

APLICACIÓN DEL DERECHO A LA SALUD EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA UNIVERSITARIA

RESUMEN

Autores
Dr. Miguel, Ricardo
Dr. Zemel, Martín
Od. Cocco, Laura
Dr. Sapienza, María Elena
Od. Pólvara, Beatriz
Od. Iantosca, Alicia
Od. Di Girolamo, Germán

Instituto de Investigaciones en Educación Superior, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata .

Calle 50 e/1 y 115 (1900) La Plata

Financiamiento: UNLP

Conflicto de interés: Sin conflicto de interés.

Correspondencia:

Prof. Dr. Ricardo Miguel. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata (Argentina), Avda. 51 entre 1 y 115, 1900 La Plata, Telefax: 54-221-4236776
e-mail: olfolp@yahoo.com

Agradecimientos

Profesores y Auxiliares Docentes de las Asignaturas asistenciales de la FOUNLP

Entre los derechos sanitarios prioritarios se acordó el respeto por la autonomía del paciente convirtiéndose en el eje de la toma de decisiones sanitarias modificando el paradigma de atención clínica en Odontología. Por tanto, cabe evaluar la implementación clínica del citado derecho bioético desde la mirada del paciente que asiste a un Centro hospitalario universitario.

OBJETIVO: Examinar la práctica del respeto por la autonomía desde la perspectiva del paciente que recibe atención clínica en el Hospital Odontológico Universitario de la FOUNLP. **MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo sobre variables: a) "grado de conocimiento del consentimiento informado"; b) "instrumentación del derecho a la información clínica". Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra azarosa de 120 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP. El muestreo comprendió 60 pacientes de clínicas de alta complejidad (Grupo A) y 60 pacientes de clínicas de mediana complejidad (Grupo B). Los análisis estadísticos fueron realizados con Epi Info™ Versión 3.3.2 y EPIDAT 3.1.

RESULTADOS: En relación con la primer variable se evaluó el indicador "identificación de componentes del consentimiento informado" hallándose positivamente: Grupo A=34, 56,67%; Grupo B=37, 61,67%; $p>0.05$. Al medir "identificación del concepto de autonomía" se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p>0.05$. Respecto a la segunda variable, se evaluó el indicador "obtención del consentimiento", registrándose positivamente: Grupo A=54, 90,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p>0.05$. Al medir "conformidad con la información recibida" se registró positivamente: Grupo A=27, 45,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$. Al evaluar "conformidad con el plan de tratamiento propuesto" se registró positivamente: Grupo A=56, 93,33%, Grupo B=58, 96,67%; $p<0.05$.

CONCLUSIÓN: A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que: a) ambos grupos de pacientes presentaron una significativa identificación positiva de conocimientos asociados al consentimiento informado como también su obtención en la práctica clínica; b) No obstante, el grupo de pacientes que protagonizó prácticas de alta complejidad presentó un mejor nivel de conformidad respecto al derecho a la información clínica ($p<0.05$).

ABSTRACT

The priority health rights respect for patient autonomy became a central focus of health decision making by changing the paradigm of clinical care in dentistry was agreed. Therefore, it should assess the clinical implementation of that right bioethics from the perspective of patients attending a university hospital center. To examine the practice of respect for autonomy from the perspective of the patient receiving medical care at the University Dental Hospital of FOUNLP. **METHODS:** A descriptive study was performed on variables: a) "degree of knowledge of informed consent"; b) "the right instrumentation to clinical information". A closed, voluntary, anonymous self-report survey and was registered to a random sample of 120 patients from the University Dental Hospital, FOUNLP. The sample comprised 60 patients with high clinical complexity (Group A) and 60 patients in clinics medium complexity (Group B). Statistical analyzes were performed with Epi Info™ version 3.3.2 and 3.1 EPIDAT. **RESULTS:** In relation to the first variable, the indicator is evaluated "identifying components of informed consent" being found positive: Group A = 34, 56.67%; Group B = 37, 61.67%; $p > 0.05$. By measuring "the concept of autonomy identification" significant knowledge was recorded, and its distribution: Group A = 32, 53.33 %; Group B = 35, 58.33%; $p > 0.05$. With respect to the second variable, the indicator "obtaining consent" was evaluated positively recorded: Group A = 54, 90.0 %, Group B = 58, 96.67%; $p > 0.05$. By measuring "According to the information received" was recorded positive: Group A = 27, 45.0%, Group B = 58, 96.67%; $p < 0.05$. In assessing "Under the proposed plan of treatment" was recorded positive: Group A = 56, 93.33%, Group B = 58, 96.67%; $p < 0.05$.

CONCLUSION: Based on the data from the processed sample it can be concluded that: a) both groups of patients showed a significant positive identification of knowledge associated with informed consent as well as their preparation in clinical practice; b) However, the group of patients who starred practices of high complexity provided a better level of compliance regarding the right to medical information ($p < 0.05$)

INTRODUCCIÓN

La vertiginosos cambios sociales han planteado nuevos desafíos a la práctica sanitaria, entre ellos la introducción del principio de autonomía del paciente y su participación en las decisiones relativas a su salud.

El principio de autonomía del paciente ha sido incorporado a la práctica sanitaria a través del consentimiento informado, constituyendo de este modo una notable contribución del Derecho al campo de la Salud. El mismo ha tenido un significativo desarrollo en el área disciplinar odontológica donde se ha observado que los pacientes buscan una mayor respuesta sobre las distintas alternativas en el cuidado de su salud, aumentando así la demanda por la información de alta calidad sobre opciones clínicas. (Sogi et al, 2010; Amarilla Guirland, 2011; Zemel, 2012)

El proceso de consentimiento informado (PCI) se ha constituido como el espacio donde a una persona se le proporciona información suficiente para tomar una decisión razonada acerca del diagnóstico realizado y la terapéutica sugerida. Este último es otorgado por el paciente sin ninguna coacción, fundado en su entendimiento razonable de lo que sucederá, la necesidad de realizar el tratamiento, los beneficios y riesgos del mismo, la existencia de cualquier procedimiento alternativo disponible y los riesgos de su no-aceptación. (Miguel et al, 2006)

Se ha convenido que, entre los requisitos necesarios para la validez del consentimiento, se debe facilitar al paciente una información clara, exhaustiva y adecuada. Su práctica constituye así una relación comunicativa en la que el paciente puede expresar dudas, perplejidades y solicitudes de aclaración al odontólogo. Además, el tratamiento odontológico tiene peculiaridades específicas: la relación entre la odontología y la estética, la presencia concomitante de patologías que requieren tratamientos diferentes, el proceso de atención de largo plazo y el establecimiento de una relación de confianza y familiaridad con el paciente representan aspectos importantes en la configuración de la relación clínica, y también en el proceso de obtener el consentimiento informado. (Conti et al, 2013)

El odontólogo debe ofrecer la información correcta sobre el diagnóstico, el pronóstico, el punto de vista terapéutico y las posibles consecuencias de la terapia, la terapia alternativa y la negativa de la terapia, así como los compromisos eventuales en el período después del tratamiento. Especial atención debe darse a los menores de edad o pacientes con problemas psíquicos: el enfoque del profesional para estos pacientes debe ser claro y adecuado a la edad, comprensión y capacidad del paciente, particularmente si el poder de decisión para el tratamiento sanitario puede estar en manos de una tercera persona.

Por tanto, este proceso requiere un entrenamiento previo del efector de salud con el objeto de poder llevarlo a cabo en todos sus aspectos y no reducirlo a un mero acto legal de la práctica.

A partir de ciclo lectivo 1998, el PCI se ha incorporado a la totalidad de las prácticas clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad de La Plata (FOUNLP). Se ha desarrollado bajo supervisión docente en cada una de las

prácticas odontológicas requeridas a los estudiantes en el marco de su formación profesional. Durante estos años, se han presentado diferentes estudios respecto de su implementación pedagógica-clínica (Sharp et al, 2008; Christie et al, 2007; Gonçalves et al, 2007; Miguel y col., 2006; García et al, 2006), aunque todavía son escasos aquellos enfocados desde la perspectiva del paciente. (Alfaro et al, 2011)

El presente trabajo de investigación se propuso observar las problemáticas bioéticas percibidas por pacientes que recibieron atención clínica odontológica en el marco de un Hospital Odontológico Universitario.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo sobre variables:

a) “Grado de conocimiento del consentimiento informado”

b) “Instrumentación del derecho a la información clínica”.

El tamaño de muestra fue calculado mediante Epilnfo Versión 3.3.2, considerando un Nivel de Confianza de 95% y realizando un posterior ajuste al tamaño de la población.

Se registró una encuesta cerrada, voluntaria, anónima y por autorreporte a una muestra por sorteo de 120 pacientes del Hospital Odontológico Universitario, FOUNLP. La selección se realizó entre los pacientes que fueran del grupo etario de los adultos jóvenes entendiéndose por este último el rango de edad comprendido entre los 18 y 30 años. El muestreo comprendió 60 pacientes de clínicas de alta complejidad (**Grupo A**) y 60 pacientes de clínicas de mediana complejidad (**Grupo B**). Se excluyó a los pacientes que:

1) No mostraban dominio del idioma español

2) Presentaban una grave discapacidad sensorial que hubiera dificultado la comprensión

3) Padecían un aparente alteración mental grave

4) Pertenecían al área de la salud (odontólogo, médico, enfermero, técnico, estudiante de una carrera de salud) dado que su conocimiento técnico era condicionante de su opinión en la temática investigada

5) Eran menores de edad y no contaban con un adulto responsable al momento de realizarse la encuesta.

La encuesta estuvo dividida en dos secciones. La primera tenía como objeto determinar el nivel de conocimiento sobre contenidos relacionados con aspectos de la Bioética Clínica y de los derechos de los pacientes emergentes del andamiaje legal vigente; la segunda sección del instrumento se propuso ponderar las problemáticas bioéticas relacionadas con la autonomía e información clínica.

El proceso de construcción y validación del instrumento se realizó mediante un juicio de expertos que verificó la validez del contenido y constructo aplicando la V de Aiken (0,97), luego se evaluó la confiabilidad obteniendo resulta-

dos del Alfa de Crombach (0,84).

La encuesta fue instrumentada bajo condiciones controladas. Los datos obtenidos se estandarizaron para su procesamiento y tratamiento estadístico utilizando el programa SPSS 15, tomando un intervalo de confianza (IC) del 95%. Se aplicaron pruebas de hipótesis para la evaluación de diferencias significativas entre los grupos considerando diferencias significativas para $p < 0.05$

Para llevar a cabo el estudio se seguirán los lineamientos éticos establecidos en Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (WMA) como también la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). La información obtenida fue de carácter confidencial, hecho probado en la condición anónima de las encuestas realizadas. Asimismo, se resaltó en todo momento el carácter voluntario y libre en el llenado de los autorreportes. En este sentido, se proporcionó información a los participantes explicándoles los objetivos y metodología del estudio. Luego, se les solicitó firmar un documento de consentimiento informado (DCI) que dejó constancia el carácter voluntario y anónimo de su participación. Por último, se gestionó la autorización para realizar la investigación al Comité de Ética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

RESULTADOS

En el grupo A, 60% (36/60) de los pacientes pertenecieron al género femenino, edad mínima 19, máxima 30; media 24,43, mediana 24, moda 19 años; mientras que los de género masculino la edad mínima registrada fue 20 y máxima 30 años; media 24,63, mediana 25 y moda 26. En el grupo B, 65% (39/60) de los pacientes correspondieron al género femenino, edad mínima 20, máxima 29; media 25,0, mediana 25,5, moda 22 años; registrándose en el género masculino la edad mínima de 21 y máxima 30; media 26,77, mediana y moda 27 años.

En relación con la dimensión bioética de la variable "grado de conocimiento del consentimiento informado" se evaluó, en primer término, el indicador "identificación de componentes del consentimiento informado" hallándose positivamente: Grupo A=34, 56,67%; Grupo B=37, 61,67%; $p > 0.05$.

Tabla 1. Identificación de componentes del proceso de consentimiento informado por pacientes de ambos Grupos.

	Grupo A	Grupo B	p
Positiva	34 (40,0%)	26 (43,33%)	>0,05
Negativa	37 (36,67%)	23 (38,33%)	>0,05
P	>0,05	>0,05	

Al medir "identificación del concepto de autonomía" se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p > 0.05$.

Tabla 2. Identificación del concepto de autonomía por pacientes de ambos Grupos.

	Grupo A	Grupo B	P
Positiva	32 (53,33%)	28 (46,67%)	>0,05
Negativa	35 (55,0%)	25 (41,67%)	>0,05
P	>0,05	>0,05	

Respecto a la dimensión jurídica de la primer variable se midió el "nivel de conocimiento de derechos sanitarios" siendo su distribución: Nivel Satisfactorio: Grupo A=5, 8,33%, Grupo B=55, 91,67%, $p < 0,05$; Nivel no satisfactorio: Grupo A=25, 41,67%, Grupo B=35, 58,33%, $p > 0,05$.

Tabla 3. Nivel de conocimientos de derechos sanitarios en pacientes de ambos Grupos

	Grupo A	Grupo B	P
Satisfactorio	5 (8,33%)	55 (91,67%)	<0,05
No satisfactorio	25 (41,67%)	35 (58,33%)	>0,05
P	>0,05	<0,05	

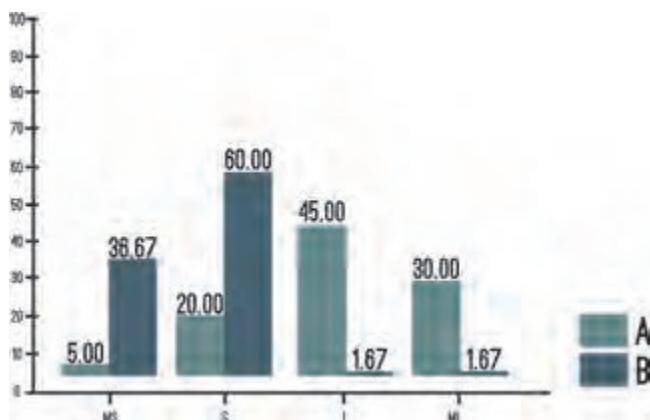
Al medir "nivel de conocimientos sobre documentación clínica" se registró un conocimiento significativo, siendo su distribución: Grupo A=32, 53,33%; Grupo B=35, 58,33%; $p > 0.05$.

Tabla 4. Nivel de conocimientos sobre documentación clínica en pacientes de ambos Grupos.

	Grupo A	Grupo B	P
Positiva	8 (13,33%)	52 (86,67%)	<0,05
Negativa	27 (45,0%)	33 (55,0%)	>0,05
P	<0,05	<0,05	

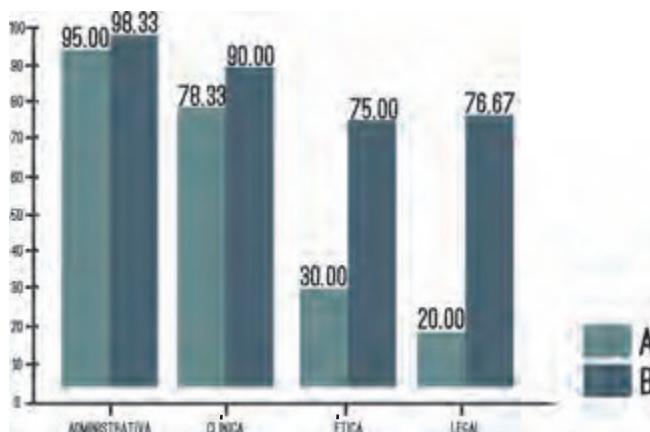
Respecto a la dimensión bioética de la segunda variable, se evaluó el indicador "obtención del consentimiento", registrándose positivamente: Grupo A=54, 90,0%, Grupo B=58, 96,67%; $p > 0.05$. Al medir "nivel de información recibida" la distribución fue: Nivel Muy Satisfactorio: Grupo A=3, 5,0%, Grupo B=22, 36,67%, $p < 0,05$; Nivel Satisfactorio: Grupo A=12 (20,0%), Grupo B=36, 60,0%, $p < 0,05$; Nivel Insatisfactorio: Grupo A=27 (45,0%), Grupo B=1, 1,67%, $p < 0,05$; Nivel muy insatisfactorio: Grupo A= 18, 30,0%; Grupo B = 1, 1,67%, $p < 0,05$.

Gráfico 1. Nivel de información recibida manifestada por pacientes de ambos Grupos.



Al evaluar "tipo de información requerida" la distribución fue para la categoría "administrativa" en el Grupo A = 57, 95,0%, Grupo B = 59, 98,33%, $p > 0,05$; categoría "clínica" en el Grupo A = 47, 78,33%, Grupo B = 54, 90,0%, $p > 0,05$; categoría "ética" en el Grupo A = 18, 30,0%, Grupo B = 45, 75,0%, $p < 0,05$; categoría "legal" Grupo A = 12, 20,0%, Grupo B = 46, 76,67%, $p < 0,05$.

Gráfico 2. Tipo de información requerida en pacientes de ambos Grupos.



Finalmente, al evaluar el "grado de accesibilidad a la información clínica", se tomó como escala convencional: "Alto", "Medio" y "Bajo". Se obtuvo la siguiente distribución: para el grado "alto": Grupo A = 7, 11,67%, Grupo B = 39, 65,0%, $p < 0,05$; grado "medio": Grupo A = 44, 73,33%, Grupo B = 15, 25,%, $p < 0,05$; grado "bajo": Grupo A = 9, 15,0%; Grupo B = 6, 10,0%, $p > 0,05$

Gráfico 3. Grado de accesibilidad a la información clínica percibido por pacientes de ambos Grupos.

DISCUSIÓN

En la relación clínica contemporánea los enfermos y sus familias se relacionan con el profesional tratante y su personal de colaboración. Además desde hace algunos años, los pacientes, han dejado de ser sujetos pasivos para ser actualmente agentes activos, informados y dispuestos a tomar sus decisiones en todo lo referente a sus atenciones

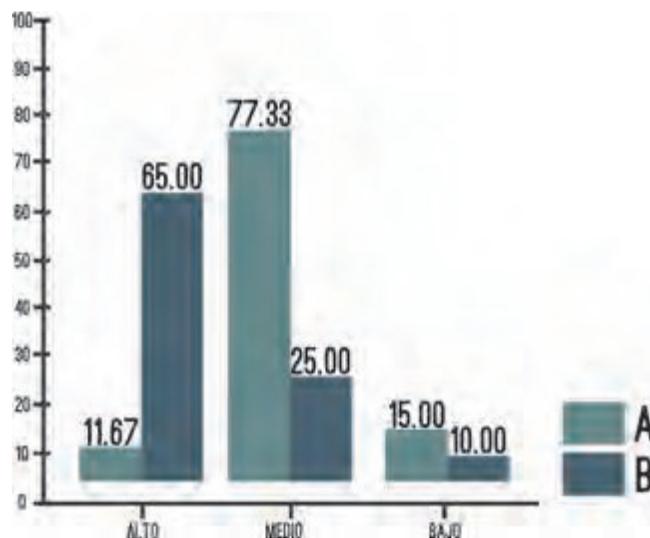


Gráfico 3

de salud (Simon Loda, 2002). En los Hospitales Universitarios, los enfermos se relacionan también con estudiantes que realizan sus prácticas clínicas. El enfermo pasa así a ser alguien que no sólo recibe una atención o prestación, sino también alguien en quien un estudiante aprende, un objeto de aprendizaje. (Beca et al, 2006) Sin embargo, en algunas ocasiones la naturaleza de la información que han debido brindar los estudiantes a sus pacientes no ha sido sustancialmente modificada presentándose como una conversación de "un sentido" sin que signifique ello la participación del paciente. (Gonçalves et al, 2007). En este sentido, los pacientes deben tener la oportunidad de ser participantes informados en las decisiones clínicas.

La reglamentación de la Ley vinculada con los Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud ha definido al PCI como el proceso cuya materialización consiste en la declaración de voluntad a la que refiere el artículo 5° de la Ley N° 26.529 modificada por la Ley N° 26.742, a través de la cual luego de haberse considerado las circunstancias de autonomía, evaluada la competencia y comprensión de la información suministrada referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativo, el paciente o los autorizados legalmente otorgan su consentimiento para la ejecución o no del procedimiento. La citada reglamentación también ha determinado su obligatoriedad, forma de instrumentación, excepciones y revocabilidad. (Boletín Oficial de la República Argentina, 2012)

En el presente estudio, los pacientes pesquisados que fueron atendidos en las clínicas especializadas del Hospital Universitario mostraron alcanzar un alto conocimiento de los derechos sanitarios (91,67%), y de la documentación clínica que debieron rubricar (86,67%). La práctica avanzada de los estudiantes posibilitó que sus pacientes tuvieron un alto grado de conocimiento. No obstante, también resultó significativo el conocimiento del concepto de autonomía y de los componentes del consentimiento informado en la población muestreada.

Resultó significativo el mayor nivel de consentimiento percibido por los pacientes del Grupo B (96,67%). En este aspecto, diversos autores señalan la importancia

de entablar un diálogo abierto y comprensible con los pacientes con el fin de superar las barreras idiomáticas, de comprensión y hasta de representación social respecto a las decisiones que deben tomar sobre su propia vida. (Corsino et al 2006; Sogi et al, 2010)

Por otra parte, los pacientes que fueron atendidos por estudiantes avanzados percibieron haber sido informado de las cuestiones éticas y legales de la práctica odontológica denotando la influencia que tuvieron los módulos de Ética y Ejercicio Legal de la profesión que reciben los estudiantes en su último año de la formación de grado.

Cabe señalar, la semejanza entre ambos grupos de pacientes que relevaron comprender las vías de acceso a su información clínica ($p > 0,05$)

Finalmente, conocer la percepción de los propios pacientes sobre el proceso de consentimiento informado resulta importante porque permite evaluar el desempeño de la Institución en este aspecto y elaborar pautas que orienten hacia una mejora de la calidad de la atención y satisfacción de los pacientes. (Alfaro et al, 2011).

CONCLUSIONES

A partir de los datos tomados de la muestra procesada se puede concluir que:

1) Los pacientes atendidos en las clínicas especializadas tuvieron un mayor conocimiento teórico de los derechos sanitarios y el consentimiento informado ($p < 0,05$)

2) El no tener los conocimientos suficientes generó, en el grupo A, ciertas dificultades el grado de información clínica recibida.

3) No obstante, ambos grupos manifestaron poder acceder con facilidad a la información necesaria para tomar una decisión sobre su estado de salud de forma razonada, voluntaria y responsable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alfaro Carballido LD, García Rupaya CR. Percepción del proceso de consentimiento informado en pacientes de la Clínica Estomatológica Central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Estomatol Herediana*. 2011; 21(1):5-12
2. Amarilla Guirland A. Percepción y comprensión del consentimiento informado en pacientes que acudieron a la Facultad de Odontología en el año 2010. *Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud*. 2011; 7(2): 43-49
3. Beca JP, Browne F, Valdebenito H., Bataszew V., Martínez M.J. Relación estudiante-enfermo: Visión del paciente. *Rev Méd Chile* 2006; 134:955-959
4. Boletín Oficial de la República Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. Decreto 1089/2012. Reglamentación de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742. Derechos del Paciente en su relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. 5/7/2012
5. Christie C., Bowen D., Paarmann C. Effectiveness of Faculty Training to Enhance Clinical Evaluation of Student Competence in Ethical Reasoning and Professionalism. *J Dent Educ*. 2007; 71(8): 1048-1057
6. Conti A., Delbon P., Laffranchi L., Paganelli C. Consent in dentistry: ethical and deontological issues. *J Med Ethics* 2013; 39: 59-61
7. Corsino B., Patthoff D. The ethical and practical aspects of acceptance and universal patient acceptance. *J Dent Education*. 2006; 70 (11): 1198-1201
8. Gadbury-Amyot CC, Simmer-Beck M, McCunniff M, Williams KB. Using a multifaceted approach including community-based service-learning to enrich formal ethics instruction in a dental school setting. *J Dent Educ*. 2006; 70 (6):652-661
9. Garbin CA., Garbin A.J., Saliba N.A., de Lima D.C., de Macedo A.P. Analysis of the ethical aspects of professional confidentiality in dental practice. *J Appl Oral Sci*. 2008; 16 (1): 75-80
10. García F. El odontólogo frente al consentimiento informado ¿qué hacer?. En: Cardozo C., Rodríguez E., Lolas F., Quezada A. *Ética y Odontología, una Introducción*. CIEB Universidad de Chile. 2006; 95-105
11. Gonçalves E., Verdi M.I. Os problemas éticos no atendimento a pacientes na clínica odontológica de ensino. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007; 12 (3):755-764
12. Jenson L.E. Is it ethical to involve patients in state board examinations? *J Am Coll Dent*. 2002; 69 (2): 39-42
13. Miguel R., Zemel M. El Consentimiento Informado en Odontólogos Residentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata. *Acta Bioethica. OPS/OMS*. 2006; 12:81-90
14. Miguel R., Zemel M., Cocco L., Ruiz R., Sapienza M.E., Pólvara B., Iantasca A., Seara S.E. El proceso de consentimiento informado en la carrera de Odontología de la UNLP. *Rev de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata*. 2006; III (1):39-43
15. Mofidi M, Strauss R, Pitner LL, Sandler ES. Dental students' reflections on their community-based experiences: the use of critical incidents. *J Dent Educ*. 2003; 67 (5):515-523
16. Sharp HM, Kuthy RA. What do dental students learn in an ethics course? An analysis of student-reported learning outcomes. *J Dent Educ*. 2008; 72(12): 1450-1457
17. Simon Loda P. El Consentimiento Informado: abriendo nuevas brechas. *Cuadernos de la Fundación Grifols N° 5*; 2002: 11-62.
18. Simón P., Júdez J. Consentimiento informado. En: Gracia D., Júdez J., editores. *Ética en la práctica clínica*. Madrid: Edit. Triacastela; 2004
19. Sogi C., Zavala S., Cárdenas M., Delgado A. Autonomía del paciente y toma de decisiones en salud: conocimiento en internos de medicina – 2010. *An Fac med*. 2012;73(1):19-26
20. Zemel M., Miguel R. Aportes de la formación en bioética en odontólogos de un Hospital Odontológico Universitario. *Revista Redbioética/UNESCO*. 2012; 1 (5): 94-106