BOLETÍN

TALCA UNIVERSIDAD CHILE | Inspira Innova Impacta

Edición 18
OCT 2026

Odontología con Sentido

BIOÉTICA APLICADA A LA CLÍNICA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Comité Editorial

Jorge Oliva Te-Kloot (Coordinador)

Bernardo Venegas Rojas
Cecilia Muñoz Sandoval
Karla Gambetta Tessini
Marcelo Sánchez Astorga

Facultad ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE TALCA

EDITORIAL

La ética también se aprende en el sillón
Dra. Marcela Espinosa San Martín.....4

ARTÍCULO CENTRAL

La ciencia y sus compromisos
Víctor Brangier Peñailillo.....5

COLABORACIONES ACADÉMICAS

Ser, Enfermedad y Bioética
Dr. Bernardo Venegas Rojas.....7

Los bienes humanos básicos y el ejercicio profesional en odontología
Dr. Jorge Oliva Te-Kloot.....13

Dispensa o exención del proceso de consentimiento informado en una investigación
Jorge Godoy-Olave.....17

Historia de la Odontología
Hernán Ramírez Skinner.....22

VOCES ESTUDIANTILES

Eutanasia y suicidio asistido
Dr. José Pedro Peña Moraga.....24

NOTICIAS Y ACTIVIDADES

Segunda Jornada Internacional de Ética de Investigación Científica.....27

COMENTARIO BIBLIOGRÁFICO

Comentario sobre "Bioética Narrativa" de Domingo y Feito
Dr. Jorge Oliva Te-Kloot.....28

BIOGRAFÍA INSPIRADORA

Fernando Lolas Stepke: El motor de la Bioética Latinoamericana
Dr. Marcelo Sánchez Astorga......30

"*Odontología con Sentido"* tiene como propósito promover y estimular la reflexión crítica en torno a la bioética, la educación y la investigación biomédica. Esta publicación se concibe como un espacio abierto, transversal e inclusivo, dirigido a todos los ámbitos del cuidado de la salud, sus profesionales y estudiantes, así como a toda la comunidad universitaria. La invitación está extendida para recibir vuestras reflexiones y trabajos.

Comprometidos con la calidad de vida y el bienestar integral de las personas, aspiramos a fomentar una cultura de deliberación ética, especialmente en lo que respecta a los procesos de toma de decisiones clínicas, la formación en valores y los límites éticos de la investigación con seres humanos.

Creemos firmemente que el diálogo interdisciplinario en la atención de salud, es clave para el reconocimiento de la dignidad y singularidad de cada persona, entendida tanto desde su corporalidad como desde su mundo interior. Este enfoque permite avanzar hacia una atención que respete la autonomía del paciente y lo proteja de cualquier forma o intento de instrumentalización.

Comité Editorial

LA ÉTICA TAMBIÉN SE APRENDE EN EL SILLÓN



Dra. Marcela Espinosa San Martín
Secretaria Académica,
Facultad de Odontología, Universidad de Talca

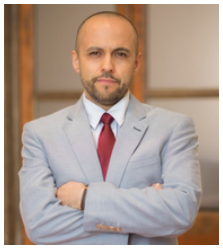
Hace pocas semanas, las Clínicas Odontológicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de Talca adoptaron un nuevo modelo clínico centrado en la persona, orientado a entregar una atención odontológica integral de calidad, segura y humanizada. A ello se suma la implementación de un diseño curricular innovador, que incorpora transversalmente la formación en valores a lo largo de la trayectoria educativa y reconoce la relevancia del vínculo clínico ético en el ejercicio de la profesión. Estos cambios evidencian que el trato humano hacia el paciente no es un accesorio de la excelencia técnica, sino que forma parte de una formación profesional y una atención de salud de calidad.

Esta convicción no es nueva, pero la reflexión en torno a ella se mantiene plenamente vigente. David Nash planteó hace más de una década que formar odontólogos con sólidos conocimientos disciplinares y destrezas técnicas era necesario, pero no suficiente, para garantizar una atención odontológica de calidad. Se requiere también de profesionales que coloquen sus competencias al servicio del bienestar del paciente, ejerciéndolas con integridad. En este contexto, la empatía adquiere un lugar primordial para la construcción del vínculo clínico o alianza terapéutica, sin embargo, el mismo autor advierte que esta capacidad de conectar con el otro va disminuyendo conforme el estudiantado avanza en su formación debido a la sobre carga académica o a la falta de modelos de rol durante la formación clínica, entre otros factores. Si una capacidad tan esencial para la atención en salud puede debilitarse, es necesario cultivarla intencionadamente.

Por eso, el modelaje clínico como estrategia pedagógica da respuesta a esa carencia. Desde nuestro rol docente debemos ser cada vez más conscientes de que la formación ética no puede quedar circunscrita a una asignatura ni limitarse a un aprendizaje teórico. Por el contrario, debe evidenciarse, sobre todo, en la práctica clínica. Es en este espacio donde los distintos saberes se integran y las competencias se consolidan progresivamente. Aquí, el docente clínico se convierte en un referente de cómo ejercer la profesión.

Enseñar odontología es más que mostrar la excelencia técnica de un procedimiento. Cada jornada nos permite educar en cómo escuchar, respetar, acompañar y reconocer o validar a la persona detrás de un padecimiento o dolor. En cada encuentro clínico, las y los estudiantes nos observan y aprenden a partir de nuestro ejemplo y en eso radica nuestro principal desafío e invitación: formar odontólogas y odontólogos con sentido implica asumir que, cada vez que nos vinculamos con un paciente y lo cuidamos, estamos enseñando cómo cuidar.

LA CIENCIA Y SUS COMPROMISOS



Víctor Brangier Peñailillo
Director del Instituto de Estudios Humanísticos, Universidad de Talca

Ha pasado buen tiempo desde que me entusiasmé buscando viejos juicios criminales del siglo XIX en el Archivo Nacional Histórico de Chile. Exploraba con curiosidad, por entonces, los nacientes peritajes médico-legales en casos renombrados de homicidas que capturaron la imaginación de la prensa y del público en general. Por ese tiempo, además, yo venía cargado del marco teórico Foucaultiano que me motivaba, más de la cuenta, a ver la relación cómplice del poder y del saber en todos lados. Lo cierto es que creí descubrir algo tétrico en esa participación de los médicos, intentando analizar cráneos y fenotipos anómalos, rasgos atávicos y características morales únicas en los homicidas criollos: esos discursos Lombrosianos de Carlos Sazie, de Augusto Orrego Luco, de Federico Puga Borne y de otros prohombres del peritaje médico legal de ese siglo, me pareció que reproducían otras pautas de desigualdad, explotación y degradación social del momento. Esa proto-criminología nacional parecía subsidiar las jerarquías sociales impuestas desde otras estructuras e instituciones de larga data. Y viceversa, esa sociedad desigual y esas estructuras económicas e ideológicas, resultaban la condición básica de funcionamiento de las ciencias que estudiaban y trataban directamente a las personas. La criminología tuvo ese pecado de origen: mientras más se afanaba por teñir de verdad su discurso sobre el criminal nato, más trabajaba para legitimar el ejercicio puro y duro de la dominación de unos pocos sobre otros muchos.

Después de esas experiencias con el morbo que transmitían esos peritajes y el nacimiento de ese saber disciplinar, me quedé preguntando un rato sobre las particularidades del saber científico: de las ciencias humanas y sociales y de las ciencias que tratan físicamente con las personas, como la medicina, por ejemplo. Más que nada, le di vueltas al asunto controversial de si estos saberes, con pretensiones de verdad, podían escapar del circuito poder-saber-poder. Otras preocupaciones más mundanas rápidamente me distrajeron con fuerza. Siempre el peso del presente se antepone a este tipo de acrobacias mentales. Es sano decir esto porque estoy hablando de la década del 2010, que en Chile tuvo alta actividad telúrica de todo tipo. Los dos estallidos sociales, de 2011 y 2019, fueron algunos de ellos. Pero, sobre todo, la expansión de discursos ultraconservadores alimentados por la descomposición de los principios de la democracia liberal, la entronización de la ideología de la inseguridad ciudadana y la masiva reacción xenofóbica con fundamentos racistas sin pudor. Así, la esfera política en el país entró a esta nueva etapa de la globalización de la post-verdad. Desde este nuevo piso valórico emergieron figuras

que levantaron propuestas de dominación pura en desmedro de principios que parecían transversalmente consolidados, como los derechos humanos, la solidaridad social, la preservación del medioambiente y la validez de la ciencia.

Como en otras zonas del mundo, particularmente en occidente y en América Latina, estos fenómenos se han profundizado hoy. Particularmente ha tomado fuerza el cuestionamiento neoconservador del saber científico. Me da la impresión que la pandemia del COVID-19 fue el punto de quiebre. Desde entonces, ganaron terreno los discursos contra las vacunas, se desarrollaron las teorías conspirativas contra la OMS y, en general, han tomado gran popularidad en redes sociales hipótesis que vinculan abiertamente la ciencia con el poder elitista y la dominación. Me refiero a ideas pujantes como aquellas que insisten que esta realidad es una simulación informática o que las instituciones científicas (financiadas por corporaciones multinacionales) nos mantienen engañados respecto a verdades primordiales, como la existencia de los ovnis, la forma plana de la Tierra o la naturaleza reptiliana de los dueños del capital. Basta explorar la cantidad de *likes* o suscripciones que alcanzan los *influencers* a cargo de estas cuentas en redes sociales.

Así las cosas, entramos en una paradoja que nadie previó. El poder y el saber científico entraron en tensión y ya no es posible hablar de una retroalimentación virtuosa como la que demostró el surgimiento de las ciencias en el siglo XIX y su desarrollo en el siglo siguiente. Los autoritarismos neoconservadores en occidente y en nuestra región latinoamericana se ensañan contra las bases estructurales del saber, contra las prácticas e institucionalidad científica, como la reducción del financiamiento de proyectos, el desmantelamiento de oficinas gubernamentales de investigación, el descrédito del capital humano avanzado que es desplazado en las esferas de la alta dirección pública, entre otros ejemplos. El maridaje virtuoso entre saber científico y práctica de dominación social se encuentra, por qué no decirlo, en su peor minuto.

Este contexto inédito que ha abierto el neoconservadurismo global puede traer algunos efectos atractivos para la democracia y el fortalecimiento del colectivo. Hoy en día, los saberes expertos que estudian y tratan directamente con las personas y sus cuerpos, miran cada vez más de lejos y con mayor escozor el ejercicio bruto de la dominación. La ciencia se ha alejado del poder y la voz del científico se alza como un bastión de defensa del medioambiente, de la inversión en infraestructura y cobertura hospitalaria, del mantenimiento de los planes escolares de alimentación infantil, de la reducción de los decibeles en los ambientes laborales, entre muchos otros ejemplos. La crisis de la complicidad entre saber científico y prácticas de control social abre todo un campo para el compromiso del mundo de los expertos en ciencia con los sectores más postergados de la sociedad.

SER, ENFERMEDAD Y BIOÉTICA*

*Basado en ponencia presentada en la Sexta Jornada de Medicina Narrativa y Tercera de Humanismo en Salud "Hacia el Cultivo de la Humildad Narrativa". Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso, 10-11 junio 2022.



Dr. Bernardo Venegas Rojas
Académico, Unidad de Patología y Medicina Oral, Departamento de Estomatología, Facultad de Odontología, Universidad de Talca

Introducción

Tradicionalmente la enfermedad es reconocida como una entidad definida, con características específicas relativas tanto a sus modos de expresión clínica como a los mecanismos fisiopatológicos involucrados en su ocurrencia. Según se entiende en el tradicional actuar sanitario actual, esta enfermedad se instala en el individuo por alguna causa, lo cual se estudia desde el punto de vista de la etiopatogenia y los factores de riesgo involucrados. La abundante evidencia científica existente en relación con ello necesariamente hace concluir que su veracidad es innegable. Sin embargo, considerando también la abundante evidencia sobre estudios en campos como la bioética y la medicina narrativa, en los cuales se analizan los rasgos humanos inherentes a la manifestación de la enfermedad, tanto en su etiología como en su expresión clínica, es posible visualizar un nexo intangible entre la enfermedad y las características esenciales de los individuos que sufren un trastorno patológico cualquiera. El individuo no es solo un conjunto de células, órganos y sistemas, cuyo interactuar integrado permite la manifestación de la vida; sino que existe un sentir, un pensar, una consciencia que involucra una dimensión más amplia en términos del hecho de existir. Sin duda, la neurociencia, así como otras disciplinas, ha permitido profundizar considerablemente el entendimiento de las relaciones entre los fenómenos biológicos propiamente tales, con aquellas funciones cognitivas fundamentales, de tal manera que son propuestos mecanismos neuroquímicos involucrados en funciones de alta complejidad tales como la consciencia, el pensamiento y la cognitividad. Sin embargo, aún persisten interfaces desconocidas, cuyas características es necesario explorarlas con el propósito de proporcionar nuevas visiones en el manejo de los trastornos fisiopatológicos.

El presente texto, pretende realizar un ejercicio de exploración teórica entre conceptos filosóficos asociados al "ser" de un individuo, establecer una asociación con la enfermedad, considerando ejemplos clásicos en el ámbito de la Patología Oral, para finalmente, en forma breve, permitir posibles nuevas luces de manejo de estos trastornos, visualizados desde el campo de la Bioética.

La visión de algunas enfermedades orales

En el ámbito de la acción clínica de atención de pacientes con afecciones en la cavidad oral, frecuentemente se observan enfermedades cuya etiología, o parte de ella, es atribuida a factores psicoemocionales, aparentemente inherentes a las particularidades personales o individuales de cada paciente. Los trastornos más frecuentes incluidos en esta categoría corresponden al Síndrome de Boca Urente[1], Liquen Plano Oral[2] y la Estomatitis Aftosa Recurrente[3]. El Cáncer de Cavidad Oral también ha sido estudiado en este contexto, tanto en forma experimental in vivo como con metodologías clínicas directas[4].

El manejo de pacientes con este tipo de trastornos considera mayoritariamente terapias farmacológicas puras, ya sea locales o sistémicas; sin embargo, en la actualidad, asociado al nacimiento de nuevos descubrimientos, se han potenciado intervenciones provenientes de los campos de la medicina complementaria y terapias cognitivo-conductuales, en cuyo desarrollo es posible obtener resultados variables en términos de la efectividad lograda. Un hecho claro que parece desprenderse a partir del ejercicio de la actividad clínica en este ámbito es que los pacientes con este tipo de afecciones parecen estar más propensos a tener en sus rasgos de personalidad, condiciones tales como ansiedad, depresión y estrés crónico. Tales características es posible detectarlas no sólo en el momento de la anamnesis y examen clínico; sino que también en el ejercicio de una conversación profunda con el paciente, incorporando en este aspecto un fin terapéutico, fundamentado en una información detallada, considerando condiciones específicas necesarias para un adecuado entendimiento del problema.

En este contexto, es posible también cuestionarse respecto a las características personales inherentes al clínico tratante, en términos tanto de la voluntad requerida para el manejo de estos trastornos, como de sus convicciones y conocimientos sobre la patología misma y los posibles factores causales relacionados, ya no tanto con los aspectos biológico-celulares y moleculares, sino también con los aspectos psicosociales asociados.

En suma, es posible contextualizar lo anterior en una asociación entre el “ser” inherente al individuo, en este caso, tanto el paciente que sufre una afección específica como al clínico tratante, y la posibilidad de que una comprensión profunda de las condiciones psicoemocionales involucradas permitan un alivio en la sintomatología asociada a la patología en tratamiento. De esta manera surge la necesidad de introducirse en los aspectos profundos del “ser” como individuo, para, de esta manera, visualizar una posible mayor comprensión de la fenomenología involucrada en la actividad clínica. El cuestionamiento específico a desarrollar entonces es: ¿Existe una real asociación entre el ser individual y la posible manifestación de trastornos orgánicos, y su eventual recuperación a través de la comprensión de los fenómenos psicoemocionales involucrados?

El "ser" como individuo

Dos ejemplos es posible considerar en este primer abordaje del ser individual. El primero de ellos se relaciona con la frase: *"Los médicos recetan fármacos de los que saben poco para curar enfermedades de las que saben menos, en personas de las que no saben nada"*. La frase habría sido expresada en el siglo XVIII por el escritor y filósofo francés François-Marie Arouet, más conocido por el pseudónimo Voltaire (1694 - 1778)[5]. Indudablemente los dos primeros aspectos de la sentencia han sido modificados considerablemente en términos del conocimiento sobre los fármacos y sus mecanismos de acción, además del considerable conocimiento existente actualmente sobre la etiopatogenia de las enfermedades, aun cuando permanecen innumerables incógnitas en un sinnúmero de patologías. Sin embargo, la tercera afirmación de la frase –*"personas de las que no saben nada"*-, puede aún permanecer vigente en forma importante. Las características individuales de los pacientes y de las personas en general, incluyendo sus contextos psíquicos, sociales y emocionales son aspectos poco estudiados al momento de abordar una anamnesis y examen físico y eventuales manejos terapéuticos de las enfermedades. El relato expresado por los pacientes respecto a sus afecciones es necesario observararlos en todo su contexto, lo cual implica una consideración reflexiva más allá del propio ámbito de la patología motivo de la consulta, aun cuando ello pueda escaparse de las disponibilidades físicas del tiempo necesario para la ejecución de la acción clínica. Ello nos lleva al concepto de "el paciente como texto", mencionado por Carlos Alberto Rosas Jiménez en su trabajo *"Medicina narrativa: el paciente como "texto", objeto y sujeto de la compasión"*[6]. En este contexto, Trisha Greenhalgh y Brian Hurwitz[7] proporcionan una visión profunda de la importancia de escuchar al sujeto padeciente, a través de la historia de Roberto, un paciente en busca de un diagnóstico. En la historia, el paciente presenta un relato que es pobremente escuchado por los clínicos, aspecto que muy probablemente suceda frecuentemente en el ámbito de la atención en salud, principalmente en presencia de patologías como las indicadas. Por un lado, la sensación de desamparo que puede afectar a un sujeto en una situación como la mencionada, es probable que contribuya en forma significativa a un empeoramiento de la sintomatología, sea ésta real o aparente. Por otro lado, los razonamientos involucrados en las deducciones del clínico, acostumbrado éste a un lenguaje científico y técnico, probablemente creen barreras en el entendimiento íntegro del relato del paciente, que lo impulsen no solo a no escuchar atentamente dicho relato; sino que también a desconsiderar aspectos que pueden ser esenciales en el proceso de análisis clínico, ocasionando así diagnósticos desacertados, con los consecuentes fracasos en las terapias posiblemente indicadas.

Así, el "ser" inherente tanto al paciente como al clínico se convierte en un motivo de estudio esencial, necesario de ser revisado por parte de los actores en salud, ya no sólo para ser aplicado en un contexto de una atención sanitaria específica; sino que también para una comprensión de los fenómenos vitales a nivel tanto individual como societario.

Un segundo ejemplo a ser introducido como motivo de reflexión, lo constituye el óleo sobre tela de Pablo Picasso denominado "Ciencia y Caridad"[8], permanentemente en exposición en el museo Picasso de Barcelona. En el cuadro se representa una paciente en su lecho de enferma, un facultativo en acto de examinación, y una religiosa con un niño en brazos, en acto de asistir a la enferma. A modo de interpretación, existe una condición de relato implícito en la obra de arte, el cual sobrepasa la relación directa entre el médico y la paciente, extendiéndose a entornos sociales inmediatos, similar a lo expresado en el texto "Unas gotas de fenomenología" por José Ortega y Gasset[9].

Dadas las reflexiones anteriores, profundicemos en torno al ser y su sentido. Tal cuestión parece alejarse de la pregunta original que motiva la reflexión del presente trabajo, haciendo de ésta una cuestión puramente utilitarista e instrumental; sin embargo, parece necesario realizar tal ejercicio considerando que el contexto en el cual está planteada dice relación directa con las "personas", con "entes" existentes en sí y con un entorno circunstancial específico, cambiante; pero determinante.

Heidegger aborda tal cuestión en forma predominantemente ininteligible. En su libro "Ser y tiempo" traducido al castellano por Jorge Eduardo Rivera[10], fundamenta y justifica el valor de preguntarse por el sentido del "ser". Menciona ya en aquel tiempo (1926) que la pregunta por el ser ha quedado en el olvido. Muy probablemente en la actualidad tal afirmación cobre aún más vigencia. La ausencia de cuestionamiento por el sentido del ser probablemente sea causa de indefiniciones individuales que originen desarmonías intelectuales y espirituales que se traduzcan en desarmonías físicas. O quizás es lo contrario: el cuestionarse sobre el ser ¿podría ser causa de lo mismo?

Es probable que en el presente análisis, el desarrollo de un concepto de "ser" pueda quedar en entredicho. Cuando reflexionamos profundamente sobre el ser, necesariamente nos enfrentamos a una conceptualización que es trasdendental, es decir, trasciende a lo fenomenológico. La enfermedad en sí es fenomenológica, o al menos, así la entendemos cotidianamente. La conocemos como una alteración en procesos fisiológicos, lo cual se expresa en síntomas y signos, a través de los cuales el clínico establece un diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, los factores que han llevado a tal situación pueden frecuentemente ser insuficientes para la comprensión misma de ese fenómeno. Actualmente la ciencia en el ámbito de la salud, transversalmente reconoce la relación entre elementos psicosociales y la ocurrencia de enfermedad. Aquello, no tan solo desde un factor psicológico puro, sino que con el conocimiento profundo de los fenómenos moleculares implicados en el proceso. Estos fenómenos bio-psicosociales son asociados a factores como: ¿Qué piensa el individuo de su propia enfermedad?, ¿Qué piensa sobre la vida?, o incluso ¿Qué piensa sobre la muerte?. Tales ejemplos sólo tienen por objetivo ilustrar la influencia de elementos inherentes al individuo enfermo, que van más allá de lo fisiopatológico puro, estableciéndose relaciones bidireccionales entre el pensamiento y la corporalidad.

Heidegger, en “Ser y tiempo” hace una distinción entre “Ser” y “Ente”. Un ente, en términos exageradamente simplificados, puede ser entendido como un concepto fenomenológico puro, asociado a objetos materiales o inmateriales. El concepto “ser” se asocia a la esencia pura de todo ente, lo que permite que un ente sea. En nuestro análisis, nos centramos en un individuo que padece una enfermedad. La aplicación de este razonamiento en este contexto se asocia entonces a que el individuo padeciente de una condición patológica está siendo afectado por fenómenos fisiopatológicos cuyo origen no se basaría únicamente en alteraciones biológico moleculares como causa, sino que como consecuencia de un desequilibrio esencial, es decir, asociado al ser intrínseco del individuo. De esta manera, la propuesta es que en los análisis clínicos y los cuidados a ser aplicados al paciente, sean considerados aspectos escenciales asociados al individuo como ser humano[11].

¿Cómo influye la Bioética?

La existencia de una relación entre el “ser” y una manifestación física de enfermedad tiene fundamentación en el contexto del proceso que cotidianamente denominamos “salud-enfermedad”. Tales conceptualizaciones han experimentado cambios sustanciales dados los avances en el campo de la investigación biomédica y antropológica. La medicina narrativa y la bioética se han ocupado de ello.

La Bioética, como ciencia que establece un nexo entre la ética y lo biológico, proporciona herramientas de reflexión fundamentales para abordar tales cuestionamientos. La ética clínica, más específicamente, aborda los aspectos humanos aplicados a la actividad sanitaria. En esta actividad, es clave el momento que se establece en lo que se denomina “la relación clínica”. En este momento se mencionan factores que incluyen componentes afectivos, cognoscitivos, operativos, éticos e histórico-sociales[12].

Desde un punto de vista del paciente y su entorno familiar, hay factores que influyen en esta relación clínica. La acabada comprensión del problema de salud que origina la consulta es el primer factor a considerar; posteriormente, la búsqueda de solución por parte del paciente, lo cual puede ser determinante en los estados emocionales de éste, debido a la existencia en muchas ocasiones de una búsqueda insatisfecha, lo cual origina temor, aprensión, angustia. Es necesario también considerar en este punto la esperanza por parte del paciente en relación a la solución de su problema, lo cual determina un factor de presión para el personal de salud, en términos de contar con las herramientas necesarias para conseguir un cambio que permita establecer una mejoría para el paciente. De esta manera, sentimientos netamente humanos están involucrados en el acto clínico, pero más aún, son factores que han influido desde los orígenes de la enfermedad, y que también deben ser considerados en las conductas terapéuticas emprendidas. El “ser” inherente al individuo se encuentra entonces en directa relación con el proceso patológico, constatándose una respuesta afirmati-

va a la interrogante planteada al inicio. La conclusión de este autor es entonces, que la asociación entre el ser individual y la posible manifestación de trastornos orgánicos y su eventual recuperación indudablemente existe; sin embargo, aun cuando hay evidencia de investigación al respecto, tanto en un sentido puramente científico como también filosófico, esa respuesta requiere una mayor reflexión y evidenciación. La utilidad del cuestionamiento, no obstante, es palpable.

Referencias

1. Kim MJ, Kho HS. Understanding of Burning Mouth Syndrome Based on Psychological Aspects. Chin J Dent Res. 2018;21(1):9-19. doi: 10.3290/j.cjdr.a39914. PMID: 29507908.
2. Adamo D, Ruoppo E, Leuci S, Aria M, Amato M, Mignogna MD. Sleep disturbances, anxiety and depression in patients with oral lichen planus: a case-control study. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2015 Feb;29(2):291-297. doi: 10.1111/jdv.12525. Epub 2014 Apr 22. PMID: 24754427.
3. Hariyani N, Bramantoro T, Nair R, Singh A, Sengupta K. Depression symptoms and recurrent aphthous stomatitis-Evidence from a population-based study in Indonesia. Oral Dis. 2020 Jul;26(5):948-954. doi: 10.1111/odi.13303. Epub 2020 Feb 21. PMID: 32031742.
4. Rivera CA, Droguett DA, Kemmerling U, Venegas BA. Chronic restraint stress in oral squamous cell carcinoma. J Dent Res. 2011 Jun;90(6):799-803. doi: 10.1177/0022034511399911. Epub 2011 Mar 10. PMID: 21393554.
5. https://eldiariodesalud.com/catedra/la-critica-de-voltaire-los-medicos-de-su-tiempo
6. Acta Bioethica 2017; 23 (2): 351-359
7. Greenhalgh T, Hurwitz B. Narrative based medicine: why study narrative? BMJ. 1999 Jan 2;318(7175):48-50. doi: 10.1136/bmj.318.7175.48. PMID: 9872892; PMCID: PMC1114541.
8. https://historia-arte.com/obras/ciencia-y-caridad
9. El sentimiento estético de la vida, (antología).José Ortega y Gasset, José Luis Molinuevo Martínez de Bujo.Tecnos, 1995. ISBN 84-309-2668-2. Pág. 323.
10.http://www.afoiceeomartelo.com.br/posfsa/autores/Heidegger,%20Martin/Heidegger%20-%20Ser%20y%20tiempo.pdf
11. Jaman-Mewes P, Pessoa VLMP, Souza LC, Salvetti MG. Heidegger's philosophical foundations and his contribution to palliative nursing and spiritual care. Rev Esc Enferm USP. 2024 Dec 2;58:e20240155. doi: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0155en.
12. Juan Pablo Beca, Carmen Astete, Sergio Carvajal: Bioética Clínica 2a Ed. 2022. Pág. 102

LOS BIENES HUMANOS BÁSICOS Y EL EJERCICIO PROFESIONAL EN ODONTOLOGÍA



Dr. Jorge Oliva Te-Kloot
Académico de Bioética,
Facultad de Odontología, Universidad de Talca

Desde un punto de vista general, un "bien" puede representar un objeto, una cosa o un derecho destinado a satisfacer una necesidad humana, con determinado valor económico o utilidad. En economía, un bien suele referirse a elementos materiales que tienen un precio con factibilidad de ser transados. Desde la filosofía y la perspectiva de los valores, en cambio, los bienes pueden entenderse como aquello que las personas consideramos deseable y que contribuye a nuestra calidad de vida, bienestar y realización. También hablamos de bienes públicos o comunes, destinados al uso general y a la disposición de una comunidad.

Un bien puede, entonces, referirse a elementos que procuramos alcanzar o adquirir a lo largo de la vida y que, al ser de nuestra propiedad, nos proporcionan facilidades y comodidades para nuestras actividades cotidianas: vivienda, automóvil, vestimenta, electrodomésticos, electricidad, calefacción, entre otros. Estos bienes poseen un precio y, en determinadas circunstancias, pueden ser intercambiados. Sin embargo, aquí interesa enfatizar aquellos bienes no materiales que forman parte de la persona y que se relacionan con nuestra interioridad, percepción y vida moral. Poseen valor, pero no precio; no permiten intercambio comercial, ser vendidos o fraccionados. Constituyen dimensiones inseparables de la existencia personal, forman parte de nuestra esencia. Desde distintas tradiciones filosóficas, algunos autores han distinguido entre bienes del alma, bienes del cuerpo y bienes externos.

Más allá de las clasificaciones, la vivencia vital, la actividad humana y la calidad de vida se van configurando longitudinalmente a través del tiempo, en parte como consecuencia del papel que desempeñan estos bienes, sean internos o externos. Ellos participan en la configuración de nuestra personalidad, de nuestras actitudes, de nuestra manera de actuar y de nuestra forma de relacionarnos con los demás. A lo largo de la vida vamos otorgando distinta importancia y primacía a cada uno de ellos según corresponda. Por ejemplo, en un estado de satisfacción en el estado de salud, se podría incentivar una mayor consideración por los bienes externos. En cambio, frente a la enfermedad y calidad de vida deteriorada, volveremos nuestra mirada con más fuerza hacia nuestra interioridad.

En lo personal, me ha llamado profundamente la atención la lectura del libro Los bienes humanos básicos, del destacado filósofo chileno Alfonso Gómez-Lobo, fallecido en 2011, obra en la que se describen aquellos bienes que, a su juicio, poseen especial relevancia para la vida humana y que, muchas veces, pasan inadvertidos o reciben una consideración insuficiente. Sin embargo, estos bienes pueden orientar nuestras decisiones y contribuir a la búsqueda de aquello que Aristóteles denominaría una vida buena. Entre ellos, Gómez – Lobo señala los siguientes: 1) la vida y la salud; 2) la familia; 3) la amistad; 4) el trabajo y el juego; 5) la experiencia de la belleza; 6) el conocimiento práctico y teórico; y 7) la armonía interior.

Concebir la vida como vivencia y asimilar la experiencia moral como una estimación de valor, más allá del precio, nos permite reconocer la particularidad y unicidad de cada persona como un ser humano irrepetible. Cada individuo, en virtud de sus experiencias, afectos, convicciones y apreciaciones, va construyendo un sentido propio de existencia y trascendencia.

Es aquí donde, como cirujanos dentistas, debemos prestar especial atención a los bienes humanos que orientan nuestras decisiones cotidianas respecto de nuestros pacientes. Estos bienes también permiten comprender nuestras responsabilidades profesionales y los derechos que se establecen en la relación clínica. Las decisiones clínicas constituyen procesos particularmente delicados, en los cuales los bienes del paciente deben orientar el actuar profesional, mientras que los bienes externos —como la tecnología, los instrumentos y los recursos disponibles— deben comprenderse fundamentalmente como medios y no como fines. Paralelamente, los bienes internos del paciente orientan sus decisiones e intereses.

Como cirujanos dentistas, referirnos a los bienes humanos básicos supone preguntarnos, antes que nada: ¿qué considera cada persona bueno y apreciable para sí misma, y qué considera despreciable o carente de valor? La pregunta parece sencilla, pero adquiere una enorme complejidad cuando se aplica a cada persona en particular, debido a que la experiencia moral es siempre concreta e individual.

Una persona puede disponer de salud, recursos económicos y reconocimiento social y, sin embargo, experimentar una vida carente de sentido. Del mismo modo, alguien que atraviesa por una enfermedad, una discapacidad o una situación de vulnerabilidad puede conservar relaciones, conocimientos, afectos y proyectos que hagan que su vida continúe teniendo un profundo valor. La existencia humana constituye, por tanto, una experiencia que cada persona interpreta y valora de manera personalísima.

En consecuencia, la ciencia, entendida como una forma de conocimiento orientada hacia aquello que puede ser objetivado y compartido universalmente, no agota la dimensión del valor ni puede por sí sola explicar la dignidad humana. La dignidad no constituye simplemente un dato observable; se vincula con el reconocimiento de la persona como un fin en sí misma y con aquello que compartimos como seres humanos y algo relevante, nos pone límites. Pero, quizás aún más importante, la dignidad permite reconocer nuestras diferencias y singularidades. Existe, así, una permanente tensión entre aquello que nos hace semejantes y aquello que nos hace diversos.

Junto con referirnos a los bienes propios de la interioridad humana, resulta oportuno reconocer que a la profesión de cirujano dentista le corresponden determinados bienes internos que orientan y dan sentido al profesionalismo. Una profesión es una actividad social ejercida por personas pertenecientes a culturas diversas y con intereses diferentes; sin embargo, sus acciones generan consecuencias sobre otros seres humanos. En este contexto, la confianza constituye uno de los principales vínculos que sostienen la relación profesional, mientras que la desconfianza puede deteriorarla o romperla y llevar al fracaso. Dentro de muchos otros, un bien profesional compartido dentro de nuestra profesión, es el respeto a la dignidad humana.

Construir confianza favorece el logro de objetivos terapéuticos que contribuyen al bienestar y a la calidad de vida de las personas: prevenir enfermedades, curar cuando ello es posible, aliviar el sufrimiento, recuperar la funcionalidad, mejorar la salud oral, favorecer la autoestima y permitir, incluso, recuperar la posibilidad de sonreír. Todo ello se orienta hacia la búsqueda de lo mejor y de la excelencia profesional, siempre dentro de los contextos y límites propios de cada situación clínica.

Cada técnica y cada procedimiento poseen una enorme importancia para el ejercicio profesional. Sin embargo, deben comprenderse como medios puestos al servicio de las necesidades e intereses del paciente, y no como fines en sí mismos. En este sentido, los recursos técnicos y tecnológicos pertenecen principalmente al ámbito de los bienes externos, mientras que los bienes internos son aquellos que dan sentido a la profesión y permiten comprender aquello que la distingue de una actividad meramente instrumental.

Los bienes internos contribuyen a legitimar socialmente la profesión y a otorgarle su verdadero sentido. De ahí la necesidad de que la odontología se encuentre sustentada en principios de humanidad y orientada hacia valores como la libertad, la autonomía, el bienestar, la dignidad y el respeto por la persona, entre otros. Se trata de poner los conocimientos y las capacidades profesionales al servicio de lo propiamente humano, acompañando al paciente en momentos de sufrimiento, enfermedad, vulnerabilidad e incertidumbre.

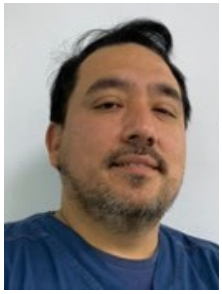
El desarrollo y la aplicación de los avances tecnocientíficos no pueden perder de vista estos fundamentos. La tecnología, por sofisticada que sea, no decide por sí misma cuál es el bien del paciente ni qué decisión resulta moralmente apropiada. Su utilización está condicionada por el juicio, la responsabilidad y, en último término, por la calidad de la personalidad moral de quien la emplea y decide.

La vida y la salud constituyen bienes humanos fundamentales, y su cuidado, junto con la prevención de las enfermedades, otorga parte importante de su sentido a la odontología. Por ello, las acciones profesionales no pueden orientarse hacia su vulneración. Cuando esto ocurre, no solamente se produce un daño clínico: también se deteriora la confianza que el paciente ha depositado en quien tiene la responsabilidad de cuidarlo. La vida se hiere y daña con nuestras acciones e intenciones mal orientadas.

En definitiva, comprender los bienes humanos básicos permite mirar la odontología más allá de sus procedimientos. Nos recuerda que cada paciente representa a una persona; detrás de cada diagnóstico, una biografía; detrás de cada decisión clínica, una responsabilidad; y detrás de cada intervención, un ser humano que deposita su confianza en otro.

La excelencia odontológica no debería medirse únicamente por la precisión técnica de un procedimiento, sino también por la capacidad de reconocer para quién y para qué utilizamos nuestros conocimientos. Es precisamente en ese encuentro entre ciencia, técnica, valores y persona donde adquiere sentido una odontología verdaderamente profesional y humana.

DISPENSA O EXENCIÓN DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UNA INVESTIGACIÓN



Jorge Godoy-Olave
Docente Universidad de Valparaíso
Presidente Comité de Ética Científica Institucional - Universidad de Valparaíso

El proceso de consentimiento informado (CI) es un requisito incuestionable en cualquier investigación que involucre a seres humanos, respaldado bajo sustentos éticos, legales y deontológicos, buscando que quien participante comprenda en qué consiste su contribución, respaldado en el principio de *"beneficencia"* al procurar su mayor bien, y *"autonomía"* al permitirle tomar la decisión de forma voluntaria. Además, deben detallarse su finalidad, beneficios y riesgos potenciales de la participación, incluyendo otros procedimientos y/o tratamientos alternativos en caso de existir. Este es un proceso personal, continuo, deliberativo, comunicativo, dialógico y prudencial, que incluye registros escritos, denominados formulario y acta de CI. Existe la creencia equivocada que el CI es solo la firma del documento, y no un proceso continuo, limitando la obtención de esta firma a un fin en sí mismo, bajo el recaudo de la persona responsable de la investigación.

El concepto de *dispensa o exención del CI* busca la alteración del proceso normal por motivos fundados, pudiéndose considerar sólo posteriormente al intento de adaptación del CI a las necesidades de una investigación, solicitud que debe ser aprobada por un Comité de Ética Científico (CEC). Según las normas elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) un CEC puede considerar la modificación o dispensa de un CI solo si:

a. *No es factible realizar la investigación propuesta sin la modificación o dispensa*, dada la dificultad metodológica, por ejemplo, que las personas participantes conozcan el fin de la investigación.

b. *El valor social de la investigación es relevante*, basado en el principio de *beneficencia*.

c. *Los riesgos de la investigación son mínimos*, si bien toda investigación encierra cierto grado de riesgo per se, estos son al menos iguales a la *"atención clínica habitual"* o *"actividad cotidiana de la vida"*.

A estos requisitos básicos, según la evaluación de la literatura científica, se pueden agregar si (Siriwardana et al., 2025):

d. *Se requiere protección del bienestar y los derechos de las personas participantes*, basado en el principio de *"no maleficencia"*, guardando relación con el criterio del *"riesgo mínimo"*.

e. *Es importante la protección de la confidencialidad y privacidad de la información*, resguardando *"confidencialidad"* y *"anonimato"* de quien participa.

f. *Se necesita proveer la información pertinente al finalizar la investigación*, basado en el principio de *"respeto"*.

Con estos argumentos, la dispensa o modificación del CI se pude encasillar en las siguientes situaciones, las cuales deben someterse a evaluación ética previamente:

1. **Modificación del proceso de CI por el ocultamiento de información**:

Esta evita informar a la persona que está siendo partícipe de una investigación. El autor Marvin Zelen postula dos maneras para aplicar este criterio en diseños experimentales:

- **Diseño de consentimiento único**: En esta modificación a las personas participantes de ambos grupos, intervención (estudio) y control, se les puede solicitar permiso para el seguimiento y la recolección de datos personales, pero el CI sólo se aplica al grupo estudio. Se asume que el grupo control sigue con su tratamiento habitual o estándar (Ver figura 1). Como desventajas se aprecian el hecho que las personas participantes no puedan cambiar de grupo, sin saber que existe otra alternativa de tratamiento.

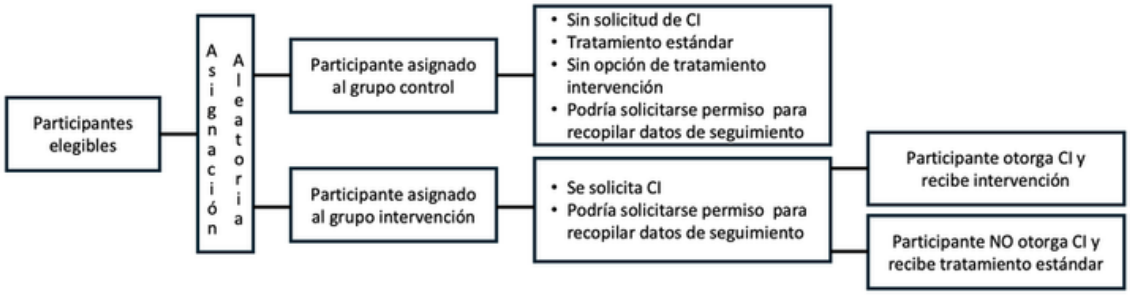


Figura 1. Diseño de *consentimiento único* propuesto por Zelen (Adamson et al., 2006). CI: Consentimiento Informado.

- **Diseño de consentimiento doble**: En esta modificación se solicita el CI retrospectivo a las personas participantes de ambos grupos, pudiendo rechazar el tratamiento asignado y/o cambiarse de grupo. Como desventaja se describe que el no utilizar la *"intención de tratar"* puede conducir a sesgos, dado que las persona que aceptan el tratamiento pueden tener características diferentes de quienes rechazan, afectando las tasas de rechazo y las razones de mismo entre los grupos.

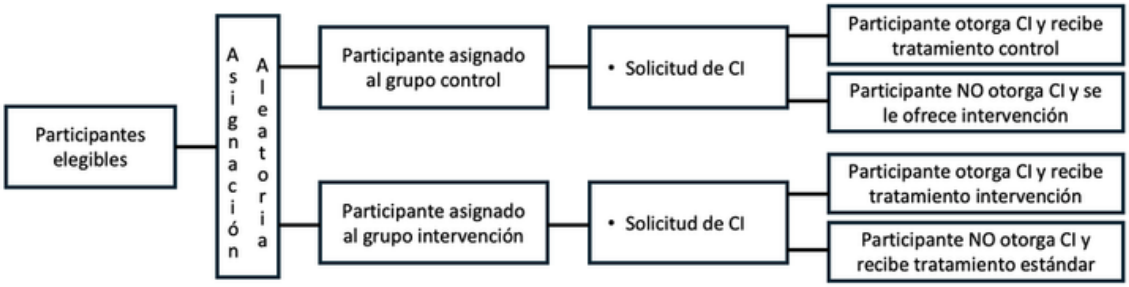


Figura 2. Diseño de *consentimiento doble* propuesto por Zelen (Adamson et al., 2006). CI: Consentimiento Informado.

2. **Dispensa del CI por razón de factibilidad:**

Se sustenta en la renuncia al proceso de CI por estar en riesgo su valor científico y/o logístico, dado que sin esta exención la investigación no sería factible o viable (Siriwardana et al., 2025). Se solicita en investigaciones con auto-reportes, ya que el conocer el objetivo del estudio podría disminuir su rigurosidad por el *"efecto Hawthorne"*, donde las personas se ven influenciadas por ser estudiadas, o por la *"desmoralización por resentimiento"*, donde las personas sufren decepción al ser asignadas al grupo control. Además, se solicita en investigaciones donde se analiza el cumplimiento terapéutico, en detección de violencia doméstica, entre otros, por el riesgo de revictimización y/o sufrimiento (Rebers et al., 2016).

3. **Modificación del proceso de CI mediante engaño deliberado:**

Si el valor científico y/o logístico está comprometido se solicita modificar el CI para no transparentar el real objetivo y participación de la persona a ser estudiada. A diferencia de la situación anterior, si existe un documento de respaldo o acta de CI.

4. **Exención del CI en estudio con bases de datos:**

Este es el motivo más común por la incapacidad de acceder a las personas participantes, situación relevante ante la inminente Ley que regula la protección y el tratamiento de los datos que ingresará pronto en vigor. Ante esto, la Comisión Ministerial de Ética de la Investigación en Salud (CMEIS) establece que esta dispensa sólo puede otorgarse en bases de datos que cuenten con una gobernanza apropiada, debiendo contar con la autorización explícita de las personas participantes para la utilización de su información a futuro, es decir, un CI amplio previo, y donde la información que contenga dicha base no pueda obtenerse de otra forma (CMEIS, 2025; Siriwardana et al., 2025). Siempre resguardado el anonimato de quien participa.

Ante lo presentado, no cabe duda de que TODA investigación en seres humanos, y/o sus datos personales debe ser evaluada por un CEC, como lo indica la legislación chilena vigente, aun respalden su dispensa en normas de las pautas CIOMS. En países como Australia, Canadá y Estados Unidos se otorgan esta exención o modificación ante dos condiciones, cuando no sea factible realizar la investigación de otra manera y presenten un riesgo mínimo, siempre con el respaldo de un CEC (Dal-Ré, 2023).

El planteamiento del uso de CI amplios, tanto en investigaciones como en la creación de una base de datos, presenta riesgos al ser poco claros en los objetivos de estudio y en qué consiste la participación de las personas, atentando contra la *"autonomía"* de quien participe. Además, se pueden instaurar incertidumbres al terminar habilitando usos inadecuados y no pertinentes, o en contexto diferentes al imaginado al momento de consentir.

Los CECs son los llamados a la supervisión y vigilancia del proceso de CI, siendo el órgano competente para autorizar la dispensa (exención) del CI y ratificar sus adecuaciones (modificaciones), asegurando la seguridad de quienes participen. Así mismo, son los llamados a capacitar a investigadoras e investigadores respecto a un adecuado proceso de CI y de realizar seguimientos *"en terreno"* de las investigaciones aprobadas, certificando su correcto desempeño. No debemos olvidar que toda investigación es distinta en su mérito, y que la exención o modificación del consentimiento es una excepción, no una regla, sin poderse relegar a un *"checklist"*, ya que es un acto ético y no administrativo.

Bibliografía

Adamson, J., Cockayne, S., Puffer, S., & Torgerson, D. J. (2006). Review of randomised trials using the post-randomised consent (Zelen ' s) design. Contemporary Clinical Trials, 27(4), 305–319. https://doi.org/10.1016/j.cct.2005.11.003

Comisión Ministerial de la Ética de la Investigación en Salud. (2025). Autorización excepcional de dispensa de consentimiento informado para el acceso a fichas clínicas y utilización de bases de datos con fines de investigación en salud. Reflexiones y Recomendaciones. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://bioetica.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/11/Dispensa-excepcional-de-CI-para-acceso-a-fichas-cliinicas-y-bases-de-datos-con-fines-de-investigacion-en-salud_CMEIS-2025.pdf

Dal-Ré, R. (2023). Waivers of informed consent in research with competent participants and the Declaration of Helsinki. European Journal of Clinical Pharmacology, 79(4), 575–578. https://doi.org/10.1007/s00228-023-03472-w

Decreto 114. Reglamento Sobre la investigación científica en seres humanos, su genoma y prohíbe la clonación humana. [Internet]. 114 CHILE; 2011 p. 1–11. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://bcn. cl/2lff1

Ley 19628. Sobre protección de la vida privada, 1 (1999). p. 1–13. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://bcn.cl/3a0ih

Ley 20120. Sobre la investigación científica en seres humanos, su genoma y prohíbe la clonación humana, 1 (2006). p. 1–4. Recuperado el 23 de agosto de 2026, dehttps://bcn.cl/3l3e5

Ley 20584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud (2012). [Internet]. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://bcn.cl/25b3z

Ley 21719. Regula la Protección y el Tratamiento de los Datos Personales y crea la Agencia de Protección de Datos Personales, 1 (2026). p. 1–56. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://bcn.cl/gJo3hf

Marshall, P., Iuspa, C., & Godoy, L. (2023). New regulations, same problems: the informed consent of children and teenagers in Chile after the reform of law N°20.584. Revista de Derecho (Chile), 60, 37–59. https://doi.org/10.4151/S0718-68512023001-1379

Organización Panamericana de la Salud, & Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias. (2016). Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos. En Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos (Cuarta edición). Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://cioms.ch/publications/product/pautas-eticas-internacionales-para-la-investigacion-relacionada-con-la-salud-con-seres-humanos/

Rebers, S., Aaronson, N. K., Van Leeuwen, F. E., & Schmidt, M. K. (2016). Exceptions to the rule of informed consent for research with an intervention ethics in biomedical research. BMC Medical Ethics, 17(1), 1–11. https://doi.org/10.1186/s12910-016-0092-6

Simón Lorda, P., & Júdez Gutiérrez, J. (2001). Consentimiento informado. Medicina Clinica, 117(3), 99–106. https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72029-5

Siriwardana, A., Smyth, B., & Jardine, M. (2025). Waiver of informed consent in clinical research: a summary of contemporary guidelines and a resource for researchers. BMJ Open, 15(3), e091896. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091896

World Medical Association. (2024). Declaración de Helsinki – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Recuperado el 23 de agosto de 2026, de https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/

HISTORIA DE LA ODONTOLOGÍA



Hernán Ramírez Skinner
Cirujano Dentista, Universidad de Chile
Profesor Asociado®, Pontificia Universidad Católica de Chile
Candidato a Magíster en Historia, Universidad de Chile

La palabra *historia* remite al estudio sistemático del pasado en base a evidencias tales como documentos, artefactos, tradiciones orales y hallazgos de vestigios que permitan entender cómo las sociedades, las culturas y los eventos cambian en el tiempo. Pero al mismo tiempo, refiere a sucesos de carácter privado que son narrados y muchas veces inventados. De hecho, los historiadores han dedicado esfuerzos a pensar el tiempo y el mismo San Agustín en su paradoja plantea: *si nadie me pregunta qué es el tiempo, lo sé, pero en cuanto alguien me lo pregunta ya no lo se.*[1]

El estudio de las enfermedades de la boca y sus anexos, los dientes y los maxilares constituye el ámbito de acción del cirujano dentista de nuestros tiempos. La práctica y enseñanza de la odontología, mejor dicho la estomatología, ha estado en manos médicas desde que la especie humana se organiza en el planeta y nuestros primitivos antepasados comienzan a desarrollar los instrumentos En una serie de reportes de este boletín pretendemos mostrar los orígenes de la atención en patología oral desde los primitivos, la interpretación mágico religiosa de la enfermedad, la medicina hipocrática, el renacimiento del clasicismo, la instauración de la noción de hospital clínico universitario en las escuelas europeas del siglo XIX, hasta la creación de la Universidad de Chile y los comienzos de la etapa académica de la profesión. En todo este tiempo siempre hubo médicos dedicados exclusivamente al arte dental.

Desde la Antigüedad, las acciones estomatológicas han sido consideradas como una parte inherente del acto médico, un acto ético para el ser humano en la polis. El hombre como objeto material y la salud a restablecer como bien particular definen la naturaleza y los límites de la práctica médica[2]. El campo de responsabilidad es la salud del paciente, función que el profesional de la odontología cumple por medio de la toma de decisiones en forma integral y autónoma. Parece poco razonable que todavía no distingamos en la práctica profesional del cirujano dentista moderno una conducta que apunta al bien total de la persona. Nosotros los docentes entregamos los medios adecuados para ir en busca de dicho fin, con la prudencia adquirida mediante transmisión directa por un maestro al lado del paciente.

En este punto se hace perentorio aclarar que cuando sostengo la odontología en manos médicas no cedo ni un milímetro en la autonomía de la profesión en el mundo de hoy, que

distingue dos gremios con sus ámbitos propios definidos con claridad y con un área común explorada por diferentes métodos pedagógicos. Se trata, justamente, de entregar los procesos educativos indispensables para ejercer la odonto-estomatología, tal como señala el artículo 115 del Código Sanitario chileno[3].

Entiendo y he sido testigo de las resistencias, divisiones y problemas que ha creado, no sólo en nuestro medio, el uso de los términos odontología, odonto-estomatología y estomatología. En este trabajo queremos usarlos como sinónimos (aunque etimológicamente no lo son), para referirnos al ámbito de ejercicio del cirujano dentista.

La siguiente serie de artículos será una versión resumida de la labor de los que trataron las enfermedades orales y dentales desde que la raza humana habita el planeta. Aunque no pretende ceñirse al rigor de la investigación historiográfica, persigue relatar lo que probablemente fue la tradición del arte dental entre los médicos que antecedieron a Pierre Fauchard[4]. La odontología no nace con el edicto de Luis XIV en 1699 que crea el gremio de los cirujanos dentistas. Nace con la humanidad, con el enfermar y el morir.

Esperamos puedan disfrutar del viaje que les proponemos por la historia de nuestra querida profesión.

Referencias

1 Hartog F. Cronos: Cómo Occidente ha pensado el tiempo, desde el primer cristianismo hasta hoy. México, Siglo XXI Editores; 2022. ISBN: 978-607-03-1261-8.
2 Besio M. Sobre el acto médico. Curso fundamentos filosóficos de la medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago. 2008.
3 Código Sanitario. Ministerio de Salud Pública. DFL 725. Santiago de Chile. 1967.
4 Pierre Fauchard (1678-1761) se formó como cirujano militar y se instaló en París hasta su muerte. Resumió el conocimiento sobre odontología en occidente, sintetizando, unificando, ordenando y también aportando nuevos aspectos, sin temor a perder el secreto de su arte, cosa muy temida en la época.

EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO



Dr. José Pedro Peña Moraga
Estudiante del Programa de Especialización en Rehabilitación Oral, Facultad de Odontología, Universidad de Talca

La eutanasia y el suicidio asistido son temas que cada cierto tiempo generan debate. Hace poco el tema vuelve a ser puesto sobre la mesa tras el caso de Noelia Castillo, joven española que recibió la eutanasia el pasado 26 de marzo, tras dos años de batalla legal y el caso de Wendy Duffy, británica de 56 años que viaja a Suiza para someterse a la eutanasia, tras la perdida de su único hijo en el 2022.

Estos temas que han adquirido gran importancia en el debate político, me parecen uno de los temas bioéticos más complejos, desafiantes y necesarios de ser tratados, y en el que se ven enfrentados principios fundamentales como la autonomía del paciente, la dignidad humana, la beneficencia y la no maleficencia.

En términos generales, la eutanasia corresponde a la acción directa de un tercero (en este contexto, un profesional de la salud) destinada a poner fin a la vida de un paciente con una enfermedad grave e irreversible, mientras que el suicidio asistido implica que es el propio paciente quien ejecuta el acto final, aunque con apoyo médico. Aun así, más allá de esta distinción conceptual, ambos fenómenos comparten una misma raíz ética: la pregunta sobre si es legítimo decidir sobre la propia muerte.

En el contexto actual, marcado por el envejecimiento de la población, el aumento de enfermedades crónicas y el desarrollo de tecnologías capaces de prolongar la vida, considero que este debate se vuelve cada vez más urgente. En Chile, además, veo cómo esta discusión ha adquirido una mayor visibilidad tanto en el ámbito legislativo como en el ámbito social.

Desde mi perspectiva, el análisis bioético de la eutanasia y el suicidio asistido se articula necesariamente en torno a los cuatro principios clásicos: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. El principio de autonomía me resulta especialmente relevante (y a mi juicio personal, el de mayor importancia), ya que sostiene que los pacientes tienen derecho a tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y tratamiento, incluso rechazando intervenciones médicas. Bajo esta lógica, podría interpretarse que la eutanasia es una extensión de este principio, al permitir decidir el momento y la forma de la muerte. Sin embargo, entiendo la tensión que genera con el principio de no maleficencia, que obliga al profesional de la salud a no causar daño. Y aquí surge una pregunta que me parece clave: ¿provocar la muerte en un contexto de sufrimiento extremo es siempre un daño?

En este punto, es interesante la publicación de Diana Aurenque, filósofa y escritora chilena, "¿contradice la eutanasia o el suicidio asistido el ethos médico?…", quien plantea que la eutanasia desafía el ethos tradicional de la medicina, históricamente orientado a preservar la vida. Comparto una de las tesis que plantea, respecto a que es evidente que la acción de provocar la muerte no es compatible con el rol del médico como agente de cuidado. Sin embargo, también me parece que esta tensión se vuelve más compleja cuando el sufrimiento del paciente es intenso, refractario al tratamiento y afecta profundamente su calidad de vida. En esos casos, cabe preguntarse si el concepto de "daño" debería ser repensado, considerando que quizás prolongar la vida a cualquier costo podría, en ciertos contextos, ser más perjudicial que la muerte misma.

A nivel internacional, distintos autores han abordado este tema desde una perspectiva jurídica y comparada. Por ejemplo, Buriticá-Arango, profesor de derecho constitucional de la Universidad de San Buena Ventura, Colombia, analiza cómo en diversos países los tribunales han ido reconociendo el derecho a morir dignamente como una extensión de los derechos fundamentales. Esto lleva a pensar que la eutanasia no es solo un problema médico o ético, sino también político y jurídico, donde entran en juego distintas concepciones de la dignidad y la libertad.

Asimismo, Koldo Martínez, médico del servicio de medicina intensiva del Hospital de Navarra, plantea que existe una base moral razonable para despenalizar la eutanasia y el suicidio asistido, apoyándose en experiencias de países como Países Bajos y el estado de Oregón en Estados Unidos. Personalmente, encuentro atendible este argumento, especialmente en lo que respecta a la posibilidad de regular estas prácticas para evitar abusos y garantizar decisiones informadas y voluntarias. Sin embargo, también entiendo las críticas que advierten sobre el riesgo de una ampliación progresiva de los criterios. Esto podría derivar en situaciones éticamente problemáticas. No obstante, como señalé anteriormente, considero que el principio de autonomía ocupa un lugar central en este debate. Por esta razón, no comparto una actitud paternalista que implique intervenir en decisiones informadas de las personas, especialmente cuando estas son tomadas de manera libre y consciente.

Es muy importante dentro de este análisis, considerar los factores sociales que influyen en el deseo de morir. Me parece claro que el sufrimiento que lleva a una persona a solicitar eutanasia no es únicamente físico, sino también psicológico y social. Elementos como la soledad, la pérdida de autonomía, la percepción de ser una carga o la presencia de depresión pueden tener un peso enorme. Creo importante, que junto con abrirse al debate técnico, jurídico y ético de la eutanasia y el suici-

dio asistido, no se debe dejar de lado el fortalecimiento de los cuidados paliativos y una mejor cobertura de salud mental, como una opción de tratamiento tan válido como el que resulta ser objeto de este análisis.

En el contexto chileno, este debate tiene características particularmente complejas. Actualmente, la eutanasia y el suicidio asistido no están legalizados, y su práctica podría entrar en conflicto con normas vigentes, como aquellas del Código Penal que sancionan la cooperación al suicidio y el homicidio. Al mismo tiempo, existe el derecho del paciente a rechazar tratamientos, lo que genera una especie de zona gris en la práctica clínica difícil de soslayar.

En este sentido, Loreto Navarro-Gezan (doctor en derecho) y Diego Villegas-Aleksov (Magister en bioética), confirman el cruce antes mencionado. En su artículo en la revista Ius et Praxis (2024), reconocen una incoherencia normativa entre la ley n°20.584 (respecto al derecho de un paciente a rechazar un tratamiento) y el código penal en el que se sanciona el auxilio al suicidio y el homicidio, limitando la autonomía individual.

Diana Aurenque enfatiza la necesidad de abordar como sociedad estos temas sin imponer una única visión sobre el morir, y arguye que el verdadero desafío está en construir marcos normativos que respeten esa diversidad sin dejar desprotegidas a las personas más vulnerables.

Justamente, uno de los riesgos que más genera inquietud respecto a la legalización es la posible presión (explícita o implícita) sobre personas en situación de vulnerabilidad, ya sea por enfermedad, discapacidad o condiciones socioeconómicas. Me parece que este argumento obliga a ser especialmente cautelosos y a priorizar el fortalecimiento de los sistemas de cuidados paliativos antes de avanzar en una eventual despenalización, como mencioné anteriormente.

Por otro lado, también comprendo y apoyo la postura de quienes defienden la eutanasia, en cuanto sostienen que negar esta opción puede significar prolongar innecesariamente el sufrimiento, afectando la dignidad del paciente. Desde esta perspectiva, la posibilidad de elegir la propia muerte no sería una negación de la vida, sino una expresión de autonomía.

En definitiva, después de revisar estos argumentos, mantengo mi posición respecto a que la eutanasia y el suicidio asistido, debiese ser una opción médica, abierta y respaldada en la libertad y autonomía de las personas, respecto de decidir sobre su proyecto de vida.

En el caso de Chile, me parece que el desafío está en avanzar hacia un debate informado, honesto y respetuoso, que entregue opciones y que considere el sufrimiento de las personas y la autonomía como valor y derecho importante de cada individuo.

SEGUNDA JORNADA INTERNACIONAL DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

La Comisión de Ética de Pregrado (CEP) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Talca, junto al Instituto Borja de Bioética de Barcelona España realizaron con fecha 30 de Julio del 2026, la *Segunda Jornada Internacional de Ética de Investigación Científica*.

El principal objetivo fue contribuir a la formación y al desarrollo de la actividad investigativa en el ámbito de pregrado, mediante la promoción de la reflexión y el debate en torno a la ética de la investigación científica.

El programa incluyó interesantes aspectos de la investigación biomédica con la participación de destacados académicos:

Tema: Integridad ética en la investigación con seres humanos.
Expositor: Profesor David Lorenzo Izquierdo. Instituto Borja de Bioética, España.

Tema: Nueva regulación relativa al uso de datos en investigación científica.
Expositor: Profesor Juan Alberto Lecaros. Universidad Del Desarrollo.

Tema: Biobancos y manejo de muestras biológicas. Responsabilidad de los Comités Ético Científicos.
Expositor: Juan Alberto Lecaros. Universidad Del Desarrollo.

Tema: Errores frecuentes en la formulación de protocolos desde el punto de vista ético.
Expositor: Profesor Marcelo Sánchez Astorga. Universidad de Talca.

Se realizaron además mesas redondas con amplia discusión acerca de temas de integridad científica e investigación en pregrado, en las cuales participaron los profesores Ramiro Castro Barahona (Presidente CEC Utalca) y José Luis Ulloa Fulgeri (Facultad de Psicología Universidad de Talca). El evento contó con las palabras inaugurales de la Prof. Soraya León Araya, Decana de la Facultad de Odontología de nuestra Universidad, quien en conjunto con el Prof. David Lorenzo Izquierdo, Director del Instituto Borja de España, dieron el vamos a la actividad.

La Comisión Ético Científica de Pregrado y el Instituto Borja de Bioética agradecen la participación de los expositores y de los asistentes tanto en modalidad presencial como online.

COMENTARIO SOBRE "EXPERIENCIA Y EDUCACIÓN" DE JOHN DEWEY



Dr. Jorge Oliva Te-Kloot
Académico de Bioética,
Facultad de Odontología, Universidad de Talca

John Dewey (1859–1952) fue un influyente filósofo, psicólogo y pedagogo estadounidense, considerado el padre de la educación progresista moderna.

El libro "Experiencia y Educación" constituye una obra breve pero que nos llama a comprender la educación bajo del prisma de la experiencia educativa, y no necesariamente de la entrega de conocimientos, es decir, generar cambios en los y las estudiantes, y de esta forma, generar una preparación ante experiencias futuras. La idea de Dewey es que la educación no consiste simplemente en transmitir conocimientos, los que hoy, más que nunca, son posibles de conseguir por medio de la inteligencia artificial, y que además, se encuentran en una permanente renovación en breves periodos de tiempo. La experiencia educativa contribuye al crecimiento de la persona, la que primero debe desempeñarse como ciudadano y cumplir con las responsabilidades comunitarias.

"Si estamos dispuestos a concebir la educación como un proceso de formar disposiciones fundamentales, tanto intelectuales como emocionales, hacia la naturaleza y hacia los demás, la filosofía puede ser definida como la teoría general de la educación. Si una filosofía va a dejar de ser simbólica... su valoración de la experiencia pasada y su programa de valores, deben tener consecuencias sobre la conducta".

La experiencia educativa es aquella que amplía las capacidades del estudiante, despierta su interés y lo prepara para nuevas experiencias. Por ello, una educación basada en la autoridad y la transmisión de contenidos, no favorece el ejercicio de la libertad y la orientación.

"¿Qué ventaja constituye adquirir cantidades prescritas de información sobre geografía e historia, o adquirir la destreza de leer y a escribir si en el proceso pierde el propio individuo su propia alma; si pierde su apreciación de cosas preciosas, de los valores a que se refieren estas cosas; si pierde el deseo de aplicar lo que ha aprendido y, sobre todo, si pierde la capacidad para extraer el sentido de su futuras experiencia cuando se presenten?"

Un aspecto especialmente interesante para la educación en valores y humanidades, es que el aprendizaje no puede separarse de la vida. El estudiante aprende mediante su participación

activa, la reflexión sobre lo vivido y su relación con otros. Así, educar significa favorecer un proceso de crecimiento continuo, en el que conocimientos, experiencias, hábitos y valores se encuentran estrechamente relacionados.

"Constituye un sano principio educativo introducir a los alumnos en las materias científicas e iniciarlos en sus hechos y leyes mediante el conocimiento de las aplicaciones sociales de la vida diaria".

En relación con la bioética y la educación en salud, el planteamiento de Dewey resulta particularmente pertinente: no basta con enseñar principios o normas éticas; es necesario crear experiencias educativas que permitan al estudiante reflexionar, deliberar, enfrentar situaciones humanas y comprender las consecuencias de sus decisiones. La educación ética, desde esta perspectiva, se construye también a partir de la experiencia y de su reflexión crítica.

"La conducta de su vida es un asunto propio, no el del médico; y lo que es más importante para el punto presente, es que cuando el médico se ocupa de la instrucción y del consejo respecto al futuro de su paciente, asume la función de educador".

En la atención odontológica, resulta indiscutible la necesidad de compartir el rol profesional de curar, sanar, acompañar y educar, no viéndonos restringidos a las decisiones clínicas productos de un diagnóstico y un tratamiento.

FERNANDO LOLAS STEPKE: EL MOTOR DE LA BIOÉTICA LATINOAMERICANA



Latinoamérica no debe limitarse a aplicar los principios fundamentales de la bioética de forma automática; no porque estén equivocados, sino porque representan otra realidad. En nuestra región vivimos bajo una economía y una cultura propia y diferente; esta premisa define el pensamiento de Fernando Lolas Stepke, uno de los máximos referentes de la bioética, la psiquiatría y el humanismo médico en Chile y toda América Latina.

Tras obtener su título de Médico Cirujano en la Universidad de Chile en 1971, Fernando Lolas, completó su formación como médico psiquiatra y pronto comenzó una destacada trayectoria internacional de perfeccionamiento. En 1976 se especializó en neurociencias en Estados Unidos. Posteriormente, profundizó en áreas como la medicina psicosomática, la historia de la medicina, la antropología médica, la psiquiatría social y el pensamiento filosófico durante sus estadías en Gran Bretaña y Alemania. Este periplo produjo grandes cambios en su persona, regresando a Chile como un médico transformado y con la convicción de que la única manera de unificar la ciencia médica con la dignidad humana era fundando y liderando la bioética institucional desde nuestra propia realidad. De Europa trajo la materia prima intelectual con la que, años más tarde, él mismo se encargó de fundar, escribir y diseñar las mallas curriculares de la bioética en toda América Latina.

En 1998, luego de una destacada labor en Chile, comenzaron sus viajes por el continente al asumir como director del Programa Regional de Bioética de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante doce años viajó extensamente por la región, impulsando la creación de comisiones nacionales de ética, asesorando mallas académicas universitarias y financiando los primeros programas de maestría, consolidando así la institucionalidad y la independencia intelectual de la bioética en América Latina.

No obstante sus logros nacionales e internacionales, su figura no nos es distante. Su relación con la Universidad de Talca se dio en varios contextos clave: en 2004, coorganizó el Primer Simposio de Bioética y Odontoestomatología junto a la Facultad de Odontología; en 2006, nuestra universidad participó activamente en el proyecto del Programa Bicentenario que él dirigía, el cual estudió las implicaciones de la ética en la innovación tecnológica; y en 2017, en su rol en el Consejo Consultivo de SciELO-Chile, validó y permitió el ingreso de la Revista Interamericana de Ambiente y Turismo de la Universidad de Talca a dicho registro de excelencia.

Finalmente, la labor de Fernando Lolas nos toca directamente en las aulas y en la investigación: cada asignatura de bioética en nuestras mallas curriculares de salud y cada comité de ética científica existe gracias a la institucionalidad que él mismo se encargó de sembrar en nuestro continente."

Hoy en día, Fernando Lolas Stepke continúa plenamente activo: el próximo miércoles 7 de octubre participará en la Conferencia en la Academia Chilena de Medicina, con la charla: “Lenguaje y Medicina. Consideraciones personales”,

¡Estaremos atentos!

Dr. Marcelo Sánchez Astorga

Académico,
Facultad de Odontología,
Universidad de Talca

INFORMACIÓN PARA AUTORES/AS

El Boletín *"Odontología con Sentido"* publica textos originales en español.

Los manuscritos no deben haber sido publicados anteriormente ni encontrarse en proceso de publicación.

Al final de cada texto podrá incluirse un apartado de Bibliografía, en el cual se consignarán las obras por orden alfabético, siguiendo el sistema de citación APA.

En caso de que el artículo contenga notas, estas deberán situarse a pie de página.

El autor debe indicar su nombre y dos apellidos, además del dato de afiliación que desee hacer constar bajo su nombre. Además, debe adjunto una fotografía suya en buena calidad.

Los textos deben estar en formato Word y deben ser enviados a la siguiente dirección de correo electrónico: *jorge.oliva@utalca.cl*, y ajustarse a la extensión indicada:

- Articulo Central, 800 - 1200 palabras.
- Colaboraciones Académicas, 600 - 1000 palabras.
- Voces Estudiantiles, 400 - 800 palabras.
- Noticias y Actividades, 300 - 600 palabras por nota.
- Comentario Bibliográfico, 400 - 600 palabras.
- Biografía Inspiradora, 500 - 800 palabras.

Esperamos sus aportes.

TALCA UNIVERSIDAD CHILE

Inspira
Innova
Impacta

BOLETÍN

Odontología con Sentido

BIOÉTICA APLICADA A LA CLÍNICA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Facultad
ODONTOLOGÍA
UNIVERSIDAD DE TALCA