



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**MAESTRIA EN BIOETICA Y BIODERECHO**

**Conocimiento y valoración del Consentimiento Informado  
en médicos y pacientes de un Hospital público del Callao**

**Tesis para optar el grado académico de maestro en Bioética y Bioderecho**

**Autor:**

**Roberto H. Tarazona Ponte.**

**Asesor:**

**Dr. Benigno Peceros Pinto**

**Lima, Perú**

**2019**

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestro profundo agradecimiento a:

Mons. Lino Panizza Richero, OFM, Obispo de la Diócesis de Carabayllo y Gran Canciller de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

A los profesores de la Maestría de Bioética y Bioderecho de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

Al Rvdo. Dr. Benigno Peceros Pinto, maestro y amigo en el verdadero conocimiento que nos acerca a Dios y a los hombres.

A mis compañeros de estudios, con quienes compartimos la esperanza de una medicina más profesional y con rostro humano.

A Carolina, mi esposa, aliento permanente que me hace crecer en humanidad. A mis hijos: María José, Joaquín, Pablo, Daniela y Rodrigo, raíces que me unen al futuro de un país más justo, fraterno y reconciliado.

## **RESUMEN**

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo aproximarnos al Conocimiento y valoración del Consentimiento Informado en médicos y pacientes de un Hospital público del Callao del Ministerio de Salud del Perú. La muestra estuvo conformada por 10 médicos y 30 pacientes que se atienden en este nosocomio. La técnica empleada fue la entrevista semi-estructurada y el instrumento utilizado fue la Guía de entrevista, tanto para pacientes como para médicos. Con los resultados se buscó describir el conocimiento y valoración del Consentimiento Informado tanto en médicos como en pacientes en un Hospital Público del Callao. Como presupuesto o hipótesis de investigación se planteó que existen deficiencias y carencias en el conocimiento y valoración del Consentimiento Informado en médicos y en pacientes que se atienden en establecimientos de salud públicos en el Callao.

De los resultados hallados en la presente investigación podemos señalar que existen carencias y deficiencias en la implementación del Consentimiento informado por parte de un hospital público del Callao. De igual manera existe una valoración distorsionada del Consentimiento informado de parte de los médicos entrevistados. Así mismo existe una inadecuada valoración de la importancia de este derecho por parte de los mismos pacientes que se atienden en este establecimiento de salud.

Las conclusiones y recomendaciones permiten garantizar el derecho al Consentimiento informado como un derecho humano en salud y un indicador de la calidad de atención de un establecimiento de salud.

### **Palabras clave:**

Consentimiento informado; Relación médico – paciente; Persona Humana; Virtudes del médico; Derechos en salud.

## **ABSTRACT**

The objective of this research work was to approximate the Knowledge and Valuation of Informed Consent in physicians and patients of a public Hospital of Callao of the Ministry of Health of Peru. The sample consisted of 10 doctors who work in a public hospital in Callao and 30 patients who are treated in the same hospital. The techniques used were semi-structured interviews and the instruments used were the interview guides, both for patients and for doctors. The results seek to describe the knowledge and assessment of Informed Consent both in doctors and patients in a Public Hospital of Callao. As a budget or research hypothesis, it was stated that there are deficiencies and shortcomings in the knowledge and assessment of Informed Consent in physicians and in patients who attend public health facilities in Callao.

As a result of the investigation, it can be possible to point that exists deficiency and lack of implementation of the Informed Consent by public hospitals in Callao. Besides, it exists a distorted conception of Informed Consent by the properly doctors interviewed. As the same time, it exists a non-adequate importance of the rights of being informed by doctors for the patients in those hospitals.

The conclusions and recommendations allow to guarantee the right to informed consent as a human right in health and an indicator of the quality of care of a health establishment.

### **Keywords:**

Informed consent; Doctor- patient relationship; Human person; Virtues of the doctor; Rights in health.

## **INDICE**

Resumen	iii
Abstract	iv
Indice	v
Introducción	viii
<b>I. PLANTEAMIENTO DE INVESTIGACIÓN</b>	<b>1</b>
1.1. Problema de investigación	1
1.1.1 Formulación del problema	1
1.2. Justificación del tema de la investigación	4
1.3. Objetivos de la investigación	7
1.3.1 Objetivo general	7
1.3.2 Objetivos específicos	7
<b>II. MARCO TEORICO</b>	<b>8</b>
2.1. Antecedentes del estudio	8
2.2. Bases teóricas	10
2.2.1 El Consentimiento informado	11
2.2.1.1 Componentes del Consentimiento informado	14
2.2.1.2 El Consentimiento Informado en la Ley General de Salud (Ley 26842)	15
2.2.2 La persona humana y su dignidad	19
2.2.3 Las virtudes del médico	23
2.2.4 Relación médico - paciente	28
2.3 Definición de términos básicos	29
2.4. Hipótesis de Investigación	33
2.4.1 Hipótesis general	33
2.4.2. Hipótesis específicas	33
<b>III. ASPECTOS METODOLÓGICOS</b>	<b>34</b>
3.1. Diseño de Investigación.	34
3.1.1. Participantes de la investigación	34

3.1.2. Instrumentos de investigación	34
3.1.3. Procedimientos en la investigación.	36
3.1.4. Análisis de Datos	36
3.1.4.1 Análisis Inicial o Descriptivo	36
3.1.4.2 Análisis Estructural	36
3.1.4.3 Análisis Interpretativo	37
3.1.5. Variables	37
3.1.5.1 Definición conceptual de la(s) variable(s)	37
3.1.6. Delimitaciones	37
<b>IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	<b>39</b>
4.1 Datos descriptivos de los médicos entrevistados	39
4.2 Datos descriptivos sobre los pacientes entrevistados	40
4.3 Análisis estructural	41
4.4 Resultados interpretativos	50
<b>V. DISCUSIÓN</b>	<b>57</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	<b>73</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	<b>75</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>80</b>
Anexo A: Tablas	
Anexo B: Guías de entrevistas a pacientes y a médicos	82
Anexo A1: Guía de entrevista aplicada a médicos	82
Anexo A2: Guía de entrevistas aplicadas a pacientes	83
Anexo C: Análisis Cualitativo de las Guías de entrevistas a pacientes	84
Anexo D: Análisis Descriptivo de las entrevistas a médicos	90
Anexo E: Análisis Descriptivo de las entrevistas a pacientes	93
Anexo F: Análisis Cualitativo de las Guías de entrevista a médicos	98
<b>TABLAS</b>	
Tabla 1. Médicos entrevistados por sexo	34
Tabla 2: Tiempo de ejercicio médico profesional	39
Tabla 3: Validez V de Aiken (Guía aplicada a médicos)	80

Tabla 4: Validez V de Aiken (Guía aplicada a pacientes)	81
Tabla 5: Valoración del paciente sobre importancia del consentimiento informado	85
Tabla 6: Razones para solicitar el consentimiento informado	87
Tabla 7: Atención médica a quechua hablantes en el hospital	98
Tabla 8: Conocimiento médico sobre el Consentimiento Informado	100
Tabla 9: Recibió información sobre Consentimiento informado en Universidad	100
Tabla 10: Opinión médica sobre quién registra el Conocimiento informado	101
Tabla 11: Razones para registrar el Consentimiento informado	101
Tabla 12: Casos donde se debería solicitar el Consentimiento informado	102
Tabla 13: Formatos institucionales existentes para el Consentimiento informado	103
Tabla 14: Razones para promover el Consentimiento informado	104

## INTRODUCCIÓN

Hace más de 20 años, San Juan Pablo II en su Encíclica *Evangelium Vitae*, nos recordaba que la vida está en centro del mensaje de Jesús y que “Acogido con amor cada día por la Iglesia, es anunciado con intrépida fidelidad como buena noticia a los hombres de todas las épocas y culturas” (p.1). Podríamos preguntarnos qué relación tendría estas palabras con la introducción de una tesis de maestría sobre el Consentimiento informado en médicos y pacientes que acuden a un hospital público del Callao. La respuesta es sencilla y contundente: el Consentimiento informado, realizado de una manera ética, legal y profesional, está llamado a cuidar y proteger la vida y la dignidad de las personas que entran en contacto con un establecimiento de salud. Porque en realidad, como se pretende mostrar en este trabajo de investigación, el Consentimiento informado, no es sólo un procedimiento administrativo o legal que se deba exigir a un paciente, sino que es expresión de una cultura sanitaria que en todo vela por el mayor bienestar y autotomía del paciente. Paciente que ve mermada sus capacidades de autogestión y decisión por la presencia de una enfermedad que irrumpe inesperadamente en su vida. Ciertamente en este horizonte donde todo parece incierto, es el mismo paciente que debe decidir en función de sus creencias y de la información médica que reciba, los mejores cursos y escenarios de acción para vivir con dignidad y autonomía en esta etapa de la enfermedad.

Pero ¿cómo se puede ejercer el derecho a la salud y al consentimiento informado en un país como el Perú, caracterizado por ser un país multilingüe y pluricultural? ¿Cómo entender relaciones democráticas y de igualdad en el campo sanitario cuando aún persisten rasgos muy marcados de un paternalismo médico que impiden que el propio paciente sea agente y protagonista de sus propias decisiones autónomas e informadas?

Lo cierto es que la medicina post moderna, tiene el rostro y el corazón de los profesionales que le dan vida; y como no podía ser de otra manera, la medicina es hija de su tiempo y de su historia. Ella está impregnada de los sueños, anhelos, temores y pesadillas de la cultura en que vive y se desarrolla. Es inevitable, que por un imperativo ético o por la presión y demanda social, en algún momento, deba tomarse el tiempo para tener la capacidad y el coraje de mirarse a sí misma para definir lo quiere ser y lo que viene siendo. Ciertamente la medicina de estos tiempos se encuentra envuelta en grandes



y rápidos cambios, que algunos llaman “un cambio epocal”, la misma que le configura un rostro y un corazón propios de la post modernidad que en no pocas veces entra en conflicto técnico, ético, humano y legal con la realidad del enfermo. Podemos afirmar con Lyotard que esta época (y también la medicina) carece de los grandes relatos o "metarrelatos" que daban un sentido a la marcha de la historia; grandes mitos movilizadores del progreso humano y de la ciencia como servidora para el avance de la humanidad. ¿Qué puede significar en este contexto el sufrimiento, el dolor, la muerte, la fe y la espiritualidad, la solidaridad y la ternura o la decisión autónoma del paciente?

El ejercicio de la medicina, se exige por su propia naturaleza, misión y vocación: el encuentro humano. Encuentro entre una confianza (la del paciente) y una conciencia (la del médico). Encuentro que debe ser terapéutico desde el primer momento y en el sentido más amplio, para todos los que participan en él. Encuentro que corre el riesgo de deshumanizarse cuando el otro, el paciente, el vulnerable, el frágil deja de ser considerado una persona para convertirse en un caso clínico, sin rostro, sin voz, sin alma, sin derecho alguno. El Consentimiento informado, constituye un hito importante para devolver el rostro y la voz, la capacidad de decisión que el paciente nunca debió de perderla y los profesionales de la salud, apropiarse para su propia conveniencia.

Ante la realidad de una población peruana, que en la mayor parte de las veces, desconoce sus derechos civiles y sociales (en particular el derecho a la salud y al consentimiento informado) es necesario implementar políticas públicas desde diferentes frentes y actores sociales e institucionales. Ciertamente, una población más informada de sus derechos sanitarios, así como profesionales de la salud más conscientes y respetuosos de su deber ético y profesional, construirán sistemas y servicios de salud de mayor calidad y siempre respetuosos de la vida humana.

Creemos en una renovada cultura sanitaria centrada en la dignidad y necesidades del paciente. No considerarlas, constituye un rasgo principal de la cultura del descarte, tal como lo señalaba el papa Francisco: "Si hay un sector en el que la cultura del descarte muestra claramente sus dolorosas consecuencias, es precisamente el sector de la salud... Cuando el enfermo no es puesto en el centro y considerado en su dignidad, se generan actitudes que pueden llevar incluso a especular sobre las desgracias de los

demás” (Mensaje del 10 de febrero de 2017). Los cristianos estamos llamados en aportar a la construcción una cultura de vida, de igualdad y solidaridad en el campo de la salud.

# Capítulo I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

## 1.1. Problema de Investigación

### 1.1.1. Formulación del Problema

El presente trabajo de investigación, busca examinar el conocimiento y la valoración del consentimiento informado desde la perspectiva de los médicos y los pacientes de un hospital público en el Callao.

Ciertamente tenemos claridad que el tema del consentimiento informado en el caso del Perú y en particular en hospitales públicos, constituye aún una agenda pendiente que colinda con la violación del derecho a la salud y a la vida. En ese sentido Revilla y Fuentes (2007) afirman que los médicos jóvenes desconocen la magnitud de lo que significa el consentimiento informado – tanto como derecho del paciente, así como deber del médico. Es entendido como un documento médico legal que el paciente debe de firmar, sin importar los medios con los que se obtengan. Por ello afirman, que el consentimiento informado no es entendido como un proceso que debe de ser considerado en todas las circunstancias donde el paciente debe tomar decisiones autónomas en relación a las atenciones que recibe. (pág.7)

En términos generales, podemos mencionar que la práctica biomédica hoy en día está marcada por una visión eminentemente biomédica, altamente medicalizada y centrada en la enfermedad y lo recuperativo. La relación médico paciente está cargada además de un fuerte componente paternalista, asimétrico, donde la relación médica muchas veces es entendida, no como un derecho sino como un acto de benevolencia. Definitivamente la salud no es entendida ni exigida como un derecho, ni por el paciente ni por el médico.

Tal como lo señala Cañete y Guielhem (2013):

La relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes ha sido universalmente reconocida como clave en la práctica médica. La orientación y la participación efectiva de los sujetos en la toma de decisiones son esenciales en la relación sanitaria y humanizan ese proceso.

Sin embargo, la inadecuada percepción de muchos profesionales acerca de la importancia de esa participación ha derivado en no pocos casos de mala praxis. Históricamente, los médicos han sido responsables por las decisiones relacionadas con la atención de sus pacientes asumiendo una postura eminentemente paternalista. Esa actitud es, aún en la actualidad, una práctica común en muchos países y debe ser modificada ante el derecho de los sujetos a participar de las decisiones que involucran su persona. (p.1)

Broggi (1999), presidente de la Sociedad Catalana de Bioética, al referirse al consentimiento informado señala que este es un fiel reflejo de la relación médico – paciente; pero ante los vertiginosos y complejos cambios en la sociedad, (sobre todo en la primacía de los derechos ciudadanos) se genera la necesidad de replantear la relación sanitaria desde el enfoque de los derechos del paciente. El consentimiento informado es expresión de este derecho. (pág.7)

En la cultura sanitaria existe la creencia de que el documento escrito o formulario del consentimiento informado es algo innecesario o que “quita tiempo” a la acción médica, como afirman algunos profesionales de la salud. Otros, pretenden justificar que por sí solo el formulario basta para garantizar una relación clínica respetuosa que considere la decisión autónoma del paciente. Ambas posturas, que expresan conceptos diametralmente distantes en su fundamento (desde el paternalismo más rígido al “autonomismo” más irreal), llegan a coincidir muchas veces en la práctica rutinaria. Es necesario recordar lo que Pentón y Veliz (2009) señalaban sobre el consentimiento informado, al afirmar que éste, no es una acción aislada del conjunto de la acción terapéutica. En realidad, afirma, que el consentimiento informado es un proceso donde el paciente debe recibir información sobre todas las acciones que se realicen en su persona; explicaciones que deben de concluir en una decisión informada y autónoma. (pág. 45)

No en pocos casos, la firma y utilización de estos documentos constituye un acto meramente “legalista” para cubrir las “espaldas” frente a un escenario adverso del facultativo y, por tanto, absurda. En ese sentido, los pacientes, aunque estén enfermos,

ninguno de sus derechos puede ser inculcados, por lo tanto, debe de utilizar el consentimiento informado según sus expectativas, intereses y creencias.

Como bien lo señala Revilla y Fuentes (2007), en las últimas décadas han sucedido grandes cambios a nivel social, cultural, económico y político que han afectado el corazón de la relación médico – paciente y la relación sanitaria en general. A la total dependencia de la decisión del médico (llamado también paternalismo médico), se ha configurado una relación sanitaria, donde el paciente, consiente de sus derechos y en el uso de su autonomía, toma decisiones en función de sus propios intereses y sus códigos de valores y creencias. (pág.3)

Con todo, tenemos claridad que este cambio en el caso del Perú, no ha sido homogéneo, tanto dentro de la cultura y práctica médica como en la reivindicación de los derechos de los propios pacientes. Aunque existen leyes que garantizan este derecho, aún no son interiorizados como un elemento sumamente importante en el ejercicio profesional de la medicina y de la calidad en las atenciones de salud.

Siempre debemos considerar que la atención médica, es sobre todo un encuentro. Encuentro, con otro, con una persona que tiene una biografía muy personal, perteneciente a una cultura determinada, inserta en un medio social y económico muy concreto; portador de conceptos y una ideología propia. El rico y variado mestizaje cultural de nuestro país, le confiere mitos, creencias y probablemente, una religiosidad y espiritualidad muy compleja, desde donde tiene una visión de la vida, de la salud y la enfermedad. Por el diálogo que sustenta este encuentro, que además está llamado a ser terapéutico y sentar las bases del acto médico, debe primar la acogida, el respeto, la confianza, la verdad. Todo dentro de un marco ético y de respeto a los derechos humanos.

Establecer una relación interpersonal, médico-paciente, que realmente sienta las bases de una auténtica relación terapéutica, es todo un desafío. Revilla (2007) señala que este tipo de relación requiere que el médico cambie radicalmente su forma de vincularse con el paciente. Exige mayor tiempo, interés y mejor calidad en la relación interpersonal. Aunque también se señala que en no pocas veces, los pacientes asumen actitudes de dependencia frente al médico tratante; y en otras veces, los propios médicos no quieren cambiar sustancialmente la relación de dependencia con el paciente. (pág.4)

Probablemente, uno de los factores más importante en este proceso, sea la poca formación en temas médicos legales y éticos de los profesionales de la salud, y el médico en especial. Zárate (2007) hace referencia a la pobre o nula información o manejo de la normatividad jurídica hospitalaria por parte de los médicos. Señala que esto se debe a la formación que se brinda en las universidades, donde todavía se privilegia la visión del médico como una persona con total autoridad en el sistema sanitario, que puede decidir por el paciente. (pág.2)

La Constitución Política del Perú (1993) proclama que (en su artículo primero): “la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”. De igual manera, la Ley General de Salud (1997), cuyo artículo 15.3 literal a) señala que “toda persona tiene derecho a ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo”. Por lo tanto, el paciente nunca pierde su estatus como ciudadano, sujeto de derechos.

En la Región Callao, a pesar de contar con 18 Establecimientos de salud (entre hospitales y centros de salud) no existen investigaciones que exploren el conocimiento y la valoración del Consentimiento Informado, tanto en profesionales médicos como en pacientes.

### **Pregunta de Investigación:**

¿Cuáles son las características del conocimiento y valoración del consentimiento informado de los médicos y pacientes en un Hospital Público del Callao?

### **1.2. Justificación del tema de Investigación.**

Ciertamente, la relación que se establece entre el médico y su paciente, es un tipo de relación muy especial, donde las palabras, gestos y silencios de ambos, tienen mucha importancia para el proceso de recuperación de la salud y de una atención de calidad. Bien lo señala Calvo (2006) al precisar que:

La relación médico-paciente es en sí misma terapéutica, el paciente busca ser curado, está dispuesto a ello y el médico debe canalizar esta ansia usualmente desordenada utilizando los recursos personales; no fármacos, no fórmulas magistrales; sólo su actitud, su capacidad de comunicación; debe brindar educación, debe convertirse en un líder servidor para el paciente, guiarlo para servirlo. En contra estarán los indicadores, los tiempos promedio, las soluciones promedio; la medicina arte cada vez más alejada del acto médico, cada vez más impersonal. (p. 2)

Debemos señalar que la situación de salud o enfermedad de una persona al ingresar o ponerse en contacto con un establecimiento de salud, no significa el menoscabo de sus derechos como ciudadano. Estos derechos están expresados con suma claridad en la Constitución Política del Perú y en las diversas normativas sanitarias vigentes. Al propio sector salud y a sus profesionales, les corresponde – conociendo estas leyes – garantizar el cumplimiento de las mismas, aunque el paciente las desconozca.

Considerando la diversidad de contextos socioculturales existentes en el Perú, se impone la necesidad y el deber de generar y fortalecer un serio proceso de concientización y educación sanitaria en los usuarios de los servicios de salud y en la población en general, sobre todo en lo relacionado al derecho a la salud. En esta perspectiva, el derecho al consentimiento informado, es uno de los más sensibles y principales derechos que debe de ser garantizado, tanto por el Ministerio de Salud (en sus diferentes niveles de atención) como por el Estado en su conjunto. Vera (2016) por su parte, señala que:

Falta de información y consentimiento, por lo que una gran mayoría de reclamantes aduce falta de información del médico o del equipo médico, ya sea antes de la actuación médica o cuando ya se ha producido el efecto adverso. Si no se ha informado con suficiente precisión de los riesgos y complicaciones que pueden surgir durante o después del acto médico, se da pie a que el reclamante alegue que no tuvo la oportunidad de no aceptar el procedimiento médico que le causó el daño ya que lo hubiera evitado de conocer su riesgo. (p. 63)

De allí la importancia de trabajos de investigación como el presente que, desde el conocimiento y valoración del consentimiento informado, tanto de médicos como pacientes de un establecimiento sanitario público en el Callao, pretenden aportar en mejorar la relación terapéutica desde el derecho a la información y a las decisiones autónomas de los pacientes. No deja de sorprender la ausencia de estudios sobre este tema en una de las Regiones más importantes del país, que cuenta con una población de más de un millón de habitantes, donde la población adulto mayor representa el 11% de la población total.

El impacto social y sanitario de aproximarnos al ejercicio real del consentimiento informado en la Región Callao, creemos que abrirá nuevas rutas para garantizar el derecho a la salud. La implementación de políticas y estrategias sanitarias, tanto para sensibilizar y comprometer a las instituciones de salud como a los usuarios de las mismas, en materia de garantizar decisiones autónomas que comprometen la propia vida y la salud, se hacen impostergables.

El eje central en esta investigación, lo constituye el respeto y la dignidad de la persona humana frente a decisiones o prescripciones médicas que se realicen en su cuerpo sin su consentimiento o autorización. De igual manera, constituye también, la consideración del médico frente a la toma de decisiones éticas y bioéticas. Como bien lo señala la Comisión Nacional de Bioética de México (2010), el consentimiento informado manifiesta el respeto institucional a la autonomía del paciente, en todos los ámbitos donde sea atendido o expuesto (atención médica como investigación). Estas decisiones informadas y autónomas, es parte de un proceso continuo y gradual que puede o no plasmarse en un documento (pág. 1)

El ejercicio de un adecuado proceso de consentimiento informado, exigirá a los profesionales de salud una renovada mirada frente al paciente; y al paciente como sujeto activo en la toma de decisiones sobre las acciones terapéuticas que se realice en su persona. El punto central será la calidad y cantidad de información a ser suministrada en una renovada relación médico – paciente.



Como en diversos estudios Bedrossian y Fernández (2015) señalan que:

Es de recordar que la finalidad de la información es proporcionar, a quien es el titular del derecho, los medios para decidir de forma adecuada y según considere lo más conveniente a sus intereses. Así, el deber de información encuentra su soporte en la libertad del paciente, por ello se afirma que la obligación del galeno de no actuar sobre el cuerpo del paciente, sin que este haya expresado libremente su consentimiento al respecto, se acompaña del deber de informar que tiene el profesional. Esto es, para dar la aprobación al acto médico y así legitimarlo, se requiere que el paciente haya sido informado, pudiendo contar con los elementos de juicio suficientes que le permitan decidir con libertad. (p. 156)

Se hace necesario fortalecer una cultura sanitaria y también social, donde se valore la primacía e importancia de la información que se brinda al paciente para garantizar la protección de sus derechos. Debemos recordar, tanto a los médicos como a los pacientes, que la enfermedad – cualquiera que sea – no disminuye en nada su condición de ciudadanos ni socava en lo más mínimo sus derechos como persona. De allí la importancia de la calidad de información que debe recibir el paciente y los medios que deba de disponer la institución sanitaria y los profesionales de la salud para concretizar e implementar el consentimiento informado.

Finalmente creemos que el impacto social y sanitario de la aplicación del consentimiento informado, es fundamental para el ejercicio de una medicina más humana y acorde a la dignidad de la persona humana. El consentimiento informado expresa el respeto por la autonomía de la persona y dota al ejercicio médico y a los profesionales de la salud, un tipo especial de sensibilidad que se sustenta en el cumplimiento de las leyes sanitarias y de una renovada ética profesional. Este trabajo de investigación pretende aportar elementos para profundizar en la reflexión y el análisis, buscando soluciones prácticas para el ejercicio del consentimiento informado en la Región Callao.

### **1.3. Objetivos de la Investigación.**

**1.3.1 Objetivo General:** Examinar el conocimiento y valoración del consentimiento informado en médicos y pacientes en un Hospital Público del Callao.

**1.3.2 Objetivos Específicos:**

- Describir el conocimiento y valoración sobre el conocimiento informado en personal médico que atiende en servicios de un Hospital Público del Callao.
- Describir el conocimiento y valoración sobre el conocimiento informado en pacientes que se atienden en servicios de un Hospital Público del Callao.

## **Capítulo II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes del estudio.**

Ante el avance de las ciencias biomédicas y la alta tecnologización de la medicina, se viene desarrollando paralelamente, una mayor conciencia social de los derechos ciudadanos. En este contexto el derecho a la salud, entendida tanto como al acceso a los servicios de la salud como a la calidad de los mismos, viene siendo cada vez más, una bandera de reivindicación social. Pero también es importante señalar, la presencia de los medios de comunicación en hacer público los problemas médicos legales, desde los múltiples casos de iatrogenia, mala praxis, impericia, negligencia médica o de políticas públicas que atentan contra los derechos humanos.

Aún recordamos la enorme cobertura en los medios de prensa nacional, sobre lo sucedido entre los años 1993 al 1999 y lo relacionado a las esterilizaciones forzadas tanto en hombres como en mujeres. Se detallan el caso de 314, 605 personas que sufrieron esterilizaciones quirúrgicas, desde la aplicación e implementación de políticas de Estado en el marco de la lucha contra la pobreza. Tal como lo señala Málaga, citando el informe de la Defensoría del Pueblo (1998):

Más del 65% de las mujeres esterilizadas eran analfabetas o tenían primaria incompleta, y gran parte de ellas eran quechua hablantes, es decir, difícilmente pudieron entender los consentimientos informados. A ello se agrega que se implementaron “campanas de esterilización” sin sesiones informativas. Con lo cual se puede afirmar que estas campanas se hicieron sin que ocurriera un genuino consentimiento, lo que se refleja en estudios que señalan que hasta el 90% de las pacientes intervenidas tomaron decisiones bajo presión. (p. 1)

En relación al derecho o a la violación al consentimiento informado no existen en el Perú un registro sobre el mismo. Tanto la Defensoría del Pueblo como Susalud acogen denuncias sobre mala praxis o negligencias médicas o de instituciones de salud. La falta de información y conciencia social de la población sobre el derecho al consentimiento informado hace que este derecho no se exija ni se cumpla.

Debemos resaltar el trabajo de investigación de Quiroz (2014) sobre Consentimiento informado realizado en 290 pacientes con tuberculosis atendidos en establecimientos de salud del primer nivel de atención en la Red de Salud de Lima Ciudad. Realizó un análisis de cómo ello influye en el nivel de comprensión del paciente y en el ejercicio de sus derechos en salud. Hizo un estudio sobre el contenido, de la cantidad y la calidad de documentos sobre el consentimiento informado que actualmente se viene usando. Además, exploró la percepción el nivel de comprensión y ejercicio de derechos, para ello utilizó una encuesta de satisfacción del usuario.

Por su parte Ballesteros (2015), en una investigación con 92 pacientes que acuden a un Centro de Rehabilitación y Terapia física en Valencia (España), explora la calidad del conocimiento sobre el consentimiento informado. Evalúa además la información recibida previa al tratamiento; modalidad de la información; opinión sobre la información a recibir; satisfacción sobre la encuesta. La finalidad de esta investigación fue la de mejorar la práctica profesional, la calidad asistencial y la relación con los pacientes por parte de los fisioterapeutas.

Para Faden y Beauchamp (1986), el creciente interés por el consentimiento informado en la atención médica ha sido resultado de complejas fuerzas sociales como una reacción frente a demandas médico legales, cuyo resultado ha sido la mejora en la atención al paciente.

Dávila (2009) por su parte, reporta un estudio sobre el proceso del consentimiento informado a 386 pacientes programados para cirugías de ortopedia o cirugía general en un hospital militar en Bogotá. El estudio de tesis detalla los factores que favorecieron o dificultaron este proceso. Afirma que “los pacientes de este estudio, percibieron el consentimiento informado, no como un proceso, sino como un único momento en el cual se firma un documento de respaldo legal para los médicos, donde el paciente asumen toda la responsabilidad del procedimiento”.

Llama la atención los hallazgos de García (2015) quien, en su tesis Doctoral, presenta los resultados de un estudio en 61 médicos especialistas y otros en formación, sobre “Conocimientos, actitudes y práctica clínica del Consentimiento informado” en un hospital de Valladolid (España). Encuentra que el 49.2% no recibió formación en Ética médica y al 39,3% no le interesa recibir ninguna formación al respecto. “A pesar de todo ello, llama la atención que una parte considerable de la muestra no haya recibido cursos de ética médica o no tenga interés por los mismos”. Así mismo al 54% de los entrevistados refirieron que no conocen la normatividad legal sanitaria. El 49% desconoce la diferencia entre Ética, Deontología y Bioética, el 54% no conoce el Código de Ética y Deontología médica.

Goycochea (2018), en un estudio descriptivo sobre el conocimiento del consentimiento informado en 100 profesionales de la salud (médicos, obstetras, enfermeras y odontólogos) de Centros de salud en el Perú, encontró que “el 6% demostró un conocimiento bajo del consentimiento informado, el 64% un nivel medio y un 30% un nivel alto”. En cuanto al nivel del uso encontró que “el 18% reportó un nivel bajo en el uso, un 37% un nivel medio y tan solo un 44% un nivel alto”.

Gonzalo (2013) señala que “En el Perú es relativamente común encontrar a profesionales de la salud que argumentan diversas razones en contra del proceso de consentimiento informado y el respeto pleno de los derechos individuales”. Aunque los estudios sobre el mismo aún son insuficientes y poco desarrollados.

## **2.2. Bases Teóricas.**

Reivindicar y aportar al proceso del ejercicio de una medicina más humanizada, a nuestro entender exige, la formación de un profesional médico con sólidos valores éticos y bioéticos. Además, es necesario una ciudadanía más informada y consiente de sus derechos en salud en general y del consentimiento informado en particular. Gutiérrez (2006) hace referencia a que:

Los enfermos presentan sus malestares y lesiones al médico como personas; esto es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados. La individualidad del paciente

ha alcanzado su máxima expresión en el conocido ‘principio de autonomía’. Frente a una visión patriarcal en el que la decisión corresponde exclusivamente al médico, se ha reivindicado la libertad del paciente para elegir en aquellas cuestiones que involucren su propio sistema de valores, pues "velar por nuestra salud nos confronta con alternativas que tienen que ver con nuestro propio destino. (pp. 2-3)

Justamente por ello, esta relación médico paciente está llamada a ser evaluada y mejorada de manera permanente; tanto por el profesional de la salud, la misma institución sanitaria y como no, por los respectivos Colegios Profesionales. Esta mejora en calidad de atención del profesional de la salud se hace más urgente, sobre todo en establecimientos del sector salud donde se atiende la población pobre y vulnerable de nuestra sociedad.

Por un lado, el médico debe ejercer su profesionalidad centrado en la realidad objetiva de una persona (paciente) que reclama y le exige – muchas veces sin decírselo – no sólo un alivio y curación para su mal, sino conocer lo que sucede en su cuerpo y la perspectiva que tomará el curso de su vida. Por ello el ejercicio del derecho al consentimiento informado se impone por su propia naturaleza: garantizar la autonomía y los derechos del paciente.

Ballesteros (2014), señala que no existe ningún motivo para no implementar el consentimiento informado ya que es: una obligación perfecta y debe, por lo tanto, ser exigida a todos los profesionales de la salud. Refiere además, que esta obligación tiene su fundamento en los derechos humanos y más concretamente en la libertad de las personas a decidir conforme a sus propios interés y el marco de valores y creencias con los que vive.

### **2.2.1. El Consentimiento informado (CI).**

En relación al consentimiento informado, existe mucha literatura a disposición de quienes quieran fundamentar su valor intrínseco, el marco jurídico respectivo y la fundamentación ética del mismo. Toda esta rica bibliografía busca reivindicar el derecho al consentimiento informado de todo usuario de los servicios de salud (con suficiente

capacidad y competencia para tomar decisiones autónomas) y el deber de los profesionales de la salud y del propio sistema sanitario.

Lo cierto es que los teóricos del consentimiento informado, como Manrique (1991) reiteran que éste es el resultado de la aceptación del paciente, luego de un proceso de información adecuada del médico. El consentimiento informado es expresión de una decisión informada, voluntaria y autónoma, realizada por una persona competente que ponderando los riesgos y beneficios decide por un curso de acción que más se ajusta a sus intereses. (pág.5)

Con todo, afirmamos que el consentimiento informado se constituye en una exigencia ética de los derechos del ciudadano y esta reconocidos en el Perú, por la Ley General de Salud 262842. El consentimiento informado, se ubica dentro del marco legal de esta Ley (1997) que señala que: el paciente tiene derecho a exigir que los servicios que se le brindan cumplan y estén de acuerdo a los estándares de calidad aprobados por la institución sanitaria. (pág.4)

El derecho al consentimiento informado apareció legalmente en el Perú en el año 1997 con la dación de la Ley General de Salud, Ley N° 26842. En el artículo 4° de la Ley se dispuso que “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia”. (p.5)

En el artículo 15° de esa misma norma se trató sobre los derechos que tiene el paciente, pero, al desarrollarlo sólo se determinó que toda persona usuaria del servicio de salud tiene derecho: “A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes”. (Art. 15°, literal c).

A partir del año 1997, el Ministerio de Salud incluyó el derecho al consentimiento informado en sus normas institucionales; así, en las “Normas de Planificación Familiar” aprobada por la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM del año 1999, se siguió lo dispuesto por el art. 6° de la Ley N° 26842 en el sentido que el consentimiento informado ya era un requisito para la aplicación de los métodos anticonceptivos.

Lo interesante de la referida resolución es que allí el consentimiento informado ya tuvo una definición: “es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones”. En esta definición ya aparecen los elementos que conforman el consentimiento informado. Posteriormente, en el año 2009 se modificó el artículo 15° de la Ley General de Salud mediante la Ley N° 29414 en la que se incluyeron más derechos de los pacientes y se amplió el contenido del derecho al consentimiento informado.

Según la Norma Técnica 022-MINSA señala que el consentimiento informado es la conformidad del paciente o de su representante legal (en el caso que este imposibilitado de hacerlo), libre, voluntaria y consiente, luego de que el profesional de salud le ha informado adecuada y suficientemente sobre riesgos y beneficios (así como los efectos adversos y colaterales) de una atención médica, quirúrgica. Se exceptúa de consentimiento informado en caso de situación de emergencia, según Ley General de salud, artículos 4° y 40°.” (MINSA, DGSP, 2005)

El Manual de Ética del Colegio Médico Americano (2009) en relación al consentimiento informado, señala que son tres los elementos principales en su definición. Coloca en primer lugar la Voluntariedad del paciente, como pre requisito fundamental, desechando todo rastro de coacción, imposición forzada y manipulación.

En segundo lugar, considera la información en cantidad y calidad suficiente, ambas en función de las características específicas del paciente. Finalmente, señala como un elemento clave la competencia del paciente. Esto significa que el paciente debe de ser capaz de comprender el significado de lo que se le informa, que además pueda contrastarla con su propia escala de valores, aspiraciones personales y la situación actual. Considerando las opciones presentadas, pueda tomar una decisión y expresarla adecuadamente.

Por su parte, el Colegio Médico del Perú (2018), en su Código de Ética y Deontología señala, en su Declaración de Principios, sobre la Persona, que: “La

autonomía de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión, en consonancia con sus valores personales y culturales” (p.2)

Asimismo, en el Capítulo 6, Artículo 46, Del Trabajo de Investigación se señala que el médico debe de tener presente que “toda investigación en seres humanos, debe de realizarse en sujetos autónomos, competentes y consientes, quienes libremente firman el consentimiento informado. Así mismo el consentimiento sustituto se aplica en casos de incapacidad o incompetencia, de igual manera el asentimiento se realiza en niños y adolescentes entre los 08<sup>a</sup> 18 años” (pág.7)

Y en Artículo 55, del Título II, Capítulo 1, Del Acto Médico se precisa que en procedimientos que impliquen riesgos mayores: “el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comunique en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo.” (p.8)

En el Capítulo II, sobre el Respeto de los Derechos del Paciente, el artículo 63(e) se señala que un paciente, previamente y adecuadamente informado, aun dando su autorización o Consentimiento informado, puede rechazar continuar (con el tratamiento o procedimiento) sin obligaciones expresa de causa (p. 9)

Como señala Quiroz (2014), existen además situaciones clínicas que pueden ocasionar diversas circunstancias de estigma y discriminación (como en personas con tuberculosis) personal y social, donde el derecho al consentimiento informado se ve vulnerado:

La relación personal sanitario paciente, comprende la información adecuada de manera clara y suficiente, el buen trato con respeto a su dignidad e intimidad y sin discriminación, es decir permitiendo que el paciente ejerza sus derechos en salud. Lo contrario representa un claro atentado contra los derechos humanos, ética y legalmente inaceptable, pues vulneran el principio de autonomía en un enfoque principialista y lesionan el respeto de la dignidad humana desde un enfoque personalista. (p.77)



### 2.2.1.1 Componentes del Consentimiento informado.

La literatura existente, señala que para que una persona adulta y en estado de competencia -esto es autonomía-, pueda tomar decisiones autónomas relacionadas con su vida y su salud requiere ciertos componentes básicos, entre los cuales Zárate (2007) señala que:

**Competencia:** Esta se refiere al buen funcionamiento de los procesos psicológicos, pero está vinculada fundamentalmente al querer de la voluntad que en otras palabras equivale al libre ejercicio de la autodeterminación de los individuos. Solo una persona competente puede dar un consentimiento informado válido legalmente, ya sea el paciente y/o familiar. En el caso de menores de edad o de enfermos mentales corresponde asumir esta competencia al familiar o tutor responsable.

**Voluntariedad del Sujeto:** Se constituye en otro de los componentes básicos del consentimiento informado. Esta voluntariedad debe estar libre de elementos externos que la influyeran tales como el dominio, la coacción o la manipulación, lo cual conlleva a que la aceptación o rechazo de una determinada decisión u omisión sea realmente tomada en forma libre y así quede plasmada la libre autodeterminación del individuo.

**Información:** es el medio con que cuenta el paciente para poder opinar y tomar libremente las decisiones que considere pertinentes. La información debe ser previa a los procedimientos y/o tratamientos que se deben efectuar al paciente. Los anteriores componentes serían insuficientes si no se cuenta con el componente medular del consentimiento, que se refiere a la información que el profesional de la salud ha de dar al sujeto. (p. 15)

El consentimiento informado puede tener dos formas. El explícito, que se entrega en forma oral o escrita. El implícito, cuando el paciente indica que está dispuesto a someterse a un cierto procedimiento o tratamiento a través de su conducta. En el caso de

los tratamientos que tienen algún riesgo o incluyen una molestia más importante, es preferible obtener un consentimiento explícito en vez de uno implícito.

### **2.2.1.2 El Consentimiento Informado en la Ley General de Salud (Ley 26842).**

El consentimiento informado nació legalmente en el Perú el año 1997 con la dación de la Ley N° 26842 o Ley General de Salud. En el Título I, de los Derechos, Deberes y Responsabilidades concernientes a la salud individual, artículo 4° hace referencia que ninguna persona puede ser sometida a cirugía o tratamiento médico sin autorización expresa de parte o de la persona que legalmente esté autorizada para darla. Se hace hincapié que está exceptuado los casos de emergencia. Este artículo 4, si bien es cierto no precisa la amplitud y dimensión del Consentimiento informado, que por demás en esos años existía una bibliografía muy extensa y completa al respecto, precisa su importancia y obligatoriedad en el acto médico.

Si bien es cierto que el Estado peruano, a través de la Ley General de Salud, considera la importancia y necesidad del consentimiento informado en la relación médico paciente, no la define con precisión. Pero en la norma Técnica de Salud del MINSA (2016) define el consentimiento informado como la conformidad expresa: libre, voluntaria y consiente del paciente (o su representante legal), luego de recibir información sobre las características de la atención en diferentes acciones a realizarse en su persona.(p.5)

Como un antecedente de suma importancia podemos señalar la Ley de Política Nacional de Población (DL 346), el mismo que ha generado un hito fundamental en la historia del consentimiento informado en el Perú. Revisemos el artículo 28° de la misma Ley donde se dispone que está excluido todo intento de manipulación o coacción de usuarias de los servicios de planificación familiar, tanto pública como privada (p.8). Se vislumbra la necesidad y el requisito fundamental de la decisión autónoma e informada de la usuaria del método anticonceptivo. Más adelante esta Ley fue modificada en su artículo VI, mediante Ley N.º 26530, donde señala que es fundamental la libertad y voluntad del paciente, sin estímulos ni recompensas para hacer uso de cualquiera de los métodos de planificación familiar. (p.13)

Luego en el Reglamento de la Ley (Art.4) se precisa y define el consentimiento informado como la aceptación libre, voluntaria y consciente del paciente (previa información del médico) de un tratamiento (médico o quirúrgico). Se señala también que ante la negativa del paciente al tratamiento propuesto, quedan eximidos de responsabilidad, tanto el médico como el establecimiento de salud. (p.4)

Esta precisión es importante sobre todo en el escenario de un país como el Perú, multi confesional y de códigos múltiples, donde por diferentes motivos confesionales o de conciencia, una persona puede rechazar conscientemente el tratamiento o procedimiento quirúrgico prescrito. Liberando legalmente de toda responsabilidad tanto al establecimiento de salud como al profesional del mismo.

Así también en el Artículo 5 de la Ley General de Salud, se precisa que:

“Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónico degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia y los accidentes. Así mismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente ley.” (p.4)

Es importante señalar lo que el Artículo 15 señala en relación a los usuarios de los servicios de salud y los derechos que le son inherentes en relación al consentimiento informado, a no ser sometido (sin su consentimiento) a tratamientos, exploraciones o exhibidos con fines docentes (C) De igual manera en el numeral (D) A dar su autorización (o su representante legal) para participar en experimentación con medicamentos u otros tratamientos.(p.6)

Así mismo, en el inciso f) se señala que es derecho del paciente, el conocer (con veracidad y oportunidad) ampliamente las características del servicio, así como el costo

de los mismos. Además de que se explique, de la mejor manera, de acuerdo a su realidad personal todo lo relacionado con el diagnóstico, pronóstico, tratamientos, riesgos y otras alternativas terapéuticas existentes (inciso g). Desde este conocimiento y ponderación personal, otorgar el consentimiento informado para el tratamiento correspondiente (inciso h). Finalmente (inciso i) poder acceder a un informe final en el momento del alta, así como la copia de la epicrisis y si lo considera necesario, de la propia historia clínica. (p.6)

A partir del año 1997, el Ministerio de Salud incluyó el derecho al consentimiento informado en sus normas institucionales; así, en las “Normas de Planificación Familiar” aprobada por la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM del año 1999, se siguió lo dispuesto por el art. 6° de la Ley N° 26842 en el sentido que el consentimiento informado ya era un requisito para la aplicación de los métodos anticonceptivos. En esta resolución se presenta una definición del consentimiento informado, el mismo que fue formulado de la siguiente manera: “es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones”. Aquí aparecen elementos que conforman el consentimiento informado.

Posteriormente, en el año 2009 se modificó el artículo 15° de la Ley General de Salud mediante la Ley N° 29414 en la que se incluyeron más derechos de los pacientes y se amplió el contenido del derecho al consentimiento informado.

La Ley N° 29414 desarrolló con mayor amplitud, aquellos derechos del paciente que ya estaban considerados en la Ley General de Salud e incorporó (Art.15, 3, g), como el derecho a la reparación por daños causados por el establecimiento de salud o servicios médicos de apoyo, entre otros.

De acuerdo a la Ley General de Salud, “el paciente tiene derecho a otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que exista nada que manipule ni coaccione su voluntad, tal como se señala en el art. 15.4, literal (a). Esta ley, afirma el respeto por la autonomía de la voluntad de la persona –consustancial con el derecho a la libertad– y el derecho a la dignidad, pilares fundamentales del derecho al consentimiento informado.

Desde la perspectiva de esta Ley, la persona otorga su consentimiento informado en cuatro supuesto. Antes de la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como su interrupción, con excepción de las situaciones de emergencia o de riesgo comprobado para la salud de terceros o salud pública. Estos cuatro supuestos son: a) Casos de cirugía, pruebas riesgosas y otros casos que puedan afectar la vida y la salud del paciente (Art.15.4-A1). b) En caso de fines docentes: exhibición, tratamientos o exploración.(Art.15.4-A2). c) Casos de experimentación con medicamentos o tratamientos (Art.15.4 –A3), d) Paciente deberá otorgar por escrito el Consentimiento informado en los 3 casos anteriores. En otros casos el consentimiento informado será verbal (Art.15.4 –B)

En relación a la inobservancia del consentimiento informado, esto trae consecuencias de orden ético y legal, Galán (1997) afirma que este pertenece al acto clínico y es un presupuesto de la lex artis médica, su incumplimiento es genera responsabilidades médico legales. (p.5)

El mismo autor en el mismo texto señala que para que exista responsabilidad debe existir un daño producto de la falta de información al paciente. (p.9) .Opinión contraria es la Fernández (2011), quien afirma que la sola posibilidad de generar riesgos sobre la vida y salud de una persona, merece una reparación proporcionada; aun prescindiendo del resultado favorable para el paciente. (p.158)

Aquí la reparación civil está sustentada no en el daño a la salud sino en el daño a la libertad y dignidad de la persona causada por violentar la autonomía por la omisión del consentimiento informado.

### **2.2.2 La Persona humana y su Dignidad.**

Debemos comenzar por clarificar conceptos y visiones del mundo. Al referirnos a la persona humana y su dignidad, debemos tener un marco de coordenadas que definan y den sentido a lo que se dice o plantea. Existen muchas teorías y corrientes filosóficas y antropológicas al respecto. Con Burgos (2015) señalamos la necesidad de preguntarnos y darnos una respuesta válida sobre el ser humano:

La transformación de la pregunta, ¿qué es el hombre?, en otra más precisa y profunda, ¿quién es el hombre?, como reconocimiento al hecho de que la persona, más que naturaleza común (aunque también), es sobre todo un yo personal irreductible a cualquier otro; o, en términos de Pareyson, que “en el hombre, todo individuo es, por decirlo de algún modo, único en su especie”. Un reconocimiento que supone admitir el valor especial de cada ser humano, su dignidad ligada a su irrepetibilidad y a su espiritualidad. El hombre no es sustituible, como sí lo son los animales. Cada uno de nosotros posee un rasgo especial, la radicalidad subjetiva-personal que nos convierte en un yo único, en un alguien, que nos hace, justamente, personas. (p.12)

La medicina de hoy carece de una visión integral de la persona humana, sobre todo de una visión trascendente de la misma. Probablemente, este hecho parta de la visión antropológica y filosófica que sustenta el ejercicio de la medicina en nuestros días. En lo práctico, la medicina se desenvuelve en coordenadas eminentemente biológicas. Las evidencias médicas en el paciente que busca se ubican en el plano de lo biológico, fisiológico y físico. Con esta visión es imposible abarcar todo lo humano y de ofrecerle una medicina integral y humanizadora.

La medicina y los médicos necesitan una visión antropológica y filosófica que de soporte y base al mismo hecho de cuidar, curar y proteger la vida humana. Sin esta base, las acciones que se desarrollen pueden, en muchos casos parecer acciones sin un verdadero y pleno sentido de lo humano. Burgos (2015) señala:

El hombre (la mujer) requiere una poderosa iluminación para ser aprehendido en profundidad, y esa iluminación requiere, a su vez, una teoría filosófica y una visión del mundo. Por eso, las teorías filosóficas sobre esa realidad primaria, pero no simple, que es el hombre, pueden variar y, de hecho, varían tanto, de una propuesta filosófica a otra. El hombre puede ser entendido como un animal evolucionado, como un animal racional, como una sustancia individual de naturaleza racional, como una conciencia, como un yo trascendental, como un epifenómeno del espíritu absoluto, como el resultado de los procesos de producción, como una existencia sin esencia o como una persona. (p. 10)

A las preguntas sobre el sentido del sufrimiento, la muerte, el sentido de la existencia humana, el amor, la compasión, el orden natural, entre otros, desde las premisas en que se mueve, la medicina de hoy no encuentra respuesta alguna. Por eso. Es fundamental que la propia medicina revise su propia concepción sobre lo que es el hombre, sobre lo humano y la dignidad que ella posee.

Siguiendo a Mounier (2,000) podemos afirmar que: “La vocación del hombre es la de ser una persona en situación de comprometerse libre y responsablemente y capaz de vivir una vida espiritual” (p.7). Esta vocación se expresa en sujetos morales que construyan una sociedad a la altura de lo humano, conscientes de su origen y de su destino, de su vocación a vivir el encuentro humano y ponerse al servicio de los más frágiles y vulnerables.

En esta perspectiva vivir dignamente será un convivir con otros, en una comunidad de encuentro y de diálogo. El otro me devuelve la realidad de lo que soy. Hacemos comunidad desde que nacemos, en la familia por antonomasia, con los más cercanos. La persona, lleva dentro de sí la imagen de su Creador: Dios Uno y Trino. Encuentro en el amor y para el amor. Estamos llamados al encuentro y a la vida en común, desarrollando nuestra capacidad de amar, porque toda vida humana es una vocación abierta al amor. Esta necesidad y complementariedad con el otro nos permite reconocerlo como un ser valioso y amarlo. Tal como señala Díaz (2000) podemos afirmar que: “Puedo decir “amo” porque antes he sido amado, y porque he sido amado amo. Soy amado, luego existo. El amor es el nombre de la persona. Y en nombre de ese nombre, todo lo bueno se nombra”. (p. 105)

Es fundamental, que el ejercicio de la medicina recuerde permanentemente que está al servicio de la vida humana y de su dignidad inalienable. La medicina existe para el bien de la persona humana y doto debe de girar en torno a ella. Consideraciones ajenas a esta finalidad, no sólo alejan a la medicina de su fin último, sino que terminan por deformar su rostro y atentar contra el mismo paciente.

Bien lo señala Monge (2016) al precisar que el respeto de la persona humana y de su dignidad intrínseca, es lo que impide que sea instrumentalizada o cosificada. Justamente esta es la base para las intervenciones clínica o terapéutica en la medicina:

la prohibición de cualquier tratamiento o intervención médica al margen del consentimiento informado del paciente; la prohibición de experimentaciones sin consentimiento; la prohibición de la venta de órganos, de gametos o de embriones; la prohibición de la clonación reproductiva. Cuando la ciencia coloca al ser humano como objeto de experimentación, obvia la singularidad inherente a cada ser humano y lo instrumentaliza. La dignidad del ser humano recusa esos comportamientos porque rebajan el sujeto a la calidad de objeto. Correlativamente, la dignidad se plasma en diversos derechos inherentes al ser humano, entre ellos, el derecho a la vida, el derecho al respeto del cuerpo humano (derecho a la integridad del cuerpo) y el derecho al respeto de la libertad individual (autonomía de la persona). Se trata de derechos no solamente inherentes al ser humano, sino que además son catalogados como derechos irrenunciables. Específicamente, la autonomía del paciente se identifica con la libertad individual de la persona de tomar sus propias decisiones (autodeterminación). Y el respeto de esa libertad individual, que, sin llegar a convertirse en un principio absoluto, es el que se ubica en el eje de la decisión médica. (pp 105-106).

Comprender el valor intrínseco de lo humano, de la persona humana, de su primacía sobre toda realidad es fundamental para no caer bajos las ruedas de cualquier visión utilitarista, pragmática o hedonista. La medicina necesita recuperar (si es que alguna vez lo tuvo) las coordenadas éticas que privilegie la vida y la dignidad de toda persona, sin discriminación alguna, ni intento de cosificarlo ni experimentar en él. No considerar el Consentimiento informado, esto es, garantizar la autonomía del paciente, es negar su condición de persona, cosificarlo o someterlo como una realidad sin valor. Lozano (2015) citando el pensamiento de Wojtyla señala:



Si comenzamos por la comunidad en lugar de comenzar por el sujeto personal, fácilmente podría suceder que, en la interpretación de la comunidad y de la relación personal, no se manifestara todo lo que es constitutivo de la persona. Y para Wojtyla, como vamos a ver, es constitutivo de la persona, entre otras realidades, la subjetividad personal, la autoposición y el autodomínio. En efecto, si comenzamos por la persona, por el yo, y descubrimos su dimensión subjetiva además de su dimensión objetiva, podremos también comprender la comunidad en su dimensión objetiva y en su dimensión subjetiva. Pero, si comenzamos por la comunidad, al ignorar la dimensión subjetiva de la persona, no alcanzaremos tampoco la dimensión subjetiva de la comunidad. (p.36)

Descubriendo y afirmando la dimensión subjetiva de la persona, su autoposición y auto dominio, podremos descubrir la dimensión objetiva de la medicina y del quehacer médico. La propia medicina debe mirarse en la realidad de la persona enferma y sufriente para encontrar el camino que debe seguir para ponerse al servicio de la vida humana y de su dignidad intrínseca.

Pero, ¿Cómo podemos hablar de un ejercicio digno de la medicina? ¿Qué es lo que hace digna una actividad humana? ¿Qué es la dignidad humana y en qué consiste? Ciertamente que la palabra “dignidad” ha sido revalorada en los últimos años. Inclusive se la vincula a realidades tan diversas. Por ejemplo, a realidades socio económicas: salario digno, vivienda digna, dignidad de la mujer, costumbres dignas. La medicina, a través de la bioética ha sido una buena antesala para valorar las acciones e intervenciones desde la perspectiva de lo digno o indigno: la dignidad de la muerte o del que agoniza, del recién nacido, tratamiento digno, etc. Aunque existan diferentes versiones o acepciones sobre esta palabra, lo cierto es que existe un consenso implícito de la dignidad está relacionado con el valor de la persona humana. Según Vilarroig refiere que (2015):

El sentido de dignidad que más nos interesa ahora es el de un valor propio de la vida humana, según el cual esta no es susceptible de intercambio monetario (en la línea de Kant, para quien la persona es aquello que tiene dignidad y no precio). ... que la vida humana es digna quiere decir que la vida humana es inviolable,

indisponible, sagrada, etc. Dignidad en este sentido es equivalente, pues, a sacralidad, indisponibilidad, inviolabilidad, intangibilidad, etc...La máxima expresión de la dignidad de algo es que no puedo suprimirlo porque tiene valor en sí mismo...De hecho, quizá la mejor forma de definir positivamente la dignidad sería, posiblemente, aludiendo al carácter sacro de la vida humana. (p.53)

### **2.2.3 Las virtudes del médico.**

Por “virtud” queremos hacer referencia a la palabra griega “Arete”, superlativo de “bueno”, o de “excelencia”; esto es hacer bien la función propia. Con Sócrates esta “virtud” es entendida como la capacidad del hombre de saber con todo su ser, donde radica el verdadero bien. En la medicina, el mayor bien es la recuperación de la salud del paciente se entiende por lo tanto, que el médico virtuoso debe esforzarse y hacer todo lo que pueda para una adecuada y eficiente atención al paciente.

En contextos socios culturales tan cambiantes y diversos, generados por la post modernidad, marcados por un fuerte y avasallante relativismo moral: ¿Cómo podrá la medicina y el propio médico promover y ejercitar una medicina “virtuosa”? Como bien señala De Santiago (2009), ciertamente existe la clara sospecha que:

Los valores más preciados de la profesión médica se deciden en el mercado de los negocios sanitarios y en los cenáculos de las ideologías políticas y que, en el país de las libertades... (en la medicina) se navega sin valores firmes y sin la exigencia de las virtudes, sin una idea clara de lo que significa ser médico. Sin códigos de conducta, deontológicos, asumidos por todos e irrenunciables, aunque el coste personal pudiera ser fuerte y operare a contracorriente. (p. 77)

El médico virtuoso debe querer y hacer el bien a su paciente. Pellegrino y Thomasma (1993) nos señalan que:

La medicina es una comunidad moral porque es en lo esencial, una empresa moral y por el hecho de que sus integrantes se han reunido con un

propósito moral común. Si esto es así, ellos deben ser guiados por alguna fuente de moralidad compartida —algunas normas fundamentales, principios o rasgos de carácter que deben definir una vida moral consistente con los fines, metas y propósitos de la medicina. Durante siglos esta fuente fue el carácter del médico y, en concordancia con la filosofía moral de la época, la ética de la virtud ofreció la fundamentación conceptual de la ética profesional. En los tiempos modernos... la virtud ha sido suplantada por la ética basada en principios y reglas. (p. 3)

Pero debemos preguntarnos por la formación ética y moral de los médicos y del personal de la salud. ¿Dónde se forman? ¿Cómo se forman? ¿Existe alguna facultad de medicina comprometida con la formación humanística e integral de sus estudiantes? Lo cierto, es que existen muchas evidencias que la crisis de la medicina es la crisis del ser médico hoy. Por su parte, Rodríguez (2014) hace referencia a que:

Con muy poca frecuencia se cultiva el conocimiento de lo que es una virtud entre los médicos, todo el aprendizaje y la formación del médico se basan en aspectos teórico-prácticos de asistencia médica, que muchas veces llega a la automatización e inclusive a la repetición de prácticas y conductas previamente establecidas, sin pasar por una reflexión previa, ni menos por un discernimiento moral y ético. Un médico "bien formado" sin ética ni moral, lleno de vicios y sin virtudes y que no buscan el bien del paciente y que sólo dedica su trabajo médico en satisfacer sus propios intereses usando al enfermo como un medio para cumplir sus objetivos, es un peligro para la humanización de la medicina; un integrante más del consumismo en salud. (p. 1)

El ejercicio de una medicina basada en la virtud de sus profesionales se hace imprescindible, la norma por sí solo no es suficiente. El ejercicio de las virtudes nos permite crecer como seres humanos y hacer mejor nuestro trabajo. En el ejercicio de la virtud nos hacemos mejores personas y brindamos una mejor atención sanitaria. El respeto a los derechos del paciente, sobre todo en salvaguardar su dignidad y el ejercicio de la propia autonomía es fundamental.

En este contexto de respeto a la autonomía del paciente y del cumplimiento del derecho a la información y a la autodeterminación del mismo, se hace necesario preguntarnos por las virtudes del médico que hará posible o no el cumplimiento de este derecho. Por su parte, De Santiago (2014) hace referencia que:

Sin la adquisición de un conjunto de virtudes de carácter, unas genuinamente médicas y otras personales, al médico le es difícil acceder a una deseable satisfacción interior, a la gratificación de una vida moral en el ejercicio de la Medicina que le impulse al cumplimiento de las obligaciones y deberes de todo buen profesional; y la garantía del bienestar del paciente por encima de sus propios intereses. (p.77)

Ciertamente de lo que estamos hablando es de las virtudes médicas como el núcleo principal de una nueva ética médica. Ética que renueve y dé vigencia histórica a diferentes Códigos de Ética profesional que existen sin ser referencia alguna para el ejercicio profesional de los propios agremiados.

Pellegrino (2011) define las virtudes que el médico debe de tener para el ejercicio de una medicina a la altura de la dignidad de la persona humana. Estas virtudes son:

**Fidelidad a la promesa.** Viene exigida por la relación de confianza médico-enfermo y tiene que ver con la lealtad que el médico debe, ante todo, a la persona enferma. Traicionar esa confianza, y esa lealtad, es una grave falta de moral profesional.

**Benevolencia.** Querer que todos los actos médicos sirvan al bien del enfermo. Adviértase que se trata de una inclinación a querer el bien (benevolere), no un mandamiento de hacer el bien (bene-facere).

**Abnegación.** Subordinar los intereses individuales (lucro, prestigio, éxito, poder...) estén subordinados al bien del enfermo que es el fin propio de la medicina.

**Compasión.** Capacita para sintonizar con el enfermo y sentir algo de su experiencia de dolor, sufrimiento y debilidad, puesto que significa

literalmente "sufrir con" o "sufrir juntos". Es imprescindible para adaptarse a la situación concreta de "tal" enfermo...

**Humildad intelectual.** Saber cuándo se debe decir "no lo sé" y tener el coraje de hacerlo es una virtud que permite reconocer los propios límites y admitir la ignorancia cuando no se sabe. Además, sabia es una actitud virtuosa.

**Justicia.** Se pone de relieve es la justicia conmutativa, exigida por la relación terapéutica de confianza entre médico y enfermo, pues el médico está obligado a dar a cada paciente lo que le es debido (lo suyo, su derecho), así como dar igual trato a los casos iguales, aunque las necesidades específicas de cada paciente podrían obligar a excederse en lo que es debido en sentido estricto. En cuanto a la justicia distributiva, que se ocupa de lo que es debido a otros, es una obligación que queda en segundo plano, alejada del médico, porque no está vinculado con ellos por una relación terapéutica directa, es decir, porque la asistencia médica se hace a una persona identificable, no a la sociedad en general.

**Prudencia.** Se trata de la recta razón para deliberar y actuar (la "phrónesis" de Aristóteles y la "recta ratio agibilium" de Tomás de Aquino. Es la virtud del discernimiento y la deliberación moral que dispone a elegir de manera razonable y ponderada, en situaciones complejas, entre diversas alternativas de diagnóstico y tratamiento. No garantiza certezas, ni nos hace infalibles, pero dispone a elegir los medios más eficaces para alcanzar el fin de la praxis médica: el bien integral del enfermo. (p. 65)

Debemos construir una medicina que exija a sus profesionales (y que ellos mismos se exijan) una clara y valiente conciencia moral. Donde el comportamiento externo sea consecuente con los sus principios y valores de la propia conciencia. Sobre todo, de lo que ellos consideran moralmente recto y se sienten

obligados a hacer, considerando que las leyes existentes no violenten su propia conciencia ni la dignidad y la vida de las personas que atienden.

Creemos con Pellegrino que se hace necesario un mayor y mejor proceso de formación de los médicos desde el pregrado y post grado, así como en el ejercicio de su profesión en el ámbito asistencial. Un tema particular e importante constituye el respeto al paciente, a la autonomía del mismo y por ende al consentimiento informado que este emita. Volver a creer en la medicina y en sus valores y principios fundamentales se hace necesario hoy en día. Ciertamente, sin ánimo de discriminar a nadie, creemos que el aporte de la fe cristiana, es un buen punto de partida para revisar las virtudes médicas y las motivaciones personales e ir avanzando en configurar el rostro de una medicina más humanizada. De Santiago (2014) citando a Pellegrino y el aporte del cristianismo a la humanización de la salud señala:

“la virtud de la caridad consiste en disponer los juicios morales a su recto fin por medio del amor a Dios y a la familia humana que Él ha creado.” “La caridad fusiona las cualidades de la mente y el corazón, la razón y la fe; una fusión que carece de significado en una ética no agápica”. ¿Qué aporta la caridad a la práctica médica? Pellegrino distingue tres ámbitos de decisiones morales que son configurados por la virtud de la caridad: 1) la relación con los principios de la ética médica actual; 2) la relación médico-paciente y 3) el modo de decidir en determinados ámbitos de la práctica profesional (p.141)

Creemos que la fe cristiana aporta significativamente en definir el carácter de los profesionales de la Medicina. Aportando una sólida base para la formación en las virtudes del carácter y en la reflexión moral sobre el acto clínico, que representa su verdadero horizonte profesional diario.

#### **2.2.4 Relación médico - paciente.**

La relación médico-paciente constituye el eje fundamental de la relación terapéutica, de allí la necesidad de seguir reflexionando e investigando sobre la misma.

No es exagerado considerar los múltiples y acelerados cambios sociales, políticos, económicos e ideológicos que se vienen dando en la post modernidad para afirmar los cambios fundamentales – y por momentos dramáticos. Que se han dado y se viene dando en esta relación. Como bien lo señala Mejía (2017):

La relación entre el médico paciente se ha modificado y se requiere realizar una reflexión crítica en torno a los procesos de salud y enfermedad en los diversos escenarios en que éstos se producen para desarrollar una nueva cultura sanitaria. En este contexto, la Bioética y sus principios favorece una manera diferente de entender la relación entre el médico y el paciente, en donde se privilegia el derecho que tiene el paciente como persona con autonomía en la toma de decisiones sobre su salud y se reconoce una responsabilidad compartida que considera el impacto de factores biológicos, sociales, culturales, económicos, psicológicos y éticos sobre la atención médica y el cuidado de la salud.

Se hace necesario el aporte de la Filosofía, la Bioética y Ética Médica para investigar y estudiar la relación médico paciente en sus diferentes dimensiones: ética, médica, social y moral; fortalecer las bases éticas y legales de los médicos, lograr que sean capaces de analizar y hacer propuestas que lleven a la solución de los conflictos y dilemas que se generan con el desarrollo, la innovación del conocimiento y la aplicación de la tecnología en los seres humanos, y en todos los seres vivos. (p.1)

Lo diverso y variado de nuestras culturas, en el escenario nacional, exige a la medicina y cada uno de los médicos, de contar con renovadas habilidades de comunicación para relacionarse adecuadamente con los pacientes. Debemos ser conscientes que la relación médico paciente, es una relación entre personas, que se encuentran en un escenario aparentemente común: la enfermedad; y que tienen – es de esperar una misma finalidad- recuperar la salud.

Es definitiva, el encuentro entre una conciencia/responsabilidad (del médico) con una necesidad/vulnerabilidad del que se siente enfermo. De allí la imperiosa necesidad del ejercicio de una medicina altamente profesional y humanizada, porque lo que el médico toca es una vida humana, una persona humana, lo más precioso e

importante de una sociedad. La razón y finalidad de la medicina. Por ello, el consentimiento informado, toma un especial valor e importancia desde la perspectiva de proteger el mejor interés y decisión del paciente.

### **2.3. Definición de términos básicos.**

El Ministerio de Salud en su Norma Técnica para la Gestión de la Salud de 2018, define los siguientes términos:

**Acto médico:** Es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de prevención, promoción, diagnóstico, terapéutica, pronóstico y rehabilitación que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos.

**Alta:** Es el egreso de un paciente vivo de la IPRESS, cuando culmina el periodo de hospitalización. La razón del alta puede ser por haber concluido el proceso de tratamiento, por traslado a otra IPRESS o a solicitud del paciente o persona responsable, requiriendo en todos los casos de la decisión del profesional médico.

**Atención de salud:** Es toda actividad desarrollada por el personal de la salud para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, que se brinda a la persona, familia y comunidad.

**Carencia:** Expresa la falta o privación de algo (Diccionario Real Academia Española)

**Consentimiento informado:** Es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado de hacerlo (por ejemplo: menores de edad, pacientes con discapacidad mental o estado de inconciencia, u otro), con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento; en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico o profesional de salud competente que realizará el procedimiento le ha informado de la naturaleza de la atención, incluyendo los riesgos reales y potenciales, efectos colaterales y efectos



adversos, así como los beneficios, lo cual debe ser registrado y firmado en un documento, por el paciente o su representante legal y el profesional responsable de la atención.

**Deficiencia:** Defecto o imperfección (Diccionario Real Academia Española)

**Diagnóstico definitivo:** Es aquel diagnóstico final, que se realiza a un paciente, aportados por medios clínicos y respaldados por los resultados de los exámenes auxiliares, de corresponder.

**Diagnóstico presuntivo:** Es aquel posible diagnóstico que se sustenta en los antecedentes del paciente y que se deriva de un análisis clínico. Una vez formuladas las hipótesis diagnósticas iniciales, el médico insiste en áreas del interrogatorio, en el examen físico y las investigaciones para confirmar una de las hipótesis y excluir las demás.

**Egreso:** Es la salida de la IPRESS de un paciente que estuvo hospitalizado o internado. Pudiendo ser por: alta, retiro voluntario, fallecimiento, traslado a otra IPRESS o fuga. Debe incluirse el formato de Acta de Entrega en el caso de pacientes menores de edad.

**Epicrisis:** Es el documento médico legal, en el que se registra el resumen de la Historia Clínica que se originó por el ingreso del paciente a la IPRESS, que debe realizarse según el procedimiento establecido en los Formatos de la Historia Clínica, referido a la Epicrisis, contenido en la presente Norma Técnica de Salud. Se entrega obligatoriamente a la solicitud del paciente o su representante legal dentro del plazo máximo de cinco (5) días. En caso de Defunción, la oportunidad de la entrega es con el egreso del difunto de la Institución Prestadora de Servicios de Salud y se realiza en forma obligatoria al representante legal del difunto.

**Establecimiento de salud:** Es aquel que realiza, en régimen ambulatorio o de internamiento, atenciones de salud con fines de prevención, promoción,

diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, dirigidas a mantener o restablecer el estado de salud de las personas.

**Etapas de vida:** Son los grupos poblacionales diferenciados por rangos de edades, en función a los ciclos o periodos de vida del ser humano, establecidos en la normatividad del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, como grupos objetivo de los Programas de Atención Integral de Salud, estos son; etapa del niño (0-11 años), adolescente (12-17 años), joven (18-29 años), adulto (30-59 años) y adulto mayor (60 años a más).

**Historia Clínica:** Es el documento médico legal, en el que se registra los datos de identificación y de los procesos relacionados con la atención del paciente, en forma ordenada, integrada, secuencial e inmediata a la atención que el médico u otros profesionales de salud brindan al paciente o usuario de salud y que son refrendados con la firma manuscrita o digital de los mismos. Las historias clínicas son administradas por las IPRESS.

**Hoja de Retiro Voluntario:** Es el documento en el cual el paciente o su representante legal, ejerciendo su derecho deja constancia de su decisión de abandonar la IPRESS donde permaneció hospitalizado, internado o en observación, para el caso de emergencias, en contra de la opinión médica, asumiendo él la responsabilidad de las consecuencias que por tal decisión pudieran derivarse, en caso que esté en peligro la vida se debe comunicar al Ministerio Público.

**Información clínica:** Es toda información contenida en una historia clínica.

**Informe de Alta:** Es el documento que bajo responsabilidad e mite el médico tratante de la IPRESS, entregado, en forma gratuita y obligatoria a un paciente al egreso de la IPRESS, que especifica los datos del paciente, el diagnóstico de ingreso, los procedimientos efectuados, el diagnóstico de alta, pronóstico y recomendaciones.

**Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud:** Son aquellos establecimientos de salud y servicios médicos de apoyo, públicos, privados o mixtos, creados o por crearse, que realizan atención de salud con fines de prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación; así como aquellos servicios complementarios o auxiliares de la atención médica, que tienen por finalidad coadyuvar en la prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de la salud.

**Médico tratante:** Es el profesional médico que siendo competente en el manejo del problema de salud del paciente o usuario, conduce el diagnóstico y tratamiento. En la IPRESS que hubiere un grupo de médicos a cargo de la atención en hospitalización, el médico tratante es aquel que atiende por primera vez al paciente a su ingreso en el servicio de hospitalización en tanto permanezca en éste. Cuando el paciente es trasladado a otro servicio o unidad, el médico tratante es aquel que asume su tratamiento médico o quirúrgico. En ambos casos, en ausencia del médico tratante, corresponde al médico jefe del Servicio o quien haga sus veces, asumir dicha responsabilidad. Lo dispuesto no incluye a los médicos residentes por estar, estos profesionales en fase de formación de la especialidad.

**Paciente:** Es toda persona enferma o afectada en su salud que recibe atención en una IPRESS por personal de la salud.

**Personal de la Salud:** Está compuesto por los profesionales de la salud y personal técnico y auxiliar asistencial de la salud, que participan en el proceso de atención del paciente o usuario de salud.

**Principio de veracidad:** Es aquel que está referido a que la información consignada en la historia clínica (manuscrita o electrónica), debe corresponder a la realidad y a lo declarado o encontrado en la atención del paciente o usuario de salud.

**Usuario de salud:** Es la persona natural que hace uso de las atenciones de salud. (pp. 5-6)

## **2.4. Hipótesis de la Investigación.**

### **2.4.1 Hipótesis General:**

Existen deficiencias y carencias en el conocimiento y valoración del consentimiento informado en médicos y pacientes en un establecimiento público de salud en el Callao.

### **2.4.2 Hipótesis Específicas:**

1. Existen deficiencias y carencias en el conocimiento y valoración del consentimiento Informado en médicos que atienden en un establecimiento público de salud en el Callao.
2. Existen deficiencias y carencias en el conocimiento y valoración del consentimiento Informado en pacientes que se atienden en un establecimiento público de salud en el Callao.

## **Capítulo III: ASPECTOS METODOLOGICOS**

### **3.1. Diseño de la investigación:**

El diseño de este trabajo de investigación ha sido un enfoque cualitativo, de nivel descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

#### **3.1.1. Participantes en la Investigación:**

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2014), conformada por 10 médicos que trabajan en un Hospital público en el Callao y 30 pacientes que se atienden en el mismo Hospital.

De los 30 pacientes entrevistados, 56.7% fueron mujeres y el 43.3% varones. De la muestra, el 53.2% tiene entre 30 a 50 años de edad. El 13.3% tiene menos de 30 años; mientras que el 33.2% de los entrevistados tiene más de 50 años (Apéndice A, Tabla 1)

**En relación a los médicos entrevistados**, la mayor población de médicos entrevistados, esto es el 70 % de los mismos fueron varones y mientras que el 30% mujeres. El 60% de los médicos entrevistados tenían entre 36 a 55 años de edad. El 30% eran menores de 35 años y el 10% mayor de 56 años.

**Tabla 1**  
**Médicos entrevistados por sexo**

	N°	%
Hombre	7	70
Mujer	3	30
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

### **3.1.2. Instrumentos de Investigación.**

Para la recolección de la información de los médicos, se usó una Guía de entrevista semi-estructurada (Anexo A1); para los pacientes se usó una Guía de Entrevista (Anexo A2)

La elaboración de cada uno de los instrumentos se desarrolló en tres etapas: la primera, planteamiento de los indicadores que fueron la plantilla para la formulación de cada una de las preguntas; la segunda, la formulación de las preguntas de cada una de los instrumentos; finalmente, la validación de contenido por jueces de ambos instrumentos.

En la primera etapa, para la elaboración de la entrevista para los médicos, en primer lugar, se planteó cada una de las preguntas de acuerdo a cuatro indicadores: sobre el ejercicio profesional, sobre los pacientes, sobre el consentimiento informado y la institución donde labora. Asimismo, para la entrevista de los usuarios se planteó dos indicadores: sobre la atención y sobre el consentimiento informado.

En la segunda etapa, se formularon las dos guías de entrevista, la entrevista orientada a los médicos con 22 preguntas, y la de los usuarios con 6 preguntas.

La tercera etapa, abarcó la validación de contenido de la guía de entrevista por cinco (5) jueces médicos conocedores de la bioética y el uso del consentimiento informado; quienes validaron por unanimidad la claridad y pertinencia de cada una de las preguntas del cuestionario. Asimismo, la Guía de Entrevista fue validada por cinco (5) pacientes, quienes validaron por unanimidad la claridad y pertinencia de cada una de las preguntas.

La evidencia de validez basada en el contenido fue calculada mediante la cuantificación de las respuestas de médicos y pacientes a través de la V de Aiken (1985) con sus intervalos de confianza (Penfield y Giacobbi, 2004) para lo cual se utilizó una hoja de cálculo Excel.

En las Tablas 3 y 4 en relación a la V de Aiken se encontró en ambos instrumentos coeficientes superiores a 70 (Charter 2003) estos resultados indican que los jueces han considerado a las preguntas como claras y pertinentes; lo cual se corrobora con los intervalos de confianza que revelan que el límite inferior está por encima de 70 (Merino y Livia, 2009).

### **3.1.3. Procedimientos.**

El ámbito de investigación fue definido por los participantes que prestan sus servicios profesionales en un Hospital Nacional ubicado en el Callao. Se estudió el conocimiento y la valoración sobre el consentimiento informado a 30 pacientes que acudían a un hospital público en el Callao, y a 10 médicos que atendían en los mismos establecimientos. Se les aplicó la guía de Entrevista de manera personal en las cuales se encuentran los datos socio demográficos y aspectos sobre la valoración y conocimiento del consentimiento informado; previamente se coordinó con las autoridades para la respectiva autorización. Antes de la aplicación de la Guía de entrevista se entregó a cada uno de los entrevistados el formulario del consentimiento informado para su firma y acceder a la resolución de la entrevista. El carácter de las entrevistas fue anónimo.

El único criterio de inclusión fue que los participantes hayan sido atendidos en el hospital público, y los médicos, trabajasen en el mismo establecimiento de salud.

#### **3.1.4. Análisis de Datos.**

El método de análisis empleado fue el análisis de contenido. El proceso de análisis de datos comprendió tres etapas muy bien definidas: Análisis descriptivo o inicial, Análisis estructural, y finalmente, el análisis interpretativo.

##### **3.1.4.1 Análisis Inicial o descriptivo.**

Se ha realizado el análisis de cada una de las transcripciones de las entrevistas, obteniéndose un panorama general de las posturas y opiniones de los participantes.

Se ha buscado comprender y analizar, en forma objetiva la información recolectada, y evitando interferencia que provengan del investigador. Esta etapa concluyó con la redacción de una síntesis narrativa de cada una de las entrevistas.

##### **3.1.4.2 Análisis Estructural.**

En esta segunda etapa, se abordó con un análisis sistemático la estructura de cada respuesta de los entrevistados, clasificándolas en Categorías y Temas, lo que facilitó una mejor y mayor profundidad en el análisis de la información.

##### **3.1.4.3 Análisis Interpretativo.**

Finalmente se realizó la interpretación del tema central, teniendo como base los Análisis anteriores: Análisis Inicial y el Análisis Estructural.

Se realizó la interpretación de la información vertida por los entrevistados sobre el tema de estudio, logrando una mejor comprensión de los resultados de las entrevistas y poder realizar un análisis comparativo con otras posturas o bases teóricas sobre el consentimiento informado desde la postura de los pacientes y de los médicos.

#### **3.1.5. Variables.**

##### **3.1.5.1. Definición conceptual de la(s) variable(s).**

La variable principal fue el conocimiento y valoración sobre el consentimiento informado, tanto de pacientes como de los médicos. Así como las variables sociodemográficas de edad, sexo, tiempo de trabajo hospitalario.

La variable principal estuvo integrada por cuatro (4) aspectos: El primero, trató sobre el ejercicio profesional del médico (1.1 al 1.6); el segundo, sobre las características de los pacientes (del 2.1 al 2.5); el tercero, sobre el conocimiento y valoración del médico acerca del Consentimiento informado (del 3.1 al 3.5); finalmente, sobre la gestión, valoración institucional del consentimiento informado (del 4.1 al 4.6) Así mismo, la valoración y conocimiento de los pacientes acerca del consentimiento informado (del 1.1 al 1.6)

### **3.1.6. Delimitaciones.**

- a. **Delimitación Espacial:** Esta investigación se realizó con médicos y pacientes de un hospital público en la Región Callao
- b. **Delimitación Temporal:** Las Guías de entrevistas se realizaron a una muestra no probabilística por conveniencia a pacientes y médicos que asisten a un Hospital público durante aproximadamente 2 semanas.
- c. **Delimitación del Contenido:** En el caso de los médicos se examinó los conocimientos y valoración sobre el consentimiento informado, así como su nivel de conocimiento sobre los contenidos y alcances, y asimismo, las condiciones objetivas del hospital para efectuar este procedimiento. En el caso de los pacientes, se examinó el conocimiento y valoración del consentimiento informado, así como el ejercicio del mismo en el hospital donde recibían atención.



## **IV. RESULTADOS**

### **4.1. Datos descriptivos de los médicos entrevistados.**

#### **Tiempo de ejercicio profesional**

De los médicos entrevistados, el 60% manifestó entre 11 a 20 años de ejercicio profesional. El 30% menos de 10 años y el 10% restante, más de 20 años. Esto significa que el 70% de los entrevistados tienen una práctica profesional estable y consolidada, expresada en más de 10 años de ejercicio profesional.

Tabla 2. Tiempo de ejercicio profesional

<b>Años</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
-------------	-----------	----------

1-5		
6-10	3	30
1-15	4	40
16-20	2	20
+ 20	1	10
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

### Condiciones del trabajo médico en el hospital

De los médicos entrevistados, el 70% manifestó un promedio de 5 años trabajando en el hospital. 20% de los médicos trabaja entre 6 y 10 años. Sólo 10% de los entrevistados tiene más de 10 años trabajando en el hospital.

Sobre la situación laboral de los médicos entrevistados, el 50% de médicos manifestaron ser nombrados y el 50% restantes contratados. Así mismo el 70 % de los médicos entrevistados consideró que el trabajo que realizan es excesivo, por lo que no encuentran un tiempo adecuado para comunicarse mejor e informar a los pacientes sobre su situación de salud.

Algunos de los entrevistados señalaron que: “atienden demasiadas consultas” “tienen que llenar muchos papeles y les quitan tiempo”, “deben de supervisar a estudiantes”, “deben de ordenarse las interconsultas”

La percepción de los médicos entrevistados sobre lo excesivo de su trabajo profesional repercute negativamente sobre la calidad de la atención que brindan a los pacientes. Creemos que además, repercute directamente en la implementación del consentimiento informado de una manera más ética y profesional. Las justificaciones emitidas por los entrevistados, son del orden de la organización del trabajo médico y el rol que debe de cumplir dentro de un centro asistencial, donde como se menciona, se saturan de actividades que impiden o limitan el cumplimiento de un deber como el consentimiento informado.

El 20% de los médicos, manifestaron que después de las guardias realizan atenciones por consultorio médico por “necesidad económica”. El 80% restante,

refirieron que no realizan consultas luego de las guardias. Diversos estudios señalan los efectos potencialmente negativos del trabajo médico después de las guardias nocturnas, tanto para pacientes como para los mismos médicos: “Hay una conexión tan flagrante entre el cansancio de los médicos y el error”

Así mismo, contradictoriamente sólo el 20 % de los médicos entrevistados manifestó que no se siente “a gusto en su trabajo”, esto significa que un gran porcentaje, refiere sentirse a gusto con las condiciones laborales. Sobre el malestar laboral entre los entrevistados se hizo referencia al: “Pobre equipamiento y mala infraestructura”, “Ambiente laboral rutinario, poco estimulante, sobre todo académicamente y nulo para la revisión del consentimiento informado”

Los médicos entrevistados hicieron referencia a un ambiente poco estimulante y agradable para el ejercicio profesional, tanto en el ambiente físico, las condiciones para las atenciones diarias como las posibilidades de mejorar los conocimientos y habilidades para el ejercicio de la medicina.

#### **4.2. Datos descriptivos sobre los pacientes entrevistados.**

##### **Pacientes entrevistados: sexo y edad**

En total se entrevistaron a 30 personas, 56.7% fueron mujeres y el 43.3% varones. Importante conocer y valorar la opinión de las mujeres sobre el derecho a la propia decisión sobre los cursos de acción frente a la enfermedad y/o los procedimientos que debe de someterse en su propio cuerpo y con su autorización.

De los entrevistados, el 53.2% tuvieron entre 30 a 50 años de edad. El 13.3% , menos de 30 años; mientras que el 33.2% de los entrevistados, más de 50 años.

##### **Sobre atenciones previas recibidas en el Hospital.**

De esta población el 80% manifestaron que sí se había atendido antes en el Hospital. Esto significa que conocían a los médicos tratantes y/o el sistema de salud, sobre todo el tipo de atención que se brinda. Mientras que el 20% manifestaron que se atendía por primera vez.

#### **4.3. Análisis estructural.**

El siguiente Análisis Estructural es el resultado del análisis de los contenidos obtenidos a través de los participantes (médicos y pacientes) entrevistados; para ello se siguió la metodología descrita con anterioridad. Debemos de considerar que para cada pregunta fenomenológica considerada en la entrevista, se buscó encontrar o construir Categorías y Temas, los mismos que posibilitaron analizar los contenidos y agrupar la información disponible.

#### **4.3.1. Guías de Entrevistas aplicadas a médicos.**

##### **4.3.1.1. Categoría 1: Conocimiento y valoración del médico sobre el consentimiento informado.**

Los temas principales sobre el conocimiento y valoración de los médicos entrevistados sobre el consentimiento informado fueron identificados mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	El consentimiento informado es básicamente un documento médico legal.
Tema 2	Es un documento que debe firmar el paciente si desea recibir una cirugía o procedimiento quirúrgico.
Tema 3	Es un documento de protección para el médico y el hospital.

A continuación desarrollaremos y analizaremos cada tema:

##### **4.3.1.1.1 Tema1: El consentimiento informado es básicamente un documento médico legal.**

En el análisis de este tema se constató la existencia y primacía del enfoque jurídico y legalista que se tiene sobre lo que es el consentimiento informado.

Desde la praxis médica y de los profesionales de la salud vinculados a la atención de pacientes que necesitan información adecuada y oportuna sobre su situación de salud y decidir de acuerdo a sus propios intereses y convicciones; enfoques como este, impiden el ejercicio de un derecho fundamental.

#### **4.3.1.1.2 Tema 2: El consentimiento informado es un documento que debe firmar el paciente si desea recibir un tratamiento (cirugía o procedimiento quirúrgico)**

El análisis de este tema está centrado en una suerte de coacción de parte de la institución hospitalaria y del médico sobre el paciente. La finalidad: conseguir la firma de un documento para recibir atenciones médicas quirúrgicas,

El consentimiento informado es un derecho del paciente, esto es indudable, y a la vez, es un deber de los profesionales de la salud. El consentimiento informado no es un documento que se imponga al paciente sino como un derecho que permite al paciente decidir el mejor curso de acción en su enfermedad. La firma del formato del consentimiento informado expresa esta voluntad y decisión, luego de un proceso de diálogo e información oportuna y adecuada por parte del médico. Corresponde a la institución sanitaria garantizar este derecho.

#### **4.3.1.1.3 Tema 3: El Consentimiento informado es un documento de protección para el médico y el hospital.**

El análisis de este tema, se constató que sigue siendo la utilización del consentimiento informado como una medida de protección legal al médico y al hospital ante posibles demandas del paciente o sus familiares.

Ciertamente ante eventos no previstos en el ejercicio del acto médico (sobre todo quirúrgicos, de procedimientos o de investigación), el contar con una autorización firmada del paciente exime de problemas médico legales; pero la instrumentalización del consentimiento informado debería ser en favor de los derechos del paciente ante entornos que le impiden o limitan el derecho en su toma de decisiones autónomas.

#### **4.3.1.2 Categoría 2: Valoración que tiene el médico sobre el nivel de conocimiento que el paciente tiene sobre el consentimiento informado.**

Los temas acerca de la valoración de los médicos entrevistados sobre el conocimiento y valoración del consentimiento informado que creen tener los pacientes fueron identificados mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	Pacientes no saben ni les interesa lo que es el consentimiento informado.
Tema 2	Pacientes con poco nivel educativo no siempre comprenden temas médicos y es difícil explicarles lo que tienen,

Presentamos a continuación, el desarrollo del análisis de cada uno de los temas.

#### **4.3.1.2.1 Tema 1: Pacientes no saben ni les interesa lo que es el consentimiento informado.**

El análisis de este tema expresó un prejuicio negativo enorme sobre la valoración del consentimiento informado por parte de los médicos hacia los pacientes.

Ciertamente nadie puede renunciar a sus derechos aunque no tenga plena conciencia de los mismos. Tendríamos que preguntarnos e investigar los efectos y las consecuencias en el ejercicio de la medicina ante una idea como esta.

#### **4.3.1.2.2 Tema 2: Pacientes con poco nivel educativo no siempre comprenden temas médicos y es difícil explicarles lo que tienen.**

El análisis de este tema fue la ponderación prejuiciosa sobre el paciente y su nivel cultural y educativo para comprender su situación de salud y el ejercicio del derecho al consentimiento informado.

La necesidad de implementar mejores y mayores estrategias de comunicación con el paciente para que pueda comprender su situación de salud y las alternativas que mejor se acomodan a sus propias decisiones son imprescindibles. Nada justifica que el mismo paciente quede al margen de decisiones que tienen un alto impacto en su vida y su salud.

#### **4.3.1.3 Categoría 3: Valoración del médico sobre la importancia del Consentimiento informado**

La valoración de parte de los médicos sobre la importancia del consentimiento informado fue identificada mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	Es importante para evitar problemas médico legales con los pacientes.
Tema 2	Es importante para disminuir la angustia del paciente frente a su situación de salud.
Tema 3	Es importante que el paciente debidamente informado decida y autorice al médico sobre los tratamientos (cirugías) a seguir.

Presentamos el desarrollo del análisis de cada tema:

#### **4.3.1.3.1 Tema 1: Es importante para evitar problemas médico legales con los pacientes.**

En el análisis de este tema se constató la importancia que los médicos otorgan al consentimiento informado para evitar problemas médico legales.

Esta afirmación constituye una valoración centrada en los intereses de los médicos (y por extensión de la institución sanitaria) y no, desde los derechos de los pacientes. Estamos ante una perversión de un instrumento (consentimiento informado) que está llamado a garantizar la autonomía y capacidad de decisión del paciente.

#### **4.3.1.3.2 Tema 2: Es importante para disminuir la angustia del paciente frente a su situación de salud.**

El análisis de este tema, se centró en la parte subjetiva de lo que siente el paciente y no en el derecho a la información sobre su situación de salud y de los posibles cursos de acción que deba elegir.

Ciertamente la comprensión de la enfermedad y de las alternativas terapéuticas en relación a la propia salud, tiene un efecto positivo en la persona y de alguna manera disminuye el estrés o la angustia. Pero el consentimiento informado es un deber que debe de ser implementado por la institución sanitaria (y sus profesionales) y un derecho del paciente.

En enfoque de derecho y las consecuencias que se deriven de él, es de mayor categoría de los beneficios psicológicos del paciente,

**4.3.1.3.3 Tema 3: Es importante que el paciente debidamente informado decida y autorice al médico sobre los tratamientos (cirugías) a seguir.**

El análisis de este tema estuvo orientado en la razón de ser del consentimiento informado: un derecho del paciente a ser informado y de tomar las decisiones que crea conveniente,

Es indudable la importancia y vigencia del consentimiento informado, sobre todo en contextos de baja intensidad ciudadana, en un indicador de la afirmación de los propios derechos en salud. Pero constatamos con asombro e indignación como de profesionales e instituciones sanitarias que se desentienden fácilmente de este tema. Brindar calidad, cantidad y oportunidad de la información, adecuada a la situación de cada paciente, es fundamental para asegurar la autonomía del paciente.

**4.3.1.4 Categoría 4: Conocimiento y valoración de parte del médico sobre políticas institucionales relacionadas al consentimiento informado.**

El conocimiento y valoración de parte del médico (y de los profesionales de las salud) sobre las políticas institucionales sobre el consentimiento informado, se detallan mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	No conoce las políticas pero intuye que el hospital debe de tenerlas.
Tema 2	Las políticas institucionales en relación al consentimiento informado son básicamente el cumplimiento de formatos a usar y cumplir.
Tema 3	El hospital debe de promocionarlos más este derecho, tanto a médicos como a pacientes.

**4.3.1.4.1 Tema 1: No conoce las políticas pero intuye el hospital debe de tenerlas**

En el análisis de este tema se constató, por un lado, la desidia e indiferencia del entrevistado; y por otro lado, la falta de interés e información sobre este tema.



Los lineamientos y protocolos en relación al consentimiento informado y otros temas de suma importancia en el ejercicio de la medicina (sobre todo en un establecimiento de salud) son fundamentales. Es de responsabilidad tanto institucional como del profesional el conocimiento y cumplimiento de las mismas.

**4.3.1.4.2 Tema 2: Las Políticas institucionales en relación al Consentimiento informado son básicamente el cumplimiento de formatos a usar y cumplir.**

En el análisis de este tema constató el reduccionismo del consentimiento informado a la utilización de formatos por parte del paciente.

Las políticas institucionales deben de ser de conocimiento y aplicación de cada uno de los profesionales del establecimiento de salud; así mismo deben existir los mecanismos para monitorear el cumplimiento de este derecho.

**4.3.1.4.3 Tema 3: El hospital debe de promocionarlos más el consentimiento informado tanto a médicos como a pacientes.**

Ciertamente en el análisis de se constató una afirmación de suma importancia en relación al cumplimiento del consentimiento informado.

La importancia y vigencia del consentimiento informado es una responsabilidad de la institución sanitaria y del estricto cumplimiento de los profesionales de la salud que laboran. De la misma manera, una comunidad informada y consiente, debe exigir el cumplimiento de sus derechos.

**4.3.2. Guías de Entrevistas aplicadas a pacientes**

**4.3.2.1. Categoría 1: Conocimiento y valoración del paciente sobre el consentimiento informado.**

Los temas principales sobre el conocimiento y valoración de los pacientes entrevistados sobre el Consentimiento informado fueron identificados mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	Escaso conocimiento y pobre valoración del paciente sobre el Consentimiento informado.
--------	--

Tema 2	El Consentimiento informado no es importante porque el médico sabe lo que debe hacer.
Tema 3	El Consentimiento informado ayuda al paciente a tomar mejores decisiones.

A continuación se desarrolló y analizó cada tema:

**4.3.2.1.1 Tema 1:** Escaso conocimiento y pobre valoración del paciente sobre el consentimiento informado.

El análisis de este tema se constató la existencia de un escaso conocimiento y pobre valoración de la mayoría de los pacientes sobre el consentimiento informado.

76.7% de los entrevistados manifestaron no conocer absolutamente nada sobre el consentimiento informado y por lo tanto la valoración de su importancia fue también muy precaria.

**4.3.2.1.2 Tema 2:** El consentimiento informado no es importante porque el médico sabe lo que debe hacer.

En el análisis de este tema, se constató una actitud y disposición de total dependencia de las decisiones del médico, bien porque se argumenta que sabe lo que tiene que hacer; o porque no se quiere asumir una actitud adulta y protagónica en la toma de decisiones en relación a la propia salud o los cursos de acción en la recuperación de la misma.

El consentimiento informado es un derecho del paciente, que no se pierde porque no sea demandado, es un deber de los profesionales de la salud. Nos llama la atención actitudes de “sumisión terapéutica” del paciente.

**4.3.2.1.3 Tema 3:** El consentimiento informado ayuda al paciente a tomar mejores decisiones.

El análisis de este tema fue la valoración de la importancia del consentimiento informado por parte de los pacientes. Aun cuando un pequeño porcentaje (6.6%) de los pacientes manifestaron que el consentimiento informado puede ayudarles a tomar

mejores decisiones en relación a la recuperación de la salud, no es considerada como un derecho humano personal y un deber de los profesionales y de las instituciones de salud. El concepto de derechos en salud y de ciudadanía en general entre los pacientes entrevistados es de muy baja intensidad.

La autonomía y la capacidad de decisión de los pacientes no es un concepto bien definido y asumido por los mismos pacientes, quienes se ven como usuarios de un sistema de salud que le oferta servicios de salud sin mayor presencia ni protagonismo de ellos mismos.

#### **4.3.2.2 Categoría 2: Valoración de parte de los pacientes sobre la responsabilidad del médico en el consentimiento informado.**

Los temas sobre la valoración que tuvieron los pacientes entrevistados sobre la función o responsabilidad del médico en relación al consentimiento informado fueron identificados mediante el siguiente análisis estructural.

Tema 1	Los médicos no tienen tiempo para explicar sobre la enfermedad del paciente ni solicitar el Consentimiento informado.
Tema 2	Los médicos son buenos al explicarnos sobre nuestra enfermedad y pedir nuestra opinión al respecto.

Presentamos a continuación, el desarrollo del análisis de cada uno de los temas.

##### ***4.3.2.2.1 Tema 1: Los médicos no tienen tiempo para explicar sobre la enfermedad del paciente ni solicitar el Consentimiento informado.***

En el análisis de este tema se constató una afirmación que es aceptada por la mayoría de los pacientes entrevistados: los médicos no tienen tiempo para explicar a los pacientes sobre su situación de salud y menos aún para solicitar el consentimiento informado según sea el caso. Es un hecho dado y aceptado como normal, por ningún

lado se visualiza la violación al derecho a la información y menor aún al consentimiento informado.

90% de los entrevistados manifestó que nunca le han solicitado el consentimiento informado y 53.4% de los mismos no recibe información sobre su situación de salud. Esta situación al parecer no ha generado ni genera ningún problema ético ni legal ni al establecimiento de salud ni a los profesionales que incumplen con estos derechos en salud.

**4.3.2.2.2 Tema 2:** Los médicos son buenos al explicarnos sobre nuestra enfermedad y pedir nuestra opinión al respecto.

El análisis de este tema se constató que la valoración que tiene el paciente de un derecho tan importante como el consentimiento informado, o el derecho a la información sobre la propia situación de salud, sea entendida como un acto de benevolencia del médico. Actos libres de ser efectuados por el médico a su libre criterio, al tiempo que disponga o a su estado de ánimo.

Ciertamente hace falta mayores niveles de información a los pacientes y de vigilancia institucional sobre el ejercicio y protección de la autonomía del paciente. .

#### **4.4. Resultados interpretativos.**

A continuación describimos los resultados interpretativos a partir de los análisis realizados (Análisis Inicial y Análisis Estructural) y desde la información recogida de los participantes de esta investigación.

##### 4.4.1 Resultados interpretativos de las entrevistas a médicos

##### **4.4.1.1: Categoría 1: Conocimiento y valoración del médico sobre el consentimiento informado.**

En esta Categoría pudimos acercarnos y ponderar el nivel de conocimiento y valoración de los médicos sobre el consentimiento informado. Se encontró un conocimiento restringido y poco valorado sobre este tema. Se encontró que se vincula

sobre todo a la aplicación de un formato y no a un proceso altamente enriquecedor y humanizante sobre el conocimiento de la propia realidad de salud de parte del paciente y de la promoción del derecho a decidir.

**Tema1:** El Consentimiento informado es básicamente un documento médico legal.

Es indispensable superar esta manera de entender el consentimiento informado por parte de los médicos (y del establecimiento de salud) devolviéndole su carácter de protección de los derechos y de las decisiones autónomas del paciente.

**Tema 2:** Documento que debe firmar el paciente si desea recibir una cirugía o procedimiento quirúrgico.

A esta valoración meramente administrativa e impositiva del consentimiento informado debe de superponerse el derecho a la información de calidad con oportunidad para el paciente. De manera que las atenciones de salud tengan como centro del ejercicio médico a la persona humana y sus intereses y derechos.

**Tema 3:** Es un documento de protección para el médico y el hospital.

La reducción del consentimiento informado a un formato que firmar y la utilización del mismo, en beneficio y protección del médico y del hospital, expresan la perversión del derecho del paciente a la autonomía y a la autogestión en medio de la enfermedad.

#### **4.4.1.2: Categoría 2: Valoración del médico sobre el conocimiento y valoración que tiene el paciente sobre el derecho al Consentimiento informado.**

En relación a la valoración que tiene el médico (y del establecimiento de salud) sobre lo que para el paciente representa o significa el consentimiento informado se encontró lo siguiente.

**Tema 1:** A los pacientes no saben ni les interesa lo que es el Consentimiento informado.

Esta valoración altamente subjetiva y negativa del interés de los pacientes sobre el consentimiento informado tiene serias implicancias desde quienes están llamados a respetar y promover los derechos de los pacientes: el hospital.

Por un lado, exigiría mejores mecanismos de información y concientización para que los pacientes sepan y ejerzan el derecho al consentimiento informado. Por otro lado, desde los profesionales de la salud, un cambio sustancial en la forma de implementar los tratamientos médicos y quirúrgicos que, cada vez más, incorporen la decisión de los pacientes.

**Tema 2:** Pacientes con poco nivel educativo no siempre comprenden temas médicos y es difícil explicarles lo que tienen.

A pesar de que en el Callao casi no existe analfabetismo, se tienen serias dudas sobre la calidad de la educación pública. Si a ello sumamos, la alta tasa de migración interna a las grandes urbes como el Callao, nos encontraremos con personas de diferentes lugares del país, sobre todo de las zonas andinas.

Lo cierto es que las dificultades o barreras (de lenguaje, edad y otros) en la comprensión de la propia enfermedad, esto no constituye una justificación para que el establecimiento de salud y los profesionales que trabajan en ella se eximan de cumplir y respetar los derechos de los pacientes, como es el derecho al consentimiento informado.

#### **4.4.1.3: Categoría 3: Valoración del médico sobre la importancia del Consentimiento informado.**

Es necesario seguir formando y reforzando en los profesionales de la salud el enfoque de derechos humanos en los servicios de salud. Probablemente el derecho a la autonomía del paciente desde la toma de decisiones autónomas y responsables (que parten de los propios intereses del paciente) sea un indicador de suma importancia. El consentimiento informado constituye un indicador valioso de este proceso.

**Tema 1:** Es importante para evitar problemas médico legales con los pacientes.

La valoración del consentimiento informado debe partir de las necesidades y derechos del paciente y no de problemas médico legales que el profesional o la institución sanitaria puedan tener.

Un formato firmado por el paciente (consentimiento informado) puede eximir de problemas con la ley, pero esto, no es el tema central que justifique la importancia del

consentimiento informado, sino la de garantizar el derecho del paciente a tomar decisiones autónomas con información adecuada y oportuna.

**Tema 2:** Es importante para disminuir la angustia del paciente frente a su situación de salud.

El estrés hospitalario y sobre todo la falta de información sobre la propia situación de salud y la incertidumbre de una pronta y exitosa recuperación, constituyen sin duda, factores de angustia y sufrimiento. La información pertinente sobre la enfermedad y las alternativas terapéuticas sin duda tienen efectos muy positivos en el paciente.

La disminución de la angustia y el estrés propios de la enfermedad, es una tarea de suma importancia, pero es una consecuencia positiva de un proceso serio, profesional, ético y humano de acompañar a un paciente. El derecho al consentimiento informado se inscribe en un derecho irrenunciable del paciente y un deber de la institución sanitaria,

**Tema 3:** Es importante que el paciente debidamente informado decida y autorice al médico sobre los tratamientos (cirugías y/o procedimientos) a seguir.

Garantizar el derecho al consentimiento informado es una exigencia ética y legal, sobre todo en contextos de alta vulnerabilidad personal y social de toda índole. Nada puede justificar privar al paciente de una información adecuada a su realidad y oportuna para que tome decisiones autónomas según sus propias convicciones.

#### **4.4.1.4: Categoría 4: Conocimiento y valoración de parte del médico sobre políticas institucionales relacionadas al Consentimiento informado.**

**Tema 1:** No conoce las políticas pero el hospital debe de tenerlas.

Ciertamente la dinámica asistencial en un hospital es muy compleja e intensa. Se podría decir que el médico (y los profesionales de la salud que lo conforman) existen para atender al paciente y buscar su pronta recuperación; respetando las normas internas del Hospital y las leyes sanitarias del país.

Las instituciones en general y las sanitarias en particular, están llamadas a garantizar los derechos de los pacientes, sobre todo en temas tan álgidos y candentes como el consentimiento informado entre sus propios profesionales y el público en general. Que algunos de los entrevistados diga que no conoce, pero por “lógica” cree que

existe una “Política sobre el consentimiento informado”, es una llamada de atención que el hospital debe de corregir.

**Tema 2:** Las políticas institucionales en relación al Consentimiento informado son básicamente el cumplimiento de formatos a usar y cumplir.

Posturas y expresiones como estás, denotan una lectura y asimilación del derecho al consentimiento informado de una manera distorsionada y utilitaria de un derecho tan importante.

Las políticas institucionales se hacen cultura institucional y están llamadas a ser, parte de la vida y accionar de sus miembros cuando se interiorizan y se aplican con libertad y responsabilidad.

**Tema 3:** El hospital debe de promocionar el derecho al Consentimiento informado tanto a médicos como a pacientes.

Derechos que no se conocen son derechos que no se exigen. Políticas institucionales que no se monitorean y vigilan están llamadas a ser parte de la historia institucional guardadas bajo siete llaves.

#### **4.4.2: Resultados interpretativos de las entrevistas a pacientes.**

A continuación describimos los resultados interpretativos a partir de los análisis realizados (Análisis Inicial y Análisis Estructural) y desde la información recogida de los participantes (pacientes) de esta investigación.

##### **4.4.2.1: Categoría 1: *Conocimiento y valoración del paciente sobre el Consentimiento informado.***

En esta Categoría, pudimos acercarnos y ponderar el nivel de conocimiento y valoración de los pacientes sobre el consentimiento informado. Se encontró un conocimiento muy pobre y una insuficiente valoración del mismo. Se constató un fuerte paternalismo médico, sustentado no solo en la práctica sanitaria institucional sino en las



actitudes y creencias de los pacientes que señalaban que los médicos debían decidir por ellos.

**Tema1:** Escaso conocimiento y pobre valoración del paciente sobre el Consentimiento informado.

“nunca había escuchado esa palabra”, “los médicos saben más y deben decidir por mí”, “yo vengo al hospital a curarme y dejo todo en manos del médico”. Hallazgos que expresan una postura que anula la capacidad y derecho a la propia autonomía en salud. No se conoce el derecho al consentimiento informado, por lo tanto no se valora.

**Tema 2:** El Consentimiento informado no es importante porque el médico sabe lo que debe hacer.

“la enfermedad me impide tomar buenas decisiones”, “el médico sabe sobre la enfermedad, yo no”. Afirmaciones que expresaron posturas de alguna manera cómodas y a la vez irresponsables - de parte de paciente - frente a la propia realidad de asumir los cursos de acción ante la enfermedad que padece. Por otro lado, al renunciar a decisiones que afirmen la propia autonomía, sobre valoran la capacidad del médico tratante de ponderar decisiones para el mayor bien del paciente.

La medicina en general y el acto médico en particular, están llamadas a afirmar la dignidad de todas las personas, especialmente en la capacidad de decidir en función de sus propias creencias, mejores intereses, y la propia realidad personal.

**Tema 3:** El Consentimiento informado ayuda al paciente a tomar mejores decisiones.

Aunque aún incipiente y a “media voz”, también un pequeño grupo de pacientes (6.6%) hizo referencia al derecho a la información y a la necesidad de decidir en primera persona frente a situaciones médicas donde se requería su autorización.

“yo soy el paciente, el que padece la enfermedad”, “es mi derecho” “necesito saber más sobre mi situación de salud”, expresan la necesidad e importancia del consentimiento informado como derecho del paciente y como deber de los profesionales de la salud y del sistema sanitario.

#### **4.4.2.2: Categoría 2: Valoración de parte de los pacientes sobre la responsabilidad del médico en el Consentimiento informado.**

Se encontró que la valoración de los pacientes sobre la responsabilidad del médico en solicitar el consentimiento informado como afirmación de un derecho fundamental es aún poco sensible y valorado por ellos mismos.

**Tema 1:** Los médicos no tienen tiempo para explicar sobre la enfermedad del paciente ni solicitar el Consentimiento informado.

“Las consultas médicas son muy rápidas”, “veo a los médicos siempre muy apurados”, “dicen que tienen reuniones importantes”, “no saludan, me preguntas dos cosas y me dan la receta”. Se encontró que la percepción que tienen los pacientes es que la propia situación de salud, es poco significativa para los médicos; en ese contexto el consentimiento informado es un procedimiento más que realizas sin “perder tiempo” ni considerar la necesidad de información del paciente.

La razón de ser de la institución sanitaria y del ejercicio profesional, son los pacientes. La calidad de las atenciones, ciertamente incluye el derecho a la información y a que los propios pacientes temen decisiones autónomas en el marco de sus propios intereses y el cumplimiento de la ley sanitaria.

**Tema 2:** Los médicos son buenos al explicarnos sobre nuestra enfermedad y pedir nuestra opinión al respecto.

El derecho de las personas, sobre todo de los pacientes (que no se pierde por la enfermedad) debe estar salvaguardado por el propio Estado y sus instituciones tutelares y nunca puede ser ejercicio de la buena voluntad o no de los mismos.

“Qué bueno que es el doctor que me dice lo que tengo”, “me explica con paciencia mi enfermedad”, “me orienta y me dice lo que tengo que hacer o lo que me conviene”, expresan una lógica y una racionalidad que aún no asume que la información y el consentimiento informado son derechos fundamentales de toda persona que es atendida en un establecimiento de salud.

## **V. DISCUSIÓN**

Nuestro estudio tuvo como objetivo describir el conocimiento y valoración del consentimiento informado en médicos y pacientes de un Hospital público del Callao. Participaron 30 pacientes adultos, de los cuáles sólo el 33% es mayor de 50 años; esto quiere decir que es una población relativamente joven, de los cuales el 80% se atiende con cierta regularidad en el hospital y 70% no conocen el nombre del médico tratante. En relación a los médicos entrevistados (10 en total), el 70% de los mismos tiene más de 10 años ejerciendo la profesión médica; el 70% de todos los médicos entrevistados tiene más de 5 años trabajando en el hospital. El 50% de todos los médicos entrevistados está en

condición de nombrado. En resumen se trata de una población, tanto de pacientes y médicos relativamente joven.

Ciertamente la realidad del consentimiento informado, conlleva en sí mismo la exigencia de un cambio sustancial en la relación médico - paciente; la misma que debe de estar garantizada por las leyes sanitarias y ejecutadas por los establecimientos de salud. Tal como lo explica Portero (2001) sobre los cambios en la relación médico-paciente: “ha experimentado un cambio en los últimos 40 años que se podría caracterizar de revolucionario. Históricamente, venía determinado por una preponderancia de la figura del médico en detrimento del paciente. Es lo que se ha llamado paternalismo médico”. (p. 1)

El avance de la medicina, de la tecnología y en general de los adelantos científicos (sobre todo en la investigación, la procreación humana y en el proceso de morir), así como la mayor conciencia de los derechos humanos y el derecho a la salud de los ciudadanos, pone en cuestión las intervenciones sanitarias realizadas sin el consentimiento del propio paciente y la información que este debe de recibir para una decisión informada. Couto (2013) precisaba que el consentimiento informado es uno de los indicadores excepcionales que expresa una nueva cultura sobre todo en relación médico – paciente y por extensión institución sanitaria – paciente. Refiere que el consentimiento informado debe garantizar la autonomía del paciente y no tanto un documento que exima de responsabilidades legales a los médicos. Señala que debe expresar una dimensión ética del profesional antes que una exigencia legal, que de suyo lo es. (p.1)

Una nueva cultura sanitaria, basada en el respeto del derecho de las personas y sólidos principios éticos, una realidad, en el caso del Perú, aún por ser construida. Si bien existe un marco jurídico en relación al consentimiento informado, esto no deja de ser una realidad más declarativa que real. Los pacientes no exigen plenamente el derecho al consentimiento informado, los profesionales de la salud tienen serias dificultades para implementarlo y la institución sanitaria no puede aún monitorear adecuadamente el cumplimiento de este derecho/deber. Probablemente, la presión social y la demanda de los derechos en salud, terminen por poseionar el derecho al consentimiento informado, tal como señala Faden y Beauchamp (1986):

El creciente interés en el consentimiento informado en la atención médica de mediados del siglo XX pudo ser resultado de complejas fuerzas sociales que cambiaron el estatus y el rol de la medicina norteamericana, como una reacción frente a desarrollos legales específicos. Un ejemplo claro lo hallamos en la Carta de derechos del paciente de la Asociación americana de hospitales, de 1972. Esto fue, en gran parte, resultado de la presión del consumidor por una mejor atención, así como por un estándar de respeto más adecuado. Este mayor respeto se hace manifiesto a través del reconocimiento de la necesidad de obtener el consentimiento informado y respetar la negativa al tratamiento médico. (p. 146)

El presente estudio ha confirmado lo que tradicionalmente ha venido ocurriendo en la relación médico – paciente: el médico es quien decide lo que era bueno o malo para el paciente. La opinión del paciente no era solicitada menos aún, tomado en cuenta. Dentro de la lógica de esta ideología: como el paciente no entiende de medicina, por lo tanto, carece de elementos para tomar una decisión acertada. Así, el paciente era tratado como un niño que no tiene capacidad de decisión. No es capaz de auto determinarse.

Podemos constatar que debido a los cambios socio culturales y económicos sucedidos en la sociedad a nivel mundial, sobre todo, entre los años 1950 y 1960, los pacientes empiezan a considerar la actitud paternalista del médico como una agresión de la que deben defenderse. La medicina y el ejercicio médico aparecen como sospechosos de buscar el mayor bien de los pacientes y de no considerar los derechos de los pacientes.

### **1.-Desde los pacientes:**

En relación a los pacientes, se ha encontrado que en ellos existe una ideología que fortalece relaciones asimétricas, de “minoría de edad” y de total dependencia a lo que decida el médico tratante. Afirmaciones como: “yo soy solo el paciente, el médico sabe lo que tiene que hacer, yo no”, “He venido para que me curen” expresan un nivel de conciencia muy pobre sobre el derecho al consentimiento informado y a la gestión y afirmación de la propia autonomía.

El estudio ha encontrado además, la escasa valoración y conocimiento sobre el consentimiento informado. Los pacientes lo perciben como “entrar a un campo peligroso, frente a información que no conocen y creen no comprender”. ¿Cómo valorar y exigir un derecho que no se conoce ni valora? Lo cierto es que la institución sanitaria ¿conoce esta realidad? Lo cierto es que poco hace – en lo práctico – para que esta realidad cambie.

Aun cuando, el 96.7 % de los pacientes entrevistados manifestaron “que consideraba importante” que el médico tratante solicitase el consentimiento informado en situaciones claves de la acción terapéutica; lo cierto es que el 76.7% de los entrevistados manifestó, al inicio de las entrevistas, no conocer lo que es el consentimiento informado. Aún con todo, encontramos a un pequeño grupo de entrevistados (3,3%) que no le otorga ningún valor al consentimiento informado en el proceso de la recuperación de la salud y el ejercicio de la medicina. Quiroz (2014) señala que el consentimiento informado exige un cuidado especial a la dignidad del paciente:

La relación personal sanitario - paciente, comprende la información adecuada de manera clara y suficiente, el buen trato con respeto a su dignidad e intimidad y sin discriminación, es decir permitiendo que el paciente ejerza sus derechos en salud. Lo contrario representa un claro atentado contra los derechos humanos, ética y legalmente inaceptable, pues vulneran el principio de autonomía en un enfoque principialista y lesionan el respeto de la dignidad humana desde un enfoque personalista. (p.77)

En esta investigación se encontró que el consentimiento informado no era una exigencia central de parte de los pacientes en la relación terapéutica. Al no tener una idea clara de lo que significa el consentimiento informado, es obvio que las dificultades para evidenciar la importancia de la misma sea muy pobre y limitada. Tal como lo señala Manrique y Col (1991): “la necesidad del ejercicio de la propia autonomía no se pierde con la enfermedad, sino que se hace necesario como criterio de respeto al paciente y promoción del propio derecho a gestionar sobre las mejores alternativas sobre la propia salud” (p.8). Llama poderosamente la atención la ausencia de información sobre este tema, sobre todo en una población adulta y en una ciudad como el Callao. Ciertamente no se buscó una respuesta académica pero sí una aproximación a un derecho fundamental en

el ejercicio de la propia autonomía en el campo sanitario. Solo el 23.3% de los entrevistados se animó a decir lo que entendía por consentimiento informado.

Además se encontró, un dato que llama a la preocupación, que el 90% de los entrevistados manifestaron que nunca le hayan solicitado el consentimiento informado en algún momento de las atenciones sanitarias. ¿Quién decide sobre el mejor curso de acción en la atención de una enfermedad? El paciente, ciertamente no lo hace. Y las decisiones del médico, ¿Las puede asumir él sólo? ¿Es ético? ¿Es legal? ¿Es conveniente? La historia y el desarrollo de la sociedad, así como el marco jurídico y legal que protegen los derechos de las personas, señalan lo contrario. Todo señala y protege la primacía del ejercicio del derecho de las personas, en el caso de la medicina, es el ejercicio del derecho al consentimiento informado.

Esta cultura hospitalaria que no considera ni promueve adecuadamente el consentimiento informado, como un derecho del paciente y un criterio de calidad de las atenciones sanitarias y responsabilidad profesional, debe considerar seriamente al 96.7% de los entrevistados, que luego de un diálogo corto sobre el consentimiento informado manifestaron que era "sumamente importante el ejercicio de este derecho". Preocupa que sólo el 6.6% considerara que el consentimiento informado era "un derecho del paciente", el 93.4% argumentaron diferentes razones, pero el enfoque de derecho no estuvo presente. Esto significa que es necesario un fuerte y sostenido proceso de concientización en los usuarios de los servicios de salud, así como en los profesionales de la salud.

El estudio encontró que al examinar las razones por las cuales el médico debería de solicitarle el consentimiento informado, los entrevistados señalaron las siguientes razones: Sólo un 6.6% entiende que el consentimiento informado es un derecho. 93.4% ofrecieron razones de diferente índole, que van desde "la necesidad de información y el buen servicio". Este es el campo de información y conciencia que los usuarios deben de reforzar y hacer valer, para configurar una medicina que respete la autonomía y la dignidad del paciente. Ciertamente constatamos una población con muy bajo nivel de información y conciencia sobre el derecho a la salud y en especial al derecho al consentimiento informado.

Creemos que subyace una subcultura en los pacientes, en los que ellos se entienden y asumen un rol pasivo y confiado en las decisiones de los médicos. Decisiones que no pueden ni deben de ser tomados por otras personas, sino por los titulares del bien primario a la vida, a la salud y a la propia dignidad: las propias personas que buscan atenciones médicas.

Tal como bien señala Barros (2006), el consentimiento informado se impone como un derecho del paciente y un deber ético del médico. Reconoce la existencia de excepciones razonables o donde esté en juego la vida humana. (p.6)

De igual manera, al explorar las causas y las razones por la cuales aún el consentimiento informado no sea valorado y exigido por los propios pacientes se hallaron la existencia de relaciones asimétricas entre el médico y el paciente, no solo de conocimientos médicos sino de posturas de poder y de sumisión en la misma relación. Es indudable que la entrega de información sobre la realidad de salud del paciente, determina muchas veces, el ejercicio de decisiones autónomas. Parra (2013): reconoce la importancia del consentimiento informado sobre todo por el desconocimiento del paciente sobre temas médicos y la real situación de su salud. Reconoce que los pacientes deben tomar decisiones autónomas desde un manejo adecuado de la información existente. (p.1)

Creemos que el derecho al consentimiento informado, desde la perspectiva del paciente, debe expresarse en una mayor conciencia de este derecho y una mejor exigencia del mismo. Creemos que un factor importante en el cambio cultural y de paradigma, es el que debe de jugar las organizaciones de pacientes. Por ejemplo, las organizaciones de personas viviendo con el VIH Sida, o de las personas con tuberculosis, han logrado enormes resultados en relación a garantizar no solo el derecho a la salud, sino también en mejorar la calidad de estas atenciones. De igual manera, el derecho al consentimiento informado, exige mejores y mayores de mecanismos institucionales de difusión y monitoreo de este derecho, sobre todo en situaciones clínicas que podrían vulnerar el derecho a la decisión autónoma del paciente. Ballesteros, (2014) en un estudio sobre conocimiento del consentimiento informado en pacientes constata la insuficiente información que los pacientes reciben de parte de los médicos, lo cual no les permiten



ponderar los riesgos en los tratamientos ni los tratamientos alternativos. El estudio señala además la valoración y la importancia que le dan los pacientes al consentimiento informado. (p.6)

Nuestro estudio encontró que el 53% de los entrevistados señalaron que los médicos no “le explican sobre la enfermedad que padecen”. Ante este dato, debemos preguntarnos ¿Qué entienden los médicos que debe ser rol del paciente en la recuperación de su salud? ¿Será un rol eminentemente pasivo el que deba asumir el paciente ante una enfermedad del cual tiene poca información y ni sabe los cursos de acción? ¿Y el derecho a la información? ¿Y deber del médico a educar e informar al paciente?

Por su parte Ballesteros (2015) en una encuesta a 92 pacientes que acuden a un Centro de Terapia Física y Rehabilitación en Valencia encontró que 57.6% de los encuestados conocía poco o nada de lo que es el consentimiento informado. Mientras que el 39.6% de los entrevistados desconocía que el consentimiento informado era un derecho.

También se encontró que los pacientes al recibir información de parte del médico, esta actitud e iniciativa, fue valorada desde la virtud del facultativo antes que del cumplimiento de un derecho. La débil conciencia de derechos del paciente, le impide entender el ejercicio de una acción médica como un deber que el facultativo tiene al atender a un enfermo.

Relaciones de respeto, simétricas y paritarias, como corresponde a ciudadanos con los mismos derechos y deberes, deben de ser una realidad cotidiana y no la excepción en la relación médico-paciente. El consentimiento informado, es un signo valioso del profundo respeto y consideración hacia el enfermo y a la vez, un derecho que debe de ser garantizado dentro en todo el proceso terapéutico.

## **2.- Desde los médicos:**

Al analizar las respuestas de los médicos entrevistados en relación al conocimiento, aplicación y valoración del consentimiento informado en el hospital donde

trabajan, se ha encontrado que el mismo sea valorado sobre todo como un documento que evita problemas médicos legales y no como un derecho del paciente. Documento, además que es poco valorado por los mismos pacientes quienes – a razón de los médicos – no tienen mayor información ni valoran el consentimiento informado, ni el derecho a la información, menos aún la autonomía a la hora de decidir los cursos de acción sobre la recuperación de la salud.

Se halló además que el 70% de los médicos entrevistados, manifestaron que el “trabajo hospitalario era excesivo”, la misma que generaba un estrés que afectaba directamente la calidad de las atenciones. Esto se agudiza con la situación del 20% de médicos que realizan consultas después de una guardia. Esta situación amerita políticas institucionales y gremiales de protección del trabajo médico, del propio médico y de la calidad de atenciones que está llamado a brindar. Sobre todo al derecho al consentimiento informado donde la falta de tiempo dedicado al diálogo con el paciente se hace necesario. Médicos cansados, estresados: resultado, mala calidad o ausencia del consentimiento informado. Más aún cuando el 90% de los médicos entrevistado empíricamente “creen que los pacientes no tienen ningún conocimiento sobre el consentimiento informado”. Por lo tanto, en la medida que no se exige este derecho, quienes están llamados a ejercerlo, muchas veces no lo realizan. Con ello se cierra el círculo del paternalismo y la irresponsabilidad médica.

Además se encontró que el 70 % de los médicos entrevistados consideró que el trabajo que realizan es excesivo, por lo que no encuentran un tiempo adecuado para comunicarse mejor e informar a los pacientes sobre su situación de salud. Tal como lo señala Gómez (2004):

El estrés laboral es la principal variable generadora de ansiedad en la práctica clínica...Constatamos que la variable ansiedad tiene un gran impacto en la práctica del médico, el setenta por ciento presentaba una ansiedad media y el dieciocho por ciento, un nivel de ansiedad alto. Asimismo, se detectaba depresión importante en un 5%. Este estrés es mayor al sumarse otras variables que también producen alto nivel de ansiedad al médico: la insatisfacción en la relación médico-paciente, el

sufrimiento del paciente, la falta de apoyo social, la carencia de formación acerca de la relación médico-paciente y la escasez de tiempo. Referente a la enfermedad, el error en el tratamiento o en el diagnóstico, ocupaba un nivel medio de ansiedad, similar al paciente difícil. (p. 2)

La evidencia científica es al menos copiosa, sobre todo en países como **Canadá** y **Estados Unidos**, donde parece que **la sanidad se ha judicializado en exceso**. Una investigación publicada en la Revista *Canadian Medical Asociativo Journal* (2014) concluyó que: “cuando el médico dormía menos de seis horas, el riesgo de complicaciones en una operación (infecciones, sangrado, lesiones...) aumentaba 2,7 veces. Y si habían trabajado más de 12 horas antes de la intervención, el margen de error pasaba del 4,3% al 6,5%. (p. 5)

Llama la atención el hallazgo de que el 90% de los médicos entrevistados manifestaron que “creían que los pacientes no tenían ningún conocimiento al respecto”. Esta constatación, aún empírica que los médicos de este Hospital manifestaron, puede entenderse, bien como una tarea para el propio sector salud y la institución sanitaria en particular; o como la presencia de una débil cultura de derecho que impide la consolidación de la autonomía del paciente y de su capacidad de decisión en medio de la enfermedad que padece.

En relación a los resultados obtenidos en los médicos, hemos encontrado en el Análisis Interpretativo que la valoración y uso del consentimiento informado es sumamente restringido a la aplicación de un formato institucional que se usa en ciertas circunstancias, sobre todo para evitar problemas médico legales. El consentimiento informado no es entendido como un proceso altamente enriquecedor y humanizante, ni como un derecho del paciente a ejercer la propia autonomía.

Así mismo este estudio encontró las dificultades o barreras en la relación médico paciente sobre todo a la hora de hablar un mismo idioma en el momento de la consulta médica. Pero cómo garantizar el derecho al consentimiento informado cuando 70% de los médicos entrevistados señalaron que a “a veces atienden a pacientes quechua hablantes”, el 10% hizo referencia que “frecuentemente atienden a pacientes quechua hablantes”. El 80% de médicos pide la ayuda a “un familiar” para realizar la atención médica correspondiente. De Arana (2014) precisa que:

La consulta es, muy habitualmente, el diálogo entre un científico y alguien que no lo es, y con la necesidad imperiosa de que ambos se entiendan. Como todo diálogo, es de ida y vuelta, o sea, que el paciente debe comprender lo que le decimos, pero, de igual modo, el médico debe entender lo que el paciente dice y aun lo que quisiera decir y quizá no sabe expresar. Especialmente importante es el momento del diagnóstico. El paciente ya no se conforma con un nombre más o menos técnico o científico para su dolencia. Hay que explicarle en qué consiste esa enfermedad, cómo se ha podido llegar a ella, qué evolución es esperable, y cuáles son los procedimientos que vamos a utilizar para solucionarla o, al menos, aliviarla. Pero lo más difícil es el pronóstico y, sin embargo, es lo que más interesa al paciente y a sus allegados. En ese punto es cuando el lenguaje ha de ser más medido y claro. (p. 1)

También se constató la imperiosa necesidad de que los médicos – y todo el equipo sanitario pueda desarrollar habilidades sociales y de comunicación de manera que el acto médico y sobre todo la terapia pueda brindarse sin “ruidos” propios de relaciones distantes e impersonales.

Debemos afirmar que el acto médico es eminentemente dialógico, donde la necesidad de comunicación, encuentro humano e intercambio de información es fundamental, así como establecer una verdadera relación de ayuda.

¿Cómo poder lograr la calidad de la comunicación con una persona quechua hablante? ¿Cómo mejorar la calidad de esta comunicación, más aún cuando media un “intérprete” en este diálogo? Lo cierto es que la exigencia de un diálogo y comunicación fluido se hace necesario e imprescindible

La relación médico-paciente, necesita de una base muy especial que sustente esta relación humana. Por un lado, se hace necesario un conjunto de virtudes humanas y profesionales del médico, así como una visión antropológica y filosófica del hombre y de su destino trascendente que pueda iluminar las realidades del sufrimiento, el dolor, la

muerte, así como la esperanza, la religiosidad y la cultura de las personas. Por otro lado, el paciente, necesita saberse como un sujeto de derechos, donde la vivencia de la enfermedad no limite ni viole sus derechos fundamentales; como el derecho al consentimiento informado y a la gestión de las mejores decisiones en relación a su propia situación de salud. Por ello, el ejercicio del consentimiento informado trasciende al enfoque meramente legal, pragmático y utilitarista, para constituirse en un indicador de la calidad de atención médica, centrada en la persona, en sus necesidades, en la autogestión y autodeterminación de vivir o morir con dignidad.

Hemos encontrado también, que la valoración que los médicos entrevistados dan al consentimiento informado es una valoración que parte del hecho de evitar problemas médico legales frente a situaciones imprevistas. No es un enfoque de principio basado en los derechos del enfermo. Así mismo se encontró que además se usa el consentimiento informado para “bajar el nivel de angustia del paciente” y no para promover la autonomía y la mejor decisión del paciente frente a escenarios que pueden dañar su vida y su salud. Aún con todo, pocos médicos valoraron el consentimiento informado, como un derecho del paciente a la información y a las decisiones autónomas que debe de tomar en el proceso de recuperar la propia salud.

Lo cierto es que la realidad del consentimiento informado tiene una historia jurídica aún corta en el mundo sanitario; y en el caso del Perú aún mucho menor. Tal como señala Vallogo (2012):

Varias reclamaciones judiciales por complicaciones de procedimientos médicos, sin información previa suficiente, iniciaron la formación del concepto actual del consentimiento informado (CI)... Cumplir con lo establecido en leyes o regulaciones no logra el objetivo del CI, pues muchas veces los pacientes o representantes legales firman documentos sin entender completamente lo que en ellos se dice. Por tanto, el CI debe tener dos sentidos: el legal y el ético. La mejor forma de establecer esta asociación es a través de la relación médico-paciente, para dar a cada enfermo la información necesaria en dependencia de sus características, dejándole la mayor parte en la toma de la decisión. (p. 1)

Se encontró también una amplia percepción de los médicos entrevistados sobre la casi nula realidad de conocimiento y por lo tanto de valoración del consentimiento informado por parte de los pacientes. El presente estudio señala la urgencia implementar estrategias institucionales para garantizar este derecho. Muchos de los problemas médicos legales y éticos provienen de una insuficiente formación universitaria. Zárate (2006) señala que:

Una estrategia para prevenir juicios por responsabilidad profesional pasa por afianzar la relación médico paciente, pero la Universidad se resiste a hablar intensamente de ciertos temas como el consentimiento informado los cuales deben darse a conocer al enfermo, o familiares para iniciar un tratamiento. Si esta no se instrumenta, se da una situación de vulnerabilidad muy grande que lo expondría a juicios por responsabilidad profesional y a una violación de los derechos en salud. (p. 7)

A partir de los hallazgos encontrados se plantea la exigencia ética y legal, tanto personal como institucional de difundir o implementar el consentimiento informado (de implicancias éticas, médicas y legales) aún si existe poca claridad en el contenido y consistencia de este derecho. Veamos. El presente estudio reporta que al preguntar a los médicos sobre lo que entendían por el consentimiento informado, el 50% de los médicos entrevistados señalaron que “era un documento legal”, el 20% lo asoció “a la utilización de formatos”, 70% a la “autorización que da el paciente para intervenciones” y el 50% lo relacionó “a la información completa y necesaria para el paciente” para la toma de decisiones.

Asimismo hemos encontrado que existe una percepción mayoritaria en los médicos entrevistados que los “pacientes no saben ni les interesa lo que es el consentimiento informado.” Esta valoración tiene serias implicancias desde quienes están llamados a respetar y promover los derechos de los pacientes: los profesionales de la salud y la misma institución sanitaria. El hospital debe generar mejores mecanismos de información y concientización para que los pacientes sepan y ejerzan el derecho al consentimiento informado. Así mismo los profesionales de la salud deben exigirse cambios sustanciales en la forma de implementar los tratamientos médicos y quirúrgicos que, cada vez más, incorporen la decisión de los pacientes.

El enfoque predominante, en relación al consentimiento informado, por parte de los médicos entrevistados, es eminentemente legal, y solo se trata de cumplir un procedimiento establecido por el hospital. En un estudio realizado por Zavala en el año 2009, a 1486 médicos peruanos que postulaban a una residencia por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, encontró que:

El consentimiento informado, institucionalizado a través del sistema judicial y sus mecanismos externos de sanción, no garantizan, necesariamente, que los médicos lo incorporarán en su práctica clínica. Aceptar el consentimiento por sus implicancias legales no beneficia a la relación médico paciente. Sin embargo, el peso de lo legal sobre lo ético se debería, según Etxeberria, a que las normas jurídicas: a) tienen mecanismos externos de sanción; b) son constitutivas de una praxis social institucionalizada; y, c) en Derecho lo que cuenta es el cumplimiento material de la norma jurídica. (p.12)

Llama poderosamente la atención, los hallazgos en relación a las diferentes razones por las cuales los médicos entrevistados señalan que debería de solicitarse el consentimiento informado al paciente. El 60% señala que debe de solicitarse ante “un procedimiento quirúrgico”, 40% hace referencia ante “cualquier cirugía”, 30% ante un “alta voluntaria”, 10% ante cualquier” investigación médica” y 10% ante la solicitud de una “prueba de VIH Sida”.

Los médicos entrevistados asociaron consentimiento informado y cirugía de una manera automática, es indudable que las razones medico legales es el telón de fondo para solicitar este “documento”. Circunscribir el consentimiento informado para evitar problemas médicos legales es reducir la importancia y necesidad de un derecho fundamental de los pacientes a la propia autodeterminación. Por otro lado, con este tipo de fundamentación, lo que se perfila es un ejercicio de la medicina cada vez más inhumano, frio y calculador, Parra (2013) señala que:

Uno de los principales problemas que se ha suscitado respecto de la forma en que se pone la información a disposición de los pacientes, es la práctica de suministrarla a través de formularios o protocolos informativos genéricos. Dicha práctica ha sido ampliamente criticada, principalmente porque los formularios genéricos de información no tendrían otra función que proteger al facultativo frente a posibles reclamaciones, sin preocuparse de la auténtica información que requiere el paciente, desvirtuando así la verdadera finalidad de esta importante obligación que pesa sobre el facultativo. (p. 6)

Durante los diferentes momentos o etapas de la relación médico paciente, es necesario informar y/o consultar al paciente sobre lo que se debe o puede realizar. Esta consulta, bien puede ser de manera oral o escrita (utilizando un formato pre establecido por la institución). A pesar de existir un consentimiento implícito en el examen físico clínico (subrayamos el examen ginecológico y el urológico), en la información sobre el **diagnóstico, diferentes alternativas en el tratamiento (médico o quirúrgico)**, la obtención de muestras biológicas, como esputo, Papanicolaou, sangre y orina para análisis bioquímicos de diagnóstico, test de embarazo, exploraciones complementarias no invasivas, es fundamental que el consentimiento informado sea entendido como un proceso destinado a afirmar la autonomía y capacidad de decisión del propio paciente

El consentimiento informado, desde la responsabilidad ética, legal y profesional del médico (y por extensión del Sistema de Salud) constituye un paso sumamente importante en la configuración de una medicina más humana y de calidad. Revilla (2007) al respecto precisa que la implementación del consentimiento informado tiene bases jurídicas (la considera como un acto jurídico personalísimo) y base éticas (respeto a la libertad y autonomía del paciente). Estas realidades, la ética y la jurídica son componentes de una misma realidad (p.5)

Hemos encontrado que el 70% de los médicos entrevistados no conoce las políticas institucionales en materia del consentimiento informado o afirman que “no existen estas políticas”, utilizan los formatos que existen en los servicios para ser rellenados de manera automática y firmadas por el paciente o un familiar en el caso de ser necesario. ¿Cómo promover o implementar este derecho? ¿Cómo cumplir con un



procedimiento institucional si se desconoce? Probablemente la fuerza de la costumbre en el ejercicio hospitalario se imponga a procedimientos que la ley debe de garantizar.

La necesidad de aportar desde la Bioética a la conformación de una mayor conciencia ciudadana al derecho de la salud y dentro de él, al irrenunciable derecho del consentimiento informado se hace cada vez más impostergable. De igual manera, se hace perentoria la necesidad de consolidar una ética profesional cada vez más sensible y comprometida con los derechos del paciente y la defensa de la vida. Frente a modelos del ejercicio de la medicina centrado en un enfoque meramente económico y utilitarista, la primacía de un renovado ejercicio de la medicina, centrado en una visión integral del ser humano y de sus necesidades más profundas, constituye una tarea impostergable.

Probablemente, uno de los grandes desafíos del ejercicio biomédico sea, no solo la de brindar atenciones de salud de calidad, sino también la de aportar a construir, en el caso peruano, una nueva ciudadanía en el campo sanitario. Alentando, en cada paciente, las capacidades del ejercicio de la propia autonomía, en todas las etapas de la atención sanitaria hasta las grandes decisiones que involucran su propia vida y la forma de vivir en medio de la enfermedad. Proceso que ayude a establecer una nueva alianza sanitaria, constituida por personas con igual dignidad y derechos; que rompa definitivamente los modelos de ejercicio médico centrados en el paternalismo y la tiranía médica; y en el contexto de la gran crisis ética nacional, la corrupción de la medicina y de los profesionales de la salud.

Pero, el auge de una renovada conciencia social y de derechos ciudadanos en el campo sanitario y el ejercicio de la medicina, exige, mayores y mejores espacios de participación ciudadana dentro de la sociedad. Sin una democracia real en lo política, económico y cultural, la democracia dentro de la medicina siempre será incompleta; y el derecho al consentimiento informado será solo un documento que firmar para brindar una seguridad legal al profesional de la salud. De allí la necesidad de que las universidades e instituciones formadoras de profesionales de la salud, mejoren su propuesta formativa, desde renovados enfoques éticos, humanísticos, científicos, culturales y sociales.

La formación profesional que se brinda en el pregrado debe tener la capacidad y el coraje de mirarse a sí misma para romper los muros (sobre todo éticos y legales) que separan al médico del paciente, y de los diferentes determinantes sociales que generan enfermedad y muerte. Zárate (2003) presentaba una visión realmente dramática y preocupante de la formación que la universidad brinda, señala que:

La formación universitaria actual resulta borbónica porque no informa adecuadamente sobre los aspectos legales del ejercicio de estos profesionales, y tampoco reconoce que la relación que se da entre el usuario del servicio de salud y el prestador se ha transformado democratizándose. Sin embargo, la educación sigue reproduciendo una imagen omnipotente y autosuficiente de la figura del profesional de salud, que nada tiene que ver con los cambios de la realidad. (p. 2)

En este contexto, ¿Qué puede significar el derecho al consentimiento informado en pacientes que desconocen este derecho y en médicos, que el práctico, no aceptan la autonomía del paciente y su capacidad de decidir sobre los cursos de acción en medio de la enfermedad? 76.7% de los entrevistados no tenía la menor idea de lo que era el derecho al consentimiento informado, ni se atrevió a formular una opinión al respecto. El 23.3% dio algunas ideas vagas en relación a esta pregunta. ¿Es consiente la institución sanitaria de esta realidad? ¿Cómo busca cambiar esta situación? ¿Quién promueve y monitorea los derechos de los pacientes dentro de un establecimiento de salud?

Probablemente se tengan que ajustar contenidos y metodologías de enseñanza sobre Bioética y el consentimiento informado, tanto en el pregrado como en el postgrado. El presente estudio, además reportó que sólo el 70% de los médicos entrevistados señaló que habían estudiado este tema en las aulas universitarias y el 80% manifestó “haber leído o buscado información sobre este tema en los últimos 3 años. Así mismo urge revisar las políticas institucionales de los centros asistenciales sobre la promoción e implementación del consentimiento informado, tanto entre los pacientes como entre los profesionales de la salud. Sobre todo porque sólo el 30% de los médicos entrevistados respondió que “sí conocían sobre la existencia de las políticas institucionales sobre el consentimiento informado”. 70% de médicos entrevistados desconocían esta importante

información. ¿Falta de inducción y/o información institucional sobre el consentimiento informado en los propios profesionales de la salud? ¿Poco interés de los médicos por conocer y ejercitar este deber frente a los derechos de los pacientes?

Finalmente, se encontró que el 100% de los médicos entrevistados afirmaron la importancia de promover el derecho del consentimiento informado entre los pacientes. Señalaron su compromiso si la institución pone los medios para difundir este derecho entre los pacientes.

## **VI. CONCLUSIONES**

De manera general podemos concluir que existen carencias y deficiencias – tanto en pacientes como en médicos entrevistados - que dificultan o impiden la implementación del consentimiento informado y su adecuada valoración en un hospital público del Callao.

Existe una fuerte relación entre la percepción del médico sobre la demanda real del consentimiento informado de parte de los pacientes (la cual evalúa como deficiente por la poca valoración del mismo), las políticas institucionales por promocionar el cumplimiento del consentimiento informado (entre pacientes y personal sanitario) y la restringida visión de los médicos de entender el consentimiento informado como un documento que el paciente debe firmar (sobre todo para evitar problemas médico legales).

Podríamos sintetizar los hallazgos que se han encontrado en las siguientes afirmaciones.

1. En relación a los pacientes, encontramos que la gran mayoría de los entrevistados carecen de información suficiente de parte del Hospital y de los profesionales de la salud sobre el derecho al consentimiento informado. Esta falta de información no les permite valorar adecuadamente tanto el derecho a la información sobre la propia enfermedad como a decidir el mejor curso de acción en las terapias existente.
2. Se encontró también, que existen en los pacientes, una postura “infantil e irresponsable” en la relación que establecen con el profesional de la salud. Esta ideología, sostiene que los pacientes cumplen las indicaciones de los médicos, quienes están llamados a decidir lo mejor para el paciente. La valoración de la capacidad de diálogo con el médico – por ejemplo – sobre los cursos de acción sobre la propia salud, es valorada por el paciente, como un riesgo que no debe correr.
- 3- La información que el médico brinda al paciente, es valorada por este último como una “virtud” del médico y no como un deber del profesional de la salud y un derecho del paciente.
- 4- Se encontró un deficiente proceso institucional de brindar información de parte de los médicos sobre la situación de salud del paciente. Muchos de los médicos

entrevistados desconocían – incluso la existencia – de políticas institucionales sobre el consentimiento informado.

- 5- Los médicos entrevistados reportaron que en el Hospital existía un ambiente laboral y académico deficiente y una carencia formativa en relación a la implementación del ejercicio del consentimiento informado.
- 6- En relación a las dificultades de los médicos para establecer una adecuada comunicación con pacientes de características muy precisas que impiden una adecuada relación médica - paciente (quechua hablantes, adulto mayor, problemas de hipoacusia, etc.) se encontraron insuficientes estrategias institucionales. Así mismo serias carencia de estrategias desde los mismos médicos para promover el consentimiento informado en pacientes de estas características.
- 7- La existencia de una deficiente valoración y conceptualización del consentimiento informado por parte de los médicos entrevistados, reduciéndolo a la firma de un documento de alcance médico – legal y no como un derecho y proceso presente en toda la atención sanitaria.
- 8- Se encontró que a nivel de las autoridades del Hospital, existe una deficiente socialización de políticas y estrategias institucionales acerca de la promoción del consentimiento informado en médicos entrevistados. Además de una carencia institucional en promover el derecho al consentimiento informado entre los profesionales de la salud.

## VII. RECOMENDACIONES

La vigencia y el ejercicio del Consentimiento informado, involucra tanto al profesional de la salud (y a la institución sanitaria) como a los usuarios de los mismos. Por tanto, es un ejercicio de conciencia ética y deber profesional del médico, como del ejercicio del derecho y la autonomía del paciente.

Frente a una población que desconoce y no ejercita su autonomía y su derecho a decidir el mejor curso de acción frente a la enfermedad que padece, es necesario que las políticas institucionales del Hospital en materia de derecho a la información y al consentimiento informado, puedan ser conocidas, exigidas y evaluadas con oportunidad por los mismos usuarios como por la institución sanitaria.

Creemos que los derechos de los pacientes (llámese también derechos de los enfermos, de los usuarios de los servicios de salud) deben tener una mayor difusión por los diferentes medios de comunicación. Es el mismo sector Salud, a través de su ente rector, el MINSA, quien debe de trabajar para que la sociedad comprenda que la salud es un derecho y que este derecho conlleva a una gama amplia de beneficios para los pacientes, los mismos que son irrenunciables. Sin una visión integral de la salud y de entender el derecho a la salud, el consentimiento informado será solo un procedimiento más a gusto y exigencia del profesional de la salud y no una carta de ciudadanía del paciente.

Por lo tanto, el derecho al consentimiento informado debe ser la semilla de ciudadanía y autonomía frente a una ideología médica que pretende tomar decisiones que solo son de competencia del paciente. Afirmamos que los aliados naturales y estratégicos para la difusión y ejercicio del consentimiento informado son los diversos GAMs y organizaciones de enfermos que existen en el país o en centros hospitalarios: Grupos de ayuda mutua de personas que viven con VIH, organizaciones de personas con TBC, organizaciones de adulto mayor, de personas con discapacidad, etc.

En relación a los profesionales de la salud, urge revisar y actualizar los cursos de Bioética, tanto en el pregrado como en el post grado sobre todo lo relacionado a los derechos y autonomía del paciente, fundamentados en una ética personalista y un marco legal que respete la integralidad de la persona humana. De igual manera, creemos que es sumamente importante considerar que vivimos en un país multicultural y pluri lingüístico, donde la post modernidad convive con la pre modernidad. Esta realidad socio cultural, además de la pobreza y la inequidad, debe llevarnos a problematizar el derecho de los peruanos a la salud y en particular al consentimiento informado.

Además de cursos talleres de Bioética, sobre todo de bioética clínica, los médicos y en general los profesionales de la salud, deberían tener tiempo suficiente (como parte de las capacitaciones otorgadas por la institución) para revisar los puntos neurálgicos en la atención al paciente, sobre todo lo relacionado al respeto de la autonomía del paciente y el consentimiento informado. Venciendo la falaz idea de asociar el consentimiento informado a protocolos y formatos que el paciente debe de firmar para no tener problemas médicos legales. El consentimiento informado debería ser expresión una cultura sanitaria de profundo respeto a la compleja y misteriosa realidad de lo humano y del paciente en particular.

Profesionales motivados y conscientes de los derechos del paciente y del carácter inviolable de la vida humana, podrán ejercer la medicina a la altura de lo humano, sin cosificar ni degradar.

Políticas sanitarias e institucionales que sigan acompañando y formando al profesional de la salud para que tenga nuevas herramientas para proteger el mayor bien del paciente, esto es la capacidad de decidir del paciente en situaciones donde nadie más puede hacerlo y donde la medicina se ponga al servicio de la vida y la dignidad de todas las personas.

## **BIBLIOGRAFIA**

Arroyo M. *Ética y Legislación en Enfermería*. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.

Ávila, M. *Proceso del Consentimiento informado en cirugías programadas en el Hospital Militar Central de Bogotá, DC*. (Tesis de maestría), Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia, 2009.

Ballesteros, T. *Consentimiento informado en Fisioterapia y Rehabilitación* (Tesis de Maestría). Universidad Católica de Valencia, 2015.

*Barros E. Tratado de responsabilidad extracontractual. Santiago: Editorial Jurídica, 2006.*

Bedrossian E, Fernández R. El Consentimiento Informado. Algunas reflexiones para compartir. *Revista FASGO* 2001; 1(1): 14.

Burgos, JM. Personalismo ontológico moderno II. *Revista QUIÉN* • N° 2 (2015): 7-32.

Colegio de Enfermeras del Perú. *Código de ética y deontología*. 1999.

De Santiago, M. Las virtudes cristianas en la práctica médica. *Cuadernos de Bioética* XXV 2014/1ª.

Faden, R.R. and Beauchamp, T.L. (1986) *A history and theory of informed consent*. New York and Oxford: Oxford University Press, 261-262.

Fernández, M. La protección del paciente frente a los deberes de información y de secreto profesional médico". *Revista Prolegómenos - Derechos y Valores* - pp. 153-168, 2015.

Galán J.C. La responsabilidad médica y el consentimiento informado. *Rev Med Urug* 1999; 15(1):5-12.



García. M, Conocimientos, actitudes y práctica clínica del Consentimiento informado en el Bloque quirúrgico en el Área de salud de Soria, (Tesis Doctoral), Universidad de Valladolid, España, 2015.

Gonzalo, G. “Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: Más allá del derecho a la salud”, Revista Peruana de Medicina Experimental de Salud Pública, Vol.30 no.2 Lima abr. 2013.

Goycochea, R, Conocimiento y uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro médico peruano, (Tesis de Maestría), Universidad César Vallejo, Lima, 2018.

Gracia, Diego, Fundamentos de Bioética, Madrid, Editorial Triacastela, 3ª edición, 2008.

Ley General de Salud 29842, El Peruano 20 julio 1997. Lima- Perú.

Lozano, S. La interpersonalidad en Karol Wojtyla I, Revista QUIÉN • N° 2 (2015): 33-47

Manrique J. Cottely E, Et al. Consentimiento informado: Fundamento ético, médico y legal. Revista Argentina de Cirugía 1991; 61: 99 (<http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/bcaeem/article/viewFile/5051/4648>)

Málaga G. Las esterilizaciones forzadas, los derechos reproductivos y el consentimiento informado [carta]. Revista Peruana Medicina Experimental de Salud Pública. 2013;30(3):521-2.

MINSA Dirección General de Salud de las Personas n.t. n° 022-minsa/dgsp-v.02. Norma técnica de la historia clínica de los establecimientos del sector Salud Lima, 2005.

<http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/NT022hist.pdf>

Monge, L. La dignidad de la persona humana y el consentimiento informad. Ius et Praxis, Revista de la Facultad de Derecho No 47, 2016 ISSN.

Rojas Z. A. Fundamentos bioéticos del consentimiento informado. Memorias Congreso de III Derecho Médico. Bogotá. 2002.

Rodríguez M. y colaboradores, Consentimiento informado ¿Un dilema ético o legal? Revista. Argentina de Cirugía. 1999, 77: 229-241.

Páez Pinilla Nancy. Art. Consentimiento informado en enfermería. Persona y Bioética. Memorias II congreso. Universidad de la Sabana. Enero - Agosto 2000.

Pellegrino ED, Thomasma DC. The Virtues in Medical Practice. N.Y., Oxford. Oxford University Press, 1993.

Portero, G. Deber –Derecho de Información al Usuario/Paciente. Revista Latinoamericana Derecho Medicina Legal 6 (2):, Dic. 2001 – 7 (1), Junio 2002: 63-74.

Problemas Prácticos del Consentimiento informado, Ed. Fundación Víctor Grífols i Lucas c/. Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona, 1999.

Quiroz, L. Análisis Ético del Consentimiento informado en pacientes tratados por tuberculosis (Tesis de Maestría), Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2014.

Revilla, D. y Fuentes D. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. Acta Médica peruana v.24 /n.3 Lima sep./dic. 2007.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1728-59172007000300014](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000300014)

Vilarroig, J. Dignidad personal: aclaraciones conceptuales y fundamentación. Revista QUIÉN • Nº 2 (2015): 49-63.

Zarate C. E.: Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú.. 2003; 12 (23) : 4-10 Cuzco Perú. Septiembre 2003

[http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n23/derechos.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/derechos.htm)

## ANEXOS A: TABLAS

**Tabla N° 3: Validez V Aiken (Guía Médicos)**

PREGUNTA	CRITERIOS	VAIKEN	C AIKEN 95%	
Preg. 1	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	93	85	97
Preg. 2	Pertinencia	94	86	97
	Claridad	96	90	99
Preg. 3	Pertinencia	98	92	99
	Claridad	88	79	93
Preg. 4	Pertinencia	86	77	92
	Claridad	93	85	97
Preg. 5	Pertinencia	94	86	97
	Claridad	83	73	89
Preg. 6	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	91	83	96
Preg. 7	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	94	86	97
Preg. 8	Pertinencia	93	85	97
	Claridad	91	83	96
Preg. 9	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	91	83	96
Preg. 10	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	94	86	97
Preg. 11	Pertinencia	93	85	97
	Claridad	91	83	96
Preg. 12	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	91	83	96
Preg. 13	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	91	83	96
Preg. 14	Pertinencia	93	85	97
	Claridad	91	83	96
Preg. 15	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	89	80	94
Preg. 16	Pertinencia	98	92	99
	Claridad	94	86	97

PREGUNTA	CRITERIOS	VAIKEN	IC AIKEN	95%
Preg. 17	Pertinencia	90	82	95
	Claridad	94	86	97
Preg. 18	Pertinencia	98	92	99
	Claridad	90	82	95
Preg. 19	Pertinencia	94	86	97
	Claridad	93	85	97
Preg. 20	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	83	79	83
Preg. 21	Pertinencia	91	83	96
	Claridad	96	90	99
Preg. 22	Pertinencia	98	92	99
	<b>Claridad</b>	<b>94</b>	<b>86</b>	<b>97</b>

**Tabla N° 4: Validez V Aiken (Guía aplicada a pacientes)**

PREGUNTA	CRITERIOS	V AIKEN	IC AIKEN	95%
Preg. 1	Pertinencia	98	92	99
	Claridad	88	79	93
Preg. 2	Pertinencia	86	77	92
	Claridad	93	85	97
Preg. 3	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	91	83	96
Preg. 4	Pertinencia	93	85	97
	Claridad	91	83	96
Preg. 5	Pertinencia	88	79	93
	Claridad	94	86	97
Preg. 6	Pertinencia	98	92	99
	Claridad	90	82	95

## **ANEXOS B: GUIAS DE ENTREVISTAS**

### **A1: Guía de entrevista aplicadas a médicos**

**SEXO:** M ( ) F ( )

#### **I.- Sobre el ejercicio profesional:**

- (1.1) ¿Cuántos años ejerce la medicina?
- (1.2) ¿Cuánto tiempo tiene Ud., trabajando en este Hospital?
- (1.3) ¿Su situación laboral es: Serumista /Contratado / Nombrado?
- (1.4) La atención de consultas diarias y/o servicio de emergencia: ¿La considera excesiva?
- (1.5) ¿Realiza Ud. labores de Consulta Externa, después de las guardias nocturnas?, ¿Por qué?
- (1.6) ¿Se siente a gusto en su trabajo? ¿Por qué?

#### **II.- Sobre los pacientes**

- (2.1) ¿Atiende Ud. a pacientes quechua hablantes, de algún grupo étnico de la selva?: Frecuentemente ( ), a veces ( ), nunca ( )
- (2.2) ¿Sabe o conoce algo de este idioma o lengua?
- (2.3) ¿Cómo hace para comunicarse cuando el usuario no habla castellano?
- (2.4) ¿Atiende Ud. a personas analfabetas o adulto mayor o con problemas de comprensión para las indicaciones médicas?
- (2.5) Cree Ud. que los pacientes tiene conocimiento sobre el Derecho al Consentimiento Informado

#### **III.- Sobre consentimiento Informado**

- (3.1) ¿Podría definir lo que es el Consentimiento informado?
- (3.2) ¿Estudió sobre este tema en la Universidad?
- (3.3) ¿Ha leído algo sobre Consentimiento Informado en los últimos 3 años?
- (3.4) ¿En la Universidad trabajaron temas de Bioética?

(3.5) ¿Quién debe de tomar el consentimiento informado? ¿Por qué?

#### **IV.- Sobre la Institución donde labora y el Consentimiento informado**

(4.1) ¿Existe alguna política en relación al tema del Consentimiento Informado?

(4.2) ¿En qué casos cree Ud., que debería de pedirse la autorización de los pacientes?

(4.3) ¿Quién pide el Consentimiento Informado en su establecimiento? ¿Cómo lo hace?

(4.4) ¿Qué formatos institucionales existen que recoja la autorización del paciente y/o de la familia?

(4.5) ¿Es posible tomar adecuadamente el Consentimiento informado en su Centro de trabajo? ¿Por qué?

(4.6) En general, ¿Piensa Ud. que sus colegas estarían dispuestos a promover el Consentimiento Informado en los usuarios?

#### **A2: Guía de Entrevista aplicadas a pacientes**

Su ayuda es valiosa para mejorar las atenciones de salud que Ud. viene recibiendo, por favor conteste estas preguntas:

**SEXO: M ( ) F ( )**

1.- ¿Antes ha sido atendida en este Establecimiento de Salud? Si ( ) No ( )

2.- ¿Conoce el nombre del médico que le ha atendido? Si ( ) No ( )

3.- ¿Le inspira confianza los profesionales que trabajan en este Establecimiento?

4.- ¿El médico le explica sobre la enfermedad que Ud. tiene, y le orienta sobre los diferentes tratamientos? Si ( ) No ( )

5.- ¿Recuerda Ud. si alguna vez, algún profesional de la salud, le ha pedido su consentimiento (permiso) para realizar algún examen en su cuerpo?  
Si ( ) No ( )

6.- ¿Ud. cree que los médicos deberían pedirle su autorización para realizar algún procedimiento en su cuerpo? Si ( ) No ( )  
¿Por qué?

## **ANEXO C: ANALISIS CUALITATIVO DE LAS GUIAS DE ENTREVISTAS A PACIENTES**

### **Atenciones previas recibidas en el Hospital.**

De esta muestra, el 80% manifestó que ya se había atendido antes en el Hospital. Esto significa que conocían a los médicos tratantes y/o el sistema de salud, sobre todo el tipo de atención que se brinda. Mientras que el 20% se atendía por primera vez.

### **Percepción sobre el médico tratante**

El 50% de los entrevistados manifestaron que el médico tratante le inspiraba confianza y el 50% restante que no. Si bien es cierto, esta respuesta guarda cierto margen de subjetividad, nos hace pensar y valorar el cuidado de la calidad de relación médico paciente para el ejercicio adecuado de la medicina y del acto médico.

Sin embargo, el 73.4% de los entrevistados manifestaron que no conocía el nombre del médico tratante, porque no recordaba o porque sencillamente el médico no se presentó en el momento de la consulta.

### **Conocimiento sobre Consentimiento informado**

El 76.7% de los 30 entrevistados manifestaron no conocer lo que es el consentimiento informado, ni tener ninguna idea al respecto. Sólo un 23.3% refirió saber algo sobre el mismo tema.

### **Valoración de la importancia del Consentimiento Informado.**

En cuando a la pregunta de si “saben lo que es el consentimiento informado”, el 76.7 de las personas entrevistadas manifestaron no tenía información ni sabía lo que era. Mientras que el 23.3% manifestaron tener una idea sobre el mismo.

Así mismo el 76.7% no pudieron responder sobre la importancia del consentimiento informado en el proceso de atención médica y recuperación de la salud.

El porcentaje de respuesta asociados a la importancia del consentimiento informado, esto es el 23.3%, estuvo vinculada a respuesta como: consentimiento informado está relacionado a “saber lo que uno tiene” (13.2%). 3,3%; “sirve para mejorar la comunicación”. Respuestas asociadas sobre todo la información sobre el proceso salud enfermedad y las atenciones profesionales sobre las mismas y no al ejercicio de un derecho fundamental.

Tabla 5. Valoración del paciente sobre la importancia del Consentimiento Informado (CI)

	N°	%
Saber lo que uno tiene	4	13.2
Tomar decisiones	2	6.6
Mejora comunicación	1	3.3
No sabe	23	76.7
Total	30	100

De las personas que manifestaron conocer o saber algo sobre el consentimiento informado, el 13.2% manifestó que el CI estaba relacionado con “saber lo que uno tiene”, o sea acceso a información sobre la enfermedad.

Uno de los entrevistados manifestó: “Nunca he escuchado esas palabras (consentimiento informado), pero me parece importante que se me explique lo que tengo y lo que me puede pasar. Pero soy yo la que debe de tomar una decisión y el médico tiene que respetarme”.

Otras personas entrevistadas señalaron: “no tengo idea de lo que me preguntas, no sé qué es eso (consentimiento informado), yo vengo al hospital para que el médico me cure. Él sabe lo que hace para eso es médico”, “Ojala los médicos me orientaran”, “es una pregunta muy difícil de contestar”

Sólo el 6,6% de los entrevistados señalaron que servía “para la toma de decisiones” personales en situaciones en que solo el paciente puede hacerlas. Esto significa que el 93.4% de los entrevistados mantienen concepciones muy alejadas del



propio derecho a la autonomía en la toma de decisiones frente a la enfermedad o al proceso terapéutico.

El 3.3% manifestó que el CI estaba relacionado con “mejorar la comunicación médica-paciente”.

### **Rol del médico tratante en la atención de salud.**

Consultados sobre el rol del médico en la atención terapéutica, el 53.4% de los entrevistados señalaron que los médicos no le explicaban sobre la enfermedad que padecen ni los posibles cursos a acción a seguir.

Por otro lado, el 46.6% manifestaron que sí recibían información y orientación al respecto, pero esta disposición y acción médica se entendía como una “benevolencia” más que un deber del médico y un derecho del paciente.

Preguntados sobre la pertinencia o no del consentimiento informado, el 90% de los entrevistados manifestaron que nunca le han solicitado el consentimiento informado en ningún momento de la atención médica. Este hecho no generó aparentemente ningún malestar en los entrevistados ni fue entendida como una violación al derecho a decidir.

### **Solicitud del Consentimiento Informado por parte del médico tratante.**

El 90 % de los entrevistados manifestaron que el médico no le pide el CI para ningún procedimiento ni intervención. Sólo el 3% refirió que sí le solicitaron su CI.

### **Pertinencia del Consentimiento Informado.**

Una vez realizada, una sucinta explicación sobre lo que es el CI, el 96.7% de los entrevistados manifestaron que consideraba importante que el médico tratante le pidiese el CI para cualquier intervención en el propio cuerpo.

Una entrevistada manifestó que “la paciente era ella y nadie debería escoger por ella. Aunque no comprenda bien mi enfermedad, es deber de los médicos explicarme lo que van a hacer y me pidan mi autorización. No pueden experimentar en mí”.

Así mismo se dieron respuesta como: “Que me explique lo que tengo, es mi derecho”, “Deben explicarnos con palabras sencillas y con calma”, “Si es un derecho, deben de cumplirlo”. Así mismo el 3.3% de los entrevistados manifestó que no era necesario el CI.

Un paciente señaló que: “La enfermedad le hacía perder su capacidad de decidir (se ponía nervioso) por eso es, mejor era que el médico decida lo que va hacer en mi cuerpo. Él sabe, yo no, que el médico decida por mí”. Otra paciente señaló: “Prefiero no saber lo que tengo, que los médicos decidan”

Los entrevistados manifestaron una tendencia mayoritaria a ejercer el derecho al consentimiento informado, pero a la vez señalaron su sorpresa ante la carencia de iniciativas de información sobre este tema.

### **Razones para solicitar el Consentimiento informado.**

Entre las razones que los entrevistados manifestaron sobre la importancia del ejercicio del consentimiento informado figuran. El 16% refieren que el que recibe el tratamiento o las intervenciones es el mismo. “El paciente soy yo”. Sólo el 6.6% hizo referencia a que el CI es un derecho que debía de ejercerse. El 10%, hizo referencia a que tenía la potestad de decidir por propia iniciativa.

El 23.3 % manifestó la necesidad de información sobre la enfermedad y los cursos de acción del mismo. El 3.3% relacionó el CI con el “buen servicio profesional”. Mientras que el 10%, manifestó la importancia del CI frente a los riesgos de las intervenciones médicas.

Tabla 6. Razones para solicitar el Consentimiento Informado

<b>Razones del Derecho al CI</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
El paciente soy "yo"	5	16.6
Es un derecho	2	6.6

Yo decido	3	10
Necesito información	7	23.3
Buen servicio profesional	1	3.3
Por los riesgos	3	10
Otros	9	30
<b>Total</b>	<b>30</b>	<b>100</b>

---

Podemos concluir que en su mayoría los pacientes entrevistados desconocen lo que es el consentimiento informado y por lo tanto no valoran la necesidad del mismo. Así mismo, refieren que los médicos, en general, no brindan información sobre su situación de salud. Sólo un porcentaje muy pequeño (6.6%) de los entrevistados entiende y relaciona el Consentimiento informado como un derecho.

### **Conclusión parcial:**

- 1.- Existe una significativa carencia de información institucional en los pacientes sobre el derecho al Consentimiento informado.
  
- 2.- Existe un deficiente proceso de información de parte de los médicos sobre la situación de salud del paciente. Es sobre todo una actitud personal del médico en lugar de una política institucional establecida y monitoreada por parte del establecimiento de salud.

## ANEXO D: ANALISIS DESCRIPTIVO DE LAS ENTREVISTAS A MEDICOS

### **Análisis inicial.**

En este análisis inicial presentaremos un resumen narrativo de los aspectos más importantes de la entrevista a cada uno de los entrevistados. Se sigue una estructura uniforme para consolidar este análisis, la misma que es la siguiente: ¿Qué entiende Ud. por consentimiento informado? ¿Cree Ud. que los pacientes saben sobre el derecho al consentimiento informado? ¿Sabe Ud. sobre la política institucional sobre consentimiento informado? ¿Por qué es importante el consentimiento informado?

#### **Entrevistado 1**

**Resumen narrativo:** médico internista, con 8 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es un “documento legal” que todo paciente debe de firmar si desea recibir un tratamiento quirúrgico o un procedimiento diagnóstico invasivo”. No cree que los pacientes que se atienden en el Hospital sepan lo que es el consentimiento informado ni que tengan noción de que este es un derecho. No sabe de las políticas del hospital sobre este tema pero cree que debe de tenerla. Refiere que es importante para el médico y la institución contar con consentimiento informado del paciente para evitar problemas médicos legales.

#### **Entrevistado 2**

**Resumen narrativo:** médico cardiólogo, con 15 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es un formato médico legal que el paciente tiene la obligación de firmar cuando el médico tratante se lo solicite. Tiene dudas que los pacientes sepan lo que es el consentimiento informado. Dice que el Hospital tiene

formatos para el obtener el consentimiento informado y que no es ningún problema obtener este documento. Sobre la importancia del consentimiento informado refiere que es importante informar al paciente sobre lo que va a suceder y que éste firme el documento.

### **Entrevistado 3**

**Resumen narrativo:** médico cirujano, con 22 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es un documento de protección al médico y al hospital ante cualquier eventualidad del ejercicio de la profesión médica. El paciente está en la obligación de firmarlo luego de que se le explica los procedimientos a seguir en su persona. Está seguro que los pacientes que se atienden en el Hospital ignoran el concepto relacionado al consentimiento informado, pero siempre es bueno darle información. Señala que los pacientes vienen a curarse y aponerse en las manos del médico. Sabe que la política del hospital en relación al consentimiento informado se basa en formatos que se deben de firmar antes de cualquier operación o procedimiento quirúrgico. El consentimiento informado es importante porque el paciente acepta libremente lo que se le va a hacer y el médico tiene libertad para hacer su trabajo.

### **Entrevistado 4**

**Resumen narrativo:** médico neumólogo, con 7 años de ejercicio profesional, señala que el consentimiento informado es un “documento legal” que debe ser firmado por el paciente luego de que se le explica de manera adecuada los procedimientos que se van a realizar en su persona. Cree que por el avance de los medios de comunicación, cada vez más pacientes exigen sus derechos. Cree que aunque los pacientes, no sepa lo que es el consentimiento informado – con esas palabras- exigen saber lo que tienen y tener la oportunidad de decidir. Sobre las políticas del Hospital sobre el consentimiento informado señala que es necesario que los formatos existentes sean firmados y así cumplir con lo estipulado. La importancia del consentimiento informado es la capacidad de decidir de cada paciente sobre su situación de salud.

### **Entrevistado 5**

**Resumen narrativo:** médico ginecólogo, con 15 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es un documento que el paciente luego de que se

le explica los procedimientos a seguir en su persona. También puede ser firmado por un familiar si el paciente no puede hacerlo. Es un procedimiento muy importante para el hospital. Cree que los pacientes no saben sobre el derecho al consentimiento informado aunque cada vez más los pacientes reclaman mayor información. No sabe de la existencia de políticas institucionales sobre este tema aunque cree que si existen sobre todo para cesáreas y procedimientos quirúrgicos de todo tipo. Expresa la importancia del consentimiento informado tanto para el paciente como para el médico tratante, sobre todo para no tener problemas médicos legales.

### **Entrevistado 6**

**Resumen narrativo:** médico internista, con 9 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es la autorización del paciente o de un familiar para que el médico tratante proceda con libertad y legalidad en el ejercicio de la medicina, sobre todo en lo relacionado a los procedimientos quirúrgico y las investigaciones. No cree que los pacientes tengan mucho conocimiento sobre el derecho al consentimiento informado, ya que vienen al hospital a curarse y confían en los médicos. Sabe que existen políticas sobre este punto por parte del Hospital, que exige a todos los médicos que los pacientes firmen el consentimiento informado en situaciones necesarias. La firma de este documento es importante para evitar problemas con la familia o con la ley,

### **Entrevistado 7**

**Resumen narrativo:** médico neumólogo, con 17 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es un documento legal de suma importancia que el paciente o un familiar debe de firmar en el caso que el hospital lo solicite. En caso de no firmar el Hospital le hace firmar un documento librándose de responsabilidades frente de lo que pueda suceder. No cree que los pacientes sepan del derecho al consentimiento informado, aunque cada vez más reclaman frente a la mala praxis o iatrogenia de los médicos. No está seguro que el hospital tenga políticas sobre este tema, solo sabe que los formatos deben de ser firmados antes de cualquier operación o procedimiento. Señala que la firma de este documento es muy importante ante la eventualidad de un fallecimiento o daño que ocurra al paciente.

### **Entrevistado 8**

**Resumen narrativo:** médico cirujano, con 12 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado expresa la autorización libre del paciente frente a un procedimiento a realizarse en su persona. Cree que se debe de explicar al paciente solo lo fundamental para que firme el documento. Tiene dudas sobre si los pacientes saben que el consentimiento informado es un derecho, pero cree que los pacientes desean cada vez más información sobre su situación de salud. No siempre es posible explicar a los pacientes sobre su situación de salud por la falta de educación e información médica. Cree que el hospital tiene políticas institucionales sobre este respecto, aunque cree que la firma de un formato expresa toda la política existente. Cree que es importante el consentimiento informado porque así disminuye la angustia del paciente sobre su situación de salud y permite que el médico tratante actúe con más libertad.

### **Entrevistado 9**

**Resumen narrativo:** médico ginecólogo, con 11 años de ejercicio profesional, refiere que consentimiento informado es un documento médico legal que los pacientes están obligados afirmar si desean recibir un procedimiento o una operación. Es de la idea que deben de informar al paciente sobre su enfermedad y la pertinencia del procedimiento. No está seguro que los pacientes sepan lo relacionado al derecho al Consentimiento informado, refiere que la educación de los pacientes que acuden al hospital es muy bajo. Cree que el Hospital tiene políticas sobre el consentimiento informado, aunque opina que deben de ser mejor promocionada entre los médicos y los pacientes. Señala que la importancia del Consentimiento informado está en la información que el paciente pueda recibir y evitar así los problemas con la justicia y los abogados.

### **Entrevistado 10**

**Resumen narrativo:** médico pediatra, con 15 años de ejercicio profesional, refiere que el consentimiento informado es el documento que expresa la autorización del paciente al hospital (y a los médicos) para que puedan realizar el ejercicio de la medicina con libertad, evitando problemas medico legales. Tiene la certeza de que los pacientes no saben lo que es el consentimiento informado. Las madres traen a sus niños para que reciban tratamiento y se curen y confían en los médicos. Cree que deben de existir políticas institucionales sobre este tema. Aunque poco escucha sobre ello, la exigencia es

la firma del formato del consentimiento informado. Cree que es fundamental que la madre (en el caso de pediatría) o el paciente puedan tener más información sobre el consentimiento informado y que el hospital deba cumplir con este deber.

#### **ANEXO E: ANALISIS DESCRIPTIVOS DE LAS ENTREVISTAS A PACIENTES**

**Paciente 1:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 2:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 3:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 4:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 5:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre



su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 6:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 7:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 8:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 9:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 10:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 11:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 12:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado..

**Paciente 13:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 14:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 15:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 16:** paciente mujer, que ha sido atendida anteriormente y conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital le inspiran confianza y le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

Paciente 17: paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 18:** paciente mujer, que ha sido atendida con anterioridad, conoce al médico que la ha atendido. Los profesionales del hospital le inspiran confianza y no le explica sobre

su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 19:** paciente masculino, que ha sido atendido anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 20:** paciente varón, que ha sido atendido anteriormente y sí conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y sí le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 21:** paciente de sexo masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 22:** paciente masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 23:** paciente de sexo masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 24:** paciente masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 25:** paciente varón, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 26:** paciente masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 27:** paciente varón, ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 28:** paciente de sexo masculino ha sido atendido anteriormente y sí conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y sí le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 29:** paciente masculino, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

**Paciente 30:** paciente varón, que ha sido atendida anteriormente y no conoce el nombre del médico que la ha atendido. Asimismo, los profesionales del hospital si le inspiran confianza y no le explica sobre su enfermedad y el tratamiento respectivo, sin embargo, no le han pedido el consentimiento informado.

## ANEXO F: ANALISIS CUALITATIVO DE LAS GUIAS DE ENTREVISTAS A MEDICOS

Sobre los pacientes.

### Atención a personas con dificultad para comunicarse.

Sobre las características de los pacientes que atienden, el 70% de los médicos entrevistados señalaron que a “a veces atienden a pacientes quechua hablantes”, el 10% hizo referencia que “frecuentemente atienden a pacientes quechua hablantes” y el 20% refirió que “nunca atienden a quechua hablantes”. Precisaron que la forma de comunicación con pacientes de estas características. El 80% de médicos pide la ayuda a “un familiar” para realizar la atención médica correspondiente.

Tabla 7. Atención médica a quechua hablantes en el hospital

	N°	%
Nunca	2	20
Frecuentemente	1	10
A veces	7	70
Total	10	100

Esta realidad se hace igualmente compleja con la situación del adulto mayor. El 60% de médicos entrevistados manifestaron que atiende a pacientes adultos mayores o con problemas de comprensión (no escuchan bien o son sordos), de igual manera pide la ayuda a un familiar que usualmente acompaña a la consulta. 40% de los entrevistados manifestaron que no atendían a pacientes con estas características Tanto el factor idioma

como la capacidad de comprensión son dos barreras que se deben de vencer para lograr un adecuado proceso para el consentimiento informado.

Este 60% de médicos entrevistados detallaron las características de las personas a las cuáles deben de atender y las diferentes barreras que existen para una adecuada relación médico paciente, y por consiguiente para una adecuada información sobre la situación de salud y los cursos de acción a seguir.

### **Percepción del conocimiento de los pacientes al derecho del Consentimiento**

#### **Informado.**

El 90% de los médicos entrevistados tiene la percepción de que los pacientes que acuden al hospital donde se atienden, no saben lo que es el consentimiento informado ni que este es un derecho humano que les pertenece. Sólo el 10% refirió que si creía que los pacientes tuvieran conocimiento del consentimiento informado como un derecho.

Los médicos entrevistados señalaron que probablemente este desconocimiento se debería a: “lo que los pacientes buscan es curarse”, “no les interesa este tema”, “tienen poca conciencia sobre este tema”, “tienen bajo nivel educativo”, “son prácticos no se complican la vida”

**Conclusión parcial:** Existe deficientes estrategias institucionales para abordar a pacientes con problemas de comunicación que impiden un adecuado consentimiento informado. Además existe una carencia de estrategias desde los médicos para abordar las creencias y paradigmas de los pacientes sobre el consentimiento informado que limitan su implementación.

#### Sobre la Institución donde labora y el Consentimiento informado

#### **Conocimiento de lo que es el Consentimiento informado.**

Al preguntarse a los médicos entrevistados sobre su definición sobre el consentimiento informado, el 50% manifestó que se trataba de un “Documento médico legal”. El 70% lo vinculó a la “autorización que da el paciente”. El 20% lo vinculó a la

aplicación de “formatos de autorización”. Un 50% a la necesidad de “información completa y necesaria para el paciente”.

La aproximación y valoración que existe sobre el consentimiento informado por parte de los médicos entrevistados está sustentado en un enfoque legal e institucional, un procedimiento que el paciente debe cumplir ante el hospital y no un derecho que debe ser cumplido desde su situación y condición de paciente.

Tabla 8. Conocimiento médico sobre el Consentimiento Informado

<b>Que es el CI</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Documento médico legal	5	50
Formato para el paciente	2	20
Información completa y necesaria para el paciente	5	50
Autorización del paciente	7	70

#### **Antecedentes de estudios sobre el Consentimiento informado**

El 70% de los médicos entrevistados señalaron que habían estudiado sobre el consentimiento informado en la universidad, el 30% hizo referencia a la ausencia de estudio sobre este tema en la formación universitaria. Con todo el 80% de los médicos manifestó haber leído o buscado información sobre el consentimiento informado en los “últimos 3 años”. El 20% refirió no haber leído nada sobre este tema en los últimos 3 años. La incorporación de Cursos sobre Bioética en el pregrado como en el pos grado es todavía una agenda pendiente.

Tabla 9. Sobre si recibió Enseñanza sobre el CI en la Universidad

<b>Estudió CI en la universidad</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Si	7	70
No	3	30
Total	10	100

## Estudio de la Bioética en la formación universitaria

Al ser preguntado sobre estudios previos sobre bioética, sobre todo en la formación universitaria, el 40% de los entrevistados manifestó no haber recibido ninguna formación sobre estos temas. 60% de los entrevistados señaló que si recibieron información y formación al respecto. La formación en Bioética en América Latina, cobra auge con el Programa Regional de Bioética de la OMS/OPS, quién desde el año 1997 ha venido dictando, Maestrías semipresenciales en Chile, Santo Domingo y Perú entre otros países. En los últimos 10 años, la incorporación de cursos de Bioética en las universidades del Perú, ha ido en aumento. Por ello, este 40 % de médicos que no han recibido una formación académica en esta materia, llama poderosamente la atención.

### Persona que debe de tomar el Consentimiento informado al paciente.

El 80 % de los entrevistados manifestó que el “médico tratante” debe ser la persona que tome el consentimiento informado al paciente. El 1% manifestó que debe ser la enfermera y el otro 1% cualquier profesional del equipo. Entre las razones manifestó el 80% que el “médico es el que conoce mejor la enfermedad y el pronóstico”. El 10% señaló “que la enfermera influye mejor en el paciente”. El 10% manifestó que “era suficiente conocer la enfermedad”.

Es fundamental, señalar que es importante, tanto la información veraz y documentada de la situación de salud del paciente como de la forma de transmitir esta información, En este contexto es fundamental considerar al paciente que habla otro idioma, como el quechua hablante, o las personas con problemas de comunicación.

Tabla 10. Opinión médica sobre quién debe registrar el CI

	N°	%
Médico tratante	8	80
Enfermera	1	10
Cualquier profesional del equipo	1	10
Total	10	100

Tabla 11. Razones para registrar el CI



	N°	%
Puede explicar mejor el diagnóstico y pronóstico	8	80
Influye en el paciente	1	10
Conocer la enfermedad	1	10
Total	10	100

Las razones que se brindaron están en el orden de conseguir el consentimiento informado y no desde la realidad del paciente, quien debe de tener la información suficiente, adecuada y oportuna para brindar su autorización.

**Conclusión parcial:** Existe una deficiente valoración y conceptualización del Consentimiento informado por parte de los médicos entrevistados.

Sobre la Institución donde labora y el Consentimiento informado.

#### **Existencia de políticas institucionales.**

Sobre la existencia de políticas institucionales sobre el consentimiento informado, el 40% manifestaron que “no existían”, el 30% que “no sabe” y solo el 30% hizo referencia a “que sí existían políticas institucionales”.

#### **Situaciones en que casos debería solicitarse el Consentimiento informado.**

El 60% de los médicos entrevistados manifestaron que el consentimiento informado debería de solicitarse “sólo en procedimientos quirúrgicos”, 40% “en cirugías”, 30% el “altas voluntarias”, 10% en “pruebas de VIH Sida” y 10% en “investigaciones médicas”.

Tabla 12 Casos donde se debería solicitarse el CI.

	N°	%
Alta voluntaria	3	30
Cirugía	4	40
Prueba de VIH -Sida	1	10
Procedimientos quirúrgicos	6	60
Investigación médica	1	10

Las respuestas emitidas siguen afirmando una percepción utilitarista y legalista del consentimiento informado, sobre todo en la perspectiva de evitar problemas médico legales y no en la autonomía del paciente frente a situaciones que tienen repercusión directa en su vida y la recuperación de la salud.

### **Solicitud del consentimiento informado.**

El 90 % de los entrevistados manifestaron que el médico es quien solicita el consentimiento informado, mientras que el 10% señaló que esta solicitud la realiza el personal encargado del procedimiento.

Esta racionalidad expresa que la primacía y ejercicio del consentimiento informado no recae sobre el paciente como un derecho que tiene que ejercer sino en el criterio bien del médico o del equipo sanitario en la perspectiva de ejecutar un procedimiento institucional y legal.

### **Formatos existentes para el Consentimiento informado.**

Los entrevistados manifestaron que el Hospital existen diferentes formatos para el consentimiento informado. 40% para Cirugía, 40% para alta voluntaria, 10% para investigaciones y 10% manifestó que desconocía.

Tabla 13. Formatos institucionales existentes para el CI

	Nº	%
Cirugía	3	30
Alta Voluntaria	4	40
Prueba de VIH	1	10
Investigación médica	1	10
Desconozco	1	10
Total	10	100

### **Persona que debe registrar el Consentimiento informado.**

Sobre si se puede o no tomar adecuadamente el consentimiento informado en el hospital, el 90% de médicos entrevistados contestaron que sí, mientras que el 10% contestó que esto era posible algunas veces.

### **Posibilidad de promover el derecho al Consentimiento informado.**

Los médicos entrevistados señalaron, que tanto ellos como sus colegas, el 100% refirieron que sí estarían de acuerdo en promoverlo, Entre las razones que argumentaron figuran: el 70% consideran que el consentimiento informado es “un derecho humano”, el 20% “que es en beneficio del paciente” y el 10 % que es un “procedimiento que beneficia al hospital”.

Es importante señalar la buena disposición de los médicos entrevistados en la promoción del consentimiento informado en una población que desconoce la importancia del mismo. Así mismo, existe la claridad de que es un derecho humano, que ejercita el derecho a la autonomía y a la elección del mejor curso de acción frente a una enfermedad.

Tabla 14. Razones para promover el CI

	Nº	%
Es un Derecho Humano	7	70
Beneficia al paciente	2	20
Seguridad para el Hospital	1	10
Total	10	100

En un ambiente laboral donde el 70% de médicos entrevistados refiere que el trabajo médico es excesivo, y que además tienen que atender a personas quechua hablantes (70%) o con problemas de comunicación (adulto mayor), donde además existe la percepción de que el 90% de los pacientes no “sabe lo que es el consentimiento informado”, no sorprende que el CI sea entendido como “documento legal que debe de ser firmado por el paciente” para no tener que afrontar problemas con la justicia.

**Conclusión parcial:** Existe una deficiencia en la información institucional sobre el consentimiento informado que manejan los médicos entrevistados. Al parecer el consentimiento informado es un tema de los cirujanos o de aquellos que tiene que realizar

algún procedimiento invasivo en el paciente. Además existe una carencia institucional en promover el derecho al consentimiento informado entre los profesionales de la salud.