Globethics Repository



Estudio comparativo de tres modelos occidentales de códigos deontológicos para odontólogos [Comparative study of three western models of deontological codes for dentists]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository. More information on Globethics see https://www.globethics.net. Data and content policy of Globethics Repository see https://repository.globethics.net/pages/policy.

Item Type	Article
Authors	Macpherson Mayol, Ignacio;Roqué Sánchez, Mª Victoria;Gonzalvo-Cirac, Margarita;De Ribot, Eduard
Publisher	Asociación Española de Bioética y Ética Médica
Rights	Creative Commons Copyright (CC 2.5)
Download date	2026-11-12 09:33:34
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/203313

Copyright Cuadernos de Bioética



ESTUDIO COMPARATIVO DE TRES MODELOS OCCIDENTALES DE CÓDIGOS DEONTOLÓGICOS PARA ODONTÓLOGOS

COMPARATIVE STUDY OF THREE WESTERN MODELS OF DEONTOLOGICAL CODES FOR DENTISTS

IGNACIO MACPHERSON MAYOL
Mª VICTORIA ROQUÉ SÁNCHEZ
MARGARITA GONZALVO-CIRAC
EDUARD DE RIBOT
Universitat Internacional de Catalunya, Campus Sant Cugat
Josep Trueta s/n
08195-Sant Cugat del Vallès
Mail corresponding author: imacpherson@gmail.com

RESUMEN:

Palabras clave:
código deontológico, ética odontológica, modelos éticos.

Recibido: 27/04/2013
Aceptado: 29/08/2013

Se ha realizado un análisis comparado de los códigos deontológicos de tres entidades oficiales competentes en la ética profesional de la Odontología: *Code of Ethics for Dentists in the European Union*, elaborado por el Council of European Dentists (CED); *Código Español de Ética y Deontología Dental*, editado por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGCOE); y *Principles of Ethics and code of Professional Conduct*, de la American Dental Association (ADA). El análisis de la estructuración de los códigos, permite descubrir los diferentes planteamientos que regulan la deontología profesional según la tradición ético-legislativa de la que proceden. Si bien existen elementos comunes inherentes a la cultura occidental, se observan matices en la fundamentación, en la disposición y en el enunciado de los artículos que permiten deducir los fundamentos éticos que subyacen en cada uno de los códigos, a la vez que reflejan los problemas reales con los que se encuentran los odontólogos en el ejercicio de su profesión.

ABSTRACT:

Keywords:
Code of ethics, dental ethics, ethical models.

We performed a comparative analysis of the codes of ethics of three official organizations in Dentistry professional ethics: *Code of Ethics for Dentists in the European Union*, drawn up by the Council of European Dentists (CED); *Código Español de Ética y Deontología Dental*, published by the Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGCOE); and *Principles of Ethics and Code of Professional Conduct*, of the American Dental Association (ADA). The analysis of the structure of the codes allows the discovery of different approaches governing professional ethics according to the ethical and legislative tradition from which they derive. While there are common elements inherent in Western culture, there are nuances in the grounds, the layout and wording of articles that allows to deduce the ethical foundations that underlie each code, and reflects the real problems encountered by dentists in the practice of their profession.

1. Introducción

en Odontología, como en otras especialidades del ámbito sanitario, son frecuentes los debates sobre ética profesional que requieren un estudio profundo de los elementos de discernimiento moral. También son frecuentes los estudios que tratan de determinar los aspectos morales más problemáticos de la profesión y cómo abordarlos desde el ámbito académico[1,2,3].

La primera cuestión que se plantea en todo debate es si existe un punto de partida común para todos los que participan, es decir, ¿se utilizan los mismos principios, conceptos y términos? El presente trabajo se ha elaborado a partir de un concepto de "ética" bien establecido, como ciencia que estudia la moralidad de un acto humano. Esto implica definir el término moralidad (medida de la bondad de un acto) y definir el acto humano (acto realizado libremente, es decir, con advertencia y consentimiento), conceptos imprescindibles para constituir los principios. Un principio es, en palabras de Spagnolo[4], "el inicio o fundamento de una teoría ética. En este sentido los principios son fundantes, en tanto que tienen la capacidad de fundamentar una ética u originarla, ya que no son derivados ni defendidos por teorías éticas: más bien son las teorías morales que derivan y son defendidas por los principios". Un principio designa "una norma estándar en base a la cual puede expresar un particular juicio moral sobre lo que es justo o equivocado. En este sentido los principios asumen el significado de principios-guía de la acción que derivan de teorías morales". Pues bien, la determinación de esos principios ha sido el origen y motor de la reflexión en la ética médica durante siglos, como lo revelan los modelos propuestos por el deontologismo, el consecuencialismo, el contractualismo, etc.

La segunda cuestión es si esos principios son capaces de generar elementos de discernimiento moral y si se pueden concretar, por ejemplo en un código. En el ámbito sanitario no es extraño plantearse cuál es el modelo a seguir en la práctica odontológica, algo que se observa en la estructura de los códigos deontológicos. A pesar de existir una tradición común como la occidental, la convergencia en los principios que configuran los códigos resulta muy difusa, de manera que cada uno acaba reflejando la idiosincrasia de un territorio o de una cultura. Aunque los códigos buscan recoger todas las tendencias, a la hora de desplegarlo existe el riesgo de que no recoja ninguna y se limite a legislar en aquello que los odontólogos se sienten más vulnerables. Aquí es donde comienzan a diferenciarse los articulados.

Una tercera cuestión, extrínseca a la deontología profesional, es el hecho de que el número de profesionales ha aumentado y su perfil se está modificando, por lo que las situaciones son cada vez más diversas. Entre 1994 y 2009 el número de dentistas en España ha pasado de 13.242 a 29.725, lo que supone un incremento de más del 100%; en cuanto al sexo se ha producido una feminización de la profesión y la edad se ha rejuvenecido (el 55% tienen menos de 45 años)[5]. Son situaciones que exigen algo más que una deontología minimalista.

Se percibe, por tanto, una necesidad de homogeneizar los criterios de decisión y de actuación ante problemas idénticos, y esto exige una exploración de las normativas más representativas en la actualidad, algo que no es frecuente encontrar. Ciertamente existen algunos estudios comparativos de diversos códigos (por países[6], especialidades[7], entidades[8], etc.) que buscan un

1 Schloss A.J. "A systematic format for resolving ethical issues in clinical periodontics". *Journal American College Dentists. 2012 Fall;79(3):42-47.*

2 **Sharp H.M, Kuthy R.A, Heller KE. "Ethical dilemmas report**ed by fourth-year dental students". *Journal of Dental Education. 2005 Oct; 69(10):1116-1122.*

3 Zemel M, Miguel R. "Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario". *Revista Redbioética/UNESCO, año 3, 1(5), 94-106, 2012.*

4 Spagnolo A.G. "I principi della bioetica Nord-Americana, e la critica del Principlismo". *Rivista Camillianum. 2000, Anno XI, Numero 21, Primo semestre; 225-246.*

5 Llodra Calvo, J.C. "La demografía de los dentistas en España". *Consejo General de Odontólogos y estomatólogos de España, 2010, 1-38.*

6 Vianna J.A., Rocha L.E. "Comparison of the Code of Medical Ethics of Brazil with those of eleven countries". *Revista da Associação Médica Brasileira. 2006 Nov-Dec;52(6):435-440.*

7 Hadjistavropoulos T, Malloy D.C, Douaud P, Smythe W.E. "Ethical orientation, functional linguistics, and the codes of ethics of the Canadian Nurses Association and the Canadian Medical Association". *The Canadian journal of nursing research 2002 Sep;34(2):35-51.*

8 **Aleksandrova S. "Comparative analysis of the Code of Pro**fessional Ethics in Bulgaria and the Hippocratic Oath, Declaration of Geneva and International Code of Medical Ethics". *Medicine in Law. 2005 Sep;24(3):495-503.*

modelo global, pero de momento se reducen al ámbito de la medicina y concluyen en reafirmar más las diferencias que las semejanzas. Y es que cualquier análisis comparativo de varios códigos de conducta denota algo elemental: que son distintos. Esto puede parecer una obviedad, pero no deja de ser una contradicción que la atención al paciente encuentre planteamientos morales diferentes —al menos en cuanto a las prioridades— según quién la realice, sobre todo cuando se trata de ámbitos tan restringidos como la salud bucodental. Por ello resulta interesante analizar, en el ámbito odontológico, qué aspectos son priorizados en algunos códigos, cuáles son relegados en otros y cuáles son comunes a todos.

2. Metodología

Se ha realizado un análisis comparado de los códigos deontológicos de tres entidades oficiales competentes en la ética profesional de la Odontología: *Code of Ethics for Dentists in the European Union*, elaborado por el Council of European Dentists (CED)[9]; *Código Español de Ética y Deontología Dental*, editado por el Consejo General de Colegios de Odontólogos y Estomatólogos de España (CGCOE)[10]; y *Principles of Ethics and code of Professional Conduct*, de la American Dental Association (ADA)[11]. Los tres códigos son representativos del ámbito occidental: el europeo, en tanto que este código deontológico es un elemento de referencia para los demás códigos de los estados miembros de la UE y que ilustra la tradición comunitaria; el español, por presentar una elaboración bien definida dentro del entorno europeo; y finalmente el norteamericano, que refleja la tradición anglosajona. Para facilitar su uso a lo largo del documento, hemos simplificado sus denominaciones como *código ADA*, *código CED* y *código CGCOE*. En primer lugar, se ha realizado una breve descripción de los códigos citados y posteriormente se han discutido los principios generales que vertebran dichos documentos y los artículos más representativos de cada uno. A lo largo de la discusión se ha indagado sobre la relación de estos principios con los modelos éticos que han configurado la ética profesional en el ámbito sanitario. Finalmente, se han formulado algunas conclusiones que tratan de aportar una reflexión sobre los principios éticos y su codificación.

3. Descripcion de los códigos

Código ADA

La ADA publica su documento deontológico en 1982[12] y añade pequeñas modificaciones en sucesivas ediciones: en 1984[13] (donde se revisan los principios de reciprocidad y cuestiones sociales), en 1988[14] (centrada en el trato al paciente), en 1992[15], siendo la última revisión de las *advisory opinions* en 2012. El código de la ADA está compuesto de cuatro capítulos. En el primero, la Introducción, afirma como punto de partida que la confianza en el dentista reside en el compromiso de éste con los grandes patrones éticos de conducta (*the commitment of individual dentists to high ethical standards of conduct*). En el capítulo segundo, el Preámbulo, la ADA reitera esta idea, haciendo un llamamiento a los odontólogos a seguir los "grandes patrones éticos" (*high ethical standards*), los cuales tienen por "primer objetivo, el beneficio del paciente"[16]. El preámbulo finaliza haciendo una referencia al odontólogo ético, que es aquel que hace lo posible para realizar "lo que es justo y bueno". Se entiende que el preámbulo es una declaración de intenciones que se presuponen en el odontólogo. A continuación se desarrolla el tercer capítulo, que contiene el articulado, según un esquema similar al propuesto por la bioética de principios o *principialista*, tal y como es expuesta por Beauchamp y Childress en su obra *Principles of Biomedical Ethics*[17]. Por ello se divide en cinco secciones, correspondientes a

9 CED. *Code of Ethics for Dentists in the European Union*; Council of European Dentists, 2007. <http://www.eudental.eu/library/104/files/ced_code_ethics___adopted_0071130_en-20071207-1632.pdf>

10 CGCOE. *Código Español de Ética y Deontología Dental*; 2012. <http://www.consejodentistas.es/pdf/formularios/codigo.pdf>

11 ADA. *Principles of Ethics and code of Professional Conduct*; 2012. <http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2012.pdf>

12 American Dental Association. *Journal of American Dental Association 1982, 105(3): 483-495.*

13 *Ibíd. 1984, 109(4): 597-603.*

14 *Ibíd. 1988, 117(5): 657-661.*

15 *Ibíd. 1992, 123(9): 98-110.*

16 ADA (op.cit.) Preamble: "The American Dental Association calls upon dentists to follow high ethical standards which have the benefit of the patient as their primary goal."

17 Beauchamp T.L, Childress F.T, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.

cinco principios generales: Autonomía, No maleficencia, Beneficencia, Justicia y Veracidad. Cada sección consta de tres componentes: descripción del principio, desarrollo de los artículos del código de conducta, y opiniones asesoras, que se añaden como subartículos. El cuarto capítulo concreta unas normas de aplicación.

Código CED

En la Unión Europea el código ético para odontólogos aparece en 1965, con sucesivas revisiones en 1982, en 1998 y sobre todo en 2002[18] (donde se sientan las bases de la subsidiariedad y los valores tradicionales), siendo la última revisión de 2007, redactado por el CED (antiguamente denominada *European Union Dental Liaison Commitee*). El código se divide en cinco capítulos. En el primer capítulo, el Contexto, se justifica la necesidad de publicar dicho código, pues se percibe la necesidad de que exista un marco de referencia (*framework of reference*)[19] para todos los odontólogos de la Unión, dada la movilidad de estos y de los mismos pacientes entre las fronteras de los países miembros, donde lo fundamental es establecer los mínimos requisitos exigibles. A su vez, el código no deja de manifestar su vocación humanista y su esquema de compromisos: el odontólogo está al servicio del paciente/sociedad y no al revés, con primacía de éstos en las situaciones de conflicto. A continuación, en los capítulos segundo, tercero y cuarto se describen los diferentes compromisos del odontólogo: con el paciente (capitulo 2º), con la sociedad (capitulo 3º) y con los miembros del equipo de salud oral (capitulo 4º), distribuidos en veintiocho artículos (dieciocho, tres y siete, respectivamente). El quinto capítulo es un anexo al código, sobre la publicidad electrónica.

Código CGCOE

El código español fue aprobado por el CGCOE en 1999 (modificado en 2000 y en 2012) y completaba el marco deontológico ya iniciado con la publicación de los Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos en el Real Decreto 2828/1998[20], sobre todo en los artículos 18 y 19 del mismo. El código está compuesto de 88 artículos, recogidos en 20 capítulos, que a su vez se organizan en 6 títulos. El esquema es similar al modelo europeo: compromiso con el paciente, con la sociedad, con los colegas del ámbito sanitario y con las instituciones. Pero en su desarrollo se refleja la tendencia legislativa propia de la estructura jurídica española, donde prima la concreción de los deberes profesionales, sin perderse en valoraciones, y sin dejar espacio a interpretaciones. Tampoco trata de fundamentar los artículos o explicar los principios defendidos, como ocurre en el americano, pues da por supuestos los motivos de las obligaciones que se contraen. Comienza estableciendo las bases elementales de la profesión y en el capítulo segundo se exponen los principios generales (igualdad de los pacientes, los intereses del paciente, la regla de actuación conforme la ley), similar al diseño que presenta el código de deontología médica de la OMC[21]. A continuación se legisla detalladamente en los restantes dieciocho capítulos, que concretan la actuación ante el paciente, ante la sociedad y ante otros profesionales o instituciones: honorarios, consentimiento informado, historia clínica, el secreto profesional, publicidad, etc.

4. Resultados y discusión

Como recuerda Williams[22], la mayoría de los autores coinciden en que un código deontológico no pretende establecer un modelo ético de actuación profesional, sino más bien un contexto normativo de consenso aceptado por todos y que ayude a clarificar los límites que deben (deontos) respetarse, por encima de planteamientos personales. Por su carácter pragmático, es lógico que no profundicen en aspectos antropológicos, que acabarían creando división. Pero resulta interesante observar

18 Dental Liaison Committee. *General principles for a dental professional ethical code in the countries of the eu.* <http://www.eudental.eu/library/104/files/dlc_ethicalcode_final_may_2002-20051021-1755.doc>

19 **CED (op.cit.) Context: "there is a need to create a framework of reference for all dentists in their cross-border practice."**

20 BOE, 26 de enero de 1999. *Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General. Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre de 1998.*

21 Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC). *Código de Deontología Médica*. 2011. <https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf>

22 Williams J.R, *Denthal Ethics Manual*. FDI World Dental Federation; 2007; 29-30.

las semejanzas y diferencias porque permiten deducir las dimensiones éticas subyacentes en su desarrollo.

Los tres códigos son convergentes en sus estructuraciones. En los tres casos se inicia con una declaración de principios aparentemente comunes a la tradición occidental, cuyo conocimiento se da por supuesto y son fáciles de referenciar con la Declaración de Derechos Humanos. También en la distribución de los temas aparecen elementos semejantes, como por ejemplo iniciar la normativa reservando un apartado a *la relación con el paciente* (cuidado del paciente, la calidad del servicio, respeto a su integridad, confidencialidad, trato justo), que lo encontramos en las secciones 1 y 2 del código ADA, en el apartado 2 del código CED y en el título segundo del código CGCOE. Otro elemento común a los tres códigos es el tratamiento de *la actitud profesional* (el ejercicio de la profesión y la relación con otros profesionales), que en el código ADA se halla en la sección 5, en el código CED se trata en el apartado 4, y en el código CGCOE se trata en los títulos III y IV. El tercer ámbito de convergencia es *la responsabilidad con la sociedad*: en el código ADA aparece en las secciones 3, 4 y 5; en el código CED se trata en el apartado 3; y en el código CGCOE se trata en el capítulo 13.

Estos son las cuestiones comunes, semejantes incluso en la redacción y que por su amplitud abarcan prácticamente la totalidad del código. Pero a la hora de analizar las divergencias se observa, por ejemplo, que algunos temas no se desarrollan del mismo modo. Es el caso de *la investigación*, que en el código CGCOE se desarrolla en el título V, en el americano apenas se cita en la sección 3, y en el europeo no se desarrolla. La *adecuación de honorarios* se trata en los artículos 4E y 5B del código ADA, en el capítulo 9 del código CGCOE, pero no aparece en el código CED. La *veracidad* se registra profusamente en el código americano y de forma moderada en capítulo 5 del europeo, pero apenas se trata en algunos artículos del capítulo 11 del código español. Son divergencias fáciles de entender, entre otros motivos, por la diferente finalidad de aquello que se quiere regular. Pero donde cabría esperar una homogeneidad mayor es en la fundamentación de los diferentes códigos, sea cual sea el ámbito territorial. Por ejemplo, si se comparan las principales *virtudes* que debe ejercitar el odontólogo, el código ADA especifica la honestidad, compasión, bondad, integridad, justicia y caridad[23]; el código CED cita la independencia, imparcialidad, confidencialidad, integridad, honestidad, competencia y profesionalidad[24]; y el código CGCOE las concreta en categoría personal, competencia profesional e integridad moral[25]. Estas diferencias adquieren mayor relevancia si las analizamos a la luz de la *ética de las virtudes*, tal como la expone MacIntyre[26], pues en ella la valoración ética se basa más en la excelencia moral de los individuos que en la acción concreta de esos individuos. Es cierto que al ser documentos normativos no se especifica expresamente el alcance de estos términos, para permitir una interpretación amplia y duradera. Pero suponiendo que signifiquen lo mismo para todos, cabe preguntarse por qué se exigen virtudes diferentes en lugares diferentes. En este aspecto, se observa la coincidencia de los tres códigos en uno de los términos: la integridad, y por el contexto se entiende que se está hablando de integridad moral. Todo ello induce a plantear si existe una *meta-deontología* en los legisladores, según la cual todo el despliegue de deberes, obligaciones y prohibiciones no tendría coherencia si no existiese una *integridad ética* que anime a cumplir todo aquello que se articula, por encima de las formulaciones. Es lo que dan a entender los tres códigos en sus respectivas introducciones. El problema es que los códigos, al ser textos pragmáticos de utilización inmediata, difícilmente pueden desarrollar una argumentación racional sobre la *razón última* de los principios y ese vacío, a la postre, los hace más débiles y genera distorsiones.

Por ejemplo, en la Introducción del código de la ADA se afirma, como punto de partida, que la confianza en el dentista reside en el compromiso de éste con los "grandes patrones éticos" de conducta (*high ethical standards*). Este compromiso se observa también en el manual del American College of Dentists[27], cuyos prime-

23 ADA (op.cit.) Preamble.
24 CED (op.cit.) Context (a. 1.1).
25 CGCOE (op.cit.) Capítulo 11 (a. 49.1).
26 Mcintyre A. *After Virtue*. University of Notre Dame Press; 1981.
27 American College of Dentists. *Ethics handbook for dentists*. 2012.

ros capítulos tratan de fundamentar el comportamiento ético. A su vez, el código ADA añade que es "un documento en evolución y por su misma naturaleza no puede ser una articulación de todas las obligaciones éticas"[28] sino, más bien, "el resultado de un diálogo continuo entre la profesión dental y la sociedad, y como tal, debe someterse a una continua revisión". En conjunto es una llamada a una ética universal deontológica, no escrita, intuitiva, que debería regir la base de toda actuación. Se entiende por ello que el código ADA se estructure según el modelo sintético de Beauchamp y Childress[29], *el pricipialismo*, donde la tesis central considera que se puede llegar a una superposición de consenso (*overlapping consensus*), o lo que es lo mismo, exponer unos contenidos consensuados a la vez que se ofrece un contenido moral independiente de las teorías existentes (aunque sean contrapuestas). Según estos autores, se debe seguir el deber *prima facie* (deontologismo), lo que es juzgado como mejor en cada caso o deber actual (intuicionismo), valorando las consecuencias de las decisiones (utilitarismo). Se renuncia al empeño de encontrar un acuerdo sobre los principios generales y se concentra el esfuerzo en buscar soluciones razonables para cada situación concreta, soluciones que pueden solaparse, incluso entrar en competencia, hasta prevalecer una de ellas[30]. En este punto, los autores son conscientes del peligro de derivar hacia una *ética de situación* —a pesar de que los mismos autores la rechacen explícitamente— o casuística, como la describe Jonsen[31]. El problema es que esta declaración de intenciones resulta difícil de materializar en la praxis odontológica. Quizás por esto muchos artículos adquieren un perfil legalista, que invita a reflexionar sobre el modelo defensivo hacia el que derivan las profesiones sanitarias, quizás más atento a las consecuencias de las acciones que a la moral de las acciones mismas. ¿Es un matiz aportado por el consecuencialismo moral? El *consecuencialismo* es un término elaborado por Anscombe[32], cuyo origen se halla en el utilitarismo de Bentham y Stuart Mill. El criterio de discernimiento ético se fundamenta en hacer un balance de costes y beneficios entre diversas alternativas. La más razonable y por tanto, la que obliga moralmente, es la que maximiza el bienestar y minimiza el sufrimiento para el mayor número de personas posibles. En última instancia, basta con valorar el resultado final, las consecuencias de los actos. Fácilmente se entiende que se generen conflictos en las actuaciones, conflictos que se resolverán por vía jurisprudencial. Esto explicaría la diferente extensión, el orden y profundidad de los artículos. Por ejemplo, el principio de autonomía se expone en primer lugar, aunque lo que realmente se desarrolla es el derecho a la confidencialidad (a. 1B). El principio de no-maleficencia se acaba concretando en una exclusiva referencia a la adecuada capacitación profesional y al reconocimiento de las propias limitaciones (a. 2A, 2B, 2D, 2E). El tercer principio, el de beneficencia, se centra sobre todo en la responsabilidad profesional (a. 3B, 3C, 3E, 3F). El cuarto principio, la justicia, se limita a situaciones concretas: infecciones (a. 4A), emergencias (a. 4B), la crítica profesional (a. 4C), peritajes (a. 4D) o la publicidad (a. 4E). Y el quinto principio, la veracidad, que configura la confianza odontólogo-sociedad, absorbe gran parte del documento al tener que incluir la facturación (a. 5B), la publicidad (a. 5E, 5F) y las acreditaciones (a. 5G, 5H, 5I).

El código europeo no sigue ese patrón. El código CED, por ejemplo, enfatiza la dimensión social de la profesión y marca unos parámetros elementales válidos para toda la Unión, pero sin apoyarse en definiciones concluyentes ni abordar la justificación ética a la hora de elaborar el código, dando por establecidos muchos conceptos ("dignidad del paciente", "valores sociales", "bienestar de la sociedad")[33]. Y es una situación que se observa también en la descripción del perfil competencial del odontólogo que elabora otro organismo eu-

28 ADA (op.cit.) Introduction: "The ADA Code is an evolving document and by its very nature cannot be a articulation of all ethical obligations. The ADA Code is the result of an ongoing dialogue between the dental profession and society, and as such, is subject to continuous review. "

29 Beauchamp T.L, Childress F.T, (op.cit.).

30 ADA (op.cit.) Introduction: "Principles can overlap each other as well as compete with each other for priority."

31 Jonsen A, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley, U. California Press; 1988.

32 Anscombe G.E.M., "Modern Moral Philosophy", *Philosophy*, 33, pp. 1-19;1958 (en Hudson,W. D. *The 'is-ought' question: a collection of papers on the central problem in moral philosophy*. Macmillan, London, 1969, p. 187).

33 CED (op.cit.) Context (a. 1.1).

ropeo, la *Association for Dental Education in Europe*[34], cuyas recomendaciones éticas se limitan a "ser competentes para practicar (la profesión) con integridad personal y profesional, con honestidad y con confiabilidad" (*supporting compentences*, 1.8), así como "ser competente para proporcionar un cuidado humano y compasivo a todos los pacientes" (1.9). De todos modos, se puede decir que el contenido de los principios generales y gran parte de los artículos reflejan la conciencia ética de la profesión biosanitaria propia de la Europa continental, que remite a un deontologismo kantiano[35] matizada por elementos de la ética social. El *deontologismo* se basa en el establecimiento de normas universales y de obligado cumplimiento. Dichas normas obligan por su racionalidad intrínseca, sin valorar sus consecuencias, en la medida que son normas universalizables, a la vez que se potencia la intención, de manera que la fuente de moralidad acaba siendo "la buena voluntad". Por si quedase etéreo este planteamiento, el código CED cita algunas virtudes que perfilan algo más las obligaciones del profesional (imparcialidad, integridad, honestidad). Todo esto permitiría entender que en el "Contexto" (a. 1.1) se establezcan siete principios expresamente genéricos, válidos para cualquier otra profesión:

a) Contribuir al bienestar de la sociedad, promoviendo la salud oral de la comunidad.
b) La promoción de la independencia, imparcialidad, confidencialidad profesional, integridad, honestidad, competencia y profesionalidad.
c) Promover la salud oral como parte de la salud general y contribuir a asegurar el acceso equitativo a la atención dental.
d) Aumentar en la sociedad el conocimiento especializado, las habilidades profesionales, las aptitudes y valores sociales.
e) Respetar la dignidad, la autonomía y las elecciones del paciente.
f) Actuar siempre buscando los mejores intereses de los pacientes.
g) Aplicar las técnicas de práctica actuales.

Difícilmente podríamos precisar un modelo ético a partir de estos parámetros, más allá de lo ya señalado, pero llama la atención que los cuatro primeros puntos hagan referencia a la dimensión social de la profesión, que el segundo y el séptimo se orienten hacia el compromiso profesional, pero sólo en el quinto y en el sexto se nombran al paciente en concreto y a sus necesidades. ¿Podría interpretarse que en el ámbito europeo se plantea la profesión como un servicio a la sociedad antes que al individuo? En el desarrollo de los artículos esta apreciación queda más diluida, pero es ahí donde se percibe mejor la falta de profundidad, que se explica cuando se examina la finalidad del modelo europeo: un intento de establecer una normativa de mínimos que sirva para 27 países con tradiciones jurídicas muy dispares aunque tengan las mismas raíces. Dado que es difícil poner de acuerdo a todos, se opta por un desarrollo muy breve, sucinto, reducido a los problemas competenciales que pueden surgir entre los países miembros (como se manifiesta en el capítulo cinco), generando un marcado acento contractualista. Se habla del beneficio del paciente, pero como base de un servicio contratado, en el que no hay conflicto de jerarquía entre los principios generales sino más bien un acercamiento de voluntades que buscan llegar a un acuerdo. Ese *contractualismo* práctico no es más que la concreción de la ética procedimental, que a su vez nos remiten a las teorías sobre el pacto social de Hobbes y Rousseau. Este planteamiento busca la solución a los dilemas éticos procurando establecer un acuerdo sobre los procedimientos a seguir para constituir las normas, evitando así la imposición de alguna solución por parte de alguien. Se convierte en una ética de mínimos, a lo que tendería cualquier código profesional. Sus objetivos principales se limitarían a la defensa del bienestar general —en el sentido de sentirse bien—, y autonomía individual, como defiende Engelhardt[36].

34 **Plasschaert A.J, Holbrook W.P, Delap E, Martinez C, Walmsley A.D; Association for Dental Education in Europe. "Profile and competences for the European dentist". *European Journal of Dental Education*. 2005 Aug;9(3):98-107.**

35 Kant I. *Crítica de la razón práctica (Kritik der praktischen Vernunft)*, 1788 (trad. de E. Miñana y Manuel García Morente, Madrid, Espasa-Calpe, 1981).

36 Engelhart H.T, *The foundations of bioethics*, New York: Oxford University Press, 1996.

Por último, en el código español de la CGCOE, los principios generales aparecen en el capítulo segundo del primer título, donde cada artículo corresponde a un principio. Destaca la fundamentación y descripción de los artículos referidos al bien integral del paciente y a la justicia al atenderle (atención al vulnerable, demanda social, igualdad de atención), así como el principio de autonomía, concretado en algunos artículos que instan al compromiso y la confianza entre odontólogo y el paciente. Existe un trasfondo humanitario, que el capítulo desea dejar claro, y que sustenta las restantes dimensiones (personal, social, legal) de la profesión. Se percibe la imbricación del esquema principialista/deontologista ya citado, con elementos personalistas que dan cierta solidez a los argumentos. En el *personalismo*, tal como es presentado por Sgreccia[37], el criterio moral hay que hallarlo no en un acuerdo consensuado sino en la misma naturaleza personal del hombre. Se busca la plena realización del individuo y por eso se pregunta qué elecciones y valores la promueven, lo que Ciccone[38] expresa de la siguiente manera: "Realización de todo el hombre en todos los hombres". Sgreccia elaboró un esquema de cuatro principios que hallan cierto paralelismo con los de Beuchamp y Childress, pero fundamentados sobre una base humanista de tradición judeocristiana y donde se observa una jerarquía u orden de valores. Según Sgreccia, existiría un primer principio de inviolabilidad de la vida humana (próximo a la no-maleficencia), un principio de proporcionalidad terapéutica (similar a la beneficencia), un principio de libertad responsable (cercano a la autonomía) y un principio de solidaridad (convergente con la justicia). En el código español aparecen elementos próximos a ambos modelos —principialistas y personalistas— en los artículos del seis al nueve:

a) Principio de igualdad de los pacientes, fácilmente identificable con el principio de Justicia: *atender con la misma probidad y diligencia a todos los pacientes, independientemente de su condición individual, raza, sexo, religión, opinión, naturaleza del problema de salud o cualquier otra situación o circunstancia personal o social* (a. 6), identificando los pacientes en su misma dignidad, perfilando una visión universalista de la profesión, de la deontología y de la ética.

b) Prioridad de los intereses del paciente, asimilable al principio de Beneficencia: *la principal lealtad del odontólogo es la que debe a su paciente… dará preferencia a los intereses del enfermo sobre cualesquiera otros, incluidos los propios* (a. 7).

c) Actuación conforme a la "lex artis ad hoc", clara referencia al principio de No maleficencia: no realizar una *conducta perjudicial hacia la vida o salud de los pacientes, atendiéndole conforme al conocimiento científico del momento y situación* (a. 8).

d) Deberes vocacionales del odontólogo. Argumenta que los deberes expuestos son primordiales para el odontólogo, dado que *su vocación consiste en defender la salud y aliviar el sufrimiento de sus pacientes… mediante un ejercicio profesional fundamentalmente humanitario* (a. 9). Los deberes que enumera este artículo son tres: "el respeto a la vida y a la dignidad de las personas", "el cuidado preventivo, terapéutico y/o paliativo de la salud estomatognática de los seres humanos" y "la promoción y protección de la salud dental de la comunidad".

Cuando se analiza la estructura de los artículos se observa que estos principios son fáciles de reconocer en los primeros capítulos. Pero a partir del capítulo 8 el código español deriva, como ocurre en el código americano y el europeo, hacia el ámbito competencial entre iguales (honorarios, imagen, publicidad), así como hacia la relación con otros profesionales o instituciones (técnicos, auxiliares, centros de investigación, editoriales), que en el caso español adquiere un cierto matiz corporativista. Dicho *corporativismo* se entiende no tanto como planteamiento ético sino como modelo de organización de la profesión, que tiende a remitir las cuestiones conflictivas —incluidas las cuestiones éticas— hacia un órgano centralizado con capacidad de decidir, y que en este caso se configura en la Organización Colegial.

37 Sgreccia E. *Manual de Bioética.* BAC, 4ª edición, 2010.

38 Ciccone L. *Bioética, Historia, principios, cuestiones*. Madrid: Palabra; 2005.

5. Conclusion

Es patente, después de analizar la estructura de los códigos, el trasfondo común que se pretende alcanzar a través del mejor servicio bucodental del paciente: un bienestar general edificado sobre la *benevolencia* (querer el bien integral del paciente). Este principio se haya implícito en todo código moral y tiene como base la dignidad humana, fundamento de toda práctica profesional, pero que cada código matiza a su manera. Esta diferente matización se muestra en la enumeración de las virtudes exigibles al profesional, pero sobre todo en la articulación de normas (obligaciones y prohibiciones) que acaban reflejando las distintas necesidades socioculturales de cada territorio. Estas normas son las que sustentan los códigos y es evidente que, como en cualquier deontología, facilitan el ejercicio profesional y la línea de conducta inmediata pero ¿tienen impacto en la conciencia del profesional? Resulta difícil de medir, aunque no faltan intentos[39]. De todos modos no existe un algoritmo que conduzca los juicios éticos, como apunta Ozar[40]. Es cierto que a través del *Preámbulo* (ADA), *Introducción* (CGCOE) o *Contexto* (CED), se observa un gran esfuerzo a la hora de fundamentar los principios, sobre todo en el código americano, pero en el código español apenas se esbozan y se dan por supuestos en el europeo. Falta, por tanto, una base argumental común que homogenice los conceptos, y que facilite resolver los problemas éticos esenciales. Y esto es importante porque cabe el peligro de que cada código acabe reflejando sobre todo los intereses particulares, a partir de los conflictos que se generan habitualmente, y que obligan a concretar las responsabilidades legales, como se observa por la profusión y extensión de determinados artículos: en ADA se focaliza en la defensa del profesional frente a las reclamaciones de los pacientes y la competencia desleal; en CED se centra en las competencias de ejercicio y la publicidad; y el CGCOE pone su atención sobre la responsabilidad de la profesión ante otras profesiones o instituciones.

39 Zemel M, Miguel R. "Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario". Revista Redbioética/UNESCO, 2012, año 3, 1(5), 94-106.

40 Ozar D.T.S, David J. *Dental Ethics at Chairside. Professional Principles and Practical Applications*. Washington: Georgetown University Press; 2002: 82-83.

Referencias

aDA. *Principles of Ethics and code of Professional Conduct*. 2012. <http://www.ada.org/sections/about/pdfs/code_of_ethics_2012.pdf>

American Dental Association. *Journal of American Dental Association* 1982 [105(3): 483-495], 1984 [109(4): 597-603], 1988 [117(5): 657-661], 1992 [123(9): 98-110]

Aleksandrova S. "Comparative analysis of the Code of Professional Ethics in Bulgaria and the Hippocratic Oath, Declaration of Geneva and International Code of Medical Ethics". *Medicine in Law*. 2005 Sep;24(3):495-503.

American College of Dentists*. Ethics handbook for dentists.* Gaithersburg, Maryland, 2012.

Anscombe G.E.M, "Modern Moral Philosophy", *Philosophy*, 33, pp. 1-19;1958 (en Hudson,W. D, *The 'is-ought' question: a collection of papers on the central problem in moral philosophy*, Macmillan, London, 1969, p. 187).

Beauchamp T.L, Childress F.T, *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press; 1979.

BOE, 26 de enero de 1999. *Estatutos Generales de los Odontólogos y Estomatólogos y de su Consejo General*. Real Decreto 2828/1998, de 23 de diciembre de 1998.

Ciccone L. *Bioética, Historia, principios, cuestiones*. Madrid: Palabra; 2005.

CGCOE. *Código Español de Ética y Deontología Dental*; 2012. <http://www.consejodentistas.es/pdf/formularios/codigo.pdf>

CED. Code of Ethics for Dentists in the European Union; Council of European Dentists, 2007. <http://www.eudental.eu/library/104/files/ced_code_ethics___adopted_0071130_en-20071207-1632.pdf>

Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (OMC). *Código de Deontología Médica.* 2011. <https://www.cgcom.es/sites/default/files/codigo_deontologia_medica.pdf>

Dental Liaison Committee. *General principles for a dental professional ethical code in the countries of the*

eu. <http://www.eudental.eu/library/104/files/dlc_ethicalcode_final_may_2002-20051021-1755.doc>

Engelhart H.T. *The foundations of bioethics,* New York: Oxford University Press, 1996.

Hadjistavropoulos T, Malloy D.C, Douaud P, Smythe W.E. "Ethical orientation, functional linguistics, and the codes of ethics of the Canadian Nurses Association and the Canadian Medical Association". *The Cananadian journal of nursing research*. 2002 Sep;34(2):35-51.

Jonsen A, Toulmin S. *The Abuse of Casuistry: A History of Moral Reasoning*, Berkeley, U. California Press; 1988.

Kant I. *Crítica de la razón práctica (Kritik der praktischen Vernunft),* 1788 (trad. de E. Miñana y Manuel García Morente, Madrid, Espasa-Calpe, 1981).

Llodra Calvo, J.C. "La demografía de los dentistas en España". *Consejo General de Odontólogos y estomatólogos de España*, 2010, 1-38.

Mcintyre A. *After Virtue*. University of Notre Dame Press; 1981.

Ozar D.T.S, David J. *Dental Ethics at Chairside. Professional Principles and Practical Applications*. Washington: Georgetown University Press; 2002: 82-83.

Plasschaert A.J, Holbrook W.P, Delap E, Martinez C, Walmsley A.D; Association for Dental Education in Europe. "Profile and competences for the European dentist". *European Journal of Dental Education*. 2005 Aug;9(3):98-107.

Schloss A.J. "A systematic format for resolving ethical issues in clinical periodontics". *Journal American College Dentists*. 2012 Fall;79(3):42-47.

Sgreccia E. *Manual de Bioética.* BAC, 4ª edición, 2010.

Sharp H.M, Kuthy RA, Heller K.E. "Ethical dilemmas reported by fourth-year dental students". *Journal of Dental Education*. 2005 Oct; 69(10):1116-1122.

Spagnolo A.G. "I principi della bioetica Nord-Americana, e la critica del Principlismo".

Rivista Camillianum. 2000, Anno XI, Numero 21, Primo semestre; 225-246.

Vianna J.A., Rocha LE. "Comparison of the Code of Medical Ethics of Brazil with those of eleven countries". *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2006 Nov-Dec;52(6):435-440.

Williams J.R. *Denthal Ethics Manual*. FDI World Dental Federation, 2007.

Zemel M, Miguel R. "Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario". *Revista Redbioética/UNESCO*. 2012, año 3, 1(5), 94-106.