UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE MEXICO

DIPLOMADO DE BIOETICA

TEMA DE TESINA

LA BIOETICA Y EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LOS DERECHOHABIENTES DEL CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

ELABORADA:

LIC. MARIA PILAR AYALA CAMPOS

LIC. ENF. MARIA DEL ROSARIO CHAVEZ RODRIGUEZ

E.S.P. EVANGELINA HERNANDEZ SANCHEZ

E.E. SILVIA GUZMAN

ASESORADA:

DR. GABRIEL GARCIA COLORADO

NOVIEMBRE DE 2005

CONTENIDO

1.- INTRODUCCION

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.- HIPOTESIS

4.- MARCO TEORICO

4.1 ANTECEDENTES HISTORICOS
4.2 ANTECEDENTES JURIDICOS
4.3 ANTECEDENTES BIOETICOS

5.- OBJETIVOS

6.- JUSTIFICACION

7.- TIPO DE INVESTIGACION

8.- CONCLUSIONES

9.- BIBLIOHEMEROGRAFIA

10.- GLOSARIO

11.- ANEXOS

1.- INTRODUCCION

A lo largo de la historia de la humanidad la prestación de los servicios de salud, se ha caracterizado por la relación Profesional-Paciente, está condición hasta hace algún tiempo hacia necesario que algunos familiares de los pacientes se aliaran al médico, en aras de buscar el alivio de este.

Hasta nuestros tiempos esta condición es exigible no solo para los familiares de los pacientes sino también para los profesionales de la salud con base en ordenamientos jurídicos que regulan las profesiones de salud.

Esta relación se había venido presentando de manera paternalista, en torno al cual el profesional de la salud siempre actuaría en beneficio del paciente; como conocedor de la ciencia médica, a él le estaba permitido decidir sobre que era lo más indicado, conveniente y procedente para la atención del paciente a fin de proteger su vida y su integridad física y el paciente aceptaba tal decisión, sometiéndose a las prescripciones e indicaciones que le fueran dadas por el médico.

Hoy con la creación y desarrollo de la Carta de los Derechos del Paciente, se respeta la dignidad humana y se protegen los derechos del individuo con base en los principios bioéticos tales como la autonomía de las personas, su intimidad, el libre desarrollo de su personalidad, la confidencialidad, y es con base en estos derechos que al profesional de la salud actualmente se le exige actuar siempre en aras de la beneficencia del paciente, con su autorización para desplegar todos y cada uno de los actos recomendados por la ciencia médica para erradicar o minimizar los procesos patológicos que aquejan al individuo enfermo.

Los actos profesionales en beneficio de la salud se ejecutan como una cadena de eslabones, cadena que inicia desde que el paciente llega al umbral de la unidad médica, del consultorio, del laboratorio, del servicio en donde se practican los

estudios de gabinete y de cada uno de los profesionales que participan en el proceso de atención del enfermo, durante la exploración, diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y vigilancia pos tratamiento, estos procesos de atención implican riesgos inherentes a cada uno de los actos citados anteriormente, los cuales conllevan consecuencias para el paciente, considerado, como ser holístico en sus esferas somáticas, psíquicas, sociales, culturales, económicas y medio ambientales, a quién debe serle proporcionada toda la información requerida , y/o a sus familiares, así como el diagnóstico de la enfermedad y pronóstico de su tratamiento que pueda normalmente esperarse, entre otras situaciones a fin de que pueda manifestar su consentimiento o no frente a la recuperación del estado de salud ejerciendo su derecho a la autonomía.

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existe poca participación de los derechohabientes adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", en la toma de decisiones relacionadas con los procedimientos de diagnóstico y tratamiento a los que son sometidos, como consecuencia de la falta de conocimiento e información adecuada sustentada en un consentimiento bajo Información.

3.- HIPOTESIS

¿La poca participación de los derechohabientes adscritos al Centro Médico Nacional "20 de Noviembre", en la toma de decisiones con relación a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento a los que son sometidos, se debe a la falta de conocimiento e información sobre la base de un proceso adecuado de consentimiento bajo Información?

4.- MARCO TEORICO

4.1 Antecedentes Históricos

El concepto "Informed Consent" es citado por primera vez en la literatura científica médica entre 1930 y 1956, fue utilizado el término de consentimiento informado en la legislación en 1957 en un recurso judicial de California. Varias sentencias posteriores en Estados Unidos hicieron que el consentimiento informado se convirtiera en un derecho de los pacientes y un deber de los médicos.

En España en 1972 se establece el reglamento general de gobierno y servicio de las instituciones sanitarias de la seguridad social, en donde se establecía que los pacientes tenían derecho a autorizar directamente o a través de sus familiares, las intervenciones quirúrgicas y tratamientos terapéuticos que implicaran riesgo notorio previsible, así como ser informados de su gravedad.

La Asamblea Panamericana del Consejo de Europa en 1976, aprobó un documento en el que se hacía una exhortación a los Estados Miembros, para que tomaran medidas de tal forma que los pacientes, estuvieran completamente informados y recomendaban la implementación de los derechos de los pacientes entre ellos el derecho básico del consentimiento informado.

Para 1978 el concepto de consentimiento informado comienza a tener autentico sentido e importancia en la Constitución Española, a partir de la defensa que en ella se hace del libre desarrollo de la personalidad sobre la base de la libertad y del reconocimiento en su artículo 43 del derecho a la protección de la salud.

En 1986 el Instituto Nacional de Salud puso en marcha un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria, con la aplicación de una Carta de los Derechos de los Pacientes, contenida en la Carta Magna, Ley 14 / 1986 General de Sanidad en su artículo 10, en donde se impulsa un modelo asistencial que mantuviera el máximo respeto por la dignidad de la persona y la libertad individual. En este modelo el mayor grado de participación de las personas se fundamenta en la necesaria

información previa para ayudar a reflexionar y valorar la convivencia de someterse a las intervenciones asistenciales que se proponen, de tal manera que:

"5. A que se les de en términos comprensibles, a el y a sus familiares, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

6. A la libre elección entre opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:

a. Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
b. Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
c. Cuando la urgencia no permita demora por poder ocasionarse lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento."[1]

En 1997 en Cataluña el Comité de Bioética llevo a cabo el debate y reflexión con el impulso en diferentes foros y jornadas que concluyeron en la primera edición de la Guía de Recomendaciones sobre el Consentimiento Informado, siendo legislada ésta en la Ley 21/2000, de 29 de diciembre del mismo año, donde quedan plasmados los derechos de información concernientes a la salud, a la autonomía del paciente y la documentación clínica haciendo énfasis en la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano, con respecto a las aplicaciones de la biología y de la medicina.

"Art. 2 Formulación y alcance del derecho a la información.

1.- Las personas tienen derecho a conocer toda la información obtenida con respecto a su salud, no obstante, tiene que respetarse la voluntad de una persona de no ser informada.

[1] www. efnanavarra.es/SALUD/ASISTENCIA.SANITARIA/CONSENTIMIENTO.HTM

2.- La información tiene que formar parte de todas las actuaciones asistenciales, tiene que darse de forma comprensible, ser verídica y adecuada a las necesidades y requerimientos del paciente, con el fin de ayudarlo a tomar decisiones de forma autónoma.

3. Corresponde al médico responsable del paciente garantizar el cumplimiento del derecho a la información. También tienen que asumir responsabilidades en el proceso de información aquellos profesionales asistenciales que le atienden o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto.

Art. 3. Del titular al derecho a la información.

1.- El titular del derecho a la información es el paciente, se debe informar a las personas vinculadas al paciente en la medida en que éste lo permita expresamente o tácitamente.

2.- En caso de incapacidad del paciente, la información tiene que darse también a quien ostente su representación.

3.- Cuando el paciente a criterio del médico responsable de la asistencia, no sea competente para entender la información, como consecuencia de encontrarse en un estado físico o psíquico que no le permita hacerse cargo de su situación, se tendrá que informar también a los familiares o personas vinculadas.

Art. 6. Del Consentimiento Informado.

1.- Cualquier intervención en el ámbito de la salud requiere que la persona afectada haya dado su consentimiento específico y libre, y previamente haber sido informado de acuerdo a lo que establece el artículo 2 este consentimiento tienen que hacerse por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y en general, cuando se lleven a termino procedimientos que comprometen riesgos e intervenciones notorios y previsibles, susceptibles de repercutir en la salud del paciente.

2.- El documento de consentimiento tienen que ser específico para cada supuesto, sin perjuicio que puedan adjuntarse hojas informativas generales.

Este documento tiene que contener información suficiente sobre el procedimiento de que se trate y sus riesgos.

3.-En cualquier momento la persona afectada puede revocar libremente su consentimiento."[2]

La edición de 1984 del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos define el consentimiento informado de la siguiente manera: "El consentimiento informado consiste en la explicación a un paciente atento y normalmente competente de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica del paciente" [3]

Cabe mencionar que tanto en Cataluña y América fundamentan sus propuestas para la legislación del consentimiento informado en los principios bioéticos de autonomía y confidencialidad para la dignificación del ser humano.

4.2 Antecedentes Jurídicos

Ley General de Salud

La Ley General de Salud de México fundamenta el consentimiento informado en los siguientes artículos

En el Capítulo II.
Donación.
Artículo 321.
Consentimiento Tácito o Expreso para utilización del cuerpo o componentes se utilicen para transplantes.

Artículo 322.
Donación Expresa constará por escrito.
Artículo 323.
Se requerirá el consentimiento expreso:

---

[2] Comité de Bioética de Cataluña. Guía sobre el Consentimiento Informado (versión revisada) octubre 2002. p. 10,11.
[3] El Consentimiento Informado en la Práctica Médica. pp. 1,2.

I. Para la donación de órganos y tejidos en vida; y
II. Para la donación de sangre, componentes sanguíneos y células progenitoras hematopoyéticas.

Art. 324.
Consentimiento tácito del donante cuando no haya manifestado su negativa a que su cuerpo o sus componentes sean utilizados para trasplantes, siempre y cuando se obtenga también el consentimiento de alguna de las siguientes personas.
El escrito por el que la persona exprese no ser donador, podrá ser privado o público y deberá estar informado por éste.
"Las disposiciones reglamentarias determinarán la forma para obtener dicho consentimiento"

Art. 325
El consentimiento tácito sólo aplicará para la donación de órganos y tejidos una vez que se confirme la pérdida de la vida del disponente.

Art. 326.
El consentimiento tendrá las siguientes restricciones de las personas que a continuación se indican:

I. El Tácito o expreso otorgado por menores de edad, incapaces o personas que por cualquier circunstancia se encuentren impedidas para expresarlo libremente, no será valido; y
II. El expreso otorgado por una mujer embarazada sólo será admisible si el receptor estuviere en peligro de muerte, y siempre que no implique riesgo para la salud de la mujer o del producto de la concepción.

En México en diciembre de 2001 en el mensaje central del Plan Nacional de Desarrollo se resaltó el esfuerzo de las estrategias a implementar a fin de mejorar la salud de los mexicanos, mediante la aplicación de normas y procedimientos en las Instituciones con un sentido centrado en la tradición social. De igual forma fue considerado el contar con un sistema que respondiera con calidad y respeto a las necesidades y expectativas de los mexicanos, que amplíen sus posibilidades de elección, presentación de quejas y mecanismos de participación en la toma de decisiones, con esto surge la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, la cual propone mejorar la calidad de los servicios de salud abatiendo las desigualdades entre los individuos

Cabe mencionar que a Nivel Nacional en diversos Hospitales Públicos y Privados se solicita a los pacientes su consentimiento bajo información a través de impresos elaborados ex profeso para este fin, con base a las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) para la buena práctica médica, mediante la instrumentación de la Carta de los Derechos de los Pacientes, del Código de actuación de los Trabajadores de la Salud.

Convenio de Asturias de Bioética

Capítulo II Consentimiento

Artículo 5. Regla General

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento.

Dicha persona deberá recibir previamente información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de las intervenciones así como sus riesgos y consecuencias.

En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos.

Artículo 20 de la Declaración de Helsinki:

"Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados" [4]

Artículo 22 de la Declaración de Helsinki:

[4] Idem. Pág. 37

"En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada cerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse que el individuo ha comprendido la información, el médico debe tener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos" [5]

Artículo 23 de la Declaración de Helsinki:

"Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe tener especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En un caso así el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación" [6]

Artículo 24 de la Declaración De Helsinki:

"Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente para otorgar el consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces"[7]

Artículo 25 de la Declaración De Helsinki:

---

[5] Idem. Pág. 37
[6] Idem. Pág. 37
[7] Idem. Pág. 37

"Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso del menor de edad, es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal" [8]

Artículo 26 de la Declaración de Helsinki:

"La investigación en individuos de los que no se puede obtener el consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de su representante legal"[9]

Código Nürenberg.

Habla sobre las condiciones para la realización de experimentos médicos en humanos.

Establece las Normas Básicas las cuales son diez y que van encaminadas a dignificar la integridad y decisión del ser humano cuando este sea sometido a experimentación, y como primer principio cita que:

1.- El consentimiento del sujeto es esencial.

Artículo 10 del Codigo de Nüremberg:

"El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial, esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento, que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o

[8] Idem. Pág. 37
[9] Idem. Pág. 37

coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión consciente del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y el efecto sobre su salud o persona que pueden. Derivarse de su participación en el experimento. El deber y la responsabilidad de determinar la calidad del consentimiento recaen en la persona que inicia, dirige o implica a otro en el experimento. Es un deber personal y una responsabilidad que no puede ser delegada con impunidad a otra persona" [10]

Norma Oficial Mexicana 168- SSA- 1998 Del Expediente Clínico.

Es importante considerar la definición de Cartas de Consentimiento bajo Información.

4.2. Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepta, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, con fines terapéuticos o rehabilitatorios.

Estas cartas se sujetan a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el que se hubieran otorgado y no obligarán al médico a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente.

10.1.1.2. Los eventos mínimos que requieren de carta de consentimiento bajo información serán:

- Ingreso hospitalario.
- Procedimientos de cirugía mayor.
- Procedimientos que requieren de anestesia general.

[10] Tomado de LA GACETA N° 198 DE 16 de octubre del 2001, Pág. 36

- Salpingoclasia y vasectomía.
- Transplantes.
- Investigación clínica en seres humanos.
- De necropsia hospitalaria.
- Procedimientos de diagnóstico y tratamiento considerados por el médico como de alto riesgo.
- Cualquier procedimiento que entrañe mutilación.

10.1.1.3. El personal de salud podrá obtener carta de consentimiento bajo información adicional a las previstas en el inciso anterior cuando lo estime pertinente, sin que por ello sea obligatorio el empleo de formatos impresos.

4.3 Antecedentes Bioéticos

De acuerdo con los antecedentes sobre Consentimiento Informado existen varias definiciones entre estas se encuentran las siguientes

El consentimiento informado en investigación

"Es un contrato médico-jurídico en el que mediante un proceso de información-comunicación el sujeto de investigación recibe la información integral de su problema, por su autonomía lo acepta o lo rechaza, sin vicios de consentimiento para su validación y tomando en cuenta el riesgo-beneficio"[11]

"El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado,

[11] Larracilla Alegre Jorge "El Consentimiento Informado en Investigación" Vol. 1, No. 3 julio-septiembre 2003, pag. 167-171.

acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades".[12]

El consentimiento informado en los ensayos clínicos

"El consentimiento informado es el procedimiento que garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en el ensayo clínico, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio, beneficios, incomodidades y riesgos previstos, alternativas posibles, derechos y responsabilidades."[13]

Consentimiento Informado en Cuidados Paliativos

"El consentimiento informado se puede definir como el proceso gradual y continuado, en ocasiones plasmado en un documento, mediante el que un paciente capaz y adecuadamente informado por su médico, acepta o no someterse a determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos, en función de sus propios valores".[14]

El Manual de Ética de 1984 de la Asociación Médica Americana dice que el Consentimiento Informado.

"Consiste en la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser

---

[12] Ministerio de Salud de Costa Rica, Comités Ético-Científico http://www.netsalud.cr/conis/c-consen.htm

[13] Lamas Meilán, María Manuel, Fernández Pita, "El Consentimiento Informado en los ensayos clínicos." Cad. Aten. Primaria 1998; 5: 99-103.

[14] Comité de Ética de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos, Diario Médico, Aprobado por El Comité Directivo de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos en Madrid el 15 de febrero del 2002.

comprensible y no sesgada, la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción, el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente".[15]

Todos aceptamos la existencia de fundamentos éticos que nos obligan a los profesionales de la salud en nuestro trabajo cotidiano, la relación médico-paciente durante mucho tiempo se ha basado en un contexto paternalista, guiado por el principio de la beneficencia, esto es buscando el bien del otro, por el que el médico, siguiendo su exclusivo criterio personal, era quien decidía por el paciente. La creciente complejidad de la estructura sanitaria, los avances en la tecnología en el área de la salud, las nuevas técnicas sanitarias, los cambios en los perfiles epidemiológicos, junto con la dignificación de los pacientes considerados como personas con derechos y libertades fundamentales, con emociones, sentimientos, pensamientos, valores y deseos propios, han creado un inmenso salto en la relación médico –paciente, basado fundamentalmente en la autonomía y en la capacidad de decisión del paciente. Estos fundamentos éticos se estructuran en dos niveles el primero es de obligado cumplimiento, cuyos contenidos suelen estar recogidos en leyes y hacen referencia a la no maleficencia, principio que exige que todas personas sean tratadas con el mismo respeto y consideración tanto física como psíquicamente, y a la justicia que exige que toda persona sea tratada con el mismo respeto y consideración en el orden social, el segundo nivel es el relacionado con la beneficencia que explica la obligación de hacer el bien, procurando siempre minimizar los riegos previsibles y con la autonomía que define la necesidad de considerar a todos los seres humanos capaces de tomar decisiones por si mismos en todo lo que afecta a su modo de vida.

---

[15] Navarro Reynoso Francisco Pascual, Argüelles Mier Miguel Angel, Cicero Sabido Raúl. "Derechos Humanos y Consentimiento Informado" Cir. Ciruj. 2004, 72(3) pag.239-240

Podemos afirmar que como profesionales de la salud tenemos el deber ético de evitar el mal, actuar con justicia y sin discriminación, buscar el bien de nuestros pacientes y respetar su autonomía, su voluntad y toma de decisiones.

En nuestro país existe una definición de consentimiento informado estructurado con base en la Carta de los Derechos de los Pacientes, que pone especial énfasis a la dignificación del ser humano y el respeto a la libertad.

El "Consentimiento Informado", según la Carta de los Derechos de los Pacientes.

"El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en que consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos".

Los Derechos de los Pacientes relacionados con el consentimiento informado son los siguientes:

1. **Recibir Información suficiente, clara, óptima y veraz**, con fundamentos en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 29 y 30. NOM-168-SSA1-1998. Del Expediente Clínico. Numeral 5.5.
2. **Decidir libremente sobre su atención,** Art. 80 Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica.

   NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.

Anteproyecto del Código-Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA. Artículo 4, fracción 4.3. "Declaración de Lisboa de Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente" del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

3. **Otorgar o no su consentimiento válidamente informado;** Ley General de Salud. Artículo 100 Fracc. IV 320 y 321.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios Médicos. Artículos 80 y 81.

NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.2 y 10.1.1.

4. **Tener facilidades para contar con una segunda opinión;** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 29 y 30. NOM-168-SSA-1-1998, del Expediente Clínico. Numerales 4.9, y 5.5
5. **Contar con un expediente clínico.** Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículo 32. NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
6. **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13.
7. **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.** Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3,4 y 13.
8. **Donar sus órganos.**
9. **Elaborar un testamento de vida.**
10. **Es compromiso del médico y del personal de salud evitar someter al paciente a cualquier procedimiento en el cual el riesgo, sea mayor que**

el beneficio esperado, aún cuando se cuente con el consentimiento informado el paciente puede demandar.

Partiendo de esta definición el consentimiento informado con fundamento en la Carta de los Derechos de los Pacientes, debemos entenderlo como la aceptación por parte del usuario de los servicios de salud de un procedimiento diagnóstico o terapéutico después de tener la información adecuada para implicarse libremente en la toma de una decisión clínica, este corresponde a un principio ético, que reside en el respeto a la libertad y capacidad individual de decidir sobre su destino, la salud y el riesgo de enfermar, de tal manera que se tienen que considerar los elementos que lo componen:

- Capacidad de ejercicio, el usuario de los servicios de salud debe de decidir en forma conciente sin coerción sobre los procedimientos de diagnóstico y tratamiento necesarios para la recuperación de su salud,
- Debe ser por escrito a fin de deslindar responsabilidades de sucesos previsibles.
- Informados en forma amplia y completa con un lenguaje claro, sencillo y veraz.
- Información en donde se le comunique al usuario los pros y contras del tratamiento.

Cabe mencionar que este procedimiento necesario en la relación personal de salud-paciente es un procedimiento científico con proyección social. Este compromiso conjunto que establece el espacio comunicativo entre dos partes tiene una serie de factores condicionantes para su cabal cumplimiento estos son:

- Ausencia de coerción o engaño, capacidad, claridad y autonomía del sujeto consultado o experimentado para tomar decisiones, información completa sobre el qué de la investigación, el cómo y el para qué, describiéndose en forma explicita el propósito, el procedimiento, el

instrumento de recopilación como tal, y la proyección y/o socialización de los resultados obtenidos en dicho proceso.

Hoy es comúnmente aceptado que el consentimiento informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.

Se sugiere que el consentimiento informado sea por escrito para que este formulario represente un soporte documental que permita verificar que el paciente ha recibido y entendido la información facilitada por el médico o personal del área de la salud. De tal manera que los contenidos mínimos que deberá reunir son:

1. Nombre y apellido del paciente y médico que informa.
2. Explicar la naturaleza de la enfermedad y su evolución natural.
3. Nombre del procedimiento a realizar, especificando en que consiste y como se llevará a cabo.
4. Explicar los beneficios que razonablemente se puede esperar de la cirugía y la consecuencia de la denegación.
5. Información sobre riesgos de la cirugía, probables complicaciones, mortalidad y secuelas.
6. Planteamiento de alternativas de tratamiento comparadas con la cirugía propuesta.
7. Explicación sobre el tipo de anestesia y sus riesgos.
8. Autorización para obtener fotografías, videos o riesgos gráficos en el pre, trans y postoperatorio y para difundir resultados en Revistas Médicas y/o ámbitos científicos.
9. Posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento antes de la cirugía.

10. Satisfacción del paciente por la información recibida y aclaración de sus dudas.
11. Fecha y firma del médico, paciente y testigo si lo hubiere.

Otro aspecto que hay que considerar como parte vital en la dignificación del paciente es que cuando los padres de un menor de edad, los terceros responsables o representantes legales pueden firmar el consentimiento cuando el paciente no lo puede hacer, siempre y cuando manifieste y determine los mejores intereses y beneficios hacia la persona menor o incapacitada que representen o tengan la preparación física y emocional para la adecuada realización del proceso de recopilación de la información.

En el caso de menores de edad el consentimiento lo otorgará siempre su representante legal (tutores) tras haber recibido y comprendido la información mencionada.

Hay que considerar que si la voluntad, la autonomía y la claridad informativa son elementos esenciales en la toma de decisiones de los pacientes con respecto a su salud y el consentimiento informado esta en relación con la escala de valores de cada persona consultada, pueden aparecer algunas distorsiones de su propósito como son:

Manipulación: Debe evitarse el sesgo amañado y el cruce de información.

Persuasión: Debe evitarse la presentación del compromiso a manera de publicidad o de mercado o de un producto.

Coacción: debe omitirse la presión o amenaza tácita o explicita.

Para evitar al máximo esta situación expertos recomiendan, hacerlo en el momento adecuado, con suficiente anterioridad a la cirugía, investigación, estudios de laboratorio y gabinete, tratamientos, etcétera con la finalidad de que se eviten momentos de tensión, ansiedad o depresión en el paciente ya que esto le deja tiempo para decidir hacerlo en un lugar adecuado, pues las circunstancias espacio temporales influyen en la coerción o autonomía que puede tener la persona por lo que lo tiene que hacer la persona adecuada o sea una persona

idónea conocedora de todo el proceso, asegurarse de la claridad con preguntas de realimentación que compruebe la real comprensión, también se deben evitar los tecnicismos que obstaculicen la claridad informativa o el excesivo detalle en la información, que lejos de aclarar puede asustar y alejar, produciendo angustia o desesperación, Los consentimientos informados no deben hacerse genéricos, cada procedimiento deberá estar diseñado con sus objetivos, ya que cada uno es un caso distinto.

Desde el punto de vista bioético es importante considerar la evolución de la relación médico-paciente.

Un aspecto elemental a considerar en la atención médica es la relación médico-paciente en cuanto a la autonomía de este último. La medicina en el pasado ofrecía una mayor posibilidad de elección a los enfermos, por la coexistencia de diversos sistemas o teorías médicas que fueron perdiendo vigencia a favor de un único modelo: la Medicina oficial. Al constituirse la medicina científica más centrada en la enfermedad en los medios diagnósticos y terapéuticos que en mismo paciente y expresada en un lenguaje científico se incremento la distancia del paciente y de su familia respecto al médico. El paciente cada vez sabia menos y confiaba menos en sí mismo, mientras que el médico, cada vez contaba con más datos con mejores medios diagnósticos y terapéuticos por lo que incrementaba su capacidad de decisión.

Paradójicamente el desarrollo científico, empeoro la relación médico-paciente en un momento en que la medicina mejoro sensiblemente, a lo largo del siglo XX los enfermos tuvieron menos autonomía que cien años atrás, como consecuencia del desarrollo de las especialidades, los cambios en la organización asistencial, la consolidación de los seguros de enfermedad y de los procesos de colectivización, como la seguridad social, todos ellos han modificado el modelo de la profesión medica y han favorecido la aparición de conflictos de intereses derivados del hecho de tener que responder sobre una misma actuación, ante distintos sujetos el pagador o contratante y el paciente con intereses diferentes.

La moral en medicina no se refiere a los limites y a las posibilidades y conocimientos teóricos y prácticos sino a los limites de los deberes y derechos del científico como persona, se refiere a la forma en que se alcanzan y se utilizan estos conocimiento.

El médico debe aprender que los dramas morales no son tan reales como los fenómenos físicos y su importancia es mucho mayor. La autoridad moral del médico constituye la clave del éxito terapéutico. La técnica sola nunca podrá penetrar hasta la profunda raíz de ese ser misteriosos llamado hombre, que tienen necesidades que ni la técnica ni la ciencia puede satisfacer.

La ley moral nos enseña que la salud es la justa jerarquía de la persona y el hombre como persona posee un proyecto existencial con un destino eterno a una conciencia creadora que no esta referida únicamente al mundo biológico sino también al mundo moral que el mismo puede entrever en las experiencias de su vida.

Por desgracia observamos con demasiada frecuencia a médicos que viven atrapados en una sola dimensión en la que prevalece lo material, haciendo culto de la dinerolatría, transformándose en comerciantes de la salud, verdaderos opresores de los enfermos.

Paternalismo como abuso del principio de beneficencia

El paternalismo es la desautorización intencionada de la preferencia o acciones conocidas de una persona, donde la persona que las desautoriza justifica su acción con el propósito de beneficiar o evita el daño a la persona cuya voluntad esta desautorizando.

El principio de autonomía considera que es obligación del médico hacia paciente revelar la información de búsqueda del consentimiento, de confidencialidad y de respeto a la intimidad.

Problemas morales del paternalismo médico

Cuando los pacientes eligen cursos perjudiciales, algunos profesionales de la salud respetan la autonomía no interfiriendo más allá de los intentos de persuasión mientras que otros actúan adecuadamente protegiéndolos contra las consecuencias potencialmente perjudiciales de sus propias decisiones.

Paternalismo fuerte y débil

Paternalismo débil.- interviene para prevenir acciones involuntarias o no autónomas. Se cumple en el caso de que el paciente este desinformado acerca de la elección a tomar, este bajo un fuerte depresión o en su caso de acciones agudas. Se considera que de estos casos la racionalidad del paciente esta influida por condiciones externas. Los principios en juego son la no maleficencia y la beneficencia.

Paternalismo fuerte: interviene sobre decisiones informadas, voluntarias y autónomas, violando principalmente su derecho a la autonomía, debe remarcarse que no es el ejemplo a seguir en la práctica médica.

Un accionar paternalista podría ser justificado en los casos en que:

- El beneficio rebasa ampliamente el costo (la perdida de la autonomía y la invasión al libre albedrío).
- La capacidad del paciente para tomar decisiones esta limitada
- La intervención es justificada por la circunstancia universalmente justificada.
- Si el beneficiario justificará el accionar paternalista.

Autonomía y confianza

En la relación médico-paciente el respeto mutuo es esencial. Ni el paciente ni la familia pueden imponer un criterio de actuación que no sea profesional o que vaya en contra del parecer de un profesional.

El médico de hoy debe plantearse que el tratamiento de una enfermedad puede ser enteramente impersonal, el cuidado de un paciente debe ser completamente personal.

La significación de la interrelación entre el médico y el paciente debe ser fuertemente acentuada; ya que en gran medida, el diagnóstico y el tratamiento dependen directamente de ella y el fallo del médico en establecer esta relación conlleva una gran perdida de afectividad en el cuidado de los pacientes.

Pareciera que el único responsable del abordaje del paciente es el médico pero realmente no lo es, el familiar del niño enfermo juega un papel fundamental a fin de cuentas el es el que mejor conoce al enfermo.

Cuenta con información de vital importancia que por estrés o enojo o por ser muy exigente no la ofrece al médico lo cual ira en deterioro del diagnóstico de sospecha que se trata de establecer. Por otra parte es también obligación del familiar preguntar por la condición de su paciente pedir de una forma cortes la explicación de términos médicos que no entendió. No hay justificación de quedarse con dudas sobre diagnósticos o tratamientos.

5.- OBJETIVO

Establecer un proceso de consentimiento informado verbal y escrito en los Servicios Médicos del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" para proporcionar información veraz, clara y precisa a los derechohabientes y familiares adscritos a este, sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento a seguir, a fin de que estos puedan tomar decisiones en base a los principios bioéticos.

6.- JUSTIFICACION

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" constituye la cúspide en la atención médica, por ello el perfil patológico de los pacientes que son atendidos es de gran complejidad, generando que los procedimientos de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación sean sumamente especiales.

Lo anterior constituye para el paciente acciones agresivas que ocasionan temor, ansiedad no solo al enfermo sino a la familia.

Es por ello que es de vital importancia dignificar la atención que se proporciona al derechohabiente mediante el establecimiento de un proceso de información escrita que implique el conocimiento del padecimiento pronóstico medidas de diagnóstico y tratamiento, expectativas de curación, efectos adversos y complicaciones, de los cuales el paciente manifieste en forma libre y sin ningún tipo de presión su consentimiento.

El Centro Médico Nacional "20 de Noviembre" cuenta con varios modelos de cartas de consentimiento, sin embargo en la mayoría estas se desconocen por parte del personal de salud, por lo que es imprescindible contar con un proceso para el otorgamiento del consentimiento informado, que asegure su conocimiento, difusión, aplicación y evaluación, aspecto que es la finalidad del presente trabajo, lo cual sin duda tendrá como resultado el respeto de los derechos de los pacientes

y un equipo de profesionales de la salud responsable y comprometido con la atención que debe brindarse a los derechohabientes.

7.- TIPO DE INVESTIGACION.

- Documental
- Descriptiva
- Retrospectiva

8.- CONCLUSIONES

Debemos concebir al consentimiento informado como obligatorio, siendo un formulario escrito el conveniente para deslindar responsabilidades de sucesos previsibles, debiendo aplicarse cualquiera que sea la magnitud de la cirugía, estudio o tratamiento, debe ser directo, breve y de lenguaje simple, no debe contener palabras abreviadas, ni terminología científica, debe estar de acuerdo al nivel cultural de la población al que va dirigido.

Es importante considerar que el documento libera al personal del área de la salud de responsabilidad por consecuencia previsible, pero no por negligencia, impericia, imprudencia o inobservancia de los deberes y obligaciones.

Con respecto al consentimiento informado para el equipo fue un tema nuevo y descubrió la importancia que tiene, no solamente como una herramienta de defensa legal que hoy en día hay que saber utilizarla a nuestro favor, para evitar consecuencias indeseables sino es un derecho del paciente al dignificar la atención que le proporcione el profesional de la salud.

Es de suma importancia no sólo considerar como única la comunicación médico-paciente como principales protagonistas, debemos considerar que en el área de la salud el paciente establece una relación con varios profesionales a quienes deberá proporcionar su consentimiento bajo información.

Por otro lado es necesario que los integrantes del equipo de salud conozcan y apliquen el proceso de obtención del consentimiento informado, por tanto es importante conocer y aplicar el consentimiento bajo información mediante los señalamientos de una Guía Práctica para este fin.

GUÍA PRÁCTICA

1.-ÁMBITO DE APLICACIÓN

Centros de atención primaria y especializada, tanto públicos como privados.

2.- EL PAPEL DE LOS PROFESIONALES EN LA INFORMACIÓN. ¿QUIÉN TIENE QUE INFORMAR?

Debe informar el médico responsable de la asistencia del paciente.

En el ámbito de la atención especializada, si la asistencia se presta por un Médico Residente, aunque parte de la información pueda darla éste, el responsable siempre será el médico tratante.

En procedimientos de especial complejidad por su especialización, es recomendable que la información sea facilitada y obtenga el consentimiento del paciente el médico que va a practicarlas.

En caso de realizar tratamiento mediante administración de sangre y componentes, "siempre que sea posible, el médico que establece la indicación recabará, después de explicarle los riesgos y beneficios de esta terapéutica, la conformidad del paciente".

¿ A QUIÉN HAY QUE DAR INFORMACIÓN?

Al Paciente, si éste da su autorización, también tienen derecho a recibir información los FAMILIARES O ALLEGADOS.

Si el paciente es un menor de más de 12 años y, a juicio del Médico, reúne las condiciones de madurez suficientes para recibir la información y otorgar su consentimiento, el documento de consentimiento informado será firmado por él, además de por sus padres o representante legal.

En los casos de niños menores de 12 años, es recomendable valorar su capacidad de comprensión de la información respecto de su proceso y/o

de los procedimientos que se van a realizar, aunque corresponda a sus padres o representante legal la firma del documento de consentimiento informado.

En incapacidad relativa, basada en aspectos socio-culturales u otros motivos, es el Médico quién tiene que determinar el alcance de la capacidad de comprensión de la información previa al consentimiento. Si éste lo cree conveniente podrá consultar con el Servicio de Psiquiatría el grado de incapacidad del paciente.

Si, a juicio del paciente, aún siendo mayor de edad, no tuviera capacidad de discernimiento para decidir acerca de un procedimiento, debe requerirse el Consentimiento Informado de los parientes o allegados más próximos, a quien legalmente correspondería la representación.

¿CÓMO SE DEBE DAR LA INFORMACIÓN?

VERBAL Y ESCRITA.

La información, tanto verbal como escrita, es una parte del acto asistencial. **NO SE PUEDE PEDIR CONSENTIMIENTO INFORMADO SIN HABER EXISTIDO PREVIAMENTE UNA INFORMACIÓN.**

El lenguaje que debe emplearse en la información verbal, debe adecuarse a las características de cada paciente, a su edad, a su nivel cultural y a su capacidad de comprensión.

La información escrita que se va facilitar al paciente podrá estar predeterminada, en términos generales, particularizando cuando se considere necesario.

Si no es posible dar información en un momento determinado, debe hacerse constar en la Historia Clínica, haciendo referencia a las circunstancias por las que no ha sido posible facilitar dicha información, sin perjuicio de que pueda ser facilitada en el momento posterior oportuno.

¿SOBRE QUÉ HAY QUE INFORMAR?

Sobre el proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas al tratamiento.

Nombre del procedimiento que se va a realizar, con explicación breve y sencilla del objetivo del procedimiento, en qué consiste y la forma en que se va a llevar a cabo.

Deberán describírsele las consecuencias seguras de la intervención o procedimiento que se consideren relevantes o de importancia, los **beneficios** a corto, medio y largo plazo, los riesgos típicos que suelen producirse o que suelen esperarse en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado actual de la ciencia, incluyendo también aquellos que, siendo infrecuentes pero excepcionales, tienen la consideración de **muy graves**.

Se deberán particularizar los **riesgos personalizados** relacionados con las circunstancias personales de los pacientes (estado previo de su salud, edad, profesión, creencias, valores y actitudes de los pacientes), o a cualquier otra circunstancia de similar naturaleza.

Según el criterio del Médico, podrá incluirse la información que haga referencia a las molestias probables del procedimiento y sus consecuencias.

Asimismo, se informará de los posibles **procedimientos alternativos** con sus riesgos, molestias y efectos secundarios, y la explicación de los criterios que han guiado al profesional en su decisión de recomendar un procedimiento y no los otros.

¿HASTA DÓNDE SE DEBE INFORMAR?

La información que debe darse será lo mas completa y **continuada** posible.

En términos generales, se deberá valorar el momento en que se está dando la información, pues puede tratarse de fases iniciales del diagnóstico, de fases de realización de diagnóstico diferencial, de fases de evolución de un tratamiento, etc., es decir, momentos en que no se puede concretar una información o predecir un futuro, pero deberá ser en cada momento la información que sea posible dar.

El Médico que va a informar deberá recurrir a su habilidad y buen juicio, valorando la estrategia a seguir para facilitar una información que sea comprensible y soportable por el paciente, transmitiéndosela de forma gradual y con tacto.

¿CÓMO DEBE SER LA INFORMACIÓN?

Debe ser adecuada a cada paciente.

No debe ser nunca un proceso mecánico o casual.

En cualquier caso, la información que ha de darse deberá ser **completa**, acorde al momento del diagnóstico o tratamiento de que se trate, clara, empleando términos comprensibles adaptados a las capacidades individuales de cada paciente, **simple**, que no dé lugar a confusión, usando la menor cantidad posible de palabras técnicas y **verdadera**.

Nunca se debe mentir, ni afirmar algo de lo que no se esté seguro. Si existen dudas por parte del médico, la información consistirá en expresar esas dudas.

¿CUÁNDO DEBE INFORMAR EL MÉDICO?

Siempre que el paciente le demande información, y siempre que el Médico tenga información para proporcionarle. El Médico deberá siempre, comunicar al paciente los cambios o variaciones sobre la información inicial o de evolución, la toma de decisiones que se van produciendo respecto de la evolución de su proceso y por supuesto, siempre que el

paciente deba decidir sobre éstas.

¿DÓNDE DEBE PROPORCIONARSE LA INFORMACIÓN?

El Médico deberá considerar el lugar más oportuno para facilitar la información: la consulta, un despacho, la habitación del paciente, etc., según el momento o fase del procedimiento. El lugar siempre deberá ser apropiado para preservar la intimidad del paciente y la confidencialidad de la información.

¿PUEDE EL PACIENTE HACER PREGUNTAS Y OBSERVACIONES?

La información es parte del acto médico y la comunicación entre el médico y el paciente siempre ha de ser bidireccional. Han de escucharse atentamente y responderse las preguntas que quiera formular el paciente y comentar las observaciones que éste considere.

¿PUEDE EL PACIENTE NEGARSE A RECIBIR UNA INFORMACIÓN?

Aunque no es frecuente, puede darse el caso de que un paciente rechace ser informado sobre su proceso y sobre los procedimientos que vayan a practicársele. En dicho caso, debe reflejarse en la Historia Clínica esta circunstancia, junto con la firma de un testigo. Si el paciente se niega a recibir información no significa que no dé su autorización para realizar un procedimiento, asumiendo su responsabilidad con la firma del consentimiento Informado.

¿PUEDE NEGARSE UN PACIENTE A FIRMAR EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

SI.

El paciente puede negarse, tras recibir la oportuna información, a firmar el

documento de Consentimiento Informado.

En ningún caso se deberá ejercer presión para la obtención de la firma del documento de consentimiento informado, pues éste estaría "viciado" y por tanto no sería legal ni válido.

¿CÓMO HA DE ACTUAR EL MÉDICO ANTE UN PACIENTE QUE SE NIEGA A FIRMAR EL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Si después de haber informado debidamente al paciente de los procedimientos correspondientes y de las alternativas posibles, éste se negara a firmar su autorización, se le instará a firmar su no autorización en el documento de consentimiento informado, y si también se niega a firmar ésta, deberá firmar un testigo.

En la situación anterior, si el paciente lo desea, se le deberá dejar libertad para decidir otro tipo de asistencia o solicitar una segunda opinión, bien dentro de la misma Unidad Médica o en otra.

Si el paciente decide ser atendido en otro Centro o bien no acepta ninguna alternativa respecto del procedimiento que se le proponga, deberá solicitar y firmar el alta voluntaria, que será también firmada por el Médico responsable de su asistencia. Si el paciente se negara a ello, corresponderá dar el alta a la Dirección del Centro correspondiente, a propuesta del Médico encargado del caso.

Si la firma del documento de consentimiento informado correspondiera a los padres o representante legal del paciente y se negaran a ello, deberá ser puesta esta circunstancia en conocimiento de la Dirección del Centro, además de hacerlo constar en la Historia Clínica del paciente, por si fuera necesario solicitar la pertinente autorización del los tribunales.

Las posibles discrepancias entre padres o representantes legales se pondrán en conocimiento de la autoridad judicial para su resolución.

Si un paciente en situación de baja laboral se negara a firmar el documento de consentimiento informado y/o al procedimiento diagnóstico o terapéutico prescrito, deberá ser informado de que tal circunstancia debe ser comunicada a la Inspección Médica de Salud Laboral, por la repercusión que al respecto pueda significar.

¿DEBEN SER INFORMADOS LOS FAMILIARES O ALLEGADOS QUE SOLICITEN INFORMACIÓN?

Al objeto de preservar la confidencialidad de la información se preguntará al paciente si desea que se informe a sus familiares o allegados.

Sería deseable acordar que siempre fuera la misma persona o personas las que reciban la información.

¿PUEDE UN PACIENTE NEGARSE A QUE RECIBA INFORMACIÓN SU FAMILIA O ALLEGADOS?

SI.

En estos casos debe hacerse constar en la historia clínica o en un documento firmado por el Médico responsable de la información, ante testigos que avalen esta incidencia, sin perjuicio de obtener el consentimiento del paciente para los procedimientos correspondientes.

¿DEBE RESPETARSE SIEMPRE LA VOLUNTAD DEL PACIENTE A NEGARSE A QUE FAMILIARES O ALLEGADOS RECIBAN INFORMACIÓN?

SI.

Si un paciente es atendido por una patología que pueda afectar a terceras personas, deberá ser informado de las posibles consecuencias que su decisión sobre la no información a éstas pueda conllevar. Esta circunstancia deberá quedar reflejada en la historia clínica o en un

documento que firme el Médico responsable de la asistencia y por tanto de la información.

¿ES OBLIGATORIA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO SIEMPRE?

SI, porque así está establecido legalmente.

¿CUÁNDO DEBE OBTENERSE LA FIRMA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Debe obtenerse siempre con anterioridad a la ejecución del procedimiento que vaya a realizarse.

¿HAY EXCEPCIONES PARA LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO?

Si. Existen casos en los que la obtención del Consentimiento Informado tiene sus excepciones:

1.- Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.

En este caso, la no existencia de documento de consentimiento informado, debido a un ingreso o tratamiento obligado por orden o autorización judicial, debe hacerse constar en la Historia Clínica.

2.- Cuando exista incapacidad para tomar decisiones, en cuyo caso, el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.

En todos los casos será preceptivo hacer constar en la historia clínica las circunstancias que concurran.

En el caso de personas incapacitadas judicialmente, se deberá incluir en la historia clínica la sentencia declarativa de la incapacidad.

3.- Cuando el caso implique una urgencia que no permita demoras por la posibilidad de ocasionar lesiones irreversibles o de existir peligro de

fallecimiento.

En este caso debe adecuarse la información al momento diagnóstico, comunicando la información disponible, sobre las pruebas diagnósticas o tratamientos que se van a realizar.

Si el paciente no está capacitado para firmar el documento de consentimiento informado, podrá éste ser firmado por el familiar o allegado, tras recibir éstos la oportuna información.

En caso de no existir familiares o allegados que puedan hacerse cargo de la información y firma del documento de consentimiento informado, y si la urgencia es de carácter vital, no es necesaria la existencia de este documento y/o su firma, pero deberá hacerse constar en la historia clínica.

Si el caso no conlleva carácter de urgencia vital, pero el paciente no está capacitado para otorgar su consentimiento y no están presentes familiares o allegados, se hará constar en la historia clínica, no siendo necesario el documento para el procedimiento de urgencia.

4.- Cuando el procedimiento venga dictado por orden judicial, no es necesario obtener el consentimiento informado.

¿PUEDE EL PACIENTE REVOCAR SU DECISIÓN DE AUTORIZAR UN PROCEDIMIENTO?

SI.

El paciente podrá revocar su anterior decisión de autorizar el procedimiento que le hubieran propuesto, debiendo firmar el formulario al efecto. Para revocar esta decisión, el paciente tiene derecho a no revelar las causas o circunstancias que le llevan a tal revocación.

¿EXISTEN EXCEPCIONES PARA LA APLICACIÓN DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO?

SI.

Este Documento de Consentimiento Informado no es de aplicación a proyectos de investigación de medicina (ensayos clínicos) y procedimientos de extracción e implantación de órganos y/o tejidos, o aquellos procedimientos que legalmente tengan establecido un documento especial.

¿LA OBTENCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EXIME AL MÉDICO DE RESPONSABILIDAD?

En el ámbito del Derecho, la obtención del Documento de Consentimiento Informado de forma adecuada y/o la referencia en la Historia Clínica de las incidencias habidas respecto de la información proporcionada al paciente y a sus familiares o allegados, no exonera al médico de la posible responsabilidad en que pudiera incurrir por mala praxis.

En el ámbito penal, y respecto del delito de lesiones ó mala praxis, la existencia del documento de consentimiento informado no exonera al médico que incurra en responsabilidad.

Una consideración de suma importancia es el proceso que se deberá ejecutar con el personal del área de la salud previo a la obtención del consentimiento informado considerada en tres fases:

1ª **"De implementación"** comienza con la publicación y difusión del documento de consentimiento informado y de la guía práctica.

2ª **Periodo de formación-información de los profesionales de la salud.**

3ª **Seguimiento y evaluación** tanto de la información proporcionada al paciente como de la calidad de la misma.

9.- BIBLIOGRAFÍA

CARRANZA, Torres Luis R. "El Derecho a la Información en la Relación Médico-Paciente", Ed. Alveronii, Córdoba, 2001, Pág. 216-218.

LARRACILLA, Alegre Jorge. "Consentimiento Informado en Investigación" Vol.1, No 3, julio-septiembre 2003, p. 167-171.

NAVARRO, Reynoso Francisco Pascual; Argüelles Mier Miguel Angel, Cicero Sabido Raúl. "Derechos Humanos y Consentimiento Informado", Ed. Cir. Ciruj., 2004, 72(3), p. 239-245.

HEMEROGRAFIA

REVISTAS

LEON, Correa Francisco Javier. "Bioética de la Atención de Enfermería al Enfermo Terminal", en Revista Persona y Bioética, Universidad de La Sabana, Bogotá Colombia, 1999.

COMET, Cortés Pilar, Fuentelsaz Carmen, Martín Ma. Concepción. "Informe y Recomendaciones del Comité Europeo de Salud" en Revista Inves-Tigación en Enfermería, del Instituto de Salud Carlos III, No 642, España, 1997. p. 4-12.

LAMAS, Meilán Manuel María, Pita Fernández Salvador, "Consentimiento Informado en los Ensayos Clínicos", Unidad de Epidemiología Clínica

y Bioestadística, Complexo Hospitalario Juan Canalejo. Coruña España, 1998, p 99-103.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS, "Genética y Enfermería" en Revista Enfermería Importa, 2005.

LAIDÉS, Luna Vazquez, Valiente Duany Mariela, Espinosa Martínez, " cumplimiento de los Principios Fundamentales de la Bioética por el personal de Enfermería", en Revista Cubana de Enfermería del Hospital Clínico-Quirúrgico Docente, Dr. Ambrosio Grillo Portuondo, Cuba, 2004.

BOLIVAR, Goez Piedad."El Consentimiento Informado en la Práctica de los Profesionales de la Salud", en Revista Colombiana para los Profesionales de la Salud, vol. 5, No 3, septiembre-diciembre 1999.

CRAGNO, Norberto Osvaldo, "Consentimiento Informado", en Revista NEXO, del Hospital Italiano de Buenos Aires, Argentina, 2003.

DE LOS REYES López Manuel, Iñiguez Romo Andres, Goicolea de Oro Antonio, Funes Bartolomé, "El consentimiento Informado en Cardiología", Comité de Consentimiento Informado de la Comisión de Asuntos Profesionales de la Sociedad Española De Cardiología, en Revista Española de Cardiología, vol. 51 p. 782-796, 1998.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA, UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN "Instrucciones a los Autores", en Revista Ciencia y Enfermería, de la Universidad de Concepción, Chile.

DOCUMENTOS

COMITÉ DE EXPERTOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO. "El Con-Sentimiento Informado", Navarra, España, 1996.

MINISTERIO DE SALUD DE COSTA RICA. "Consentimiento Informado" Comité Ético – Científico.

COMITÉ DE ÉTICA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CUIDADOS PALIATIVOS. "Consentimiento Informado en Cuidados Paliativos", España, abril de 2002.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. "¿Qué es el Consentimiento Informado?" Circulo de Capacitación Sobre Ética de la Investigación para Los Representantes Comunitarios.

RODRÍGUEZ, Gil Adelfa, "Bioética en el Campo de la Neonatología", Universidad de Navarra, Departamento de Humanidades, España, 2003

TIRADO, Juan Carlos, "El Consentimiento Informado", Revisiones Medicas, Zapopan, Jalisco, México, septiembre de 2005.

SUÑOL, Joaquín. "Consentimiento Informado", Sociedad Española de Cirugía

Plástica, Reparadora y Estética, España, 2005.

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA. "Consentimiento Informado en el Tratamiento de Síndromes de Compresión Nerviosa", España, 2005

ARTAZCOZ, Ma TERESA, "El Consentimiento Informado", Comité de Expertos en Consentimiento Informado del Departamento de Salud, Navarra, España, julio 1996.

COSTA, Alcaraz Ana Ma, Almendro Padilla Carlos,"Los Valores", abril 2005.

ARRATIA, A. "Bioética y Toma de Decisiones en Enfermería", Santa Catarina, Brasil, 1996.

ACTA DEL SEMINARIO," El Ejercicio Actual de la Medicina", Estudios de Postgrado e Investigación, Facultad de Medicina, UNAM. Noviembre 2002.

D´ALTRES, M. "Consentimiento Informado del Paciente en Odonto estomatología".

ARQUERO, Pedro, "Consentimiento Informado: Modelo General", Madrid, España, 1998-2005.

SOCIEDAD CENTRO DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR, "Consentimiento Informado para Intervenciones Quirúrgicas"

Madrid, España.

EDITORES MEDICOS, "Consentimiento Informado", Madrid, España, 2004.

COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA,"Guía sobre el Consentimiento Informado, Cataluña, España, octubre 2002.

ARRIBERE Roberto, Vega Manuel a. "El Asentimiento de los menores de Edad a Partir de un Protocolo de Aplicación Clínica de Terapia Génica", Buenos Aires, Argentina.

ANIORTE, Hernández N.,"Derechos y Deberes de los Pacientes, Papel de La Enfermería",

MONDRAGÓN, Alba L.,"Consentimiento Informado para paciente que se les Prescribe TRE/TRH", Asociación Vallecaucana de Obstetricia y Ginecología, Colombia, 1997.

PERIODICOS

AGUILAR. "Una Ley en Lista de Espera", El Mercurio, Santiago de Chile, Septiembre 2005.

10.- GLOSARIO DE TERMINOS

Accidente
(Del lat. accidens, -entis.) m. Calidad o estado que aparece en alguna cosa, sin que sea parte de su esencia o naturaleza.
Accidente Suceso eventual o acción de que involuntariamente resulta daño para las personas o las cosas.
Accidente Síntoma grave que se presenta inopinadamente durante una enfermedad, sin ser de los que la caracterizan.

Acreditar
Dar testimonio en documento fehaciente de que una persona lleva facultades para desempeñar comisión o encargo diplomático, comercial, etc.

Acto
1. (Del lat. actus.) m. Hecho o acción.

Agresión
1. (Del lat. aggressio, -onis.) f. Acto de acometer a alguno para matarlo, herirlo o hacerle daño, especialmente sin justificació Alternativas

Aplicar
1. (Del lat. applicare, arrimar.) tr. Poner una cosa sobre otra o en contacto de otra.

2. fig. Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en una cosa o persona.

Aprobar.
1. (Del lat. approbare.) tr. Calificar o dar por bueno o suficiente algo o a alguien. aprobar una boda, una opinión, a una persona para un cargo.

Asentimiento.
1. (De asentir) m. asenso.

2. **Consentimiento**
1. (De asentir)

Atención.
1. (Del lat. attentio, -onis.) f. Acción de atender.

Autonomía
1. (Del lat. autonomia, y este del gr. autonomia.) f. Estado y condición del pueblo que goza de entera independencia política.
2. Condición del individuo que de nadie depende en ciertos conceptos.

Autorizar
1. (De autor.) tr. Dar a alguien autoridad o facultad para hacer alguna cosa.

Autorización
1. f. Acción y efecto de autorizar.

Beneficio
1. (Del lat. beneficium.) m. Bien que se hace o se recibe.
2. Utilidad, provecho.

Beneficencia
1. (Del lat. beneficencia.) f. Virtud de hacer bien.

Código
1. (Del lat. * Codicus, der. regres. de codiculus, codicilo.) m. Cuerpo de leyes dispuestas según un plan metódico y sistemático.
Código de actuación

Comité
1. (Del ing. committee, a través del fr. comité.) m. comisión de personas encargadas para un as
Competencia

Complicación
1. (Del lat. complicatio, -onis, plegadura.) f. Acción y efecto de complicar.

2. Dificultad o enredo procedentes de la concurrencia y encuentro de cosas diversas.
Consentimiento informado

Conciencia
1. (Del lat. conscientia.) f. Propiedad del espíritu humano de reconocerse en sus atributos esenciales y en todas las modificaciones que en sí mismo experimenta.

2. Conocimiento interior del bien y del mal.

Confidencialidad
1. f. Calidad de confidencial. Confidencial.
1. (De confidencia.) Adj. Que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas. Carta Confidencial.

Consecuencia
1. (Del lat. consequentia.) f. Hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro.

Consentimiento
1. m. Acción y efecto de consentir.

2. Der. Conformidad de voluntades entre los contratantes, o sea entre la oferta y su aceptación, que es el principal requisito de los contratos.

Constatar
1. (Del fr. constater.) tr. Comprobar un hecho, establecer su veracidad, dar constancia de él. Decisión.

Declaración
1. (Del lat. declarativo, -onis.) f. Acción y efecto de declarar o declararse.
2. Manifestación o explicación de lo que otro u otros dudan o ignoran.

Derecho
Justo, fundado, razonable, legítimo.
ant. Cierto, conocido como verdadero, seguro, indubitable. Descripción
m. Facultad natural del hombre para hacer legítimamente lo que conduce a los fines de su vida. Documento

Elección
1. (Del lat. electio, -onis.) f. Acción y efecto de elegir.Elementos
4. Deliberación, libertad para obrar.

Ética
1. (Del lat. ethica, y este del gr. t. f. ético.) f. Parte de la filosofía que trata de la moral y de las obligaciones del hombre.

Examen
1. (Del lat. examen.) m. Indagación y estudio que se hace acerca de las cualidades y circunstancias de una cosa o de un hecho. Explicación.

Expresar.
1. (De expreso, claro.) tr. Manifestar con palabras, miradas o gestos, lo que uno quiere dar a entender.

Extracción
1. (Del lat. extractio, -onis.) f. Acción y efecto de extraer. Hallazgos
Incapacidad.
1. (Del lat. incapacitas, -atis.) f. Falta de capacidad para hacer, recibir o aprender una cosa.

2. fig. Falta de entendimiento o inteligencia.

3. Falta de preparación, o de medios para realizar un acto.

4. Der. Carencia de aptitud legal para ejecutar válidamente determinados actos, o para ejercer determinados cargos públicos.

Identidad
1. (Del lat. identitas, -atis.) f. Cualidad de idéntico.
   3. Mat. Igualdad que se verifica siempre, sea cualquiera el valor de las variables que su expresión contiene.

Imputar
1. (Del lat. imputare.) tr. Atribuir a otro una culpa, delito o acción.

2. Señalar la aplicación o inversión de una cantidad, sea al entregarla, sea al tomar razón de ella en cuento a Información.
1. (Del lat. informatio, -onis.) f. Acción y efecto de informar o informarse.

Integridad
1. (Del lat. integritas, -atis.) f. Cualidad de íntegro.

Intervención
1. (Del lat. interventio, -onis.) f. Acción y efecto de intervenir.Investigación

Jurídico, ca.
1. (Del lat. iuridicus.) Adj. Que atañe al derecho, o se ajusta a él.
2. V. acto, convento, hecho, negocio jurídico. Legales

Lesión.
1. (Del lat. laesio, -onis.) f. Daño o detrimento corporal causado por una herida, golpe o enfermedad.

2. fig. Cualquier daño, perjuicio o detrimento
Grave. Der. La que causa en el ofendido pérdida o inutilidad de un miembro, o lo incapacita para trabajar por más de treinta días.
Menos grave. Der. La que dura de quince a treinta días.

Libertad
1. (Del lat. libertas, -atis.) f. Facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, y de no obrar, por lo que es responsable de sus actos.
de pensamiento. Derecho de manifestar, defender y propagar las opiniones propias.

Limitación
1. (Del lat. limitatio, -onis.) f. Acción y efecto de limitar o limitarse.
Médico [1] , ca.
1. (Del lat. medicus.) adj. Perteneciente o relativo a la medicina.Médico-legales

Naturaleza
1. (De natural y -eza.) f. Esencia y propiedad característica de cada ser.Normatividad

Persona
1. (Del lat. persona.) f. Individuo de la especie humana
Consideración radical y excepcional de cada hombre y/o mujer como individuo, integralmente constituido física, espiritual y socialmente; como sujeto de derechos y obligaciones; y como núcleo íntimo abierto a las personas, a las cosas y a la trascendencia. La persona tiene un yo que es la biografía de todo lo que ha vivido, con su fisonomía, carácter y las relaciones con su mundo.

Personalidad
1. (De personal.) f. Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra.
2. Conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas. Andrés es un escritor con Personalidad

PRINCIPIO
1. Base, origen, razón fundamental sobre la cual se procede discurriendo en cualquier materia.
2. Causa, origen de algo.

Procedimiento
1. m. Acción de proceder.
2. Método de ejecutar algunas cosas.

Propósito
1. (Del lat. propositum.) m. Ánimo o intención de hacer o de no hacer una cosa.
a propósito. loc. Adv. Con que se expresa que una cosa es adecuada u oportuna para lo que se desea o para el fin a que se destina.

Protección
1. (Del lat. protectio, -onis.) f. Acción y efecto de proteger.

Proteger
1. (Del lat. protegere.) tr. Amparar, favorecer, defender.

2. Resguardar a una persona, animal o cosa de un perjuicio o peligro, poniéndole algo encima, rodeándole, etc. Ú. t. c. prnl.

Proyectar
1. (Del lat. proiectare, intens. de proiicere, arrojar.) tr. Lanzar, dirigir hacia adelante o a distancia.

2. Idear, trazar o proponer el plan y los medios para la ejecución de una cosa.

Racional
1. (Del lat. rationalis.) adj. Perteneciente o relativo a la razón.Reflexión

Registro
1. (Del lat. regestum, sing. de regesta, -orum.) m. Acción y efecto de registrar.

Reglamento
1. m. Colección ordenada de reglas o preceptos, que por autoridad competente se da para la ejecución de una ley o para el régimen de una corporación, una dependencia o un servicio.

1. p. a. de representar. Que representa.

2. com. Persona que representa a un ausente, cuerpo o comunidad.
Representante legal.

Reproducción

1. f. Acción y efecto de reproducir o reproducirse.
Asistido, da.
1. p. p. de asistir.

2. adj. Que se hace con ayuda de medios mecánicos. Fecundación, respiración, traducción asistida.
1. (Del lat. resultare.) intr. Redundar, ceder o venir a parar una cosa en provecho o daño de una persona o de algún fin.

Revocar
1. (Del lat. revocare.) tr. Dejar sin efecto una concesión, un mandato o una resolución .Riesgo

Selección
1. (Del lat. selectio, -onis.) f. Acción y efecto de elegir a una o varias personas o cosas entre otras, separándolas de ellas y prefiriéndolas.

Someter
1. (Del lat. submittere.) tr. Sujetar, humillar a una persona, tropa o facción. Ú. t. c. prnl.

Sujeto, ta.
1. (Del lat. subiectus.) p. p. irreg. de sujetar.
2. Persona innominada. Ú. frecuentemente esta voz cuando no se quiere declarar la persona de quien se habla,

Tácito, ta.
1. (Del lat. tacitus, p. p. de tacere, callar.) adj. Callado, silencioso.

2. Que no se entiende, percibe, oye o dice formalmente, sino que se supone e infiere.

Testigo
1. (De testiguar.) com. Persona que da testimonio de una cosa, o lo atestigua.
2. Persona que presencia o adquiere directo y verdadero conocimiento de una cosa.

Tratamiento
1. m. trato, acción y efecto de tratar o tratarse.

Validación
1. f. Acción y efecto de validar.

2. Firmeza, fuerza, seguridad o subsistencia de algún acto.

Voluntad
1. (Del lat. voluntas, -atis.) f. Potencia del alma, que mueve a hacer o no hacer una cosa.
Última voluntad. La expresada en el testamento.
2. testamento.
a voluntad. loc. Adv. Según el libre albedrío de una persona.

Voluntario, ria.
1. (Del lat. voluntarius.) adj. Dícese del acto que nace de la voluntad, y no por fuerza o necesidad extrañas a aquella.

2. Que se hace por espontánea voluntad y no por obligación o deber.

Usuario, ria.
1. (Del lat. usuarius.) adj. Que usa ordinariamente una cosa. Ú. t. c. s.

2. Der. Aplícase al que tiene derecho de usar de la cosa ajena con cierta limitación. Ú. m. c. s.

Consentimiento informado
Proceso comunicacional complejo y meditado al que bioéticamente se lo caracteriza como un recaudo previo a cualquier tratamiento o intervención biomédica, comprensivo de dos exigencias básicas -debida información y libre adhesión-, que se desdoblan conformando cuatro elementos, revelación de la información, comprensión de la información., consentimiento voluntario y capacidad para consentir, importando por tanto un adecuado proceso de toma de decisión, con la participación activa del principal interesado: el paciente.

Autonomía personal
Derecho de uno mismo a decidir su estilo de vida propio, fundado en la convicción moral de las personas como agentes morales autónomos; dentro de sus posibilidades, la gente debe ser libre para elegir por sí misma, no pudiendo el Estado "imponer una posición moral o religiosa a la comunidad, sino tratar todas las posiciones por igual -siempre que no violen o perjudiquen la autonomía personal de los otros-", es decir, siempre que no se causen daños a terceros.

Principio bioético de autonomía

Prescribe que todo ser humano debe ser considerado como un agente moral autónomo, ordenando el respeto a la dignidad, a la autodeterminación de las personas, al respeto de las conductas auto referentes, concordante con el artículo 19 de la Constitución nacional, debiendo acatarse la decisión del paciente competente adecuadamente informado, cuya libertad no puede ser coartada; así como también preceptúa la protección de todas aquellas cuya capacidad de autodeterminación no es completa o se encuentra restringida (pacientes incompetentes). Con ello se concreta el reconocimiento del paciente como agente moral, responsable en la atención de su salud, capaz de saber, entender y decidir, en el marco de los instrumentos que protegen los derechos humanos referidos en el artículo 75 inciso 22 de la Constitución nacional.

Xenofobia
Actitud de hostilidad que asume un individuo, o un grupo social por los extranjeros.

Racista
Ideología que detenta la superioridad de un grupo social respecto a otros grupos.

Secreto profesional
Deber que tiene la enfermera de comportarse con reserva y discreción respecto a la información que obtiene de las personas a su cuidado.

Seguridad e higiene
Son los procedimientos, técnicas y elementos que se aplican en los centros de trabajo para el reconocimiento, evaluación y control de los agentes nocivos que intervienen en los procesos y actividades de trabajo, con el objetivo de establecer medidas y acciones para la prevención de accidentes o enfermedades de trabajo, a fin de conservar la vida, salud e integridad física de los trabajadores; así como evitar cualquier posible deterioro al propio centro de trabajo.

Servicio social profesional
Obligación constitucional que tienen todos los profesionistas de prestar sus servicios en forma temporal, de acuerdo a las necesidades sociales. Es un compromiso para con la población que más requiere de su apoyo. En el caso del personal de salud, están exentos de realizar el servicio, quienes realizan actividades en los colegios o asociaciones profesionales

Acreditación
Facultad que se otorga a una persona o institución para asumir una responsabilidad o función.

Autocuidado de la salud
Conjunto de medidas que propone el equipo de salud a las personas, y que éstas deciden adoptar, para mejorar la salud y el bienestar propio y de su familia, en el seno de las actividades cotidianas. Condición libre y reflexiva de la persona para conservar su salud en las mejores condiciones.

Certificación
Atribuir certeza de un conocimiento o profesión por medio de un documento público expedido por una institución educativa, colegio o sociedad conformada ex profeso para este fin.

Colegiada
Participación como miembro activo de un colegio o asociación.

Competencia
Conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, para la realización del ejercicio profesional.

Cuidados de la enfermería
Intervenciones que se proporcionan a la persona con la finalidad de prevenir enfermedades; fomentar, preservar y restaurar el estado de salud.

Declaración de principios
Formulación de ciertas palabras que constituyen una proposición como la razón que norma o fundamenta el actuar. Son máximas inapelables como fundamento del bien humano y social.

Dignidad
Cualidad intrínseca del ser humano que le confiere la condición de fin en sí mismo, no mediatizable y que implica respeto y decoro en el comportamiento. Cualidad interior sumamente apreciada de bienestar y valor personal. Excelencia de la condición humana.

Elitista
Individuo que injustamente prefiere y favorece a los mejores individuos de un grupo, en perjuicio de otros.

Equipo de salud
Grupo humano de diferentes disciplinas que trabajan entre sí en beneficio de la salud de las personas.

Integridad

Cualidad de rectitud y honestidad en el comportamiento del individuo. Probidad incorruptible.

Juicio crítico

Apreciación hecha con razón y conocimiento pleno sobre el valor ontológico de las personas, las cosas, los hechos y cualquier proposición.