

BOLETÍN

Odontología con Sentido

BIOÉTICA APLICADA A LA CLÍNICA,
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

LAS OPINIONES VERTIDAS EN ESTE BOLETÍN SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE QUIENES LAS EMITEN Y NO REPRESENTAN EL PENSAMIENTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE TALCA

- **Palabras Decano.** – Dr. Rodrigo Giacaman Sarah, Decano, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.
- **Columna de opinión: Formar con sentido: la compasión como eje de la odontología que Chile necesita.** - Dra. Soraya León, Directora de la Especialidad en Odontogeriatría, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.
- **Parresía, discapacidad e interseccionalidad: una reflexión situada a las disciplinas de salud.** – Camila Mosquera Vega, Directora Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad de Talca.
- **Ensayo “Historia de la Bioética”.** - Dr. Sebastián Cariaga Astete, Dr. Carlo Ibáñez Hernández, Dr. Pablo Quintero Miño. Estudiantes del Programa de Especialización en Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.
- **Reflexión “La dignidad de la persona humana”.** - Maitte Bravo Lovera, Bastián Cancino Sepúlveda, Diego González Brito, Millaray Meza Manríquez, Catalina Torres Barrueto. Estudiantes de pregrado, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.





Con enorme alegría celebramos el primer aniversario de nuestro Boletín de Ética “Odontología con Sentido”, que en el mes de mayo alcanzó su edición número 12. Ha sido un año de reflexiones profundas, de apertura al diálogo, y de crecimiento colectivo en torno a los principios éticos que guían nuestro quehacer académico, clínico y humano.

Agradezco sinceramente al equipo editorial por su compromiso, creatividad y constancia, y a cada uno de los colaboradores que, con generosidad, han compartido sus pensamientos, experiencias y saberes. Este espacio ha ido consolidándose como un lugar de encuentro para pensar la odontología y la atención en salud, desde una mirada crítica, consciente y comprometida con el bienestar de las personas.

Los invito a seguir fortaleciendo este boletín, haciéndolo suyo, proponiendo temas, sumándose con escritos, y ayudando a difundir su contenido. Tal como su nombre lo indica, aspiramos a una odontología con sentido: una que no olvide a las personas tras cada diagnóstico, una que ponga la ética al centro de la formación y la atención, y una que sea capaz de mirar más allá de la salud bucal, para contribuir a una sociedad más justa y solidaria.

¡Feliz primer año, Odontología con Sentido!
Que vengan muchos más.

Con afecto,

Dr. Rodrigo Giacaman Sarah
Decano, Facultad de Odontología
Universidad de Talca



Columna de opinión: Formar con sentido: la compasión como eje de la odontología que Chile necesita.

Dra. Soraya León, Directora de la Especialidad en Odontogeriatría, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.

En tiempos en que la odontología avanza a pasos agigantados en tecnología, especialización y precisión, resulta urgente y necesario recuperar una dimensión esencial de nuestro quehacer profesional: la compasión. No como un valor accesorio, sino como un pilar estructural de la atención en salud bucal. Este primer año de vida de nuestro Boletín de Odontología con Sentido nos invita a reflexionar desde la bioética, pero también desde el corazón de nuestra labor: la formación de profesionales al servicio de las personas.

La compasión, entendida como la capacidad de conectar empáticamente con el sufrimiento del otro y actuar para aliviarlo, no es simplemente una cualidad personal deseable.

Es una competencia clínica. Numerosos estudios demuestran que una atención compasiva mejora la adherencia al tratamiento, reduce la ansiedad en los pacientes, y fortalece el vínculo terapéutico, impactando positivamente en los resultados en salud. En otras palabras, no es sólo buena ética: es una buena odontología.

Desde nuestra Facultad de Odontología de la Universidad de Talca, una Universidad Pública y situada en el corazón del país, tenemos una misión ética: formar profesionales que respondan no solo con excelencia técnica, sino con sentido de justicia social, equidad y compromiso con las personas, en especial con las personas mayores, quienes mayoritariamente viven en contextos de vulnerabilidad y quienes han sido históricamente postergados. Formar odontólogas y odontólogos compasivos es, en sí mismo, una forma de hacer transformación social.

Chile envejece a un ritmo acelerado, y con ello emergen nuevos desafíos para la odontología: la fragilidad, la multimorbilidad, la dependencia y las barreras de acceso a la salud. La salud bucal en personas mayores no puede seguir siendo un área marginal en los planes formativos. Respecto a ello, estamos orgullosos desde la Facultad de Odontología de la Universidad de Talca de haber posicionado esta disciplina no sólo en Chile, sino que también a nivel internacional, e incorporarla fuertemente en la formación de los futuros profesionales, tanto de pre como de postgrado. Nuestra responsabilidad ética como docentes, investigadores y como profesionales de la salud tanto pública como privada, es preparar a las nuevas generaciones para cuidar desde la empatía, comprender la trayectoria de vida de quienes atendemos y desarrollar una atención centrada en las personas.

Hoy, a las puertas de contar con un nuevo plan de formación, debemos analizarlo con una mirada crítica y transformadora, ya que se nos abre una oportunidad histórica: poner en el centro las necesidades reales del país.

Esto implica formar profesionales preparados para actuar en el Chile del futuro, pero también con la sensibilidad suficiente para no perder de vista la humanidad que hay en cada persona. Esto implica integrar la bioética, el quehacer disciplinar, la salud comunitaria y la reflexión crítica sobre nuestro rol como agentes de cambio. Una odontología más compasiva no es una utopía. Es una necesidad ética, una demanda social y una tarea educativa urgente.

Desde la Facultad de Odontología de la Universidad de Talca, reafirmamos nuestro compromiso de contribuir a un modelo educativo que combine excelencia académica, conciencia social y profundo respeto por la dignidad de cada ser humano. Apostamos por una odontología que no solo sepa resolver problemas bucales, sino que también sepa reconocer rostros, historias y contextos. Esa es, sin duda, la odontología que el país necesita y que desde las regiones tenemos la responsabilidad y el privilegio de liderar.

Feliz aniversario para nuestro Boletín en su primer año de existencia...

Parresía, discapacidad e interseccionalidad: una reflexión situada a las disciplinas de salud

Camila Mosquera Vega, Directora Escuela de
Terapia Ocupacional, Universidad de Talca.

Las disciplinas de salud se han constituido históricamente como espacios de saber-poder que modelan cuerpos, conductas y subjetividades. Desde una perspectiva foucaultiana estas disciplinas no pueden entenderse al margen de las formas de Gubernamentalidad modernas, las cuales actúan sobre las comunidades a través de racionalidades políticas y tecnologías de control. En este entramado, la discapacidad no ha sido solo un objeto pasivo de intervención, sino un nodo estratégico en torno al cual se han configurado nociones de normalidad, autonomía y valor social (Carrasco, 2018). A partir de una lectura crítica situada, este ensayo propone centrar la discapacidad como eje epistemológico y político desde el cual cuestionar los marcos normativos que sustentan las prácticas de salud.

Este análisis se enmarca en un contexto dominado por la racionalidad neoliberal, que promueve una subjetividad basada en la autosuficiencia, la reflexividad y la productividad (Carrasco & Yuing, 2014). Bajo esta lógica, el capacitismo actúa como una tecnología que excluye y subordina a quienes no se ajustan a los ideales de rendimiento y autonomía (Revuelta & Hernández, 2021).

En respuesta a esta configuración, se recupera el concepto de parresía como práctica de resistencia, y se articula con la propuesta de Judith Butler sobre una ética de la no violencia, basada en la vulnerabilidad compartida y la interdependencia. Finalmente, se propone una lectura interseccional que desnaturaliza las formas de intervención disciplinar, visibilizando cómo se entrecruzan el género, la clase, el territorio y la discapacidad. Este ensayo busca, así, abrir un espacio de crítica y transformación para las disciplinas de salud desde una perspectiva comprometida con la justicia y la dignidad de las personas y las comunidades.

Disciplinas de salud y Gubernamentalidad: un rol político

Las disciplinas que trabajan en el ámbito de la salud no son meras proveedoras de atención ni técnicas neutras orientadas al bienestar. Sus roles (Carrasco & Yuing, 2014), se enmarcan en el entramado de la gubernamentalidad moderna: una forma estratégica de ejercer poder que atraviesa instituciones, saberes y tecnologías, orientada a conducir las conductas de las personas y las comunidades. Desde esta mirada, el poder no se impone únicamente por coacción, sino que se infiltra en las formas de vivir, percibir, intervenir y nombrar (Carrasco, 2018). Y dentro de este dispositivo, la discapacidad se constituye como un eje central para la regulación social, y las disciplinas de salud como agentes privilegiadas en su administración.



Capacitismo y racionalidad neoliberal: producción de subjetividades normativas

Este lugar central de la discapacidad no se reduce al hecho de ser objeto de intervención. Más bien, como lo desarrollan Revuelta y Hernández (2021), la discapacidad se configura como un lugar de producción de normatividad social: es allí donde se marca la frontera entre lo funcional y lo disfuncional, lo válido y lo inadecuado, lo autónomo y lo dependiente. Esta frontera se constituye históricamente mediante dispositivos de saber-poder —diagnósticos, terapias, clasificaciones, reglamentos (Carrasco, 2014)— que, aunque aparecen como respuestas asistenciales, producen efectos profundamente políticos.

Las disciplinas de salud han colaborado en la consolidación de esta frontera mediante una racionalidad que naturaliza la exclusión y la desigualdad. En los contextos neoliberales actuales, como señala Carrasco (2018), esta racionalidad se presenta como política de la autonomía: se espera que los sujetos se autogobiernen, se responsabilicen de su inclusión y, sobre todo, se adapten al orden económico sin cuestionar sus fundamentos. Bajo esta lógica, la discapacidad deja de ser un problema social o estructural para convertirse en una falta individual (Carrasco, 2014). Es el sujeto discapacitado quien debe transformarse, mejorarse, capacitarse, rehabilitarse. La sociedad permanece incuestionada.

Este mandato de adaptación encuentra su traducción más eficiente en lo que Campbell (2009, citado en Revuelta y Hernández, 2021) define como capacitismo: un sistema epistemológico y político que sitúa la capacidad como norma universal, y que posiciona a los cuerpos discapacitados como déficit, como otros a corregir o invisibilizar.

El capacitismo no opera solo desde las ideas, sino también desde las prácticas cotidianas de las disciplinas de salud: en los criterios de evaluación, en las metas de intervención, en los estándares de normalidad, en los ideales de independencia funcional.

Parresía como resistencia:

Pero el poder del capacitismo no es total. La discapacidad no es solo el resultado de la opresión, sino también un lugar desde donde se puede articular resistencia, pensamiento crítico y práctica política. La propia historia de las luchas por los derechos de las personas con discapacidad da cuenta de ello, pero esa resistencia ha sido frecuentemente domesticada por las lógicas institucionales. En este punto, recuperar el concepto de parresía resulta fundamental. Foucault (citado en Hernández, 2018) lo presenta como el acto de decir la verdad frente al poder, aun cuando eso implique poner en riesgo la propia posición. Judith Butler (2020), por su parte, traslada este gesto individual a una dimensión colectiva: la parresía es también una práctica de resistencia desde la precariedad, desde quienes históricamente no han tenido derecho a ser escuchadas y escuchados.

Aplicada al campo de la salud, la parresía interpela a las disciplinas a asumir un discurso valiente: un decir que no solo revele las estructuras de poder que las atraviesan, sino que lo haga desde una posición situada, encarnada y consciente del riesgo. Este decir no puede ser genérico ni abstracto. Debe nacer desde las vidas que se encuentran en los márgenes del sistema: mujeres con discapacidad en contextos rurales, personas trans con neurodivergencia, comunidades indígenas con barreras estructurales para acceder a salud.

Es en esas intersecciones donde se revela con mayor crudeza la violencia del orden sanitario, y también donde emerge la posibilidad de una crítica radical.

Interseccionalidad como herramienta crítica desde la discapacidad:

La interseccionalidad, en este sentido, no puede ser una categoría decorativa ni una simple adición analítica. Su desarrollo teórico y político se encuentra en las luchas de mujeres negras, latinas, pobres, con experiencias de racialización, género y exclusión múltiples, que denunciaron la invisibilización de sus experiencias tanto en el feminismo blanco hegemónico como en los movimientos antirracistas. Kimberlé Crenshaw (1989; 1991) acuñó el término para describir cómo la discriminación legal y social enfrentada por mujeres negras no podía ser entendida adecuadamente si se analizaban por separado el racismo y el sexismo. Más adelante, autoras como Patricia Hill Collins (2000) profundizaron esta perspectiva al proponer el concepto de “sistemas entrelazados de opresión” y desarrollar la noción de matriz de dominación, destacando cómo el género, la clase, la raza y otros ejes de desigualdad se configuran en conjunto. Desde esta genealogía, retomada también en el contexto latinoamericano (Pineda & Luna Ruíz, 2018), se comprende que la discapacidad no puede pensarse por fuera de sus cruces con el género, la clase, la raza y el territorio. Las disciplinas de salud que ignoran estas intersecciones no solo reproducen una epistemología excluyente, sino que perpetúan un sujeto ideal universalizado, abstracto y normativo, que deja fuera toda experiencia situada que escape a ese modelo dominante.

Reconocer estas intersecciones exige también transformar las formas de intervención profesional: implica abandonar los criterios homogéneos de normalidad, diseñar estrategias de cuidado desde el diálogo con las comunidades y repensar la evaluación desde los contextos locales. Solo así será posible generar prácticas que no reproduzcan violencia epistémica ni operen como tecnologías de exclusión.

Ética de la no violencia: horizonte político para la transformación:

Al mismo tiempo, las racionalidades neoliberales que impregnan los sistemas de salud transforman esas diferencias en fallas personales. Las personas con discapacidad que no logran alcanzar los estándares de autonomía esperados son responsabilizadas por su exclusión. Pero, como señalan Carrasco y Yuing (2014), la autonomía promovida por estas políticas no es libertad real, sino una forma encubierta de control: se exige independencia para reducir responsabilidades estatales, se promueve el autocuidado para dismantelar sistemas colectivos de apoyo, se habla de empoderamiento para justificar la retirada del Estado.

Por eso, la crítica interseccional debe articularse desde la centralidad de la discapacidad como categoría política, no solo clínica. Y esta crítica no puede limitarse a los marcos institucionales o a las estructuras estatales: debe extenderse al campo del saber, a las prácticas profesionales, a las tecnologías de evaluación y a las lógicas mismas de intervención que reproducen, de forma sofisticada, las exclusiones históricas. Debe preguntarse cómo las disciplinas de salud producen subjetividades subordinadas y cómo esas subjetividades son movilizadas, evaluadas o corregidas en nombre del cuidado, la autonomía o la rehabilitación.

En este sentido, el horizonte de transformación que aquí se propone no es técnico, sino radicalmente ético, en el sentido que plantea Judith Butler en Sin miedo (2020), cuando propone una ética de la no violencia como fundamento político de la resistencia. Para Butler, esta ética no se funda en la negación del conflicto, sino en el reconocimiento de la interdependencia como condición constitutiva de lo humano. En lugar de partir del sujeto autónomo, cerrado y autosuficiente que propone la racionalidad neoliberal, la ética de la no violencia se sostiene en la vulnerabilidad compartida y en la necesidad de construir formas de cohabitación que no se basen en la negación ni en la jerarquización de las diferencias. Desde esta perspectiva, el acto de intervención profesional no puede sostenerse en lógicas de control, normalización o eficiencia, sino que debe abrirse a formas de cuidado que reconozcan la fragilidad como valor político y la diversidad como principio constitutivo de la vida social.

Conclusión:

En síntesis, la discapacidad debe ocupar el centro de la crítica a las disciplinas de salud, no como objeto de intervención, sino como lugar de producción de saber, de resistencia y de posibilidad política. A partir de esta centralidad, se puede articular un discurso valiente e interseccional que no tema incomodar los órdenes establecidos, que abrace el riesgo de hablar desde la precariedad, y que se comprometa con la transformación radical de las formas de atención, de cuidado y de vida. Este compromiso exige una revisión crítica de los marcos que sostienen las prácticas profesionales, así como una apertura ética hacia lo situado, lo diverso y lo vulnerable.

En esta tarea, la parresía interseccional emerge como un acto político imprescindible: un decir valiente que nace desde los cruces entre discapacidad, género, clase y territorio, y que se atreve a incomodar al poder desde las experiencias vividas.

Solo entonces será posible construir una praxis de salud que no reproduzca la exclusión, sino que habilite otras formas de justicia, dignidad y reconocimiento para todas las vidas.

Referencias

Butler, J. (2020) "Sin Miedo, Formas de resistencia a la violencia de hoy" Ed. Taurus España

Carrasco, J. (2014). Metáforas de la terapia ocupacional: Nuevas formas de comprender e intervenir la discapacidad. *Revista Polis e Psique*, 4(1), 110. <https://doi.org/10.22456/2238-152X.47482>

Carrasco, J. (2018). Dimensión política de las actuaciones profesionales en salud: Reflexiones para la ciencia de la ocupación a partir del proceso de reforma psiquiátrica en Chile. *Journal of Occupational Science*, 25(4), lxiii-lxxiii. <https://doi.org/10.1080/14427591.2018.151987>

Carrasco, J., & Yuing, T. (2014). Lo biomédico, lo clínico y lo comunitario: Interfaces en las producciones de subjetividad. *Psicoperspectivas*, 13(2), 98-108. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol13-Issue2-fulltext-415>

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory, and anti-racist politics. *The University of Chicago Legal Forum*, 1989, 139-167.

Collins, P. (2000). *Black Feminist thought. Knowledge, consciousness, and the politics of empowerment*. Second Edition. New York, US: Routledge

Revuelta, B., & Hernández, R. (2021). Estudios críticos en discapacidad: Aportes epistemológicos de un campo plural. *Cinta de moebio*, 70, 17-33. <https://doi.org/10.4067/s0717-554x2021000100017>

Ensayo "Historia de la Bioética"

Dr. Sebastián Cariaga Astete, Dr. Carlo Ibáñez Hernández, Dr. Pablo Quintero Miño. Estudiantes del Programa de Especialización en Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.

La bioética es un campo que históricamente explora las implicaciones éticas de las prácticas biológicas y médicas, fusionando los ámbitos de la ética, la medicina, el derecho y la filosofía.

La evolución de la bioética responde a los rápidos avances en la tecnología médica y a los complejos dilemas morales que estos nos plantean. Es fascinante observar cómo la bioética no solo responde a situaciones pasadas, sino que de igual forma se anticipa a los desafíos futuros que la tecnología y la sociedad nos formulan.

Las raíces de la bioética se remontan a antiguas tradiciones filosóficas. Filósofos griegos como Hipócrates sentaron las bases con el Juramento Hipocrático (siglo IV a.C.), que enfatizaban las obligaciones éticas de los médicos hacia sus pacientes. Este Juramento, aunque antiguo, sigue siendo relevante hoy en día, lo que demuestra que los principios éticos fundamentales trascienden en el tiempo. A lo largo de los siglos, diversas doctrinas religiosas y filosóficas han influido en la ética médica, destacando la santidad de la vida, así como los principios de beneficencia (hacer el bien) y no maleficencia (evitar el daño).

En el siglo XX, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial, la necesidad de un enfoque estructurado de la bioética se volvió fundamental.

Las atrocidades cometidas durante la guerra, en particular los experimentos realizados por médicos nazis, mostraron la necesidad de directrices éticas en la investigación médica. En respuesta a esto se promulgó el Código de Núremberg en 1947, que establecía la necesidad del consentimiento voluntario en la investigación con seres humanos. Este avance no solo fue crucial para la ética médica, sino que también sentó un precedente para el respeto hacia los derechos fundamentales de cada individuo.

El campo moderno de la bioética comenzó a tomar forma en las décadas de 1960 y 1970, impulsado por los avances en tecnología reproductiva, genética y trasplante de órganos. La publicación en "The New England Journal of Medicine" y otras revistas médicas comenzó a incluir debates sobre bioética, lo que dio lugar a un debate público más amplio. La inclusión de estas discusiones en la literatura médica refleja una creciente conciencia de que la ética debe ser parte integral de la práctica médica.

Un momento crucial fue la histórica Ley Nacional de Investigación de 1974 en Estados Unidos, que estableció la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos de la Investigación Biomédica y Conductual. Esta comisión elaboró el Informe Belmont en 1978, que describió los principios éticos esenciales para la investigación con seres humanos: respeto a las personas, beneficencia y justicia. Estos principios son las bases de la bioética moderna y recalcan la importancia de tratar a cada individuo con dignidad y respeto.

En las últimas décadas, la bioética ha tenido que adaptarse a los nuevos desafíos derivados de los avances tecnológicos. Las cuestiones relacionadas con la ingeniería genética, la clonación, la investigación con células madre y los cuidados paliativos han suscitado intensos debates éticos. La llegada de tecnologías de salud digital y la inteligencia artificial a la medicina, plantea nuevas preguntas sobre la privacidad, el proceso de consentimiento informado y la experiencia humana de la atención. Esto nos confronta con la realidad de que, aunque la tecnología puede mejorar la atención médica, también puede deshumanizarla si no se maneja con precaución y ética.

Hoy en día, la bioética es un campo multidisciplinario que incorpora perspectivas del derecho, la sociología, la antropología y los estudios de políticas públicas. Se enfrenta al reto de abordar las disparidades globales en el acceso a la atención médica y la ética, abogando por la justicia y la equidad en la medicina. La creciente desigualdad en el acceso a la atención médica resalta la urgencia de que los profesionales de la salud no solo actúen como cuidadores, sino también como defensores de la justicia social.

Estos principios son igualmente aplicables en el trabajo odontológico, ya que se trata con personas. La ética en la odontología debe ser vista como una extensión de la bioética más amplia, subrayando la importancia de la empatía y el respeto en cada interacción.

Durante el período académico y las experiencias en el trabajo, hemos estado expuestos a diversas situaciones que presentan dilemas bioéticos. La formación y la discusión sobre estos dilemas son esenciales para preparar a los futuros profesionales a enfrentar situaciones complejas de manera ética y compasiva.

A continuación se expondrán diferentes casos con dilemas o situaciones donde está presente la bioética:

Caso 1: Llega a la consulta un paciente que está privado de libertad, acompañado de dos gendarmes encargados de su resguardo. El paciente llega esposado de manos y pies, lo que dificulta su movilidad. Esta experiencia inusual puede generar ansiedad o tensión en el profesional. Sin embargo, se le trató con dignidad, como a cualquier otro paciente. Este tipo de situaciones pone a prueba nuestra capacidad de ver más allá de las circunstancias y reconocer la humanidad del paciente. Se le invitó a tomar asiento en el sillón, se realizó la evaluación correspondiente, se le explicó todo el procedimiento y se procedió con la atención.

Al finalizar, el paciente se mostró muy agradecido y entregó un presente al profesional por la atención recibida. Este caso refleja principios bioéticos, ya que no hubo prejuicio ni discriminación por parte del profesional hacia el paciente, a pesar de su historial, y se le brindó un trato digno y respetuoso, como se hace con cualquier usuario de un servicio de salud. Este tipo de interacciones son una oportunidad para reafirmar el compromiso de la profesión con la ética y la dignidad humana.

Caso 2: En APS es muy variado el tipo de usuario o paciente el cual se atiende, en el horario de atención de urgencias acude una madre con su hija de 7 años, muy ansiosa y preocupada ya que ambas no habían dormido nada la noche anterior por dolor de dientes de su hija.

Al relato la madre indica que vio en las noticias que una niña perdió un ojo por una infección en una muela por lo que solicita explícitamente extracción de un molar a su hija, la cual estaba muy ansiosa y lábil emocionalmente, relata además estar asustados por mala experiencia en atenciones previas tanto ella como familia mayor.

Primeramente se conversa con madre e hija para explicar y educar sobre las implicaciones odontológicas relacionadas con un proceso infeccioso, se educa sobre las lesiones de caries, su control y tratamiento, se conversa con la niña preguntando sobre lo que ella quiere buscando lograr un cambio en ambos paradigmas sobre la atención dental, explicando como hemos avanzado desde hace algunos años a la actualidad con nuevos principios y nuevos avances tanto en tecnología como en el actuar clínico o bioética, luego de unos pocos minutos, la madre estaba mucho más calmada, la niña mucho mas tranquila, sin llanto en la consulta, y solo conversando y explicando, sin realizar aún una acción clínica. Luego se revisa en boca y se explica sobre las posibilidades de atención que contamos en APS para resolver su caso, en donde la extracción en etapa temprana no lograría el objetivo que buscamos con el paciente, por lo que de forma consensuada se busca y se realiza tratamiento conservador, sin sufrimiento, sin estrés para los usuarios o pacientes, sin complicaciones asociadas y desde un punto de vista ético-profesional buscando siempre el principio de beneficencia.

Caso 3: Acude a la consulta un adulto mayor acompañado por su nuera, por dolor en un molar hace varios días. La acompañante del paciente informa que él padece de un grado leve de discapacidad intelectual y por tanto la decisión sobre el tratamiento la tomará ella. Luego del examen se determina realizar la extracción del molar y se explica tanto al paciente como a su acompañante. La bioética ayuda al profesional a tener un enfoque más humano, sin discriminar a ningún paciente independiente de su condición, lo que en este caso ayudó mucho para explicar empáticamente los procedimientos a seguir. Con la modernidad, es cada vez más común ver deshumanización en los servicios y “mecanización” en la atención, con lo que se olvida lo más importante, que es finalmente el bienestar del usuario, independiente de su condición. El tratamiento fue exitoso y se entregaron las indicaciones finales al paciente y su acompañante.

A modo de resumen, la historia de la bioética es un testimonio de la evolución del campo clínico en respuesta a las necesidades sociales y los avances tecnológicos. Desde sus antiguas raíces filosóficas hasta sus implicaciones modernas, la bioética continúa abordando complejos dilemas morales en la atención en salud y la investigación.

A medida que la sociedad enfrenta los desafíos éticos de las nuevas tecnologías y prácticas médicas, los principios de la bioética seguirán siendo vitales para guiar la toma de decisiones éticas y preservar la dignidad humana frente a un cambio rápido. Por tanto, la reflexión constante sobre estos principios nos fortalece como profesionales y nos recuerda que, en la base de cada decisión, debe estar el respeto y la empatía hacia el ser humano.

Reflexión “La dignidad de la persona humana”

Maitte Bravo Lovera, Bastián Cancino Sepúlveda, Diego González Brito, Millaray Meza Manríquez, Catalina Torres Barrueto. Estudiantes de pregrado, Facultad de Odontología, Universidad de Talca.

El reconocimiento de la dignidad humana en el ámbito de la salud implica comprender que cada individuo es un ser único, con su propia historia, sus valores y su sentido de la vida. En consecuencia, no debe ser tratado como un simple medio para alcanzar fines ajenos a su bienestar. Como profesionales de la salud debemos ser sensibles a las emociones, los miedos y las preocupaciones de los pacientes, no limitándonos únicamente a tratar sus síntomas físicos.

El término “paciente” a menudo reduce la percepción del individuo a su condición de enfermedad o necesidad médica, desprendiéndolo de su identidad. Por ello, es fundamental escucharlos, validar sus emociones y ofrecerles un espacio seguro donde puedan expresar sus inquietudes. De este modo, los ayudamos a sentirse respetados y comprendidos, promoviendo una atención integral que valore tanto su bienestar físico como emocional.

Al hablar de pacientes, son seres que van más allá de un cuerpo tangible, y en su lugar considerar a una persona compuesta de un elemento físico así como elementos psicológicos, mentales, sociales y culturales. Por lo tanto, el carácter clínico con el que se debe actuar es más que tener los conocimientos, sino que comprende habilidades sociales y comunicativas, con una serie de virtudes y valores importantes que forman a un profesional íntegro.

Antes de ser paciente, cada persona es eso: una persona, alguien consciente de sí misma, que posee una identidad propia y única, sólo después se convierte en paciente al buscar nuestra ayuda frente a un malestar. Por ello, es fundamental reconocer que cada persona necesita de una atención especial y diferente, según quién es y cómo vive lo que le pasa.

En conclusión, reconocer la dignidad humana en el ámbito de la salud, implica ver más allá de la enfermedad y ver a la persona en su totalidad. Cada individuo merece ser tratado con respeto, empatía y ser comprendido, valorando su historia y contexto personal. La labor del profesional no trata solo de conocimiento técnico, sino que también de su capacidad de conectarse humanamente con quien sufre. Sólo así se podrá ofrecer una atención integral y ética, reconociendo al paciente no como un caso clínico, sino como una persona con valor y dignidad.

El término “paciente” a menudo reduce la percepción del individuo a su condición de enfermedad o necesidad médica, desprendiéndolo de su identidad.



Odontología con Sentido

BIOÉTICA APLICADA A LA CLÍNICA,
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

LAS OPINIONES VERTIDAS EN ESTE BOLETÍN SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE QUIENES LAS EMITEN Y NO REPRESENTAN EL
PENSAMIENTO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE TALCA