

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSGRADO DE ODONTOLOGIA OPERATORIA Y ESTETICA

**CONSIDERACIONES ÉTICAS RELACIONADAS A
LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA EN
LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

Trabajo especial de grado presentado ante
la ilustre Universidad Central de Venezuela
por la Odontólogo Adareiz Josefina Reyes
Guacarán para optar al título de Especialista
en Odontología Operatoria y Estética

Caracas, Noviembre 2003

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
POSGRADO DE ODONTOLOGIA OPERATORIA Y ESTETICA

**CONSIDERACIONES ÉTICAS RELACIONADAS A
LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA EN
LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA**

AUTOR: Od. Adareiz J. Reyes Guacarán

TUTOR: Prof. Omaira Gedler de Herrera

Caracas, Noviembre 2003

DEDICATORIA

A mi querida y preciosa madre
Dominga, por su apoyo incondicional
y invaluable ayuda en la
culminación de esta meta. Eres lo
más grande y maravilloso que Dios
me ha podido dar.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo es el resultado de la colaboración y ayuda de muchas personas que de una forma u otra contribuyeron de manera importante en la realización del mismo. Agradezco especialmente a:

La profesora Omaira Gedler de Herrera, MSc en modificación de conducta, por su tutela, orientación y su constante estímulo y apoyo durante el desarrollo de este trabajo.

La profesora Maribel Yerena, MSc en filosofía, por su continua disposición, dedicación y ayuda incondicional durante el desarrollo de este trabajo.

El padre William Rodríguez, MSc en gerencia educativa, por su apoyo moral y colaboración en el suministro de material informativo para el desarrollo de este trabajo.

La profesora Olga González Blanco, MSc en odontología restauradora y oclusión, quien con su esfuerzo,

continua enseñanza y orientación contribuyó en la culminación de este trabajo.

A todos mis compañeros del postgrado y en especial a la odontólogo María Leticia González, quien junto a mí vivió cada día todos los momentos productivos del postgrado de odontología operatoria y estética incluyendo la realización de este trabajo especial de grado.

LISTA DE CONTENIDOS

| | Página |
|---|--------|
| Dedicatoria..... | iv |
| Agradecimientos..... | v |
| Lista de gráficos..... | vii |
| Resumen..... | xiv |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. REVISIÓN DE LA LITERATURA..... | 3 |
| 1.Consideraciones éticas subyacentes a la practica odontológica en pacientes con VIH/SIDA | 3 |
| 1.1. Situación ética del paciente con VIH/SIDA..... | 7 |
| 1.1.1. El derecho a la dignidad de la persona..... | 9 |
| 1.1.2.Discriminación y no discriminación..... | 13 |
| 1.1.3.Veracidad..... | 21 |
| 1.2. Desenvolvimiento ético del odontólogo... | 23 |
| 1.2.1. Responsabilidad ética individual..... | 23 |

| | |
|--|----|
| 1.2.2. El principio de confidencialidad..... | 25 |
| 1.2.3. Veracidad..... | 29 |
| 1.3. La veracidad como prescripción ética permeable a la relación odontólogo-paciente VIH/SIDA..... | 37 |
| 2.Principios y coprincipios bioéticos aplicados a la práctica odontológica en la atención del paciente con VIH/SIDA..... | 40 |
| 2.1.- Principio de Beneficencia y no maleficencia..... | 44 |
| 2.2. Principio de Autonomía..... | 52 |
| 2.2.1. Confidencialidad..... | 53 |
| 2.2.2. Consentimiento informado..... | 55 |
| 2.3. Principio de Justicia..... | 57 |
| 2.3.1. La justicia como proporcionalidad natural..... | 58 |
| 2.3.2. La justicia como igualdad social..... | 65 |
| 3.Situación actual del VIH/SIDA y sus implicaciones sociales..... | 71 |
| 3.1. Discriminación socio-cultural del paciente VIH/SIDA..... | 71 |

| | |
|---|-----|
| 3.2. Normativa jurídica-legal con respecto al VIH/SIDA en Venezuela..... | 77 |
| 3.3.- Políticas Públicas con respecto al VIH/SIDA en Venezuela..... | 87 |
| 4.Experiencia en el servicio de enfermedades infecto-contagiosas de la Facultad de Odontología de la U.C.V..... | 102 |
| 5.Consideraciones ético-normativas en la relación odontólogo-paciente VIH/SIDA..... | 109 |
| III. DISCUSIÓN..... | 114 |
| IV. CONCLUSIONES..... | 118 |
| V. REFERENCIAS..... | 122 |
| VI. ANEXOS..... | 128 |

RESUMEN

La pandemia que protagoniza el VIH/SIDA ha representado en Venezuela un gran reto ante los valores éticos profesionales de todos aquellos dedicados al ramo de la salud. La gravedad, su naturaleza infecciosa y estigma social dio cabida a que surgiera una gran cantidad de dilemas éticos con respecto al suministro de servicio en el área odontológica y políticas públicas que conduzcan y orienten la solución de dicho problema desde un estatus político. Es aquí donde la bioética aplicada a la odontología juega un papel fundamental como interdisciplina para el manejo de las diferentes situaciones y solución de conflictos. Para ello se hace necesario contar con los principios bioéticos que orienten la toma de decisiones racionales y razonables para un tratamiento digno y responsable de estos pacientes . Por lo tanto, el odontólogo, al prestar atención a un paciente con VIH/SIDA, no puede considerarse sustraído de las obligaciones que son inherentes al ejercicio de su profesión, no solo en lo referente a la ética frente a estos pacientes, sino también en todo lo que atañe el ámbito legal.

I. INTRODUCCIÓN

El ser humano a través de su evolución ha presentado, como parte de una sociedad, actitudes y comportamientos variables que han determinado el desarrollo del mismo basado en las relaciones humanas. De allí que han surgido cuestionamientos de lo que es el bien y el mal, partiendo de los actos humanos que proceden de la voluntad libre del hombre. Sin embargo, a medida que progresa la civilización, éste se ve impulsado a justificar dichos actos o comportamientos mediante códigos de conducta socialmente aceptados a fin de rendir cuentas de su responsabilidad.

Es a partir de dicho progreso donde surge la palabra ética que significa costumbre, conducta de vida y reglas de comportamiento; y cuya relación con el área de la salud, en los actuales momentos, puede verse interpretado desde la visión de la bioética, interdisciplina que entre otros objetivos busca orientar moralmente la conducta de los profesionales de la salud.

Basándose entonces, en la interrelación que existe entre el conocimiento de la ciencia de los seres vivientes y los sistemas de valores humanos y en específico, la relación medico-paciente

se ha visto alterada a partir de la década de 1980 desde el descubrimiento de la pandemia del VIH/SIDA, la cual, ha causado gran alarma social que acarrea a su vez un reto ante los valores éticos que deben preservar las profesiones que se dedican a la asistencia en salud. La gravedad, su naturaleza infecciosa y el estigma social que produce la enfermedad dio cabida a que surgiera un replanteamiento de los dilemas ético-sociales donde el hombre al no estar preparado para enfrentarla, hace que la infección del VIH/SIDA sea una patología no solo médica y de salud pública sino también un asunto ético-social que concierne al individuo, a la familia, a grupos específicos e inclusive al Estado, como el ente responsable de conducir y orientar la solución de dicho problema en el status socio-político.

Por lo antes mencionado, el objetivo de este trabajo especial de grado es analizar las consideraciones éticas relacionadas con la atención del paciente con VIH/SIDA en la práctica odontológica.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

1. CONSIDERACIONES ÉTICAS SUBYACENTES A LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN PACIENTES CON VIH/SIDA

La palabra ética que deriva del griego *ethos* y la palabra moral que proviene del latín *mosmores*, ambas significan costumbres, conducta de vida y reglas de comportamiento^{1,2}. Surgen a medida que progresa la civilización, donde el ser humano se ve impulsado a justificar sus actos o comportamientos mediante códigos de conducta socialmente aceptados a fin de rendir cuenta de su responsabilidad^{2,3}.

La palabra ética, viene a ser lo mismo que filosofía moral y el término se utiliza para designar aquella parte de la disciplina filosófica relacionada con el juicio moral de las personas². Por lo que la ética se puede definir como la ciencia filosófica que le concierne el estudio sistemático de los problemas fundamentales de la conducta humana, en búsqueda del carácter ideal de dicha conducta a través de la proyección existencial del hombre³.

La palabra ética es generalmente preferida cuando se

habla del estudio de los problemas éticos y morales o cuando se refiere o se profesan criterios standard de moral. El uso común del criterio moral frecuentemente se refiere a la conducta actual de la persona¹.

La noción de ética médica se remonta a Hipócrates, mencionado por muchas personas como el padre de la medicina, el cual nació en la isla de Cos en el año 460 A.C. y pertenecía a una sociedad de médicos llamada Asclepiadae que viajaban por toda Grecia⁶.

Adicionalmente a la gran cantidad de escritura, alguna de las cuales fueron escrita por sus estudiantes y colegas, el "Juramento Hipocrático" fue uno de los trabajos mas importantes. Este juramento era tanto religioso como profesional y aunque no era tomado por todos los médicos griegos, Hipócrates planteo la obligación de que todos sus estudiantes lo tenían que tomar y adherirse a ese juramento⁶(Anexo 1).

Las preocupaciones principales de Hipócrates, en términos modernos, aquellos referente a la educación, acreditación, remuneración, habilidades e integridad, parecen haber sido el

centro del juramento, mas aún en aquellos tiempos ancestrales en que el hombre practicaba la medicina primitiva¹² .

Posteriormente, la cultura cristianas tomo los conceptos Hipocráticos, que han persistido hasta el presente, y continúan modelando los standares éticos de la profesión médica moderna en cuanto a organización, responsabilidad y conducta se refiere¹.

Tradicionalmente la ética médica y odontológica se ha referido a los standares de responsabilidad y conducta profesional que se espera de los miembros de tales profesiones; es en este contexto donde abarca los códigos de práctica profesional formales e informales, modales de etiqueta, comunicación profesional y criterios de mantenimiento mínimo¹.

Dado que la responsabilidad y la integridad de los médicos y odontólogos debe ser de suficiente confianza para el paciente, esta claro que los comportamientos éticos deben ser enseñados a los estudiantes por la vía de los ejemplos y de las referencias de códigos y lineamientos existentes. Sin embargo, a pesar de lo anteriormente expuesto, muchas personas piensan que la ética

médica no puede ser enseñada, que la compasión y la competencia son adquiridas a través de la experiencia, que los puntos de vistas morales de cada persona difieren y forma parte de su personalidad. A pesar de esto, en reportes recientes se revelan que un gran número de clínicos no han aplicado estos principios éticos de una manera adecuada, por lo tanto, una más exigente autorregulación desde el punto de vista del juicio moral es generalmente aceptada¹.

Pond, en su reporte sobre la inclusión de la ética dentro de los programas de educación en el ámbito de la salud, cuestionó el hecho de que los parámetros morales sean completamente un problema de tipo individual para el profesional de la salud y señaló la importancia acerca de darle un punto de vista colectivo a los cuestionamientos médico-morales de la profesión médica en los tiempos presentes¹².

Partiendo entonces del hecho de que algunos problemas, conflictos o dilemas éticos que se presentan en la práctica médica u odontológica pueden provenir de la falta de enseñanza sobre ética profesional, se ha prestado mayor importancia hacia esta problemática y se ha comprobado que existe una dimensión

ética que contribuye a la solución de estos problemas que surgen de la ejecución del acto derivado de la profesión médica¹². Por lo tanto, el odontólogo, como profesional de la salud, deberá orientar y ejercer su profesión basada en el arte, la ciencia y principios que lo conduzcan hacia su humanidad y una humanización de su profesión¹.

1.1.- Situación ética del paciente con VIH/SIDA

En los casos en los cuales se trata el tema de ética y SIDA se tiende a relucir actos específicos relacionados con dicha entidad, como son: análisis de sangre, mantener una confidencialidad, consentimiento del paciente, suspensión del tratamiento, acceso a medicamentos, participación en protocolos experimentales²².

Todos estos actos involucran a la ética médica, y es a partir de éstos, donde aparecen una serie de conflictos entre los cuales se pueden nombrar: el derecho de la persona que vive* VIH/SIDA, al tratamiento frente al derecho de los médicos a la libertad de practicar; el derecho de estas personas a la privacidad en cuestiones sexuales frente al derecho de los funcionarios de salud pública de impedir la propagación de la

enfermedad; el derecho de la persona con VIH/SIDA a la confidencialidad frente a la obligación de los médicos de notificar²².

Dentro de este panorama desaparece la idea de la ética como algo que tiene que ver con virtudes o vicios y con comunidades que forman el carácter moral de sus participantes. Por lo tanto, para entender la ética médica en general, así como muchos de los dilemas relacionados con el VIH/SIDA, es necesario evaluar moralmente tanto las medidas que tienden a proteger a la sociedad como las medidas tendentes a la protección del individuo, es decir, considerar una tercera visión ética como lo es la ética social o una ética del bien común^{22,23}.

Por otra parte, la capacidad de prolongar el lapso de vida de las personas que padecen del virus de inmunodeficiencia humana (HIV+), con o sin síntomas, a aumentado la necesidad de estos pacientes de requerir servicios de salud, incluyendo entre ellos el servicio odontológico. Aunque el riesgo a contraer esta enfermedad, cuando se usan todas las normas o medidas de bioseguridad, es mínimo, todavía se siguen presentando situaciones o dilemas éticos basados en la negativa o rechazo de

algunos profesionales a proveer servicio odontológico a personas que viven con VIH/SIDA²¹.

Es aquí donde se ven involucrados algunos aspectos éticos, relacionados tanto con las personas que viven con VIH/SIDA como con los profesionales de la odontología que rechazan a este tipo de pacientes, los cuales se describirán a continuación².

1.1.1.El derecho a la dignidad de la persona

La palabra dignidad proviene del latín “dignitas”, “dignitatis” que se refiere a la calidad de digno, excelencia y realce. Digno, proviene del latín “dignus”, que significa: que merece algo en sentido favorable²².

Kant²¹ enuncia como *“principio de la dignidad humana”* a la exigencia estricta en el orden moral que establece que, todo hombre posee un valor intrínseco, propio, por la sola condición de ser hombre, lo cual es concebido como un valor absoluto, no relativo o circunstancial: *“lo que tiene precio puede ser sustituido por cualquier otra cosa equivalente; lo que es superior a todo precio, y que por lo tanto no permite equivalencia alguna tiene*

*una dignidad*²².

En el mismo orden de ideas, pero ahora en el campo médico, el Pontífice²⁴ manifestó que *“aun cuando el conocimiento científico tiene sus propias leyes que cumplir, debe reconocer por encima de todo, el límite insuperable del respeto por la persona y de la protección de su derecho a vivir en forma digna como humano*²².

En el campo médico, el valor de la persona y en particular el de la persona en condición de enfermedad, ha sido el motivo de todos los códigos y juramentos de la medicina antigua, al igual que las declaraciones y códigos de la medicina contemporánea. Se puede decir que la medicina, entendida como ciencia natural desde los tiempos de Hipócrates, ha llevado como parte fundamental del quehacer del médico un conjunto de normas y mandamientos en razón del respeto a la excelencia o dignidad del enfermo por su sola condición de ser persona²²(Anexo 1).

La categoría ética de la dignidad de la persona humana tiene una “orientación preferencial” hacia aquellos hombres cuya

dignidad se encuentra especialmente afectada, como es el caso de los pacientes graves, quienes han perdido su libertad o capacidad judicativa y dependen en buena parte del médico que les presta atención. Es por ello que en la carta de los derechos de lo enfermos²⁶ se expresa: *“Los derechos del hombre enfermo son prioritarios respecto de los del hombre sano, porque el enfermo se encuentra en un estado particularmente delicado, de necesidad, de sufrimiento y de autoinsuficiencia”*²².

Por otra parte, resulta ineludible tener presente la realidad que se vive en los tiempos actuales, donde gran número de personas, de ambos sexos, se encuentran infectadas con VIH y los cuales son tratados de una forma brutal y denigrante, que violan su dignidad como seres humanos, produciendo graves y terribles repercusiones en el plano personal, familiar y social¹⁸.

Las reacciones negativas surgidas en algunos profesionales de la salud, la discriminación y rechazo con los cuales están siendo tratados los individuos afectados con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida y los llamados grupos de riesgo, han provocado que se vean vulnerados los Derechos Humanos de estas personas¹⁸.

Se puede decir que los Derechos Humanos son aquellos que tienen como fundamentos los atributos de la persona humana, razón por la cual se consideran fundamentales, prioritarios, esenciales e inherentes al individuo. Entre los mismos se deriva el derecho a la vida, el derecho a la dignidad de la persona y todos los derechos relativos al hombre en general¹⁸.

Todo profesional que trabaje en el área de la salud, y en el caso específico del odontólogo, tiene la obligación de conocer cuales son los derechos humanos inherentes a la persona y debe a lo largo del ejercicio de su profesión protegerlos y garantizarlos, permitiendo el disfrute y la garantía de los mismo a todos sus pacientes¹⁸.

El odontólogo ante la circunstancia de prestar atención a las personas que viven con VIH/SIDA debe tener conciencia y establecerse deberes y tareas que coexisten con los mismos, a fin de que sean cumplidas y respetadas por el simple hecho de que su profesión, su formación moral, ética y social se las han confiado y exigido¹⁸. Por estas razones el Código de Deontología Odontológica establece en su artículo 1 (Anexo 2):

Artículo 1: El respeto a la vida y a la integridad de la persona humana, el fomento y la prevención de la salud como componentes del desarrollo y bienestar social y su proyección efectiva a la comunidad, constituyen en todas las circunstancias el deber primordial del odontólogo.

Es así como el odontólogo logrará darles el trato como seres humanos a las personas que viven con VIH/SIDA que reclaman los servicios odontológicos, ya que la salud debe ser considerada como un derecho prioritario del cual derivan el respeto a la dignidad de la persona y todos los otros derechos fundamentales¹⁸.

1.1.2.- Discriminación y no discriminación

La discriminación de las personas que viven con VIH puede ser tan injusta como la motivada por otras razones moralmente irrelevantes como la raza, el sexo o una discapacidad. Sin embargo, existe una diferencia de importancia crítica entre la discriminación por raza o sexo y la basada en un estado de enfermedad. Una infección como la anteriormente mencionada puede ser transmisible y afectar la capacidad de otra persona para realizar deberes relacionados con el trabajo y otra actividad

cotidiana²³.

La decisión de excluir a una persona infectada por el VIH de ciertas actividades por un riesgo real de transmisión o por criterios importantes relativos al desempeño de su función sería comprensible y no violaría los principios antidiscriminatorios. Sin embargo, es moralmente inaceptable negarle ciertos derechos, beneficios o privilegios cuando los riesgos para la salud son muy escasos y cuando su desempeño es adecuado²³.

Puesto que el riesgo de transmisión del VIH en la mayor parte de los medios comunes es remoto y las personas infectadas pueden desempeñar sus funciones de manera normal cuando no experimentan síntomas graves, no existen razones moralmente aceptables para discriminarlas²⁴.

La discriminación de las personas infectadas por el VIH no solo es objetable por razones morales, sino que pueden ser contraproducentes por motivos de salud pública. Las autoridades de salud federales y estatales de los Estados Unidos, el Instituto de Medicina, la Asociación Médica Americana, la Comisión Presidencial sobre la Epidemia del VIH y la Organización Mundial

de la Salud han declarado que la discriminación por causa del VIH es injustificable y contraria a la lucha contra el SIDA^{25,26,27,28,29}.

En cuanto al desarrollo en la práctica odontológica, la problemática que conlleva la infección del VIH/SIDA hace que el odontólogo, como profesional de la salud, esté en la obligación de conocer no solo los aspectos referentes a la enfermedad, como son los riesgos de contagio, normas de bioseguridad, manejo odontológico hacia estos pacientes y manejo de accidentes laborales, sino también, tiene el deber de comprender y concientizar todo lo relativo a las normas éticas y principios bioéticos aplicables a cualquier situación que pudiera surgir ante la ejecución del acto derivado de su actividad profesional^{5,14,30}.

Sin embargo, a pesar de la obligatoriedad que tiene el odontólogo acerca de los conocimientos científicos y éticos, se siguen presentando situaciones o dilemas éticos basados en la negativa o rechazo de algunos profesionales a proveer servicio odontológico a personas con VIH/SIDA^{21,31,32,33}.

Algunos estudios han intentado comprender cuales son los

factores que determinan la intención o disposición, por parte de los odontólogos, de brindar asistencia odontológica a personas con VIH/SIDA. Entre estos estudios se evidencian que, el deseo o el rechazo ante la idea de tratar a pacientes con VIH/SIDA ha estado asociado con: el miedo al contacto por posible contagio, temor a las consecuencias que podría traer la demanda del servicio a nivel privado por parte de las personas que viven con VIH/SIDA, historias o experiencias pasadas con personas portadoras del VIH/SIDA tratados previamente, homofobia, el bajo nivel de conocimiento clínico que pueda tener el odontólogo acerca del VIH/SIDA y la asunción de la responsabilidad moral al tratar personas con VIH/SIDA^{21,32}.

Por otra parte, la predisposición que presenta el odontólogo, al tratar a personas con VIH/SIDA va a depender también de la diferencia que existe entre la enfermedad asintomática y la sintomática. Los odontólogos se muestran menos dispuestos a tratar personas que viven con el VIH que con el síndrome propiamente dicho³³.

La predisposición que puedan tener los odontólogos al tratar personas con SIDA también se ve influido por el tipo de

consultorio en donde se imparte el tratamiento. En un estudio llevado a cabo en Estados Unidos, el 60% de los odontólogos americanos estaban dispuestos a tratar a personas con VIH. Esta proporción cayó a un 29% cuando se le preguntó a los odontólogos si sus consultorios privados estaban bien equipados para asistir a personas que viven con SIDA³³.

La homofobia constituye otro de los factores que influyen en la negativa o rechazo, por parte de los profesionales de la salud, a tratar a las personas que viven con VIH/SIDA. Curry *et al*¹³. encontró esta tendencia en estudiantes de odontología, enfermeras y estudiantes de especialidades afines a la salud³³.

Según los resultados obtenidos de un trabajo de investigación conducido por Bennett *et al*¹⁴., la incomodidad que producía a los estudiantes, el tratar a homosexuales, constituía uno de los factores de predicción más determinantes que hacía que los estudiantes se sintiesen en el derecho de negarles sus servicios a las personas que viven con VIH/SIDA³³.

Cohen y Grace¹⁵ descubrieron que los estudiantes de odontología consideraban a la homosexualidad como algo

negativo. Mas importante aún, Jemmott *et al.*¹⁶ descubrierón que las actitudes negativas que mostraban las enfermeras hacia la homosexualidad estaban asociadas con su deseo de evitar asistir a personas que viven con VIH/SIDA³³.

En la literatura examinada se presentan dos estudios que evaluaban las percepciones que experimentaban los pacientes hacia los profesionales de la salud que los atendían. Los pacientes ingleses, que viven con VIH/SIDA, reportaron que sus médicos mostraban reacciones negativas de temor, preocupación y desconfianza hacia ellos. Los pacientes alemanes, con VIH/SIDA, mostraban un alto grado de satisfacción y confianza hacia sus médicos, ya que éstos se mostraban con una actitud de confianza, conocimiento y control de la situación^{35,36}.

Gerbert *et al*, en 1989, realizaron un estudio acerca de la experiencia odontológica de las personas que viven con VIH/SIDA. Los autores determinaron que hubo más actitudes de rechazo por parte de los odontólogos hacia estas personas que por parte de los médicos³⁷.

Es a partir de estos estudios que, la Federación Dental

Internacional (FDI) propuso una serie de lineamientos éticos entre los cuales manifiesta el deber que tiene el odontólogo, como profesional de la salud, a salvaguardar la salud oral de todos sus pacientes independientemente de su condición individual (Anexo 3).

Sin embargo, existen situaciones en las que el profesional de la odontología no está en la obligación de tratar a todos los pacientes potenciales; es decir, un odontólogo puede negarse a tratar a un paciente por conductas rebeldes y de no cooperación, problemas financieros y de personalidad así como también, por carencia de equipos, instrumental o conocimiento necesarios, por parte del odontólogo, lo que dificultaría la continuidad del tratamiento, pero nunca podrá negarse en caso de emergencia, por razones humanitarias o en caso donde las leyes del país dicten lo contrario³¹ (Anexo 3).

Sin embargo, una persona que vive con VIH/SIDA es considerada víctima de discriminación si un odontólogo se niega a prestarle su servicio de la misma forma que se lo prestaría a una persona sana, ya que, la Corte Suprema de los Estados Unidos en agosto de 1998, decidió que los pacientes infectados

con el VIH, estén sintomáticos o asintomático, son personas “incapacitadas”³⁴.

Por lo tanto, el odontólogo no puede negarle sus servicios a un paciente que sea reconocido como *incapacitado legalmente* ya que esto constituiría un delito según la ley que rige los Derechos Humanos³¹.

En Venezuela, el cumplimiento de este deber profesional se alcanza mediante la ejecución correcta del acto odontológico muy bien definido en el artículo 5 del Código de Deontología Odontológica (Anexo 2):

Artículo 5: Es deber ineludible de todo profesional de la Odontología acatar los principios de la fraternidad, libertad, justicia e igualdad y los deberes inherentes a ellas, consagrados en la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas y en la Declaración de los Colegios Profesionales Universitarios de Venezuela.

Al cumplir con lo establecido en este artículo los odontólogos cumplirán con la misión de aliviar los requerimientos

de estas personas, ya que ejercerán esta noble profesión teniendo como norte una actuación dentro de los límites del respeto a la dignidad de la persona¹⁸.

Si su actitud es contraria y el trato denigrante para estas personas, violaría la ética odontológica y a la vez estaría cometiendo una falta profesional al vulnerar deberes indispensables que garantizan la integridad y dignidad de los mismos. Esto se encuentra plasmado en el artículo 6 del mismo código (Anexo 2):

Artículo 6: La participación activa o pasiva del personal odontológico en actos que constituyan colaboración o complicidad en torturas u otros tratos crueles, inhumanos o degradantes, incitación a ellos o intentos de cometerlos, constituyen una violación patente a la ética odontológica, así como un delito con arreglo a los instrumentos internacionales aplicables.

1.1.3.- Veracidad

Es escasa la literaturas que hable sobre las actitudes de las personas que viven con VIH/SIDA en cuanto a la disposición

que tengan de revelar su condición de enfermedad a los profesionales de la salud³³.

En un trabajo de investigación, llevado a cabo por Perry *et al* en 1993, donde evaluaban los porcentajes de revelación de la infección del VIH efectuados en 129 personas, entre hombres y mujeres infectado con el VIH, a médicos y a odontólogos. El resultado, después de dos años y tres meses desde la notificación inicial y de la orientación o preparación impartida hacia estas personas con respecto al porqué debían de revelar su entidad a los médicos u odontólogos, vislumbro que el 53% de los mismos le habían informado a sus odontólogos que portaban el VIH en comparación con un 89% que se lo habían informado a sus médicos³⁷.

Este alto porcentaje de no-revelación, a pesar de los intensos trabajos de orientación, hace pensar que, las personas que viven con el VIH se sientan mas cómodos en comunicar su situación a los médicos que a los odontólogos. Así mismo, estas personas puede que consideren a los médicos como los únicos profesionales que les pueden proveer un beneficio directo al estar en la posibilidad de solucionarles sus problemas o

necesidades de salud general, sin embargo, esta hipótesis requiere ser demostrada³⁷.

Independientemente de las razones complejas por las cuales existe una tendencia, por parte de las personas que viven con VIH/SIDA, a no comunicarle a los odontólogos su condición médica, se pudo establecer, a partir de los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, que el paciente, de manera universal, tiende a proteger su seguridad, su tiempo y su dinero en consultas, que según su forma de ver las cosas, le son innecesarias³⁷.

En el mismo orden de ideas, la literatura afirma que entre las razones por las cuales el odontólogo o médico debe conocer la condición de una persona que vive con VIH/SIDA, es con el fin de obtener una buena capacidad diagnóstica, un plan de tratamiento correcto en relación con su entidad además de facilitar las formas de prevención y control de la infección a favor de las políticas sanitarias^{37,39}.

1.2 Desenvolvimiento ético del odontólogo

1.2.1 Responsabilidad ético individual

El concepto de *responsabilidad profesional* establece que toda persona autorizada para prestar un servicio a la comunidad mediante la práctica de una profesión u oficios reconocidos, es responsable de los efectos causados por su actuación sobre las personas y las cosas³⁸.

La responsabilidad individual del odontólogo es eminentemente personal, y ésta se refiere a la atención y protección que preste a las personas con VIH/SIDA, extendiéndose inclusive a toda la comunidad¹⁸.

Desde el punto de vista normativo, en el Código de Deontología Odontológica se encuentra explícito cuales son los daños que el odontólogo puede causar a sus pacientes incluyendo aquellas personas portadoras del VIH/SIDA¹⁸.

A este respecto, el artículo 105 de este código señala (Anexo 2):

Artículo 105: Las faltas a la moral profesional cometidas por ignorancia, impericia o mala fe debidamente comprobadas, serán objeto de sanciones por parte de los Tribunales Disciplinarios de los Colegios Regionales y Nacional. A los cuales podrán

recomendar y tramitar la suspensión del ejercicio profesional ante los organismos competentes, sin perjuicio de las sanciones establecidas en la Ley del Ejercicio de la Odontología y el Código Penal.

Por lo anteriormente expuesto, se puede decir que, la responsabilidad individual y profesional debe ir más allá de todo lo que constituye el mundo legal y debe ser considerada como el trato que se merecen estas personas que viven con VIH, en el cual, no deben existir diferencias y sí un alto grado de compasión, comprensión y respeto hacia ellos¹⁸.

De esta forma el odontólogo al conocer su responsabilidad individual y profesional, podrá crear conciencia de la posibilidad de lograr una ética en su máxima expresión y apreciará cuales son las actuaciones profesionales en las cuales las normas disciplinarias, contenidas en el Código de Deontología Odontológica, regulan las situaciones que se produzcan como resultado de su infracción¹⁸.

1.2.2 El principio de la confidencialidad

Debido al estigma que está asociado el VIH/SIDA, la

declaración de la condición del VIH por las personas portadoras de dicha infección a trabajadores de la salud puede generar rechazo, falsificación de la información y la creación de una responsabilidad individual por parte del odontólogo que lo obliga a mantener la información proporcionada de manera segura³⁹.

La obligación a la confidencialidad es, prácticamente, universal según los códigos éticos profesionales. Sin embargo, existe un conflicto o dilema ético que es inherente entre el interés del paciente a la confidencialidad y el interés del público a la protección ante las enfermedades infecciosas³⁹.

Bok², en 1984, establece que las personas con VIH/SIDA son los únicos que saben que, revelaciones dadas a terceras personas pueden traer consecuencias negativas en sus vidas privadas, públicas y profesionales³⁹.

Por lo tanto, una persona que presenta VIH/SIDA tiene el derecho que le brinda la privacidad, especialmente en lo que se refiere a la relación médico-paciente. La ruptura deliberada de este derecho revelando información a otras personas constituye un acto ilegal que puede crear responsabilidades legales y

demandas por daños substanciales³⁹

Por otra parte, Doyal³ en 1994, determinó que la confidencialidad no es absoluta y determinante y la información clínica debe ser transmitida, en ciertas circunstancias, a otros profesionales de la salud³⁹.

La responsabilidad ética que tiene el odontólogo está asociada no solamente al paciente, sino también a otras personas que puedan verse afectadas si el odontólogo no revela la información en un ambiente clínico³⁹.

Si una persona con VIH/SIDA, no quiere que le sea revelada su condición a otros profesionales de la salud que lo vayan a atender, a esta persona se le debe informar y orientar adecuadamente que el odontólogo tiene la obligación ética de comunicarle a otros colegas la condición médica de los pacientes que van a referirle³⁹.

Por lo tanto, todas estas personas con VIH/SIDA deben de estar concientes sobre su derecho a la confidencialidad, pero los trabajadores de la salud que lo asisten también tienen el derecho de adquirir la información necesaria para garantizar que todas

las condiciones relacionadas a la asistencia proporcionada se cumplan dentro de las normas de bioseguridad³⁹.

En 1989, el Consejo Médico y Odontológico de los EEUU estableció que los médicos y odontólogos tienen la responsabilidad ética de revelar la condición infecciosa de sus pacientes a las enfermeras u asistentes que laboran con ellos. Aquellos médicos u odontólogos que deseen revelar esta información a sus asistentes, deben en primer lugar, comunicarle la situación al paciente debido a que el mismo puede oponerse a que le revelen cualquier información médica y personal. Por lo tanto, el médico u odontólogo está legalmente obligado a tomar la decisión que emita el paciente. Lo mismo se debe cumplir aún cuando el asistente del médico sea un odontólogo³⁹.

Por otra parte, surgen situaciones conflictivas que se deben resolver, cuando un odontólogo tiene que decidir si es necesario revelar la condición de una persona VIH+ a una tercera persona mas allá de otro profesional de la salud , sin consentimiento del paciente³⁹.

Esta situación se da en los casos donde las parejas sexuales de las personas con VIH/SIDA se les debe revelar la condición de su compañero(a) ya que existe un riesgo identificable y determinante a que esta persona contraiga la infección debido a su contacto íntimo con el individuo infectado. Por lo tanto, cuando una persona está infectada con el VIH, el odontólogo debe conversar con la misma y explicarle la importancia de transmitirle la información a su pareja sexual³⁹.

1.2.3 Veracidad

Con este principio se expresa la idea según la cual se establece que los profesionales de la odontología tienen la obligación de ser honestos con sus pacientes y de esta manera lograr su confianza. Bajo este principio, la principal obligación del odontólogo incluye respetar la condición de confianza inherente a la relación odontólogo-paciente, comunicarse honestamente y mantener su integridad intelectual (Anexo 3).

Las preocupaciones éticas que genera el VIH/SIDA se ha concentrado también en el problema que significa para los profesionales de la salud contagiados con dicha infección tener que revelar su condición⁴⁰.

Los temores que existían en la comunidad a la asistencia médica han ido aumentando por un reporte de pacientes, en el Estado de Florida, EEUU, quienes aparentemente contrajeron el VIH de un odontólogo. Debido a que el riesgo a contraer el VIH por profesionales de la salud es extremadamente bajo, es ilógico que los pacientes lleven este temor consigo en el consultorio odontológico, especialmente cuando estos profesionales toman las precauciones universales^{40,41}.

A pesar de esto, estudios conducidos han demostrado que los pacientes se sienten preocupados acerca de la transmisión del VIH en el consultorio médico y odontológico. Mas aún, la comunidad científica ha comprobado que existe una alta posibilidad de contraer SIDA de un profesional de la salud donde se presentan situaciones de verdadero riesgo^{40,42,43}.

Eventos subsecuentes le han dado fuerza a estos temores. Desde la muerte de un odontólogo que trabajaba en el Estado de Florida, EEUU, tres de sus pacientes han sido diagnosticados VIH+. Un ortodoncista, quien tenía un consultorio en West Palm Beach, EEUU, no pudo seguir asistiendo a sus 750 pacientes una

semana después de diagnosticado el SIDA en abril de 1991, porque él decía: "pienso que es mi responsabilidad ética como profesional de la salud" ⁴³.

Aunque los nuevos centros de control de enfermedades están preparando nuevas pautas, el problema de revelar una condición como VIH/SIDA, en forma obligatoria o voluntaria, sigue debatiéndose mucho tiempo después de haberse dado las recomendaciones ⁴³.

Mientras continúan las discusiones en el área médica y odontológica, las jurisdicciones estatales y locales de los EEUU, están dando pautas para regular la obligatoriedad de poner de manifiesto la condición infecciosa y delimitar las actividades de los médicos y odontólogos infectados con VIH. En New Jersey, el juez Phillip S. Carchman ¹⁰ decidió que un hospital puede pedirle a un cirujano con VIH+ que discontinúe sus actividades como cirujano o que le informe a los pacientes sobre su condición antes de operarlos. Esta legislación controversial constituye el primer intento que se ha efectuado por la Corte para balancear los elementos que existen entre los derechos que tiene un paciente de informarse y evitar riesgos y los derechos que tiene

el profesional de conservar su privacidad^{43,44}.

En el Estado de Florida, EEUU, el gobernador está de acuerdo que se apruebe la ley (la primera en su clase en los estados de la unión americana) que exige a los profesionales médicos y odontólogos infectados con el VIH que reporten su condición al panel médico. Sin embargo, las preocupaciones acerca de las consecuencias que pueda tener la aplicación de dicha Ley tienen que ver con los problemas que acarrea el reporte obligatorio, la prueba obligatoria, la pérdida de confiabilidad, la pérdida de ingresos y su vida profesional⁴³.

Por otra parte, cuando un individuo revela la existencia de una enfermedad que pone en riesgo la vida de otras personas que vive en esa sociedad, corre el gran riesgo de ser condenados por la comunidad. Esto se cumple, realmente, sea la persona afectada el paciente o el médico tratante con VIH⁴³.

Aunque la transmisión del VIH a través de la exposición accidental es muy esporádica, una vez que es contraída la enfermedad, ésta tiene un final fatal. Por este motivo, los temores que los pacientes y los profesionales sienten acerca de la posibilidad de contraer el VIH están siempre presentes⁴³.

El temor a ser discriminado o estigmatizado, asociado al SIDA, es otra razón por la cual el público siente aversión hacia esta enfermedad. En los EEUU, el estigma que está asociado a la infección que produce el VIH es incrementada por la relación que existe entre esta enfermedad y la ya estigmatizada población de homosexuales y consumidores de drogas por vía intravenosa⁴³.

Finalmente, los temores a contraer SIDA persisten, en parte, debido a que algunos médicos u otros profesionales de la salud no se comprometen hablar de manera clara y concisa, con sus pacientes respecto a la enfermedad. Cuando explican que la enfermedad no se contrae a través del contacto casual suelen ser acompañadas por una advertencia científica que nos indica que, hasta ahora, no sabemos todo acerca de esta enfermedad⁴³.

En enero de 1991, tanto la Asociación Dental Americana (ADA) como la Asociación Médica Americana (AMA) publicaron artículos en donde recomendaban que los profesionales de la salud que infectados con VIH no aplicaran procedimientos invasivos ni obtuvieran consentimiento escrito de sus

pacientes⁴³.

Esta recomendación han sido criticadas abiertamente y, a la vez, hay muchos profesionales de la salud, economistas y expertos en política que las apoyan. Aquellos que se oponen, señalan las graves consecuencias que pueda acarrear el dar a conocer la condición del VIH/SIDA sobre el bienestar y la seguridad financiera del profesional médico u odontólogo. Más aún, los críticos piensan que el riesgo extremadamente bajo de contraer VIH, en este caso, no obliga a que se le aplique restricciones a la práctica o que se tomen otras medidas que dejen a este profesional fuera de su actividad como miembro de la comunidad dedicada a la salud⁴³.

Normalmente, quienes se oponen a la aplicación de restricciones sobre la práctica de aquellos profesionales contagiados tienden a no considerar la serie de consecuencias que tiene el VIH con respecto a la magnitud del riesgo al contagio. Los que se oponen a las recomendaciones planteadas por la Asociación Dental Americana (ADA) y la Asociación Médica Americana (AMA) también basan su negativa o rechazo a la ausencia de información científica que permita la clasificación de los procedimientos como seguros o arriesgados y

la exigencia a que el profesional revele o no su condición⁴³.

Finalmente, Landesman³¹ indica lo arriesgado que puede ser la aplicación de una política que no permita que los profesionales afectados ejerzan su profesión, estableciendo que la primera política “derivada o consecencial”, en este caso, constituiría una prueba o examen obligatorio aplicable a todos los profesionales y estudiantes de la salud. La segunda política “derivada” la constituiría la prueba aplicada, en forma obligatoria a los pacientes. Finalmente, Landesman³¹ provee la posibilidad de que el concepto de “riesgo significativo” quede alterado⁴³.

Los centros dedicados al control de la enfermedad están preparando nuevas pautas aplicables a los profesionales de la salud que están afectados con VIH. En un bosquejo de estas pautas el centro de control de la enfermedad establece que los profesionales de la salud pueden realizar procedimientos “invasivos” a sus pacientes y que la prueba obligatoria para el VIH no es recomendada. Así mismo, se enfatiza la necesidad de un entrenamiento adecuado sobre los procedimientos de control de la infección. No se ofrece una postura en relación a si se debería revelar la condición al paciente⁴³.

En este aspecto, los bosquejos de las pautas, del centro de control de la enfermedad, ejercen menos restricciones que las recomendaciones que ofrece la ADA y la AMA hoy en día. Las críticas que se plantean en relación a las pautas del centro de control de la enfermedad se basan en la existencia de instituciones que emplean a odontólogos y médicos con VIH/SIDA los cuales siguen suministrando asistencia en salud⁴³.

Por otra parte, el riesgo que tienen estos profesionales de la salud a transmitir el VIH a sus pacientes debe ser evaluado con respecto a las consecuencias que trae el revelar su condición, desde el punto de vista profesional y económico entre otros⁴³.

En estudios realizados, se ha demostrado en forma repetida que debido al miedo que se tiene al SIDA, los pacientes van a evitar el contacto con un odontólogo o médico que presente la enfermedad. En los actuales momento, los trabajadores de la salud portadores del VIH es muy probable que sean discriminados. Es por ello que la pérdida de confiabilidad, por parte de la sociedad hacia los profesional de la salud con VIH/SIDA, representa uno de los peligros más importante que

enfrentan dichos profesionales, y por lo tanto, sigue siendo un tema muy debatido y controversial el poner de manifiesto la condición del VIH/SIDA de los profesionales de la salud a los pacientes⁴³.

1.3.- La veracidad como prescripción ética en la relación odontólogo-paciente VIH/SIDA

Aunque la ADA y la AMA han definido su postura, a través de comunicados sobre los trabajadores de la salud contagiados con el VIH, es muy improbable que se logre un consenso, en el futuro cercano, con la comunidad de profesionales de la salud que se desempeñan asistiendo a pacientes⁴³.

Las diferencias que existen entre las recomendaciones dadas por la ADA y la AMA y las recomendaciones dadas por otras organizaciones, resalta la ambigüedad que se observa cuando se estudia el problema que confronta el trabajador de la salud que padece de VIH⁴³.

En un estudio recientemente conducido, se reporta que el 51% de 300 odontólogos encuestados estuvieron de acuerdo que un odontólogo infectado con VIH debe suspender actividad

profesional; el 38% manifestó que deberían realizar solo algunos procedimientos sin suspender completamente su actividad profesional y casi tres cuarto pensaban que a los pacientes se les debe informar cuando sus odontólogos estén infectados con VIH⁴³.

Mediante aseveraciones individuales hechas por los odontólogos en una encuesta de opinión, éstas coinciden con los resultados obtenidos en la encuesta anterior. En esta encuesta los odontólogos hacen referencia a la naturaleza letal del VIH y a la obligación moral de proteger a pacientes del riesgo al contagio⁴³.

Los esfuerzos que realiza la sociedad deben estar dirigidos en mantener una relación entre el paciente y el profesional donde exista la posibilidad de manifestar o revelar la condición del VIH/SIDA. Esto puede suceder cuando se respeten y conozcan los intereses mutuos, los derechos y las obligaciones tanto de los individuos como de la sociedad⁴³.

Debemos tratar de buscar una separación entre la autonomía personal de los pacientes y de los suministradores de

asistencia en salud. Si los administradores de asistencia médica u odontológica están en la obligación de informar acerca de su condición de VIH, aquellos pacientes que resultan VIH positivo deben, así mismo, informar a sus profesionales tratantes acerca de su condición patológica⁴³.

Las políticas que tienen como finalidad minimizar la transmisión de VIH en los centros de asistencia médica u odontológica deben hacer hincapié en que es importante concientizar la responsabilidad individual que puedan tener ambos agentes de no crearles riesgo a otras personas y, cuando un riesgo está presente o sea inevitable, dar a conocer su situación⁴³.

La estigmatización anticipada y la amenaza real de ser discriminado representa un impedimento importante que no permite que ni el paciente ni el profesional revele la condición patológica⁴³.

Por otra parte, Jonsen⁴⁰ plantea que los profesionales de la salud organizados tienen la obligación de compensar y apoyar, y no de castigar y sancionar, a los trabajadores de la salud que

se infectan con VIH. Además de incrementar los ejercicios de entrenamiento al público sobre la transmisión del VIH, él afirma que el apoyo organizacional debe incluir consejos concretos sobre ajustes en la práctica y algunas forma de asistencia financiera en los casos en que el individuo pierde sus niveles de ingreso como consecuencia de haber manifestado la existencia del VIH en su organismo⁴³.

A ningún odontólogo se le pedirá que cierre su consultorio por haber manifestado su condición patológica. Esta revelación, sin embargo, le va a producir pérdidas de pacientes. Para minimizar la pérdida de pacientes, como consecuencia del efecto que pudieran tener los temores irracionales, la sociedad debe tomar en cuenta que la manifestación de la enfermedad tanto por el paciente como de los profesionales de la salud constituye una alternativa que debería crear incentivos de apoyo a quienes revelan esta información y castigar a quienes discriminan, en forma injusta a estos individuos⁴³.

2.- PRINCIPIOS Y COPRINCIPIOS BIOÉTICOS APLICADOS A LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA EN LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CON VIH/SIDA.

El surgimiento de problemas morales en la sociedad moderna contemporánea a nivel mundial, ocasionados en parte, por los adelantos científicos y tecnológicos, así como por la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA, han dado auge a la Bioética debido a sus implicaciones ético-sociales⁷.

Es así, como la bioética surge de la ética médica, convirtiéndose en una interdisciplina que se encarga del estudio de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud, a la luz de los principios y valores morales^{3,4}. La bioética, como interdisciplina es esencial para la orientación moral y de la conducta de los profesionales de la salud⁵.

Los principios bioéticos pueden y deben ser aplicados a la odontología en todas sus áreas, tanto en el aprendizaje, como en la práctica médica y en la investigación⁸. Basado en esto, Guastamacchia en 1990, expuso, en una conferencia de editores dentales en ética en el Annual World Dental Congress llevado a cabo en Singapourt, la necesidad de "*olvidar la enfermedad y recordar al paciente*" e hizo énfasis acerca de las razones inapelables por las cuales la odontología debe tener su propio

código ético, mencionando entre ellos⁸:

- El crecimiento sin precedentes de algunas especialidades.
- La interrelación entre los problemas socio-económicos y la práctica odontológica, referidos al auge del conocimiento y a los derechos de las personas, el incremento de los costos y los avances tecnológicos, la intromisión de terceras personas en la relación odontólogo-paciente, el creciente rango estimado de vida de los pacientes y de los odontólogos; la relación costo-beneficio del individuo versus las prioridades de la sociedad.
- La selección y evaluación ética de nuevos materiales y técnicas.
- El rol del personal auxiliar y sus responsabilidad en el control de la infección.

Entre los Código de conducta profesional que rige a la profesión odontológica a nivel internacional, se encuentra el Código de la Asociación Dental Americana (Código ADA), dado que los odontólogos ocupan una posición muy especial dentro de la sociedad, donde la misma le concede a la profesión el privilegio y la obligación de autogobernarse. Como respuesta, la profesión promete a la sociedad respetar y poner en práctica las

normas éticas de conducta (Anexo 4).

El Código ADA es, realmente, una expresión escrita de las obligaciones que surgen del contrato implícito entre los profesionales de la odontología y la sociedad y está conformado por tres componentes principales: *los Principios Éticos, el Código de Conducta Profesional y las Opiniones Orientadoras* . El Código ADA es producto de un diálogo constante entre la profesión de odontología y la sociedad y, como tal está sometido a constante revisión por lo que no puede ser un compendio completo de todas las obligaciones éticas (Anexo 4).

Por lo tanto, cuando se presenta un problema ético que no está implícito en el Código ADA, los odontólogos deben tomar como referencia y análisis los principios bioéticos, las necesidades y los intereses del paciente y la Ley aplicable a cada caso en particular (Anexo 4).

La Federación Dental Internacional (FDI) representa otra de las organizaciones que se encargan de la orientación de las conductas ética de los profesionales de la odontología a través de principios éticos internacionales. Es importante destacar que no todos los lineamientos éticos pueden cubrir todas las

tradiciones nacionales y locales ni todas las legislaciones y circunstancias, sin embargo, la FDI describe diferentes puntos que deberían de ser considerados como lineamientos apropiados para cualquier odontólogo al tratar a sus pacientes (Anexo 3)

A nivel nacional, la ética odontológica en Venezuela es regulada por el Código de Deontología Odontológica, en el cual se establecen los deberes del odontólogo en su práctica profesional, y además las normas disciplinarias aplicables al producirse contravención en el cumplimiento de las disciplinas contenidas en este instrumento legal. Por lo tanto con este Código se logra el control de cualquier tipo de infracción profesional (Anexo 2).

Todos estos códigos o normas aplicados a las actividades odontológicas, en la atención del paciente con VIH/SIDA, lo que buscan es orientar de manera formal al odontólogo, como profesional de la salud, en lo referente a los derechos, aspectos éticos y principios bioéticos que se discutirán a continuación^{1,2,5,6}.

2.1.- Principio de Beneficencia y No Maleficencia.

El principio de beneficencia es uno de los más antiguos de la ética médica . Se refiere al deber de hacer el “bien” al enfermo, es decir, obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente ⁵. Desde este punto de vista se debe procurar el bienestar de la persona, el cual se encuentra reflejado en el juramento hipocrático: “Dirigiré la dieta con los ojos puestos en la recuperación de los pacientes, en la medida de mis fuerzas y de mi juicio y les evitaré de toda maldad y daño”²(Anexo 1).

Los elementos que se incluyen en éste principio son todos aquellos que implican una acción de beneficio, hacer o fomentar el bien, prevenir el mal o daño y contrarrestarlo, y aquellos que implican la omisión o no comisión de actos que puedan causar un daño o perjuicio ².

El principio de beneficencia puede generar situaciones conflictivas, en donde la acción de beneficencia se contrapone a la de no comisión de un perjuicio, en tales casos, el profesional de la salud se ve impulsado a seguir la máxima de no hacer daño, a menos que tal daño esté intrínsecamente relacionado con el beneficio por alcanzar ¹³.

Es por ello que, el odontólogo, como profesional de la salud, tiene la obligación ética de aceptar su responsabilidad, promover el bienestar del paciente, aliviar el sufrimiento y delegar a los auxiliares solo las funciones emanadas por la Ley (Anexo 3).

Por otra parte, en documentos publicados por el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de los Estados Unidos, se ponen de manifiesto las palabras “compasión y “dignidad”, donde le recuerdan a los odontólogos y médicos que los mismos están éticamente obligados a tratar aquellas personas que necesitan sus servicios y que infecciones como el VIH no introduce una condición que obligue al profesional de la salud a tomar precauciones extraordinarias o a trabajar en lugares especialmente asépticos⁵⁵.

Esta declaración, en la política, resalta que la mayoría de las personas con VIH tienen las mismas necesidades que tienen los pacientes no infectado, los cuales al no estar informados de su condición, eran visto de forma rutinaria por los profesionales de la salud⁵⁵.

Según evidencia científica y epidemiológica se ha demostrado que hay muy poco riesgo de transmisión de las enfermedades infecciosas, a través del tratamiento odontológico, siempre y cuando se tomen las medidas o precauciones universales para el control de la infección. Las personas con VIH+ deben ser tratadas, sin problema alguno, en los consultorios odontológicos privados empleando los procedimientos que permiten el control de la infección. Ningún odontólogo puede negarse a atender a una persona cuyo tratamiento está dentro de su área de trabajo o especialidad simplemente porque éste se encuentre contagiado con el VIH ⁵⁵.

Políticas similares fueron adoptadas, entre otros, por la Asociación Médica Americana, el Colegio de Médicos Americano, la Asociación Dental Británica, la Academia Americana de Médicos Familiares y el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia⁵⁵.

Por lo tanto, el principio de beneficencia aplicado en el manejo y tratamiento odontológico de personas con VIH+ asintomático no se diferencia de cualquier otro paciente salvo el riesgo infeccioso que conlleva¹⁴. Por lo que el odontólogo, según

declaración de la Federación Dental Internacional referente al VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea, debe estar capacitado para reconocer, documentar y tratar manifestaciones orales de la infección VIH/SIDA (Anexo 5).

Sin embargo, cuando la enfermedad se encuentra en un estadio avanzado y el nivel de inmunosupresión aumenta, se tiene que aplicar cuidados especiales para evitar complicaciones que agraven la enfermedad. El tratamiento odontológico de las personas, con SIDA establecido, se debe basar principalmente en la eliminación del dolor y de los posibles focos infecciosos intentando solucionar, entre otras, las necesidades estéticas de cada persona contagiada para no agravar una sensación psicológica de rechazo y aislamiento de su entorno, mejorar su autoestima y evitar que se produzca una sensación de abandono general¹⁴.

Por otra parte, el principio de beneficencia, en la relación odontólogo-personas con VIH/SIDA, se encuentra reflejado también en la Declaración de Estatutos de la Federación Dental Mundial (FDI) cuando (Anexo 3):

- Los odontólogos o miembros del equipo dental que creen

haber sido infectados con el VIH, solicitan asesoramiento médico y una vez confirmada la infección, los mismos se sometan al tratamiento que corresponda.

- El personal de atención dental que ha contraído el VIH acaten el consejo médico, que puede implicar la cesación del ejercicio de odontología o su modificación, si es necesario en circunstancias excepcionales.
- Los odontólogos que estén capacitados para reconocer, documentar y tratar las manifestaciones orales de la infección VIH/SIDA.
- El personal de atención dental que esté familiarizado con los protocolos relacionados con el tratamiento inmediato de la exposición profesional a patógenos transmitidos por vía sanguínea, y los odontólogos que instruyan y divulguen políticas que aseguren el tratamiento de este tipo de incidentes.

Correlativamente al principio de beneficencia, el principio de *No maleficencia* debe entenderse como que, en cualquier situación o intervención en el área de la salud no debe causarse daño. Se diferencia de la beneficencia en que a veces se hace el bien, más pueden acontecer complicaciones que eventualmente

pueden perjudicar al paciente de manera directa o indirecta ^{2,15}.

El principio de no inducción al daño es la formulación negativa del principio de beneficencia y la importancia del mismo radica en la gran cantidad de situaciones clínicas en las cuales se plantea éste principio y el hecho de que las normas y obligaciones derivadas de él realmente pertenecen a la formulación positiva del principio que obliga a promover el bien. Estas normas morales implican no inducir el sufrimiento ni discapacidad evitable; a partir de allí se debe realizar el análisis riesgo/beneficio, que debe llevar toda decisión médica ¹⁰.

El principio de no maleficencia aplicado a la profesión de odontología se basa en "*no hacer daño a los pacientes, colegas ni a la profesión*"¹. Este principio aplicado a la relación odontólogo- personas con VIH/SIDA se da cuando al tratar a estos pacientes, se toma en cuenta¹:

- Evitar la realización de tratamientos bucodentarios invasivos que puedan crear complicaciones cuando el paciente con VIH/SIDA se encuentra en un estadio avanzado.
- Realizar odontología preventiva.
- Buen control del campo operatorio durante la práctica clínica, para protegerse así mismos y también a sus pacientes contra

infecciones transmitidas por vía sanguínea.

- Evitar daño psicológico al paciente, especialmente cuando se tratan niños con HIV/SIDA .
- Una buena relación odontólogo-paciente VIH/SIDA.
- Manejo apropiado de los pacientes VIH/SIDA con problemas de ansiedad.
- Mantenerse actualizado desde el punto de vista de los avances científicos y tecnológicos relacionados a la profesión.

A todo esto se agrega lo señalado en los artículos 2 y 18 del Código de Deontología Odontológica, que ofrece una serie de pautas que evidencian la importancia del conocimiento completo por parte del odontólogo sobre esta enfermedad, de los medios de prevención, de los avances en cuanto a su diagnóstico, para que el mismo pueda llegar a un diagnóstico correcto y cumplir con la escogencia de un tratamiento eficaz acorde con el riesgo-beneficio requerido por el paciente con infección VIH/SIDA (Anexo 2).

Ante este deber de llegar a un diagnóstico correcto, el odontólogo al practicar su profesión debe cumplir lo establecido en el artículo 18 del Código de Deontología Odontológica donde

se determina como objetivo primordial, la conservación de la salud del paciente, asegurándole todos los cuidados profesionales mediante un trato sereno y delicado (Anexo 2).

Por esto, las obligaciones del odontólogo frente a las personas con infección VIH/SIDA deben ser las mismas que éste adquiere ante otro paciente sano, no modificando la calidad de su actividad, agudizando todos los cuidados profesionales y la delicadeza que necesitan estos enfermos¹⁸.

2.2.- Principio de Autonomía.

Cada persona es autodeterminante para realizar las propias escogencias en función de las razones del mismo, conduciendo su propia vida de acuerdo a sus intereses, deseos y creencias ¹⁶. El principio de autonomía aplicado al campo bioético, da origen a la norma moral *no coartes la libertad de la persona*, la cual remite a la obligación de aplicar el consentimiento por parte del paciente ante la toma de decisiones médicas ¹³.

El principio de autonomía del paciente expresa la idea según la cual los profesionales de la odontología tienen la obligación de respetar los derechos del paciente para poder

lograr la autodeterminación y la confidencialidad.⁶ Según el Código de la ADA⁶, este *principio ético*, reza lo siguiente: “*El odontólogo debe tomar en cuenta los deseos del paciente dentro de los límites que dicta el tratamiento indicado y proteger la confidencialidad del paciente. Bajo este principio, entre las obligaciones prioritarias que tiene el odontólogo están: el hacer participar al paciente en la toma de decisiones de forma activa, tomando en cuenta sus necesidades, deseos y capacidades, salvaguardando la seguridad del paciente*”.

2.2.1.- Confidencialidad.

Uno de los principales fundamentos de la relación médico-paciente es el contrato natural y legal que compromete a ambos; es más, el éxito de la medicina se basa en gran parte en la confianza que el paciente deposita sobre el profesional de la salud. Ambas razones son la base de la exigencia del secreto médico y de la confidencialidad⁹.

El secreto médico, considerado durante mucho tiempo como un principio absoluto, sin derogación, ha sufrido modificaciones en el tiempo, admitiendo ciertas excepciones, como pudiese ser el caso de enfermedades infectocontagiosas².

Sin embargo, el cumplimiento de éste principio resguarda el derecho que le asiste al paciente de resguardar su vida privada como manifestación de respeto a la persona y reconocimiento a su dignidad, favoreciendo la confianza necesaria al enfermo y ofreciendo una serie de ventajas desde el punto de vista social².

El secreto profesional constituye un deber para el profesional odontológico que implica la reserva de los actos que conociere en el ejercicio de su profesión. El mismo tiene su origen en la necesidad social de guardar por parte del profesional, la mayor reserva en relación a la circunstancias de carácter íntimo individual que conciernen al ejercicio profesional y cuya divulgación pudiera ocasionar algún daño. Esta reserva debe existir aún cuando el paciente no lo exigiere, no debe ser mediante promesa por parte del profesional para guardarlo¹⁸.

Sin embargo, a pesar de que el secreto profesional tiene un carácter eminentemente social, jamás puede ser considerado de un modo absoluto, ya que existen circunstancias en las cuales su violación se convierte en una defensa de la vida colectiva. Ningún enfermo tiene autoridad para exigir al profesional de guardar secreto, solamente la Ley o la justicia puede hacerlo en

representación de la colectividad.¹⁸

Esta confidencialidad esta plasmada en el artículo 68 del Código de Deontología Odontológica. Así mismo, el artículo 52 del mismo Código señala que el odontólogo no incurrirá en violación del secreto profesional cuando por mandato de la Ley, ésta le establezca la obligación de revelarlo (Anexo 2).

Igualmente la Resolución número 1 de la Dirección General Sectorial de Salud del MSAS de marzo de 1987, señala que no hay violación del Secreto profesional cuando el odontólogo hace la notificación a las autoridades nacionales, de enfermedades de denuncia obligatoria como ocurre en los casos de infección VIH/SIDA. Esta notificación debe hacerse ante la Oficina de Prevención y Lucha contra el SIDA del Ministerio de Salud y Desarrollo Social, siempre teniendo en cuenta que toda información y confidencia que se realice por esta vía se debe hacer manteniendo la mayor prudencia y confidencialidad¹⁸.

2.2.2.- Consentimiento informado.

El consentimiento informado ha llegado a constituir una exigencia ética y un derecho recientemente reconocido por las legislaciones de los países desarrollados¹⁷. Surge como

consecuencia de profundas transformaciones en la medicina y en la sociedad occidental, constituyendo una expresión de una nueva cultura de la información y el pluralismo^{19, 20}.

Constituye un valor que los profesionales de la salud deban informar a sus pacientes acerca de su diagnóstico, las diferentes alternativas de tratamiento, pronóstico y consecuencias que sean razonables y que permita que el paciente participe en el momento en el que haya que tomar decisiones, de manera que, el paciente pueda decidir de acuerdo con sus propios valores y prioridades, que pueden o no coincidir con los del profesional de la salud^{19, 20}.

Para asumir el consentimiento informado, el paciente debe reunir ciertas condiciones como son, disponer de una información suficiente, comprenderla adecuadamente, encontrarse libre para decidir basado en sus propios valores y ser competente para tomar la decisión en cuestión. Constituye un derecho del enfermo, pero no es ilimitado, ya que no significa que los pacientes puedan imponer al profesional de la salud cualquier cosa que deseen, debido a que sólo se logra como resultado de un proceso de diálogo y de colaboración en el que se intenta

tener en cuenta la voluntad y los valores del paciente¹⁸.

Existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir de la obtención del consentimiento informado, y en los que la obtención de dicho consentimiento no es posible en todos los casos, tales como se podrían enumerar: emergencias; casos en los cuales la propia información pueda resultar perjudicial para el curso de la enfermedad, conocido como privilegio terapéutico del profesional de la salud, el cual va a estar determinado por el grado de paternalismo del profesional; al igual no es posible obtener el consentimiento del paciente en los casos de incompetencias o incapacidad para decidir (por ejemplo en los casos de enfermedades cerebrales); renuncia expresa del paciente; tratamientos exigidos por la ley; posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de una intervención programada, entre otros¹⁹.

2.3.- Principio de Justicia

El sentido primario y elemental del término justicia es el de corrección o adecuación de algo con su modelo. Justo significa, en este primer sentido, lo que se ajusta al modelo. Así, decimos de un acto que es justo cuando resulta acorde con la ley, y de esta, que es justa si es expresión de los principios morales. El

principio general de la justicia al que deben adecuarse todos los demás criterios y actos de los hombres fue definido por los jurisconsultos romanos como su *Suum cuique tribuere* (Dar a cada uno lo suyo). Se actúa justamente cuando se da a cada uno lo suyo e injustamente en caso contrario⁴⁵.

A lo largo de la historia de Occidente ha habido interpretaciones distintas y en alguna medida contrapuestas que han interpretado la justicia, respectivamente, como proporcionalidad natural, libertad contractual, igualdad social y bienestar colectivo⁴⁵.

2.3.1.- La justicia como proporcionalidad natural

La teoría de la justicia que ha gozado de mayor vigencia en la cultura occidental es, sin duda, aquella que la entiende como proporcionalidad natural. Iniciada por los pensadores griegos en el siglo VI a. De C., no conoció rival hasta bien entrado el siglo XVII. Según ella, la justicia es como propiedad natural de las cosas que el hombre no tiene más que conocer y respetar. En tanto que naturales, las cosas son justas, y cualquier tipo de desajuste constituye una desnaturalización. Todo tiene su lugar natural y es justo que permanezca en él. Esto es aplicado no

solo al orden cósmico, sino también al político. En la República, Platón nos dice que en una sociedad totalmente ordenada, y por lo tanto ajustada o justa, “habrá hombres inferiores, artesanos; habrá también guardianes; y, en fin, habrá gobernantes”⁴⁵.

Además de esta justicia general, la filosofía griega distingue otros sentidos más concretos o parciales del término justicia; Aristóteles diferencia cuando menos dos. Se llaman parciales porque no afectan a toda la naturaleza, ni al cuerpo político como un todo, sino solo a las relaciones entre los diferentes miembros de la sociedad. Una es la *justicia distributiva*, que rige las relaciones del gobernante con sus súbditos. La otra regula las relaciones de las personas privadas entre sí, y recibe el nombre de *justicia conmutativa*. Difieren una de otra como proporción de la igualdad. En el mundo de la salud, las dos son importantes pero sobretodo la primera. La expresión “justicia sanitaria” siempre se entiende en el sentido de justicia distributiva⁴⁵.

La justicia distributiva regula, según Aristóteles, la repartición “de honores, o dinero o cualquier otra cosa” entre los miembros de la sociedad. Si por naturaleza todos fuéramos exactamente iguales, no hay duda de que esa distribución no

podría considerarse justa en caso de ser desigual. Pero dado el carácter “natural” de la desigualdad y la jerarquía dentro de la sociedad, para los griegos la distribución de honores, riquezas y otras cosas no puede ni debe hacerse de modo idéntico sino proporcionado a las capacidades naturales⁴⁵.

La repercusión que estos conceptos han tenido en la medicina ha sido extraordinaria. El médico es quien encarna el bien común, en tanto que el enfermo busca un bien particular, la salud. Pero el enfermo no podrá lograr este bien mas que en el orden general representado por el médico. Por eso, la única virtud que debe exigirse al enfermo es la obediencia⁴⁵.

Entre el enfermo y el médico, como entre el feligrés y el sacerdote o entre el súbito y el soberano, no cabe la justicia conmutativa. Los servicios de médicos, sacerdotes y soberanos se consideran tan superiores a los que prestan cualquier miembro de la comunidad, que nunca podrá darse la igualdad en el intercambio. Por eso, a ninguno de ellos se le paga conforme al principio de la justicia conmutativa, sino en el concepto de honor. Incluso la retribución que reciben se denomina “honorarios”⁴⁵.

La concepción de justicia como proporcionalidad natural tiene otra consecuencia de la máxima importancia en el terreno de la salud. Se trata del carácter proporcional que debe guardar la asistencia médica, de acuerdo con el rango social de la persona. De hecho esto se advierte ya en la República, donde Platón intenta describir el orden de la ciudad justa. Allí se ve cómo la asistencia médica tiene un carácter diferencial, precisamente en virtud del principio de justicia distributiva. Al esclavo le atenderá un médico esclavo; el artesano no podrá recibir tratamientos prolongados o caros, y solo el rico tendrá completo acceso a la salud.

Todo esto escrito en el siglo IV a. De C., siguió teniendo validez hasta la Edad Media⁴⁵. Así fue y así funcionó en medicina la teoría de la justicia como ajustamiento al orden proporcional de la naturaleza. El concepto de justicia distributiva hizo que a todo lo largo de la antigüedad y la edad media existieran tres grandes tipos de asistencia médica: la de los estratos más pobres de la sociedad (siervos, esclavos, etc.); la de los artesanos libres, y la de los ciudadanos libres y ricos. Nadie más que estos últimos, es decir, los ciudadanos libres y ricos

participaban por entero de los bienes de la ciudad, y solo ellos podían y debían ser plenamente justos y virtuosos. Quizá por eso eran los únicos que recibían asistencia sanitaria completa⁴⁵.

En 1690, John Locke³ describió los derechos primarios que todo ser humano tiene por el mero hecho de serlo. Se trata de los llamados derechos humanos civiles y políticos: el derecho a la vida, a la salud o integridad física, a la libertad y a la propiedad, además del derecho a defenderlos cuando los considere amenazados. Estos derechos son el bien individual e irrenunciable de cada ser humano. Pero para que puedan convertirse en bien común es preciso efectuar un pacto o contrato, el llamado contrato social. El objetivo de este es el logro de la justicia social que se identifica con el bien común, entendiendo por tal, “una ley establecida, aceptada, conocida y firme que sirva por común consenso de norma de lo justo y de lo injusto”⁴⁵.

Para Locke³, la justicia social o legal no tiene otro objeto que el de proteger los derechos que ya tienen los hombres desde el principio, de tal forma que, nunca se pueden traspasar esos límites o ir en contra suya. El pacto social tiene por único objeto

proteger los derechos naturales (civiles y políticos) de los individuos. El poder político, como delegado que es de ese pacto, no tiene más ámbito que el concedido por la delegación, que a su vez no puede tener otro objeto que proteger los derechos y libertades naturales. Todo lo que exceda de eso es abuso injustificado e injusto por parte del Estado. Se trata, como es obvio, de un nuevo concepto de la justicia distributiva: *la justicia como libertad contractual* ⁴⁵.

Según este concepto, la distribución de honores y riquezas se rige por varios principios. Uno de ellos es el de la justa adquisición; este postula que el trabajo es el título primario de propiedad, ya que el trabajador pone en las cosas algo propio e intransferible. Por tanto, lo que puede decirnos si las riquezas se han distribuido justamente es el modo de adquirirlas. La adquisición será justa si es el resultado del propio trabajo⁴⁵.

Esto lleva a Locke³ a tener una idea minimalista del Estado, pues el único objeto de éste es permitir el ejercicio de los derechos naturales a la vida, salud la libertad y la propiedad. Cuando las leyes no respetan los límites naturales o el Estado se extralimita en sus funciones y va más allá de los poderes que se

otorgaron en el contrato social, entonces hay injusticia. He aquí, pues, lo que según el pensamiento liberal debe entenderse por justicia: libertad contractual o contrato que asegure y proteja la libertad individual. Algo completamente distinto del viejo ajuste natural⁴⁵.

Todo eso ha tenido y sigue teniendo una enorme importancia en el mundo de la salud pública. Para el pensamiento liberal el mercado sanitario debe regirse, como los demás, por las leyes del libre comercio, sin intervención de terceros. Este ha sido el principio básico de la medicina liberal, según la cual la relación médico-paciente a de acomodarse a los principios del libre mercado y no debe estar mediada por el Estado. Cualquier intervención de este se considera artificiosa y perjudicial⁴⁵.

En los últimos años, la teoría liberal de la justicia ha encontrado nuevas aplicaciones ha encontrado nuevas aplicaciones en el campo de la salud pública. Antes los posibles excesos del Estado benefactor, los nuevos liberales han vuelto a la tesis de que la salud es un derecho individual que debe ser protegido por el Estado, pero solo negativamente, no de modo

positivo. Es decir, el Estado tiene la obligación de impedir que alguien atente contra la integridad corporal de las personas, pero no de procurar asistencia sanitaria a todos los ciudadanos. Esta es la diferencia entre el derecho negativo a la salud y el derecho positivo a la asistencia sanitaria⁴⁵.

En la actual discusión en torno a la justicia sanitaria, el punto de vista liberal tiene importantes defensores, aunque siempre con matizaciones. Para Dan Beauchamp⁸, por ejemplo, el hecho de que la salud sea un derecho negativo claro puede obligar al Estado a ciertas prestaciones sanitarias, ya que contra mi integridad física no solo atenta la persona que me arremete físicamente, sino también aquellos factores nocivos de carácter colectivo y social. Puesto que estas enfermedades las causa la sociedad, el Estado tiene la obligación de atenderlas mediante un amplio programa de asistencia sanitaria⁴⁵.

2.3.2.- La justicia como igualdad social

La tercera de las grandes teorías de la justicia, la de la igualdad social, ha tomado varias direcciones, una más utópica y otra más científicas. Entre todas destaca por su importancia el marxismo. Para Karl Marx y Friedrich Engels¹⁰ el Estado liberal

no ha tenido otra ventaja que la de acabar el Estado despótico y absolutista. Todo lo demás, incluido el intento de convertir el liberalismo en una doctrina permanente basada en la teoría de los derechos civiles y políticos, carece de sentido. Es absurdo, afirman, intentar la hipóstasis de los derechos en la forma que lo hacen el pensamiento liberal. Ni esos derechos ni el Estado que se funda en ellos son la estructura básica de la vida humana, sino una simple superestructura que se fundamenta en un nivel previo, el infraestructura, compuesto por las condiciones materiales de vida, en *particular la propiedad privada de los medios de producción*⁴⁵.

Para Marx¹⁰, el Estado constitucional moderno, basado en el respeto de los derechos civiles y políticos, fomenta la desigualdad y la injusticia porque perpetúa dicha propiedad. Al negar la propiedad privada de los bienes de producción, el marxismo da una nueva definición de la justicia distributiva⁴⁵.

Lo que debe distribuirse equitativamente no son los medios de producción sino los de consumo. El problema está en definir "equitativamente". Marx lo resuelve haciendo suya la idea de Louis Blanc, según la cual, "a cada uno debe exigírsele según su

capacidad, y debe dársele según sus capacidades”⁴⁵.

Si volvemos a la clásica definición de justicia dada por Justiniano I: “Justicia es la perpetua y constante voluntad de dar a cada uno lo suyo”, vemos que el cambio está en el modo de definir “lo suyo”. Para el pensamiento liberal era “lo propio”, en tanto que para Marx es “lo que se necesita”. La justicia distributiva no es adecuada si no da a cada uno según sus necesidades; solo así pueden coincidir la justicia con la igualdad⁴⁵.

Así definida la justicia comunista, vemos ahora cómo se ha aplicado a la sanidad. La salud es una capacidad (por ejemplo., para trabajar, producir o valerse de si mismo) y la enfermedad una necesidad (de cuidado y asistencia). Este es un hecho curioso que hace de la salud un bien de producción y de la asistencia sanitaria un bien de consumo. El Estado debe dar a cada cual según sus necesidades, y por lo tanto tiene obligación de cubrir de modo gratuito y total la asistencia sanitaria de todos los ciudadanos⁴⁵.

2.3.3.- La justicia como bienestar colectivo

El pensamiento socialista de mayor influencia en los países

occidentales no ha sido el marxista ortodoxo sino el llamado socialismo democrático. Como su nombre indica, se trata de un sistema mixto, mezcla de democracia liberal y Estado social. Esto ha dado lugar al surgimiento del llamado Estado social de derecho y, sobre todo, al Estado de bienestar. En este la justicia se define como bienestar colectivo⁴⁵.

La novedad cualitativa del nuevo sistema está en el concepto de bienestar. Esta tiene su propia concepción de la justicia, que posiblemente es hoy la que goza de mayor vigencia en los países occidentales⁴⁵.

El objetivo del socialismo democrático fue corregir la teoría liberal mediante la introducción de un principio de igualdad redistributiva. No pretendió por tanto, anular el primer código de los derechos humanos sino completarlo con otro, el de los derechos económicos, sociales y culturales. Así pues, frente al liberalismo democrático surge el socialismo democrático⁴⁵.

En cuanto a la importancia sanitaria de todo este movimiento se puede resumir que, si el liberalismo descubrió el derecho a la salud, el socialismo revela el derecho a la asistencia sanitaria. El primero es negativo, ya que es previo al

contrato social y el Estado no puede hacer otra cosa que protegerlo: por el contrario, el segundo es un derecho positivo y el Estado tiene que llenarlo de contenido. El primero es una especificación del principio de libertad, en tanto que el segundo se deduce del principio de igualdad⁴⁵.

Esta última actitud ha llevado a concebir la asistencia sanitaria como un derecho exigible en justicia. A su vez, esto ha significado para los Estados un cambio radical en su manera de enfrentar los problemas sanitarios. La salud ya no puede seguir siendo un mero problema privado, sino que pasa a ser cuestión pública, política. Es el comienzo de la política sanitaria como un capítulo de las políticas sociales y de bienestar. El Estado de justicia social, que en los países occidentales ha llegado a identificarse con el Estado de bienestar (o benefactor), ha de tener entre sus máximas prioridades la protección del derecho a la asistencia sanitaria. Sin esto sería incomprensible el desarrollo de todo el sistema occidental de seguros obligatorios de enfermedad⁴⁵.

Basándose en el principio de justicia, la Federación Dental Internacional en noviembre del 2.000, emitió una Declaración

referente al VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea la cual determina: “ *No se debe negar atención dental a los pacientes con VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea, simplemente a causa de su infección*” (Anexo 5).

Igualmente, el Código de la ADA del año 2002, basándose en el mismo principio con respecto a la atención del paciente con VIH/SIDA, determina: “*Un odontólogo tiene la obligación general de brindar asistencia aquellos pacientes que necesitan sus servicios. Una decisión de no brindarle tratamiento a un paciente debido a que es portador del VIH/SIDA, tomando en cuenta solamente ese motivo, no es ético. Igualmente, decisiones tomadas en relación al tipo de tratamiento dental sugerido o indicado hacia estos pacientes, se deben llevar a cabo tomando en cuenta las mismas circunstancias que se consideran cuando se tratan a otros pacientes. El odontólogo podrá referir al paciente con VIH/SIDA a otro odontólogo solo cuando no posea la habilidad, conocimiento, experiencia o equipos necesarios para la realización del tratamiento requerido y después de haber consultado con el médico tratante*”⁶.

Así mismo, el Código de Deontología Odontológica,

basándose en el principio de justicia, establece en su artículo 4: *“El profesional de la odontología debe atender con igual celo a todos sus pacientes cualesquiera sea sus condiciones de salud, independientemente de su nacionalidad, raza, condición social o económica, creencia religiosa o ideas políticas”* (Anexo2).

Todos estos principios una vez aplicados a la relación odontólogo-paciente con VIH/SIDA sugieren el desarrollo razonable de una ética profesional orientada al tratamiento digno y responsable de la enfermedad, dotándola de contenidos normativos encaminados al respeto de las personas tanto en su vida privada como en su vida pública^{2,8}.

3.-SITUACIÓN ACTUAL DEL VIH/SIDA Y SUS IMPLICACIONES SOCIALES

3.1.- Discriminación socio-cultural del paciente con VIH/SIDA

Las épocas de epidemia son también períodos de tensión social. Los temores exacerban las divisiones ya existentes y revelan líneas sociales de ruptura que se profundizan. La discriminación de las personas con VIH se ha convertido en un fenómeno mundial. El virus causante del SIDA ha escindido naciones, grupos étnicos, culturales y sexuales e incluso

individuo²³.

Dicha infección se ha empleado como razón para excluir a las personas de muchas actividades sociales importantes. A los niños con VIH se les han cerrado las puertas de la escuela, a los empleados se les ha despedido de su trabajo y se les ha negado la cobertura del seguro de vida o de enfermedad, y a los personas con SIDA se les ha privado del tratamiento apropiado o se les ha forzado a permanecer en los hospitales porque no tienen casa a la que volver²³.

La discriminación de las personas con la infección por VIH puede ser tan injusta como la motivada por otras razones moralmente irrelevantes como la raza, el sexo o una discapacidad. Sin embargo, existe una diferencia de importancia crítica entre la discriminación por raza o sexo y la basada en un estado de enfermedad. Una infección puede ser transmisible y afectar la capacidad de otra persona para realizar deberes relacionados con el trabajo²³.

La decisión de excluir a una persona infectada por el VIH de ciertas actividades por un riesgo real de transmisión o por criterios importantes relativos al desempeño de su función sería

comprensible y no violaría los principios antidiscriminatorios. Sin embargo, es moralmente inaceptable negarle ciertos derechos, beneficios o privilegios cuando los riesgos para la salud son muy escasos y cuando su desempeño es adecuado²³.

Puesto que el riesgo de transmisión del VIH en la mayor parte de los medios comunes es remoto y las personas infectadas pueden desempeñar sus funciones de manera normal cuando no experimentan síntomas graves, no existen razones moralmente aceptables para discriminarlas²⁴.

Los temores irracionales al SIDA se hayan siempre en la raíz de la discriminación relacionada con el VIH. Las encuestas de opinión pública revelan que una minoría considerable siente temor y antipatía por las personas afectadas por el VIH. En los Estados Unidos, alrededor de una cuarta parte de la población cree que la gente con dicha infección debe ser excluidas de las escuelas, centros de trabajo y otros lugares públicos. Uno de cada cuatro también piensa que las personas que sufren trastornos relacionados con el VIH no deben ser tratadas con compasión^{23,25}.

Los temores y la antipatía a menudo se ven en la relación odontólogo-paciente VIH/SIDA, están fomentados, principalmente, por una hostilidad visceral hacia los grupos popularmente vinculados al SIDA: Los homosexuales, los drogadictos y las prostitutas²³.

La discriminación de las personas infectadas por el VIH no solo es objetable por razones morales, sino que pueden ser contraproducentes por motivos de salud pública. Las autoridades de salud federales y estatales de los Estados Unidos, el Instituto de Medicina, la Asociación Médica Americana, la Comisión Presidencial sobre la Epidemia del VIH y la Organización Mundial de la Salud han declarado que la discriminación por causa del VIH es injustificable y contraria a la lucha contra el SIDA^{25,26,27,28,29}.

Los temores de violación de la confidencialidad y de discriminación ulterior desaniman a muchas personas de cooperar con programas importantísimos de salud pública o de tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y la farmacodependencia. Esos temores también fomentan la oposición a los exámenes voluntarios periódicos y a la asistencia

a sesiones de orientación entre las personas cuya conducta las expone a alto riesgo. La resistencia a los exámenes podría acabarse si las personas creyeran estar protegidas por la ley²³.

En los EEUU, la Ley Federal sobre Rehabilitación de 1973, sección 504, prohíbe la discriminación de personas discapacitadas. Hay escasas dudas entre los expertos jurídicos de que la citada ley se extiende al SIDA y quizá a la infección por el VIH^{23,46,47}.

En una reciente enmienda a la Ley sobre la Rehabilitación se indica que, una persona con una enfermedad infecciosa está protegida si no constituye una amenaza directa para la salud o la seguridad y puede cumplir los deberes de su empleo. Sin embargo, los tribunales inferiores han sostenido constantemente que las infecciones por VIH, están amparadas por la Ley de 1973. La principal limitación de dicha Ley es que se aplica sólo a programas que reciben asistencia financiera del Gobierno Federal de los Estados Unidos, y no se extiende de ninguna forma al sector privado^{23,48}.

Los 50 estados y el Distrito de Columbia tienen estatutos

sobre discapacidad similares a la disposición de la Ley Federal sobre la rehabilitación. En todas las jurisdicciones excepto en 5, esos estatutos prohíben la discriminación de los empleados de los sectores público y privado. Los tribunales, comisiones de derechos humanos y procuradores generales de treinta y cuatro (34) estados han declarado en medios oficiales o extraoficiales que las leyes sobre discapacidad rigen en los casos del SIDA o de infección por VIH^{23,49}.

Sólo cinco (5) de las setenta y siete (77) naciones analizadas en un reciente estudio tienen disposiciones expresadas sobre la protección de personas con SIDA. Quizá otras naciones opten por promulgar leyes, o creen comisiones de derechos humanos con autoridad para investigar casos de discriminación y hacer cumplir las normas de igualdad, o bien recurran a otras formas de intervención gubernamental que de una u otra manera contribuyan en la solución del problema^{23,50}.

En cualquier caso, lo importante como asunto de política pública es proteger a las personas vulnerables a causa de la infección por el VIH. Las nociones más elementales de dignidad humana y de salud pública no exigen menos^{23,50}.

3.2.-Normativa jurídico-legal con respecto al VIH/SIDA en Venezuela

Se ha demostrado que la idea de la justicia en las personas con infección VIH/SIDA no queda circunscrita al Derecho Penal y al Derecho Civil, sino que el desarrollo de leyes sociales han llevado a crear un Derecho Social¹⁸.

Por lo tanto, es necesaria la intervención más participativa del odontólogo en lo referente a su administración, ya que su conocimiento profesional encaminado al bienestar biológico y bucal debe sumarse con el conocimiento jurídico, nacido para lograr el bienestar social, con el fin de alcanzar el objetivo sobre el cual recaen ambos, objetivo éste constituido por el hombre mismo¹⁸.

El odontólogo al conocer las normas jurídicas que rige su actividad profesional, poseerá una ilustración suficiente sobre los problemas legales a los que se pueda enfrentar y podrá prestar un valioso concurso al derecho sin olvidar que el criterio que le permite llegar a un diagnóstico y a la atención de estas personas contagiadas puede llevarlo a situaciones que involucren el honor,

la reputación, la familia, la vida y sobre todo la salud física y mental de estos individuos¹⁸.

Con el surgimiento de enfermedades infecto-contagiosas, como es el caso del VIH/SIDA, que llegan a originar verdaderas pandemias y según lo señalado por el Dr. José Peña Solís⁵, en su trabajo: “Hacia una valoración del Derecho Sanitario en Venezuela “: ...La salud no podrá seguir considerándose un bien exclusivamente privado sino mas bien colectivo, pasando a ser uno de los fines del Estado, iniciándose de esta manera el tránsito del concepto de salud individual al de salud pública...”.

Basándose en el concepto de salud, desde épocas remotas ha sido difícil definirla, trayendo innumerables polémicas al respecto, variando su contenido en cada una de la épocas¹⁸.

Según definición dada por la OMS, se puede establecer a la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente a la ausencia de enfermedad⁵². Por otra parte, el Dr. Luis Martínez Hernández, en repetidas ocasiones, hace referencia a la idea de enfermedad como un desequilibrio en el que actúan tres grupos de factores: agente, huésped y

medio, conocidos como Tríada Ecológica. En esta conceptualización de salud y enfermedad se debe incluir los aspectos sociales, los aspectos culturales y desde luego el comportamiento humano como elementos productores de las diversas patologías⁵³.

Así, la profesión odontológica tiene una gran vinculación con el ser humano y con la sociedad en general, y está en la obligación de prestar atención a personas sospechosas o no de padecer alguna enfermedad infecto-contagiosa, incluyendo entre ellas a las personas infectadas con VIH/SIDA, poniendo a su servicio todo sus conocimientos y cuidados capaces de solucionar sus requerimientos odontológicos. De esta manera se rescata el concepto de salud de estas personas, el cual se ha perdido; tomando conciencia que los perjuicios que provoca esta enfermedad deteriora, viola y desgastan los derechos humanos de estos enfermos, lo cual los lleva primariamente a una muerte social que precede a la muerte física¹⁸.

A pesar de lo anterior, es sorprendente el hecho de la poca información que poseen algunos odontólogos acerca de la responsabilidad legal que tienen frente al paciente durante el ejercicio de su profesión lo que lleva a la necesidad de enseñar

las distintas disposiciones que al respecto presenta la Legislación venezolana. Estas se encuentran contenidas en varios instrumentos legales como: el Código Civil, Código Penal, Ley del Ejercicio de la Odontología y las leyes y reglamentos sanitarios¹⁸.

Por otra parte, antes de establecer la responsabilidad legal del odontólogo frente a las personas con VIH/SIDA, resulta importante fijar qué tipo de relación jurídica se entabla entre este binomio desde el punto de vista legal¹⁸.

Bajo la óptica legal el acto odontológico puede ser considerado como un contrato verbal de prestación de servicios, el cual queda registrado por escrito en la Historia Odontológica. De igual manera es de suma importancia saber que para que este contrato de prestación de servicio exista, debe llevar ciertas condiciones, las cuales están claramente establecidas en el artículo 1141 del Código Civil de la República bolivariana de Venezuela⁵⁴.

Artículo 1141.- las condiciones requeridas para la existencia del contrato son:

1. Consentimiento de las partes.

2. Objeto que pueda ser materia de contrato.

3. Causa lícita

Al analizar este artículo se denota que las tres consideraciones exigidas por el legislador se dan en el acto odontológico, por existir:

Consentimiento por una parte de prestar el servicio y por otra de recibirlo. Cumpliéndose así a través del consentimiento de las partes el propósito de mejorar la salud bucal del paciente, fin ultimo al cual el odontólogo se obliga¹⁸.

El objeto de este contrato verbal de prestación de servicio viene a ser en concreto la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, deformaciones y accidentes traumáticos de la boca, de los órganos y regiones anatómicas que la limitan y comprenden. Este objetivo esta claramente definido en el artículo 2 de la Ley del Ejercicio de la Odontología de la República Bolivariana de Venezuela⁶³.

El objeto podrá variar de un paciente a otro según sea necesario prevenir, diagnosticar y tratar, pero también se puede conjugar todas en un solo paciente. Es así como, de acuerdo al

artículo 1155 del Código Civil venezolano, los servicios prestados por un profesional de la odontología puede ser objeto de un contrato, mientras los mismos no sean contrarios a la Ley o a la moral, debido a que son posibles, lícito, determinante o determinable⁵⁴.

La tercera condición representada por la causa lícita está dada por el propósito o razón que motivan a cada una de las partes a celebrar el contrato. En el caso del acto odontológico estaría dada por el hecho de mejorar, por parte del odontólogo, las condiciones bucales y por la otra un paciente que así lo ha requerido. Desde la esfera legal, ésta constituye una causa verdadera, lícita y que no está opuesta a la moral, a las buenas costumbres o al orden público¹⁸.

Estas obligaciones van a derivar directamente de la ejecución del acto odontológico, las cuales según el Dr. Omar Portales Mendoza⁵⁴ en su trabajo “La Responsabilidad Civil y disciplinaria de los profesionales de la salud en atención al ordenamiento jurídico venezolano”, pueden ser de dos tipos:

- a) Obligación de resultado.
- b) Obligación de medio.

Según este autor serían obligaciones de resultado, aquellas destinadas a la obtención de un beneficio por parte del deudor; y las obligaciones de medio son aquellas referidas sólo a ejecutar una conducta diligente⁵⁵.

En la actividad habitual del acto odontológico se podrían conjugar estos 2 tipos de obligaciones, y si se toman en cuenta que las obligaciones emanadas del odontólogo, pueden surgir efectos contrarios, cuando el acto es realizado bajo condiciones que no son deseables para el paciente y más aún tratándose de personas con VIH/SIDA, el odontólogo estará sometido a recibir castigo por el hecho de ser las obligaciones un deber jurídico normativamente establecido de realizar u omitir determinado acto y a cuyo incumplimiento por parte del obligado es imputable una sanción coactiva¹⁸.

De esta manera se evidencian las repercusiones legales que lleva consigo el ejercicio de la odontología y la importancia del conocimiento de las responsabilidades legales, las cuales debe ser motivo de preocupación para el odontólogo al prestar atención a estos pacientes. Cabe recordar que la ignorancia de la ley no excusa de su cumplimiento y en el ejercicio de la

profesión se debe conocer y acatar las disposiciones legales establecidas al respecto¹⁸.

Estos mecanismos legales se encuentran implícitos en varios ordenamientos jurídicos, en donde se establecen deberes y derechos. Si algunos de estos deberes es vulnerado como consecuencia de mala praxis o conductas antijurídicas causantes de daño a los pacientes se llega a la producción de ciertas responsabilidades¹⁸.

Las situaciones que puedan generar responsabilidades en el acto odontológico, al prestar servicio o atención a personas con VIH/SIDA, comienzan al momento de la no ejecución de la obligación establecida entre el profesional y el paciente o al rechazar la atención odontológica debida al paciente¹⁸.

Refiriéndose a la responsabilidad, se ha dicho que ésta es un elemento acoplado al sólo efecto de dar cumplimiento al deber, de aquí la importancia del concepto de responsabilidad en todos los niveles del Derecho. La responsabilidad de manera general es definida como la capacidad existente en todo sujeto activo de derecho para conocer y aceptar las consecuencias de

todo acto inteligente y libre¹⁸.

Todas las causas de responsabilidad están recogidas a través de la historia, estando siempre fundadas en la idea de culpa o de negligencia propia o ajena. Esta responsabilidad es conocida como responsabilidad subjetiva, fundada en el poder culposo o doloroso del responsable, constituida por un elemento subjetivo, denominado modernamente como culpabilidad¹⁸.

De lo referido, se denota que en todas las épocas se ha planteado el problema de la responsabilidad, el odontólogo no puede considerarse ajeno de las obligaciones y riesgos inherentes a su profesión y el deber que tiene de tomar conciencia de la responsabilidad que enfrenta ante los actos de su actividad frente a las personas con VIH/SIDA, no sólo en el orden moral sino también legal¹⁸.

Los odontólogos, como personas, tienen dos tipos de responsabilidades: las responsabilidades inherentes a todos los habitantes del país, que se rige por leyes que deben respetar y observar, y que son impuestas por el hecho de vivir en sociedad; y otro tipo de responsabilidad que es la que tiene como

profesional, derivada de los actos que realiza dentro del ejercicio profesional¹⁸.

Los factores que la Ley considera elementos de delito cuando existe responsabilidad profesional son la negligencia, la impericia y la imprudencia. Por este motivo, cada profesional debe poner su aporte individual según su moral y capacidad con el objetivo de descartar, de su ejercicio diario, la negligencia capaz de producir nefastos resultados en todos los ordenes de la vida. Se puede caer en negligencia cuando el odontólogo descuide los principios elementales de asepsia en el instrumental y demás materiales¹⁸.

También debe tener la capacidad necesaria para no dar cabida a la impericia, logrando erradicarla con estudio e información adecuada. Igualmente, el odontólogo, está obligado a desarrollar la serenidad necesaria para alejar de sus acciones la imprudencia, manifestada en situaciones como cuando el odontólogo realiza intervenciones o pruebas sin previo conocimiento del paciente. Si ello ocurre, se estaría violando un deber hacia el paciente, convirtiéndose en sujeto de responsabilidades, por no haber proporcionado la información

necesaria para fundamentar un consentimiento al tratamiento propuesto por parte del paciente¹⁸.

Igual responsabilidad tendrá el odontólogo que por imprudencia haya tenido distinción de categorías entre sus pacientes, pues todos merecen la misma consideración y respeto por parte del profesional¹⁸.

Por lo tanto, la responsabilidad profesional del odontólogo, desde el punto de vista legal frente a las personas con VIH/SIDA, se puede decir que son el conjunto de deberes adquiridos con estos individuos y por ende en la profesión odontológica, dirigidas especialmente a prevenir y aceptar las sanciones que puedan ocasionar conductas que causen daño a estas personas¹⁸.

3.3. Políticas Públicas con respecto al VIH/SIDA en Venezuela

Aludiendo a la historia natural de la infección del VIH/SIDA, esta tiene una alta letalidad, porque aunque se ha desarrollado tratamientos que pueden prolongar la vida, aún no exista cura o vacuna que revierta definitivamente sus impactos a nivel

biológico. Esta infección es causada por un retrovirus que ataca al sistema inmunológico del organismo humano dando lugar a infecciones graves y enfermedades mortales, se estima que la pérdida de vidas productivas es de mínimo 174 mil años, según estudios recientes⁶¹.

Existen tres formas comprobadas de transmisión del VIH: la sanguínea que incluye transfusión de sangre y sus derivados, intercambio de material inyectable entre drogadictos endovenosos, accidentes laborales (heridas involuntarias con agujas u otros instrumentos cortantes); la sexual, todas las formas de relación sexual sin protección adecuada; y la perinatal intrauterina o durante el parto y ocasionalmente la lactancia. La diseminación del virus ocurre más probablemente como resultado de exposiciones múltiples y repetidas por vía de transmisión que se encuentren altamente relacionadas con patrones de conductas individuales, particularmente en cuanto se refiere a la actividad sexual y el uso de drogas⁶².

La sobrevida de las personas con SIDA depende del tipo de infecciones u otras enfermedades como las neoplasias, a la terapia antirretroviral utilizada y a la adherencia al tratamiento,

se calcula que el 75% de las personas infectadas con VIH desarrollará SIDA entre 5 a 10 años después, este período tan prolongado de incubación antes del comienzo de la enfermedad clínica, afecta su manejo pues tiende a frustrar las acciones de diagnóstico y control⁶².

El VIH/SIDA continúa afectando la vida de millones de personas a nivel mundial, en América Latina solamente , viven con el VIH más de 1.8 millones de niños, niñas, adolescentes, adultos y ancianos. El caribe es la segunda región del mundo más afectada⁵⁵.

Las estimaciones del ONUSIDA hasta el año 2001 para la epidemia del VIH/SIDA en Venezuela son de 620000 casos. Sin embargo, el Programa Nacional de SIDA del Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), ha registrado hasta diciembre del año 2000 un total de 10571 casos SIDA, 7014 casos corresponden a personas que viven con VIH y 5849 han fallecido a causa del SIDA. La mortalidad por SIDA se ha estimado en 22,63%, tomando cuentas las cifras correspondientes al intervalo de 1982 y 1999, siendo la tasa de casos para este mismo período de 38,87%. Las mayores tasas de morbilidad se registran

en el Distrito Capital, Zulia, Aragua, Carabobo, Miranda, Anzoátegui y Bolívar⁶².

La principal vía de transmisión es la sexual (60%), sobre todo por relaciones sexuales entre varones (23% de los casos de los casos registrados por esta vía entre 1987 y 1999), no obstante, cada año aumentan las personas que adquieren la enfermedad en una relación heterosexual y el número de mujeres infectadas. En los nuevos casos registrados para 1994 aparecen 217 heterosexuales y 203 homosexuales. La infección en mujeres presentó un aumento a partir de 1992, lo cual ha generado un incremento de recién nacidos infectados por VIH. En menores de 2 años, la principal vía de transmisión reportada para los años de 1982 a 1989 es la perinatal. Tales cifras revelan el impacto diferencial por género que tiene la enfermedad, en virtud de la concepción dominante, que relega y subordina a la mujer en los aspectos que tienen ver con el ejercicio de su sexualidad⁶².

Aunque en su aspecto clínico la enfermedad causada por el VIH parece ser similar en hombres y mujeres, no obstante, el SIDA podría poner en peligro la salud general y la vida de la

mujer-madre ya que afecta su embarazo y parto como cualquier enfermedad grave⁶².

El VIH/SIDA tiene impactos que pueden ser devastadores ya que repercute en la vida de las personas con VIH/SIDA, su familia y la sociedad, deteriora la supervivencia infantil, incrementa la orfandad, hace perder a la población años esperables de vida, y por el estigma que existe alrededor de la misma, genera rechazo familiar y social, sobrecarga los sistemas sanitarios y merma el ingreso de las familias y las personas por el alto costo del tratamiento. La mayoría de las personas afectadas se encuentran en su período productivo más importante. Las mujeres son sin duda uno de los grupos más vulnerables, por su condición social, pues muchas veces son las que soportan la carga más pesada en sus distintos roles como trabajadoras, cuidadoras, educadoras y madres⁶².

Dados los costos del tratamiento, es indudable su impacto en los grupos sociales de menores recursos; desde la lógica administrativa imperante en nuestro sistema sanitario, las personas se ven obligadas a seguir los recursos sanitarios aún cuando esto signifique desarraigo de sus espacios sociales, lo

que obliga a la mayoría de las personas a trasladarse a los principales centros hospitalarios y laboratorio de Caracas para exámenes médicos, medicamentos, servicios de laboratorio y orientaciones⁶².

Quizá este traslado también pueda enmascarar la búsqueda de confidencialidad, la huida del rechazo y la discriminación de la familia y la sociedad, en los espacios donde transcurre la vida normal de las personas con VIH, generando desarraigo y soledad como acompañantes en la lucha contra la enfermedad que los afecta⁶².

Los recursos del hogar pueden mermar rápidamente por los altos costos de la atención, para el año 2000 según estimaciones del Instituto Venezolano del Seguro Social (IVSS), los pacientes necesitaban 8.4 millones de bolívares al año de los cuales el 65% se destinaba a la terapia antirretroviral más económica⁶².

Esta es quizá una de las principales desigualdades que se expresan con el VIH/SIDA a nivel nacional y mundial, puesto que si bien ha habido cambios notables en los tratamiento que han mejorado substancialmente la mortalidad y la morbilidad, así

como el número de ingresos hospitalarios, que hacen hablar de una enfermedad que pasó de ser mortal a ser crónica en los países con más recursos, en nuestro país aún la epidemia está en ascenso y muy lejos de ser atendida universalmente. Aproximadamente 13000 personas que vivían con VIH/SIDA en nuestro país para el año 2002, reciben periódicamente los fármacos de MSDS, el IVSS, el Ministerio de la Defensa e instituciones privadas y ONG's⁶².

Para el año 2000, el 6% del presupuesto del MSDS que se destinaba al VIH/SIDA se invertía en prevención, 64% en medicamentos y 6,7% en la detección. El presupuesto del Programa Nacional del SIDA ha sido incrementado sustancialmente para cubrir la compra de medicamentos antirretrovirales⁶².

El impacto más resaltante de la epidemia a nivel psicosocial, ha sido el temor despertado por la epidemia en la población, las reacciones sociales ante los afectados y la discriminación de la que son objeto las personas con VIH/SIDA que se supone, pertenecen a los llamados "grupos de riesgo", es evidente la negativa de algunos centros de salud de prestar

servicio a dichas personas, sobre todo a mujeres embarazadas, la solicitud de la prueba como requisito de pre-empleo, o de ingreso a centros de enseñanza, centros de atención al anciano, centros de rehabilitación de adicciones, centro de salud mental, guarderías y otros⁶².

La práctica de pruebas de anticuerpos de manera inconsulta y sin consentimiento libre y expreso, involucra a veces la revelación de los diagnósticos a personal no médico, lo que tiene graves repercusiones para la reputación, intimidad, imagen y confidencialidad de las personas. Desde su creación en el año 2000, la Defensoría del Pueblo ha tramitado diversos casos por violación de los Derechos Humanos de las personas con VIH/SIDA e igualmente, Acción Ciudadana Contra el SIDA había tramitado entre 1990 y 1999 un total de 147 denuncias por violación de los Derechos Humanos⁶².

En nuestro país, la extensión del VIH/SIDA está muy asociada a la desinformación y escasa orientación a la población sobre los mecanismos de transmisión y prevención, las dificultades de acceso a los tratamientos, la discriminación y estigmatización y los prejuicios hacia las personas con

VIH/SIDA, los patrones culturales rígidos (tabúes, mitos, mayor permisividad del hombre) y dominantes que condicionan que la sociedad en su conjunto sea altamente vulnerable al avance de la epidemia⁶².

La población de Venezuela para el año 2000 era de más de 24 millones de habitantes, con tasas de crecimiento positiva, para el 2005 se prevé una población de más de 26 millones de habitantes, mientras tanto en este contexto, la propagación de la epidemia del SIDA va en ascenso⁶².

El mal manejo y la falta de comprensión de la vida sexual, los prejuicios acerca del ejercicio de la sexualidad placentero y sin riesgo, la homofobia y la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA son situaciones asociadas que generan un impacto diferencial en la población por cuanto se asocia a concepciones dominantes sobre género y sexualidad, que se potencian frente a una educación sexual que no maneja esos enfoques y a la cual además, no tienen suficiente acceso los grupos sociales más desfavorecidos de la sociedad, excluidos del sistema escolar formal, con bajo nivel educativo. Por otro lado, las condiciones que generan desigualdades económicas, pone al margen de la

sociedad importantes grupos, lo que propicia situaciones de violencia y abuso sexual, consumo de drogas, trabajo comercial por sexo como mecanismo de sobrevivencia para muchas mujeres y sus hijos, lo que trae como consecuencia grupos de riesgo importantes asociados a las infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA⁶².

La población carcelaria en Venezuela para 1999, era de aproximadamente 27000 personas, siendo que la sobrepoblación es el denominador común del sistema carcelario de nuestro país. Aunque no se cuenta con estudios sobre la incidencia del VIH/SIDA en esta población, las condiciones de desasistencia médica, la actividad sexual sin protección, el uso de drogas son todas situaciones presentes en nuestras cárceles⁶².

La situación económica y social de Venezuela, recrudecida en los últimos años, ha significado un aumento de la población en situación de mendicidad e indigencia, el abandono de las familias e instituciones, el consumo de alcohol y drogas, las enfermedades mentales, el intercambio de sexo sin protección por dinero o drogas son factores que colocan en situación de riesgo a la infección con VIH a esta población⁶².

Aunque a nivel internacional el número absoluto de personas infectadas en situación de fragilidad social y económica, es mayor que las que pertenecen a grupos sociales de mayores recursos, es necesario resaltar que la relación entre el VIH/SIDA y marginalidad socio-económica no es sencilla, puesto que intervienen una serie de determinantes macro y micro estructurales que se asocian a concepciones dominantes sobre género y sexualidad, así, aunque perteneciera a grupos sociales con mayor nivel educativo puede favorecer relaciones más igualitarias a nivel de pareja, de familia y con el resto de la sociedad⁶².

La complejidad de la convergencia de esos enfoques, debe tomarse muy en cuenta a la hora de valorar y atender el impacto del VIH/SIDA desde esos grupos más favorecidos de la sociedad. Esta situación, llama a la reflexión sobre la importancia de la universalización del conocimiento y de la información sobre el ejercicio de la sexualidad, y el reconocimiento de los derechos a la sexualidad y a la salud sexual a toda la población sin distinción ni exclusión de ningún tipo⁶².

Cuando se analiza la situación del VIH/SIDA en Venezuela, queda de manifiesto que la posibilidad de permanecer y estar sano para ejercer todas nuestras potencialidades y deseos en actos, va a depender de un conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales que tienen como determinantes la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el trabajo, la renta, la educación y el acceso a bienes y servicios esenciales a la salud y la vida⁶².

Así pues, abordar la problemática del VIH/SIDA exige tener en cuenta todas esas dimensiones que operan de acuerdo a la manera como los individuos y los grupos se inserta en el proceso general reproductivo de la sociedad. Estos factores actúan de manera interrelacionada generando diferentes formas de salud y calidad de vida de la población, lo que se traduce en necesidades sociales y de salud diferenciales⁶².

Toda esta situación de salud indica, que cuando se hace una lectura de las causas y determinaciones del VIH/SIDA desde las manifestaciones y causa biológicas hasta las dimensiones colectivas del problema, se visualiza la necesidad de dar

respuestas amplias, integrales y transectoriales, que atiendan además, los distintos perfiles diferenciales de necesidades sociales y de salud prestando particular atención a los grupos humanos y sociales más vulnerables a la epidemia⁶².

Impactar en estos patrones, exige la responsabilidad social de atender las necesidades con universalidad y equidad, con cambios organizacionales en la institucionalidad pública, reforzando un modo de gestión que canalice los esfuerzos y recursos de los distintos actores hacia metas estratégicas de cambio⁶².

Estos cambios por supuesto, van a tener temporalidades distintas, puesto que aún se tienen muchos vacíos de conocimientos, por la fragmentación que ha caracterizado a las políticas públicas, pero es evidente que son muchas las cuestiones donde se pueden iniciar las acciones precisas, donde será posible visualizar los productos de un esfuerzo conjunto en el trabajo, en muy corto plazo⁶².

En este sentido, se requiere de una nueva base de compromisos, generar otras formas de relación y espacios

democráticos, participativos. Además estrategias comunicativas para que todos los actores se apropien de sus procesos de trabajo y se preparen sobre la marcha en el terreno, para que las obras se construyan⁶².

Desde este plan se proponen estrategias, para comenzar a impactar en los cambios estructurales a nivel individual y colectivo, que generen condiciones apropiadas para reducir, mitigar y si es posible erradicar los efectos del VIH/SIDA en la calidad de vida y salud de nuestra población⁶².

En este ámbito, el MSDS se compromete a promover, desarrollar e impulsar la puesta en ejecución de las líneas estratégicas de intervención establecidas en abril del 2003 (Anexo 6). Estas a su vez, la conformación de asociaciones y articulaciones con las redes sociales y comunitarias, ONG's y otras instancias del gobierno nacional, regionales y locales para lo cual favorecerá crear espacios e instancias para el encuentro y la puesta en común de las metas⁶².

Así mismo el MSDS, se comprometió a iniciar un proceso que permitirá construir, mantener y actualizar un sistema de

información con relación al VIH/SIDA, que preste particular atención a la situación y tendencia de la epidemia, en los distintos espacios sociales y tomando en cuenta el monitoreo de situaciones y condiciones de vulnerabilidad, por género, grupos sociales y etnia, que permita además, evaluar el impacto de las intervenciones y apoyar el desarrollo de iniciativas de investigación en esta área⁶².

El desarrollo de este sistema para la vigilancia, se realizará con el apoyo y la participación de las distintas Direcciones Regionales de Salud, y otras instituciones de salud públicas y privadas, atendiendo a la obligación de la notificación de los casos⁶².

Dada las funciones de Direcciones de Salud de los Estados, trabajarán para armonizar sus planes de trabajo en esta área, tomando en cuenta sus realidades particulares y necesidades específicas, definiendo las rutas críticas y los plazos para la consecución de metas en salud y en servicios⁶².

El compromiso del MSDS implica además, continuar con el fortalecimiento de la red de atención primaria como un espacio

que por excelencia permitirá el abordaje estratégico promocional e integral del VIH/SIDA. Para Ello se deberá trabajar en la definición de la operación de la estrategia promocional de la Atención Primaria en Salud (APS), con desarrollo de normas y orientaciones para el trabajo, así como la definición de un programa de capacitación para el personal de esta red, contextualizado en el abordaje de la problemática del VIH/SIDA. Por tanto, el MSDS de compromete a colocar la lucha contra el VIH/SIDA como una prioridad de la agenda nacional por la salud y la vida, y por tanto como un asunto de interés público⁶².

4.- EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES INFECTO-CONTAGIOSA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.C.V.

A partir de junio de 1999, comienza a funcionar, en el piso 7 de la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, el Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infecciosas “Dra. Elsa la Corte”, desempeñando el cargo de Jefe del Servicio la Prof. Vilma Tovar de Araujo⁵⁷.

A partir de julio de 1999, los estudiantes del pregrado, que

para ese entonces pertenecían al 14 y 15 trimestre, cumplían pasantías en dicho servicio realizando labores administrativas. También, pasantes de algunos postgrados realizaban labores asistenciales a los pacientes tales como: operador, asistente, circulante y administrativas, todos bajo la supervisión directa de la Prof. Vilma Tovar⁵⁷.

En la actualidad, estas labores son igualmente realizadas por estudiantes de pregrado del 5to año de la carrera y estudiantes del postgrado de: Infantil, Periodoncia, Endodoncia; y por períodos se incorporan estudiantes de la Maestría de Medicina Estomatológica y postgrado de Prostodoncia. De esta forma se cumple con las labores de docencia, extensión universitaria y asistencia⁵⁷.

En esta parte asistencial, por ser este un servicio único en nuestro país, se atienden a pacientes de muchas regiones de Venezuela de forma integral en todas las áreas de la odontología: operatoria, endodoncia, periodoncia, cirugía, prótesis y ortopedia funcional de los maxilares; estos tratamientos son realizados por los estudiantes de pregrado o de postgrado, dependiendo de la complejidad del caso. Por otra

parte, los docentes asignados a este servicio se han sensibilizado en trabajar la parte preventiva y social del VIH/SIDA. En la parte preventiva, se realizan charlas de prevención, en el auditorium de nuestra facultad, para los estudiantes del propedéutico y para toda la comunidad en general de dicha facultad. Igualmente, se han dictado charlas en la facultad de farmacia e ingeniería⁵⁷.

En lo que respecta a la parte social, se realizan labores de Consejería a los pacientes durante el tiempo que se encuentran en la sala de espera, además de la participación en las fiestas de los días del niño, en caminatas del día mundial del SIDA, en búsqueda de albergue a madres de niños que son sometidos a anestesia general, etc⁵⁷.

En el área de investigación, se trabajo con una población de 540 pacientes: 490 eran adultos y el 51 niños. El 99.6%, para el año 2001, resultaron ser pacientes con VIH/SIDA, y el 0.4% pacientes con Hepatitis en sus diferentes tipos. Esto condujo a los docentes, que laboran en el Servicio de Atención a pacientes con enfermedades infectocontagiosa, a que abrieran dos grandes líneas de investigación: 1) VIH/SIDA; y 2) Hepatitis. Siguiendo la

línea de investigación con respecto al VIH/SIDA se han publicado artículos realizados por el grupo de docentes que integran el servicio. Entre las mencionadas publicaciones, se encuentran⁵⁷:

1) Manifestaciones Bucales e Infecciones Oportunistas más frecuentes encontradas en 208 pacientes con infección por VIH/SIDA⁵⁸.

La finalidad de este trabajo fue conocer la tendencia de la infección del VIH/SIDA en este grupo de personas en cuanto a sexo, edad, orientación sexual y determinar los tipos y prevalencia de lesiones bucales asociadas a esta infección así como las infecciones oportunistas más frecuentes en el grupo estudiado⁵⁸.

El método utilizado fue en base a un estudio descriptivo, transversal, preliminar y exploratorio que incluía un grupo de 208 pacientes con evidencia serológica de infección por VIH/SIDA, los cuales fueron examinados durante el período comprendido entre los meses de noviembre de 1998 y julio del 2000⁵⁸.

En cuanto a los resultados de dicho estudio observaron que, dentro de este grupo de pacientes, 108 (66%) presentaron

lesiones bucales. Las más comunes fueron las siguientes: Candidiasis (48,7%), Leucoplasia Velloso (12,3%), Herpes Labial (11,7%), otras lesiones bucales vistas fueron Leucoplasia (6,5%), Hiperpigmentación Melánica (4,5%). Las enfermedades infecciosas oportunistas más frecuentes fueron la hepatitis (14,9%), Neumonía por *Pneumocitis carinii* (11,5%), infección por el Virus del *Herpes zoster* (8,6%) y Toxoplasmosis (8,6%)⁵⁸.

En cuanto a las conclusiones de este estudio, los pacientes con infección por VIH/SIDA presentan un amplio espectro de manifestaciones bucales e infecciones oportunistas por lo tanto el reconocimiento, diagnóstico, manejo y tratamiento adecuado son importantes para el mejoramiento de la calidad de vida en estos individuos⁵⁸.

2) Atención Odontológica a Niños con VIH(+)⁵⁹.

Esta segunda publicación fue un estudio transversal, preliminar y exploratorio de los casos pediátricos que acudieron al SAPEI en el período comprendido de noviembre 1998- abril 2001.

Se analizaron las variables sexo, medio de transmisión, patologías bucales encontradas en los tejidos blandos y

presencia de caries. El objetivo de este trabajo fue presentar un resumen de las diferentes patologías bucales observadas en estos niños⁵⁹.

Para diciembre del 2001, el Servicio de Atención a Pacientes con Enfermedades Infectocontagiosas “Dra. Elsa la Corte” había atendido a veintitrés (23) pacientes pediátricos con la ayuda de estudiantes del Postgrado de Odontología Infantil de la Facultad de Odontología de la U.C.V.⁵⁹.

El propósito de este trabajo fue presentar un resumen de las diferentes patologías bucales observadas en estos niños⁵⁹.

En cuanto a las conclusiones y recomendaciones de dicho trabajo de investigación se pueden enumerar⁵⁹:

- Es necesario poner más atención al SIDA pediátrico y sus lesiones bucales, ya que esto nos puede ayudar tanto para el diagnóstico como para el pronóstico de la enfermedad⁵⁹.
- Las lesiones en la cavidad bucal en niños con VIH(+) difieren un poco de la de los adultos, ya que en ellos no se observó Sarcoma de Kaposi⁵⁹.
- La manifestación bucal más reportada en niños con VIH(+), que acudieron al Servicio de Enfermedades

Infectocontagiosas “Dra. Elsa la Corte”, fue la candidiasis en un 56% del total de todos los niños con VIH(+)⁵⁹.

3) Infecciones de Transmisión Sexual en 317 pacientes positivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana⁶⁰.

La tercera publicación fue un estudio retrospectivo realizado en 317 pacientes que asistieron al SAPEI en el periodo de Noviembre de 1998 a julio del 2001⁶⁰.

El propósito de este estudio fue determinar la prevalencia de ITS en pacientes seropositivos al VIH que acuden al Servicio de Atención al Paciente con Enfermedades Infectocontagiosas(SAPEI)⁶⁰.

En este estudio, la prevalencia significativa de una o más ITS en pacientes con VIH/SIDA sugirió un comportamiento sexual promiscuo de la población estudiada, por lo tanto, la anamnesis con respecto a la presencia de ITS en pacientes odontológicos puede representar una estrategia eficaz que nos pueda sugerir la presencia de seropositividad para el VIH, lo cual permite que los odontólogos adquieran un mejor manejo de las lesiones

observadas y a su vez orientar adecuadamente a estos pacientes y extremar las medidas de bioseguridad ⁶⁰.

5.-CONSIDERACIONES ÉTICO-NORMATIVAS EN LA RELACIÓN ODONTÓLOGO-PERSONAS CON VIH/SIDA

Para enfatizar la importancia del respeto mutuo y de las obligaciones individuales desde el punto de vista ético-normativo tanto de los trabajadores de la salud y de los pacientes, se deben tomar en cuenta las siguientes recomendaciones⁴³:

- La realización de esfuerzos concretos y continuos para reducir los temores que pueda sentir el público hacia el SIDA a través de campañas educativas que estén diseñadas a incrementar el conocimiento sobre el VIH.

- El desarrollo de instrumentos más seguros, procedimientos y barreras protectoras conjuntamente con el uso voluntario de prácticas que permitan el control de la infección en las instituciones indicadas a prestar asistencia, que permita la preservación de la salud para minimizar el potencial de exposición accidental ante el VIH.

- El desarrollo de la aplicación rigurosa de estrategias

educativas que tengan como objetivo informar a los médicos y odontólogos la importancia que tienen las precauciones universales. Simultáneamente, se deberían explorar las estrategias que se están utilizando para reforzar el cumplimiento de las precauciones universales.

- La investigación y comprobación continua, además de la clasificación de los procedimientos odontológicos que podrían hacer que el paciente o el profesional de la salud, corra el riesgo de contraer el virus del SIDA.

- La aplicación, en forma estricta, de las leyes y regulaciones antidiscriminatoria que han sido diseñada con el fin de proteger a las personas que están afectadas con el VIH.

- El desarrollo e implementación de una forma efectiva de financiar los costos que ocasionan todos los individuos afectados con el VIH por parte de las instituciones que tratan a estos pacientes.

Angell⁴¹ explica que sería recomendable la aplicación de un programa como el aplicado a los pacientes que padecen de enfermedades renales en sus últimas fases a los pacientes con

VIH/SIDA. Aquellos hospitales que tienen la responsabilidad de tratar a las personas que padecen de SIDA y no están en la obligación de cubrir los gastos complementarios que puedan causar dichos pacientes, se les debe realizar diligencias específicas que permitan garantizar la solvencia financiera de los hospitales y de esta manera permitir la aplicación de dicho programa⁴³.

- El desarrollo y la implementación de mecanismo de reembolso financiero que ayuden a compensar la pérdida de los ingresos de los médicos u odontólogos afectados. Esto debería ser en forma combinada con la exploración y el desarrollo de formas alternas de seguros que podrían ser comprados por los médicos para proteger la salud de sus familiares en caso de que se pierda el ingreso que este profesional producía antes de contraer la infección.
- El reporte obligatorio de los profesionales de la salud con VIH positivo a un grupo o comité de expertos que se desarrollen en áreas privadas y públicas, instituciones académicas, departamentos de salud pública y organizaciones profesionales.

- Que se permita la participación de grupos expertos debidamente acreditados, en lo que se refiere a la toma de decisiones de cada caso en particular, en cuanto a la recomendaciones según las cuales se restrinja o se suspenda la práctica individual de un profesional.

- Se debe autorizar al comité de expertos a presionar de alguna manera a ciertos profesionales de la salud suspender su ejercicio, en el caso que no puedan implementar algunos esfuerzos menos arriesgados en su actividad terapéutica.

- Algunas formas de compensación financiera deben existir para que los trabajadores de la salud afectados con VIH puedan disfrutarlo de manera tal que eviten ser una carga económica para su grupo familiar . El asunto aquí es que, el individuo que actúa de esta forma no debe ser castigado por la sociedad, sino apoyado de otra manera.

- A pesar del deber que tienen las personas afectados con el VIH de informar a su odontólogo o médico de la afección que padecen, estos no deben ser forzados a revelar dicha

información. Finalmente, si a la persona con VIH/SIDA se le pide que manifieste su condición, éste debe ser protegido y tiene todo el derecho a recibir el tratamiento después de haber revelado su entidad patológica.

III. DISCUSIÓN

La pandemia que protagoniza el VIH/SIDA ha representado un reto ante los valores éticos profesionales de aquellos que se dedican a la asistencia en salud debido a la gravedad, naturaleza infecciosa y estigma social que produce dicha infección, lo que da cabida a una gran cantidad de dilemas éticos con respecto a la gerencia, suministro de servicio e investigación en el área odontológica³⁹.

Desde el punto de vista ético profesional, un odontólogo no debe negarle su servicio a una persona con VIH/SIDA, por el hecho de presentar dicha infección, ya que esto constituiría un acto de discriminación lo que constituye un delito según la ley que rige la Carta de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas e igualmente, dicho odontólogo, estaría infringiendo el Código de Deontología Odontológica de la República Bolivariana de Venezuela^{18,25,26,27,28,29}.

Por lo tanto, el odontólogo, como profesional de la salud, tiene como papel crucial que desempeñar, no sólo la atención de personas con VIH/SIDA sino también la responsabilidad ética individual de proteger a sus pacientes sin causarle daño alguno

sin ningún tipo de diferencias pero sí un alto grado de compasión, comprensión y respeto. De esta manera, el odontólogo, al cumplir con lo anteriormente expuesto, ejercerá su profesión basada en el fomento de los Derechos Humanos fundamentales como lo es el derecho a la dignidad de las personas con infección VIH/SIDA evitando así la discriminación y el rechazo a la prestación de servicios^{18,21,31,32,33}.

Por otra parte, se hace necesario crear conciencia y expectativas claras y precisas de lo que significa el secreto profesional y la veracidad como prescripción ética permeable a la relación odontólogo-persona con VIH/SIDA y sus implicaciones en la práctica odontológica diaria, estableciéndolas de una forma dinámica, activa y efectiva, tomando en consideración las excepciones que establece la ley^{39,40,41,42,43,44}.

Actualmente con el surgimiento y el desarrollo de la nueva interdisciplina conocida como bioética, la cual se encarga de la orientación moral y de la conducta de los profesionales de la salud, se abren nuevos horizontes que ayudarán aún más a los odontólogos a asumir el ejercicio profesional como una responsabilidad ética y colectiva^{2,5}.

Es así como la bioética, a través de sus principios, tales como beneficencia, autonomía y justicia, y sus cooprinicipios aplicados a la relación odontólogo-persona con VIH/SIDA lo que buscan es orientar de manera formal al odontólogo en lo referente a los deberes, derechos y conductas éticas apropiadas que deben prevalecer al tratar a dichos pacientes^{2,5}.

Por tales razones, se puede decir que la relación profesional odontólogo-persona con VIH+ es una modalidad especial de relación interpersonal que no debe diferir mucho de cualquier otra relación profesional salud-paciente excepto el riesgo infeccioso que ésta conlleva. Sin embargo, aquellos paciente con el síndrome propiamente establecido(SIDA), cuya enfermedad se encuentra en un estadio avanzado, se tiene que aplicar cuidados especiales para evitar complicaciones que agraven dicha enfermedad¹⁴.

Entre otros aspectos a considerar, se encuentran los relativos a las repercusiones socio-económicas que se hacen sentir en todas las áreas del desenvolvimiento humano provocando un deterioro en la capacidad de desarrollo y productividad lo cual, aunado con la actual crisis económica,

moral, política y social por la que atraviesa nuestro país en los actuales momentos, complica aún más todas las acciones que puedan implementarse para mejorar la educación y prevención de esta enfermedad. Por lo tanto, los esfuerzos deben concentrarse en optimizar estos factores a través del consenso de todos los venezolanos y el compromiso de todas las instituciones para establecer un correcto trato solidario y humano acorde con la realidad de la infección, el desarrollo científico y tecnológico en esta la era del SIDA¹⁸.

III. CONCLUSIÓN

1. La capacidad de prolongar el lapso de vida de las personas que padecen del VIH/SIDA ha aumentado la necesidad por parte de los mismos de requerir servicios de salud incluyendo entre ellos el servicio odontológico.

2. El odontólogo en su ejercicio diario, frente a estas personas, debe actuar según las normas éticas que rigen su profesión estableciendo una adecuada relación odontólogo-paciente, resguardando el secreto profesional, preservando su responsabilidad individual y el respeto a la dignidad de la persona.

3. Entre las consideraciones éticas permeable a la relación odontólogo-persona con VIH/SIDA se puede nombran la veracidad y sus implicaciones en la práctica odontológica diaria, la cual se debe establecer de una forma dinámica, activa y efectiva, tomando en consideración las excepciones que establece la ley.

4. A pesar del gran avance científico y tecnológico con respecto a la pandemia que constituye el VIH/SIDA en estos

últimos años, sigue existiendo una evidente incapacidad para dar todas las respuesta éticas requeridas debido a que los hechos han excedido la competencia médica y han precisado un enfoque multidisciplinario.

5. Por ello, surge la bioética como una interdisciplina esencial para la orientación moral y de la conducta de los profesionales de la salud.

6. Los principios bioéticos como lo son: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia, pueden y deben ser aplicados a la odontología en todas sus áreas, tanto en el aprendizaje como en la practica odontológica y en la investigación. Dichos principios se encuentran implícitos en los diferentes códigos, tanto internacionales como nacionales, que rigen la conducta profesional.

7. La ética odontológica en Venezuela se regula por el Código de Deontología Odontológica, en el cual se establecen los deberes del odontólogo en su práctica profesional, y además las normas disciplinarias aplicables al producirse contravención en el cumplimiento de las disciplinas contenidas en este instrumento

legal.

8. Cuando se presenta un problema ético que no está implícito en el Código de Deontología Odontológica, los odontólogos deben tomar como referencia y análisis los principios bioéticos, las necesidades y los intereses de los pacientes y la Ley aplicable en cada caso en particular.

9. La infección del VIH/SIDA amerita el consenso de todos los venezolanos y el compromiso de todas las instituciones para establecer un correcto trato solidario, acorde con la realidad de la enfermedad y de sus bases científicas; y humanos hacia estos enfermos.

10. El derecho a la no discriminación, el derecho a la reputación, el honor, la vida privada, la salud y la información constituyen algunos de los Derechos Humanos que se han visto violados por la ignorancia de la sociedad hacia esta patología. Estos derechos además de ser consagrados deben ser conocidos por la población; en tal sentido la educación y la información son fundamentales.

11. El odontólogo debe conocer su responsabilidad penal, civil y disciplinaria frente a estas personas, obligándose a conocer la normativa legal que rige su actividad profesional.

12. Las actitudes que han presentado los odontólogos hacia la atención de personas con VIH/SIDA ha venido cambiando en los últimos años; donde se ha demostrado una mayor disposición por parte de dichos profesionales a tratar a este tipo de pacientes.

13. En cuanto a las políticas de salud y desarrollo social con respecto al VIH/SIDA en Venezuela, el MSDS ha desarrollado un “Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA, el cual, va dirigido a combatir dicha epidemia en respuesta a las necesidades sociales y en busca de una mejor calidad de vida y salud de las personas que como seres humanos son portadores de éste derecho.

IV REFERENCIAS

- 1) Gelbier S, Wright D, Bishop M. Ethics and Dentistry: I. The Meaning of Ethics. Dental Update 2001; 28: 468-473.
- 2) Goic A. Ética de la relación médico-paciente. Cuadernos del programa regional de bioética. 1995. Septiembre. (1) 81-90.
- 3) James D. Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Disinlimed, C.A. 1992. Publicación científica n° 530. O.P.S. 1991.
- 4) León A. Ética, moral y deontología. Tribuna médica. Septiembre, 1998:(2).
- 5) Castillo A. Ética médica ante un enfermo grave. Regla de oro. Ed. Disinlimed c.a. 1992. cap 4 99 – 109.
- 6) Clendening C Source Book of Medical History. New York: Dover Publications Inc., 1960.
- 7) Sass H. La Bioética: Fundamentos filosóficos y su aplicación. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 y 6 . Mayo – junio 1.990.
- 8) Guastamacchia C. Writing a Code of ethics especially for dentists. Paper presented at the 78th World Dental Congress, Singapore, 1990.
- 9) Castillo A. Principios, normas y obligaciones del médico. Ed. Disinlimed c.a. 1992. Cap 1.37-52
- 10) Gracia D. El qué y el porqué de la bioéticas: cuadernos del programa regional de la bioética. 1995. Septiembre. (1) 35-53.
- 11) Gracia D. Introducción. La Bioética Médica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 108, N° 5 y 6 . Mayo – junio 1.990.
- 12) Pond D. Report of a Working Party on the Teaching of Medical Ethics. London: Institute of Medical Ethics Ltd., 1987.

- 13) Oletta J. Aspectos éticos de la investigación biomédica en seres humanos. Conferencia dictada en el III Congreso científico de estudiantes de medicina: 1994 mayo 104-106. Caracas: Ética en Medicina. Universidad Central de Venezuela. Comisión de Estudios de Postgrado Subcomisión de Ética (III) 1995.
- 14) Gallegos I.; Delgado E.; Berini L.; Gay C. Tratamiento odontológico del paciente afectado por VIH. Labor dental , vol. II, Diciembre 2001.
- 15) Pellegrino E. La metamorfosis de la ética médica. Cuadernos del programa regional de bioética. 1995; Sep (1) 21 – 34.
- 16) Gracia D. Ética de la calidad de la vida. Cuadernos del programa regional de bioética. 1995.(2) 43 – 59.
- 17) Peña J. Régimen Jurídico del Ejercicio de la Odontología en Venezuela. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Odontología, Caracas, 1989.
- 18) González M. La práctica Odontológica en pacientes con infección VIH/SIDA. Aspectos sociales, éticos y Legales. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, caracas, Mayo de 1998.
- 19) Sánchez M., El consentimiento informado: un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. Cuadernos del programa regional de bioética. 1996. Abril; (2) 79-91.
- 20) Castellano M. El consentimiento informado de los pacientes. Cap 21. En: Polaino-Lorente A editor. Manual de bioética general. Ediciones Rialp, S.A. Madrid, 1997; 328-339.
- 21) Godin G, Naccache H, Brodeur J-M, Alary M. Understanding the intention of dentists to provide dental care to HIV+ and AIDS patients. Community Dent Oral Epidemiol; 27: 221-7; 1999.
- 22) Aportes de la ética y el derecho al estudio del SIDA. Disinlimed. C.A. Publicación Científica N° 530: 203-24. O.P.S; 1991.

- 23) Bayer R, Gostin L. Aspectos legales y éticos relativos al SIDA. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.108, N° 5 y 6: 473-87; 1990.
- 24) Friedland, G. H. Y Klein, R. S. Transmission of the Human Immunodeficiency Virus. Engl J Med. 317: 1125-1135, 1987.
- 25) Institute of Medicine, National Academy of Sciences Confronting AIDS: Directions for Public Health Care Research. Washington, D C, National Academy Press, 1988.
- 26) American Medical Association Prevention and control of AIDS – An interim report. JAMA 258:2097-2103, 1987.
- 27) Report of Presidential Commission on the Human Immunodeficiency Virus Epidemic. Washington, D C, U.S. Government Printing Office, 1988.
- 28) World Summit of Ministers of Health on Programs for AIDS Prevention, 28 de Enero de 1988.
- 29) Resolución WHA 41.24 de la Asamblea Mundial de la Salud. Necesidad de evitar toda discriminación contra las personas infectadas por el VIH y las personas con SIDA. 13 de mayo de 1988. Ginebra, Organización Mundial de la Salud 1988.
- 30) Reporte/Boletín: La salud buco-dental: Repercusión del VIH/SIDA en la práctica odontológica. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C.20037. EEUU 1994.
- 31) Graham P, Harel-Raviv M. The Law and Ethics in relation to detidts treating HIV-positive patients: Report on a recent U.S. Supreme Court Case. Journal Canadian Dental Associaton; 65:27-30; 1999.
- 32) Cohen L, Romberg E, Grace E. A revisitation of dental student's attitudes toward individuals with AIDS. Journal of Dental Education. Volume 64, N° 4. April 2000.
- 33) Brimlow D, Ross M, Rankin V. The perception of surrogate theaching patients with HIV disease of dental providers' fear and comfort. Journal of Dental Education. Volume 64, N°8. August 2000.

- 34) Bragdon v Abbott and others. # 97- 156 Supreme Court of the United States, 1998 U.S. Lexis 42112, June 25, 1998.
- 35) King MB. AIDS and the general practitioner: views of patients with HIV infection and AIDS. Br. Med. J.; 297:182-184; 1988.
- 36) Kochen MM, Hasford J, Jager H, Zippel S, L'age M, Rosendahl C, Fuehl H, Eichenlaub D. How do patients with HIV perceive their general practitioners? Br. Med. J.; 303: 1365-8;1991.
- 37) Perry S W, Moffatt M, Card CAL, Fishman B, Azima-Heller R, Jacobsberg LB. Self-disclosure of HIV infection to dentists and physicians. J. Am. Dent. Assoc.;124:51-54; 1993.
- 38) Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, Edición XIX, Madrid 1970.
- 39) Chikte U, Naidoo S. Ethical and legal issues around HIV/AIDS in dentistry in South Africa. Journal of the South African Dental Association. Volume 55, Number 11. November 2000.
- 40) Marshall P, Thomasma D, O'keefe P. Disclosing HIV status. Ethical issues explored. JADA, Vol. 122, August 1991.
- 41) Breo DL. Meet Kimberlan Bergalis-the patient in the dental AIDS case. JAMA; 264; 2018-9; 1990.
- 42) Gerbert B, Maguire BT, Spitzer S. Patients' attitudes toward dentistry and AIDS. JADA; November Supplement: 16-20; 1989.
- 43) Marshall P, O'Keefe JP, Fisher S. Touch and contamination: Patients' fear of AIDS. Med. Anth Quart; 4: 129-44; 1990.
- 44) Sullivan J F. Judge rules surgeon infected with AIDS must tell patients. New York Times; 26:13; April 1991.
- 45) Gracia D. ¿Qué es el sistema justo de servicios de salud? Principios para la asignación de recursos escasos. Boletín de la oficina sanitaria panamericana . Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol.108, N° 5 y 6:570-85; 1990.

- 46) Annas, G.J. Not Saints But Healers: The legal duties of health care professionals in the AIDS epidemic. *Am. J. Pub. Health* 78(7): 844-49, 1988.
- 47) Kmiec, D. W. Memorando for Counsel to the President: Application of Section 504 of the rehabilitation Act to HIV Infect Individuals. U.S. Department of Justice, Washington, DC, 27 de septiembre de 1988.
- 48) Civil Rights Restoration Act of 1987, P. L 100-259 (S. 557), 22 de marzo de 1988.
- 49) National Gay Rights Advocates: AIDS and Handicap Discrimination: A Survey of the 50 States and the District of Columbia. Washington, DC, 1986; Updated as of jan. 1988 by the American Dental Association: APHA Annual Meeting: Section on AIDS and Dentistry: Legal and Ethical Issues, 14 de noviembre de 1988.
- 50) Curran, W.J. y Gostin, L. International Survey of Legislation Relating to the AIDS Epidemic. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.
- 51) Peña, J. Hacia una valoración del Derecho Sanitario en Venezuela. *Acta Odontológica Venezolana XXI* (1): 43, 1983.
- 52) World Health Organization. Basic Texts include updated individual components of *Basic Documents*. Last update: may 2001.
- 53) Martínez, L. El Ordenamiento Sanitario Venezolano y el Régimen Jurídico de la Descentralización de la salud en Venezuela. Trabajo presentado para ascender a la categoría de Profesor Agregado en la Facultad de Odontología de la Universidad Central de Venezuela, Caracas, Julio de 1995.
- 54) Mendoza O. La Responsabilidad Civil y disciplinaria de los profesionales de la salud en atención al ordenamiento jurídico venezolano. Seminario Internacional 90° Aniversario del Colegio de Abogados del Estado Lara sobre responsabilidad Médica, Barquisimeto, s/f.
- 55) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. AIDS epidemic update. World Health Organization, December 2000.

- 56) Neidle E. A matter of policy. Health groups face the AIDS crisis. JADA, Vol. 122, August 1991.
- 57) Memoria presentada a la Universidad Central de Venezuela por la Prof. Vilma Tovar de Araujo., a los fines de su Ascenso a la categoría de Profesor Agregado en el Escalafón Universitario, de acuerdo a la Resolución 189 del Consejo universitario en sus artículos 50 al 65 de la Ley de Universidades vigente. Caracas, Abril del 2002.
- 58) Tovar V, Guerra ME, Bravo IM, Aoborno E, Lambertini A, Ibarra G, Brito A. Acta Odontológica Venezolana; Vol. 40, N°3; 2002.
- 59) Guerra ME, Tovar V. Atención Odontológica a Niños HIV(+). Archivos Venezolanos de Puericultura y Pediatría; Vol. 64, N° 4: 201-208; 2001.
- 60) Tovar V, Guerra ME, Bravo IM, Brito A, Aoborno E, Lambertini A. Infecciones de Transmisión Sexual en 317 pacientes positivos al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Farmacia al Día. Vol. 148, N°4; 2002.
- 61) USB/FUNINDES/Glaxo-Wellcome/Burson-Marsteller. Consensos fundamentales para fortalecer las estrategias de prevención y control del VIH/SIDA en Venezuela. Caracas, Venezuela; 2000.
- 62) MSDS. Plan estratégico nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la salud y la calidad de vida. Abril,2003.
- 63) Ley del Ejercicio de la Odontología. Gaceta Oficial N° 29.288 del 10 de Agosto de 1970.

* Declaración dada por la Asamblea General de las Naciones Unidas. Sesión Especial, junio 2001.

VI. ANEXOS

Anexo 1 Deontología Hipocrática: Juramento Hipocrático.

Anexo 2 Código de Deontología Odontológica de la República Bolivariana de Venezuela

Anexo 3 Principios internacionales de ética para la Profesión Odontológica. Federación Dental Internacional (FDI).

Anexo 4 Principios de ética y código de conducta profesional. Asociación Dental Americana (ADA).

Anexo 5 Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea. Declaración de la Federación Dental Internacional (FDI).

Anexo 6 Líneas estratégicas de intervención contra el VIH/SIDA en Venezuela. Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA.

ANEXO 1 Deontología Hipocrática – *Juramento Hipocrático*
Escritos del corpus hippocraticum en la edición
Francesa de Littre (traducción del texto por Valero-
Rivas,1955)

ANEXO 2 Código de Deontología Odontológica.
(Aprobado en la XIX Convención Ordinaria del Colegio de Odontólogos de Venezuela realizada el 9 y 10 de Agosto de 1972).

ANEXO 3 Declaración de Estatutos de la Federación Dental Mundial (FDI). Principios Internacionales de para la profesión Odontológica.
(Aprobado por la Asamblea General de la FDI en Seoul, Korea, Septiembre 1997).

ANEXO 4 Principios de ética y código de conducta profesional de la Asociación Dental Americana.
(Opiniones orientadoras de asesores oficiales de la ADA revisada en Abril del 2002).

ANEXO 5 Declaración de la Federación Dental Internacional.
Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras
infecciones transmitidas por vía sanguínea.
(Versión de fecha 14 de Marzo del 2001).

ANEXO 6 Líneas estratégicas de intervención contra el VIH/SIDA en Venezuela.
(Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la salud y la calidad de vida, MSDS. Abril 2003)

| | |
|----------------|---|
| ANEXO 1 | Deontología Hipocrática – <i>Juramento Hipocrático</i> Escritos del corpus hippocraticum en la edición Francesa de Littre (traducción del texto por Valero- Rivas, 1955) |
|----------------|---|

| | |
|----------------|--|
| ANEXO 2 | Código de Deontología Odontológica. (Aprobado en la XIX Convención Ordinaria del Colegio de Odontólogos de Venezuela realizada el 9 y 10 de Agosto de 1972). |
|----------------|--|

| | |
|----------------|---|
| ANEXO 3 | Declaración de Estatutos de la Federación Dental Mundial (FDI). Principios Internacionales de para la profesión Odontológica. (Aprobado por la Asamblea General de la FDI en Seoul, Korea, Septiembre 1997). |
|----------------|---|

| | |
|----------------|---|
| ANEXO 4 | Principios de ética y código de conducta profesional de la Asociación Dental Americana. (Opiniones orientadoras de asesores oficiales de la ADA revisada en Abril del 2002). |
|----------------|---|

| | |
|----------------|--|
| ANEXO 5 | Declaración de la Federación Dental Internacional. Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea. (Versión de fecha 14 de Marzo del 2001). |
|----------------|--|

| | |
|----------------|---|
| ANEXO 6 | Líneas estratégicas de intervención contra el VIH/SIDA en Venezuela. (Plan Estratégico Nacional VIH/SIDA. Un enfoque para la salud y la calidad de vida, MSDS. Abril 2003) |
|----------------|---|