

Problemas entre la teoría y la práctica del consentimiento informado en Odontología en Sudamérica

Problems between the theory and practice of informed consent in dentistry in South America

Revista Odontología Vital
<https://revistas.ulatina.ac.cr/index.php/odontologiavital>

<https://doi.org/10.59334/ROV.v2i35.416>

ISSN: 2215-5740

Recibido: 2 marzo, 2021
Aceptado: 24 mayo, 2021
Publicado: agosto 2021

Luciani Reynoso, Paola¹; Calzolari, Aldo²

¹ Universidad Adventista del Plata, Facultad Odontología, Villa Libertador General San Martín, Entre Ríos, Argentina.
ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5887-4142> paoluciani@yahoo.com.ar
² Instituto Universitario Hospital Italiano, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina y Universidad Autónoma de Entre Ríos, Secretaría de Ciencia y Técnica, Paraná, Entre Ríos, Argentina.
ORCID <https://orcid.org/0000-0002-1823-4521>
aldo.calzolari@hospitalitaliano.org.ar, calzolari.aldo@uader.edu.ar

RESUMEN

Introducción: Los aspectos éticos y legales juegan un papel preponderante en la relación odontólogo-paciente. **Objetivo:** analizar los criterios relevantes necesarios para el consentimiento informado en odontología y evaluar su incorporación en modelos en uso por parte de profesionales. **Métodos:** Se analizaron 81 documentos teóricos y modelos de consentimiento informado de países de Sudamérica extraídos de Internet, en una selección por conveniencia. Los datos teóricos se contrastaron con los modelos aplicados en la práctica profesional. Luego de la depuración de los 81 materiales hallados para eliminar documentos teóricos con textos muy similares, quedaron 17 documentos teóricos y 12 modelos de consentimiento informado. **Resultados:** Los 17 documentos coinciden en señalar a 10 criterios como los más relevantes. Por el contrario, ninguno de los 12 modelos contempla estos 10 criterios. Siete de los modelos de consentimiento informado contenían 6 o menos criterios relevantes, en tanto que algunos solo contemplaban 4, los referidos a datos básicos de identificación del paciente, tratamiento y comprensión de lo que estaba firmando. **Conclusión:** Hay una falta de relación entre los criterios relevantes teóricos aceptados como importantes para el consentimiento informado en Odontología y los modelos en uso por parte de profesionales.

Palabras Clave:

Estomatología; Medicina Oral (DECS); Bioética (DECS); Odontología Legal;

Luciani, P. & Calzolari, A. (2021). Problemas entre la teoría y la práctica del consentimiento Informado en Odontología en Sudamérica. *Odontología Vital*, 2(35), 44-54. <https://doi.org/10.59334/ROV.v2i35.416>

SUMMARY

Introduction: Ethical and legal aspects play a preponderant role in the dentist-patient relationship. It is necessary to review the theoretical bodies for the elaboration of the informed consent used by the dental professionals in their daily practice, to foresee that the relevant concepts are included. Objective: Analyze relevant criteria necessary for the informed consent in dentistry and to evaluate its inclusion in models that are currently being applied by professionals. Methods: Eighty-one theoretical documents and informed consent models from South America extracted from the Internet were analyzed, in a convenience sampling method. The theoretical data were contrasted with the models applied in the professional practice. After the depuration of the 81 materials to eliminate similar documents, 17 theoretical documents and 12 models remained. Results: The 17 documents coincide in pointing to 10 criteria as the most relevant. On the contrary, none of the 12 models cover the 10 criteria. Seven of the informed consent models contained 6 or less criteria, while some only contemplated 4 criteria. Conclusion: There is a lack of agreement between the theoretical criteria accepted as important for informed consent in dentistry and the models in use by professionals.

Keywords:

Oral Medicine (MESH), Bioethics (DECS), Legal Dentistry,

INTRODUCCIÓN

Una herramienta clave en la relación entre profesionales del área de salud y pacientes lo constituye el consentimiento informado. Desde su introducción en 1947

en la Declaración Internacional sobre la Investigación en Sujetos Humanos y su ampliación en 1975 en la Declaración de Helsinki, ha sido intercalado en la legislación de los países como un derecho del paciente. El consentimiento informado es "la autorización para iniciar un plan de tratamiento" (Kvitko, 2009). Por tanto, para dar esa autorización, debe estar redactado en un lenguaje comprensible para el paciente, que le permita comprender los beneficios de la intervención, así como las obligaciones que asume (asistencia a las sesiones, toma de medicamentos, etc.) y los riesgos que pueden aparecer.

Diversos autores se han ocupado del tema, fijando criterios teóricos sobre los cuales basar los modelos de consentimiento en uso en la práctica profesional en Odontología, Medicina, Bioquímica y otras áreas de la salud (Argnani, 2013; Briñón, 2006; Cumplido, 2005; Fumarola, 2016; Marques Fernandes et ál., 2016; Prevot, 2007; Rueda Martínez G & Albuquerque, 2008). Escobar-López & Novoa-Torres (2016) consideraron 28 categorías imprescindibles y 8 deseables que deben estar incluidas en los consentimientos informados. No obstante, incluir todos ellos en la práctica es muy difícil, ya que implica una lectura, comprensión y firma por parte del paciente que insume un tiempo excesivo. Dentro de los escasos estudios de implementación de estos conceptos teóricos en la práctica, se ha informado que los menores porcentajes de cumplimiento es sobre la información de las desventajas y riesgos del tratamiento propuesto (Escobar-López, 2009).

El área de la salud ha recibido grandes aportes del derecho, proporcionando herramientas como el consentimiento informado, elemento que no solo es

una exigencia legal para el profesional odontólogo sino que es también un derecho del paciente. La falta de cumplimiento del proceso de entrega, firma, etc. del consentimiento informado genera responsabilidad. La salud bucal está considerada como un derecho humano y bien ético (Rueda Martínez G & Albuquerque, 2008).

El paciente realiza un seguimiento del trabajo profesional, tiene la expectativa de llegar a un resultado satisfactorio con su problema de salud y, ante una situación adversa, puede iniciar una demanda (Fumarola, 2016; Prevot, 2007).

En la actualidad, los pacientes tienen mayores expectativas respecto de la prestación profesional, muestran mayor interés en recibir información detallada que les permita una elección de opciones (Briñón, 2006; Cumplido, 2005; Kvitko, 2009).

Cada vez más, los profesionales necesitan estar informados de los diversos componentes que atañen a la responsabilidad profesional y los aspectos ético-legales y su desconocimiento puede acarrearles problemas de demandas y falta de recursos con los que protegerse. Dos de estas herramientas la constituyen el consentimiento informado y la historia clínica.

En los últimos 30 años se ha observado un aumento de los juicios por mala praxis. Se calcula que, en Argentina, hay 138.800 profesionales médicos y odontólogos, 10.000 de los cuales (7,2 %) han sido objeto de una demanda por presunta mala praxis profesional en al menos una oportunidad (Tobar, 2011). En Brasil ocurre una situación similar, con un fuerte incremento en los últimos años (Terada et ál., 2014).

Durante el desarrollo de la tesis doctoral de la primera autora (Luciani Reynoso, 2018), surgió, como evidencia empírica, una notable variación en los modelos de consentimiento informado en uso en Odontología en Argentina y en otros países sudamericanos, que nos llevó a preguntarnos acerca de sus características, desde los conceptos teóricos, así como de la aplicación de esta teoría en modelos de consentimiento de instituciones colegiadas, círculos profesionales y ámbitos gremiales.

Por ello, los objetivos de este artículo fueron el análisis de los criterios relevantes necesarios para el consentimiento informado en odontología y la evaluación de su incorporación en modelos en uso por parte de profesionales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se trata de un estudio cualitativo descriptivo, con muestreo de conveniencia, de análisis documental. La búsqueda bibliográfica se centró en diversas bases de datos científicos: PubMed (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>) Tesis en Red (<http://www.tdx.cat>), Scielo (www.scielo.org), Google Académico (<https://scholar.google.com.ar/>) Redalyc (www.redalyc.org) colegios de odontólogos y organizaciones gremiales de Sudamérica, así como en libros de texto de autores de Argentina y otros países. Para las búsquedas en bases de datos se tomó como año inicial 1990. Los modelos de consentimiento informado eran de 2012 en adelante.

En aras de mantener el resguardo de la información obtenida de diversos colegios y entidades gremiales, no se proporcionan las páginas web de donde se extrajo la información.

Cada uno de los documentos y modelos fue considerado una unidad muestral. Para los documentos teóricos, se seleccionaron todos los documentos que contenían descripción del contenido de consentimiento informado y se procedió a su lectura y extracción de información.

Se consideraron relevantes aquellos criterios que aparecían en forma reiterada en las diversas fuentes y cuyos autores se explayaban sobre su importancia (Argnani, 2013; Briñón, 2006; Cumplido, 2005; Fumarola, 2016; Marques Fernandes et ál., 2016; Prevot, 2007; Rueda Martínez G & Albuquerque, 2008).

Para los modelos, se seleccionaron aquellos en los que el título del documento señalaba que se trataba de un consentimiento informado, se extrajeron los textos y se los comparó de modo manual. Los datos de criterios mencionados en documentos y modelos, fueron tabulados y expresados como porcentajes. Un criterio se consideró muy útil cuando el 90 % o más de los documentos o modelos lo contemplaba.

Se analizó el consentimiento informado de profesionales de Odontología de un corpus compuesto por 81 artículos, tesis doctorales y de maestría, códigos de Ética y otros documentos de Odontología (llamados colectivamente "documentos"), así como modelos de consentimiento informado. Estos modelos incluyen la Odontología general y las cinco especialidades más frecuentes en la práctica diaria: ortodoncia, cirugía, periodoncia, endodoncia y odontopediatría (Weingarten, 1997, pp. 98).

De los 81 textos recopilados, 50 correspondían a libros, tesis, códigos o artículos y 31 a modelos de consentimiento en uso en Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay. El análisis de su contenido mostró que un número importante de ellos eran derivados de un texto previo, o que estaba basado íntegramente en una fuente y, por tanto, fueron eliminados del estudio. En total, del análisis documental se pudieron recuperar 10 criterios considerados los más relevantes por diversos autores/as, (Tabla 1).

RESULTADOS

Análisis de bibliografía y de modelos de consentimiento informado.

Criterio	Descripción breve.
C1	Datos del paciente o tutor y del odontólogo.
C2	Descripción del tratamiento propuesto.
C3	Descarte de otros procedimientos.
C4	Riesgos posibles del tratamiento y probables molestias.
C5	Información sobre prolongación eventual del tratamiento.
C6	Información sobre que no se puede garantizar éxito ni resultado.

C7	Informar sobre la importancia de las visitas periódicas.
C8	Declaración del paciente de comprender la información.
C9	Manifestación del paciente de prestar consentimiento.
C10	Posibilidad de revocación.
(Tomados de Argñani, 2013; Briñón, 2006; Cumplido, 2005; Fumarola, 2016; Marques Fernandes et ál., 2016; Prevot, 2007; Rueda Martínez G & Albuquerque, 2008).	

Tabla 1. Criterios (C) encontrados en los documentos sobre consentimiento informado.

Para el caso de los modelos, en el análisis documental mostró que aproximadamente el 50 % eran copias casi textuales de otros. En los casos en que se encontraron dos documentos similares, se optó por incluir el más completo o, si eran iguales, el más antiguo. Luego de este paso el cuerpo de análisis quedó conformado por 17 documentos y 12 modelos (que representan los 50 documentos y 31 modelos hallados, respectivamente), los

que fueron analizados con base en los criterios señalados en la Tabla 1.

La presencia de los criterios relevantes en los documentos se muestran en la Tabla 2. Como se observa, los diversos autores/as mostraron un fuerte acuerdo en el uso de ellos: 10 de los 17 documentos contienen la sugerencia de los 10 criterios, en tanto que se encontraron otros 3 documentos que recomiendan solo 7.

Referencia	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	TOTAL
Argñani, 2013	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Berstein, 2005	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Fumarola, 2016	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
González Zund, RA & Cumplido, 2005	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Lavalle, 1998	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
López Miró, 2000	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Rueda Martínez G & Albuquerque, 2016	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Prevot, 2007	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Renna, 1991	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Silva, 2008	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	10
Briñón, 2006	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦		9
Cumplido, 2005	♦	♦		♦	♦	♦	♦	♦	♦	♦	9
Rueda, 2016	♦	♦		♦		♦	♦	♦	♦	♦	8
Weingarten, 1997	♦	♦		♦		♦	♦	♦	♦	♦	8
Marques Fernandes et ál., 2016	♦	♦		♦		♦	♦	♦	♦		7

Gherzi, C.A. & Weingarten, 2000	◆	◆			◆	◆	◆	◆	◆		7
Kvitko, 2009	◆	◆		◆		◆		◆	◆	◆	7
Suma	17	17	11	16	13	17	16	17	17	14	
%	100	100	65	94	76	100	94	100	100	82	

Tabla 2. Mención a criterios (C, tomados de Cuadro 6) que deben estar en el consentimiento informado según libros de texto y otros documentos.

Desde el punto de vista de los criterios relevantes, 6 fueron considerados muy útiles o útiles (100 o 94 % de los textos lo mencionaban). Por otro lado, dos de ellos, C3 (descarte de otros procedimientos) y C7 (informar sobre la importancia de las visitas periódicas), fueron los considerados menos relevantes, aunque con porcentajes relativamente elevados: 65 y 76 % respectivamente, (Tabla 2).

Una situación completamente diferente se pudo observar cuando se analizaron los modelos de consentimiento informado en uso por profesionales de diversos países (Tabla 3). Ninguno de los 12 modelos analizados contiene los 10 criterios relevantes. Siete de los modelos de consentimiento informado contenían 6 o menos. Algunos solo contemplaban 4 criterios.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	Total
M10	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		9
M11	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆	◆		9
M12	◆	◆	◆		◆	◆	◆		◆	◆	8
M9	◆	◆	◆		◆	◆		◆	◆	◆	8
M6	◆	◆		◆	◆	◆		◆	◆		7
M2	◆	◆		◆		◆		◆	◆		6
M3	◆	◆		◆				◆	◆	◆	6
M7	◆	◆		◆			◆	◆	◆		6
M8	◆	◆		◆		◆		◆	◆		6
M1	◆	◆					◆	◆	◆		5
M4	◆	◆					◆	◆	◆		5
M5	◆	◆					◆	◆			4
Suma	12	12	4	7	5	7	7	11	11	3	
%	100	100	33	58	42	58	58	92	92	25	

Tabla 3. Presencia de criterios (C, tomados de Tabla 1) en modelos (M) de consentimiento informado.

Desde el punto de vista de los criterios relevantes, 4 fueron considerados muy útiles o útiles (100 o 92 % de los modelos lo mencionaban), entre ellos los datos básicos del paciente, el tratamiento propuesto y la declaración de comprensión de la información brindada.

Un segundo grupo de criterios relevantes estuvo presente en el 58 % de los modelos. Estos aluden a riesgos del tratamiento, posibles molestias, deslinde de responsabilidades ante posibles fracasos del tratamiento y necesidad de visitas periódicas. Un último grupo de criterios relevantes tuvieron entre 42 y 25 %: descarte de otros procedimientos, posible alargamiento del tratamiento y posibilidad de revocamiento, (Tabla 3).

DISCUSIÓN

El consentimiento informado ha sido objeto de estudios en Sudamérica, pero su falta de aplicación adecuada ha llevado a un notorio aumento de demandas por mala praxis (Escobar-López, 2014; Escobar-López MT & Carrera, 2015; Terada et ál., 2014; Tobar, 2011).

Al respecto, varios estudios señalan la aparición de problemas de falencias de este documento (Escobar-López, 2014; Hernández Gutiérrez, 2015; Tonini dos Santos Pacheco, Ferreira Silva & Ribeiro Meireles, 2014). En este trabajo se analizó el consentimiento informado desde el punto de vista teórico y se encontraron 10 criterios relevantes que, a juicio de expertos/as en la temática, son los más necesarios para cubrir los requerimientos de este documento, como se detalla en la Tabla 1.

El análisis comparativo entre lo que se señala en la teoría de consentimiento

informado y los criterios relevantes usados en los modelos en uso en diversos países sudamericanos (Tablas 1 a 3), muestra un comportamiento extraño: por un lado, un fuerte consenso respecto de los criterios relevantes teóricos que deben cumplir, pero por otro lado una baja implementación de estas recomendaciones en los modelos en uso por profesionales odontológicos. Algunos de los modelos analizados cubren solo 4 de estos 10 criterios (Tabla 3).

En estos casos extremos, solo constan los datos del paciente, la declaración de conocer el tratamiento y dar el consentimiento.

Si bien no resulta sencillo conocer las razones por las cuales muchos modelos excluyen diversos criterios relevantes, se pueden hacer algunas especulaciones. En primer lugar, hay un sentimiento dual respecto del consentimiento informado: muchos profesionales temen que proporcionar demasiada información al paciente es contraproducente para retenerlo o que le brinda información que podría ser utilizada en su contra en una eventual demanda. Este hecho podría explicar por qué en un número elevado de los modelos examinados no se encuentra la alusión a procedimientos o tratamientos alternativos (Criterio C3).

Este criterio relevante fue el menos encontrado tanto en los documentos teóricos analizados (65 %, Tabla 2) como en los modelos analizados (33 %, Tabla 3). Esto se encuentra avalado por López-Carriche et ál. (2003), quienes mencionan que los profesionales sienten temor que suministrar demasiada información termine por provocar una sensación de inseguridad y miedo en los pacientes. No obstante, señalan que, en su estudio, los pacientes aceptaron someterse a los

tratamientos propuestos cuando se les explicaron las posibles complicaciones y sabían que podían negarse a realizarlo. Esta no parece ser la situación para el caso del consentimiento informado en pacientes pediátricos, donde quienes son responsables del menor sienten temor antes posibles resultados adversos (Nava Aguado & Frago Ríos, 2012).

A pesar de las ventajas que provee el consentimiento informado tanto al profesional como al paciente, no es percibido así por parte de estos últimos. En efecto, 82 % y 61,6 % de los pacientes cree que firmar el documento exime de responsabilidad penal al profesional (Amarilla Guirland, 2011; López-Carriche et ál., 2003).

En segundo lugar, otra especulación posible es que simplemente el faltante de criterios relevantes en los modelos se deba a ignorancia de la teoría por parte de las personas que elaboraron muchos de ellos. Esto podría explicar la alta variabilidad en la presencia/ausencia de componentes observada en los modelos (Tabla 3).

En efecto, salvo los criterios relevantes C1 (datos del paciente y odontólogo) y C2 (descripción del tratamiento propuesto), presentes en el 100 % de los modelos, C8 (declaración del paciente de comprender la información) y C9 (manifestación del paciente de prestar consentimiento), presentes en el 92 % de los modelos analizados, el resto de los criterios relevantes se encontró en un rango entre 25 y 58 %. En encuestas realizadas a 165 profesionales odontólogos de Entre Ríos, Argentina, se encontró que una mayoría desconocía o tenía conocimientos limitados de aspectos de la normativa vigente sobre consentimiento informado (Luciani Reynoso, 2018).

Otra posible explicación es de tipo práctico: cuando un paciente acude a la consulta, lo hace porque tiene un padecimiento físico agudo o crónico, o porque ha tomado la decisión de realizar un procedimiento estético. El razonamiento, entonces, es del tipo: "si ya ha tomado la decisión, ¿para qué molestarlo con detalles que no hacen a la cuestión?".

Cualquiera sea la razón o razones, lo que se encontró fue que ninguno de los modelos analizados (Tabla 3) contenía los 10 criterios considerados como relevantes que se hallaron en la búsqueda bibliográfica (Tabla 1).

En una investigación en España encontraron que prácticamente todos los pacientes comprendieron los riesgos y beneficios de la firma del consentimiento, eran conscientes de los riesgos y que podían negarse a la intervención (López-Carriche et ál., 2003). Sin embargo, un estudio similar realizado en Paraguay mostró que la percepción y comprensión suficiente fue observada solo en el 62 % de los participantes (Amarilla Guirland, 2011).

Acerca del lenguaje empleado por el profesional en el tratamiento, Saliba Garbin et ál., (2009) encontraron que, en Brasil, el 44 % hace uso del lenguaje técnico, y explica apenas las dudas del paciente. Por otro lado, en un trabajo realizado en Colombia recientemente, indagaron sobre el nivel de dificultad del lenguaje en el consentimiento informado, y querían conocer si los pacientes tienen dificultades de comprensión de la información que se les provee (Escobar-López & Novoa-Torres, 2016).

Encontraron que varios de los modelos de consentimiento tenían un uso

del lenguaje técnico, con términos disciplinares que complicaban la interpretación del mensaje o insumían mucho tiempo.

En algunos otros modelos, la estructura del formato presentaba problemas legales y de comprensión básicos.

El consentimiento informado es, en esencia, un acto comunicacional entre el profesional odontólogo y el paciente, no una ficha de inscripción ni documento administrativo. Cuando se confecciona la historia clínica se consigna una serie de datos que concluyen en la sugerencia o necesidad de determinado tratamiento. Este pronóstico facilita que el odontólogo pueda resumir, en el modelo de consentimiento, el tratamiento propuesto con sus beneficios y riesgos.

En Brasil, luego de que se promulgó una ley de protección al consumidor, hubo un aumento en el número de conflictos legales entre pacientes y odontólogos,

lo que a su vez condujo a una serie de medidas por parte de estos profesionales para protegerse de posibles demandas (Rueda Martínez & Albuquerque, 2016). También es necesario considerar la enseñanza del uso e implementación del consentimiento informado en las universidades, lo que es relativamente reciente en algunos países.

CONCLUSIÓN

Este trabajo tiene como conclusión el problema existente entre los criterios relevantes teóricos aceptados como importantes para el consentimiento informado en Odontología y la falta de adopción de ellos en los modelos en uso por parte de profesionales. Son necesarios estudios que provean de modelos de consentimiento que contemplen los 10 criterios señalados como relevantes y redactados en lenguaje sencillo para el paciente.



Derechos de Autor © 2021 Aldo Calzolari y Paola Luciani Reynoso. Esta obra se encuentra protegida

por una [licencia Creative Commons de Atribución Internacional 4.0 \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amarilla Guirland A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem Inst Investig Cienc Salud*. 2011; 9:43-49
- Argnani PI. Responsabilidad penal del médico. Buenos Aires: Editorial Astrea; 2013.
- Berstein PH. El error médico. Buenos Aires: Ediciones DyO; 2005.
- Briñón EN. Lesiones e iatrogenias en Odontología. Buenos Aires: Cátedra Jurídica; 2006.
- Cumplido JM. Consentimiento informado. Córdoba: Editorial Mediterránea; 2005.
- Escobar-López MT. Consentimiento informado en Odontología y sus especialidades. Bogotá: Impresora Ferriva; 2009.
- Escobar-López MT & Carrera CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes. *Rev Latinoam Bioética*. 2015; 15:14-25. <https://doi.org/10.18359/r/bi.519>
- Escobar-López MT & Novoa-Torres E. Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia: Problemas ético-legales y dificultades en el lenguaje. *Rev Latinoam Bioética*. 2016; 16:14-37. <https://doi.org/10.18359/r/bi.1439>
- Escobar-López MT. Consentimiento informado en odontología: Estudio histórico-interpretativo en Cundinamarca 1990-2010. *Rev Colomb Bioética*. 2014; 9:114. <https://doi.org/10.18270/r/bi.v9i1.749>
- Fumarola LA. Responsabilidades profesionales y especiales. Buenos Aires: Ediciones Hammurabi; 2016.
- Gherzi CA & Weingarten, C. Manual de los derechos de los consumidores. Buenos Aires: Editorial La Ley; 2000.
- González Zund RA & Cumplido JM. Daño médico. Córdoba: Editorial Mediterránea; 2005.
- Hernández Gutiérrez PM. Consentimiento informado en Odontología. Tesis de Doctorado, Valencia, España: Universidad de Valencia; 2015.
- Kvitko LA. El consentimiento informado. Ciudadela: Doyuna ediciones; 2009.
- Lavalle HM. Defensa médica II. Buenos Aires: Ediciones ACA; 1998.
- López Miró HG. Responsabilidad civil médica. Rosario: Editorial Zeus; 2000.
- López-Carriche C, Baca Pérez-Bryan R, San Hipólito-Marin L & Donado-Rodríguez M. Percepción y nivel de comprensión del consentimiento informado en la cirugía del tercer molar inferior. *RCOE*. 2003; 8(6): 633-641. <https://doi.org/10.4321/S1138-123X2003000600004>
- Luciani Reynoso P. Evaluación de las intervenciones educativas en la percepción y conocimiento Ético, legal del odontólogo en el ejercicio de su profesión en Paraná, Entre Ríos. Tesis de Doctorado, Rosario, Argentina: Instituto Universitario Italiano Rosario; 2018.
- Marques Fernandes M, Cobo Plana JA, Capurrocho Horta Bouchardet F, Michel-Crosato E, Nogueira de Oliveira R. Validação de instrumento para análise dano estético no Brasil. *Saude em Debate*. 2016; 40:118-130. <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080010>
- Nava Aguado V & Fragoso Rios R. Utilización del consentimiento informado para la aplicación de técnicas de manejo conductual, explicación del procedimiento, riesgos y complicaciones durante el tratamiento dental. *Rev Odontol Mex*. 2012; 16(4): 242-25. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2012.16.4.34196>
- Prevot JM. Responsabilidad médica. Paraná: Delta Editora; 2007.
- Renna CD. Mala praxis. Santa Fe: Ediciones Sudamérica; 1991.
- Rueda Martínez G & Albuquerque A. La salud bucal como derecho humano y bien ético. *Rev Latinoam Bioética*. 2016; 17:36-59. <https://doi.org/10.18359/r/bi.2299>
- Rueda AF. Nociones básicas sobre responsabilidad médica. Buenos Aires: Ediciones DyO; 2016.
- Saliba Garbin CA, Garbin AJI, Santos CdA & Gonçalves PE. Percepción del cirujano-dentista respecto del uso del consentimiento informado en el tratamiento odontológico. *Acta Bioethica*. 2009; 15:106-111. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2009000100014>
- Silva DH. La autonomía en la relación médico-paciente. Ciudadela: Doyuna Ediciones; 2008.
- Terada ASSD, De Araujo LG, Flores MRP & Da Silva RHA. Responsabilidad civil del cirujano-dentista: Análisis de las demandas presentadas en el municipio de Ribeiro Preto-SP, Brasil. *Int J Odontostomat*. 2014; 8:365-369. <https://doi.org/10.4067/S0718-381X2014000300008>

Tobar M. Manual de derecho procesal administrativo. Quito: Corporación de Estudios y Publicaciones; 2011.

Tonini dos Santos Pacheco K, Ferreira Silva M & Ribeiro Meireles N. Ethical proceedings against dentists in Espírito Santo for infringements to the code of dental ethics. Braz Oral Res. 2014; 28:1-7.

<https://doi.org/10.1590/1807-3107BOR-2014.vol28.0002>

Weingarten C. Responsabilidad por prestaciones odontológicas. Buenos Aires: Editorial Astrea; 1997.

Contribución de autoría

Conceptualización: Aldo Calzolari

Curación de datos: Paola Luciana Reynoso

Análisis formal: Paola Luciana Reynoso y Aldo Calzolari

Investigación: Paola Luciana Reynoso y Aldo Calzolari

Metodología: Paola Luciana Reynoso y Aldo Calzolari

Supervisión: Aldo Calzolari

Redacción – borrador original: Paola Luciana Reynoso y Aldo Calzolari

Redacción – revisión y edición: Aldo Calzolari

Correspondencia:

Aldo Calzolari

Cura Álvarez 46 Depto 6 Paraná (3100), Entre Ríos, Argentina

Correos electrónicos: aldo.calzolari@hospitalitaliano.org.ar, calzolari.aldo@uader.edu.ar

Celular +5493434156476

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses

No se recibió ningún financiamiento. No hay conflicto de intereses.