

ARTÍCULO

Comunicación y consentimiento informado en servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial de Camagüey

Communication and informed consent at the Orthopedics and Neurosurgery Services of Camagüey's Manuel Ascunce Domenech Hospital

Mercedes Caridad García González^I, Antonio Obed Tarajano Roselló^{II}, Irma Rosabales Quiles^{III}, Nancy Ortega González^{IV}

- I. Licenciada en Educación especialidad Química, Máster en Enseñanza de la Química, Profesora Asistente, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Tecnología de la Salud Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Ciencias Biomédicas, Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. mcgg@factecno.cmw.sld.cu
- II. Licenciado en Estudios Socioculturales, Profesor Instructor, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Tecnología de la Salud Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Sistemas de Información en Salud, Avenida Madame Curie esquina Carretera Central Oeste, Previsora, Camagüey, Cuba, CP. 70700. tarajano@finlay.cmw.sld.cu
- III. Licenciada en Educación especialidad Química, Profesora Instructora, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Tecnología de la Salud Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Ciencias Biomédicas, Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700.
- IV. Licenciada en Ciencias Sociales, Profesora Instructora, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Tecnología de la Salud Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Bioanálisis Clínico, Avenida Madame Curie esquina Carretera Central Oeste, Previsora, Camagüey, Cuba, CP. 70700. naort@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

Se presenta un estudio descriptivo transversal realizado para caracterizar la comunicación médico-paciente y el consentimiento informado en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, entre noviembre 2009 y enero 2010. Se encuestó a los especialistas para identificar el nivel de conocimiento sobre estos aspectos bioéticos. Los resultados mostraron una comunicación inefectiva y negligencias con el consentimiento informado.

Palabras clave: BIOÉTICA; COMUNICACIÓN; CONSENTIMIENTO INFORMADO; RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

ABSTRACT

The article presents a cross-sectional, descriptive study carried out to characterize both doctor-patient communication and request of informed consent at Camagüey's Manuel Ascunce Domenech University Provincial Hospital, from November 2009 to January 2010. Specialists were interviewed to identify their level of knowledge about these bioethical subjects. Results confirmed an inefficient communication and negligence with the informed consent.

Key words: BIOETHICS; COMMUNICATION; INFORMED CONSENT; PHYSICIAN-PATIENT RELATIONS.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas del siglo XX la investigación con seres humanos, los trasplantes de corazón, la manipulación del código genético, la fecundación *in vitro*, entre otras cuestiones, han suscitado problemas desconocidos hasta ahora.¹ La necesidad de dar

una explicación adecuada a los mismos y resolverlos de forma lúcida ha hecho aparecer una nueva disciplina denominada bioética. En torno a ella se han formulado las más diversas concepciones que parten de presupuestos filosóficos, sociales, biológicos, médicos o jurídicos, según los cuales se le concibe como ciencia, disciplina, ética aplicada, ética clínica, discurso interdisciplinario, movimiento cultural, entre otras acepciones. Todas ellas, sin embargo, coinciden en señalar a la ética como su referente directo.

Según Pérez Cárdenas y colaboradores², la clínica se ha erigido como el ámbito de aplicación por excelencia de la bioética. No obstante, la misma trasciende los marcos de la primera, dado lo variado y amplio de su campo de acción. Desde una perspectiva filosófica se puede afirmar que la bioética es en esencia ética aplicada a multiplicidad de problemas generados por el desarrollo social, y en particular a aquellos que se relacionan con el desenvolvimiento científico tecnológico, que de una u otra forma afectan la vida en el planeta, lo que incluye al hombre y su bienestar espiritual.

De este modo, los autores antes señalados la consideran como un paradigma cultural en proceso de conformación, de carácter humanista y proyección global, orientado hacia el redimensionamiento ético de la actividad y correspondientes relaciones sociales que afectan la vida en el planeta; y consecuentemente, la vida y el bienestar del hombre.²

En el ámbito médico, la bioética se establece como el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y de la salud, examinada a partir de los principios y valores morales.³ La bioética médica surge en el mundo desarrollado, principalmente como consecuencia del avance de la ciencia y de la técnica. En buena medida, la misma ha abordado aspectos de la relación médico-paciente, los derechos de las personas enfermas, la donación de órganos, los criterios de muerte cerebral y de estado vegetativo persistente, los ensayos clínicos en humanos y los experimentos con animales, entre otros.⁴

Términos como confidencialidad, secreto médico y consentimiento del paciente para la participación en ensayos clínicos, se entremezclan en esta disciplina, que unida a la ética médica, humaniza el desarrollo de la ciencia. El basamento legal y ético internacional para la realización del acto médico, tiene sus inicios en el juramento hipocrático. Esto ha generado en la actualidad una serie de regulaciones y normas que deben ser cumplidas por todos los técnicos y profesionales de la salud.⁵ Los principios de la bioética, considerados como inviolables, se resumen en:

- La autonomía del paciente, que puede interpretarse como libertad de acción, o deliberación efectiva. La racionalidad y la libertad de acción son fundamentales para que un individuo pueda considerarse autónomo.
- La beneficencia y no maleficencia. La primera supone actuar para prevenir el daño, suprimirlo o para promover el bien, de esa manera se ayuda al otro desde la perspectiva humanista que ha caracterizado a la medicina desde sus inicios. Por su parte, el principio de no maleficencia puede considerarse, a diferencia del de beneficencia, como un asunto pasivo, que implica no infligir daño. Abarca no sólo el perjuicio que pueda ocasionarse, sino también el riesgo vinculado al mismo.
- La justicia, por esta se entiende tanto la individual como la particular. Este principio se sustenta en la obligación ética de dar a cada una de las personas lo que verdaderamente necesita o corresponde, en consecuencia con lo que se considera correcto y apropiado desde el punto de vista moral.⁵

A partir de estos presupuestos, la Declaración de Ginebra, elaborada por la Asociación Médica Mundial, señala el deber del médico con las siguientes palabras: “[...] velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente.”⁶ Por otra parte, en el Código Internacional de Ética Médica se declara que el profesional de la salud actuará solamente en el interés del enfermo. Este último debe ser tratado como un ser autónomo, lo cual se materializa en la práctica a través del consentimiento informado.^{6,7} Por éste se entiende aquel proceso mediante el cual se explica debidamente al

paciente el procedimiento y posibles alternativas, con sus ventajas e inconvenientes, lo que lo capacita para tomar decisiones.

El consentimiento informado se sustenta, por tanto, en una adecuada comunicación entre el médico y el enfermo; o sea, en la existencia de una relación profesional caracterizada por un elevado nivel de veracidad, intimidad y confianza, que se diferencia sustancialmente de la búsqueda de sumisión a las indicaciones del médico por parte del paciente.

Varios autores se han expresado tanto a favor de los aspectos bioéticos a tener presente en las investigaciones médicas, como del consentimiento informado. En el ámbito internacional sobresalen los trabajos desarrollados por Galán Cortés⁸ y Nicolás Ortiz⁹, en España; Rodríguez Almada¹⁰, en Uruguay; Bonilla-Sandi¹¹, en Costa Rica; y Bórquez¹², en Chile. En Cuba, se destacan al respecto Oliva Linares⁵, Lugones Botell⁷, Amaro Chelala¹³, Montenegro Surís¹⁴ y Sardiñas López¹⁵. En Camagüey, dentro de los investigadores que han tratado el tema se encuentra García-Roco¹⁶ y Loredó Alamar¹⁷.

Sin embargo, la mayoría de ellos se refieren únicamente a los aspectos bioéticos de las investigaciones clínicas, intervenciones quirúrgicas o al consentimiento informado que se debe pedir a los familiares de pacientes pediátricos o psiquiátricos. De manera general, obvian el hecho de que el consentimiento informado constituye aquel proceso que debe comenzar al inicio de la relación sanitaria y culminar con el alta del paciente.

Téngase en cuenta que el consentimiento informado posibilita la participación conjunta del enfermo y el equipo de salud que lo atiende en la toma de decisiones, y tiene una marcada importancia en Cuba, en correspondencia con el proyecto social y las características del sistema de salud vigentes. Debido a ello, el propósito de la presente investigación es caracterizar el comportamiento de la comunicación y la solicitud el consentimiento informado, como aspectos bioéticos presentes en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía brindados por el Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey.

Se escogió a estas dos especialidades, ya que sus características permiten clasificarlas como clínico-quirúrgicas. De este modo, los servicios de Ortopedia y Neurocirugía emplean no sólo criterios clínicos, sino también complementarios imaginológicos para arribar a conclusiones certeras. En este caso, la solución al problema de salud declarado por el paciente, comprende la mayoría de las veces un proceso de intervención quirúrgica, luego de haberse llevado a cabo previamente la fase de diagnóstico imaginológico, principalmente a través de los Rayos X (Rx) o la Tomografía Axial Computarizada (TAC).

Si bien es cierto que estas técnicas aseguran la veracidad del diagnóstico presuntivo, no puede obviarse el hecho de que implican riesgos para la salud, dada la cantidad de radiaciones recibida o la inyección de contraste. Por otra parte, el que los pacientes necesiten permanecer obligatoriamente hospitalizados cuando son intervenidos quirúrgicamente, fundamenta la decisión tomada en cuanto a dichas especialidades, ya que una vez dada esta condicionante, se hace indispensable la correcta aplicación de aspectos bioéticos vinculados con la comunicación y el consentimiento informado en la relación médico-paciente.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, en el período comprendido entre noviembre de 2009 y enero de 2010.

Se emplearon los siguientes métodos teóricos: el histórico lógico, que posibilitó conocer los antecedentes que dieron lugar al surgimiento de la bioética y su relación con el consentimiento informado como parte de la práctica clínica; y el de análisis y síntesis, que permitió adentrarse en la situación problemática, arribar a los criterios, conclusiones y recomendaciones que se expresan en el informe final.

De los métodos empíricos, y según el principio ético de voluntariedad, se aplicó una encuesta a 33 médicos (10 del servicio de Neurocirugía y 23 de Ortopedia), para

identificar su nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado y la comunicación, como aspectos bioéticos que deben estar presentes en la relación médico-paciente. Se garantizó el anonimato y la confiabilidad en el procesamiento de los datos por parte de personal competente (Anexo 1).

El análisis porcentual permitió la interpretación y la representación de los datos en tablas diseñadas en Microsoft Excel.

RESULTADOS

La Tabla 1 representa el nivel de conocimiento que poseen los médicos de los servicios de Ortopedia y Neurocirugía acerca de aspectos bioéticos presentes en la relación con el paciente. Aunque un elevado porcentaje de los encuestados manifiesta explicar los exámenes a sus pacientes, debe tenerse presente que casi la mitad de los mismos sólo dan a conocer a veces los posibles resultados de éstos y cómo se debe cooperar en la realización de los complementarios, lo que refleja deficiencias en la comunicación. Por otra parte, es preocupante el bajo porcentaje de respuestas obtenidas a favor de la explicación a la exposición a las radiaciones y sus posibles consecuencias.

Tabla 1. Nivel de conocimiento acerca de aspectos bioéticos. Servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, 2010.

	Sí	%	No	%	A veces	%
Explica los exámenes	26	78.8			7	21.2
Explica los posibles resultados	19	57.6			14	42.4
Explica cómo cooperar	17	51.5			16	48.5
Explica la exposición a las radiaciones y sus posibles consecuencias	7	21.2	10	30.3	16	48.5
Solicitud del consentimiento informado	8	24.2	18	54.5	7	21.2

N = 33

Fuente: Encuesta

La Tabla 2 muestra el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la relación médico-paciente en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía. Los mejores resultados se corresponden con planteamientos, según los cuales el consentimiento informado es:

- explicación dada a un paciente sobre la naturaleza de su enfermedad.
- respeto a la autonomía del paciente.
- proceso que se establece en la relación médico-paciente.
- documento que debe registrarse en la historia clínica.

Tabla 2. Nivel de conocimiento sobre del consentimiento informado. Servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, 2010.

Planteamientos sobre el consentimiento informado	Planteamientos seleccionados por los médicos (número de veces)	%
Explicación a un paciente de la naturaleza de su enfermedad.	28	84.8
Un acontecimiento de comunicación.	17	51.5
Respeto a la autonomía del paciente.	22	66.6
Registro en la historia clínica.	21	63.6
Se establece en la relación médico-paciente.	20	60,6

N = 33

Fuente: Encuesta

Más de la mitad de los encuestados consideran que el consentimiento informado es un acto de comunicación. Sin embargo, los resultados obtenidos al respecto no son significativos si se consideran los criterios vertidos por la totalidad de los especialistas. Además, resalta el hecho de que este proceso prácticamente no se lleva a cabo. Los médicos no lo identifican como un acto jurídico dispuesto en la Ley 41 de 1983, de la Salud Pública.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos sobre el nivel de conocimiento acerca de aspectos bioéticos presentes en la relación médico-paciente, que poseen los médicos de los servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, evidencian que la comunicación de médico a paciente no se establece de manera efectiva, lo cual se corresponde con las investigaciones realizadas al respecto por Selman-Housein¹⁸, Torres García¹⁹, Castellanos Arcís²⁰ y sus respectivos colaboradores.

En este sentido, es necesario que el médico le explique al paciente no sólo la cantidad de exámenes que va a ordenarle, sino también en qué consiste cada uno, lo que incluye las indicaciones pertinentes; o sea, si debe ir en ayunas o llevar a cabo una preparación previa. Esta explicación abarca dar a conocer también lo que se debe esperar de esas pruebas para reafirmar el diagnóstico, y cómo debe cooperar en su realización. Dichos parámetros son indicativos de una adecuada comunicación.

Según Galán Cortés⁸, el médico debe informar al paciente de todas aquellas circunstancias que puedan incidir en su decisión final, por lo que está en la obligación moral de indicarle sobre la forma o medios empleados y el fin que se persigue con el tratamiento médico. Razón por la que le señalará oportunamente el diagnóstico de su proceso, pronóstico y alternativas terapéuticas que existan, con sus riesgos y beneficios.

Otros autores coinciden con el planteamiento anterior, y hacen hincapié en la necesidad, no sólo de informar, sino también de explicarle al paciente todas aquellas situaciones que puedan influir en la situación en que se encuentra. La información debe facilitarse al paciente y a los familiares, salvo prohibición expresa del interesado.^{1,3-5,21}

Además, el médico que no informe o explique es responsable de los daños ocasionados por los procedimientos, aun cuando exista una praxis profesional correcta. Se recomienda, por lo tanto, acudir a un documento escrito cuando se trate de

procedimientos invasivos, que conlleven riesgos notorios, o cuya efectividad sea dudosa. La información ha de ser siempre verdadera. Nunca se justifica mentir al paciente. Se debe utilizar en todo momento un lenguaje adecuado, en consideración a la edad, el nivel cultural y la capacidad de comprensión del enfermo.

Es necesario destacar que los médicos encuestados no informan sobre los riesgos y consecuencias de las radiaciones a las que se pueden exponer los pacientes. A pesar de que en la bibliografía consultada no se consigna nada al respecto, debe tenerse en cuenta que en la actualidad, la imaginología, es un campo que experimenta una extraordinaria expansión como resultado del desarrollo de la ciencia y la técnica. De ahí su importancia en el área de la salud, lo que la vincula estrechamente con la relación médico-paciente. Además de los Rx, hoy día se cuenta con novedosas técnicas de diagnóstico que incluyen la TAC, la Tomografía por Emisión de Positrones, la Resonancia Magnética, y la Ecografía o Ultrasonido.²²

La siguiente comparación permite determinar el riesgo que suponen ciertas pruebas médicas. La unidad de medida es el milisiervert (mSv), y los valores indicados representan promedios.

- √ Cinco horas de vuelo en un avión comercial: 0.03 mSv
- √ Diez días de radiación de fondo natural: 0.1 mSv
- √ Una radiografía dental: 0.04 a 0.15 mSv
- √ Una radiografía torácica: 0.1 mSv
- √ Una mamografía: 0.7 mSv
- √ Una prueba de TAC torácica: 8.0 mSv

Si se explicara lo anterior a los pacientes, éstos no importunarían a los médicos para que les ordenaran exámenes imaginológicos tales como TAC, en vez de Rx, o ultrasonidos diagnósticos. El médico es responsable de cuidar que el paciente no reciba más radiaciones que las estrictamente necesarias, y contribuir con ello a mantener o disminuir la dosis genéticamente significativa que recibe la población.

También se debe tener en cuenta el elevado costo de estos exámenes y de los equipos con que se realizan. Es evidente que tanto médicos como pacientes desconocen el saldo monetario de los mismos. De ahí la necesidad de fortalecer la cultura económica en el sector de salud de forma general, y específicamente en lo que atañe a los diagnósticos imagenológicos. El conocimiento de aspectos de esta índole ayudaría a ser mucho más responsables tanto en lo que tiene que ver con la solicitud del paciente de que se le apliquen exámenes por complacencia, como con la orden emitida por el especialista, lo cual garantizaría a su vez un empleo racional del equipamiento tecnológico destinado para la prestación de este tipo de servicios por el Ministerio de Salud Pública.

Los resultados obtenidos acerca del nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en la relación médico-paciente, en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía, demuestran, que como lo ha planteado Selman-Housein¹⁸, es necesario insistir en que la única forma válida de obtener el consentimiento es la conversación, como acto que favorece la comunicación. Por lo tanto, el profesional que simplemente crea que por haber obtenido la firma de su paciente ha cumplido con los requisitos del consentimiento informado, está totalmente equivocado. Un consentimiento informado inadecuado se considera como ausencia del mismo.

Según se ha expuesto con anterioridad, los médicos encuestados no identifican al consentimiento informado como un acto jurídico. Al respecto merece mención el criterio vertido por Galán Cortés⁸, quien plantea que el consentimiento informado ha llegado a la medicina desde el derecho, por lo que debe ser considerado como una de las máximas aportaciones del mismo a la práctica médica en los últimos siglos.

En diferentes países del mundo, el consentimiento informado está legislado. Por ejemplo, en los Estados Unidos, apareció por vez primera en la legislación de 1957, en un recurso judicial llevado a efecto en California.¹⁵ Por otra parte, en 1976, la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, aprobó un documento en el que se hacía un llamado a los estados miembros para que tomaran medidas de forma que los pacientes

estuvieran completamente informados, y recomendaba la armonización de los derechos de los pacientes; entre ellos el derecho básico del consentimiento informado.¹⁰

En España, en 1986, el Instituto Nacional de la Salud puso en marcha un plan de humanización de la atención sanitaria, a través de la implantación de una Carta de Derechos de los Pacientes (Carta Magna, la Ley 14/1986 General de Sanidad).⁹ De igual modo, el acuerdo Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas, que entró en vigencia en 1976, plantea que nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.¹¹

En Cuba, el consentimiento informado aparece legislado en la Ley 41 de la Salud Pública, del 13 de julio de 1983.²³ La misma establece en su Artículo 18 que los métodos de diagnóstico que impliquen riesgos, se realizarán con la aprobación de los pacientes, excepto en el caso de los menores de edad o incapacitados mentales, en cuyos supuestos se requiere la autorización del padre, madre, tutor o representante legal. Refrenda además, en su Artículo 19, que las intervenciones quirúrgicas, procedimientos, diagnósticos y terapéuticos a pacientes, se deben realizar con la aprobación referida en el artículo anterior. No obstante, en aquellos casos de carácter urgente en los que peligre la vida del paciente, las intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos podrán realizarse sin la aprobación antes consignada.

Lugones Botell⁷ plantea que el consentimiento informado es un reto ético de primer orden para los profesionales de la salud. Sin embargo, médicos, enfermeros y tecnólogos de la salud tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas por los principios paternalistas tradicionales. Refiere además, que los profesionales de la salud en Cuba, suelen procurar a los pacientes el mayor bienestar posible, mediante la realización de una práctica de alta calidad científico-técnica, pero les resulta difícil aceptar que esto deba acompañarse de la renuncia al monopolio del poder de decisión, para compartirlo con alguien: el

paciente, a quien se considera a veces un intruso incapacitado para tomar decisiones en algo tan serio como es su salud y su vida.

La firma del consentimiento informado no exime al médico de responsabilidad por mala praxis; con todo, su mala aplicación puede debilitar la defensa en una acusación sobre negligencia, en un procedimiento defendible. El consentimiento informado puede perder su función protectora en el ámbito médico-legal si no se realiza de forma adecuada.¹⁰ Se coincide con Loredó Alamar¹⁷, quien afirma que el consentimiento informado es el acto jurídico mediante el cual una persona expresa de forma gráfica, voluntaria y libremente su aceptación para que se le aplique o realice cualesquier proceder o investigación médica que puede conllevar un riesgo importante para su vida, lo que incluye el respecto a la inviolabilidad de la persona.

El consentimiento informado es más un derecho del paciente y una medida para facilitar la relación sanitaria, que un posible eximente en caso de demanda, aunque su valor atenuante es indudable y un factor a tener siempre en cuenta.²⁴ En Cuba, la realidad es, que no se conoce, hasta el momento, de demandas judiciales establecidas por este concepto.²⁵ En correspondencia con las características del sistema social y de salud cubano, el consentimiento informado debe constituir un presupuesto esencial en la relación médico-paciente.

Lo anterior implica el análisis de este proceso desde una óptica integradora. El consentimiento informado no puede ser enfocado como un proceder aplicable únicamente cuando se interviene quirúrgicamente a una persona, o cuando se realizan ensayos clínicos; es un proceso que comienza al inicio de la relación sanitaria, que culmina con el alta del paciente y que combina las investigaciones científicas en el campo de la salud, los tratamientos médicos, las pruebas diagnósticas, los cuidados de enfermería, el ingreso y el alta hospitalaria; así como la atención en el domicilio, por lo que se encuentra presente en todos los aspectos concernientes al tratamiento y cuidado de la salud de las personas.^{26,27}

CONCLUSIONES

Es insuficiente el nivel de conocimiento acerca del consentimiento informado y la comunicación, como aspectos bioéticos presentes en la relación médico-paciente, que poseen los médicos de los servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey. En este sentido, la explicación que se ofrece al enfermo sobre las radiaciones y sus posibles consecuencias es limitada. Menos de la tercera parte de los encuestados respondieron correctamente este acápite, en tanto más de la mitad de los mismos no solicitan el consentimiento informado, o no lo identifican como acto jurídico legislado. Esto evidencia la necesidad de establecer estrategias que den lugar a la capacitación profesional sobre los tópicos analizados por parte de los especialistas implicados en la prestación de servicios, lo que redundará en la excelencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Crehuet Navajas J. Ética frente a bioética. *Med Clin* 1999;112(2):64-75.
2. Pérez Cárdenas ME, Flores Rodríguez JL, Singh Castillo C, Paredes Rodríguez G. Ética médica y bioética. Perspectiva filosófica. En: Aguirre del Busto R, Álvarez Vázquez J, Armas Vázquez AR, Araujo González R, Bacallao Gallestey J, Barrios Osuna I, et al. *Lecturas de filosofía, salud y sociedad*. La Habana: Ecimed; 2004. p. 140-64.
3. Cruz Coke MR. Introducción de la bioética en la medicina contemporánea. *Rev Med Chile* 1995;123(3):363-9.
4. Rivas Muñoz F. Vida y muerte violentas: el más grande desafío para la bioética en Colombia. En: Acosta Sariego JR. *Bioética para la sustentabilidad*. La Habana: Publicaciones Acuario Centro Félix Varela; 2002.
5. Oliva Linares JE, Bosch Salado C, Carballo Martínez R, Fernández Brito Rodríguez JE. El consentimiento informado, una necesidad de la investigación clínica en seres humanos. *Rev Cubana Invest Bioméd [Internet]*. 2001 [citado 30 Jun 2010];20(2):150-8. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002001000200011&lng=es

6. Artilés Bisbal L, Otero Iglesias J, Barrios Osuna I. Metodología de la Investigación para las Ciencias de la Salud. La Habana: Ecimed; 2009.
7. Lugones Botell M. Consentimiento informado. Rev Cubana Mgi [Internet] 2005 [citado 20 Ene 2010];21(5,6):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_5-6_05/mgi205-605.htm
8. Galán Cortés J. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. Rev Med Uruguay 1999;15:5-12.
9. Nicolás Ortiz C. El derecho a la salud y los derechos de los enfermos. 2da ed. Madrid: Encuentro; 1983.
10. Rodríguez Almada H. Los aspectos críticos de la responsabilidad médica y su prevención. Rev Med Uruguay [Internet].2001 [citado 28 Jun 2010];17(1):17-23. Disponible en: <http://www.rmu.org.uy/revista/2001v1/art4.pdf>
11. Bonilla Sandi A. Consentimiento informado en los experimentos en seres humanos. Med. leg. Costa Rica [Internet].2003 [citado 28 Jun 2010];20(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152003000100004&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
12. Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la capacidad de la persona: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. Rev Med Chile [Internet]. 2004 [citado 14 May 2010];132(10):1243-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872004001000013&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
13. Amaro Chelala JR, González Revuelta ME. El consentimiento informado en la realización de ensayos clínicos. Rev Cub Med Mil [Internet]. 1998 [citado 30 Junio 2010];27(1):54-61. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65571998000100010&lng=es
14. Montenegro Surís A, Monreal Agüero ME. Revisión del procedimiento del consentimiento informado por los comités de ética de la investigación clínica. Rev

- Cubana Invest Bioméd [Internet].2007 [citado 28 Jun 2010];26(2):[aprox. 10 p.]
Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002007000200010&lng=es&nrm=iso&tlng=es
15. Sardiñas López G, Ortega Borroto M, Morales Moreira E. Consentimiento informado. Una necesidad de la medicina de nuestros tiempos. Rev. Mciego [Internet]. 2006 [citado 28 Junio 2010];12(supl. 1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol12_supl1_06/articulos/a2_v12_supl106.html
 16. García-Roco ON, Pérez González Z, Moras Hernández MA, Monteagudo Canto A. Reflexiones éticas sobre una aplicación científico-médica de actualidad: la distracción osteogénica. Rev Hum Med [Internet]. 2005 [citado 30 Junio 2010];5(1):[aprox. 10 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202005000100004&lng=es
 17. Loredó Alamar R. El consentimiento informado. Generalidades y tratamiento en el derecho cubano. Un enfoque hacia el paciente psiquiátrico y al tratamiento electro convulsivo. La Habana: ENSAP; 2001.
 18. Selman-Housein AE. Guía de acción para la excelencia en la atención médica. La Habana: Científico-Técnica; 2002.
 19. Torres García C, Peinado Moreno M, Gómez Aguado R, Ramírez Acosta T. Equilibrio ético para toma de decisiones asistenciales en pacientes críticos. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2009 [citado 18 Sep 2010];25(3-4):[aprox. 8 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 20. Castellanos Arcís ML, López Fernández JM, Caballé Ferreiras M, García Alderete H. El consentimiento informado; una acción imprescindible en la investigación médica. Rev Cub Est. [Internet]. 2009 [citado 4 Mar 2010];46(1):[aprox. 10 p.] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 21. Toledo Curbelo G. Ética, bioética y salud. En: Fundamentos de Salud Pública. La Habana: Ciencias Médicas; 2005. p. 62-63.

22. Ugarte Suárez J. Manual de tomografía axial computarizada multicorte. La Habana: CIMEX; 2006.
23. Ministerio de Salud Pública. Ley de la Salud Pública y su Reglamento. La Habana: Imp. Gráfica del MINSAP; 1988.
24. Simón P, Barrio MI, Concheira CL. El consentimiento informado: teoría y práctica. *Med Clin* 1993;1100(17):665-3.
25. González CJ. Proyecto de consentimiento informado en enfermería: visión interprofesional médico-enfermera. *Rev trim* 1998 35;32(9):6-18.
26. Montserrat Busquets H. El consentimiento informado: una visión enfermera. España. Borja de Bioética; 1998.
27. Rogés Sánchez AV, Sánchez García S, Sanabria Negrín JG, Sosa Hernández H, Moleiro Hernández M. Aplicación del consentimiento informado por estomatólogos en la Atención Primaria de Salud. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2010 [citado 17 Nov 2010];14(1):[aprox. 10 p.] Disponible en: http://publicaciones.pri.sld.cu/rev-fcm/rev-fcm_13-5/rev-fcm13-5-3.htm

ANEXO

Anexo 1. Encuesta aplicada a los médicos.

Compañero (a):

Con el objetivo de caracterizar el comportamiento de la comunicación y el consentimiento informado como aspectos bioéticos que deben estar presentes en la relación médico paciente, en los servicios de Ortopedia y Neurocirugía del Hospital Provincial “Manuel Ascunce Domenech”, el Departamento de Ciencias Biomédicas de la Facultad de Tecnología de la Salud, de Camagüey, se ha propuesto desarrollar una investigación. Debido a ello necesitamos que dé respuesta a la siguiente encuesta de carácter totalmente anónimo. Le garantizamos, a su vez, que los datos aportados por Ud., serán procesados por personal competente y confiable. Los mismos posibilitarán una toma de decisiones efectivas encaminadas a alcanzar la excelencia en la prestación de los servicios de salud. Muchas gracias de antemano por su colaboración.

I- Cuando atiende sus pacientes:

a) Explica los exámenes que deberá realizarse.

Sí ____ No ____ A veces ____

b) Explica los posibles resultados.

Sí ____ No ____ A veces ____

c) Explica la cooperación del paciente en su realización.

Sí ____ No ____ A veces ____

d) Cuando indica diagnósticos imagenológicos, le explica las radiaciones a las que puede exponerse el paciente y sus posibles consecuencias.

Sí ____ No ____ A veces ____

e) Solicita la aprobación para que sea sometido a los procedimientos médicos.

Sí ____ No ____ A veces ____

II- Seleccione de los planteamientos relacionados a continuación los referentes al consentimiento informado:

- a) ____ Consiste en la explicación a un paciente de la naturaleza de su enfermedad
- b) ____ Es un acto de habla, un acontecimiento de comunicación.
- c) ____ Se trata de respetar la autonomía del paciente.
- d) ____ La historia clínica es donde se registra este proceso.
- e) ____ Esta legislado en la Ley N° 41 de la Salud Pública de 1983.
- f) ____ Es un acto jurídico.
- g) ____ Es un proceso que se establece en la relación médico-paciente.

Entrada 21/12/2011

Aprobado 25/3/2011

Mercedes Caridad García González, Licenciada en Educación especialidad Química, Máster en Enseñanza de la Química, Profesora Asistente, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Facultad de Tecnología de la Salud Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja, Departamento de Ciencias Biomédicas, Carretera Central Oeste Km 4½, Camagüey, Cuba, CP. 70700. mcgg@factecno.cmw.sld.cu