



**ESCUELA DE POSGRADO**

**TESIS**

**CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y  
SU APLICABILIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL “JOSÉ  
AGURTO TELLO”, CHOSICA, AÑO 2015.**

**PRESENTADO POR  
Mg. EISEL PINADO MICHUE**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN  
ADMINISTRACIÓN**

**LIMA – PERÚ**

**2016**

**DEDICATORIA:**

**A mis padres por  
haber sido su  
proyecto de vida.**

## **AGRADECIMIENTO**

**A Dios por la familia que me brinda y las bendiciones que junto a ellos son recibidas.**

## **RECONOCIMIENTO**

- A los docentes de la Escuela de Post Grado por compartir sus sabios conocimientos durante nuestra formación profesional.
- A la Universidad “Alas Peruanas”, por brindarme la oportunidad de desarrollar capacidades y competencias para optar el grado de Doctor en Administración.

## **INDICE**

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RECONOCIMIENTO	iv
ÍNDICE	v
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
INTRODUCCIÓN	xiii

### **CAPÍTULO I**

#### **PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO**

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA	1
1.2. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	11
1.2.1 DELIMITACIÓN ESPACIAL	11
1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL	11
1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL	11
1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL	12
1.3. PROBLEMAS DE INVESTIGACION	13
1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL	13
1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS	13
1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.4.1. OBJETIVO GENERAL	14

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL	15
1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS	15
1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)	16
1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	18
1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN	18
a. TIPO DE INVESTIGACIÓN	18
b. NIVEL DE INVESTIGACIÓN	18
1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	19
a. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN	19
b. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	19
1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN	20
1.6.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	22
a. TÉCNICAS	22
b. INSTRUMENTOS	22
1.6.5. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	23
a. JUSTIFICACIÓN	23
b. IMPORTANCIA	24
c. LIMITACIONES	24

**CAPÍTULO II**  
**MARCO FILOSÓFICO**

2.1 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA	26
2.1.1 Génesis de la bioética	26
2.1.2 Definición de bioética	28
2.2 CORRIENTES FILOSÓFICAS	28
2.2.1 La Bioética Utilitarista	29
2.2.2 El Universalismo	30
2.2.3 El Personalismo	30
2.2.4 El Principialismo	31

**CAPÍTULO III**  
**MARCO TEÓRICO**

3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	35
3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES	35
3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES	47
3.2 BASES TEÓRICAS	52
3.2.1 GENERALIDADES	52
3.2.1.1 La Ética	52
3.2.1.2 La Deontología	53
3.2.1.3 El Derecho	53

3.2.1.4	La Bioética	54
3.2.2	EL CONSENTIMIENTO INFORMADO	60
3.2.2.1	Definición de Consentimiento Informado	60
3.2.2.2	Historia de Consentimiento Informado	61
3.2.2.3	El Consentimiento Informado en el Perú	63
3.2.2.4	Requisitos del Consentimiento Informado	64
3.2.2.5	Características del Consentimiento Informado	64
3.2.2.6	Tipos de Consentimiento Informado	66
3.2.2.7	Consecuencias positivas del consentimiento informado	67
3.2.2.8	Mitos acerca del consentimiento informado	67
3.2.2.9	Excepciones	73
3.2.2.10	Consideraciones éticas y jurídicas	74
3.2.3	APLICABILIDAD HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO	77
3.2.3.1	Aplicabilidad Hospitalaria	77
3.2.3.2	Hospital José Agurto Tello de Chosica	78
3.2.3.3	El Acto Médico	85
3.2.3.4	La relación médico paciente	91
3.2.3.5	Los derechos y deberes de los pacientes y médicos	94
3.2.3.6	El secreto médico	101
3.2.3.7	La historia clínica	103
3.3	DEFINICION DE TÉRMINOS BÁSICOS	105

**CAPITULO IV**  
**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE**  
**RESULTADOS**

4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS POR DIMENSIONES DE LA VARIABLE CONSENTIMIENTO INFORMADO	109
4.1.1 Dimensión: Firma	109
4.1.2 Dimensión: Objetivo de procedimiento	111
4.1.3 Dimensión: Sistema de referencias	112
4.1.4 Dimensión: Autonomía	113
4.1.5 Dimensión: Confidencialidad	115
4.2. RESULTADOS DESCRIPTIVOS POR DIMENSIONES DE LA VARIABLE APLICABILIDAD HOSPITALARIA	116
4.2.1 Dimensión: Autorización judicial	116
4.2.2 Dimensión: Negación	117
4.2.3 Dimensión: Legislación	118
4.2.4 Dimensión: Información a familiares	119
4.2.5 Dimensión: Información institucional	120
4.3 PRUEBA DE NORMALIDAD	121
4.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS	123
4.4.1 Hipótesis General	123
4.4.2 Hipótesis Secundarias	124
3.6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	130

<b>CONCLUSIONES</b>	134
<b>RECOMENDACIONES</b>	135
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	137
<b>ANEXOS:</b>	141
- ANEXO 1: Matriz de Consistencia	142
- ANEXO 2: Encuesta para medir la variable: Conocimiento sobre consentimiento informado.	144
- ANEXO 3: Encuesta para medir la variable: Aplicabilidad hospitalaria	147

## RESUMEN

La presente investigación es titulada: CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU APLICABILIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO, CHOSICA, AÑO 2015. El consentimiento informado refleja el respeto por la autonomía y derechos del paciente, que sin embargo no se toma en consideración en la aplicabilidad hospitalaria, constituyéndose en un problema relevante que los usuarios externos manifiestan, siendo el objetivo fundamental de la presente investigación determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital “José Agurto Tello”, Chosica- 2015, con la finalidad de recomendar acciones relevantes que se deben considerar dentro del proceso de atención del paciente. Se trabajó con el enfoque cuantitativo, la investigación es de tipo sustantiva, con diseño descriptivo. La muestra que se consideró para el estudio fue de 377 pacientes, aplicamos dos encuestas de 15 ítems cada una y con alternativa de tipo Likert. Se llegó a la conclusión que existe una correlación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital “José Agurto Tello”, Chosica- 2015, con una correlación de Pearson = 0,235\*\* (correlación positiva débil) y el valor de  $P = 0,000 < 0,05$ . Sin embargo todo el personal del hospital debe explicar con mayor claridad a todos los pacientes acerca del consentimiento informado a fin de evitar todo tipo de contratiempos.

**Palabras clave:** Consentimiento Informado, aplicabilidad hospitalaria, autorización judicial, negación, legislación, información a familiares, información institucional.

## ABSTRACT

This research is titled: KNOWLEDGE OF INFORMED CONSENT AND HOSPITAL APPLICABILITY, HOSPITAL JOSEPH AGURTO TELLO, CHOSICA, 2015. The informed consent reflects respect for the autonomy and rights of patients, which however is not taken into consideration in the applicability hospital, becoming a major problem that external users report being the primary objective of this study to determine the relationship between knowledge on informed consent and hospital applicability in the José Agurto Tello Hospital, Chosica- 2015, in order to recommend relevant actions to be considered in the process of patient care. S and worked with the quantitative approach, research is substantively type, with descriptive design. The sample was considered for the study was 377 patients, we apply two surveys of 15 items each and Likert alternative. It was concluded that there is a significant correlation between knowledge on informed consent and hospital applicability in the José Agurto Tello, 2015 Chosica- Hospital, with a Pearson correlation = 235 \*\*; (Weak positive correlation) and the value of  $P = .000 <, 05$ . However all hospital staff should explain more clearly to all patients about informed consent in order to avoid any mishaps.

**Keywords:** Informed Consent, hospital applicability, judicial authorization, denial, legislation, family information, institutional information.

## INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de Investigación lleva por título CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU APLICABILIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO, CHOSICA AÑO 2015, para optar el grado de Doctor en Administración.

Con el transcurrir del tiempo y en especial en los últimos lustros, la medicina se orienta cada vez más al respeto a la vida y al logro de la más alta calidad de la misma fundamentándose en el reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la integridad de la persona.

El Consentimiento Informado cuyo origen se ha dado principalmente en los Estados Unidos; pese a la gran acogida de la bioética moderna, aún hoy se observa, una relación médico-paciente construida con bases de un modelo paternalista, donde el profesional de la salud aún toma las decisiones por el paciente, el consentimiento informado como parte de las obligaciones de los galenos así como parte de los derechos del paciente es reconocido por la humanidad; sin embargo existe desconocimiento en la información relacionado al consentimiento informado por parte de los profesionales de la salud y también por parte de los pacientes, hecho que con frecuencia, se utiliza como

justificación de una serie de abusos por ambas partes de dicha relación; muchas personas ven en el procedimiento para el Consentimiento Informado una garantía de tutela jurídica para el médico, y no para el enfermo, como también el extremo para los pacientes y muchos legos en la que los profesionales de la salud deben explicar todo lo que hacen, como si no fueran profesionales, titulados, recertificados y habilitados para el ejercicio de la profesión.

Los pacientes así como sus familiares en esta revolución de las tecnologías de la información, están mejor informados acerca de los asuntos médicos así como de la salud en general y quieren participar en la toma de decisiones, esta realidad se produce en países desarrollados y en las esferas socioeconómicas medias y altas de nuestro país; la población con menor nivel educativo, que está ligado de manera intrínseca al nivel de pobreza, accede a los servicios de salud públicos (Ministerio de Salud) en mayor porcentaje, muchas veces considerados incapaces de comprender adecuadamente el significado de este proceso.

En la institución dependiente del Ministerio de Salud existen estudios donde hay una gran insatisfacción de los usuarios externos en relación a la atención que se realizan en los diferentes servicios; se evidencia entonces que el mercado de la salud es imperfecto, es difícil lograr un equilibrio o máximo beneficio social por las interacciones de las fuerzas del mercado, resulta incongruente que en un Hospital del Ministerio de Salud, en un país en desarrollo como el nuestro, ocurra una falta de información del consentimiento informado en relación a los derechos que tienen los pacientes por parte del estado en general y de las instituciones de salud en particular.

La investigación va a permitir conocer la situación actual del nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado que tienen los pacientes que acuden a los diferentes consultorios de los servicios finales del hospital, siendo este proceso fundamental dentro de la bioética moderna y reflejando indirectamente la situación de la futura relación médico-paciente.

La estructura de la tesis ha sido concebida en cuatro capítulos, siendo la investigación de tipo sustantiva y de nivel descriptivo correlacional realizándose

encuestas en una población muestral de 377 pacientes que acudieron a consulta en la institución de salud.

El autor.

## CAPÍTULO I

### PLANTEAMIENTO METODOLÓGICO

#### 1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

**El consentimiento informado** como parte de las obligaciones de los profesionales de la salud así como parte de los derechos del paciente es reconocido por la sociedad; sin embargo existe desconocimiento en la información del consentimiento informado por parte de los profesionales de la salud así como por parte de los pacientes, hecho que con frecuencia se utiliza como justificación de una serie de abusos por ambas partes de dicha relación; muchas personas ven en el procedimiento para el Consentimiento Informado una garantía de tutela jurídica para el profesional de la salud, y no para el enfermo, como también el otro extremo para los pacientes y muchos legos en la que los médicos deben explicar todo lo que hacen, como si no fueran profesionales, titulados y habilitados para el ejercicio de la profesión.

En el país del **Ecuador** en relación al Consentimiento informado requiere de un marco jurídico que regule y garantice el derecho de cada ciudadano a acceder a un servicio de salud óptimo y basado en la calidad así como en la excelencia por lo mismo relacionado a la implementación adecuada del consentimiento informado, es responsabilidad estatal y social impulsar las medidas pertinentes para que se adopte por parte del poder legislativo los cambios necesarios a fin de plasmar esta meta, los ciudadanos piensan que existe una práctica médica dolosa, que no se encuentra adecuadamente regulada en el Ecuador.

La mala praxis es definida como toda acción médica que es errada de acuerdo a la opinión que emiten los expertos médicos, dejando a un lado la opinión del paciente o de sus allegados, estamos ante mala praxis médica al momento en que la actuación del facultativo médico es inadecuada, es decir, el médico no se ajusta a los criterios de la Lex Artis, que son aquellos criterios de actuación adecuada. La Constitución y la Ley Orgánica de Salud en este país están regidas por los principios de equidad, integralidad, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoques de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético; al haber bienes jurídicos afectados, la mala práctica médica debe ser vista como un delito independiente, ya que no solo se afecta el bien jurídico más grande que es la vida, también se está afectando a la integridad física y psicológica de los familiares, incluso a la economía personal, además si nada se hace ahora, las demandas van a seguir creciendo y no se va a poder resolver de una manera eficaz, ya que al no haber un tipo legal específico, la justicia no sabe cómo resolver dejando en la impunidad a las personas que han ido en contra de los bienes jurídicos que protege la Constitución.

Los profesionales médicos tienen ciertos derechos y deberes hacia sus pacientes, de los cuales las obligaciones que encontramos de los sujetos activos son: Confidencialidad o secreto profesional, que se refiere a que la información que sea dada por parte del paciente a su médico debe ser estrictamente confidencial, únicamente debe ser conocida por el médico tratante, la obligación de dar una información clara y verdadera se refiere a que el galeno de todas las alternativas

posibles para salvar al médico siempre y cuando ese sea su fin, salvaguardar la vida del paciente; así mismo, el consentimiento informado del paciente es una obligación fundamental porque es el paciente quien va a someterse al tratamiento, y por lo tanto es él quien debe conocer los riesgos y posibilidades de éxito en el tratamiento que se le quiera aplicar. El sujeto pasivo en esta práctica es entonces el paciente; sin embargo, al estar hablando de mala práctica médica que produce la muerte en el paciente, los sujetos pasivos vienen a ser los familiares del fallecido.

Los profesionales médicos y pacientes tienen derechos y obligaciones que cumplir, se produce una relación bilateral que exige de ambos ciertas actitudes recíprocas, como se da en el caso de los contratos, existe un contrato en donde el médico se compromete a prestar sus servicios, y el paciente debe pagar por los servicios brindados; como en todo contrato, las partes tienen deberes y obligaciones, así mismo, el médico tiene responsabilidades directas, compartidas y solidarias en las intervenciones que realiza pero también tiene responsabilidades médicas contractuales y extracontractuales. La normativa que regula la profesión médica es la Ley Orgánica de la Salud, Ley de los Derechos y Amparo al Paciente, y el Código de Ética Médica, entre otras; sin embargo esta normativa se enfoca en que el profesional de la salud se mantenga dentro del margen para realizar un buen trabajo, más no para sancionarlo en caso de que tenga una conducta contraria a lo que han señalado las reglas del juego; así mismo, las sanciones que encontramos hacia los médicos, son sanciones básicamente administrativas, donde ocasionalmente se actúa con fraternidad profesional. La justicia en el caso de la mala práctica médica persigue el delito de homicidio inintencional, lo que contradice los avances del Derecho Penal que tiende a tipificar los actos de una manera para que no exista vacíos y lagunas en las normas legales por lo mencionado, existe la necesidad de un marco legal que regule este tipo de actividades, además de que también el Estado brinde mayor seguridad y mayor control en cuanto a las casas de Salud, esa al parecer es la opinión de los abogados y fiscales, es decir opinión directamente relacionada por los legos con desconocimiento de la enfermedad por

lo que es probable que los resultados fueran totalmente diferentes si se hubiera realizado estas preguntas a los profesionales de la Salud.

En el país de **México** la relación del paciente hospitalizado con la satisfacción del paciente en el cuidado de enfermería es un indicador de calidad, por lo que es importante considerar la relación que existe entre factores individuales del paciente hospitalizado (edad, sexo, número de hospitalizaciones y duración de la estancia) y la satisfacción con el cuidado de enfermería.

De acuerdo a los resultados de la Segunda Encuesta Nacional de Satisfacción del Usuario con los Servicios de Salud, el 62% de los usuarios que reciben atención refiere que los servicios de salud son deficientes y de mala calidad (Programa Nacional de Salud 2001-2006), se señalan además problemas como: baja garantía de calidad, baja satisfacción con la calidad de los servicios, incremento de las quejas por hostigamiento, falta de respeto y maltrato de los usuarios; ante este problema las diferentes autoridades del Sistema Nacional de Salud (SNS), iniciaron acciones para mejorar la calidad de atención, a través de la implementación de estrategias de mejoramiento continuo, una de estas estrategias es la Cruzada Nacional por la Calidad, proyecto a cargo de la Secretaría de Salud de México que establece el garantizar un trato digno a los usuarios, proporcionar información completa, veraz, oportuna y susceptible de ser entendida por el paciente, respeto a los derechos humanos y a las características individuales de la persona y la satisfacción del paciente con la atención, las opiniones de quienes reciben el servicio son esenciales ya que permiten establecer un contacto entre consumidores y proveedores, esta tendencia de participación activa del consumidor es opuesta a la visión del consumidor como recipiente pasivo del servicio, ya que para competir exitosamente en el mercado de cuidado a la salud orientado al consumidor, los proveedores del cuidado deben evaluar los resultados de sus servicios, incluyendo la satisfacción del paciente.

La satisfacción del paciente ha demostrado ser importante para la adherencia al tratamiento y a la continuidad en el uso de los servicios de salud, se evidencia que los pacientes perciben que las enfermeras les proporcionan información insuficiente acerca de su tratamiento, que no se les da información cuando la necesitan y que no reciben una explicación adecuada de lo que a ellos les pasa como pacientes.

Se puede apreciar que a mayor edad del paciente hospitalizado mayor satisfacción con el cuidado de enfermería, por lo tanto se evidencia que los pacientes jóvenes otorgan puntuaciones más bajas de satisfacción con el cuidado de enfermería, además señalan a este grupo como los más exigentes o quienes exigen calidad en el servicio, no se considera que los pacientes del sexo masculino presenten medias más altas de satisfacción con el cuidado de enfermería, los pacientes refieren que el personal de enfermería no cumple con sus expectativas cuando les explica sobre pruebas o procedimientos, asuntos que les pasarían relacionados a su diagnóstico, no escuchan lo que el paciente quería decirles y no utilizaban lenguaje adecuado que el paciente pudiera entender.

**En nuestro país**, sobre el consentimiento informado y la enfermedad específicamente en Lima cercado, ningún ser humano está exento enfermar en algún momento de su vida o de estar expuesto a accidentes, llevándolos a situaciones indeseables, con respuestas diferentes de acuerdo a su naturaleza, agravado por el hecho frecuente de no estar preparados para afrontar tales contingencias frente a estos problemas del final de la vida existe un dilema: La Indicación de No Reanimar o de Limitar el Esfuerzo terapéutico.

Normalmente existe el proceso de muerte relacionado a enfermos portadores de lesiones y/o enfermedades con daño neurológico irreversible, que como parte de la experiencia diaria se trata en los servicios de emergencia de los hospitales y clínicas, el problema del final de la vida es una parte importante de la experiencia del neurocirujano, por que tratan enfermos neurológicos clínicos y neuroquirúrgicos en los servicios de emergencia continuamente, así como los médicos de otras

especialidades que atienden enfermos con grave deterioro en algún órgano, y que finalmente va implicar en el deterioro de la conciencia, entonces la especialidad generalmente es consultada, con la finalidad de tratar de mantener al enfermo en estado de vigilia, considerando el bienestar de los familiares; pero lamentablemente muchos de los enfermos presentan dolor y son los propios familiares quienes desean que sus enfermos no sufran, por lo cual se hace necesario sedarlos, alterando de esta forma también su conciencia. Si estos enfermos se encuentran con daño neurológico irreversible es importante dar a conocer una opinión médica; pero esta concepción ética y científica debe estar basada en la experiencia de la medicina y no en un a priori, pues intrínsecamente estamos llevando un consejo fundamentado más que una idea personal a un enfermo en vigilia y/o a los familiares que tienen el libre albedrío en su decisión sobre un enfermo que no es sujeto de recibir tratamiento quirúrgico porque no contribuiría en su mejoría puesto que no se puede revertir la inestabilidad de sus funciones vitales y que podría presentar paro cardiorrespiratorio en cualquier momento o de la persistencia en algún tratamiento podría condicionar un estado vegetativo o muerte cerebral; de allí la importancia de la explicación de los médicos, que deben tener en cuenta el entendimiento así como la comprensión de los familiares responsables del enfermo y que deberán tomar una decisión, como podría ser que el enfermo no sea reanimado en caso de un paro cardiorespiratorio, así como de limitarse el esfuerzo terapéutico, con responsabilidad, que evite problemas anímicos y/o medico legales posteriormente.

En la mayoría de veces se observa que, cuando un enfermo se encuentra con daño neurológico irreversible y al no considerarse una opción quirúrgica, consecuentemente trae un deterioro en las relaciones entre los familiares y los médicos, así como con el personal de salud; es importante entonces un consentimiento informado por escrito con copia; se percibe además que familiares y amigos considerados no responsables legales de los paciente, intentaban liderar las entrevistas con los médicos, traduciendo sus concepciones propias en opiniones muchas veces equivocadas, creando desconcierto en los familiares responsables y

un estado de inestabilidad emocional, que conducía a situaciones nada propicias para el equipo de salud responsable.

En relación a los centros a donde serán derivados los enfermos, la distancia, las vías de transporte, de comunicación, la tecnología médica con que cuentan las ambulancias y los centros médicos, así como la especialización de los médicos y del personal de salud de los centros de referencia para tratar los problemas en mención, debe tomarse en cuenta desde ya por nuestra población, aprendiendo a diferenciar lo que podría ser en un futuro o de sus familiares la atención o no de una emergencia, de allí la importancia del conocimiento previo para la toma de las decisiones y del conocimiento de la existencia de la voluntad adelantada.

En la situación de voluntad anticipada, frente a un enfermo con daño neurológico irreversible confirmada por imágenes, no sujeto a recibir tratamiento quirúrgico y de acuerdo a su evolución podría presentar paro cardiorrespiratorio, las personas solicitan a los médicos tratantes: 1. No ser reanimados, lo mantengan con lo necesario y confortable, sin extremar medidas: En el rol de enfermo 104 (41,43%), mientras que deben ser reanimados: 52 (20,17%), 2. Solicitan la Eutanasia: En el rol de enfermo: 59 (23,50%). 3. En la situación de voluntad anticipada, las personas frente al Consentimiento Informado de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo Terapéutico, deciden: Firmar y aceptar la responsabilidad: En el rol de enfermo: 170 (67,72%), sin embargo firmarían pero culparían a los médicos si sucediera algo: 6 (2,39%). Existiendo la posibilidad de no firmar y estar a la expectativa para ver qué sucede: 34 (13,54%), encontrándose un grupo que no firmaría y culparía a los médicos tratantes: 5 (1,99%).

En Lima cercado en relación al consentimiento informado, este debe reflejar el respeto por la autonomía y derechos del paciente, es un inconveniente que los profesionales médicos e internos de medicina no conocen realmente como procedimiento, la práctica médica dedicada a la promoción de salud, prevención de enfermedades, recuperación del enfermo y a los procesos de rehabilitación, debe desarrollarse en el contexto de crear una relación con el paciente, basada en el

respeto a su condición de persona, el humanismo médico y los principios éticos fundamentales; es decir, se debe construir una adecuada relación médico-paciente.

El consentimiento informado no sólo está destinado a promover la comprensión de los pacientes, sino que también permite a los pacientes la oportunidad de negarse a las intervenciones no deseadas; por lo tanto, el concepto debe entenderse tanto aceptar el consentimiento informado como la negativa. A pesar de su importancia, el proceso de consentimiento informado en la práctica clínica es, con frecuencia, inadecuado puesto que ha demostrado que la comprensión del paciente de los elementos claves del consentimiento informado es, a menudo, pobre; además, los pacientes recuerdan poco u olvidan la información fundamental en cuanto a su diagnóstico y tratamiento. Durante sus estudios del profesional de la salud, se inculca la importancia del conocimiento científico dentro del rol de cuidador y sanador de pacientes, pero no se enseña acerca de la importancia de ver a los pacientes satisfechos con las decisiones tomadas por haber sido considerados en las mismas.

En el aspecto tradicional se da el caso que algunos médicos en relación al consentimiento informado lo utilizan como una cuestión de rutina, burocrática o administrativa tanto en centros de tratamiento y de investigación; es un problema relevante de la bioética moderna, que los médicos, y aún más los futuros médicos, como son los señores internos de medicina, no conocen realmente, su concepto, objetivos, fundamentos y forma de aplicación, por ello este proceso, se reduce a una narración seguido por la firma; se deduce que casi la mitad de los señores internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanza nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica, no existiendo relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y el género de los internos de medicina, y hasta el momento el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado respecto al tipo de universidad es de nivel alto (64%) el de universidad pública mientras que un (36%) es de una universidad privada.

**En el Hospital José Agurto Tello** de Chosica con Nivel II – 2, se considera que la relación entre el médico y el paciente es uno de los aspectos de la Medicina que ha sufrido más cambios en los últimos años, las cosas han variado mucho, uno de los aspectos más innovadores lo constituye precisamente el Consentimiento Informado. Si se considera, al gremio médico, la mayoría ve el Consentimiento Informado como un requisito previo a cualquier intervención de cierta envergadura, requisito que ha sido impuesto por la presión judicial a la que están siendo sometidos, cada vez con más frecuencia; sin embargo si se hiciera una encuesta a la población general sobre lo que entienden por Consentimiento Informado, quizá alguno de los entrevistados, si tuvo una intervención quirúrgica responderá que consiste en un cuestionario que hay que firmar antes de ser operado y, de este modo, descargar la responsabilidad al galeno y a la institución de salud; el problema entonces estaría en la falta de información del consentimiento informado, esta figura que de por sí se podría entenderse como un avance positivo en la relación médico-paciente, introducido en la práctica desde la esfera liberal de pensamiento ético; con frecuencia, se utiliza el Consentimiento Informado como justificación de una serie de abusos por ambas partes en dicha relación, muchas personas ven en el proceso del Consentimiento Informado una garantía de tutela jurídica básicamente para el médico, y no para el enfermo, como también el otro extremo para los pacientes y muchos legos en la que los médicos deben explicar todo lo que hacen, cómo lo hacen y, si no lo hacen, por qué no lo han hecho, pero podrían haberlo hecho, etc., como si no fueran profesionales titulados, habilitados para el ejercicio de la profesión, y a menudo especialistas; ahora todos deben dar motivos de lo que hacen, la profesionalidad ha dejado de existir. Ahora se refleja la actitud de un gran número de médicos que ven el Consentimiento Informado como una manifestación de la pérdida de confianza en la relación médico-enfermo, como una intromisión del derecho en un campo que hasta hoy día era competencia normativa de los Colegios profesionales.

Una noticia relacionada a salud, nos permitía conocer de que estaba siendo procesado judicialmente un profesional médico por no haber solicitado el Consentimiento Informado a un paciente al que se había operado, y que falleció posteriormente por diversas complicaciones; se especifica que el proceso no es por el exitus letalis, pues estaba enmarcado dentro del riesgo de ese tipo de intervenciones, sino que se solicitaba la condena por no haber informado al paciente de dicho riesgo y no haber solicitado su consentimiento; el progresivo aumento de la presión judicial dentro del campo de la salud ha llegado con frecuencia, en nuestros días, de la mano del Consentimiento Informado, y es precisamente en base a este proceso, por donde hoy día se cometen los principales abusos en el trato médico-paciente como decía antes por ambas partes; existe entonces un progresivo protagonismo que ha ido adquiriendo la figura del Consentimiento Informado en la práctica de la medicina hoy día debiendo ser algo útil y bueno en cuanto idea teórica, encuentra diferentes problemas y soluciones en la aplicación práctica, según el modelo de relación médico-paciente en el que nos encontramos.

En la institución dependiente del Ministerio de Salud existen estudios donde hay una gran insatisfacción de los usuarios externos en relación a la atención que se realizan en los diferentes servicios; se evidencia entonces que el mercado de la salud es imperfecto, es difícil lograr un equilibrio o máximo beneficio social por las interacciones de las fuerzas del mercado, resulta incongruente que en un Hospital del Ministerio de Salud, en un país subdesarrollado como el nuestro, ocurra una falta de información del consentimiento informado en relación a los derechos que tienen. El usuario externo o los pacientes hospitalizados no tienen una oportunidad adecuada de conocer o identificar mejor la información recibida, esto mismo hace que el Hospital como institución de salud no se fortalece por falta de reconocimiento de las áreas especializadas que a su vez administrativamente causa que los indicadores hospitalarios en las diferentes áreas sean negativas que con mecanismo de feed-back provoca que los médicos asistentes altamente especializados no se desarrollen adecuadamente según su especialidad.

Dado el contexto señalado, se debe verificar la real capacidad en generar espacios para el ejercicio de los derechos ciudadanos, si se considera la Salud Pública, esto también tiene su impacto puesto que afecta principalmente a la población enferma y en ellos especialmente al adulto mayor, población etarea muy vulnerable en la salud; afecta también al grupo de trabajadores profesionales (médicos y personal paramédico especializado) quienes están preparados para realizar adecuadamente las atenciones sanitarias técnicas que la población necesita.

## **1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.2.1. DELIMITACIÓN ESPACIAL**

El trabajo de investigación se desarrolló en el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica con nivel II – 2 perteneciente al Ministerio de Salud que se encuentra ubicado en el distrito de Lurigancho Chosica, Provincia de Lima, Departamento de Lima, a 640 metros sobre el nivel del mar y a 3 horas del centro de la ciudad capital.

### **1.2.2. DELIMITACIÓN SOCIAL**

El presente estudio se desarrolló con los pacientes del Hospital José Agurto Tello de Chosica MINSA por lo que tiene un gran impacto en la salud pública, afectando principalmente a la población enferma y en ellos especialmente al adulto mayor, población etaria muy vulnerable en la salud. Afecta también al grupo de trabajadores profesionales (médicos y personal paramédico especializado) quienes se encuentran preparados de manera técnica para las atenciones que la población usuaria necesita.

### **1.2.3. DELIMITACIÓN TEMPORAL**

Se ha delimitado para la investigación del estudio, a realizarse durante los meses de junio a diciembre del 2015.

#### 1.2.4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL

El **Consentimiento informado** es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en una atención o investigación; después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del mismo, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, las alternativas, sus derechos y responsabilidades; el sujeto expresará su consentimiento por escrito o, en su defecto. En el caso de las personas menores de edad o incapaces de dar el consentimiento, el proceso del consentimiento informado éste será otorgado por su representante legal, siempre de manera escrita, y tras haber recibido y comprendido la información mencionada. Sin embargo, cuando las condiciones del sujeto lo permitan, éstos, también pueden dar su consentimiento o negarse a participar en el estudio, después de haber recibido la información pertinente y adaptada a su tipo de entendimiento; el sujeto participante o su representante legal, podrá revocar el consentimiento brindado en cualquier momento, con o sin expresión de causa, y sin que por ello se derive para él responsabilidad ni perjuicio alguno. El texto que consigna el consentimiento informado debe redactarse en castellano, en lenguaje sencillo, práctico, adaptado culturalmente y que evite, hasta donde ello sea posible, el empleo de términos técnicos y científicos, para asegurar la comprensión adecuada de la información que se suministra.

**El Paciente**, se le denomina a la persona que se encuentra en un establecimiento de atención de la salud por razones de diagnóstico o tratamiento, su estadía como paciente comienza el día que lo admiten formalmente en el hospital con una orden del médico hasta el día que recibe el alta como, la decisión de internarlo como paciente hospitalizado es una decisión médica compleja que se basa en el criterio del profesional médico y en su necesidad de recibir cuidados hospitalarios necesarios por razones médicas, al encontrarse hospitalizado se consideran ciertas obligaciones hacia los internados como ser tratado con cortesía, respeto por sus valores, creencias, preferencias culturales, psicosociales,

espirituales y personales, de igual forma el aprecio por su dignidad personal, pudor y protección de su privacidad así como de la confidencialidad de su información, de igual forma saber quién le está proporcionando los servicios médicos y quién es el responsable de su cuidado, quienes estarán debidamente identificados, tener acceso a tratamiento médico o ingreso al servicio sin importar raza, nacionalidad, religión o discapacidad, acceder a tratamiento para cualquier condición médica de emergencia con riesgo vital que se empeoraría por falta del mismo, recibir información periódica de su médico tratante acerca de su estado de salud, su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, beneficios, riesgos y alternativas terapéuticas, es decir que el equipo de salud cumpla con las normas nacionalmente aceptadas con el objeto de reducir los riesgos de la atención de la atención de salud.

Aplicación hospitalaria, se refiere entonces a la búsqueda del bien o beneficio del paciente.

### **1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN**

#### **1.3.1. PROBLEMA PRINCIPAL**

¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica-2015?

#### **1.3.2. PROBLEMAS SECUNDARIOS**

1. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica-2015?
2. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?

3. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **legislación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?
4. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?
5. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?

#### **1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **1.4.1. OBJETIVO GENERAL**

Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica-2015.

##### **1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica-2015.
2. Señalar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015.
3. Caracterizar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **legislación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015.

4. Describir la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015.

5. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015.

## **1.5. HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.5.1. HIPÓTESIS GENERAL**

Existiría relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

### **1.5.2. HIPÓTESIS SECUNDARIAS**

H<sub>1</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>2</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>3</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **legislación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>4</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>5</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

### **1.5.3. VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)**

- Variable (X)

Conocimiento sobre el consentimiento informado

- Variable (Y)

Aplicabilidad hospitalaria

**Tabla N° 1**

**Variables, dimensiones e indicadores**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSION</b>	<b>INDICADORES</b>
<b>CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO</b>	Manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente de aceptación a un procedimiento luego de haberse informado del mismo y habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente	- Firma	- Procedimiento - Obtención
		- Objetivo del procedimiento	- Objetivo - Información adecuada
		- Sistema de referencias	- Capacidad resolutive
		- Autonomía	- Autorización
		- Confidencialidad.	- Confidencial - Socializado por la familia
<b>APLICABILIDAD HOSPITALARIA</b>	Se refiere a la búsqueda del beneficio del paciente, que es el sujeto que recibe los servicios de un profesional médico.	- Autorización Judicial	- Disposición judicial
		- Negación	- Rechazar el procedimiento
		- Legislación	- Práctica médica regulada
		- Información a Familiares	- En caso de menores de edad y enfermos mentales corresponde al familiar darle la información
		- Información Institucional	- Información sobre consentimiento informado

## 1.6. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.6.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

#### a) TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es **sustantiva** porque describe y explica el fenómeno, es decir nos permite el conocimiento de la realidad para identificar principios y leyes, a fin de propiciar políticas de acción que promuevan cambios en dicha realidad.

#### b) NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Según Supo J. (2013), los niveles de investigación están en concordancia con la línea de investigación en relación con el análisis estadístico así como con los objetivos por lo que consideramos:

**Nivel descriptivo:** Porque en la investigación se describirán las características sociales sobre la información del consentimiento informado que tienen los pacientes hospitalizados en el Hospital José Agurto Tello de Chosica con la finalidad de describir y/o estimar parámetros describiéndose las frecuencias y/o promedios y se estiman parámetros con intervalos de confianza.

**Nivel relacional:** Porque demuestra dependencia probabilística entre ambos eventos, es decir entre la información que tienen sobre el consentimiento informado y el paciente hospitalizado. La estadística bivariada nos permitirá hacer asociaciones (Chi Cuadrado) y medidas de correlación (Correlación de Pearson).

## 1.6.2. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

### a) MÉTODO DE LA INVESTIGACIÓN

Según Eyssautier de la Mora M. (2006) señala que siguiendo el camino de la ciencia, se ha dividido en: Método general, métodos particulares y métodos específicos.

- En relación al Método general de la ciencia se aplicó:

- Análisis
- Síntesis
- Deducción

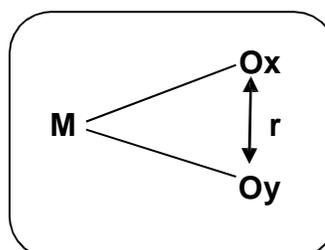
- Y en relación a los Métodos específicos, se aplicó:

- Método estadístico
- Método de la observación

### b) DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación que se utilizó fue el **descriptivo** correlacional.

Esquema:



Dónde:

**M** : Muestra

**Ox** : Es la variable: Conocimiento sobre el consentimiento informado y el instrumento aplicado.

**Oy** : Es la variable: Aplicabilidad hospitalaria y el instrumento aplicado.

**r** : Relación entre las variables. Se aplicó la Correlación de Pearson

### **1.6.3. POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **a) POBLACIÓN**

El universo de estudio son: Los pacientes que se atienden en los diferentes servicios de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Traumatología, Ginecología, y Obstetricia, que hicieron un total de 18,350 pacientes en el año 2014 en el Hospital José Agurto Tello de Chosica.

#### **b) MUESTRA**

Cálculo del tamaño muestral: El tamaño de la muestra se calculó considerando una variabilidad como proporción esperada de las características en la atención el 50 %, el margen de error a emplear será el 5 % y el nivel de confianza considerado: 95 % = 1,96.

$$n = \frac{Z^2 p q N}{e^2 (N - 1) + Z^2 p q}$$

Reemplazando los valores en la fórmula:

$$n = \frac{(1,96)^2 (0.50) (0.50) (18350)}{(0.05)^2 (18350 - 1) + (1.96)^2 (0.50) (0.50)} = \frac{17623.34}{46.83}$$

$$n = 376.32 \text{ entonces } n = \mathbf{377}$$

En donde:

n: Tamaño de la muestra

Z: Desviación estándar en la distribución normal, que produce el nivel de confianza deseado.

pq: Proporción de la población que posee la característica de interés

e: Error o diferencia máxima entre la media muestral y la media poblacional.

Según el cálculo obtenido el tamaño de muestra requerido es: **377** pacientes que reciben atención en los servicios del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

### Unidad de análisis

Una persona atendida en los servicios principales del Hospital José Agurto Tello de Chosica.

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes que se encuentren siendo atendidos en los servicios del hospital José Agurto Tello de Chosica
- Pacientes mayores de 18 años

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes con patología psiquiátrica
- Pacientes menores de 18 años
- Pacientes con patología neurológica que impidan expresarse.

## **1.6.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

### **a) TÉCNICAS**

Se aplicó la técnica de la encuesta.

### **b) INSTRUMENTOS**

Los instrumentos aplicados fueron encuestas para ambas variables.

- **Para la Variable Conocimiento del Consentimiento Informado** se elaboró la ficha de encuesta en la que se consideraron cinco dimensiones: Firma, objetivo del procedimiento, sistema de referencias, autonomía y confidencialidad, está conformada por 15 ítems, tuvo por finalidad recoger información acerca del conocimiento sobre el consentimiento informado. La duración de la encuesta, fue aproximadamente 15 minutos.

- **Para la variable Aplicabilidad hospitalaria:** se elaboró la ficha de encuesta en la que se consideraron cinco dimensiones: Autorización judicial negación, legislación, información a familiares e información institucional, está conformada por 15 ítems, tuvo por finalidad recoger información acerca del conocimiento sobre el consentimiento informado. La duración de la encuesta, fue aproximadamente 15 minutos.

#### **1.6.4. JUSTIFICACIÓN, IMPORTANCIA Y LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **a) JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo se realizó considerando que la relación entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y su aplicabilidad hospitalaria en los pacientes, es un problema no percibido por las diferentes gestiones en las diferentes instituciones que realizan prestaciones de salud del ministerio de salud. En la actualidad existen estudios donde hay una gran insatisfacción de los usuarios externos en relación a la atención que se realizan en los diferentes establecimientos de salud en el país.

Se evidencia entonces que el mercado de la salud es imperfecto, es difícil lograr un equilibrio o máximo beneficio social por las interacciones de las fuerzas del mercado, resulta incongruente que en un Hospital del Ministerio de Salud, en un país subdesarrollado como el nuestro, ocurra una falta de información del consentimiento informado.

Se podría entonces buscar actitudes o toma de decisiones en busca de consecuencias sociales positivas, que además permita disminuir los costos económicos por parte de los usuarios.

## **b) IMPORTANCIA**

El estudio resulta siendo importante y pertinente puesto que permitirá identificar la información que tienen los pacientes sobre el consentimiento informado que en la actualidad determinan una baja aceptación sobre la calidad de atención institucional a fin de tener posibilidad de aplicar alternativas de solución, es decir los resultados podrían aplicarse en otras dependencias donde se presenten situaciones similares (existencia de indicadores de calidad deficientes ante una aparente saturación de los servicios).

Al poder delimitar los factores que impiden o limitan un desarrollo óptimo de la institución se pueden aplicar en estudios posteriores alternativas de solución que beneficiarían a:

- 1.- El usuario externo o los pacientes quienes tendrían la oportunidad de conocer o identificar mejor la información recibida.
- 2.- El Hospital como institución de salud porque crecería el reconocimiento de las áreas especializadas.
- 3.- La administración puesto que se mejorarían los indicadores hospitalarios en las diferentes áreas y se obtendría un aumento en los ingresos correspondientes a los recursos directamente recaudados.
- 4.- Los médicos asistentes especialistas quienes se desarrollarían adecuadamente según su especialidad, al aumentar su producción en sus diferentes actividades asistenciales.

## **c) LIMITACIONES**

1. Económica: se plantea la limitación económica debido al hecho de realizar viajes constantes en busca de bibliografía en distintas bibliotecas

universitarias y hospitalarias que requiere de un componente monetario que ha sido superado con el apoyo de nuestras actividades laborales, así como también el apoyo de la familia.

2. Bibliográfica: debido a la estrecha literatura especializada existente en el Perú sobre la información que tienen los usuarios de las instituciones de salud; para la búsqueda de información acerca del tema se revisó tesis relacionadas al consentimiento informado de los usuarios así como bibliografía relacionada a los pacientes hospitalizados que permitió mejorar el panorama informativo.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO FILOSÓFICO**

#### **2.1 FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA**

##### **2.1.1 Génesis de la bioética**

La bioética no tiene bien definido su inicio, se toman hechos históricos relevantes como referencia, por ejemplo la segunda guerra mundial; otros incluyen avances tecnológicos, como el trasplante de órganos o el descubrimiento del genoma humano, y otros más parten de una visión política, social o religiosa, un acontecimiento histórico importante que impulsó el análisis ético en el campo de la salud, fue el Juicio de Nuremberg (1945), realizado por el Tribunal Internacional de

Nuremberg que incluyó acciones contra médicos que experimentaron con seres humanos, dentro de los avances de este proceso se logró, en 1948 la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Según J. Fletcher (1954) en *Moral and Medicine*, manifiesta al parecer por primera vez se separa la visión religiosa de los conflictos ético médicos, un ejemplo claro es su propuesta para el uso de anticonceptivos orales, en una época en que para la ética religiosa esto era inadmisibile.

De acuerdo a Palomo Álvarez J. en su revisión sobre Trasplante cardiaco menciona que, en 1967, con el inicio del trasplante cardiaco por Barnard, en Sudáfrica, fue seguido por un boom en trasplantes en todo el mundo y por el auge de programas de donación de órganos, hechos que motivaron un nuevo planteamiento sobre muerte, vida, ciencia y ética.

Al profesional médico oncólogo holandés Van Rensellaer Potter se le reconoce haber elaborado el neologismo bioética (1970) y haber propuesto las bases para esta nueva disciplina a la que llamó: la ciencia de la supervivencia. Potter postula que la existencia del ser humano no está garantizada, más bien está amenazado por las alteraciones del equilibrio de los ecosistemas y por los avances de la tecnología.

Se le reconoce a A Hellegers la difusión del término bioética, con algunas disyuntivas en la propuesta de Potter, ya que para él no se trata de una nueva ciencia, sino de una rama de la ética clásica, Hellegers funda el Instituto Kennedy, en el que se realizan estudios bioéticos de temas tan polémicos como las enfermedades genéticas, la experimentación humana, los trasplantes de órganos naturales y artificiales, el control de conducta, el aborto, el derecho a la salud y temas relacionados con la muerte.

En la actualidad ocurre el debate bioético; nos referimos al desciframiento del genoma de varias especies vivientes y, en especial, del genoma humano, que abrirá

discusiones en torno a la vida y la reproducción humana, en este tiempo en que la ciencia parece no tener límites, la bioética no se postula como un freno a la investigación; antes bien, se pondera como un valor supremo que debe amalgamar la conciencia imaginativa y creativa del científico, con el deseo de supervivencia y progreso a que tiene derecho la humanidad.

**2.1.2 Definición de bioética:** Según Ramírez N. (2011) refiere que es una palabra relativamente nueva como nombre, pero en realidad es antigua como el hombre mismo en su contenido. Bioética significa ética de la vida o ética de la Biología, del griego Bios, vida y ethos, ética, menciona que una de las batallas de la Bioética es determinar a qué clase de vida se refiere o a una vida en particular, debe referirse a todas las formas de vida. Potter usó la palabra, en 1970, en el artículo Bioethics: The science of survival (Bioética: la ciencia de la supervivencia) y lo consolidó, en 1971, en su monografía Bioethics: bridge to the future (Bioética: puente para el futuro). Potter propuso una disciplina intelectual cuyo objeto de estudio formal fuera el problema de la supervivencia de la humanidad que sirviera de puente entre la ética clásica y las ciencias de la vida, vida con su significado más amplio, la definición sencilla de Potter con el tiempo evolucionó hasta tener un carácter pluridisciplinario, desde entonces la Bioética ha ido creciendo como cuerpo teórico y se ha robustecido progresivamente, las definiciones son muchas si se tiene en cuenta que la Bioética según se ha enriquecido, a partir de su enfoque inicial predominantemente bioecológico, con aportes de la Ética, la Medicina, la Filosofía, la Demografía, la investigación experimental en personas y animales, la religión y los derechos humanos.

## **2.2 CORRIENTES FILOSÓFICAS:**

De acuerdo a Escobar E. y Escobar A. (2010), con el tiempo, en nuestra historia, el hombre ha procurado dar valor y sentido a su vida; a partir de diversas observaciones, el ser humano ha generado una visión filosófica que explica su

existencia y la del universo que lo rodea; esta mirada ha tenido su aplicación en la ética, y más tarde en la bioética, la cual trata de unir la ciencia con la vida, no sólo la humana, sino también con todo ser viviente, diversos hechos, avances científicos y tecnológicos han contribuido al nacimiento y desarrollo de la bioética. En la práctica, la bioética se basa en la filosofía y con ella ha generado numerosas corrientes teóricas, entre las que dominan actualmente: el utilitarismo, el universalismo, el personalismo y el principialismo (beneficencia, justicia, no maleficencia y autonomía) siendo el objetivo de la bioética la supervivencia del ser humano y del planeta donde vive.

Existen expresiones variadas en el campo de la bioética actual, cada uno tiene un fundamento sólido, con ideología, discurso y paradigmas bien estructurados, que los hacen diferentes entre sí, esto explica por qué en las discusiones de los comités de bioética hospitalarios, podemos contemplar diversas miradas en torno a un mismo hecho concreto, cuando las personas que analizan ese hecho asumen diferentes posturas filosóficas.

Se describen entonces las escuelas teóricas que más influyen en el pensamiento bioético contemporáneo:

**2.2.1 La Bioética Utilitarista:** Cuyo principio fundamental es el mayor bien para el mayor número de personas. Sobre los valores del individuo están los valores de la sociedad, bajo este enfoque, las decisiones éticas tienen que ver con la utilidad que reportan para la persona, la institución o para la sociedad. Para su aplicación, se requiere previamente de un cuidadoso cálculo del costo-beneficio de las decisiones y los resultados que se obtendrían de su probable aplicación, como ejemplo de la aplicación de la ética utilitarista está la administración de la vacuna contra la influenza AHÍ NI, que en su primera etapa se realiza para el personal médico, paramédico y las vacunas que llegaron en las siguientes semanas se aplicaron a grupos vulnerables. Del hecho anterior se puede concluir que la visión bioética que

sostiene la decisión administrativa es utilitarista, ya que se desea preservar la estabilidad social en medio de una pandemia.

También existe otro aspecto relacionado con el utilitarismo es su asociación con el funcionalismo que señala, por ejemplo, que para ser persona se requiere la capacidad de la conciencia es persona sólo aquel ser humano capaz de realizar actos de razón, luego entonces ni el embrión, ni el anencéfalo, ni el individuo en coma son personas; esta concepción del hombre, seguida de un razonamiento meramente utilitarista, hace que se derive hacia posiciones en las que estaría permitida la eutanasia y el aborto, entre otros que probablemente tomen cada vez más relevancia en la salud pública.

**2.2.2 El Universalismo:** En este caso las decisiones deben considerar la opinión de la mayoría de las personas involucradas en el dilema ético, para hacer objetivo el juicio ético, se deben tomar en cuenta las opiniones subjetivas del mayor número de personas que participan en el problema ético, ante la imposibilidad de llegar a una ética universal, la única posibilidad es el consenso y el contrato social, el consenso es la única fuente de autoridad, pues cualquier otra argumentación es débil, los comités de bioética hospitalaria están inspirados en esta visión, las etapas por las que pasa el debate bioético de un caso incluyen la participación del mayor número de personas, en especial los protagonistas del dilema bioético (médicos, enfermeras, etc.), así como los familiares del niño y representantes de la sociedad, aunque en el seno de la discusión se sostengan diferentes posturas bioéticas, la recomendación final adquiere una forma de consenso.

**2.2.3 El Personalismo:** Donde el eje de todo el debate es la persona y su cualidad de ser digna, sobre los intereses de otras personas o de instituciones y sociedades está el bien último del individuo. El personalismo concibe a la persona como la

unidad que forman el ser inmaterial (alma y espíritu) y el ser material (cuerpo), y acepta su existencia desde el momento de la concepción, a partir de esta perspectiva, el personalismo infiere algunos principios que podrían servir como orientación en la atención médica cotidiana: el respeto a la vida, al cuerpo, a la identidad, dignidad, autonomía, libertad, justicia y a la solidaridad humana, al amparo de esta visión, cualquier niño, sin importar su posición social, asume todos los derechos de los niños y puede exigir, sin importar su situación concreta, la mejor atención médica, en las mejores condiciones de bienestar para su persona, su familia, las instituciones y el estado, tienen la obligación de salvaguardar estos derechos que son inherentes a su cualidad humana.

**2.2.4 El Principialismo:** Según el Observatori de Bioètica i Dret en el informe Belmont (1979), en la actualidad se habla de cuatro principios que se consideran como el núcleo teórico de esta visión: Dos bioeticistas, Beauchamp y Childress, publican, el mismo año que ve la luz el informe Belmont, el libro titulado Principles of Biomedical Ethics, la repercusión de esta obra ha sido tan importante que es difícil encontrar algún autor en este campo que no lo utilice o al menos no la mencione. Beauchamp y Childress insisten en que el fin de la obra no es proponer una nueva teoría moral, sino un sistema para la resolución de casos difíciles que permite el acceso desde distintas posiciones filosóficas, con ello pretenden proporcionar un método sistemático para abordar las cuestiones éticas que se planteen caso por caso, esta forma de analizar los dilemas morales evitaba por una parte la subjetividad y proporcionaba unas orientaciones sobre cómo se debía actuar y además organizaba los casos planteados de forma muy similar a la elaboración clínica de un problema diagnóstico.

En este caso dentro de la categoría de principios prima facie, Beauchamp y Childress, seleccionan cuatro por ser especialmente apropiados en la ética médica: Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia. Estos principios tienen la ventaja de ser compatibles con teorías diferentes, consecuencialistas o

deontológicas. Sin embargo, la aportación de la obra no radica en su fundamento filosófico sino en la aplicación práctica de la teoría de los principios.

**a). El principio de Beneficencia:** Que consiste en ofrecer siempre un bien al usuario de los servicios de salud, el paciente siempre espera que, al llegar a un establecimiento de salud, se le atienda de la mejor manera, por el mejor personal, que se cuente con los mejores equipos y los medicamentos adecuados para su necesidad de salud y que al entrar en el establecimiento de salud, siempre se le ofrezca algo bueno.

La beneficencia no discrimina, procura alcanzar a todos los pacientes, sin importar su edad, sexo, ni el tipo de enfermedad que se padezca, bajo este principio, un establecimiento de salud debe ser contemplado por los niños como la casa de la salud, no como la casa del miedo, lo importante será curar; si esto no es posible, se intentará mitigar el dolor; si esto es imposible, por lo menos debemos consolar.

**b). El principio de Autonomía.** Es la facultad de gobernarse a uno mismo. es la capacidad de tomar decisiones sobre lo que puede suceder con nuestro propio cuerpo, este principio tuvo una emergencia significativa a partir del juicio de Nuremberg, cuando la comunidad médica se dio cuenta hasta dónde puede llegar un investigador cuando, oculto tras el escudo de la ciencia, es cegado por su propio afán científico, la autonomía surge aquí como la voz del que, sin poder hablar, no ha perdido su derecho a ser escuchado; pero, ¿puede un niño, en forma autónoma, decidir sobre el tratamiento que recibirá? Los autores consideran que todo niño, sin importar su edad, tiene el derecho a manifestar su opinión sobre lo que se intenta hacer sobre su cuerpo, algunos lo harán solo con muecas o con llanto, pero los que puedan hablar, tienen el derecho a expresar su opinión y el derecho a ser escuchados de manera formal y comprometida por el personal de salud.

También y de acuerdo con su desarrollo intelectual, al niño se le debe permitir participar en las decisiones diagnóstico terapéuticas que le incumben, en todos los casos, sus padres o tutora adquieren, de manera fiduciaria, el derecho de representarlos en toda toma de decisiones, pero es necesario dar las facilidades para que todos los niños reciban información adecuada a su edad y puedan expresar su opinión, en especial los niños en edad escolar y de manera formal como si fuesen adultos los mayores de 12 años. Este principio propició el nacimiento de la teoría del consentimiento informado, que indudablemente ha transformado la práctica de la medicina.

**c). El principio de No Maleficencia.** Este principio expresa la obligación de no producir un daño de manera voluntaria. *Primum non nocere* (lo primero es no dañar). La declaración es clara; sin embargo, se enfrenta a decisiones polémicas, en especial cuando hablamos de enfermos terminales, en quienes corre peligro la vida o cuando sabemos que el uso de tratamientos y/o procedimientos producirán *per se* algún daño.

**d). El principio de Justicia.** En este caso contempla que todo individuo tiene derecho al trato igualitario como los demás seres humanos, sin importar las condiciones de su vida, de su salud, de sus creencias o de su posición económica. En pediatría, la aplicación del principio de justicia obliga a tratar a las personas como iguales, como dignas del mayor respeto, sin hacer distinciones o diferencias entre uno u otro. Esté amparado por el seguro social del país o no; tenga o no padres, sea un niño de la calle o de una familia integrada; esté limpio o sucio; tengan sus padres dinero o sean pobres, sea el niño delincuente o no, todos tienen derecho a que se les dé el mismo trato médico, la misma oportunidad de hospitalización y de recibir el tratamiento adecuado, por los mejores médicos, en el mejor hospital y en las mejores circunstancias posibles.

En la actualidad en que se vive, los avances científicos y tecnológicos no sólo han modificado el estilo de vida del hombre, también han modificado su entorno y han impactado los sistemas biológicos que lo rodean, estos cambios también han impactado el campo de la salud, con una transformación impresionante en las tasas de morbilidad y mortalidad, así como la esperanza de vida, la terapia actual ha modificado la tradicional historia natural de la enfermedad y ha dado paso a situaciones desconocidas en el proceso salud-enfermedad, que han abierto la puerta a numerosos dilemas éticos.

Entre los principios no deben existir jerarquías o diferencia alguna y esto hace que con cierta frecuencia se presenten conflictos entre los mismos cuando se analiza un caso concreto, en caso de conflicto entre los principios habrá que realizar una ponderación de la importancia de cada uno, según las circunstancias concretas; y mediante la llamada especificación obtener reglas menos indeterminadas, más cercanas al problema moral concreto con la intención de facilitar la decisión moral, el modo de fundamentar este planteamiento se hace mediante la moralidad común, lo que las personas corrientes piensan sobre la vida moral y sus normas.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **3.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **3.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES**

- **Ovalle C.** (2009) en su Tesis titulada: Práctica y significado del Consentimiento Informado en Hospitales de Colombia y Chile para optar el grado de Doctor en Ciencias Sociales en la Universidad de Manizales – Cinde, Colombia llega a las siguientes conclusiones:

En su primera tesis (hipótesis): Si bien el consentimiento informado es una obligación legal, es recomendable concebirlo como una obligación moral. Se introduce una lógica de obligación moral, tanto en la exploración empírica como en la revisión teórica. Se confirmó, además, que todas las enfermeras, médicos y administrativos que fueron entrevistados, tenían conocimiento de la exigencia legal del consentimiento informado, sin embargo, como dato a destacar, no todos los pacientes conocían de la exigencia, y en algunos casos, incluso, de la existencia del mismo.

En su segunda tesis (hipótesis): La práctica del consentimiento informado sólo es posible en una relación médico paciente que concibe el respeto de la autonomía de las personas. Por tanto, se considera importante, profundizar en la ética post convencional, que, según los estudios citados, es posible mediante un proceso de comunicación oral, similar al consentimiento informado, con el cual se piensa avanzar en el reconocimiento del respeto de la autonomía de las personas. No siendo, el único camino posible, se recomienda profundizar en las estrategias dialógicas, o considerados procedimientos que, además de favorecer el diálogo, propician el reconocimiento y respeto de los deseos y expectativas de los pacientes.

En su tercera tesis (hipótesis): El enfoque de derechos es una perspectiva adecuada en la explicación y cumplimiento del consentimiento informado. Con los hallazgos del estudio, se puede concluir que el bien jurídico que se pretende defender con el consentimiento informado, es un abanico de libertades y derechos que comparten como núcleo central la dignidad humana: tales como: autodeterminación, intimidad, confidencialidad, veracidad, atención médica, rechazar una intervención; y dice es posible concluir, que la lógica de los derechos humanos en la salud, como se ha podido evidenciar, en otros estudios<sup>23</sup>, garantiza una mayor conciencia en los usuarios y pacientes en los componentes de la salud y una mirada distinta de las personas a los deberes del Estado y de los mismos servicios de salud.

- **Gavilanes C.** (2011) en su tesis titulada: Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica para optar el grado de Abogado en la Universidad de Quito, Ecuador, menciona que el objetivo de este documento es demostrar la necesidad de creación de una normativa específica que cubra todo lo relacionado a la práctica médica ya que para tener derecho a un reclamo, es necesario en primer lugar identificar al autor del daño, seguido por la presencia del daño objetivo. En el caso de la mala práctica médica, el sujeto activo no es cualquier persona capaz, es tan solo el profesional médico, ya que su conducta está regida con mayor responsabilidad, debiendo realizar sus actuaciones con mayor previsión, diligencia y su necesario deber de cuidado, además de apegarse a las normas y códigos de ética médica.

Entre las obligaciones que encontramos de los sujetos activos son: Confidencialidad o secreto profesional, que se refiere a que la información que sea dada por parte del paciente a su médico debe ser estrictamente confidencial, únicamente debe ser conocida por el médico tratante. El sujeto pasivo en esta práctica es sin duda el paciente, sin embargo, al estar hablando de la mala práctica médica que produce la muerte en el paciente, los sujetos pasivos son los familiares del difunto.

Dentro de los sujetos encontramos a los activos, que son los médicos y profesionales de la salud, y a los pasivos, que son los pacientes, y en ciertas ocasiones familiares. Como en todo contrato, las partes tienen deberes y obligaciones. Así mismo, el médico tiene responsabilidades directas, compartidas y solidarias en las intervenciones que realiza.

El Ecuador es uno de los pocos países en donde la mala práctica médica no es un delito independiente, es decir, en donde no encontramos normativa única sobre la práctica médica, llevando a resolver casos de manera muy superficial y de varias formas. En este país podemos observar que la justicia, en el caso de mala práctica médica, persigue el delito de homicidio inintencional, lo que contradice a los avances del Derecho Penal, ya que el Derecho Penal se encarga

de tipificar todo tipo de acto para que no se cree una falencia y vacío dentro de las normas. En el Ecuador existe normativa que faculta al galeno a ejercer su profesión de manera responsable. En el Ecuador la normativa que regula la profesión médica es la Ley Orgánica de la Salud, Ley de los Derechos y Amparo al Paciente, y el Código de Ética Médica, entre otras. Sin embargo esta normativa se enfoca en que el profesional de la salud se mantenga dentro del margen para realizar un buen trabajo, mas no para sancionarlo en caso de que tenga una conducta contraria a lo que han señalado las reglas del juego.

Así mismo es necesaria la creación de una norma específica, pues pueden existir supuestos en donde encontremos un mala práctica producida con intención. A pesar de que el ordenamiento jurídico ecuatoriano garantiza una prestación médica eficiente y de calidad, no podemos encontrar sanciones concretas en contra del profesional de la salud que lesiona los bienes jurídicos fundamentales del paciente como es la vida, debido a su accionar irresponsable.

Finalmente, en la investigación de campo aprecia la necesidad de que exista un marco legal que regule este tipo de actividades, además de que también el Estado brinde mayor seguridad y mayor control en cuanto a las casas de Salud. Esta encuesta fue realizada a abogados y fiscales, con el fin de conocer que piensan ellos en cuanto a la normativa entorno a la práctica médica. Se cree que los resultados obtenidos de esta encuestan fueran totalmente diferentes si se hubiera realizado estas preguntas a profesionales de la Salud.

- **Calvopiña W.** (2009) en su tesis titulada: *Presupuestos teórico-doctrinales que fundamentan la exigencia de responsabilidad jurídica civil al médico en Ecuador*, para optar el grado de Abogado en la Universidad Técnica de Cotopaxi, Ecuador llega a las siguientes conclusiones:

1. La responsabilidad civil en la actualidad ha cedido espacio de análisis a la responsabilidad profesional. Los análisis realizados en este material nos permiten concluir que la responsabilidad civil del médico, es la obligación de naturaleza contractual o extracontractual que este asume al causar daños al paciente como consecuencia de su actuar mediando algún género de culpabilidad en el ejercicio de su profesión. Así, constituye la teoría subjetiva o espiritualista, el fundamento para la apreciación o exigencia de esta al médico.

2. La *lex artis ad hoc* y el consentimiento informado, constituyen pilares básicos en la apreciación de responsabilidad civil para el médico. Estos institutos jurídicos encuentran desarrollo en mayor o menor medida en nuestro ordenamiento jurídico.

3. El Código Civil ecuatoriano no regula la institución de la relación jurídica como centro del Derecho Civil, lo que dificulta la determinación de la naturaleza jurídica atribuible al vínculo que se establece entre el médico y el paciente, y a partir de ahí los caracteres de la responsabilidad jurídica civil que se deriva del actuar culposo de un galeno, que ocasione daño a una persona.

4. La responsabilidad jurídica civil del médico en Ecuador tiene carácter subjetivo y puede ser contractual o extracontractual, en dependencia de la naturaleza privada o pública de la entidad que preste el servicio de salud; no obstante, en todo caso le son aplicables las normas contenidas en la Constitución en su artículo 54 y el Código Civil patrio ubicadas en el Libro IV: De las obligaciones en general y de los contratos.

- **Córdova C.** (2008) en su tesis titulada: *El ejercicio de los derechos de las personas a través del sistema integral de atención ciudadana* para optar el grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas en la Universidad de Chile menciona que el estudio se fundamenta en la existencia que en Chile todavía existen situaciones de vulneración de los derechos ciudadanos. Ante dicho contexto, esta

investigación diagnóstica el grado de adecuación del Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC), implementado en los servicios públicos como herramienta de gestión para facilitar el ejercicio de estos derechos. Luego, sobre la base de este diagnóstico, propone iniciativas de mejoramiento.

De esta investigación se concluye que el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC) ha logrado que en Chile la ciudadanía cuente con diversos canales (oficinas de información, portales en internet, call centers, etc.) para acceder a productos y servicios que provee el Estado, y que son la expresión concreta del ejercicio de sus derechos. También se han desarrollado instancias de promoción de algunos de estos derechos a través del uso de medios de difusión de diversa índole, de acuerdo a los recursos y cobertura de sus servicios. Sin embargo, en general el estudio revela que existe cierta debilidad institucional en los mecanismos de exigibilidad de los derechos ciudadanos. Un número significativo de instituciones públicas cuenta con prácticas burocráticas que dificultan el ejercicio de algunos derechos a través de los procesos y rutinas que se realizan para la provisión directa de servicios. Parte de estas dificultades tienen su explicación en la aplicación parcial de las herramientas tecnológicas necesarias para facilitar los procedimientos y monitorear su cumplimiento proporcionando condiciones de exigibilidad de los derechos. Otra dificultad importante es la falta de recursos de infraestructura, dotación de personal y la capacitación requerida para la atención al usuario/a.

Como respuesta a lo anterior, el estudio propone el mejoramiento de las bases institucionales que sustentan el Sistema Integral de Atención Ciudadana (SIAC), contemplando la creación de normativas que confieran mayor exigibilidad a los derechos ciudadanos. Esto debe ir acompañado del rediseño de procesos dentro de los servicios públicos, con la debida incorporación de tecnología cuyo foco central esté en la ciudadanía y sus derechos. Del mismo modo se proponen medidas para facilitar recursos económicos que contribuyan a la mejora de los procesos de atención de solicitudes ciudadanas por vías presenciales y remotas.

Y bajo la premisa de que ningún cambio sustantivo se puede concretar sin las personas, se precisa que dicho rediseño se realice con una adecuada gestión de los talentos y experiencia de los funcionarios/as que atienden público, incrementando la capacitación y propiciando estilos de trabajo más participativos. Por último se propone la difusión masiva de los derechos ciudadanos y las modalidades para su ejercicio.

- **Revert C.** (2005) en su tesis titulada: *Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Curso Ciencias y Tecnologías del Hospital Universitario de Canarias, España* llega a las siguientes conclusiones:

1. La Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario de Canarias es médico-quirúrgica, si bien más de la mitad de los pacientes ingresados proceden de cirugía cardíaca. La edad media de los pacientes es alta, como en la mayoría de Unidades de Cuidados Intensivos similares y con un claro predominio del sexo masculino. La estancia media de los pacientes es igualmente alta, superior a la mayoría de Unidades referidas en estudios, tanto a nivel nacional como internacional.

2. La puntuación media del A.P.A.C.H.E. II es elevada, ligeramente superior a la mayoría de las reflejadas por otros hospitales españoles, aunque para cada rango de puntuación está dentro de lo esperado. Esto se relaciona con una tasa de éxitos igualmente alta, pero que se corresponde con los niveles de A.P.A.C.H.E. II cuando se compara con otros hospitales. Tanto la incidencia de infección nosocomial, como la mortalidad asociada a ella, guardan una relación directa con la puntuación de A.P.A.C.H.E. II, que es estadísticamente significativa.

3. En relación con el diagnóstico al ingreso, algo más de la mitad corresponde a postoperatorios de cirugía cardíaca, seguidos por las enfermedades

cardiocirculatorias, lesiones y envenenamientos, enfermedades del aparato respiratorio y afecciones del aparato digestivo, presentando todas ellas porcentajes similares.

- **Ortegón M.** (2002) en su tesis titulada: Satisfacción del paciente hospitalizado en el cuidado de enfermería para optar el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Administración de Servicios en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Méjico menciona que se tuvo como propósito del estudio: La satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería es un indicador de resultado de calidad, en este caso determinar la relación que existe entre factores individuales del paciente hospitalizado (edad, sexo, número de hospitalizaciones y duración de la estancia) y la satisfacción con el cuidado de enfermería, en una institución de seguridad social.

Contribución y conclusiones: Los hallazgos del presente estudio confirman la relación entre la edad del paciente hospitalizado y la satisfacción con el cuidado de enfermería ( $t_s=.236$ ,  $p<.01$ ). Respecto a las variables, sexo ( $U= -.649$ ,  $p=.516$ ), número de hospitalizaciones ( $\chi^2=-.001$ ,  $p>.05$ ) y duración de la estancia ( $\chi^2=-.090$ ,  $p>.05$ ), no se encontró relación significativa de estas variables con la satisfacción del paciente. En relación a las dimensiones de satisfacción del paciente con el cuidado de enfermería, la dimensión de información presentó los puntajes más bajos de satisfacción » i todos los grupos de edad (20-39 años, media de 75,40-59 años, media de 83 y mayores de 60 años, media de 89.5). Las puntuaciones de la Satisfacción del Paciente con el Cuidado de Enfermería y la Satisfacción en General se encontraron altas, con media de 88.9 y 91.0, respectivamente. Se recomienda realizar estudios que exploren la dimensión de información en los que el paciente no identifique el personal de enfermería como evaluador

- **Astorga J.** (2011) en su tesis titulada: *EL consentimiento informado en el acto médico* para optar el grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales en la

Universidad de Santiago de Chile, llega a las siguientes conclusiones: La Teoría del Consentimiento presenta una evidente relevancia en el derecho comparado, como manifestación en el ámbito sanitario de los derechos de las personas. Su trascendencia es innegable, más aún cuando hoy se dice que la relación médico – paciente se encuentra quebrada, lo que se nota en la gran cantidad de procesos civiles y penales que hoy ingresan a los tribunales de nuestro país, en los que se cuestionan los resultados de las actuaciones médicas. Lo anterior permite entender por qué los médicos actúan a la defensiva. En efecto, sabiendo que su actividad es riesgosa y no está exenta de resultados indeseables, los médicos buscan evitar y protegerse de eventuales reclamaciones haciendo firmar a sus pacientes formularios de consentimiento informado. Sin embargo, esta costumbre ha ido en desmedro de la relación médico – paciente, toda vez que habitualmente se considera que dicho documento es suficiente para prevenir un juicio o al menos, para salvar la responsabilidad en caso de sobrevenir uno. Pero no se comprende que lo importante en la actividad, específicamente en la relación comunicativa que debe existir entre el profesional y el consultante, no es el papel firmado sino el vínculo que sean capaz de establecer ambos intervinientes. La atención médica debiera constituir un proceso de comunicación constante entre ambos, donde el consultante – paciente pueda ejercer válidamente sus derechos, habida cuenta que él actúa en un terreno científico del cual ignora gran cantidad de información a diferencia del profesional que presta el servicio. Atendida la inexistencia de una normativa chilena que regule la materia de modo orgánico, incumbe a los profesionales médicos y a los servicios de atención sanitaria velar porque las personas puedan ejercer efectivamente el derecho de información y autodeterminación en materia de salud.

La experiencia comparada nos muestra que el no atender esta necesidad puede provocar el colapso o el mayor encarecimiento de nuestro sistema sanitario. Basta ver la situación de los Estados Unidos o de los países europeos, donde los servicios sanitarios son sumamente onerosos, no por los costos mismos del sistema, sino que porque éste (clínicas, hospitales y cuerpo médico)

debe recurrir a la suscripción de seguros suficientes que cubran las numerosas demandas de pacientes insatisfechos.

Otro aspecto a destacar es el referente a los riesgos que asumen los intervinientes en la relación médico – paciente. Si bien estos riesgos son propios de la actividad médica, mediante una fluida comunicación ellos pueden ser asumidos y prevenidos adecuadamente por ambas partes. De este modo, a un bajo costo, podría evitarse una infinidad de cuestionamientos a nivel judicial de eventos que son propios de la actividad médica.

En la práctica, suele apreciarse que los centros hospitalarios y los médicos acostumbran usar formularios de consentimiento informado, exigiéndoles a los pacientes que los suscriban antes de realizarse cualquier actividad sanitaria. Estas situaciones ponen de relieve la vulnerabilidad a la que están expuestos los pacientes. Si bien podemos considerar válido, y hasta justificado, el deseo de los médicos de precaver su actividad, no es aceptable que dicha suscripción omita el debido proceso comunicativo previo entre el médico y su paciente. El proceso de consentimiento informado precisamente tiene por objeto garantizar a los pacientes el ejercicio de sus derechos en materia sanitaria.

Por todo lo anterior, considera que la regulación efectiva, mediante un cuerpo legislativo orgánico y coherente en la materia, podría ayudar en parte a reparar la deteriorada relación entre médico y paciente.

- **Bernar A.** (2000) en su tesis titulada *Valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico paciente* para optar el grado de Doctor en la Universidad de Roma manifiesta que el problema que se tenga del Consentimiento Informado está en que esta figura, que de por sí se podría entender como un avance positivo en la relación médico-paciente, se ha introducido en la práctica desde la esfera liberalista de pensamiento ético, por lo que, con mucha frecuencia, se utiliza el Consentimiento Informado como

justificación de una serie de abusos en dicha relación llegándose a las siguientes conclusiones:

1. El Consentimiento Informado, en sí mismo, supone un avance en las relaciones médico-paciente en cuanto que es consecuencia del desarrollo de los derechos de la persona. En el primer capítulo de este trabajo estudia cómo, a lo largo de la Historia de la Medicina, se han ido abandonando las formas de relación basadas exclusivamente en la autoridad del médico, para pasar a modelos donde la opinión del paciente es parte esencial de la relación terapéutica.

2. El concepto de Consentimiento Informado y su aplicación práctica tienen consecuencias muy distintas dependiendo del Modelo de relación médico-paciente en el que se utilice. El Consentimiento Informado consta de dos momentos principales: la transmisión de la información por parte del médico, y la emisión o no del consentimiento por parte del paciente. En ambos momentos entran en juego una serie de elementos antropológicos, como son la concepción de persona y de la libertad, a través de los cuales el resultado del Consentimiento Informado puede ser éticamente lícito o no. Hemos podido evidenciar como el Modelo Paternalista ha tenido su vigencia en la práctica médica hasta hace pocas décadas y como, en nuestros días, su utilidad se limita a la atención en urgencias y en pacientes sin uso de razón.

Posteriormente, hemos estudiado el Modelo de relación que se deriva de una concepción liberalista y utilitarista de la sociedad y de la medicina, concepción que ha dominado el panorama de la Bioética desde hace cinco décadas. En este Modelo, denominado de la Autonomía, la utilización del Consentimiento Informado puede dar lugar a actuaciones éticamente inadmisibles, en cuanto que lesionan la dignidad de la persona humana. Por último, hemos estudiado la propuesta de un tercer Modelo de relación que está más de acuerdo con la tradición filosófica personalista. Es un Modelo donde se busca el bien objetivo para el paciente. Reconoce la enorme importancia de la libertad del paciente para que pueda darse una correcta relación médico-paciente, pero no se limita a la

defensa a ultranza del libre albedrío individual, sino que lo enmarca dentro de un cuadro más amplio, que le trasciende, donde la confianza en la relación juega un papel imprescindible.

3. El Magisterio de la Iglesia promueve el desarrollo de una Bioética que respete el auténtico significado de la persona. A partir de sus enseñanzas, hemos podido extraer los principios morales con los cuales se puede realizar la valoración ética de los distintos Modelos de relación ya estudiados, y de la aplicación que en cada uno se hace del Consentimiento Informado. En este sentido, hemos insistido en la valoración moral del Modelo de la Autonomía, pues es en base a este Modelo donde hoy día se cometen los mayores abusos contra la dignidad de la persona. Por último, se puede afirmar que el Modelo de la Beneficencia, basado en una concepción personalista de la Bioética, es el Modelo que mejor se adecúa a las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia.

4. Propuesta del Consentimiento Informado como expresión de la relación médico-paciente, dentro de un Modelo personalista. En esta propuesta se puede destacar como el Consentimiento Informado se constituye, hoy día, bajo un triple aspecto:

a) Como la fundamental validación jurídica de la intervención médico-quirúrgica sobre el paciente, en particular cuando esta intervención es de riesgo para el mismo.

b) Como la garantía de la libertad y dignidad del hombre, al cual no puede ser impuesto un tratamiento no consentido.

c) Como la salvaguarda para el médico ante la multiplicación de acusaciones ante los malos resultados o las faltas de responsabilidad.

Para finalizar, recuerda como el Magisterio de la Iglesia ha querido defender en todo momento y circunstancia, la dignidad de la persona humana, yendo muchas veces contra corriente de la opinión pública. Pero, sobre todo, ha ido

ganándose el reconocimiento de aquellos que, aquejados por la enfermedad, han encontrado en el médico cristiano, no sólo un apoyo científico, sino sobre todo, un apoyo moral para su sufrimiento

### 3.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

- **Eustaquio M.** (2013) en su tesis titulada *El Consentimiento informado en las emergencias neuroquirúrgicas: la indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico* para obtener el Grado Académico de Magister en Bioética menciona que el trabajo se orientó a los entrevistados sobre el manejo en emergencias neuroquirúrgicas de enfermos en mal estado general, en coma, con alteración del patrón respiratorio, inestabilidad de las funciones vitales, de mal pronóstico por lesiones neurológicamente irreversibles confirmadas por imágenes que habiendo recibido tratamiento médico y quirúrgico, no existía posibilidades de recuperarlos.

En el manejo médico de los enfermos con daño neurológico irreversible se debe tener en cuenta los factores que rodean el estado del enfermo, que puede estar relacionado a la lesión o a la enfermedad, a su respuesta biológica frente a la noxa y al tratamiento instaurado y si el enfermo puede ser movilizado o no, las condiciones de la movilización y a los lugares de las transferencias, debiendo ser centros de referencia para evitar pérdida de tiempo por parte de los médicos tratantes y personal de salud. Con respecto a los centros a donde serán enviados los enfermos, la distancia, las vías de transporte y de intercomunicación, la tecnología médica con que cuentan las ambulancias y los centros médicos, así como la especialización de los médicos y del personal de salud de los centros de referencia para tratar los problemas en mención.

Cuando interpretamos el lado del enfermo y de los familiares, es importante escucharlos es decir tomar una actitud socrática, como: Habla para saber quién eres, por lo tanto es sumamente importante el dialogo, permitiéndonos conocer

cómo es su formación, su pensamiento y el dominio de ello, sus creencias, sus costumbres, qué es lo que desean.

Llegándose a las siguientes conclusiones:

I. En la situación de voluntad anticipada, frente a un enfermo con daño neurológico irreversible confirmada por neuroimágenes, no sujeto a recibir tratamiento neuroquirúrgico y de acuerdo a su evolución podría presentar paro cardiorrespiratorio, las personas encuestadas solicitaron a los médicos tratantes:

- No ser reanimados, lo mantengan con lo necesario y confortable, sin extremar medidas: En el rol de enfermo 104 (41,43%).

- Ser Reanimados: En el rol de enfermo: 52 (20,17%).

- La Eutanasia: En el rol de enfermo: 59 (23,50%).

II. En la situación de voluntad anticipada, las personas encuestadas frente al Consentimiento Informado de No Reanimar y de Limitar el Esfuerzo Terapéutico, decidieron:

- Firmar y aceptar la responsabilidad: En el rol de enfermo: 170 (67,72%).

- Firmar pero culparían a los médicos si sucediera algo: En el rol de enfermo: 6 (2,39%).

- No firmar y estar a la expectativa para ver qué sucede: En el rol de enfermo: 34 (13,54%).

- No firmar y culparía a los médicos tratantes: En el rol de enfermo: 5 (1,99%).

- **Diana B.** (2013) en su tesis titulada: *Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados del hospital Belén de Trujillo* para obtener el grado de Licenciada en Enfermería

menciona que el estudio se desarrolló con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados críticos del Hospital Belén de Trujillo, donde las unidades de Cuidados Críticos, se caracterizan por ser lugares, donde se hospitalizan los pacientes más graves, potencialmente reversibles, es decir un paciente en peligro inminente de perder la vida por alteración de una o varias de sus funciones vitales, y que para conservarla requiere no sólo atención continua y especializada sino dotada de alta tecnología y de personal bien entrenado para la vigilancia del paciente.

Llegándose a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de conocimiento de las enfermeras de las unidades de cuidados críticos sobre el cuidado del paciente con catéter venoso central fue regular en el 73% de ellos.
2. El cuidado brindado por el 70% de enfermeras de las Unidades de Cuidados Críticos fue regular.
3. El Nivel de Conocimiento es un factor que se relaciona significativamente con el cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central.

- **Novoa R.** (2013) en su tesis titulada *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en al Hospital Dos de Mayo* para optar el título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos considera que siendo el consentimiento informado reflejo del respeto por la autonomía y derechos del paciente. Es un problema relevante que médicos e internos no conocen realmente este procedimiento y por ello no lo aplican adecuadamente. Por lo que se evalúa: Evaluar nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina. La práctica médica dedicada a la promoción de salud, prevención de

enfermedades, recuperación del enfermo y a los procesos de rehabilitación, debe desarrollarse en el contexto de crear una relación con el paciente, basada en el respeto a su condición de persona, el humanismo médico y los principios éticos fundamentales. En otras palabras, se debe construir sobre cimientos sólidos: una adecuada relación médico-paciente.

El desarrollo de la teoría del Consentimiento Informado tiene su origen y se ha desarrollado en su mayoría en Estados Unidos, y pese a la gran acogida de la bioética moderna, aún hoy se observa, una relación médico-paciente construida con bases paternalistas, o por lo menos con pinceladas paternalistas, donde la comunicación es limitada y el diálogo restringido y donde el médico aún toma las decisiones por el paciente, considerando que el valor fundamental de la práctica médica es el bienestar del mismo.

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

1. El 49% de internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanzó nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica; 35.3%, nivel medio y 15.7% nivel bajo.
2. El nivel de conocimiento sobre consentimiento informado respecto al género del interno de medicina fue: nivel alto tuvo 13 varones y 12 mujeres; nivel medio, 11 (61%) mujeres y 7 (39%) varones; y nivel bajo, 4 varones y 4 mujeres. No existiendo asociación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y el género de los internos de medicina participantes.
3. El nivel de conocimiento sobre consentimiento informado respecto al tipo de universidad fue: nivel alto tuvo 16 internos (64%) de universidad pública y 9 (36%) de privada; nivel medio, 9 (50%) internos tanto de universidades públicas como privadas; nivel bajo, 7 (87.5%) internos de universidad pública y 1 (12.5%) de privada. Existiendo asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado medio-alto y bajo, y el pertenecer a una universidad pública o privada.

4. Los internos de la Universidad Científica del Sur (UCSUR) obtuvieron el mayor porcentaje (42.9%) de nivel de conocimiento bajo y la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM) obtuvo el porcentaje más alto (65.2%) de nivel de conocimiento.

- **Arana E. y otros** (2010) en su Trabajo de Investigación *Morbimortalidad en pacientes octogenarios hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia* realizando un estudio retrospectivo y descriptivo en pacientes octogenarios hospitalizados durante el 2006, en los Departamentos de Medicina, Emergencia de Adultos, Enfermedades Infecciosas y Tropicales del Hospital Nacional Cayetano Heredia. Se revisaron 275 ingresos, correspondiendo 154 (56.1%) al sexo femenino y 121 (43.9%) al masculino, con edad promedio de 87.03 años, encontrándose como principales causas de hospitalización las Infecciones Respiratorias Agudas (24.4%), seguido por Insuficiencia Cardíaca Descompensada (11.6%) y Accidentes Cerebrovasculares (8.7%). De todos los ingresos se registraron 31 admisiones a una Unidad de Cuidados Intensivos, encontrándose mayor proporción para el sexo masculino (15.7% frente a un 7.8%), entre las causas de ingreso encontramos: Shock séptico, Síndrome Coronario Agudo e Insuficiencia Respiratoria. Entre las complicaciones encontramos principalmente los casos de Neumonías Intrahospitalarias, que se relacionó con el tiempo de hospitalización y con el diagnóstico de ingreso de ACV, otra complicación frecuente fue hiponatremia, relacionándose con el tiempo de hospitalización. Se registraron 49 fallecimientos cuyas causas principales fueron: Shock séptico e Insuficiencia Respiratoria que no tuvo relación con la edad ni con el sexo. Se encontró relación entre mortalidad y estado civil, siendo los pacientes solteros o viudos los que presentaron un 22% frente a un 8.8% de mortalidad entre los pacientes casados o convivientes.

## 3.2 BASES TEÓRICAS

### 3.2.1 GENERALIDADES

#### 3.2.1.1 La Ética:

**Definición** De acuerdo a Benatar S. y otros (2009), la ética es el estudio de la moralidad, una reflexión, análisis cuidadoso y sistemático de las decisiones y comportamiento moral, sean pasados, presente o futuro. La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento.

**Procedencia** El término ética según Altisent R. (1996) en su libro sobre Bioética y Medicina de Familia manifiesta que procede de la palabra griega (étos) que significa costumbres o conducta, y tiene etimológicamente un significado equivalente al término moral que deriva del latín mos, moris; aunque ambas palabras tienen un mismo significado, a la moral se le suele atribuir una connotación religiosa, mientras que la ética se aplica más en un sentido civil o secular. Sin embargo, en la práctica se pueden utilizar indistintamente para referirse a la disciplina filosófica que estudia mediante la razón (cómo debemos vivir), tal como lo considera Sócrates, considerado como el primer gran filósofo moral.

Mencionado de otra forma, según John R. Williams (2009) en el Manual de Ética Médica manifiesta que ética es el estudio de la moralidad, una reflexión y análisis cuidadoso y sistemático de las decisiones y comportamiento moral, sean pasados, presentes o futuros. La moralidad es la dimensión valórica de la toma de decisiones y del comportamiento.

La Ética Filosófica o Filosofía Moral como disciplina estudia la moralidad de los comportamientos libres. Se trata de buscar un razonamiento sistemático sobre cómo debemos vivir y porqué. Se pretende dar razones y respuestas del porqué

una acción es buena o mala, correcta o incorrecta. La Ética como ciencia filosófica se somete de este modo a la crítica de la razón.

### **3.2.1.2 La Deontología:**

Siguiendo la definición dada por Benatar S. y otros (2009), la deontología implica una búsqueda de reglas fundadas que sirven como base para tomar decisiones morales. Un ejemplo de regla es: tratar a todos por igual, su fundamento puede ser religioso (por ejemplo, la creencia de que todas las criaturas humanas de Dios son iguales) o no religioso (por ejemplo, los seres humanos comparten casi todos los mismos genes). Una vez que se establecen las reglas, tienen que ser aplicadas en situaciones específicas y aquí es donde con frecuencia surge el desacuerdo sobre lo que exige la regla (por ejemplo si la regla de no matar a otro ser humano prohibiría el aborto o la pena de muerte). La Deontología, proviene del griego déon, deontos, que significa deber, obligación, y que a veces se ha utilizado como sinónimo de ética y moral. Pero hay que hacer algunos matices ya que históricamente la Deontología se ha referido al conjunto de deberes de una profesión expresado en un código de normas éticas que afectan a los profesionales de un determinado colectivo. Se supone que el código deontológico ha sido oficialmente aprobado por la corporación correspondiente (Colegio de Médicos, de Enfermería, etc.), que debe vigilar por la calidad del ejercicio de la profesión y su prestigio social.

### **3.2.1.3 El Derecho:**

Según Blengio M. (2008) en su obra *El Derecho de la Bioética, a 60 años de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos*, comenta que el derecho de los Derechos Humanos como disciplina de estudio constituye el núcleo central e importante de las diferentes ramas del Derecho, se vislumbra entonces la existencia del Principio General del Respeto a la Dignidad de la persona humana. Dentro de todo el campo sobre el cual el Derecho de los Derechos Humanos se desarrolla, encontramos lo

relativo a la Biología y concretamente la ética en su aplicación a la Biología y la Medicina, por lo que, partiendo entonces del derecho de los Derechos Humanos, nos estamos introduciendo al estudio del Derecho de la Bioética, como una rama que se abre en su campo y que trae aparejada la aplicación específica de los Principios Generales del Derecho.

El Derecho, como tal lo constituyen las leyes que los ciudadanos de una determinada colectividad están obligados a cumplir, el Derecho tiene vínculos con la ética o por lo menos debería tenerlos en su fundamento, pero en la práctica pueden darse leyes inmorales; por tanto, no se debe confundir legalidad y moralidad, aunque sería deseable la máxima coherencia entre ambas, mientras la legalidad mira al fuero externo de las personas, la ética mira más al fuero interno, a la conciencia, la moral suele ser más exigente que el derecho, que tiende a señalar unos mínimos en la organización de las libertades.

#### **3.2.1.4 La Bioética:**

**Definición.** Según Benatar S. y otros (2009), la ética médica está relacionada estrechamente con la bioética (ética biomédica), es un tema amplio que aborda los problemas morales derivados de los avances en las ciencias biológicas de manera más general.

**Historia,** Según Cano M. (2009) en su obra *Ética Médica y Bioética* menciona que hasta finales de la década de los sesenta del siglo XX, la práctica médica, universalmente estaba regida por la ética Hipocrática, que se basaba fundamentalmente en los principios de no dañar y hacer el bien, y respondían al énfasis puesto por filósofos de la Grecia antigua; posteriormente surgieron los cuestionamientos que obedecía a un conjunto de factores que en el orden económico, social y político provocando la crisis de los valores más importantes que ha enfrentado la sociedad norteamericana de los últimos decenios, otro elemento importante a considerar es el gran desarrollo científico técnico alcanzado en el país

más industrializado del mundo, que invadió el quehacer de los profesionales de la salud, resultando de todo este cuestionamiento que había comenzado por el sistema de valores de la sociedad en general, en la demanda de modelos alternativos para la práctica de la ética médica y consecuentemente para su enseñanza, todo ello generó el interés por la reflexión y el debate acerca de los valores morales vinculados al ejercicio profesional de las ciencias de la salud, como tal la bioética pertenece a la actualidad, al siglo XX, hay varios motivos para ello. En primer lugar un aspecto a considerar es el hecho de que la medicina ha avanzado más en el último siglo que en los 40 siglos precedentes, la capacidad actual de intervención en los procesos de salud y enfermedad de las personas tiene hoy un calibre que era impensable hace tan sólo 100 años, sin embargo estas posibilidades de intervención tienen también sus lados oscuros, estos se producen porque la tecnología médica es cada vez más capaz de introducirse en las esferas más esenciales del ser humano: aquellas que atañen a la cantidad y calidad de su vida, y al momento y forma de su nacimiento y su muerte, esta potencialidad es la que ha ido generando progresivamente la pregunta sobre el cuándo y el cómo hay que poner coto a esa invasión de la biografía de los sujetos, siendo esta, al fin y al cabo, una pregunta moral: si todo lo que técnicamente se puede hacer, se debe éticamente llevar a cabo. Ya en el mismo primer tercio del siglo XX surge el primer aviso serio sobre las posibilidades de intervención de la medicina y la biología en la vida y la muerte tanto de los individuos como de sociedades enteras; el Código de Núremberg es la mejor expresión de este primer momento de preocupación, a partir de Núremberg, ésta irá en crescendo a medida que progrese el desarrollo científico y tecnológico de la medicina. En segundo lugar, un factor decisivo en el surgimiento de esta disciplina aparece en la década de los años 60 de nuestro siglo XX, cuando el progreso de la medicina modela realmente el modelo médico-tecnológico que innova nuestros sistemas sanitarios, y convierte a estos en un instrumento decisivo de la política social de todos los países, el desarrollo exponencial de los sistemas sanitarios, su creciente complejidad, universalidad y capacidad de consumo de recursos es un elemento decisivo para comprender por qué se produce el nacimiento de la bioética; sin embargo al parecer existe un tercer factor el que

quizás resulta más interesante y novedoso de todos: es la progresiva toma de conciencia de las sociedades occidentales de la necesidad de salvaguardar la autonomía de los sujetos tanto en el espacio público como en el privado, frente a todas las instituciones sociales y estatales que históricamente han tratado de controlar la libertad personal en las diversas facetas de la existencia.

Por lo mencionado en el campo de la salud esta revolución va a implicar que los pacientes van a comenzar a dejar de verse a sí mismos como seres pasivos, sin capacidad para decidir qué debe hacerse con su cuerpo enfermo, con su vida y con su muerte, naciendo entonces la reivindicación de su derecho a apropiarse de su propio proyecto vital y a decidir por sí mismos, como seres autónomos adultos, qué, cómo, cuándo y por quién desean ser cuidados durante su enfermedad, os médicos, tradicionalmente, desde la época hipocrática (IV a. c.), han considerado que son ellos los que están más capacitados para decidir qué es lo mejor para el paciente, como un padre; tanto es así que incluso se ha considerado aceptable la imposición del tratamiento mediante la coacción, ya que habitualmente el paciente ha sido considerado un ser sin firmeza, incapaz de comprender y decidir, no es pues difícil de entender que esta clásica bondad médica paternalista empezara a chocar frontalmente con una concepción que hacía del paciente un adulto autónomo; esto es entonces uno de los puntos principales de origen de la bioética, como intento para solucionar ese conflicto permanente entre esas dos visiones, la del sanitario y la del paciente, distintas y a menudo antagónicas, acerca de la manera correcta de actuar en las situaciones clínicas, sin embargo, ya que implican a la totalidad del ser humano, el abordaje de dichos conflictos sólo puede hacerse desde una perspectiva multidisciplinar: Medicina, Biología, Enfermería, Derecho, Ética o Filosofía Moral, Teoría Política, Economía, Sociología, Teología Moral (católica, protestante, judía, musulmana, etc.), Pedagogía, Psicología, etc., todas las ramas tienen elementos que aportar en la búsqueda de soluciones a los dilemas de la ética biomédica.

La bioética es un producto entonces de la cultura norteamericana, explicándose por varios motivos, uno por el papel hegemónico que esta nación ha tenido en occidente en todos los órdenes de la vida, económico, político, industrial, científico, militar, tecnológico, etc. a partir del final de la II Guerra Mundial; así, como la medicina occidental, también la bioética ha llegado a estar comandada por los estados unidos, otro motivo es que este país ha sido de los primeros que han tenido que afrontar el problema que produce el pluralismo cuando un mismo hecho tiene que ser enjuiciado éticamente por varias personas con credos morales diferentes, por ello, la bioética norteamericana es la respuesta al reto planteado por la convivencia en un mismo centro sanitario de médicos, enfermeras y pacientes con convicciones éticas absolutamente dispares; esta disciplina es, por tanto, el intento de articular soluciones a los dilemas éticos que puedan resultar mínimamente satisfactorias para todos los implicados.

Un antecedente importante se produce en el año 1957 cuando el Tribunal Supremo del Estado de California promulga la sentencia del caso *Salgo v. Leland Stanford Jr. University of Trustees* donde es la que utiliza por primer vez el término: consentimiento informado, una expresión sintética que enuncia el derecho de los pacientes a recibir información acerca de los procedimientos médicos a los que van a someterse y a decidir libre y voluntariamente sin desean o no someterse a ellos, la teoría judicial norteamericana del consentimiento informado va a ser a partir de entonces un elemento decisivo en la configuración de la bioética, puesto que ésta constituye el intento de resituar los conflictos de la relación médico paciente en el ámbito ético y desbordar el estrecho marco de la legalidad.

Es la década de los sesenta la que constituye el proceso directo de gestación de la bioética, en 1961 la catástrofe del somnífero Contergan (talidomida), productor de graves malformaciones congénitas, reaviva la polémica sobre los procedimientos de investigación y control de fármacos, lo que lleva en 1964 a la 18ª Asamblea Médica Mundial a promulgar la Declaración de Helsinki, como actualización de los normas éticas que deben de guiar la experimentación con humanos, la crisis

desatada en aquel país en torno a esta cuestión y la agudeza de los problemas que la medicina en proceso de expansión y tecnificación producen pone de manifiesto la necesidad de crear espacios de reflexión serena sobre todas estas cuestiones, por eso en 1969 Daniel Callahan (filósofo) y Willard Gaylin (psiquiatra), fundan en Hastings on the Hudson (Nueva York-USA) el Institute of Society, Ethics and the Life Sciences, posteriormente conocido como Hastings Center, posiblemente el centro de investigación en bioética más importante del mundo.

Posteriormente a los años setenta hasta los años ochenta es el tiempo en que la bioética adquiere un cuerpo disciplinario definido, siendo por lo tanto, los años más importantes, en 1972 se produce otro hito de la teoría judicial norteamericana sobre consentimiento informado, la sentencia del caso Canterbury v. Spence, esta sentencia es decisiva porque por primera vez va a obligar a los médicos de aquel país a tomar conciencia clara de que las relaciones con sus pacientes debían cambiar, y ello produce que muchos se vuelvan hacia la nueva disciplina de la bioética para buscar la forma adecuada de hacerlo; un año más tarde, en 1973, la Asociación Americana de Hospitales promulga la primera Carta de Derechos del Paciente que posteriormente servirá de modelo a todas las cartas de derechos de pacientes del mundo occidental, con ella el concepto de paciente adulto y autónomo irrumpe de manera definitiva en el campo de la toma de decisiones médicas.

En el año de 1976 una nueva cuestión bioética desata la polémica, el Tribunal Supremo del Estado de New Jersey se pronuncia favorablemente en favor de la petición de los padres de Karen Ann Quinlan de que se desconecte el respirador artificial a su hija, en estado vegetativo persistente desde 1975; a esta medida se oponía el personal médico del hospital, Karen seguirá respirando espontáneamente hasta su muerte en el año 1985, en su decisión el Tribunal sugiere la conveniencia de que se establezcan en los hospitales comités que permitan manejar adecuadamente situaciones similares.

En el año 1978 se publica el Informe Belmont, como efecto del trabajo realizado por la National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and

Behavioral Sciences (USA) entre 1974 y 1978, esta comisión había sido encargada por el Congreso norteamericano de elaborar un guía acerca de los criterios éticos que debían guiar la investigación con seres humanos, este Informe constituye el acta fundacional de lo que ha venido a ser la corriente más potente de la bioética: la bioética de orientación principialista, esto es, la que afirma que los problemas éticos de la medicina pueden analizarse evaluando el cumplimiento o la ruptura de varios principios éticos generales; no obstante, el texto fundamental del principialismo verá la luz un año más tarde, en 1979, cuando T.L. Beauchamp y J.F. Childress publiquen el libro *Principles of Biomedical Ethics*. Esta obra viene a ser un manual bastante influyente en EE.UU y por extensión en el mundo occidental entero en los 10 años siguientes, es a partir de 1980 adelante es que los problemas éticos planteados en el ámbito de la medicina no harán sino dispararse, y la bioética se convertirá en una herramienta de trabajo imprescindible en el mundo sanitario, no sólo norteamericano, sino de todo el planeta. El aborto, las técnicas de reproducción asistida, la eutanasia y el suicidio asistido, la retirada o el no inicio de tratamientos de soporte vital, los cuidados paliativos, el sida, la ingeniería genética, el control de natalidad en la población, la codificación del genoma, la genética clínica, la distribución de recursos sanitarios, el consentimiento informado, la investigación en humanos, los trasplantes, etc., serán sucesivamente objeto de atención y debate en el ámbito de la bioética clínica.

Según Keyeux G, Penschaszadeh V, (2006) en su libro *Ética de la Investigación en los Seres Humanos y políticas de Salud Pública* menciona, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) tiene una relación de trabajo muy próxima con la bioética con la creación en 1993, de su Programa de Bioética y del Comité Internacional de Bioética (IBC) que en su primera realización concreta en el área fue la elaboración de la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos humanos y su promulgación en 1997; a partir del año 2002, la bioética fue declarada como prioridad de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), posteriormente, otros instrumentos internacionales empezaron a ser preparados

como la declaración internacional de la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura sobre datos genéticos humanos promulgada en octubre de 2003 y, más recientemente, la Declaración universal sobre bioética y derechos humanos, aprobada por aclamación, con el apoyo unánime de sus 191 países miembros, el 2005. También cuenta con un Comité Internacional Gubernamental en Bioética (ICBG), creado en 1998, que se reúne periódicamente, además de promover la participación de sus miembros en eventos y foros internacionales. Con relación a América Latina y Caribe, ha iniciado, hace doce años, la promoción de una tarea de sensibilización acerca de la importancia de los problemas del área de la bioética. En esta región, específicamente y con relación a la bioética, la UNESCO celebró una primera reunión en el año del 2000 en La Habana, con el objetivo de iniciar discusiones con respecto a la creación de la Red Latinoamericana y del Caribe de bioética (REDBIOÉTICA), entre otros objetivos de este encuentro, está la fundación de una amplia entidad latinoamericana de bioética, que tendrá el apoyo y sustentación de la Red.

En la actualidad la bioética es una disciplina consolidada prácticamente en todas las Facultades de Medicina, y el entrenamiento de los profesionales de la salud en las diferentes instituciones universitarias ya está constituyéndose en una práctica diaria constituye un elemento curricular habitual.

### **3.2.2 EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **3.2.2.1 Definición de Consentimiento Informado:**

Según Zárata E. (1999) en su publicación: *Los derechos de los pacientes y el Consentimiento Informado*, es la manifestación voluntaria, libre y racional realizada por un paciente, de aceptación a un tratamiento, luego de haber sido informado del mismo y de habersele respondido todas sus dudas de manera adecuada y suficiente; entonces el consentimiento informado es la aceptación de una

intervención médica por el paciente, en forma libre, voluntaria y consciente después que el médico le haya informado de la naturaleza de la intervención con sus riesgos y beneficios, así como de las alternativas posibles con sus respectivos riesgos y beneficios.

Por lo mencionado existen entonces condiciones que debe reunir el paciente para que el Consentimiento sea considerado válido, en este sentido deben conjugarse ciertos elementos básicos:

1. Competencia: 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.
2. 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.
3. Voluntariedad. para que el consentimiento sea válido debe ser otorgado libremente y sin ninguna coerción, sobre el proceso de decisión del paciente. Ejemplo un médico no puede solicitar el consentimiento de su paciente planteándole la disyuntiva de firmar o no ser atendido.

### **3.2.2.2 Historia de Consentimiento Informado**

Según Bandrés F., y Caballero M. (2010) en su obra *El Consentimiento Informado* menciona lo siguiente en relación a la historia lo siguiente:

- **Grecia Clásica.** En esta etapa la relación médico-paciente estaba basada en un modelo paternalista, existía una subordinación del enfermo a las decisiones del médico que era quien tomaba las decisiones, el médico buscaba restablecer el orden natural perdido y el paciente debía colaborar a conseguir este fin.

Hipócrates, el médico más importante de la antigua Grecia, utilizó la medicina sólo para curar heridas o enfermedades recurrentes estacionales. Su medicina era resolutiva y no pedagógica, no utilizaba la palabra y el enfermo tampoco esperaba que lo hiciera, sólo esperaba que acabase con su enfermedad, en uno de los manuales que escribió sobre la decencia dice: el médico debe estar muy pendiente de sí mismo sin exhibir demasiado su persona ni dar a los profanos más explicaciones que las estrictamente necesarias. Platón distinguía dos modos de ejercer la medicina, en función de la condición del paciente: si eran esclavos se ejercía una medicina manual. Si eran libres se conversaba con el paciente, Platón criticó a los médicos de su época que se esforzaban en explicar al paciente su enfermedad como si leyese un tratado de patología general, en la Antigüedad clásica se decía, a propósito del buen médico: herba, non verba (remedios, no palabras).

- **Edad Media.** En esta etapa se continuó con el pensamiento hipocrático, el mundo medieval entra en crisis tras el descubrimiento de América, que rompe con la imagen del mundo ordenado, que había transmitido el naturalismo medieval, el hombre comienza a ser consciente de que el saber no tiene límites y comienza a cuestionarse ese orden, comienza a investigar y se visualiza como ser inteligente, racional, libre y poseedor de dignidad; en medicina las tesis hipocráticas seguían dominando, tanto en la práctica de la medicina como en la relación clínica, eminentemente paternalista.
- **Edad Moderna.** Esta etapa inicia en cierta medida con la revolución luterana en contra de la autoridad de la Iglesia católica, pero tiene su mayor desarrollo en los siglos xvii y xviii, se cuestiona toda autoridad y las sociedades occidentales comienzan a reconocer a los ciudadanos como individuos con derecho a decidir sobre el tipo de sociedad en la que quieren vivir, por quién quieren ser gobernados van dejando de lado el modelo paternalista en política y en religión (aún no en medicina), dejando paso al concepto de democracia y posteriormente el de autonomía moral. Para entender el cambio de relación

clínica que se producirá en el siglo xx (y por ende la aparición del CI) es menester mencionar a Emmanuel Kant y en el concepto de autonomía moral, definió la emancipación del ser humano como la salida de los hombres de su culposa minoría de edad, se introduce así el concepto de autonomía moral, el hombre es un sujeto con capacidad para discernir racionalmente por sí mismo estableciendo qué acciones son correctas y buenas, sin necesidad de que alguna autoridad lo mencione.

En esta época se produjeron las principales revoluciones liberales políticas y sociales occidentales, basadas en el respeto a los derechos fundamentales del ser humano: derecho a la vida, a que los demás no se la quiten o atenten contra ella; a la integridad física, que nadie vulnere su integridad corporal; a la libertad de conciencia y a la propiedad, sin embargo en relación a la medicina, con la relación médico paciente, la autonomía no era pertinente.

### **3.2.2.3 El Consentimiento Informado en el Perú**

En nuestro país el Consentimiento Informado según la Norma Técnica N° 022 de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud (2005), definido por parte del Ministerio de Salud refiere: “es la conformidad expresa del paciente o de su representante legal cuando el paciente está imposibilitado, con respecto a una atención médica, quirúrgica o algún otro procedimiento, en forma libre, voluntaria y consciente, después que el médico u otro profesional de salud competente 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”.

El consentimiento informado es un término nuevo que traduce un derecho del paciente dentro de la neoética médica, siendo su principal objetivo proteger la autonomía del paciente.

#### 3.2.2.4 Requisitos del Consentimiento Informado

Según Chepe E. (2010), El proceso de consentimiento informado es un instrumento valioso que profundiza la relación médico-paciente, la transparente y la enriquece. Es útil para la delimitación de las responsabilidades, para el esclarecimiento de los términos de esta relación y para la demostración futura y eventual de un comportamiento serio y maduro por parte del médico tratante donde los requisitos son:

- **Competencia:** Siendo esta la capacidad del paciente de comprender la información importante. Sólo una persona competente puede dar un Consentimiento Informado válido legalmente, ya sea el paciente y/o familiar, pero en el caso de menores de edad o de enfermos mentales corresponde asumir esta competencia al familiar o tutor responsable.
- **Información.-** Siempre previo a los procedimientos y/o tratamientos que se deben efectuar al paciente debe haber una información adecuada, deben ser comprensibles y incluir el objetivo del tratamiento, su procedimiento, los beneficios así como riesgos potenciales y que siempre existe la opción del paciente de rechazar el tratamiento o estudio, sin que ello pudiera perjudicarlo.
- **Voluntariedad.-** En la que los pacientes deben decidir libremente someterse a un tratamiento o participar en un estudio sin que haya persuasión, manipulación ni coerción, tiene por tanto un carácter voluntario y es vulnerado cuando es solicitado por personas en posición de autoridad o no se ofrece un tiempo suficiente al paciente para reflexionar, consultar o decidir.

#### 3.2.2.5 Características del Consentimiento Informado:

De la misma forma menciona que el consentimiento informado presenta las siguientes características:

- **Verbal:** Es decir es un proceso verbal, donde los profesionales de la salud todos los días deben dialogar, desarrollar su labor diaria están desarrollando procesos de consentimiento informado con los pacientes y no es necesario dejar constancia de ellos por escrito. La necesidad de la tangibilidad surge por una cuestión de seguridad o de certeza y en ese caso se debe recurrir al formulario del consentimiento informado, por lo tanto, una cosa es el consentimiento y otra cosa es el formulario.
- **Voluntario:** En la que el paciente debe tomar una decisión libremente, por tanto, no resulta válida aquella voluntad que se manifiesta bajo coacción o manipulación. Puede considerar el uso de la persuasión, es decir, el uso del razonamiento lógico para informar al paciente de que ésta es la mejor opción. Hay casos especiales como los pacientes con problemas mentales, en niños y adultos mayores o ancianos que es difícil lograr que el proceso sea voluntario, porque este grupo suele tener un grado importante de dependencia económica, física, psicológica y emocional con respecto a su grupo familiar, de modo que muchas veces toman decisiones.
- **Informativa:** Donde la información debe ser adecuada, suficiente comprensible y veraz, ocasionalmente se puede dosificar la información, cuando por las características del paciente se presume que la entrega de toda la información puede ser perjudicial para él, como por ejemplo en los casos de neoplasia metastásica y terminal.
- **Requerimiento de capacidad de comprensión:** Comprendiéndose por ello cuando la aptitud personal del paciente le permite comprender la información que se le está entregando, valorarla, deliberar y emitir una decisión, asumiendo las consecuencias de la misma, es uno de los aspectos más difíciles, ya que determinar qué pacientes puede decidir por sí mismo y quienes requieren de otros para decidir, es una tarea difícil.

- **Decisión:** Considerándose así porque es un proceso que termina con una decisión, es decir se trata de un proceso que no necesariamente puede terminar con un consentimiento, es decir, el paciente tiene la posibilidad de aceptar lo que se le ofrece, o bien, rechazarlo.

### 3.2.2.6 Tipos de Consentimiento Informado:

Según Bandrés Fernando, Caballero Mariano, (2010) en su libro *El Consentimiento Informado*, menciona que el paciente va a poder dar su consentimiento para un determinado procedimiento de varias formas o tipos.

- **Consentimiento expreso:** que es el modelo tradicional, implica que tras recibir la información adecuada, el paciente expresa por escrito, su autorización para la realización de un procedimiento, es el más utilizado.
- **Consentimiento tácito:** Se habla de consentimiento tácito cuando el consentimiento se da por omisión; es decir, el paciente no presenta objeción a la actuación sanitaria. Ejemplo, en casos de donación de órganos, la legislación vigente prevé que mientras en el Documento de Identidad no especifique la no donación de órganos: Las personas que fallecen se considerarán, como donantes, es decir si no consta oposición expresa del fallecido en el documento de identidad.
- **Consentimiento implícito:** explicado cuando al otorgar el consentimiento para un determinado procedimiento va incluida la autorización para otra actuación, ejemplo si un paciente permite la extracción de sangre, va implícito el permiso para realizar el análisis que corresponda de ese material.
- **Consentimiento presunto:** es, sin duda, el más conflictivo donde se da por hecho que se conoce tan bien al paciente que se presupone su autorización, conlleva muchos dilemas morales y legales por lo que este tipo no se emplea en la asistencia clínica habitual.

### **3.2.2.7 Consecuencias positivas del consentimiento informado:**

Igualmente, de acuerdo a Bandrés Fernando, y Caballero Mariano, (2010) menciona que si el Consentimiento Informado se lleva a cabo adecuadamente tiene una serie de consecuencias beneficiosas para la medicina, para los profesionales, para los pacientes y muy especialmente en la relación profesional / paciente.

- Se deja atrás el lado el oscurantismo que tradicionalmente ha rodeado la práctica de la medicina.
- Los médicos cargarían con la responsabilidad que les corresponde, pero no con la de tomar las decisiones por sus pacientes. Si el paciente conoce las opciones que se le ofrecen y las posibles expectativas de una forma realista, podrá tomar sus propias decisiones y se sentirá responsable de su enfermedad.
- El médico es un profesional que debe saber hacer bien su trabajo y aconsejar al paciente, pero el responsable de la enfermedad es el propio paciente. El médico es responsable de saber diagnosticar y tratar, y de hacerlo adecuadamente.
- Con ello la práctica de la medicina sería más respetuosa con los pacientes y sus derechos, y todo ello iría en beneficio de la relación médico-paciente. Sería una relación de verdadera confianza, más transparente y horizontal.
- Legalmente porque permite proteger al clínico en el sentido de que se especifican las acciones seguidas y la conformidad del consultante con tales acciones. También protege al paciente al serle comunicados sus derechos y obligaciones dentro del proceso.
- Mejora la calidad de información compartida, ya que permite el acceso del consultante a una información validada, coherente y específica para su condición, constituyendo la base para la comprensión de su estado actual.

### **3.2.2.8 Mitos acerca del consentimiento informado:**

Según Simón P. (2006) en su obra *Diez mitos en torno al consentimiento informado* realiza una revisión de 10 mitos que, a su juicio, configuran una visión de

muchos profesionales sobre el consentimiento informado, visión por otra parte, poco precisa y de baja calidad ética y jurídica:

- **El consentimiento informado es un invento caprichoso y arbitrario de los abogados, jueces y legisladores, totalmente extraño a los deberes morales de los médicos y que no hace sino entorpecer el normal ejercicio de la medicina.** La afirmación es falsa, la idea de consentimiento informado no surge en el campo de la medicina sino en el de la filosofía política aparece en escena en los albores de la Modernidad, en medio de las luchas entre protestantes y católicos, en pleno siglo XVI y desde ahí, llegará al campo de la medicina casi cuatro siglos más tarde. La idea del consentimiento informado no es por tanto un invento de jueces y legisladores, sino la piedra clave de la organización de las sociedades modernas. La idea que late en el consentimiento informado es que las relaciones humanas, sean del tipo que sean, públicas o privadas, no pueden basarse en una concepción vertical donde una parte detenta todo el poder y la otra sólo puede obedecer pasivamente.
- **El consentimiento informado consiste en conseguir que los pacientes firmen el formulario escrito en el que autorizan la realización de una intervención.** Falso. El consentimiento informado es, básicamente, un proceso verbal que se despliega en el interior del acto clínico formando parte de él. El formulario de consentimiento informado es una de las herramientas que el profesional puede utilizar para proporcionar información a los pacientes y registrar su consentimiento. La reducción del consentimiento informado al ritual burocrático de la firma de los formularios es quizás una de sus más graves defectos.
- **La buena práctica clínica consiste en realizar bien los actos clínicos desde el punto de vista exclusivamente científico-técnico; el consentimiento informado no tiene nada que ver con esto.** Falso. La buena práctica clínica es la que actúa, desde el punto de vista jurídico, conforme a la *lex artis*. La visión tradicional reduce esta expresión al obrar correcto desde el punto de vista científico-técnico, pero la visión moderna sustentada tanto en la legislación

como en las decisiones judiciales afirma que la buena práctica conforme a *lex artis* es algo más; exige, además de la corrección técnica, la obtención del consentimiento informado. La visión tradicional de la *lex artis* es coherente con la cosmovisión paternalista, la corrección tanto en sentido técnico como mora del acto clínico era definida unilateralmente por los médicos y apoyada por jueces y legisladores, la voz del paciente era innecesaria; esto ha cambiado radicalmente, en la actualidad el buen cirujano por poner un ejemplo ya no es sólo un profesional que opera bien, sino que además proporciona a sus pacientes información de calidad, los implica en la toma de decisiones y obtiene un consentimiento válido.

- **El fundamento ético del consentimiento informado es el principio de autonomía.** Falso. El fundamento ético del consentimiento informado consiste en la articulación correcta de los cuatro principios clásicos de la bioética moderna, Aunque es verdad que, el ariete que ha generado la crisis de la beneficencia paternalista tradicional ha sido la introducción de la idea de autonomía moral de las personas, es un error reducir a ello la fundamentación ética del nuevo modelo, de hecho, la mayor parte de la literatura norteamericana sobre consentimiento informado, incluidos los autores de prestigio lo ha cometido; este tipo de fundamentación produce en los profesionales sanitarios la impresión de que, ahora, el que toma el mando en el nuevo modelo es, unilateralmente, el paciente, el médico queda relegado a mero ejecutor de los deseos del enfermo, que se fundamentan en sus derechos como usuario, y que son ilimitados. Pero eso no es así, ni siquiera desde la perspectiva del propio paciente que sigue esperando que sus médicos le ayuden a tomar decisiones, le recomienden, le sugieran, le acompañen, le expliquen, aunque respetando su autonomía última para aceptar o rechazar una intervención. Por eso es necesario trabajar con otro modelo de fundamentación que articule los cuatro principios que no están situados todos en un mismo plano, sino en dos diferentes aunque complementarios.

- **La obtención del consentimiento informado es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones y los que las indican no tienen nada que ver con ello.** Falso. Es cierto que la obligación de obtener el consentimiento del paciente es del profesional que realiza la intervención sea médico, enfermero o de otra profesión y que éste además tiene que asegurarse de que el paciente ha recibido una información adecuada, pero esta responsabilidad de información es compartida con todos los profesionales que intervienen en el proceso de atención, cada uno de ellos participará según su grado de competencia, pero, en principio, nadie está eximido de esta obligación; de todos modos, el médico responsable del paciente tiene que actuar como garante de que el proceso informativo sea adecuado. Esta cuestión es muy importante porque ha generado frecuentes conflictos entre los profesionales y, lo lamentable es que se ha incorporado a la práctica de muchos procesos asistenciales.
- **El consentimiento informado no tiene ningún sentido porque la mayoría de los pacientes no desean ser informados.** Falso. Los ciudadanos han manifestado que desean que los profesionales sanitarios les ofrezcan información y les impliquen en el proceso de toma de decisiones, otra cosa es cómo cada ciudadano quiere que se dé contenido a este derecho, lo que obliga a los profesionales a explorar esta cuestión de forma personalizada en cada acto clínico. La práctica clínica diaria dice que es cierto que muchos pacientes se conforman con poca información y adoptan roles pasivos en el proceso de toma de decisiones; pero los profesionales no deben presuponer por ello que si un paciente no demanda información es porque no la desea, la oferta explícita de información y la reiterada invitación a participar en el proceso de toma de decisiones son obligaciones éticas y jurídicas de los profesionales, la experiencia dice que la actitud hacia la información y la participación por parte de los pacientes varía dependiendo de la edad y el estatus socioeconómico o cultural, las generaciones jóvenes son cada vez más conscientes de sus derechos y quieren participar más, deliberar más, decidir más sobre su salud.

- **Los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento, incluso si con ello ponen en peligro su salud o su vida, pero sólo antes de que se les aplique, una vez iniciado éste los profesionales no pueden retirarlo.** Falso. Es un principio ético y jurídico básico de la teoría del consentimiento informado que las decisiones autónomas de los pacientes deben respetarse, decisiones autónomas son aquellas que las personas toman de forma libre e informada, estas decisiones pueden ser de aceptación o rechazo de cualquier intervención diagnóstica o terapéutica, y en el caso de que la decisión inicial sea de aceptación, posteriormente el paciente puede revocar libremente ese consentimiento, siempre y cuando asuma de forma libre e informada las consecuencias de su revocación. La negativa de los profesionales sanitarios, e incluso de los jueces, a aceptar la libertad de los pacientes informados y capaces para rechazar tratamientos o revocar su previo consentimiento para recibirlos es una expresión muy clara de lo difícil que resulta superar la mentalidad paternalista, lo cierto es que cuando un paciente decide libremente asumir la posibilidad de lesión de su salud o de su vida y rechazar un tratamiento que le resulta inadmisibles, con demasiada frecuencia a todos los implicados les asaltan de nuevo los fantasmas paternalistas de la prioridad absoluta e indiscriminada de la protección de la vida sobre el ejercicio de la libertad personal, testigos de Jehová que rechazan transfusiones sanguíneas solicitan la suspensión de la misma, pacientes tetrapléjicos, con esclerosis lateral amiotrófica o con distrofias musculares que solicitan la desconexión de respiradores o incluso presos en huelga de hambre, son ejemplos claros y polémicos de este debate.
- **La evaluación de la capacidad de los pacientes para decidir es responsabilidad de los psiquiatras.** Falso. El facultativo que atiende al paciente es el responsable de evaluar y dictaminar la capacidad de éste para tomar decisiones, por lo tanto no es responsabilidad ni de los psiquiatras ni del personal de enfermería; otra cosa es que el médico responsable solicite a un psiquiatra su opinión al respecto, esto sería un peritaje de capacidad. La evaluación de la capacidad de los pacientes es, sin lugar a dudas, la cuestión

más compleja y poco resuelta en la práctica de la teoría del consentimiento informado. Cuando un clínico se pregunta por la manera de evaluar la capacidad de un paciente, instintivamente vuelve su cabeza hacia las leyes, la desagradable sorpresa es que el derecho no tiene especificado al respecto.

- **El respeto a las exigencias del consentimiento informado es un deber ético y jurídico de los profesionales que pueden satisfacerse sin que las organizaciones sanitarias inviertan recursos adicionales en ello.** Falso. La idea de que todo esto puede hacerse a coste cero es un mito muy difundido entre los gestores sanitarios, con frecuencia pone de manifiesto un estilo de gestión más centrado en los resultados económicos que en la gestión de los valores que la organización dice defender. El respeto a los derechos de los pacientes en general y al consentimiento informado en particular requiere inversiones en formación de los profesionales, adecuación de los espacios físicos para facilitar una adecuada comunicación, diseño de procesos clínicos que incluyan explícitamente el consentimiento informado como algo esencial y, sobre todo, aumento del tiempo de dedicación de los profesionales a esta tarea, todo ello implica un consumo de recursos que puede ser tan efectivo y eficiente como el destinado a otro tipo de actividades y es un indicador excelente de la seriedad del compromiso ético de la organización. El fin último de las organizaciones sanitarias públicas no es la rentabilidad económica, sino la protección de la salud de la ciudadanía, una visión moderna de este objetivo exige incorporar la voz de los usuarios y el respeto a sus derechos; por eso, la inversión económica en planes y programas destinados a ello es socialmente efectiva y éticamente coherente.
- **La obtención del consentimiento informado es una responsabilidad de los médicos, pero no tiene nada que ver con la enfermería.** Falso. El modelo de relación clínica afecta a todas las profesiones sanitarias que interactúan con pacientes o usuarios, los actos clínicos, de cuidado o de tratamiento, requieren la obtención previa del consentimiento informado, la visión clásica del consentimiento informado y su desarrollo histórico, centrado demasiadas veces en los papeles firmados y en los casos judiciales, han hecho creer a muchos

profesionales sanitarios no-médicos que esta cuestión no les afectaba, pero están en un error; en el caso concreto de la enfermería, también tiene esta obligación, por tanto es importante que la enfermería sustituya su tradicional maternalismo por una relación con el paciente basada en la idea de consentimiento informado, de lo contrario, su actuación sería de muy baja calidad, y estaría incumpliendo sus obligaciones éticas y jurídicas.

**3.2.2.9 Excepciones:** Según Altisent R. (1996) en su obra *Bioética y Medicina de la Familia* manifiesta que existen ciertas situaciones en las que se puede prescindir de la obtención del consentimiento informado. Los casos en los cuales la obtención del consentimiento no es posible, o no es recomendable son los siguientes:

- **Grave peligro para la salud pública;** Citándose como ejemplo vacunaciones nacionales como parte de una política sectorial o en caso de epidemias o desastres naturales.
- **Situación de Emergencia:** Puesto que en los casos de emergencia, a veces no hay tiempo para obtener el consentimiento informado de un paciente, o bien, el paciente puede estar inconsciente e incapacitado para comunicarse. Si no permite demoras por riesgo de fallecimiento o lesiones irreversibles;
- **Pacientes incompetentes:** Los cuales, no pueden otorgar un consentimiento válido. Todo adulto se considera competente para tomar decisiones salvo declaración judicial de incompetencia;
- **Privilegio terapéutico médico:** En este caso por riesgo de daño emocional y físico importante. El caso particular del privilegio terapéutico introducido en la jurisprudencia americana, se refiere al privilegio que capacita al médico para ocultar información al paciente respecto de los riesgos del procedimiento al que va a ser sometido, en el caso que fuera evidente que tal revelación supondría

una grave amenaza para la integridad psicológica del paciente, esta decisión debe estar sólidamente fundada y no adoptarse por indicios especulativos;

- **Imperativo legal:** Donde el procedimiento es dictado por orden judicial; por pruebas obligatorias. El consentimiento no se requiere cuando un paciente debe presentarse a un examen o tratamiento obligatorio, por ejemplo, en los casos de problemas de salud mental o enfermedad contagiosa.
- **Rechazo explícito de toda información por el paciente:** Respetándose el derecho del paciente a no saber. Situaciones en las que el paciente entrega su autoridad de toma de decisión al médico o a terceros. En este caso debe existir algún familiar o sustituto legal dispuesto a asumir la responsabilidad de las decisiones.
- **Posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada:** Mencionándose, por ejemplo, una malformación o un tumor que se encuentra en el curso de una laparotomía que había sido indicada por otras razones.

### **3.2.2.10 Consideraciones éticas y jurídicas:**

En la actualidad el ejercicio de la medicina plantea problemas éticos y jurídicos complejos por cuanto en muchas ocasiones las decisiones en este campo ponen en discusión principios constitucionales y morales de gran importancia; así, desde el juramento de Hipócrates, los médicos orientan su práctica por el llamado Principio de Beneficencia, en su doble dimensión: es deber de estos profesionales contribuir positivamente al bienestar del paciente (Principio de Benevolencia), o al menos abstenerse de causarle cualquier daño físico o síquico (Principio de No Maleficencia o *Primum Non Nocere*); por otro lado, el mejoramiento de las técnicas médicas supone el desarrollo de la experimentación y la investigación científica en este campo, en favor de la población y de los futuros pacientes, pues es deber de la

profesión médica producir la mayor cantidad de bienestar posible para el mayor número de individuos (Principio de Utilidad); en tercer término, los servicios de la medicina deben ser distribuidos de manera equitativa a todas las personas, en desarrollo del mandato según el cual todos deben tener igual acceso a los beneficios de la ciencia y de la cultura (Principio de Justicia), y finalmente, en sociedades fundadas en la inviolabilidad, dignidad y autonomía de las personas, toda intervención en el cuerpo de un individuo debe en principio contar con la autorización del propio afectado (Principio de Autonomía).

Actualmente, la información y toma de decisiones en el ámbito asistencial tiene su fundamento en los derechos humanos y concretamente en el derecho a la libertad de una persona para decidir sobre su propia salud, constituyéndose en el correlato jurídico del principio de autonomía: Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo; y un médico que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar legalmente. El consentimiento es uno de los derechos del paciente, y como tal aparece consagrado en las normas éticas y jurídicas vigentes, con el advenimiento de nuevos criterios sustentados en una consideración amparada en el derecho, la práctica médica se fundamenta en la observación del consentimiento informado, esto significa que el criterio de sustento médico ha sido reemplazado por otro de sustento legal; en el terreno ético, la doctrina del consentimiento informado se vincula a un proceso de cambio en el paradigma del modelo hegemónico de la relación médico-paciente (del paternalismo a la autonomía) de las últimas décadas; como categoría jurídica, su origen es muy anterior y se ubica en el derecho civil vinculado a la teoría de las obligaciones y de los contratos, durante largo tiempo no estuvo incorporado a la relación médico-paciente y se lo considera una de las últimas aportaciones a la teoría de los derechos humanos, es importante actualmente considerar que la información del paciente integra una de las obligaciones asumidas por el equipo médico, y es requisito previo a todo consentimiento, al objeto de que el paciente pueda emitir su

conformidad al plan terapéutico de forma efectiva, y no viciada por una información deformada o inexacta o lo que sería peor una falta de información.

Considerando el punto de vista legal o jurídico, el consentimiento se estudia en la teoría general del contrato, que es como lo regula el Código Civil al definirlo, establecer sus requisitos y señalar los vicios que lo invalidan, si se considera que el tratamiento médico es el resultado de un contrato entre el médico y el paciente, la legitimación para que el médico actúe en el cuerpo del paciente se encontraría en la previa existencia de un contrato, que por tanto requiere como elemento indispensable el consentimiento del paciente; ahora bien, para que ese consentimiento sea válido desde el punto de vista jurídico, se requiere que sea libre, consciente y ausente de error, de donde, de forma análoga a la que sucede con el consentimiento prestado con intimidación o miedo, también sería inválido el consentimiento prestado sin información o por error.

El consentimiento informado cuenta entonces con aval ético que se sustenta en la obligatoriedad del médico de informar con veracidad la condición de enfermedad así como el diagnóstico y el tratamiento que crea más adecuado, aplica los principios de Beneficencia y actuar dentro de los límites de la justicia, la base del fundamento jurídico en que se sustenta esta herramienta médica, es el respeto de los que asiste a los pacientes en este contexto específico, es por ello necesario el poder conocer todo aquello que deseen o necesiten con el fin de tomar libremente la decisión de continuar adelante o no, con la propuesta diagnóstica o terapéutica brindada por el médico. El Consentimiento Informado es el instrumento jurídico que permite en situaciones concretas de investigación, dar eficacia a estos derechos y hacer posibles su protección, es importante que el profesional de la salud no asuma el mismo como un mero procedimiento administrativo, sino que sea consciente de sus fundamentos filosóficos, jurídicos y pedagógicos. En nuestro país está reconocido con la Ley General de Salud del Perú N° 262842, en el Artículo 4°: “Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere

o estuviere impedida de hacerlo”; así mismo, se determina en los: Artículo 6°: “Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito”; Y en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, plasma toda esta concepción, y en su Sección Primera, numeral 3, letra b dice: “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”; así mismo, en su Artículo 55°: “En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comuniquen en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo”.

### **3.2.3 APLICABILIDAD HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO**

#### **3.2.3.1 Aplicabilidad Hospitalaria**

Paciente es la persona enferma que es atendida por un médico, en medicina y en general en las ciencias de la salud, el paciente es alguien que sufre dolor o malestar (muchas enfermedades causan molestias diversas, y un gran número de pacientes también sufren dolor). En términos sociológicos y administrativos, paciente es el sujeto que recibe los servicios de un médico u otro profesional de la salud y se somete a un examen, a un tratamiento o a una intervención; recientemente, la palabra paciente está comenzando a sustituirse por la palabra usuario, precisamente por la relación que tiene con la palabra paciencia y, erróneamente por supuesto, también con la palabra pasividad que, aunque de distinto origen etimológico, transmite la sensación de que el paciente tiene que comportarse, necesariamente, como un ente

pasivo, inactivo, sin mostrar interés alguno por plantear preguntas y cuestionar lo que no le resulta familiar, lo que no entiende en la consulta con el profesional de la salud. Por supuesto, llámese paciente o usuario, es indispensable que la persona que asiste a consulta con un profesional de la salud muestre interés tanto por su cuerpo como por sus sensaciones, sus síntomas; que esté al pendiente, de preferencia con anticipación a la aparición de los síntomas, de toda sensación (tanto las habituales como las esporádicas), de todo dolor, de todo cambio, pues es ése, el reconocimiento, el primer paso para encontrar el camino hacia un buen estado de salud tanto física como mental.

Es decir aplicabilidad hospitalaria se refiere entonces a la búsqueda del beneficio o bien del paciente, que es la persona que recibe los servicios de un profesional médico.

### **3.2.3.2 Hospital José Agurto Tello de Chosica**

El Hospital José Agurto Tello de Chosica es una institución de salud con categoría de Nivel II 2 perteneciente al Instituto de Gestión de Salud dependiente del Ministerio de salud.

- **Misión:** La institución tiene como Misión: Nuestra misión es brindar atención integral de salud con énfasis en la atención recuperativa, para contribuir a una mejor calidad de vida de la población chosicana y aledaños. Contamos con tecnología adecuada, personal, calificado, comprometido y con trato humano, siendo nuestros servicios de categoría de hospital especializado del nivel II-2.
- **Visión:** Y tiene como Visión: Al 2020 el Hospital “José Agurto Tello” de Chosica será el nosocomio referencial por excelencia para todo Lima Este, dotado de equipos médicos con tecnología de punta y recursos humanos asistenciales y administrativos constantemente capacitados a fin de que se brinde un atención

médica de excelencia a los usuarios de nuestros servicios y el trato humano que ellos se merecen.

- **Historia del Hospital:** El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica, fue creado el día 30 de Diciembre de 1986 por decisión de la alta dirección del Ministerio de Salud a propuesta de la entonces comisión reorganizadora del Área de Salud N° 09 - presidida por el Dr. Víctor Pinto de la Sota Silva, determinándose que sea ubicado en el Jirón Arequipa N° 214-218, disponiéndose inicialmente el traslado de los servicios de emergencia que venía funcionando en la parte posterior del Centro Salud Chosica en el Jirón Malecón 28 de Julio, esta implementación fue gradual y progresiva; hasta que en el mes de marzo de 1987, se producen deslizamientos por diversos huaycos ocasionando destrozos en la población de Lurigancho-Chosica con pérdida de vidas, numerosos heridos y demolición de viviendas, este desastre propicio que las autoridades del sector salud determinen el funcionamiento inmediato del Hospital el día 10 de marzo de 1987, implementándose con el mínimo esencial en recursos humanos, materiales e insumos para atender las emergencias que a partir de ese momento se presentarían.

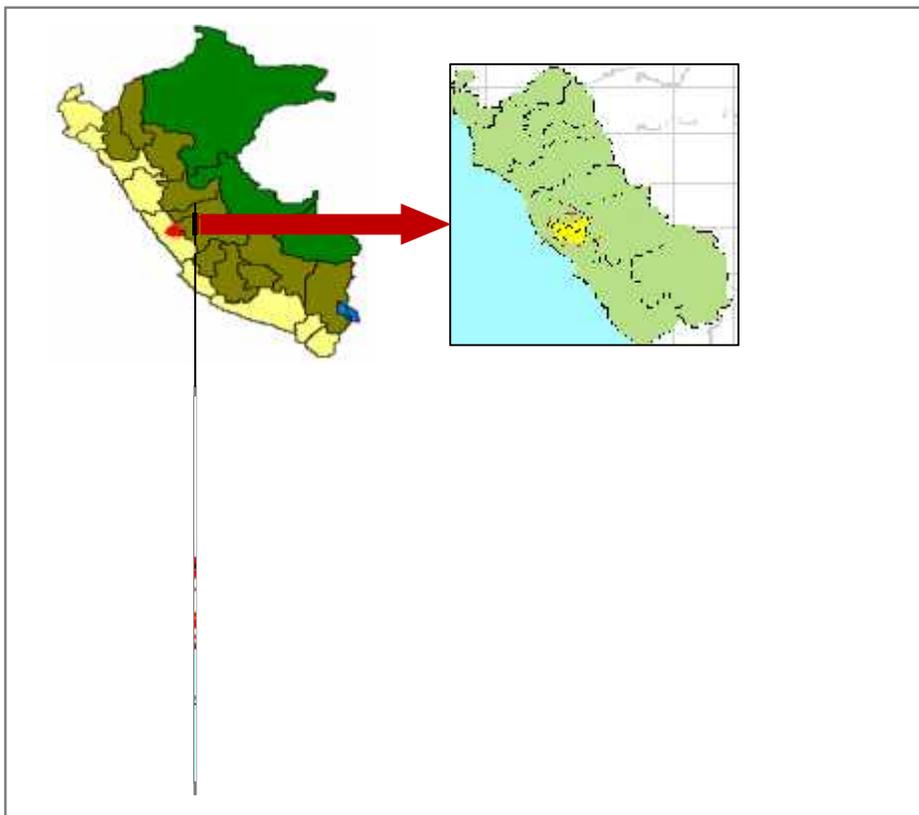
**Gráfico N° 1 Distrito de Lurigancho**



Fuente: Análisis Situacional de Servicios de Salud Hospital José Agurto Tello de Chosica 2014

- **Descripción geográfica:** El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica se encuentra en las primeras estribaciones de la cordillera occidental de los Andes, se encuentra situado a 647 m.s.n.m, a 34.300 Km. de la carretera central en el distrito Lurigancho Chosica, en la Provincia de Lima, departamento de Lima; el Código de Ubicación Geográfica (Ubigeo) es 15 -01-18 y tiene como dirección actual Jirón Arequipa N° 214 – 218 Chosica Limita por el Norte con el distrito de San Antonio de Chaclla (provincia de Huarochirí), por el Sur con la provincia de Cieneguilla, por el Este con el distrito de Junín y por el Oeste con la provincia de Ate.

**Gráfico N° 2: MAPA DE UBICACIÓN DEL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO” CHOSICA**



**Fuente:** Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental Hospital “José Agurto Tello” 2014

Se ha considerado dentro de los distritos con mayor referencia a Lurigancho Chosica, distritos de Huarochirí Norte y distrito de Chaclacayo debido a la frecuencia con la que son atendidos en el hospital durante el periodo 2013.

En el Gráfico N° 3 se puede observar los establecimientos de salud que refieren en mayor proporción al hospital.

**Gráfico N° 3: CENTROS DE REFERENCIA DEL HOSPITAL “JOSÉ AGURTO TELLO”  
CHOSICA**

---

**Fuente:** Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental Hospital “José Agurto Tello” 2014

- **Superficie territorial:** La superficie territorial de Lima Este es de 814 km<sup>2</sup>, la misma que constituye el 30% de la provincia de Lima (2,670 km<sup>2</sup>) y el 2.4% del departamento de Lima (34,802 km<sup>2</sup>).

La superficie territorial del distrito de Lurigancho es de 246.85 Km<sup>2</sup> que constituye el 30% de Lima este y el distrito de Chaclacayo es de 42.62 Km<sup>2</sup> que constituye el 5% de Lima Este, entonces podemos inferir que el 35% de la población de Lima este tiene como centro asistencial de referencia al Hospital “José Agurto Tello” de Chosica.

El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica tiene una área de referencia potencial (distrito de Lurigancho, distrito de Chaclacayo y distritos de Huarochirí norte) de 5947.4 km<sup>2</sup>, en el caso del distrito de Lurigancho la densidad poblacional es de 761 hab./km<sup>2</sup>, el distrito de Chaclacayo la densidad poblacional es de 1328 hab./km<sup>2</sup> y en el caso de Huarochirí norte la densidad poblacional es de 10.5 hab./km<sup>2</sup>.

- **Procedencia de la población atendida**

- **Procedencia de la población atendida en consultorio externo:** El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica reporta por orden de frecuencia al distrito de Lurigancho Chosica como el primer distrito que acude al hospital para ser atendido en consultorios externos con 66% (20271 atendidos), en segundo lugar a los distritos de Huarochirí norte con 17% (5164 atendidos) y en tercer lugar el distrito de Chaclacayo con 12% (3684 atendidos), como se observa en la siguiente gráfico.

**Gráfico N° 4: PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTORIOS EXTERNOS**



En comparación con el año 2013 existe un aumento en el total de pacientes procedentes de Lurigancho (604), de Huarochirí Norte (1946 y Chaclacayo (1240), como se observa en la Tabla.

**TABLA N° 2: PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN CONSULTORIOS EXTERNOS 2014**

Distrito	Consulta Externa								
	2012			2013			2014		
	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.
<b>LURIGANCHO</b>	<b>19667</b>	75%	75%	<b>19595</b>	79%	79%	<b>20271</b>	66%	66%
<b>HUAROCHIRI NORTE</b>	<b>3218</b>	12%	87%	<b>2620</b>	11%	89%	<b>5164</b>	17%	83%
<b>CHACLACAYO</b>	<b>2444</b>	9%	97%	<b>1964</b>	8%	97%	<b>3684</b>	12%	94%
<b>OTROS</b>	<b>846</b>	3%	100%	<b>671</b>	3%	100%	<b>1700</b>	6%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>26175</b>	<b>100%</b>		<b>24850</b>	<b>100%</b>		<b>30819</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones Hospital José Agurto Tello 2014

En la Tabla N° 2 se observa la cantidad en número absoluto de pacientes que acudieron al hospital por consultorios externos; se puede informar que el aumento de pacientes que acudieron en el 2014 con respecto al 2013 fue de 5969 y con respecto al 2012 fue de 4644 teniendo un comportamiento de aumento uniforme a pesar del hecho que no se dio atención en ningún consultorio externo por 133 días durante la huelga médica acontecida en el mes de setiembre de 2014.

- **Procedencia de la población atendida en hospitalización:** El Hospital “José Agurto Tello” de Chosica reporta por orden de frecuencia al distrito de Lurigancho Chosica como el primer distrito que acude al hospital para ser atendido en hospitalización con 53% (2521 atendidos), en segundo lugar a los distritos de Huarochirí norte con 22% (1020 atendidos) y en tercer lugar el distrito de Chaclacayo con 16% (755 atendidos), como se observa el grafico N° 5.

## Gráfico N° 5: PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HOSPITALIZACIÓN 2014



Fuente: Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental H"JAT"CH 2014

En comparación con el año 2013 existe un incremento en el total de pacientes procedentes de Lurigancho (123) y en los que proceden de Chaclacayo (113), como se observa en la tabla N° 2.

### Tabla N° 2: PROCEDENCIA DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN HOSPITALIZACIÓN 2014

Distrito	Hospitalización								
	2012			2013			2014		
	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.	Atendidos	Frec.	Frec. Acum.
<b>LURIGANCHO</b>	2398	53%	53%	2521	53%	53%	2505	54%	54%
<b>HUAROCHIRI NORTE</b>	1070	24%	77%	1020	22%	75%	1091	24%	78%
<b>CHAACLACAYO</b>	694	15%	93%	755	16%	91%	667	15%	93%
<b>OTROS</b>	327	7.30%	100%	419	8.89%	100%	337	7%	100%
<b>TOTAL</b>	<b>4489</b>	<b>100%</b>		<b>4715</b>	<b>100%</b>		<b>4600</b>	<b>100%</b>	

Fuente: Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones H"JAT"CH 2013 - Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental Hospital"JAT"CH 2014

En la Tabla N° 2 se observa la cantidad en número absoluto de pacientes que acudieron al hospital por el área de hospitalización; se puede informar que se ha disminuido los pacientes que acudieron en el 2014 con respecto al 2013, fue menor en 115 y con respecto al 2012 fue de 111, esta data al cruzarse con el hecho que no se dio atención en ningún consultorio externo por 133 días durante la huelga médica acontecida en el año respectivo.

### 3.2.3.3 El Acto Médico:

El Acto Médico es una definición dada por el ejercicio profesional de la medicina; y en la literatura sobre el tema se ha encontrado propuestas de definición: Según el Ministerio de Salud del Perú, el acto médico, definido en su Norma Técnica del MINSA (2005) pág.5, “es toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico”.

La definición Europea de Acto Médico, adoptada por la Unión Europea de Médicos Especialista, es: El acto médico engloba todas las actuaciones profesionales como son la enseñanza, educación y formación, actuaciones clínicas y médico técnicas, todas ellas encaminadas a promover la salud, prevención de enfermedades, aportar los cuidados terapéuticos o diagnósticos a los pacientes, grupos, comunidades o individuos, siendo responsabilidad y debiéndose realizar siempre por un licenciado o doctor en medicina titulado o bajo su directa supervisión o prescripción.

Sin embargo al definir Acto Médico, es menester hacer la diferencia entre el Acto Médico, del Acto de Salud; para ello es conveniente delimitar ambos conceptos: **medicina**, como ciencia y arte de evitar y curar las enfermedades; y **salud**, como

disciplina multisectorial y multiprofesional orientada a lograr el estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas; la primera, que sólo puede ser ejercida por médicos, que es a su vez una profesión importante del Sistema de Salud, y la segunda, las acciones de salud pueden ser realizadas tanto por el médico como por muchos otros profesionales.

En el Perú; según la Ley de Trabajo Médico (1990) en su Artículo N°4 dice: “El Acto Médico es lo fundamental del trabajo del Médico Cirujano, por el cual tiene la más alta responsabilidad moral y legal de sus efectos” y el Artículo N° 5° de su reglamento: “Se reconoce como Acto Médico, toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica. Ello comprende, los actos de diagnóstico, terapéutica y pronóstico que realiza el médico en la atención integral de pacientes, así como los que se deriven directamente de éstos. Los actos médicos mencionados son de exclusivo ejercicio del profesional médico”. Y en la Ley General de Salud del Perú el concepto de Acto Médico está relacionado con su Artículo 24° determinando que: La expedición de recetas, certificados e informes directamente relacionados con la atención de pacientes, la ejecución de intervenciones quirúrgicas, la prescripción o experimentación de drogas, medicamentos o cualquier producto, sustancia o agente destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades, se reputan actos del ejercicio profesional de la medicina y están sujetos a la vigilancia de los Colegios Profesionales correspondientes.

Conociéndose el acto médico se puede comentar que cuando se habla de Acto Médico Directo, se refieren a aquellos en los cuales mediante la intervención médica se trata de obtener la curación o alivio del enfermo, estos pueden ser preventivos, diagnósticos, terapéuticos o de rehabilitación; donde la prevención hace referencia a la recomendación de medidas para evitar la aparición de procesos patológicos; el diagnóstico es la opinión del médico obtenida de la observación directa o de laboratorio del paciente; la terapéutica se refiere a las diversas formas de tratamiento para la enfermedad; y la rehabilitación es el conjunto de medidas encaminadas a completar la terapéutica para reincorporar al individuo a su entorno

personal y social. El Acto Médico Indirecto y a los denominados extracorpóreos se refiere a la investigación, experimentación, autopsia, etc. que realiza el Médico en el ejercicio de su profesión.

En conclusión, el Acto Médico entonces está conformado por todas las conductas desplegadas por un médico dentro del marco del desarrollo del ejercicio de su profesión, lo cual incluye toda la relación médico paciente desde las etapas preliminares de conocimiento y análisis, hasta las etapas posteriores al tratamiento como la evolución y rehabilitación del paciente.

- **PRINCIPIOS:** El Acto Médico, al derivar del ejercicio profesional de la medicina, tradicionalmente se rige por cuatro tipos del Principialismo que fueron definidos por Beauchamp y Childress:

- **Principio de Beneficencia:** Definido en la búsqueda del bien para el paciente, es la obligación de actuar en beneficio de otros, promoviendo sus legítimos intereses y suprimiendo prejuicios. Es el más viejo de los principios éticos y puede ser rastreado entre los escritos más antiguos, dice que el interés del médico debe ser perseguir el máximo bien para la vida o la salud del enfermo: la cura cuando es posible, el alivio y el consuelo cuando sanar no es viable. Esto es reconocido por la sociedad como parte de un contrato implícito entre el médico y el paciente.

- **Principio de No Maleficencia (Primum Non Nocere):** Definido por la abstención intencional de realizar acciones que puedan causar daño o perjudicar a otros., este principio se identifica con el primum non nocere hipocrático, fundamento y raíz de todos los otros principios, obliga como deber perfecto, con carácter de universalidad y de forma coactiva absoluta.

- **Principio de Justicia:** Mediante el cual as personas deben ser tratadas por igual. Tratar a cada uno como corresponda, con la finalidad de disminuir las situaciones de desigualdad (ideológica, social, cultural, económica, etc.).

Consiste en la distribución equitativa de recursos insuficientes. Por eso se requiere alguien que administre técnicamente estos recursos, respetando en la asignación de los mismos el principio de justicia.

- **Principio de Autonomía:** Que es la capacidad para darse normas a uno mismo sin influencia de presiones externas o internas. Se refiere al respeto debido a los derechos fundamentales del ser humano, incluido el de autodeterminación. Se inspira en la máxima de: no hacer a los demás lo que no quieras que te hagan a ti, y por lo tanto, en el respeto mutuo, es el respeto por las decisiones del paciente competente, el principio de autonomía tiene un carácter imperativo y debe respetarse como norma, excepto cuando se dan situaciones en que las personas puedan ser no autónomas o presenten una autonomía disminuida (personas en estado vegetativo o con daño cerebral, etc.), en cuyo caso será necesario justificar por qué no existe autonomía o por qué ésta se encuentra disminuida. En el ámbito médico, el consentimiento informado es la máxima expresión de este principio de autonomía, constituyendo un derecho del paciente y un deber del médico, pues las preferencias y los valores del enfermo son primordiales desde el punto de vista ético y suponen que el objetivo del médico es respetar esta autonomía porque se trata de la salud del paciente.

- **ETAPAS:** El Acto Médico tiene cuatro etapas relacionadas entre sí:- **Empatía:** Definido por la primera relación personal que experimenta el médico ante el paciente a quien debe comprender y respetar por encima de la simpatía o la antipatía que le despierte.

- **Exploración:** En la que el médico se adentra en todos los factores hereditarios, ambientales y, lo que hace el acto médico único, ingresa a la intimidad de una persona para complementar el escenario de su desempeño.

- **Ética:** Durante el cual el médico ejecuta en forma completa, respetuosa y cuidadosa los procedimientos necesarios para valorar el estado del paciente aplicando todos sus conocimientos y experiencias con el fin de tratar de llegar a un diagnóstico acertado y fijar, en consecuencia, el tratamiento adecuado.

- **Operativa:** En la que se elabora un plan de manejo o un programa terapéutico en el cual debe participar el paciente después de una información clara de su estado de salud, las posibilidades terapéuticas, sus beneficios y posibles efectos secundarios y lograr su consentimiento.

- **LIMITACIONES:** Sin embargo a pesar de todos los principios y filosofía sobre la reserva de la información obtenida durante un Acto Médico, la verdad es que en algunos casos por las circunstancias y hechos dados durante este acto médico, en nuestro país al igual que sucede en muchos otros países del mundo, se tiene que faltar parcial o totalmente con este fundamento, siendo verdad que si existen limitaciones al acto médico, como por ejemplo:

- Las establecidas por la ley;
- Las establecidas por los códigos de ética de los colegios profesionales;
- Las establecidas por la moralidad vigente y la cultura;
- Las establecidas por la voluntad del paciente; y
- Las establecidas por los recursos técnico - científicos disponibles.

Específicamente en nuestra Ley General de Salud (1997) en su artículo N° 25 refiere: Se exceptúan de la reserva de la información relativa al Acto Médico en los casos siguientes:

- a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;

- b) Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente;
- c) Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima;
- d) Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste no lo prohíba expresamente;
- e) Cuando versare sobre enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada a la Autoridad de Salud;
- f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; y,
- g) Cuando fuere necesaria para mantener la continuidad de la atención médica al paciente.

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos a que se refiere el Artículo 30 de esta ley, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento. Y donde el Artículo N° 30, dice: El médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

Las limitaciones o excepciones al Acto Médico también son también detalladas en el Código de Ética y Deontología (2000) del Colegio Médico del Perú en sus Artículos N° 89 dice “El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente”; y en su Artículo N° 91 dice: “El médico tratante que tiene conocimiento de la condición patológica de un paciente que pueda resultar en daño a terceras personas, queda eximido de la

reserva correspondiente en todo cuanto se refiera estrictamente a dicha condición, a fin de evitar que el daño se produzca”; y en el Código Civil (1984) en su Artículo 14 relacionado al derecho a la intimidad personal y familiar dice: “La intimidad de la vida personal y familiar no puede ser puesta de manifiesto sin el asentimiento de la persona o si esta ha muerto, sin el de su cónyuge, descendientes, ascendientes o hermanos, excluyentemente y en este orden”.

#### **3.2.3.4 La relación médico paciente:**

Según Benatar S.y otros (2009) en su obra *Manual de Ética Médica*, la relación médico paciente es la piedra angular de la práctica médica y por lo tanto de la ética médica. Como lo menciona la Declaración de Ginebra exige al médico velar ante todo por la salud de mi paciente y el Código Internacional de Ética Médica estipula: el médico debe a sus pacientes toda su lealtad y todos los recursos científicos disponibles para ellos, la relación médico paciente es entonces una relación interpersonal con connotaciones éticas, filosóficas y sociológicas de tipo profesional que sirve de base a la gestión de salud, el fundamento de la relación médico paciente, es la vinculación que inicialmente se establece entre el médico y el paciente, vinculación cuya índole propia depende, ante todo, de los móviles que en el enfermo y en el médico han determinado su mutuo encuentro. Como todo encuentro interhumano, el que reúne al médico y al enfermo se realiza y expresa de acuerdo con las modalidades de la actividad humana, una de las cuales, la cognoscitiva, en el caso de la relación médica toma forma específica como diagnóstico, es decir, como método para conocer lo que aqueja al enfermo; no se trata entonces solamente de una relación dual entre dos seres para obtener algo, como serían los beneficios de un negocio, sino de una relación más estrecha, interpersonal; el enfermo y el médico se reúnen para el logro de algo que importa medularmente a la persona del paciente y que está inscrito en su propia naturaleza: la salud.

El binomio y la relación médico paciente es fundamental en el Acto Médico, de manera que esta relación debe ser respetuosa, prudente y muy cercana al sufrimiento de los enfermos; dejando claro que el paciente debe ser el más respetado en la relación; se produce cada vez que un profesional a quien la estructura social y jurídica de un país ha catalogado como idóneo para ejercer la Medicina, acepta la petición de otro miembro de la sociedad que acude en búsqueda de su opinión, consejo y posible tratamiento. En el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, desde su Artículo 64º trata sobre la relación médico-paciente, donde se inicia diciendo que; el médico debe relacionarse con el paciente en igualdad de condiciones respecto de su condición humana, en forma tal que supere el paternalismo tradicional, lo cual no implica que abdique de su competencia profesional; ya que esto es la base fundamental para un buen Acto Médico.

En la relación médico-paciente intervienen también frecuentemente otros actores (personal no médico, familiares), pudiendo incluso faltar el médico (actos diagnósticos o terapéuticos cumplidos por no médicos) o un verdadero paciente (cuando se trata de consultas en salud) la experiencia mundial muestra que las demandas por responsabilidad médica surgen ante el fracaso o la ruptura de la relación médico-paciente, más que de un daño o de un error médico inexcusable.

- **Establecimiento:** Durante la relación médico paciente es necesario tener en cuenta las características generales de los que participan y debe establecerse una participación activa de ambos interlocutores donde se establezcan medios idóneos que propicie la satisfacción y autorrealización de los mismos; por lo que se cumple en los siguientes casos:

- 1.- Por decisión voluntaria y espontanea de ambas partes.
- 2.- Por acción unilateral del médico, en caso de emergencia.
- 3.- Por solicitud de terceras personas.

4.- Por haber adquirido el compromiso de atender a personas que están a cargo de una entidad privada o pública.

- **Modelos:** Tradicionalmente se describen tres modelos de la relación médico paciente:

- **Modelo Paternalista:** Según Andruet A. (2004) en su obra *Bioética, Derecho y Sociedad*, menciona la similitud como el gobierno del padre, es decir la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que el padre lo hace con sus hijos, sin embargo se debe considerar que existirían grados en el ejercicio paternal que los médicos pueden brindar a sus enfermos; en base a ello, es que habrá algún tipo de paternalismo que implícitamente resulte aceptado, así se ubica el llamado un paternalismo fiduciario, que se conforma cuando deliberadamente es el paciente quien lo solicita al médico, para que directamente sea él quien decida lo referente a su enfermedad es decir, se trata de un cierto grupo de intervenciones o decisiones que están implícitamente transferidas a que el médico las habrá de tomar por el paciente, y que son ellas toleradas por integrar parte de lo que habitualmente toda persona prudente y racional autorizaría; también comenta sobre el paternalismo fuerte, en el cual sostiene que en ciertas circunstancias el médico puede hacer caso omiso del rechazo de un individuo competente, con vistas a conseguir lo que más le conviene al mismo, en este caso se debe considerar, que el mencionado el modo autoritario de relacionarse médicos con enfermos, cubrió una extensa franja histórica, la que sin duda que se puede ubicar desde la misma antigüedad hasta relativamente poco tiempo, su argumento es que el paciente no está capacitado o no tiene criterios claros para escoger las mejores alternativas.

- **Modelo con Autonomía:** Que es cuando el paciente es quien toma la iniciativa presionando al médico para que tome determinadas decisiones; ésta situación se debe al auge de las políticas en las que se exalta al individuo y su autonomía personal frente a la sociedad o al sistema de salud. El paciente entonces exige

determinados procedimientos diagnósticos o terapéuticos al ser usuario de un servicio de salud con el argumento de que pago luego exijo, pero hay que diferenciar del exigir por angustia o ansiedad del paciente ante su enfermedad, del que solo lo hace ejerciendo su supuesta autonomía como tal.

- **Modelo con Responsabilidad:** En este caso es el ideal, basado en la equidad, las dos partes asumen responsabilidades que les son propias con mutuo respeto y en el que se cumplen tanto los derechos del paciente como los derechos del médico. Se debe buscar siempre que el paciente participe y acepte las propuestas, para usar las mejores prácticas, ofreciéndole permanentemente un dialogo amable y la información veraz y oportuna para ayudar a llegar a consensos con explicaciones claras tanto del proceso de su enfermedad como el de su manejo con todas sus posibles consecuencias favorables o desfavorables.

### **3.2.3.5 Los derechos y deberes de los pacientes y médicos.**

Según Bandrés F. Caballero M. (2010) en su libro *El Consentimiento Informado* menciona el término inglés competency como término jurídico en EE. UU. Se traduce como capacidad o reconocimiento legal de las aptitudes psicológicas de un individuo para tomar cierto tipo de decisiones, y en nuestro lenguaje legal, equivaldría a la capacidad legal o de derecho; en derecho, la capacidad de las personas condiciona la eficacia y validez de sus actos y decisiones; no obstante, en situaciones graves (como el rechazo a un tratamiento cuando es vital) la ley señala que en los menores de edad la opinión de los padres o tutores es vital, los pacientes incapaces no pueden, de acuerdo con la ley, otorgar un consentimiento informado válido.

La relación médico paciente implica para cada una de las partes, una serie de derechos y obligaciones, debe entenderse como relación jurídica.

## **- Derechos del paciente:**

En la Constitución Política del Perú (1993), en su Capítulo 1 Artículo N° 1 proclama: “La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado”; y en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2000) considera en lo relacionado al respeto de los derechos del paciente, en su Artículo N° 63, donde dice: “El médico debe respetar y buscar los medios más apropiados para asegurar el respeto de los derechos del paciente, o su restablecimiento en caso que éstos hayan sido vulnerados”.

El paciente tiene derecho a:

- a) Que se le atienda con consideración y pleno respeto de su intimidad y privacidad.
- b) Elegir a su médico de manera autónoma.
- c) Ser tratado, sin interferencia administrativa, por médicos que tengan la suficiente autonomía para realizar juicios clínicos y éticos que respondan a su mejor interés.
- d) Obtener toda la información que sea veraz, oportuna, comprensible, acerca de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- e) Aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado o a revocar su decisión en cualquier momento, sin obligación de expresión de causa.
- f) Conocer el nombre completo del médico responsable de su atención y de las demás personas a cargo de la realización de los procedimientos y de la administración de los tratamientos.
- g) Que se respete la confidencialidad del acto médico y del registro clínico.

- h) Que las discusiones de su caso clínico, las consultas, los exámenes y el tratamiento sean confidenciales y conducidos con la mayor discreción.
- i) Que se respete su intimidad y pudor, teniendo la potestad de autorizar o no la presencia de quienes no estén directamente implicados en su atención, sin perjuicio de la misma.
- j) Recibir una explicación completa en caso que haya de ser referido a otro médico o establecimiento de salud, así como a no ser trasladado sin su consentimiento, excepto en caso de emergencia.
- k) Que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica.
- l) No ser sujeto de investigación o ensayo clínico sin su previo consentimiento informado, o del asentimiento del niño o adolescente.
- m) Que se respete el proceso natural de su muerte, sin recurrir a una prolongación injustificada y dolorosa de su vida.
- n) Recibir atención prioritaria de acuerdo a su estado gravedad.
- o) En el caso de niños, a ser hospitalizado en compañía de su madre o familiar responsable, siempre que sea posible; a ser protegidos contra maltrato físico, moral o sexual y a que se garantice su alimentación con los controles adecuados.
- p) Ser oportuna y debidamente informado sobre las medidas y prácticas concernientes a la protección de su salud reproductiva.

Y en la Ley General de Salud (1997) en su Artículo 15°, que fue modificado con Ley N° 29414, dice: Toda persona tiene derecho a lo siguiente: 15.1: Acceso a

los servicios de salud; 15.2: Acceso a la información; 15.3: Atención y Recuperación de la Salud; y 15.4: Consentimiento informado.

Los derechos del paciente se podrían resumir básicamente a dos que constituyen el núcleo esencial de la personalidad: Derecho del paciente a ser debidamente informado y Derecho a la confidencialidad de los datos sanitarios, especialmente cuando son objeto de tratamiento informático; estos dos derechos tienen una relación directa con la historia clínica, documento sanitario en el que, cada día con más intensidad, convergen intereses del paciente, de la Administración Sanitaria y del médico o profesional de la salud.

- **Deberes del paciente:** En el momento se comenta los derechos de los pacientes, como contraparte de las obligaciones que pesan sobre el profesional de la salud, es decir a cada derecho del paciente le corresponde una obligación del médico pero de las obligaciones del paciente como tal, poco se dice, normalmente se habla como que a este sujeto de la relación que surge del contrato médico no tuviera más deberes que el económico, de abonar con dinero u orden de consulta la prestación del profesional; pero en realidad debemos decir que las obligaciones y deberes del paciente no se limitan al pago del acto médico, existen y necesario determinan claramente, obligaciones de sus partes que son esenciales para el cumplimiento de los fines contrato y son las obligaciones:

- **De información.** Donde el paciente debe al médico lealtad y está obligado respecto al mismo, en cuanto a la veracidad de sus dichos, que serán tenidos como antecedente para la determinación del diagnóstico y del tratamiento a seguir, es una obligación del paciente informar al profesional sobre sus antecedentes y condiciones a fin de que el médico tratante pueda producir un diagnóstico y dar un tratamiento certero, para ello el paciente obligado no debe guardarse información o distorsionar la realidad de su condición, lo que quiere decir que debe contarle toda la verdad a su médico.

- **De cooperación.** En la que pesa sobre el paciente, la obligación de su parte de cumplir con el tratamiento indicado, cuando voluntariamente presto consentimiento para ser tratado en la forma que se lo hace se debe aclarar que así como el paciente tiene el derecho a rechazar el tratamiento propuesto, una vez aceptado este tratamiento, tiene obligación de cumplirlo acabadamente, cumplimiento que es una condición esencial para lograr los fines que son objeto del contrato entre el médico y el paciente.

El paciente, en los diferentes establecimientos de salud, en su condición de actor principal del Acto Médico considerado como un contrato de servicios, tiene también una serie de obligaciones:

- Colaborar en el cumplimiento de las normas institucionales;
- Tratar con respeto al médico, a los paramédicos, a otros pacientes y a los acompañantes;
- Facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como a colaborar en su obtención;
- Cuidar las instalaciones y de colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las Instituciones Sanitarias;
- Firmar el documento de salida voluntaria o de no aceptación de los tratamientos propuestos, cuando así lo decida;
- Pagar honorarios al médico. Es menester señalar que esta obligación procede, tratándose de instituciones de salud privadas, pero si estas son públicas es una obligación del Estado garantizar el derecho a la salud; y
- De exigir que se cumplan sus derechos.

- **Derechos del médico:** Según la Carta de los derechos Generales de los Médicos (2001) en Méjico se considera lo siguiente:

- Ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, donde el médico tiene derecho a que se respete su juicio clínico y su libertad prescriptiva, así como también su probable decisión de declinar la atención de

algún paciente, siempre que tales aspectos se sustenten sobre bases éticas, científicas y normativas.

- Laborar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional, donde el médico tiene derecho a contar con lugares de trabajo e instalaciones que cumplan con medidas de seguridad e higiene, de conformidad con las características del servicio a otorgar.
- Tener a su disposición los recursos que requiere su práctica profesional, es decir, recibir del establecimiento donde presta su servicio: personal idóneo, así como equipo, instrumentos e insumos necesarios, de acuerdo con el servicio a otorgar.
- Abstenerse de garantizar resultados en la atención médica, donde el médico tiene derecho a no emitir juicios concluyentes sobre los resultados esperados de la atención médica.
- Recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional, donde el médico tiene derecho a recibir del paciente y sus familiares trato respetuoso, así como información completa, veraz y oportuna relacionada con el estado de salud.
- Tener acceso a educación médica continua y ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, donde el médico tiene derecho a que se le facilite el acceso a la educación médica continua y a ser considerado en igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, con el propósito de mantenerse actualizado.
- Tener acceso a actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión, porque tiene derecho a participar en actividades de investigación y enseñanza como parte de su desarrollo profesional.
- Asociarse para promover sus intereses profesionales, donde el médico tiene derecho a asociarse en organizaciones, asociaciones y colegios para su

desarrollo profesional, con el fin de promover la superación de sus miembros y vigilar el ejercicio profesional.

- Salvaguardar su prestigio profesional, donde el médico tiene derecho a la defensa de su prestigio profesional y a que la información sobre el curso de una probable controversia se trate con privacidad y en su caso a pretender el resarcimiento del daño causado, la salvaguarda de su prestigio profesional demanda de los medios de comunicación respeto al principio de legalidad y a la garantía de audiencia, de tal forma que no se presuma la comisión de ilícitos hasta en tanto no se resuelva legalmente cualquier controversia por la atención médica brindada, y
- Percibir remuneración por los servicios prestados, donde el médico tiene derecho a ser remunerado por los servicios profesionales que preste, de acuerdo a su condición laboral, contractual o a lo pactado con el paciente.

En el Perú, en la actualidad en el ejercicio de la medicina, tan sólo se toman en cuenta los derechos de los pacientes y los deberes del médico, sin considerar el principio de equidad para establecer así un equilibrio justo y necesario en el desempeño de tan importante y trascendental labor, sin que en ella se demerite el beneficio del paciente.

- **Deberes del médico:**

En relación a los deberes del Médico, en el Código de Ética y Deontología (2000) del Colegio Médico del Perú (CMP) manifiesta lo siguiente:

Artículo 1º: Es deber del médico desempeñar su profesión competentemente, debiendo, para ello, perfeccionar sus conocimientos, destrezas y actitudes en forma continua y ejercer su profesión integrándose a la comunidad, con pleno respeto de la diversidad sociocultural del país.

Artículo 2°: El médico no debe propiciar modalidades de trabajo que atenten contra la relación médico-paciente y la continuidad del cuidado, así como contra su propia salud,

Artículo 3° El médico debe conocer y acatar las normas administrativas de la institución donde labora,

Artículo 4° El médico tiene derecho a reclamar corporativamente las condiciones adecuadas para el desempeño de sus funciones. Tales reclamos, incluyendo la suspensión de actividades, deben realizarse siempre en el marco ético y respetando las disposiciones legales vigentes; y el

Artículo 5° El médico debe informarse permanentemente sobre los medicamentos, insumos, dispositivos y otros materiales que usa o prescribe.

#### **3.2.3.6 El secreto médico:**

Durante la historia se ha considerado que los profesionales de la salud tienen la obligación ética de mantener el secreto de todo aquello que conocen en el ejercicio de su profesión. Este principio de la confidencialidad ha sido siempre uno de los grandes valores éticos de la práctica médica. La regla general que se aplica es que un profesional de la medicina debe guardar estricta reserva de todo lo que se entere, tanto en el ejercicio de su profesión como fuera de ella.

El Secreto Médico es entonces la obligación de mantener en reserva la información que recibe de él o la paciente y en principio ésta sólo podrá revelarse con el consentimiento de aquél o aquella; y el médico debe guardar reserva sobre el acto médico practicado, este deber se extiende a cualquier otra información que le hubiere sido confiada por el o la paciente o por su familia con motivo de su atención. El secreto profesional médico cubre aquello que por razón del ejercicio de la profesión se haya visto, oído o comprendido y que no es ético o lícito revelar,

salvo que exista una causa justa y en los casos contemplados por disposiciones legales.

Se puede mencionar que el Secreto Médico, va mucho más allá de otros secretos profesionales, e incluso debería estar más protegido por las leyes que dirimen estas cuestiones, por la simple razón, de que su objeto no se restringe ni acaba exclusivamente por la confidencia que el paciente hace al médico, si no porque también abarca todo aquello que el médico pueda deducir de la esfera íntima del paciente, y que, la mayoría de las veces, incluso el mismo paciente, no desearía fuera conocido ni siquiera por su propio médico.

- **Fundamentos:** Que se debe observar desde tres ópticas:

- **Legal:** Enmarcada por las disposiciones que hacen alusión a sanciones por incumplimiento, excepciones, alcances de la obligación de mantener reserva, etc.,

- **Ética:** Determinado por los Códigos de Ética y por planos morales y de conciencia que debe respetar el profesional durante su ejercicio, y

- **Médico asistencial:** En la que la problemática del secreto se vincula no solo a exigencias que el paciente pueda formular sino también a garantizar un vínculo más eficaz y una empatía que favorezca la relación médico paciente; es por eso que se puede pensar que el secreto profesional nace, se sustenta y tiene su razón de ser como un elemento más de la práctica profesional.

- **Excepciones:** Considerando que el Secreto Profesional Médico es parte del Acto Médico, entonces las excepciones que se dan para el Secreto Médico son las mismas del Acto Médico. El Colegio Médico del Perú en su Código de Ética y

Deontología, con el fin de que sus afiliados ejerzan una correcta labor profesional, ha incluido un capítulo: Del Secreto Profesional, donde determinan:

- **Artículo N° 89:** “El médico debe mantener el secreto profesional para proteger el derecho del paciente a la confidencialidad de los datos que le ha proporcionado, no debiendo divulgarlos, salvo expresa autorización del paciente”;
- **Artículo N° 90:** “El médico debe guardar reserva o la confidencialidad sobre el acto médico practicado por él o del que hubiere podido tomar conocimiento en su condición de médico consultor, auditor o médico legista. Este deber se extiende a cualquier otra información que le hubiere sido confiada por el paciente o por su familia con motivo de su atención o de su participación en una investigación. La muerte del paciente no exime al médico del cumplimiento de este deber”; y
- **Artículo N° 91:** “El médico tratante que tiene conocimiento de la condición patológica de un paciente que pueda resultar en daño a terceras personas, queda eximido de la reserva correspondiente en todo cuanto se refiera estrictamente a dicha condición, a fin de evitar que el daño se produzca”.

### **3.2.3.7 La historia clínica**

En el sector salud es el documento de mayor trascendencia en la relación médico paciente y parte esencial en la evaluación del Acto Médico es la Historia Clínica, como así lo resalta y determinan desde su Artículo 92 el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico y la Ley General de Salud del Perú en su Artículo N° 29 y su modificatoria con Ley N° 29414. “Dentro del contexto médico-legal y deontológico del ejercicio de las profesiones sanitarias, la Historia Clínica adquiere su máxima dimensión en el mundo jurídico, porque es el documento donde se refleja no sólo la práctica médica o Acto Médico, sino también el cumplimiento de algunos de los principales deberes del personal sanitario respecto al paciente: deber de asistencia, deber de informar, etc., convirtiéndose en la prueba documental que

evalúa el nivel de la calidad asistencial en circunstancias de reclamaciones de responsabilidad a los profesionales sanitarios y/o a las instituciones públicas”.

El documento denominado Historia Clínica puede definirse desde diferentes perspectivas: desde el punto de vista gramatical, desde el aspecto jurídico, concepto médico-asistencial, o bien entendiéndose desde el área de la medicina legal, definiéndose en tal circunstancia como el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia, desde su nacimiento hasta su muerte, y que puede ser utilizada por todos los centros sanitarios donde el paciente acuda. Desde el punto de vista de prestación de servicios la Historia Clínica hace referencia, más que a un documento específico, a un componente fundamental de la relación Equipo de Salud-Paciente. La Historia Clínica es el más importante de los documentos que realiza cualquier equipo de salud, especialmente el médico, y tiene un valor científico, técnico y jurídico que resalta la prevalencia e importancia en el ejercicio de las actividades en el sector salud. La historia clínica es un documento médico legal complejo que refleja los cambios acaecidos en las formas de la prestación asistencial y la relación médico-paciente y, en su condición de medio de comunicación, constituye condición sinequanon para la asistencia médica, criterio de *lex artis* y aspecto crítico de la responsabilidad médica.

La Historia Clínica entonces se convierte en un documento de gran valor jurídico en los casos de Responsabilidad Profesional Médica al convertirse por orden judicial en la prueba material principal. Es una prueba de primer orden en este tipo de procesos judiciales que tiene incluso tanto valor como la prueba pericial, puesto que ésta se basa normalmente en la Historia Clínica. Debemos recalcar en este momento el hecho de que la Historia Clínica se elabora inicialmente con una finalidad asistencial y no como un instrumento a utilizar como medio de defensa en un proceso judicial. Esto hace que se transforme en un medio de prueba válido para demostrar la verdad en el proceso. Este valor jurídico de la Historia Clínica tiene

como consecuencia que el derecho del médico a la realización de la misma se vea reforzado y a su vez se convierta, en caso de reclamaciones, en la mejor protección o en la más eficaz pieza condenatoria para él, por ejemplo en los casos que: a).- No existe o fue elaborada defectuosamente, b).- En los que demuestra que el médico no se adecuó a la Lex Artis para el caso, ya que constituye el testimonio más objetivo de la calidad o falta de calidad de la praxis médica, y c).- Asimismo en los casos en que no cumplió con su deber de informar y obtener el consentimiento del paciente.

La Historia Clínica completa, actualizada, ordenada, respetuosa, inteligible y verdadera; como la que se trata de establecer en el Perú con la Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector salud (2005); es el instrumento de actuación máspreciado, para el médico en su labor asistencial y para el médico perito que interviene en casos de responsabilidad médica y emite informes que se van a convertir en un medio de prueba para la administración de Justicia cuando dictamine sobre la existencia o inexistencia de responsabilidad profesional médica.

### 3.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS:

- **Acto médico**, toda acción o disposición que realiza el médico en el ejercicio de la profesión médica.
- **Aplicación de los derechos del paciente** el ejercicio de las normas que rigen la atención del paciente como ser humano por el personal de salud.
- **Aplicabilidad hospitalaria**, se refiere entonces a la búsqueda del beneficio o bien del paciente.
- **Bioética o ética médica** principios o normas de conducta humana en el campo de la medicina.
- **Conocimiento de los derechos del paciente** es el conjunto de nociones que tiene el personal de salud acerca de las normas que permiten al paciente la auto

determinación y control sobre su cuerpo y la atención de sus necesidades como ser humano.

- **Contar con facilidades para obtener una segunda opinión** derecho en el que el paciente recibe por escrito un resumen sobre su estado de salud para consultar una segunda opinión con otro profesional
- **Contar con un expediente clínico** es el derecho del paciente de disponer de una copia de su expediente clínico si así lo solicita
- **Decidir libremente sobre su atención** el paciente tiene derecho a tomar su resolución, aceptar o rechazar cualquier procedimiento que se le realice así como el uso de medidas de supervivencia en enfermedades terminales.
- **Derecho médico** conjunto de normas de distinto origen y rango que se ocupan de la profesión médica y de su ejercicio desde una perspectiva jurídica.
- **Deontología**, implica una búsqueda de reglas fundadas que sirven como base para tomar decisiones morales.
- **Enfermedad** proceso y a la fase que atraviesan los seres vivos cuando padecen una afección que atenta contra su bienestar al modificar su condición ontológica de salud.
- **Ética** es la rama de la filosofía que se ocupa del estudio racional de la moral, la virtud, el deber, la felicidad y el buen vivir. Juramento hipocrático.
- **Historia Clínica**, el documento médico-legal donde queda registrada toda la relación del personal sanitario con el paciente, todos los actos y actividades médico sanitarias realizados con él y todos los datos relativos a su salud, que se elabora con la finalidad de facilitar su asistencia.
- **Hospital** es el espacio en el que se desarrollan todo tipo de servicios vinculados a la salud.

- **Médico** persona legalmente autorizada para ejercer la medicina.
- **Medicina**, como ciencia y arte de evitar y curar las enfermedades
- **Otorgar o no su consentimiento informado** cuando el paciente acepte sujetarse con fines de diagnóstico o tratamiento que implique un riesgo deberá estar perfectamente enterado de los beneficios o riesgos que esto implica y firmar por escrito su consentimiento.
- **Preventivo.** Centrado en la comunidad, el paciente es visto como un medio para modificar las tasas.
- **Recibir atención médica adecuada** el personal de la institución debe proporcionar al paciente la atención de acuerdo a sus necesidades, así como ser referido a otro médico en caso necesario.
- **Recibir trato digno y respetuoso** implica la presentación del personal con el paciente y sus familiares mostrando amabilidad, paciencia y cuidado de su intimidad y respeto a sus convicciones personales y principios morales
- **Recibir información suficiente, oportuna, clara y veraz** derecho del paciente en el que el médico y la enfermera deben proporcionar información, responder y aclarar cualquier pregunta relacionada con su diagnóstico, pronóstico y tratamiento en forma clara, veraz, y en el momento oportuno.
- **Recibir atención médica en caso de urgencias** es el derecho de recibir atención por un médico en cualquier establecimiento de salud cuando esté en peligro la vida, algún órgano o una función del paciente.
- **Salud**, como disciplina multisectorial y multiprofesional orientada a lograr el estado de completo bienestar físico, mental y social de las personas

- **Ser tratado con confidencialidad** se define como mantener en secreto toda la información que el paciente proporcione al personal de salud, divulgándola solo con la autorización de éste.
- **Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida** el paciente tiene derecho a inconformarse por la atención del personal de salud recibida, así como disponer de vías judiciales para resolver un conflicto con el personal de salud.

## CAPÍTULO IV

### PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

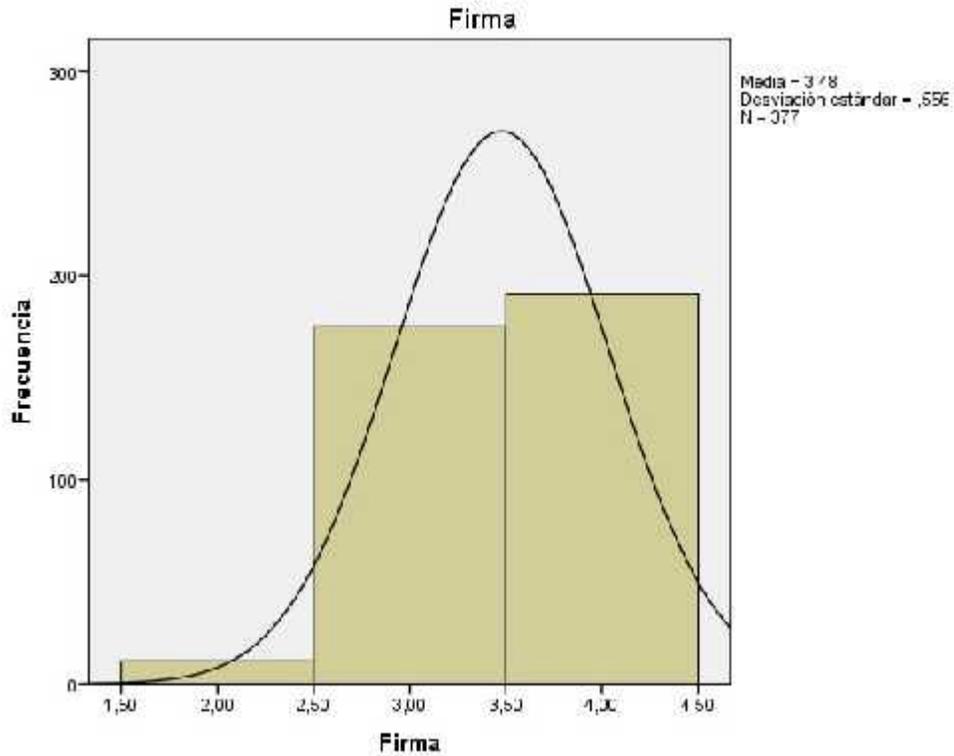
#### 4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS POR DIMENSIONES DE LA VARIABLE CONSENTIMIENTO INFORMADO

##### 4.1.1 Dimensión: Firma

Tabla N° 3

		Firma		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	En desacuerdo	11	2,9	2,9	2,9
	De acuerdo	175	46,4	46,4	49,3
	Totalmente de acuerdo	191	50,7	50,7	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 6**



De acuerdo a la dimensión: Firma, de la variable de consentimiento informado, se observa que:

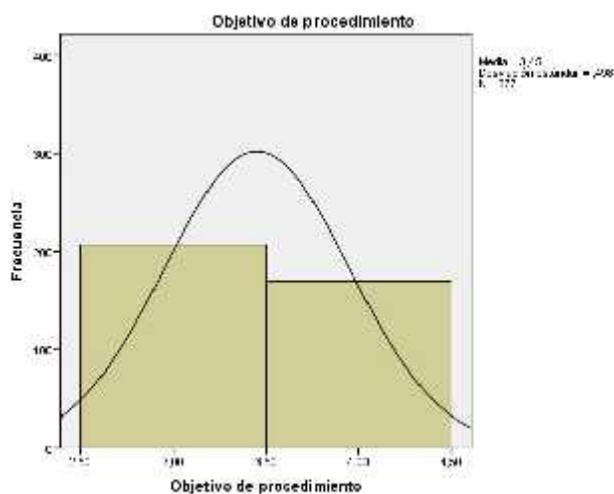
- 11 encuestados (2,9 %), están en desacuerdo; es decir que no se les había explicado que es un procedimiento importante para autorizar la intervención o procedimiento a realizar.
- 175 encuestados (46,4 %), están de acuerdo y 191 encuestados (50,7 %), están totalmente de acuerdo. Es decir que el 97,1 % está de acuerdo a que se les debe de explicar el objetivo del consentimiento informado.

#### 4.1.2 Dimensión: Objetivo de procedimiento

**Tabla N° 4**

		Objetivo de procedimiento		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	De acuerdo	207	54,9	54,9	54,9
	Totalmente de acuerdo	170	45,1	45,1	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 7**



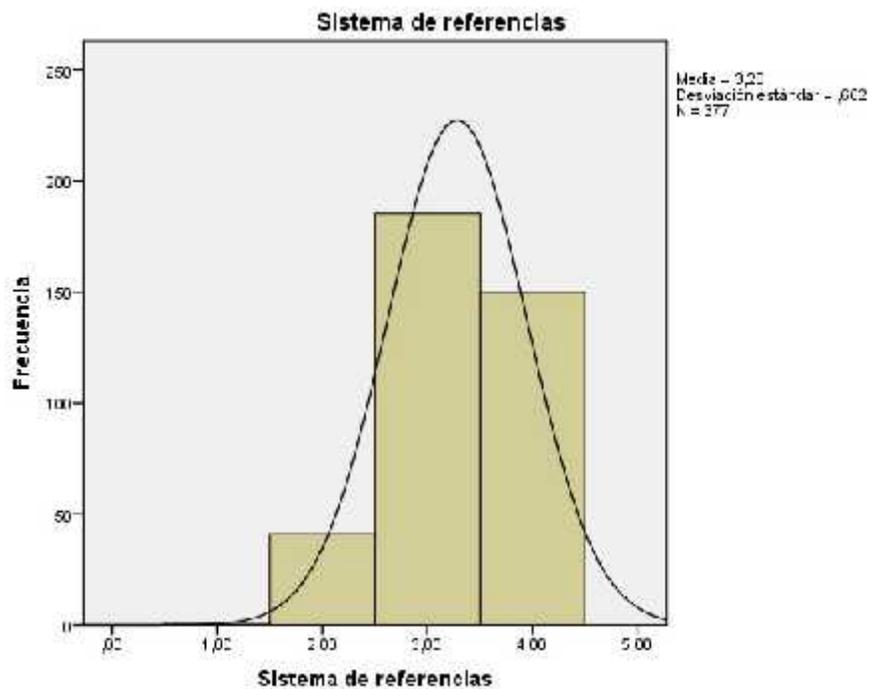
De acuerdo a la dimensión: Objetivo de procedimiento, de la variable de consentimiento informado, se observa que: 207 encuestados ( 54,9 %), están de acuerdo y 170 encuestados ( 45,1 %), están totalmente de acuerdo, lo que significa que los pacientes desean conocer los objetivos del consentimiento informado, como es el de la protección legal del paciente.

### 4.1.3 Dimensión: Sistema de referencias

**Tabla N° 5**

		Sistema de referencias		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Totalmente en desacuerdo	1	,3	,3	,3
	En desacuerdo	41	10,9	10,9	11,1
	De acuerdo	185	49,1	49,1	60,2
	Totalmente de acuerdo	150	39,8	39,8	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 8**



De acuerdo a la dimensión: Sistema de referencias, de la variable de consentimiento informado, se observa que:

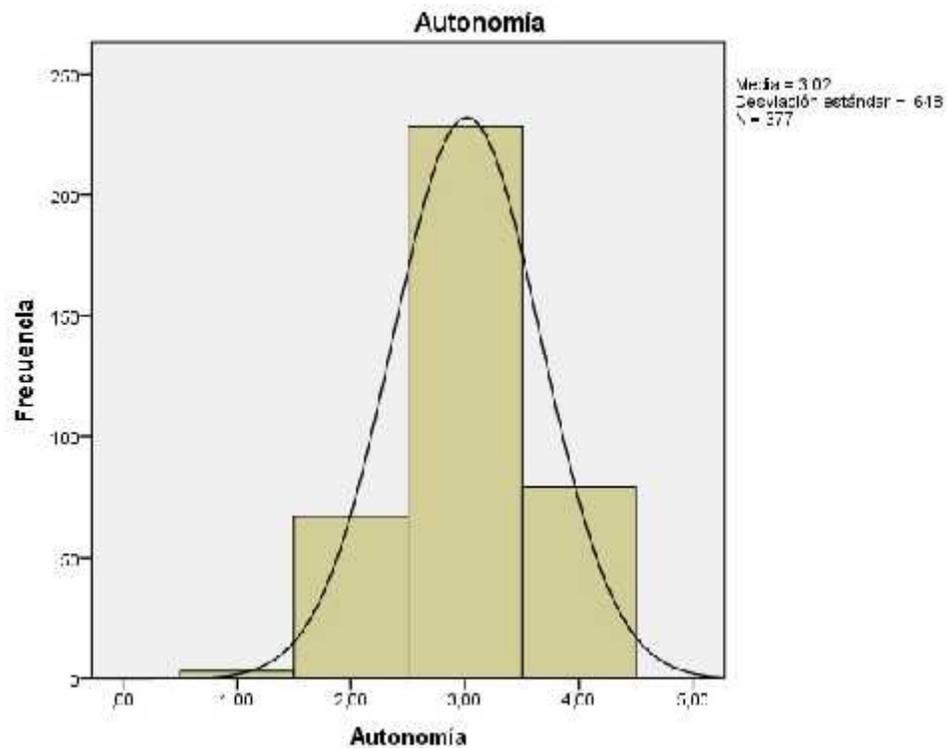
- 1 encuestado (,3 %), está totalmente en desacuerdo y 41 encuestados (10,9 %), están en desacuerdo; ya que no se les explicó oportunamente, que la firma del consentimiento informado también autoriza que el paciente puede ser referido o trasladado a otra institución, causando en ellos un malestar y preocupación
- 185 encuestados (49,1 %), están de acuerdo y 150 encuestados ( 39,8 %), están totalmente de acuerdo, si tenían conocimiento que la firma contempla casos de referencias.

#### 4.1.4 Dimensión: Autonomía

**Tabla N° 6**

		Autonomía			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	,8	,8	,8
.	En desacuerdo	67	17,8	17,8	18,6
.	De acuerdo	228	60,5	60,5	79,0
.	Totalmente de acuerdo	79	21,0	21,0	100,0
.	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 9**



De acuerdo a la dimensión: Autonomía, de la variable de consentimiento informado, se observa que:

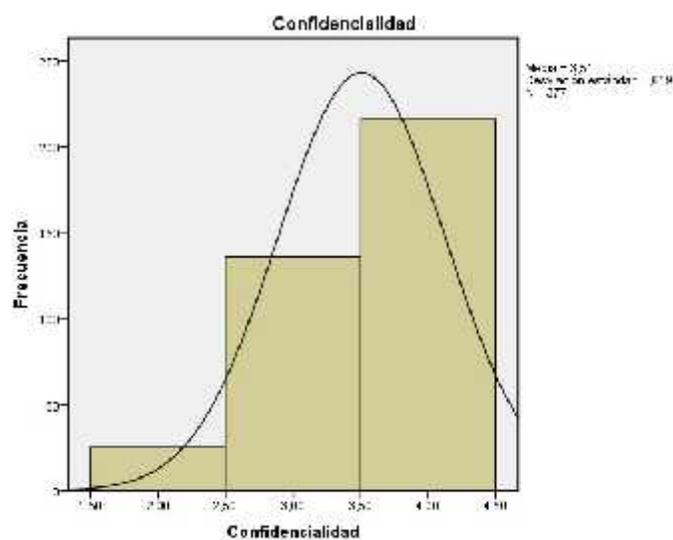
- 3 encuestados (,8 %), están totalmente en desacuerdo y 67 (17,8 %), están en desacuerdo; muchos de los pacientes se sentían obligados ante la solicitud del personal de manera autoritaria y sin antes haberles explicado.
- 228 encuestados (60,5 %), están de acuerdo y 79 (21 %), están totalmente de acuerdo. Es decir que la mayoría está de acuerdo en que el procedimiento debe ser autónomo

#### 4.1.5 Dimensión: Confidencialidad

**Tabla N° 7**

		Confidencialidad		Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	En desacuerdo	25	6,6	6,6	6,6
	De acuerdo	136	36,1	36,1	42,7
	Totalmente de acuerdo	216	57,3	57,3	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 10**



De acuerdo a la dimensión de Confidencialidad, de la variable de consentimiento informado, se observa que:

- 25 encuestados (6,6 %), están en desacuerdo
- 136 encuestados ( 36,1 %), están de acuerdo y 216 ( 57,3 %). La confidencialidad está relacionada al secreto profesional, que se debe tener sobre lo que manifiesta el paciente. Es decir que la mayoría está de acuerdo en que la información debe ser confidencial

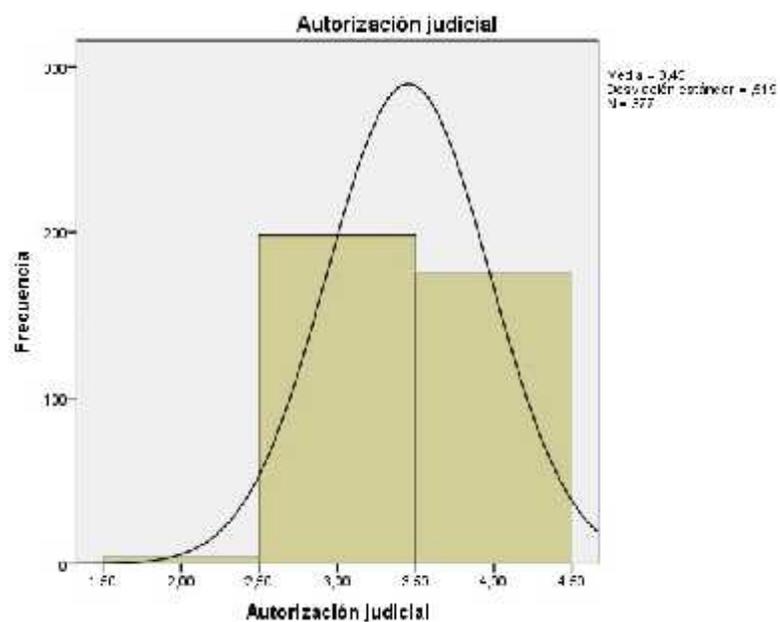
## 4.2. RESULTADOS DESCRIPTIVOS POR DIMENSIONES DE LA VARIABLE APLICABILIDAD HOSPITALARIA

### 4.2.1 Dimensión: Autorización judicial

**Tabla N° 8**

		Autorización judicial		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	En desacuerdo	4	1,1	1,1	1,1
	De acuerdo	198	52,5	52,5	53,6
	Totalmente de acuerdo	175	46,4	46,4	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 11**



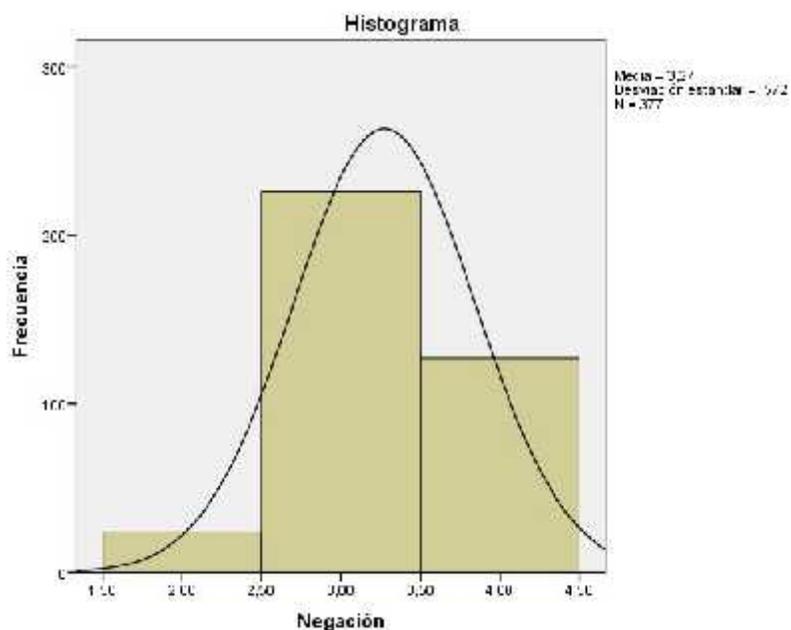
De acuerdo a la dimensión: Autorización judicial, de la variable de aplicabilidad hospitalaria, se observa que: 198 encuestados ( 52,5 %), están de acuerdo y 175 ( 46,4 %), están totalmente de acuerdo; en que la autorización judicial se realice cuando existe negación por parte de los pacientes, familiares o no hay quien autorice el procedimiento.

#### 4.2.2 Dimensión: Negación

**Tabla N° 9**

		Negación		Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	En desacuerdo	24	6,4	6,4	6,4
	De acuerdo	226	59,9	59,9	66,3
	Totalmente de acuerdo	127	33,7	33,7	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 12**



De acuerdo a la dimensión: Negación, de la variable de aplicabilidad hospitalaria, se observa que:

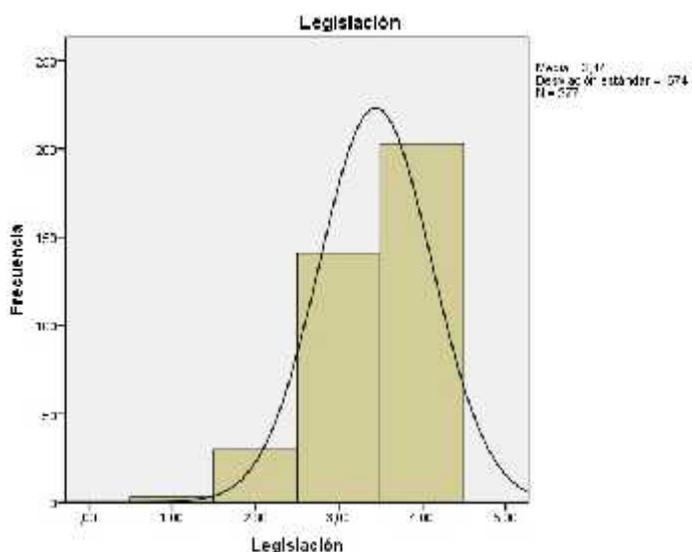
- 24 encuestados (6,4 %), están en desacuerdo, por falta de información
- 226 encuestados ( 59,9 %), están de acuerdo y 127 ( 33,7 %), que desean tener la posibilidad de negarse a brindar la autorización para el procedimiento solicitado.

### 4.2.3 Dimensión: Legislación

Tabla N° 10

		Legislación		Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	Totalmente en desacuerdo	3	,8	,8	,8
	En desacuerdo	30	8,0	8,0	8,8
	De acuerdo	141	37,4	37,4	46,2
	Totalmente de acuerdo	203	53,8	53,8	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

Gráfico N° 13



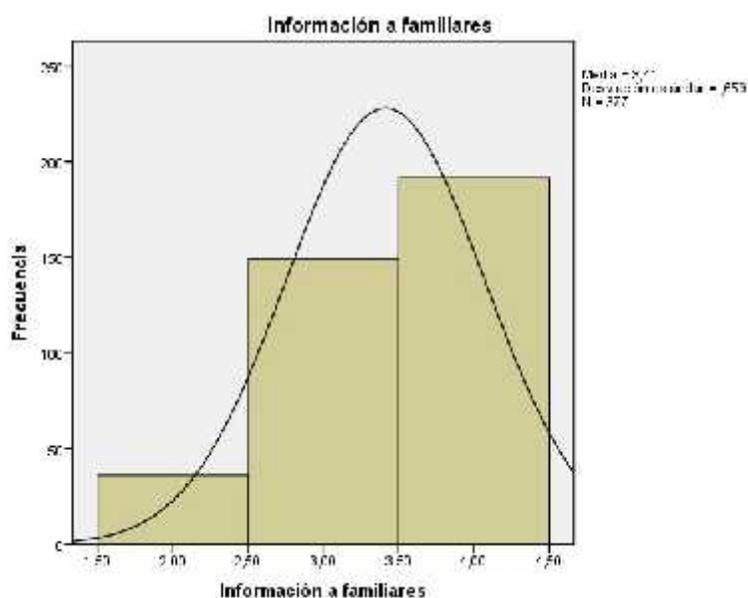
De acuerdo a la dimensión: Legislación, de la variable de aplicabilidad hospitalaria, se observa que 141 encuestados (37,4 %), están de acuerdo y 203 (53,8 %), están totalmente de acuerdo y conocen sus derechos; es decir están de acuerdo en que exista una legislación que regule y proteja la normatividad del consentimiento informado

#### 4.2.4 Dimensión: Información a familiares

**Tabla N° 11**

		Información a familiares		Porcentaje	Porcentaje
		Frecuencia	Porcentaje	válido	acumulado
Válido	En desacuerdo	36	9,5	9,5	9,5
	De acuerdo	149	39,5	39,5	49,1
	Totalmente de acuerdo	192	50,9	50,9	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 14**



De acuerdo a la dimensión: Información a familiares, de la variable de aplicabilidad hospitalaria, se observa que:

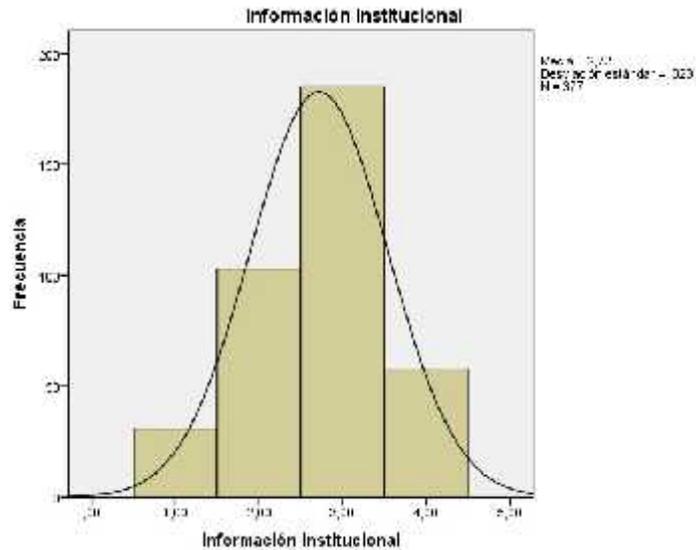
- 36 encuestados (9,5 %), están totalmente en desacuerdo, por falta de información.
- 149 encuestados (39,5 %), están de acuerdo y 192 (50,9 %), están totalmente de acuerdo.

#### 4.2.5 Dimensión: Información institucional

**Tabla N° 12**

		Información institucional		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido		Frecuencia	Porcentaje		
	Totalmente en desacuerdo	31	8,2	8,2	8,2
	En desacuerdo	103	27,3	27,3	35,5
	De acuerdo	185	49,1	49,1	84,6
	Totalmente de acuerdo	58	15,4	15,4	100,0
	Total	377	100,0	100,0	

**Gráfico N° 15**



De acuerdo a la dimensión: Información institucional, de la variable de aplicabilidad hospitalaria, se observa que:

- 31 encuestados (8,2 %), están totalmente en desacuerdo, 103 (27,3%), en desacuerdo, por falta de información.
- 185 encuestados (49,1 %), están de acuerdo y 58 (15,4 %), están totalmente de acuerdo y señalan que deben recibir información institucional y por parte de los medios de comunicación.

#### **4.3 PRUEBA DE NORMALIDAD:**

Para determinar la normalidad se aplicó la prueba de KOLMOGOROV- SMIRNOV, para una muestra. A fin de comprobar el grado de concordancia entre la distribución de datos empíricos de la muestra.

Presentamos el resultado:

**Tabla N° 13**

**Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra**

		Consentimiento informado	Aplicabilidad hospitalaria
N		377	377
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	3,1273	2,8245
	Desviación estándar	,35688	,45728
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,504	,442
	Positivo	,504	,319
	Negativo	-,353	-,442
Z de Kolmogorov-Smirnov		,504	,442
Sig. asintótica (bilateral)		,120	,091

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

Como observamos en la tabla, los resultados de la prueba de Kolmogorov- Smirnov.

- La Variable: Consentimiento informado, tiene un puntaje  $Z = ,504$  y un nivel de significancia de  $,120$  ( $P > 0, 05$ ).
- La Variable: Aplicabilidad hospitalaria, tiene un puntaje  $Z = ,442$  y un nivel de significancia de  $,091$  ( $P > 0, 05$ ).

Por lo tanto, nuestra hipótesis de prueba es:

$H_0$ : El valor calculado es  $P= 0,05$  se acepta

$H_a$ : El valor calculado es  $P= 0, 05$  se rechaza

**Decisión:** Se aplicarán estadísticos paramétricos, en este caso la Correlación de Pearson. Ya que los datos muestran normalidad.

#### 4.4 PRUEBA DE HIPÓTESIS:

##### 4.4.1 Hipótesis General:

H<sub>G</sub>: Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>0</sub>: No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 14**

##### Hipótesis General

		Aplicabilidad hospitalaria
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	,235**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables Consentimiento informado y aplicabilidad hospitalaria, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = , 235\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de P= ,000 < , 05, con un n= 377.

### Decisión:

**Se acepta la Hipótesis general de Investigación.** Es decir, existe una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015.

#### 4.2.2 Hipótesis Secundarias

##### Hipótesis Secundaria 1:

- H<sub>1</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015
- H<sub>0</sub> No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 15**  
**Hipótesis Secundaria 1**

		Autorización judicial
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	,147**
	Sig. (bilateral)	,004
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables: Consentimiento informado y Autorización judicial, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = , 147\*\*; (correlación positiva muy débil) y el valor de  $P = ,004 < , 05$ , con un  $n = 377$ .

**Decisión:**

**Se acepta la Hipótesis secundaria 1.** Es decir, existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la autorización judicial, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Hipótesis Secundaria 2:**

H<sub>2</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>0</sub> No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 16**  
**Hipótesis Secundaria 2**

		Negación
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	,298**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables: Consentimiento informado y negación, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = , 298\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P = ,000 < , 05$ , con un  $n = 377$ .

**Decisión:**

**Se acepta la Hipótesis Secundaria 2.** Es decir, existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la negación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Hipótesis Secundaria 3:**

$H_3$  Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **legislación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

$H_0$  No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **legislación**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 17**

**Hipótesis Secundaria 3**

		Legislación
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	-,003
	Sig. (bilateral)	,955
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables: Consentimiento informado y legislación, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = -,003 (no existe correlación) y el valor de  $P = ,995 > ,05$ , con un  $n = 377$ .

**Decisión:**

**Se acepta la Hipótesis nula.** Es decir, no existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Hipótesis Secundaria 4:**

H<sub>4</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>0</sub> No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 18**  
**Hipótesis Secundaria 4**

		Información a familiares
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	-,010
	Sig. (bilateral)	,850
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables: Consentimiento informado y la información a los familiares, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = -,010 (correlación negativa muy débil) y el valor de  $P = ,850 > ,05$ , con un  $n = 377$ .

**Decisión:**

**Se acepta la Hipótesis nula.** Es decir, no existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

### Hipótesis Secundaria 5:

H<sub>5</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

H<sub>5</sub> No existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015

**Tabla N° 19**

#### Hipótesis Secundaria 5

		Información institucional
Consentimiento informado	Correlación de Pearson	,151**
	Sig. (bilateral)	,003
	N	377

De los resultados de la aplicación de las encuestas de las variables: Consentimiento informado y la información institucional, observamos el siguiente resultado:

La Correlación de Pearson muestra un valor = , 151\*\*; (correlación positiva muy débil) y el valor de  $P = ,003 < ,05$ , con un  $n = 377$ .

### **Decisión:**

**Se acepta la Hipótesis Secundaria 5.** Es decir, existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información institucional, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica-2015

### **4.5 DISCUSIÓN DE RESULTADOS:**

De acuerdo a los resultados encontrados, podemos concluir que en relación a la **Hipótesis general de investigación:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015, queda demostrada con una correlación de Pearson = , 235\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P= ,000 < , 05$ .

Así mismo mostramos los resultados de la **Hipótesis Secundaria 1:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **autorización judicial**, en el Hospital José Agurto Tello, muestra una Correlación de Pearson = , 147\*\*; (correlación positiva muy débil) y el valor de  $P= ,004 < , 05$ . En los resultados descriptivos de la dimensión autorización judicial, los datos son corroborados teniendo a 198 encuestados ( 52,5 %), que están de acuerdo y 175 ( 46,4 %), están totalmente de acuerdo; a que la autorización judicial se realice cuando existe negación por parte de los pacientes, familiares o no hay quien autorice el procedimiento.

**Hipótesis Secundaria 2:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **negación**, en el Hospital José Agurto Tello, muestra una Correlación de Pearson = ,298\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P= ,000 < ,05$ . En los resultados descriptivos en la dimensión negación observamos que 226 encuestados (59,9 %), están de acuerdo y 127 (33,7 %), están totalmente de acuerdo y que desean tener la posibilidad de negarse a brindar la autorización para el procedimiento solicitado. Es importante mencionar que para evitar ese tipo de incidentes se debe explicar al paciente o a los familiares el procedimiento que se va a realizar en forma clara y precisa, las ventajas y los riesgos.

**Hipótesis Secundaria 3:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, muestra una Correlación de Pearson = -,003 (no existe correlación) y el valor de  $P= ,995 > ,05$ . Según los resultados obtenidos se acepta la hipótesis nula de investigación es decir no existe relación entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación. Asimismo, en los resultados descriptivos de la dimensión legislación observamos que 141 encuestados (37,4 %), están de acuerdo y 203 (53,8 %), están totalmente de acuerdo que debe existir una legislación que regule y proteja la normatividad del consentimiento informado.

**Hipótesis Secundaria 4:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información a familiares**, en el Hospital José Agurto Tello, muestra una Correlación de Pearson = -,010 (correlación negativa muy débil) y el valor de  $P= ,850 > ,05$ . Según los resultados obtenidos se acepta la hipótesis nula de investigación es decir no existe relación entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares. Los resultados descriptivos de la dimensión información a familiares muestra que 149

encuestados (39,5 %), están de acuerdo y 192 (50,9 %), están totalmente de acuerdo a que guarden la confidencialidad.

**Hipótesis Secundaria 5:** Existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la **información institucional**, en el Hospital José Agurto Tello, muestra una Correlación de Pearson = , 151\*\*; (correlación positiva muy débil) y el valor de  $P= ,003 < , 05$ . Así mismo en los resultados descriptivos de la dimensión información institucional, muestra que 31 encuestados (8,2 %), están totalmente en desacuerdo, 185 encuestados (49,1 %), estaban de acuerdo y 58 (15,4 %), estaban totalmente de acuerdo, y señalan que deben recibir información institucional y por parte de los medios de comunicación del hospital.

En relación con los antecedentes de investigación y nuestros resultados podemos señalar:

**Ovalle C.** (2009) en su Tesis titulada: Práctica y significado del Consentimiento Informado en Hospitales de Colombia y Chile, se señala claramente que el consentimiento informado del paciente marca un límite legítimo a la actuación del médico en tanto se está respetando la autonomía de las personas. Con nuestros resultados tienen similitud en cuanto se refiere a la importancia que se debe de dar en la explicación antes de que el paciente firme. No como una obligación sino explicar que significa el firmar el consentimiento informado. Y podría traer consecuencias la falta de explicar el contenido de la firma, tal como lo señala **Gavilanes C.** (2011) en su tesis titulada: Responsabilidad penal en casos de mala práctica médica para optar el grado de Abogado en la Universidad de Quito, Ecuador, que si hay una mala práctica médica es muy difícil llegar al éxito en un reclamo judicial ya que la carencia de un tratamiento específico en los casos de mala práctica médica en el ordenamiento jurídica ecuatoriano no es claro en favor del paciente.

Asimismo; **Astorga J.** (2011) en su tesis titulada: *EL consentimiento informado en el acto médico*, es importante que los médicos sabiendo que su actividad es riesgosa y no está exenta de resultados indeseables, los médicos buscan evitar y protegerse de eventuales reclamaciones haciendo firmar a sus pacientes formularios de consentimiento informado. Nos hace reflexionar que es importante que los médicos antes de proceder a tomar cualquier decisión evalúen los riesgos y sean comunicados al paciente o sus familiares a fin de socializar y tomar la mejor decisión y no solo sea la firma, que está registrada en el consentimiento informado que, si este no ha sido explicado como debe ser trae consecuencias nefastas, debiéndose evitar.

## CONCLUSIONES

1. Los resultados muestran que existe una correlación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015, con una correlación de Pearson = , 235\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P= ,000 < , 05$ .
2. Según los resultados existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la autorización judicial, en el Hospital José Agurto Tello, con una correlación de Pearson = , 147\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P= ,004 < , 05$ .
3. Los resultados señalan que existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la negación, en el Hospital José Agurto Tello, con una correlación de Pearson = , 298\*\*; (correlación positiva débil) y el valor de  $P= ,000 < , 05$ .
4. Los resultados muestran que no existe relación entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, con una correlación de Pearson = - , 003; y el valor de  $P= ,955 > , 05$ .
5. Los resultados señalan que no existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares, en el Hospital José Agurto Tello, con una correlación de Pearson = - , 010; (correlación negativa muy débil) y el valor de  $P= ,850 > , 05$ .
6. Según los resultados existe relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información institucional, en el Hospital José Agurto Tello, con una correlación de Pearson = , 151\*\*; (correlación positiva muy débil) y el valor de  $P= ,003 < , 05$ .

## RECOMENDACIONES

1. La Dirección del Hospital José Agurto Tello de Chosica, debe capacitar a todo el personal en aspectos médico- legales, asimismo debería haber mayor información en los diferentes medios de comunicación acerca de los procesos que debe de seguir todo paciente.
2. El personal del Hospital José Agurto Tello de Chosica, debe estar capacitado y preparado a fin de informar a los pacientes en forma clara, coherente y precisa lo que significa consignar la firma en el documento del consentimiento informado. A fin de no vulnerar sus derechos, ni ponerlos en riesgo.
3. El personal del Hospital José Agurto Tello de Chosica, debe estar capacitado y preparado a fin de informar cuando es necesario recurrir a una autorización judicial a los pacientes, esta información también debería consignarse en los diferentes medios de comunicación del hospital.
4. El personal del Hospital José Agurto Tello de Chosica, debe estar capacitado y preparado a fin de informar a los pacientes sin distinción de género, estrato social a fin de que ellos pueden negarse a firmar el consentimiento informado, Asimismo es oportuno considerar que el personal se capacite en quechua a fin de llegar a la mayoría de la población.
5. El personal del Hospital José Agurto Tello de Chosica, tiene la obligación de informar a la familia en forma detallada, acerca del consentimiento informado, si el paciente es menor de edad o discapacitado.
6. El personal del Hospital José Agurto Tello de Chosica debe de tener como objetivo fundamental informar de todos los procesos a sus pacientes, así como de la aplicabilidad hospitalaria, a través de los diferentes medios de

comunicación del hospital, que será de beneficio y mejorar continua en la calidad y atención hospitalaria.

## FUENTES DE INFORMACIÓN:

- ALTISENT R., (1996) *Sobre Bioética y Medicina de Familia*, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.
- ANDRUET A. (2004) *Bioética, Derecho y Sociedad*, Conflicto, ciencia y convivencia.
- ARANA E. Y OTROS (2010) Trabajo de Investigación *Morbimortalidad en pacientes octogenarios hospitalizados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia*, Revista Diagnóstico, Volumen 49
- ASTORGA J. (2011) Tesis: *EL consentimiento informado en el acto médico* para optar el grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales en la Universidad de Santiago de Chile.
- BANDRÉS F., Caballero M. (2010) *El Consentimiento Informado*, Comité de Bioética y Derecho sanitario (CBYDS) España.
- BENATAR S., Y OTROS, (2009) *Manual de Ética Médica*, Asociación Médica Mundial, Ferney Voltaire Cedec, Francia.
- BERNAR A. (2000) Tesis: *valoración moral del consentimiento informado como expresión de la relación médico paciente* para optar el grado de Doctor en la Universidad de Roma.
- BLENGIO M. (2008) *El Derecho de la Bioética, a 60 años de la Declaración Americana de Derechos y Deberes del hombre y la Declaración Universal de Derechos Humanos*. Revista de Derecho Público.
- CANO M. (2009) *Ética Médica y Bioética*, Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, La Habana.

- CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS MÉDICOS (2001) Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Comisión Nacional de bioética, Méjico.
- CHEPE E. (2010) *Médico Cirujano, Acto Médico y el Consentimiento Informado*. Perú.
- CÓDIGO DE ÉTICA Y DEONTOLOGÍA (2007) del Colegio Médico del Perú (CMP).
- CÓDIGO CIVIL DEL PERÚ (1984) Decreto Legislativo N° 295, Congreso de la República del Perú.
- CODIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA (1948) World Medical Association, Ginebra, Suiza.
- CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ, (1993), Congreso de la República del Perú.
- CÓRDOVA C. (2008) Tesis: *El ejercicio de los derechos de las personas a través del sistema integral de atención ciudadana* para optar el grado de Magister en Gestión y Políticas Públicas en la Universidad de Chile.
- DECLARACIÓN DE HELSINSKI (1964) *Recomendaciones para los médicos dedicados a la investigación clínica*, Worl Medical Assembly, Helsinki, Finlandia.
- DIANA B. (2013) Tesis: *Nivel de conocimiento y cuidado que brinda la enfermera al paciente con catéter venoso central en unidades de cuidados del hospital Belén de Trujillo* para obtener el grado de Licenciada en Enfermería.
- ESCOBAR E. Y ESCOBAR A. (2010) *Principales corrientes filosóficas en bioética*, Hospital Pediátrico Peralvillo, Secretaria de Salud del Distrito Federal, México D.F.; Centro de Salud Zapotlán de Juárez, SS, Hidalgo, México.
- EUSTAQUIO M. (2013) Tesis: *El Consentimiento informado en las emergencias neuroquirúrgicas: la indicación de no reanimar y limitar el esfuerzo terapéutico* para obtener el Grado Académico de Magister en Bioética.

- GARCÍA D. (2015) Curso Excelencia Clínica en Cardiología Hospitales Universitarios Vall d'Hebron de Barcelona, Gregorio Marañón de Madrid y Clínico-Universitario de Valladolid.
- GUISTI MARCELA. (2004) *La importancia de la Historia Clínica en los procesos sobre Responsabilidad Médica*, Diagnóstico, Vo.I 43.
- INFORME BELMONT (1979) Observatori de Bioèticat i Dret, Parc Científic de Barcelona.
- JOSEPH FRANCIS FLETCHER (1954), *Morals and Medicine* by Joseph Fletcher, Princeton University Press.
- FLETCHER J. (1954) *Morals and Medicine*, Princeton University Press.
- KEYEUX G., PENSCHASZADEH V., (2006) *Ética de la Investigación en los Seres Humanos y políticas de Salud Pública*, Red Latinoamericana y del Caribe, Universidad Nacional de Colombia, Organización para las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO.
- KASTNER K. (1945) El Juicio de Nuremberg, El tribunal Superior de Nuremberg, Fuester Strasse 110.
- LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS, (1948) Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución N° 217 A, París.
- LEY GENERAL DE SALUD, Ley N° 26842, (1997) Congreso de la República del Perú.
- LEY DE TRABAJO MÉDICO, Decreto Legislativo N° 559 (1990) Congreso Nacional de la República del Perú y su Reglamento: Decreto Supremo N° 024-2001-SA.
- LEY QUE ESTABLECE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD (2009) N° 29414, Presidencia de la República del Perú.

- NORMA TÉCNICA N° 022 DE LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD, (2005) Ministerio de Salud MINSA/DGSP.
- NOVOA R. (2013) Tesis: *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Dos de Mayo para optar el título de Médico Cirujano en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.*
- ORTEGON M. (2002) Tesis: *Satisfacción del paciente hospitalizado en el cuidado de enfermería para optar el grado de Maestra en Ciencias de Enfermería con Énfasis en Administración de Servicios en la Universidad Autónoma de Nuevo León, Méjico.*
- RAMÍREZ N. (2011) *¿Qué es la bioética y para qué sirve?* Revista Colombiana de Bioética, Universidad El Bosque Bogotá, Colombia.
- REVERT C. (2005) Tesis: *Estudio epidemiológico de la infección nosocomial en el servicio de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Curso Ciencias y Tecnologías del Hospital Universitario de Canarias, España.*
- SIMÓN P. (2006) *Diez mitos en torno al consentimiento informado*, An. Sist. Sanit. Navar, Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.
- WILLIAMS J. (2009) *Manual de Ética Médica*, Asociación Médica Mundial, Francia.
- POTTER V. R. (1970) *Bioethics: The science of survival.*
- POTTER V. R. (1971) *Bioethics: Bridge to the future—Bioética: Puente hacia el futuro.*
- ZÁRATE E. (1999), *Los Derechos de los Pacientes y el Consentimiento Informado en el Perú*, Revista semestral de la Facultad de Medicina Humana – UNSAAC.

# **ANEXOS**

**ANEXO: 1**

**MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TÍTULO: CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y SU APLICABILIDAD HOSPITALARIA, HOSPITAL JOSÉ AGURTO TELLO, CHOSICA, AÑO 2015**

PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	VARIABLES DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b> ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b> Determinar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la aplicabilidad hospitalaria en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p>	<p>Variable Independiente: Conocimiento sobre el consentimiento informado</p>	<p>Método de la Investigación Cuantitativo</p>
<p><b>PROBLEMAS SECUNDARIOS</b></p> <p>1. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la autorización judicial, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p> <p>2. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el</p>	<p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>1. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la autorización judicial, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>2. Señalar la relación que existe entre el conocimiento sobre el</p>	<p><b>HIPÓTESIS SECUNDARIAS</b></p> <p>H<sub>1</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la autorización judicial, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>H<sub>2</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el</p>	<p>Dimensiones: - Firma - Objetivo del procedimiento - Sistema de referencias - Autonomía - Confidencialidad.</p>	<p>Tipo: Sustantiva Tecnológica</p> <p>Nivel: Descriptivo Explicativo</p>

<p>Consentimiento Informado y la negación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p> <p>3. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información institucional, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015?</p>	<p>Consentimiento Informado y la negación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>3. Caracterizar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>4. Describir la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>5. Identificar la relación que existe entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información institucional, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p>	<p>Consentimiento Informado y la negación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>H<sub>3</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la legislación, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>H<sub>4</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información a familiares, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p> <p>H<sub>5</sub> Existiría una relación significativa entre el conocimiento sobre el Consentimiento Informado y la información institucional, en el Hospital José Agurto Tello, Chosica- 2015</p>	<p>Variable Dependiente:</p> <p>Aplicabilidad en el paciente</p> <p>Dimensiones:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorización Judicial</li> <li>- Negación</li> <li>- Legislación</li> <li>- Información a Familiares</li> <li>- Información Institucional</li> </ul>	<p>Población y Muestra</p> <p>377 pacientes</p>
---	---	---	--	---



## HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA”

### ANEXO 02:

#### ENCUESTA PARA MEDIR LA VARIABLE: CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Encuesta dirigida a los pacientes que acuden al Hospital “José Agurto Tello” de Chosica del Ministerio de Salud.

Estimado paciente, la presente encuesta tiene por finalidad el medir el grado de conocimiento sobre el Consentimiento Informado que muestra Ud. en la atención que recibe, los resultados nos servirán para sugerir estrategias de mejora, las respuestas serán respetadas y se conservará su anonimato.

Gracias por su colaboración.

#### I. DATOS GENERALES

1. Sexo: 1 ( ) Varón 2 ( ) Mujer
2. Procedencia: 1 ( ) Lurigancho, 2 ( ) Chaclacayo, 3 ( ) Lima provincias, 4 ( ) Otros
3. Ocupación: 1 ( ) Empleado, 2 ( ) Comerciante, 3 ( ) Su casa, 4 ( ) No Trabaja
4. Grado de Instrucción: 1 ( ) Iltrado, 2 ( ) Primaria, 3 ( ) Secundaria, 4 ( ) Superior

#### II. ENCUESTA PROPIAMENTE DICHA

Lea Ud. Minuciosamente cada enunciado y elija una alternativa.

- Marque con una X la alternativa elegida
- 4 ( ) Totalmente de acuerdo
- 3 ( ) De acuerdo
- 2 ( ) En desacuerdo
- 1 ( ) Totalmente en desacuerdo

N°	ITEMS	ALTERNATIVAS			
		4	3	2	1
	<b>FIRMA</b>				
1	La firma del procedimiento del consentimiento informado es un proceso escrito				
2	El objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado es la firma del documento				
3	Está Ud. informado de la necesidad de firmar un documento para autorizar la intervención o procedimiento a realizar				
	<b>OBJETIVO DEL PROCEDIMIENTO</b>				
4	El objetivo primordial del consentimiento informado es la protección legal del paciente				
5	Siempre previo a los procedimientos que se deben efectuar debe haber una información adecuada				
6	La información debe ser comprensible, incluyendo el objetivo del tratamiento				
	<b>SISTEMA DE REFERENCIAS</b>				
7	Conoce Ud. que si no resuelven su problema pueden referirlo a otra institución con mayor nivel resolutivo				

8	Hay enfermedades que el hospital no puede solucionar por su capacidad resolutive				
9	El consentimiento informado es válida para la primera operación y las siguientes				
	<b>AUTONOMIA</b>				
10	La autorización del consentimiento informado es autónoma				
11	Considera Ud. que el paciente debe ser capaz de tomar decisiones de salud				
12	Los pacientes deben decidir libremente el sometimiento a un procedimiento				
13	La voluntariedad es vulnerado cuando es solicitado por personas autoritariamente o no se ofrece tiempo suficiente para decidir				
	<b>CONFIDENCIALIDAD</b>				
14	El consentimiento informado es un documento confidencial				
15	El consentimiento informado debe ser socializado con toda la familia				



## HOSPITAL “JOSE AGURTO TELLO DE CHOSICA”

### ANEXO 03:

#### ENCUESTA PARA MEDIR LA VARIABLE: APLICABILIDAD HOSPITALARIA

Encuesta dirigida a los pacientes que acuden al Hospital “José Agurto Tello” de Chosica del Ministerio de Salud.

Estimado paciente, la presente encuesta tiene por finalidad el medir el grado de aplicabilidad hospitalaria que muestra Ud. en la atención que recibe, los resultados nos servirán para sugerir estrategias de mejora, las respuesta serán respetadas y se conservará su anonimato.

Gracias por su colaboración

#### I. DATOS GENERALES

1. Sexo: 1 ( ) Varón 2 ( ) Mujer
2. Procedencia: 1 ( ) Lurigancho, 2 ( ) Chaclacayo, 3 ( ) Lima provincias, 4 ( ) Otros
3. Ocupación: 1 ( ) Empleado, 2 ( ) Comerciante, 3 ( ) Su casa, 4 ( ) No Trabaja
4. Grado de Instrucción: 1 ( ) Iltrado, 2 ( ) Primaria, 3 ( ) Secundaria, 4 ( ) Superior

#### II. ENCUESTA PROPIAMENTE DICHA

Lea Ud. Minuciosamente cada enunciado y elija una alternativa.

- Marque con una X la alternativa elegida
- 4 ( ) Totalmente de acuerdo
- 3 ( ) De acuerdo
- 2 ( ) En desacuerdo
- 1 ( ) Totalmente en desacuerdo

N°	ITEMS	ALTERNATIVAS			
		4	3	2	1
	<b>AUTORIZACIÓN JUDICIAL</b>				
1	El respeto a las exigencias del consentimiento informado es un deber jurídico				
2	La autorización del consentimiento informado puede ser por disposición judicial ante el peligro de la salud				
3	Ocasionalmente ante la negativa del paciente la justicia puede disponer el tratamiento en el paciente				
	<b>NEGACIÓN</b>				
4	Si desea puede negarse a otorgar la autorización para la intervención o procedimiento				
5	El paciente puede rechazar el procedimiento en cualquier momento hasta la realización de dicho procedimiento				
6	El paciente no puede negarse a rechazar el procedimiento si ya firmo el consentimiento informado				
	<b>LEGISLACIÓN</b>				
7	Considera usted que las responsabilidades generadas de la práctica médica se encuentran reguladas adecuadamente en la legislación peruana				

8	Cree usted que el Estado debe tener responsabilidad solidaria respecto de la práctica médica que genere daños a terceros				
9	Está de acuerdo en que el ejercicio profesional de la medicina sea evaluado periódicamente por parte del Estado a fin de garantizar la prestación de servicios de salud de óptima calidad				
	<b>INFORMACIÓN A FAMILIARES</b>				
10	La competencia en caso de menores de edad y enfermos mentales corresponde al familiar o tutor responsable				
11	En algunos casos se informa solamente a los familiares y no al paciente				
	<b>INFORMACIÓN INSTITUCIONAL</b>				
12	Ha recibido información sobre consentimiento informado en el Hospital				
13	Ha recibido información sobre consentimiento informado fuera del hospital				
14	Existe publicidad del consentimiento informado en los medios de comunicación masiva				
15	Hay enfermedades que el hospital no puede solucionar por su capacidad resolutive				