales. Debe contar con los datos de registro del cadáver en estudio, números de expedientes y lugar y fecha del estudio.
- Características físicas generales. Dentro de éstas deben considerarse sexo, edad, estatura y grupo racial.
- Representación gráfica. Croquis de las dos arcadas dentarias, las 32 piezas dentarias, si es un adulto y 20 si es un niño, con una vista de todas sus caras y bordes, con la corona y raíz correspondiente.

• Sistema de numeración.
Hay una gran variedad de fichas dentales dada por la gran variabilidad de datos que pueden recogerse.

Hay fichas dentales detalladas y precisas pero hay otra que contienen pocos datos y mínimos detalles.

Sistema FDI o sistema dígito dos

Es el sistema recomendado por Interpol y es el adoptado por la FDI (Federation Dental International).

Este método es el más práctico, pues con un número de dos dígitos se sabe exactamente de qué diente se trata y su ubicación en la arcada. Para esto las dos arcadas dentarias se dividen en cuatro cuadrantes, que empiezan a numerarse a partir del cuadrante superior derecho en el sentido de las agujas del reloj; este número constituye el primer dígito y nos indica a que cuadrante pertenece el diente.

Para la dentición definitiva, la numeración de las arcadas sería de 1 al 4.

De esta forma queda numerado de la siguiente forma:

1. Corresponde a la hemiarcada superior derecha.
2. Corresponde a la hemiarcada superior izquierda.
3. Corresponde a la hemiarcada inferior izquierda.
4. Corresponde a la hemiarcada inferior derecha.

Las piezas dentales de cada cuadrante se numeran del 1 al 8 de mesial a distal, a partir de la línea media.

1. Incisivo central.
2. incisivo lateral.
5. canino.
4. primer premolar.
5. Segundo premolar.
6. Primer molar.
7. Segundo molar.
8. Tercer molar.

La fórmula completa para la dentición definitiva es:

Superior derecha	Superior izquierda
18 17 16 15 14 13 12	11 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42	41 31 32 33 34 35 36 37 38
Inferior derecha	Inferior Izquierda

En el caso de la dentición temporal o decidua, para el primer dígito que corresponde a las hermiarcadas se emplean los números del 5 al 8; los cuadrantes también se numeran siguiendo las agujas del reloj, a partir del 5, y para el segundo dígito se emplean los números del 1 al 5.

1. Incisivo central.
2. Incisivo lateral.
3. Canino.
4. Primer molar.
5. Segundo molar.

El odontograma de los dientes temporarios se grafica de la siguiente manera:

Superior derecha	Superior izquierda
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
Inferior derecha	Inferior izquierda

Cuando se emplea el número 9 como segundo dígito está significando un supernumerario. El primer número corresponde al cuadrante donde está situado el diente.

Modelos de los maxilares

Los ortodoncistas los utilizan a diario para diseñar aparatos y además son archivados durante mucho tiempo. También los odontólogos generales los usan para realizar prótesis. Pueden utilizarse para identificar con excelentes resultados, ya que, además de observarse la morfología, posición, ausencias y características de los dientes, es posible ver siempre las obturaciones, la abrasión y un conjunto de datos entre los que se destacan las rugas palatinas.

Los puentes fijos y las prótesis removibles son una fuente muy importante de datos pues por los materiales empleados en la confección de los distintos aparatos se puede saber el origen de éstos, dado que hay países con características propias en el empleo de materiales y técnicas protésicas.

Además, la calidad de los materiales y el tipo de trabajo indica el nivel socioeconómico del sujeto.

Si se extendiera la técnica del marcado de prótesis, todos los casos donde se hallaran estas se resolverían rápida y correctamente. Esta técnica de marcado debería ser obligatoria al menos en personal de alto riesgo: pilotos de aeronaves, bomberos, buzos, grupos de operaciones especiales.

Actualmente se puede colocar el nombre y apellido del paciente en las piezas de cromo.

Fotografías

Fotografías Dentales

En ocasiones el odontólogo realiza fotografías de un paciente antes de efectuar un tratamiento y otras al concluirlo. Esto podría constituir un registro permortem muy útil para identificar a un individuo, máxime si muestra características poco frecuentes.

Fotografías No dentales

En una fotografía casera, el sujeto puede estar sonriendo, por lo que queda expuesta una amplia zona de dentición; con esto se puede hacer el estudio detallado de comparación con el cadáver.

Actualmente se realizan superposiciones fotográficas mediante computadora.

La dentadura en la fotografía puede mostrar dientes perdidos, diastemas, abrasiones, prótesis, etc., que se hallen en los restos a identificar. La identificación realizada mediante fotografía no otorga un grado suficiente de certeza como para afirmar una identificación positiva pero sí puede brindar exclusiones determinantes.

Tejidos blandos en el análisis forense

No solo los dientes y los huesos maxilares son útiles para las tareas de identificación, sino que también el estudio de los tejidos blandos de estas estructuras ofrece datos de interés para la identificación.

Son dos los tejidos blandos que reúnen estas características: los labios y el paladar duro, especialmente este último por su resistencia a la putrefacción y a otros elementos como el fuego.

Estos tejidos blandos mencionados presentan una característica común ambos, presentan marcas invariables, permanentes y diferentes de un individuo a otro, con la excepción de los gemelos univitelinos en el caso de los labios.

En el caso del paladar se agrega la particularidad de que estas marcas están situadas en una región del organismo perfectamente protegidos por el cráneo, el macizo craneofacial, los maxilares con sus dientes, la lengua y la humedad de la boca, los labios y las mejillas; todo este conjunto hace que en caso de un siniestro, esta zona se vea afectada (en algunos casos) en menor medida por el traumatismo; incluso, se da la circunstancia de que los tejidos que forman la bóveda palatina, donde se hallan estas rugosidades, son de los que más tardan en destruirse después de la muerte, pues cuando la mayoría de las estructuras blandas están en fase de descomposición, se puede observar el paladar morfológicamente intacto.

Queiloscopía

El término queiloscopía deriva del griego cheilos, labio, y skopein, observar, y se refiere al estudio, desde el punto de vista de la identificación, de los surcos del labio mucoso y de las huellas que deja.

Se define como región labial a toda aquella superficie, que revestida por piel y mucosa, forma el esfínter oral. Lo componen los labios, superior e inferior, separados por la hendidura labial.

El labio superior se extiende desde la base del tabique nasal hasta la comisura y está separado de las mejillas por el surco nasolabial. El labio inferior va desde las comisuras hasta el pliegue mentolabial; sus límites con las mejillas son bastante imprecisos, a no ser que exista el surco comisural.

En esta región se pueden distinguir:

- 1) Los labios cutáneos superior o inferior.
- 2) Los labios mucosos.
- 3) Hendidura bucal, formada por la fusión de ambos labios mucosos en el ángulo o comisura labial.
- 4) Surco nasobucal, canal más o menos desarrollado que se extiende desde el septum nasal hasta el labio mucoso superior. Esta es una característica exclusiva del hombre.
- 5) Surco mentolabial, límite entre el labio cutáneo inferior y el mentón.

Todos los anteriores son dependencias de la piel.

La semimucosa o rojo bermellón del labio contiene los puntos de Fordyce, que son glándulas sebáceas ectópicas.

La mucosa se halla separada de la semimucosa por la línea de Klein y contiene granulaciones, frenillos y bridas.

Los labios entonces se encuentran revestidos por dos tipos de tejido: uno semimucoso y otro mucoso; en el lugar donde se unen ambos, se forma una línea ondulada blanquecina, llamada cordón labial o línea de Klein, especialmente marcado en la raza negra.

Es de especial interés la zona semimucosa de los labios, también conocida como Rojo bermellón o Bermellón del labio.

Esta zona aparece marcada con una serie de pequeños y variables surcos o pliegues en el sentido vertical más o menos profundo, a veces ramificados que se sitúan: en el labio superior, a ambos lados del tubérculo labial, y en el labio inferior en toda su extensión.

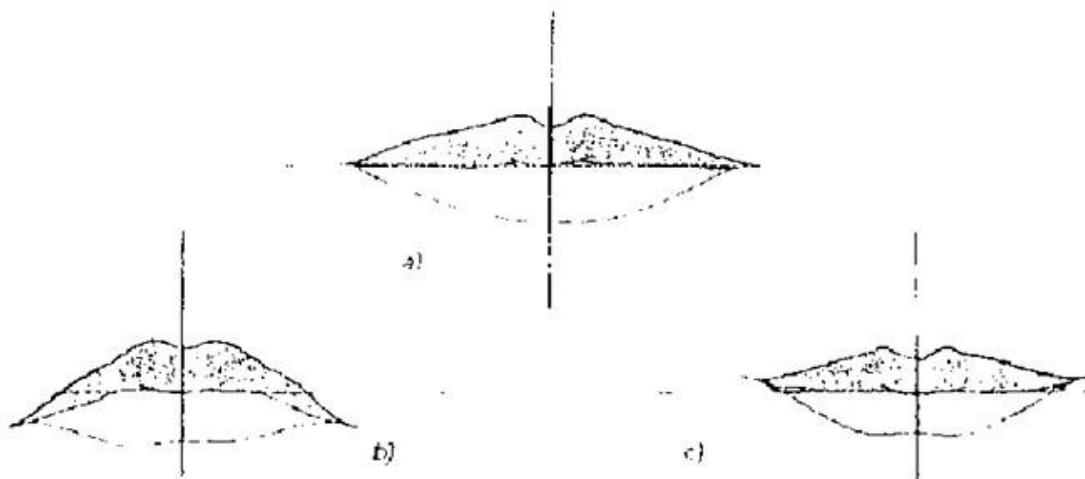
Estos surcos, excepto en los gemelos univitelinos, adquieren caracteres fenotípicos invariables, ya desde las primeras etapas de la vida intrauterina, siendo permanentes a lo largo de toda la vida, lo mismo que las huellas dactilares y las rugas palatinas.

Los labios ofrecen diversas variaciones respecto del grosor, tamaño, longitud de la abertura, del cordón labial, etc. y otras en relación con el sexo, edad, raza, que deben considerarse en el estudio queiloscóptico.

Según el grosor de los labios mucosos pueden distinguirse:

- 1) Labios delgados: característicos de la raza blanca o caucasoide, en estos casos, el surco subnasal y el labio cutáneo inferior suelen ser alargados.
- 2) Labio medio: con la zona rosada más redondeada, de 8 a 10 mm de grosor. Es el tipo más frecuente.
- 3) Labios gruesos o muy gruesos: abultados o muy voluminosos con el cordón labial muy marcado por la eversión del borde del músculo orbicular. Son típicos de la raza negra o negroide.
- 4) Labios mixtos: que corresponden a las razas orientales.

Según sean las diversas formas de las comisuras labiales se pueden clasificar en comisuras horizontales, abatidas y elevadas.



Forma de comisuras labiales: a) horizontales; b) abatidas; c) elevadas.

Clasificación de las huellas labiales.

Clasificación de Martín Santos: Este autor propone una clasificación de los surcos labiales en la que lo divide en dos grupos:

- Simples: los que tienen un solo elemento en su forma.
- Compuestos: los que están formados por dos o más formas distintas.

SIMPLES

Línea Recta
Línea Curva
Línea Angular
Línea Sinuosa

COMPUESTOS

Líneas con dos ramas
Líneas con tres ramas
Líneas anómalas

Clasificación de Suzuki y Tsuchihashi: Estos autores establecen una clasificación tomando seis elementos, basados en las diferentes formas y cursos que toman las estrías en las huellas labiales estas se describen desde el punto de vista morfológico en seis tipos:

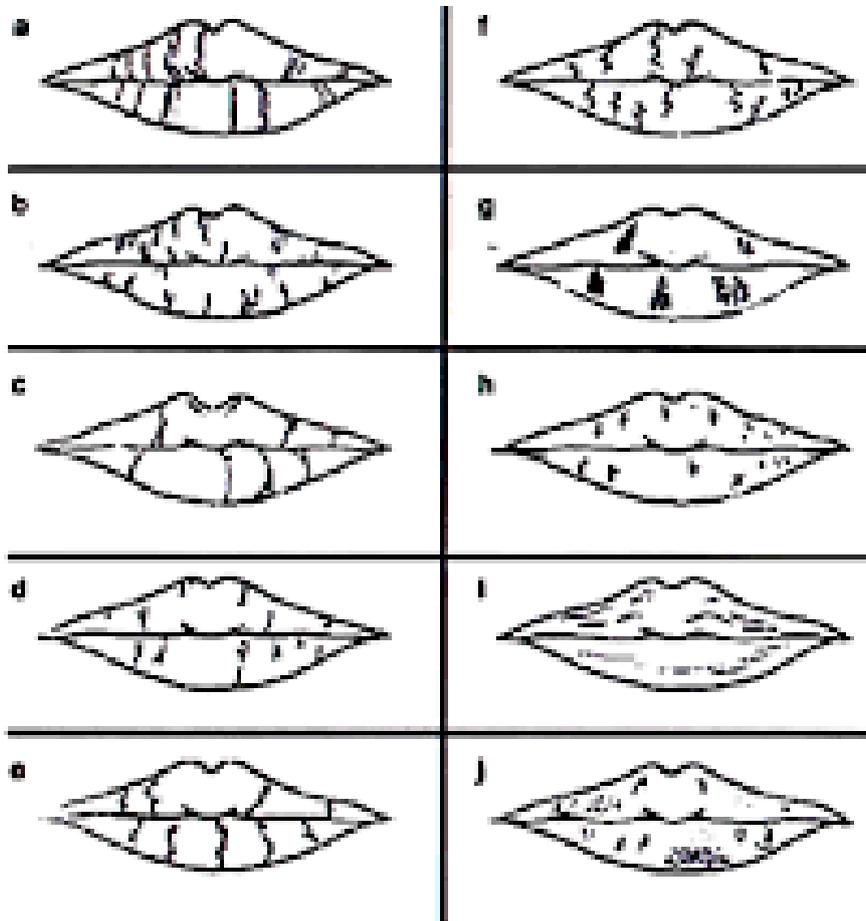
Tipo Ia.	<ul style="list-style-type: none">• Verticales y completas.• Estrías rectas, bien definidas que corren verticalmente a través del labio y cubren toda su extensión.
Tipo Ib.	<ul style="list-style-type: none">• Verticales incompletas.• Las estrías son rectas, pero desaparecen a medio camino sin cubrir la anchura total del labio.
Tipo II.	<ul style="list-style-type: none">• Ramificadas y bifurcadas.• Las estrías se bifurcan a lo largo de su trayecto.
Tipo III.	<ul style="list-style-type: none">• Entrecruzadas.• Las estrías se entrecruzan en forma de aspas.
Tipo IV.	<ul style="list-style-type: none">• Reticuladas.• Se producen múltiples cruces que le dan aspecto de retículo.
Tipo V.	<ul style="list-style-type: none">• Otras formas.• En estos casos las estrías no se pueden clasificar en ninguna de las descritas y pueden tener una mezcla de todas las formas anteriores.

Para el estudio y clasificación de la huella, ésta se divide en cuatro cuadrantes mediante un eje y-y' que pasa por la comisura labial dividiendo los labios en superior e inferior, y otro eje x-x' perpendicular a este en el plano medio sagital, que los divide en derecho e izquierdo, con lo cual los labios quedarán divididos en cuatro cuadrantes, donde se podrán consignar los símbolos correspondientes.

Clasificación de Renaud: Este autor clasifica las marcas labiales en diez tipos y les asigna una letra, en vez de un número, para no confundir la fórmula con los estudios dentales. Para ello divide el labio superior e inferior en dos partes, derecha e izquierda, y a continuación señala los tipos de huella que en ellas se encuentran. Para el labio superior utiliza letras mayúsculas ("D", para designar el lado derecho; e "I para designar el izquierdo) y minúsculas para el labio inferior ("d" para designar el lado derecho e "i" para designar el izquierdo). Para su anotación se utilizan letras minúsculas para el labio superior y mayúsculas para el inferior, afín de evitar la confusión de lado derecho e izquierdo con la letra de la huella.

Tipo A	Líneas verticales completas
Tipo B	Líneas verticales incompletas
Tipo C	Líneas bifurcadas completas
Tipo D	Líneas bifurcadas incompletas
Tipo E	Líneas ramificadas completas
Tipo F	Líneas ramificadas incompletas .
Tipo G	Líneas reticuladas
Tipo H	Líneas en aspa o "x"
Tipo I	Líneas horizontales
Tipo J	Líneas de otras formas : elipse, triángulo, microsurcos , etc

Clasificación de Renaud



Suzuki y Tsuchihashi utilizaron para el registro la sistemática dactiloscópica y fotográfica directa. La mayoría de los servicios policiales utilizan este sistema; para ello cuentan con un soporte especial de celofán diseñado para los labios que se adapta a su forma, obteniéndose así los detalles. El registro puede obtenerse mediante lápiz de labios, realizándose una impresión cuidadosa.

En los casos de huellas en vasos, papel, cigarrillos, ropa, etc., la huella puede hacerse patente mediante el empleo de un revelador dactiloscópico del tipo betún de Judea u óxido de cobalto.

De los estudios estadísticos sobre queiloscopía, según la clasificación de Suzuki y Tsuchihashi, realizados en distintas ciudades de España se desprende que el mayor porcentaje corresponde al tipo III o entrecruzadas, seguido del tipo II, bifurcadas, sin que se puedan establecer que el labio inferior en la mujer tiene predominancia de estrías más alargadas que el del hombre, por ser este labio generalmente de mayor tamaño el de la mujer que el del hombre.

Rugas Palatinas: Palatoscopía (Rugoscopía)

Siguiendo a Rioboo, la podemos definir como «el estudio de las características de la mucosa del paladar, sobre todo en lo referente al rafe palatino, papila palatina, rugosidades palatinas y bóveda palatina, en cuanto a su valor en la identificación humana.

Se suelen encontrar para referirse a esta disciplina los términos palatoscopia o rugoscopia, si bien el primero se refiere al estudio del paladar y el segundo al estudio de las rugosidades de la mucosa. Las

rugosidades palatinas comparten las características que permiten a las huellas en general tener propiedades identificatorias: invariabilidad, inmutabilidad, permanencia a lo largo de la vida y variabilidad; además de poder ser objeto de clasificación.

En el rugograma se describen y registran las rugosidades palatinas de acuerdo a su forma, posición y tipo. Esto permite su aplicación para identificar:

- 1) Individuos vivos
- 2) Cadáveres recientes.
- 3) Cadáveres modificados, ya sean antiguos o recientes.

Recuerdo anatómico

Las papilas palatinas son crestas mucosas irregulares y transversales, que se sitúan en el paladar rugoso, antes del 1er molar. A ese nivel, la fibromucosa palatina se adhiere firmemente al perostio. Existen de cuatro a siete papilas palatinas en cada persona, siendo más numerosas en el varón y no existiendo diferencias raciales demostradas.

Papila incisiva, carúncula o tubérculo palatino, se inserta entre los incisivos centrales. Se corresponde con el conducto palatino anterior por el que salen nervios y vasos nasopalatinos, pudiendo prolongarse por el frenillo del labio superior.

Rafe palatino, que parte de la papila incisiva y discurre recubriendo la sutura de los huesos palatinos, dividiendo el paladar en dos partes.

Papilas palatinas laterales anteriores, se sitúan transversalmente a derecha e izquierda del rafe medio, entre la papila incisiva y el canino.

Papilas palatinas laterales posteriores, con frecuencia son asimétricas.

Las rugosidades tienen las funciones de palpación y prehensión de los alimentos, para evitar lesiones a la mucosa bucal.

Rugoscopia

Es el estudio por medio del cual se identifica a una persona a través de las rugosidades palatinas por su forma, tamaño y posición. Son únicas en cada individuo, además se consideran perennes, inmutables y multiformes. El modelo maxilar en el cual queda el duplicado de los tejidos del paladar duro nos permite llevar a cabo el cotejo a través de una comparación directa entre modelos ante mortem y post mortem. En algunos casos los tratamientos ortodónticos son de gran utilidad pues se cuenta con un juego de modelos pretratamiento y se puede demostrar que el efecto de la ortodoncia puede tener cambios en la alineación dental y algunos poco significativos a nivel de las rugosidades palatinas; estos cambios pueden suceder cuando se efectúan tratamientos de expansión del maxilar superior en sentido transversal.

Las rugosidades palatinas al igual que las huellas dactilares no cambian durante la vida del individuo, son protegidas del trauma por su posición interna en la cavidad oral; los aparatos protésicos no las afectan y son aisladas de golpes por la lengua y por las almohadillas grasas. El patrón de la ruga ha sido estudiado con varios objetivos; se han publicado diversos reportes desde diferentes campos como la antropología, anatomía, genética, odontología forense, ortodoncia y prostodoncia. Su rol en la identificación humana es obvio, y ha ocupado la mente de autores durante el transcurso del tiempo. El aumento de accidentes aéreos, desastres y situaciones de violencia hacen que la ruga palatina desempeñe un papel importante en la identificación humana.

Métodos para realizar el examen rugoscópico

1. Inspección directa del paladar con la ayuda de un espejo

Permite la visualización directa de todos los caracteres anatómicos del paladar, con la ayuda de la visión indirecta, herramienta fundamental en la inspección del odontólogo.

2. Impresiones

Para reproducir el paladar y estudiar las rugas se hacen modelos que se pueden tomar con hidrocoloides (alginatos) o siliconas (pesada y fluida). Los alginatos pueden proporcionarnos magníficos resultados, además son muy económicos y de fácil manipulación.

3. Esteroscopia

Esta consiste en examinar 2 fotografías de un mismo objeto, tomadas desde dos puntos de vista diferentes con la misma cámara y según dos ejes lo más paralelo posible. Las dos fotografías se colocan en un estereoscopio, instrumento que obliga a mirar las imágenes derecha e izquierda, para ver ambas imágenes fusionadas y observar si son idénticas.

4. Estereofotogrametría

Es la precisión de las formas, las dimensiones y La posición en el espacio de un objeto, utilizando para ello sólo las medidas hechas sobre él. En varias fotografías, el trazo rugoscópico obtenido será la exacta reproducción del relieve palatino en curvas de nivel con una equidistancia de 0.5 mm que permitirá la clasificación de las rugas en tres dimensiones de espacio.

5. Fotografías intraorales

Sobre la fotografía, se propone un trazado de una retícula formada por una línea antero posterior que coincida con el rafe palatino y otra perpendicular a ésta a nivel del primer molar permanente y después un círculo en el centro donde se cruzan las dos líneas y un radio adecuado a cada modelo, lo que permite que la fotografía quede dividida en cuatro sectores quedando enmarcadas las rugas en cada uno de ellos para su estudio y clasificación.

Clasificación

Se valora tanto el rafe palatino como las rugas palatinas El Rafe palatino puede tener diferentes formas básicas:

- a. *Simple*: la papila tiene forma de punto.
- b. *Compuesta*: la papila tiene una prolongación que llega a una línea imaginaria trazada desde la cara distal del canino derecho hasta la cara distal del canino izquierdo.
- c. *Premolar*: si la papila llega con su prolongación a la línea trasversa e imaginaria trazada desde la cara distal del segundo premolar derecho hasta la cara distal del segundo premolar izquierdo.
- d. *Molar*: si la papila tiene una prolongación que sobrepasa a la anterior.

Las rugas palatinas consideradas de forma individual, se pueden dividir y clasificar:

- a) Según la longitud, en largas y cortas.
- b) Con relación a su grosor, en gruesas, finas medianas y mixtas.
- c) Por sus bordes, en regulares e irregulares.
- d) Por su disposición, en simples, bifurcadas y trifurcadas.
- e) Con respecto al tamaño, en pequeñas, medianas y grandes.

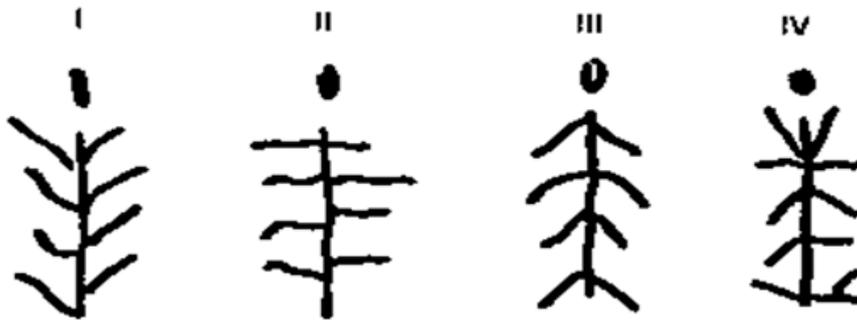
En cuanto a la orientación con respecto al plano de la papila incisiva y el rafe medio del paladar, el rugograma se puede dividir en cuatro tipos:

Tipo I: de dirección mesial.

Tipo II: de dirección lateral.

Tipo III: de dirección distal.

Tipo IV: de dirección variada.



Diversos autores han intentado sistematizar los datos obtenidos en las rugoscopias. A continuación detallamos algunas clasificaciones:

Clasificación de López de León: Este autor distingue cuatro grupos de temperamentos: Bilioso (B).

Nervioso (N). Sanguíneo (S). Linfático (L).

Sostiene que están relacionados con las rugas palatinas. Clasifica las rugas en simples y compuestas. Dentro de las simples distingue: rectas, curvas, ángulos o vértices y circulantes u onduladas. Las rugas compuestas están formadas por dos o más rugas. Por otro lado divide el paladar en lado derecho (D) y en lado izquierdo (I). La exploración del paladar con este sistema, denominada rugograma, se expresa en forma de quebrado, donde el numerador es el lado derecho y el denominador el lado izquierdo, a la izquierda de las iniciales D e I se pone la inicial del temperamento y a la derecha una cifra que indica la cantidad de rugas que hay a cada lado.

Clasificación de Da Silva: Se basa en los mismos conceptos que López de León. Clasifica las rugas simples y les otorga un dígito:

Recta (1). Curva (2). Angulosa (3). Circular (4). Ondulada (5). Punto(6).

Las compuestas que resultan de la unión de varias simples, se designan con los dígitos de sus componentes. Para designar las rugas, las nombraremos en el orden de las variedades simples, escribiendo el número hallado para cada una de ellas. Así, por ejemplo si en el lado derecho tenemos 3 rugas rectas, 0 curvas, 2 angulosas, 1 círculo, 2 onduladas y 3 puntos, su representación sería la siguiente: 3 0 2 1 2 3.

De igual modo se expresaría para el lado izquierdo, y posteriormente se realiza la fórmula final, que resulta de la suma total de ambos lados.

Clasificación de Trobo: Se mantiene la diferenciación entre simples y compuestas o polimorfos. Las simples se van a representar con letras mayúsculas:

Punto (A). Recta (B). Curva (C). Ángulo (D). Sinuosa (E). Círculo (F).

Las formas compuestas formadas por varias simples, se representan por la letra X. Diferencia entre rugas principales que están cerca del rafe y se representan con letras mayúsculas y rugas derivadas que provienen de las principales, designándose con minúsculas. Al transcribirlas, se separan de la principal por dos puntos y las derivadas terminales por un punto.

Método de Basauri: Consiste en una ficha archivo, a la que se denominó «ruga palatina», dividida en 10 casilleros, cada uno de los cuales está destinado para colocar el dibujo correspondiente a cada arruga y cuyos tipos son los siguientes:

Cinco simples: Punto (0). Recta (1). Curva (2). Ángulo (3). Sinuosa (4). Círculo (5).

Cuatro compuestas: Y griega (6).

Cáliz (7). Raqueta (8). Rama (9).

Método de Correa: Clasifica las rugas en cuatro grupos, otorgándoles un número y un símbolo alfabético: Punto-1-P.

Recta-2-D. Curva-3-D. Compuesta-4-Co.

La fórmula rugoscópica se expresa en un quebrado: En el lado derecho, la primera ruga que parte de la papila, se denomina inicial y las demás complementarias; colocándose en el numerador.

La primera ruga del lado izquierdo se llama subinicial y el resto subcomplementarias; transcribiéndolas en el denominador.

La inicial y subinicial se formulan alfanuméricamente y el resto de rugas de forma numérica.

Sistema de Cormo: Se distinguen tres categorías de rugas en función de su longitud: Rugas principales, de más de 5 mm, que se numeran en sentido anteroposterior. Rugas accesorias de 3 a 4 mm.

Rugas fragmentarias de menos de 3 mm.

Para cada ruga se especifican sus características:

Forma: recta, curva u ondulada.

Origen.

Dirección, señalando si tiene ramificaciones.

Se señalan las rugas que tienen un origen común, las rugas discontinuas, accesorias y se estudia la papila.

Existen algunas malformaciones del paladar óseo, que pueden repercutir en la forma del paladar del individuo y por tanto en su palatoscopia. Estas malformaciones son:

a. Torus palatino: Es una excrescencia ósea convexa, exofítica, que se suele localizar en la región de la sutura mediopalatina.

b. Labio leporino.

c. Paladar hendido, por una falta de unión de los huesos palatinos a nivel medio.

Estas son las características que les confieren a las rugas palatinas sumo valor para las tareas de identificación:

1) Son invariables.

2) Son inmutables, aunque pueden variar ligeramente de tamaño y posición con la edad, siempre permanecen iguales a pesar de sufrir traumatismos superficiales.



3) Son permanentes o perennes, aparecen en el tercer mes de embarazo y duran toda la vida.

Desaparecen con la descomposición de los tejidos por la muerte.

4) Son diferentes de unos individuos a otros, incluidos los gemelos univitelinos. No existen dos individuos con la misma disposición de rugosidades en el paladar.

Mordeduras.

Se llaman así las lesiones producidas al presionar con los dientes en las distintas partes del cuerpo. Estas lesiones generalmente pueden ser contusas o contusocortantes, pudiendo ir a veces al arrancamiento.

Las mordeduras pueden ser producidas por el hombre o los animales, en el primer caso son siempre intencionales.

La localización de las mismas puede ser sobre la piel humana o los alimentos

El alimento que permite tomar las mejores impresiones es el queso y el chocolate.

Las huellas de las mordeduras se relacionan en general con determinadas figuras delictivas, estas son:

1. Riñas. Las mordeduras se localizan en los lugares prominentes y salientes del cuerpo, como por ejemplo: nariz, orejas, mejillas, labios y manos.

2. Delitos Sexuales. En heterosexuales, su localización más frecuente es en mamas, muslos, glúteos, clítoris y pene. En homosexuales, suelen localizarse en espalda, brazos, hombros, axilas y escroto.

3. Maltrato infantil. En estos casos las huellas suelen aparecer en tórax, abdomen, espalda y glúteos.

En todos los casos de mordedura lo que interesa saber es:

Si la mordedura es humana o animal.

Es fácil de determinar cuando los rasgos son netos. Su forma en acento circunflejo la diferencia muy bien de la mordedura humana.

En la zona urbana los casos mortales son excepcionales. Lo habitual es que la mordedura de animal se vincule a hechos de mutilación postmortem.

En el caso de los peces la dentadura es típica ya que presenta dientes puntiagudos, por lo que producen pérdidas de sustancia ovaladas, semejante a una úlcera y generalmente asienta en cadáveres sumergidos por algún tiempo.

Los reptiles dejan dos lesiones, por sus dientes acanalados, que son las incisivas de 5 mm de espesor separadas entre sí por alrededor de 5mm.

Las aves como el águila o el cóndor producen lesiones características, generalmente sobre cadáveres expuestos, que siempre van acompañadas de las huellas de sus garras ya que deben aferrarse al cuerpo para desgarrar con el pico y terminan descarnando el cuerpo y lo reducen a esqueleto. Otra característica de las aves en general es que destruyen los ojos.

Los roedores carecen de caninos, cuyo lugar es ocupado por los incisivos cortados a bisel; las ratas labran túneles bajo la piel o atacan la cara, manos y pies.

El perro presenta una fórmula dentaria típica de un carnívoro y el daño que produce a los tejidos es considerable. Puede haber pinzamientos cutáneos, multiperforaciones y desgarros. En general destripan el cadáver.

El gato, al arrancar partes blandas, apoya las zarpas y deja marcas de arañazos.

El cerdo amputa las extremidades. El tiburón descuartiza.

Si es humana no descartar la posibilidad que sea simulada.

Localización topográfica.

Si la mordedura tiene doble arco o no, ya que si dejó un solo arco el que la ocasionó tenía dientes en un solo maxilar.

Si hay continuidad en los arcos ya que de ser discontinuo se debería a la falta de piezas dentarias.

Si la mordedura es superficial o profunda. Esto es en proporción a la potencia de la mordida.

Diagnosticar si las lesiones fueron producidas en vida o post mortem.

Características de las mordeduras en el individuo vivo

Las marcas originadas por mordedura, que no han dejado solución de continuidad permanecen entre 4 y 36 horas después de su producción; este amplio rango se debe a que todo depende del lugar de asiento y la intensidad de la mordedura.

Las características de las lesiones producidas por mordedura son las siguientes:

- Son de tipo contuso.
- Su gravedad oscila entre la equimosis y el arrancamiento.
- El mecanismo causal es la atrición.
- Las características particulares de su morfología permiten el diagnóstico de especie o de individuo.
- Radican en zonas descubiertas por la vestimenta.
- Su ubicación topográfica suele indicar la motivación:
 - a) ofensivas (orejas, nariz labios de la víctima)
 - b) defensivas (manos, antebrazos de victimario)
 - c) eróticas (pezones y genitales)

Mordeduras Humanas

Se las encuentra no sólo sobre la víctima; también puede presentarlas el victimario cuando aquella se ha defendido.

Son de forma curvilínea, en doble paréntesis. Según la fuerza de la mordida y extensión de la zona injuriada, podrá observarse la huella característica de cada diente, en forma de equimosis, o de pequeñas soluciones de continuidad si la piel ha sido perforada; y otras veces una herida contusa única. En el primer caso, cuando la impronta de la pieza dentaria es bien ostensible, el examen comparativo de la herida con la dentadura que la produjo, puede señalar el autor o descartar a un sospechoso. En ocasiones hay arrancamiento con pérdida de sustancia.

El rastro de las mordeduras es el negativo de las piezas dentarias.

A los efectos de la identificación, las mordeduras humanas se pueden clasificar de acuerdo a los detalles en su conjunto y según los caracteres individuales.

- Detalles de Conjunto:
 - a) Disposición de los arcos dentarios:
 - Curvo.
 - Trapezoidal.
 - Triangular.
 - b) Existencia de todas las piezas dentarias.
 - c) Inexistencia de alguna de ellas.
- Caracteres Individuales:

- a) Anomalías de forma.
- b) Anomalías de volumen.
- c) Número de dientes que han dejado la impresión.
- d) Disposición del diente en el arco.
- e) Anomalías del borde dentario:
 - Curvo.
 - Recto.
 - Quebrado.
 - Alternado.

No siempre se pueden observar las mordeduras con claridad, a veces queda solo una contusión y esta se extiende a los tejidos vecinos con lo que el estudio de las mismas se hace sumamente dificultoso. Características de las mordeduras en el individuo muerto

En el cadáver las marcas debidas a mordeduras, en aquellos casos en que no hay solución de continuidad, persisten y son visibles entre 12 y 24 hrs. después de su producción.

Para la visualización y registro de una mordedura puede ser útil el uso de la luz ultravioleta o infrarroja que permiten localizar zonas de herida que no son visibles con la luz natural.

En la realización de un registro de mordedura se debe tener en cuenta que la deshidratación provoca importante retracción de los tejidos y la putrefacción modifica considerablemente el aspecto.

Cualquiera sea la zona de la mordedura debe tratarse de tomar muestra de saliva a fin de hallar los antígenos secretores del grupo ABO. La muestra deberá tomarse con una torunda de algodón humedecido en solución salina isotónica que luego de la toma se deposita en frasco estéril para su posterior envío, correctamente rotulado, al laboratorio. También deben ser analizadas muestras de la sangre y la saliva del cadáver.

Diagnóstico diferencial entre las mordeduras producidas en vida y después de la muerte. En ambos casos presentan distinta morfología y caracteres.

Premortem

A. En mordeduras causadas con mucha anterioridad a la muerte. Las equimosis antiguas que fueron provocadas por los bordes libres de los incisivos están en vías de desaparición. B. En las mordeduras causadas inmediatamente antes de la muerte.

Difusión sanguínea:

Si la intensidad de la mordedura ha sido muy leve la coloración de los tegumentos no se produce.

Si el traumatismo es violento y hay una hemorragia profunda se puede producir desde un hematoma hasta la ruptura de tegumentos que permitan la extravasación al exterior.

Con mayor violencia aún, la mordedura puede provocar un desgarro de tejidos, separando incluso un fragmento del órgano o parte de él, como por ejemplo el pabellón auricular.

Coagulación:

La aparición de un pequeño coágulo sobre la herida implica el principio de la reorganización de los tejidos lesionados, este coágulo se adhiere íntimamente a las paredes y se despeja con dificultad mediante el lavado.

Retracción de los tejidos

Es otro signo clásico de las heridas vitales. Es más marcada en los miembros; es máxima si la mordedura es perpendicular a las fibras elásticas. Esta propiedad desaparece con la muerte.

Aspecto histológico

Hay una desaparición de la estructura hística; gran cantidad de tejido fibrinoso que indica coagulación; existencia de infiltración perilesional.

Este proceso culmina con una cicatrización más o menos según cuando se haya producido la muerte del individuo.

Posmortem

En general las heridas por mordedura producidas después de la muerte obedecen a agresiones sexuales en individuos psicóticos, aunque también se da en sujetos en los que el ánimo criminal es impulsado por una gran sed de venganza, que muerde a su víctima creyendo que todavía está viva cuando ya ha fallecido.

Los caracteres presentados por las mordeduras postmortem son:

- Ausencia de hemorragia, aunque puede haberla pero de carácter muy reducido.
- Ausencia de coagulación, aunque si la hay es mínima y se desprende sumamente fácil con los primeros lavados.
- Ausencia de retracción de los tejidos.

Con estas características en general no hay dudas en el diagnóstico diferencial entre unas y otras, pero hay casos en que la duda existe, especialmente en el periodo de incertidumbre.

Para estos casos hay una serie de pruebas que resuelven la cuestión.

Reacción leucocitaria: Basada en que toda lesión se produce una reacción inflamatoria, que es puramente vascular, con producción de edema hístico y un flujo masivo de leucocitos por diapédesis.

Estas células son principalmente neutrófilos, eosinófilos y macrófagos que cuando se hallan en el foco de una lesión indican que ésta ocurrió en vida.

Cambios en la hemoglobina: La transformación de la hemoglobina en hemosiderina en el foco de la lesión, que puede demostrarse mediante la reacción del azul de Prusia que dan con la hemosiderina un color azul intenso a causa de las granulaciones pigmentarias, sería un indicador de una lesión producida en vida.

Cambios en la trama vascular: Mediante técnicas histoquímicas se puede demostrar una alteración enzimática en los bordes e la herida que haya sido producida una hora antes de la muerte. Se estudia la actividad de la fosfatasa alcalina, fosfatasa ácida y de la adenosintrifostasa (ATPasa).

En el vivo se determinan dos zonas:

- Central (junto a los bordes de la herida): donde hay una disminución de la actividad enzimática.
- Periférica (rodea a la anterior): donde hay un aumento de la actividad enzimática, por la inflamación y reparación.

En el cadáver esto no se observa.

Cambios bioquímicos: Es lo más moderno y lo que prácticamente pone el sello al diagnóstico diferencial.

La histamina y la serotonina participan activamente en las primeras fases del proceso inflamatorio. La histamina produce aumento de la permeabilidad vascular y la serotonina aumenta el flujo vascular regional. La histamina aumenta el 50% su concentración a los 20 - 30 minutos de producida la lesión y la serotonina aumenta el 100% su concentración a partir de los 5 minutos. Esto no ocurre en la piel normal

y menos aún en las lesiones postmortem. Por lo tanto con los métodos bioquímicos el período de incertidumbre queda reducido a 5 minutos aproximadamente.

Registro de las mordeduras

La calidad del registro dependerá de varios factores.

- Fuerza masticatoria empleada.
- Particularidades de la piel: espesor, elasticidad, fijación a planos subyacentes.
- Lugar del cuerpo donde se produce, en función de las líneas de Langer.
- Tiempo durante el que actúa la presión de los dientes.
- Momento del examen, que debe ser lo más precoz posible.

El estudio de las mordeduras puede aportar datos que sirvan para identificar al agresor o contribuir a la reconstrucción de los hechos, por lo que debe hacerse lo más completo y precoz posible.

Fotografía: Se deben realizar antes de la autopsia y después de las tomas de saliva, las mismas deben efectuarse in situ.

El objetivo debe ajustarse para que no deforme las marcas de los dientes. Hay que colocar una regla milimetrada para establecer posteriormente las dimensiones de la mordedura o de algún detalle de interés. Deben tomarse fotografías en blanco y negro y el color, ya que las primeras permiten una mejor resolución para la impresión o ampliación y las segundas permiten la diferenciación de los colores complementarios próximos entre sí. Si se quiere resaltar los relieves se deberá usar luz rasante. La luz ultravioleta permitirá evidenciar detalles que pasan inadvertidos a la vista del observador.

Toma de impresiones

• De la víctima.

La toma de impresiones puede hacerse sobre el sujeto vivo, sólo cuando no se haya producido solución de continuidad en las lesiones, o sobre el cadáver. En ambos casos se utilizarán materiales que cumplan con los siguientes requerimientos:

- 1) Elasticidad suficiente.
- 2) Discriminación de detalles.
- 3) Una solubilidad que permita trabajar con ellos con comodidad.
- 4) Gran constancia de volumen. Que no se deformen.
- 5) No provocar el deterioro de los tejidos o materiales mordidos.
- 6) Fácil manipulación.

Las siliconas son las de elección ya que llenan la mayoría de estos requisitos. Posteriormente se vaciarán en yeso, siendo conveniente realizar varias impresiones de las marcas de las mordeduras.

Si es un cadáver, también se puede recortar y extraer todo el trozo de piel sobre el que está la mordedura y así hacer un estudio más detallado de las capas profundas de la piel.

• Del sospechoso.

Este registro puede realizarse poco tiempo después o a meses del sujeto; en este último caso debe efectuarse primero un detallado examen bucal que permita comprobar que no se hicieron modificaciones posteriores al hecho (restauraciones, extracciones, prótesis) que modifiquen la dentadura.

Se recomienda la toma de impresiones con alginato y un vaciado posterior inmediato; en la realización debe tenerse especial cuidado en la reproducción detallada de los bordes incisales y superficiales oclusales, lo que es de especial

importancia, para poder establecer posteriormente la comparación de la huella de la mordedura.

Comportamiento de las piezas dentarias y sus restauraciones frente a la acción de la temperatura.

La identificación humana en cadáveres carbonizados es muy difícil porque son muy pocos los elementos que resisten a la acción de la temperatura. Las piezas dentarias y otros elementos del sistema estomatognático pueden aportar pruebas indubitables sobre la identidad y por lo tanto ante un cadáver carbonizado debe requerirse un examen odontológico.

La temperatura sobre las piezas dentarias, sus restauraciones, elementos protésicos, cavidades de caries, etc., tendrá una acción distinta según el elemento que produzca el aumento de la misma y los distintos elementos que proporcionen protección y mantengan hidratación de dichos tejidos duros y otros materiales.

Así será muy distinta la acción de la temperatura en la zona dentro del músculo orbicular de los labios que estará totalmente desprotegida, y por lo tanto expuesta a la acción directa del calor, que en otros sectores donde los tejidos duros y blandos proveen una aislación térmica e hidratación.

En un diente la temperatura produce los siguientes cambios de color:

100° C	Dentina color marrón
200° C	Dentina color marrón
300° C	Dentina Negra
400° C	Dentina azulada
900 a 1500°	Dentina Rosada

Lógicamente mayor resistencia tienen los aparatos protésicos y las restauraciones de porcelana. Los dientes de oro resisten temperaturas de cremación. La porcelana en hornos de cocción se lleva a 1600° C.

Los dientes sufrirán variaciones por calor en función de la temperatura, la curva de ascenso de esta y el tiempo de exposición.

Relacionando la temperatura con los cambios de color y las modificaciones estructurales se obtiene el siguiente cuadro:

Temperatura (°C)	Coloración	Modificación de las estructuras
100	Sin modificación	Sin modificación
150	Ligera	Roturas poco profundas
175	Marcada	Fisuras y roturas de las raíces. Grieta longitudinal en incisivos y caninos
215	Esmalte grisáceo	Destrucción carbónica de elementos nucleares. Aspecto agrietado de la raíz
225	Esmalte gris, raíces marrones, manchas marrones	Fisuras más grandes, cuello fisurado.
270	Corona grisácea y brillante	Gran fragilidad, esmalte fisurado.
300	Dentina carbonizada	Caída espontánea del esmalte
400	Dentina carbonizada	Explosión del esmalte cariado. Estallido de las coronas de los dientes sanos.
800	Dentina carbonizada	Disminución el volumen de las raíces.
1100	Dentina carbonizada	Desaparición de las fibras de Tomes. Marfil y esmalte conservan túbulos ensanchados.

Los materiales que se utilizan en la confección de restauraciones y aparatos protésicos tienen distintos puntos de fusión, por lo que en los cadáveres quemados pueden haber desaparecido determinados materiales que estaban presentes en la dentadura original. La temperatura de fusión de estos materiales puede dar un indicio fehaciente de la temperatura de combustión a que se llegó durante la cremación. En el cuadro a continuación se muestran las temperaturas de fusión y los cambios sufridos por los materiales más frecuentemente usados en odontología reparadora.

Material	Punto de fusión (°C)	Alteraciones
Porcelana	870-1370	----- -
Resinas	500 - 700	Desaparecen
Amalgamas		Primero se disocia y luego a mayor temperatura toma aspecto pulverulento.
Amalgamas	200	
Salicilatos		Toman aspecto blanco lechoso a dicha temperatura y luego forman burbujas.
Salicilatos	800 - 1000	
Composite	500	Se produce su disolución
Acero	1290 - 1395	Variable con la aleación: C, Cr ó Ni
Cromo - Cobalto	1290 - 1395	Se utilizan en prótesis removibles
Cromo - Níquel	1350 - 1400	Se utilizan en prótesis removibles.
Oro	1063	Debido a su costo ya casi no se usa
Platino - Iridio	1840 - 1880	----- -



La odontología forense constituye un método relevante para la identificación de cadáveres y restos humanos, tanto en casos individuales como en situaciones de catástrofe. La durabilidad y resistencia de las piezas dentarias y de los materiales utilizados en su restauración convierten a los procedimientos de reconocimiento oral en los más efectivos cuando otros como el dactiloscópico o el visual no pueden ser empleados, como es el caso de cuerpos o restos con quemaduras extensas o fragmentación importante.

Las técnicas odontológicas son además precisas en la determinación de la edad, especialmente en menores de veinte años.

Las características de la fórmula y piezas dentarias, su presencia o ausencia, combinadas con las lesiones, tratamientos y reemplazos protésicos que pueden estar presentes en los 32 dientes, cada uno de los cuales con 6 caras, que conforman la estructura dental del adulto, constituyen la base de las pericias odontológicas en la identificación.

La radiología especializada permite la individualización de elementos anatómicos, patología específica, tratamientos previos y aparatos protésicos. La información que proviene de la comparación de imágenes radiológicas pre y postmortem puede llegar a ofrecer una certeza cercana a la obtenida por las técnicas dactiloscópicas, en los casos en que las variaciones dentarias sean lo suficientemente específicas.

El método de identificación odontológico comprende los siguientes puntos:

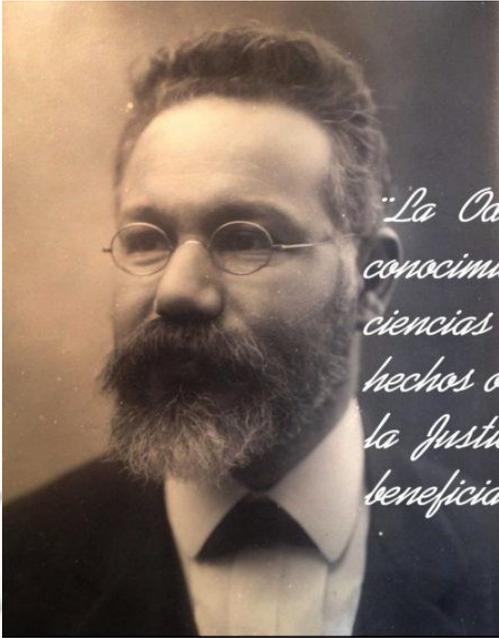
- Ficha dental.
- Morfología dentaria.
- Odontometría.
- Fotografía de la cavidad bucal.
- Radiografías seriadas periapicales.
- Radiografía panorámica.
- Rugas palatinas.
- Mordidas.
- Materiales dentales.
- ADN

De cada uno de estos surgen los datos necesarios para la elaboración de la ficha postmortem.

El fundamento del método de identificación odontológica reside en el análisis de las similitudes y discordancias observadas entre los datos postmortem y las características orales previas de la víctima, razón por la cual la búsqueda de los antecedentes odontológicos conforma una etapa técnica muy importante.

El potencial identificador de la técnica odontológica ha sido ampliamente demostrado a lo largo de la historia de la humanidad.

En los últimos años el incremento de víctimas con destrucción masiva de sus cuerpos, como consecuencia de accidentes aéreos y atentados terroristas, han confirmado la importancia de los procedimientos odontológicos forenses en la identificación de cadáveres y restos humanos.



“La Odontología Legal es el conjunto de conocimientos que la Odontología y demás ciencias proporcionan para interpretar hechos o circunstancias que la aplicación de la Justicia requiere y que a la Sociedad beneficia”

Prof. Dr. Joaquín Gnecco, 1921
Padre de la Odontología Legal Argentina



“Señores, he nombrado a la patria y al hacerlo, no ha estado en mi mente su entidad geográfica, sino su significación y desarrollo intelectual, y el brillo que han de darle sus hijos mediante el trabajo y el estudio, y en sentido – ¡oh mi señores! – yo os exhorto a trabajar y estudiar pensando que si sabéis bastante para vosotros, eso es poco para la patria, que sólo será grande, poderosa y considerará el día que sus hijos puedan encender el faro del saber que guía e ilumina el mundo, tarea que en parte os estará reservada, y que confío sabréis desempeñar con brillo”.

Clase inaugural de Odontología Legal, Prof. Dr. Joaquín Gnecco año 1920
Padre de la Odontología Legal Argentina.

"Es indudable que, si en alguna especialidad tienen cabida y aplicación todos los conocimientos adquiridos en todas y cada una de las especialidades de la carrera, es precisamente en Odontología Legal. La anatomía humana y comparada, la antropología, anatomía patológica, histología, técnicas dentística y protésicas, exodoncia, ortodoncia, toxicología, etc. todo ofrece al odontólogo legal ocasión para actuar con eficiencia junto al médico legista, aportando así elementos de juicio de alto interés científico, útiles para resolver los intrincados problemas en que puede intervenir y cooperando en la acción de la Justicia".

Juan Ubaldo Carrea, 1928.



La Odontología Legal es "...la aplicación de los conocimientos odontológicos al servicio de la justicia y a la elaboración de leyes correlativas a su especialidad"

Juan Ramón Beltrán, 1932.



Beltrán JR. Medicina Legal para la Enseñanza de la Odontología Legal y Social. Buenos Aires, 1932.

21 de julio
DÍA DE LA ODONTOLOGÍA LEGAL ARGENTINA



En honor al nacimiento del primer Profesor y escritor de Odontología Legal
Dr. Joaquín V. Gnecco (1868-1925)

LEGAL
