

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Educación para la Salud



NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
QUIRÚRGICO EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE SAN AGUSTÍN Y DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTA MARÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO AREQUIPA – 2017

Tesis presentada por el Bachiller:
Paredes Núñez, Hugo Santiago

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Educación para la Salud

Asesora:
Dra. Chocano Rosas, Teresa

Arequipa - Perú
2018

**BOLETA DE NOMBRAMIENTO DE JURADO DICTAMINADOR Nro. 121:
BORRADOR DE TESIS PARA EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO**

Arequipa 18 de junio del 2018

Sr. Dr. Hugo Tejada Pradell.

Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM.

De mi consideración:

En concordancia al Reglamento de Graduación de Maestro de la EPG-UCSM. Cumpló con emitir dictamen favorable al Borrador de Tesis titulada: “NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRÚRGICO EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN Y UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA 2017” Presentado por la Bachiller:

PAREDES NÚÑEZ, Hugo Santiago.

Expediente Nro. 20180000025026

Para optar el Grado Académico de MAESTRO EN EDUCACIÓN PARA LA SALUD.

Atentamente



Dr. Hugo Tejada Pradell

Docente-Dictaminador

DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS

A : Dr. Hugo Tejada Pradell
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM

DE : Dra. Teresa Chocano
Dra. Elva Anchante

BORRADOR DE TESIS: "NIVEL DE CONOCIMIENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO QUIRURGICO EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTIN Y UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA EN EL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO AREQUIPA - 2017"

MAESTRISTA : PAREDES NUÑEZ HUGO

FECHA : 19 de junio del 2018


En concordancia con lo dispuesto por la Dirección de la Escuela de Postgrado, se ha procedido a revisar desde una perspectiva metodológica del Borrador de Tesis presentada, señalándose las siguientes observaciones.

Subsanadas las observaciones puede pasar a sustentación.

Atentamente,



Dra. Teresa Chocano



Dra. Elva Anchante

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dr. Hugo Tejada Pradel
Director de la Escuela de Postgrado de la UCSM

De : Dra. Teresa Chocano Rosas

TESIS: "En el Nivel de Conocimientos consentimiento informado quirúrgico e internos de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y Universidad Católica de Santa María en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017"

MAESTRISTA : Paredes Nuñez, Hugo Santisago

FECHA : 15 de mayo del 2018.

Subsanadas las observaciones, queda apto para ejecución.

Atentamente,

Dra. Teresa Chocano Rosas





A mis hijos, la razón de mi vida,
**A mi esposa por su apoyo incondicional
y por compartir conmigo cada logro.**
**A los pacientes, por los que intento ser siempre
mejor Médico y mejor persona.**



Agradezco a Dios , por hacerme sentir su presencia en los momentos más difíciles en el ejercicio de la medicina.

Agradezco también a mi familia por el apoyo que me brinda siempre para mi superación profesional y personal.



“El médico que no entiende de
almas, no entenderá de cuerpos”

José Narosky

RESUMEN

Esta investigación busca determinar el nivel de conocimientos que poseen los internos de medicina, de la UNSA y de la UCSM, en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa, respecto al consentimiento informado en el campo quirúrgico.

Para eso, se aplicó el cuestionario elaborado por Novoa Reyes(1), previamente validado, a una muestra representativa de internos. Los resultados se muestran mediante estadística descriptiva y pruebas Chi cuadrado y T Student.

La muestra fue de 80 internos; de los cuales, el 50% fueron de la UCSM y el 50% de la UNSA. Entre los primeros, el 70% fueron mujeres y el 30% varones. Por su parte, el 55% de alumnos de la UNSA fueron mujeres y el 45%, varones ($p > 0.05$). La edad promedio de los internos de la UCSM fue de 24.63 ± 1.78 años y para los de la UNSA de 25.08 ± 1.72 años, sin encontrarse diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0.05$). Esto a pesar de que el 27.50% de internos de la UCSM tuvo un nivel deficiente, comparado con 20% en internos de la UNSA;. Sin embargo, en ambos grupos predominó el nivel regular (65% en la UCSM, 72.50% en la UNSA). El nivel bueno solo fue alcanzado por el 7.50% del total de internos.

El nivel de conocimientos del grupo resultó ser regular. Se requiere de capacitación constante para mejorar su conocimiento y aplicación.

PALABRAS CLAVE: consentimiento informado – conocimiento – internos de medicina.

ABSTRACT

This research aims to identify the level of knowledge held by medical interns, from UCSM and UNSA, at the Honorio Delgado Regional Hospital Arequipa, about informed consent in the surgical field.

For this purpose, the questionnaire made by Novoa Reyes (1), previously validated, was applied to a representative sample of interns. These results are shown by descriptive statistics and, comparison using the Chi square and T Student T tests.

A total of 80 interns were surveyed for the sample; of which, 50% were from UCSM and 50% from UNSA. Among UCSM interns, 70% were women and 30% were men. On the other hand, 55% of UNSA students were female and 45% male ($p > 0.05$).

The median age of the medical interns of the UCSM was 24.63 ± 1.78 years and for the UNSA interns of 25.08 ± 1.72 years, without significant differences between the two groups ($p > 0, .05$). There were also no significant differences ($p > 0.05$) in the level of knowledge about informed consent between the UNSA and the UCSM interns. This, despite the fact that the 27.50% of interns from UCSM had a deficient level, compared with 20% of interns from UNSA; However, in both groups, the medium level prevailed (65% in UCSM, 72.50% in UNSA). A good level was only reached by 7.50% of the total number of interns.

It is understood, then, that the knowledge about informed consent is in a medium level, and that constant training is required to improve it.

KEYWORDS: informed consent - knowledge - medical interns.

INTRODUCCIÓN

La labor de la medicina está orientada, como lo dice Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2), al respeto a la vida y a lograr su más alta calidad. Para ello, debe fundamentarse *“en el reconocimiento de la dignidad, la autonomía y la integridad de las personas”*. El acto médico no puede dissociarse de dicho reconocimiento y, por tanto, todo galeno está obligado a proceder en consonancia a la idiosincracia y condiciones personales, religiosas y culturales de cada paciente. Por ello, se encuentra obligado a solicitar lo que se denomina como consentimiento informado y que viene a ser, a grandes rasgos, la aceptación, por parte del paciente, de los procedimientos que se llevarán a cabo, una vez que se le haya instruido, de manera clara y concisa, sobre los riesgos, beneficios y alternativas de aquellos.

El consentimiento informado tiene una doble función: Por una lado busca promover la total comprensión de los pacientes respecto a las intervenciones, los procedimientos y tratamientos y, además, les brinda la oportunidad de rechazarlos.

Por otro lado, la existencia de un documento de ese tipo, puede servir como un mecanismo de protección para los médicos ante los juicios indiscriminados por responsabilidad profesional.

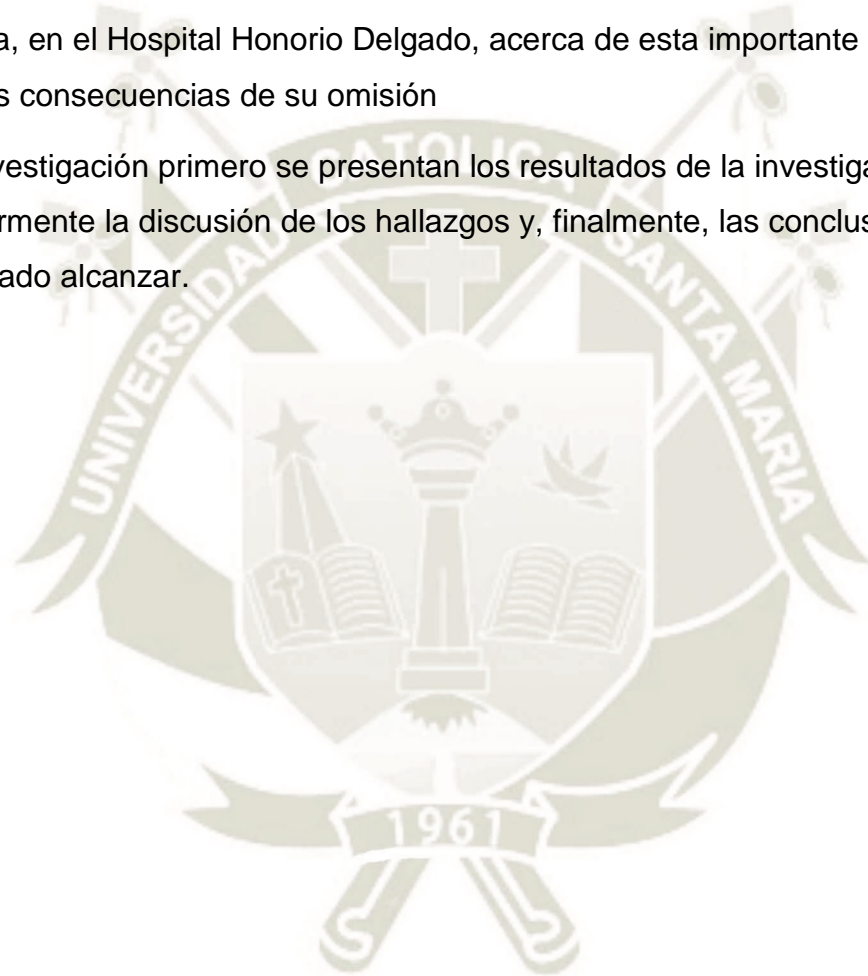
Para que el consentimiento informado cumpla con sus objetivos, no basta con entregar la información al paciente; sino que éste debe ser capaz de entenderla, con independencia de su formación académica. Para ello se hace uso de un Formulario de Consentimiento Informado, que permite dejar constancia, por escrito, de que el paciente ha recibido la información requerida para tomar una decisión adecuada, accediendo o no, a los procedimientos, intervenciones o, incluso, a la participación de alumnos, cuando el médico tratante se encuentre ejerciendo su función docente (3).

La población en estado de pobreza y, por tanto, con menor acceso a servicios educativos de calidad, constituyen el grupo de usuarios mayoritario de las entidades de salud del MINSA. Por su nivel educativo se les suele considerar incapaces de entender la importancia del consentimiento informado. Sin embargo, al tratarse de una obligación del médico y no del paciente, la comunicación exitosa no depende de aquellos, sino del personal de salud, quienes tienen la obligación de lograr una

comunicación exitosa respecto al contenido de los tratamientos y la aplicación de los procesos a los que se le vaya a someter, así como sus peligros, complicaciones y alternativas.

Esta obligación incluye también a los internos de las carreras de medicina, quienes muchas veces desconocen esta obligación, con lo que pueden llegar a incurrir en mala praxis. Por ello, esta investigación tiene como objetivo, reflejar el nivel de conocimiento de los internos de las dos Facultades de Medicina de la ciudad de Arequipa, en el Hospital Honorio Delgado, acerca de esta importante práctica, así como las consecuencias de su omisión

En la investigación primero se presentan los resultados de la investigación; posteriormente la discusión de los hallazgos y, finalmente, las conclusiones que se han logrado alcanzar.



ÍNDICE GENERAL

	Pág.
CAPÍTULO ÚNICO	
1. Resultados.....	01
2. Discusión y Comentarios.....	13
CONCLUSIONES.....	22
RECOMENDACIONES.....	23
PROPUESTA.....	24
ANEXOS.....	27
Nº 1 Proyecto de Investigación.....	28
Nº 2 Ficha de recolección de Datos.....	64
Nº 3 Preguntas del Instrumento de Recolección de Datos sobre Consentimiento Informado en Internos de Medicina del Hospital Honorio Delgado Espinoza, 2017	71
Nº 4 Matriz de Sistematización de Información... ..	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	80



CAPÍTULO ÚNICO

1. RESULTADOS

Tabla 1

Distribución de internos según universidad de procedencia

Universidad	N°	%
UNSA	40	50.00%
UCSM	40	50.00%
Total	80	100.00%

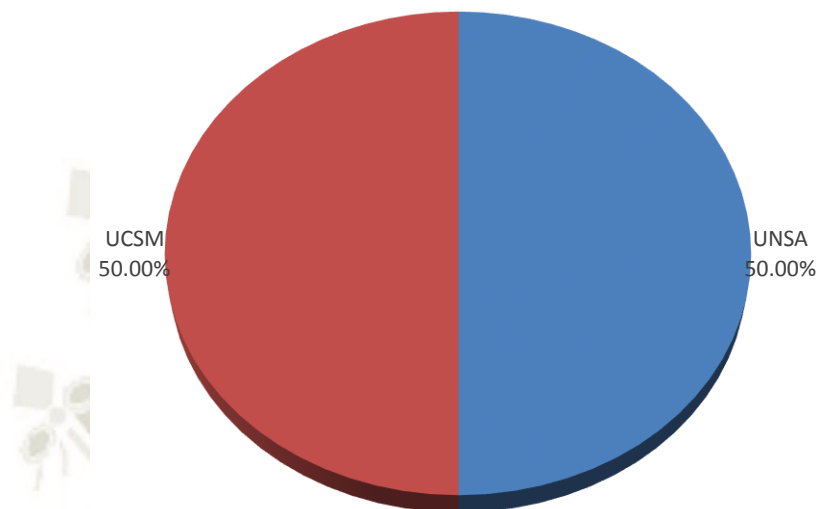
FUENTE: Elaboración Propia

UCSM: Universidad Católica de Santa María. UNSA: Universidad Nacional de San Agustín.

Interpretación: De la muestra de 80 internos encuestados, el 50% fueron de la universidad Católica de la Santa María, y 50% de la Universidad Nacional de San Agustín.

Gráfico 1

Distribución de internos según universidad de procedencia



FUENTE: Elaboración Propia



Tabla 2

Distribución de internos según universidad de procedencia y género

Género	UCSM		UNSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	12	30.00%	18	45.00%	30	37.50%
Femenino	28	70.00%	22	55.00%	50	62.50%
Total	40	100.00%	40	100.00%	80	100.00%

Chi² = 1.92

G. libertad = 1

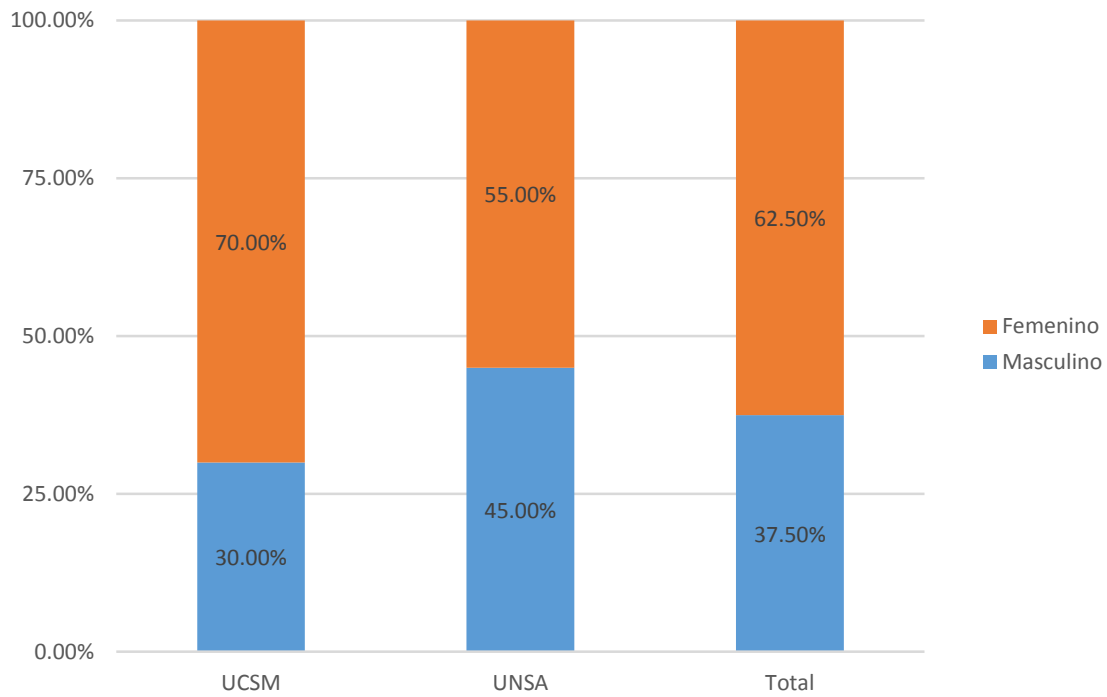
p = 0.17

FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación: Entre los internos de a UCSM el 70% fueron mujeres y 30% varones, mientras que el 55% de alumnos de la UNSA fueron mujeres y 45% varones, diferencia que no resultó significativa ($p > 0.05$).

Gráfico 2

Distribución de internos según universidad de procedencia y género



FUENTE: Elaboración Propia

Tabla 3

Distribución de internos según universidad de procedencia y edad

Edad	UCSM		UNSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
23-24 años	23	57.50%	18	45.00%	41	51.25%
25-26 años	15	37.50%	15	37.50%	30	37.50%
27-28 años	0	0.00%	6	15.00%	6	7.50%
> 28 años	2	5.00%	1	2.50%	3	3.75%
Total	40	100.00%	40	100.00%	80	100.00%

Chi² = 6.94

G. libertad = 3

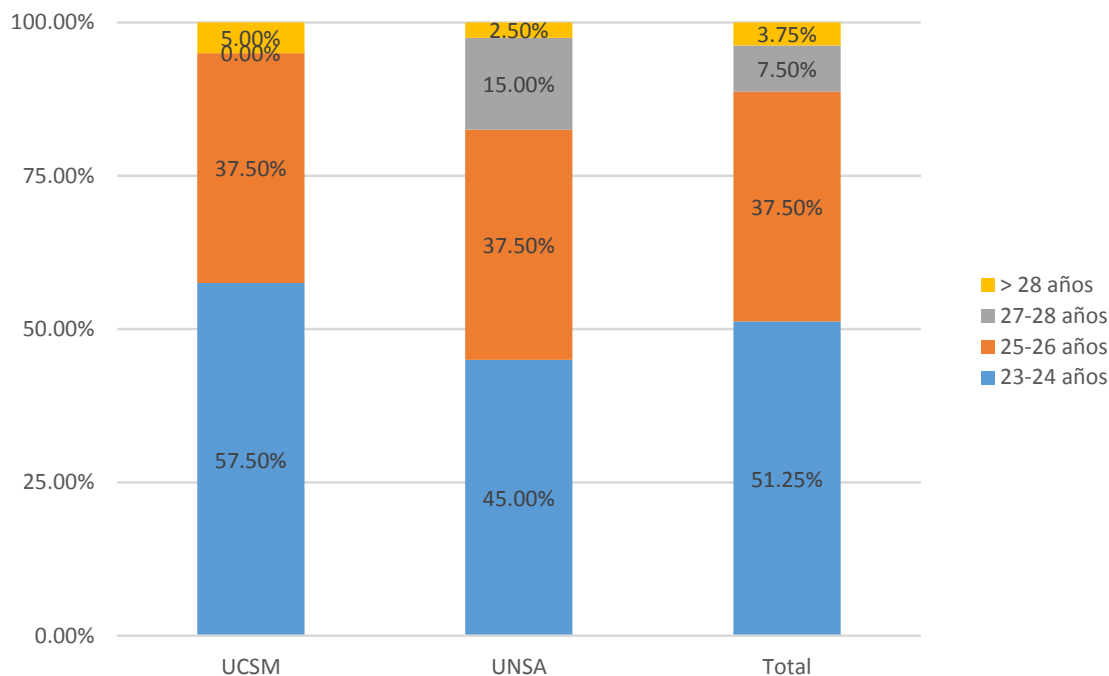
p = 0.07

FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación: La edad predominante entre los estudiantes de la UCSM fue entre los 23 y 24 años (57.50%), al igual que en la UNSA (45%). La edad promedio de los internos de medicina de la UCSM fue de 24.63 ± 1.78 años y para los internos de la UNSA de 25.08 ± 1.72 años, sin diferencias significativas entre los dos grupos ($p > 0.05$).

Gráfico 3

Distribución de internos según universidad de procedencia y edad



FUENTE: Elaboración Propia

Edad promedio \pm D. estándar (mín – máx):

- UCSM: 24.63 \pm 1.78 años (23 – 32 años)
- UNSA: 25.08 \pm 1.72 años (23 – 30 años)

Prueba t = 1.14

G. libertad = 78

p = 0.26

Tabla 4

Aspectos mejor conocidos sobre consentimiento informado según universidad de procedencia

Ítem	UCSM		UNSA		Total		Chi ²	p
	N°	%	N°	%	N°	%		
1. Concepto	34	85.00%	35	87.50%	69	86.25%	0.29	0.59
2. Intención	26	65.00%	26	65.00%	52	65.00%	0.02	0.89
3. Objetivo	12	30.00%	13	32.50%	25	31.25%	0.10	0.76
4. Fundamento	13	32.50%	11	27.50%	24	30.00%	0.17	0.68
5. Princ. bioética	29	72.50%	23	57.50%	52	65.00%	1.49	0.22
6. Beneficios	27	67.50%	24	60.00%	51	63.75%	0.29	0.59
7. Signif. Autonom.	33	82.50%	32	80.00%	65	81.25%	0.00	0.95
8. Fund. legal	20	50.00%	16	40.00%	36	45.00%	0.62	0.43
9. Responsable	36	90.00%	39	97.50%	75	93.75%	2.11	0.15
10. Validez	30	75.00%	38	95.00%	68	85.00%	6.33	0.01
11. Fases	22	55.00%	28	70.00%	50	62.50%	2.19	0.14
12. Explicación	15	37.50%	20	50.00%	35	43.75%	1.45	0.23
13. Aplicación	31	77.50%	34	85.00%	65	81.25%	1.02	0.31
14. Características	37	92.50%	38	95.00%	75	93.75%	0.50	0.48

15. Duración	26	65.00%	28	70.00%	54	67.50%	0.37	0.54
16. Testigo	18	45.00%	18	45.00%	36	45.00%	0.01	0.92
17. Firma	3	7.50%	7	17.50%	10	12.50%	1.93	0.16
18. Encargado	11	27.50%	15	37.50%	26	32.50%	1.04	0.31
19. Rechazo	30	75.00%	32	80.00%	62	77.50%	0.48	0.49
20. Copia	19	47.50%	22	55.00%	41	51.25%	0.59	0.44

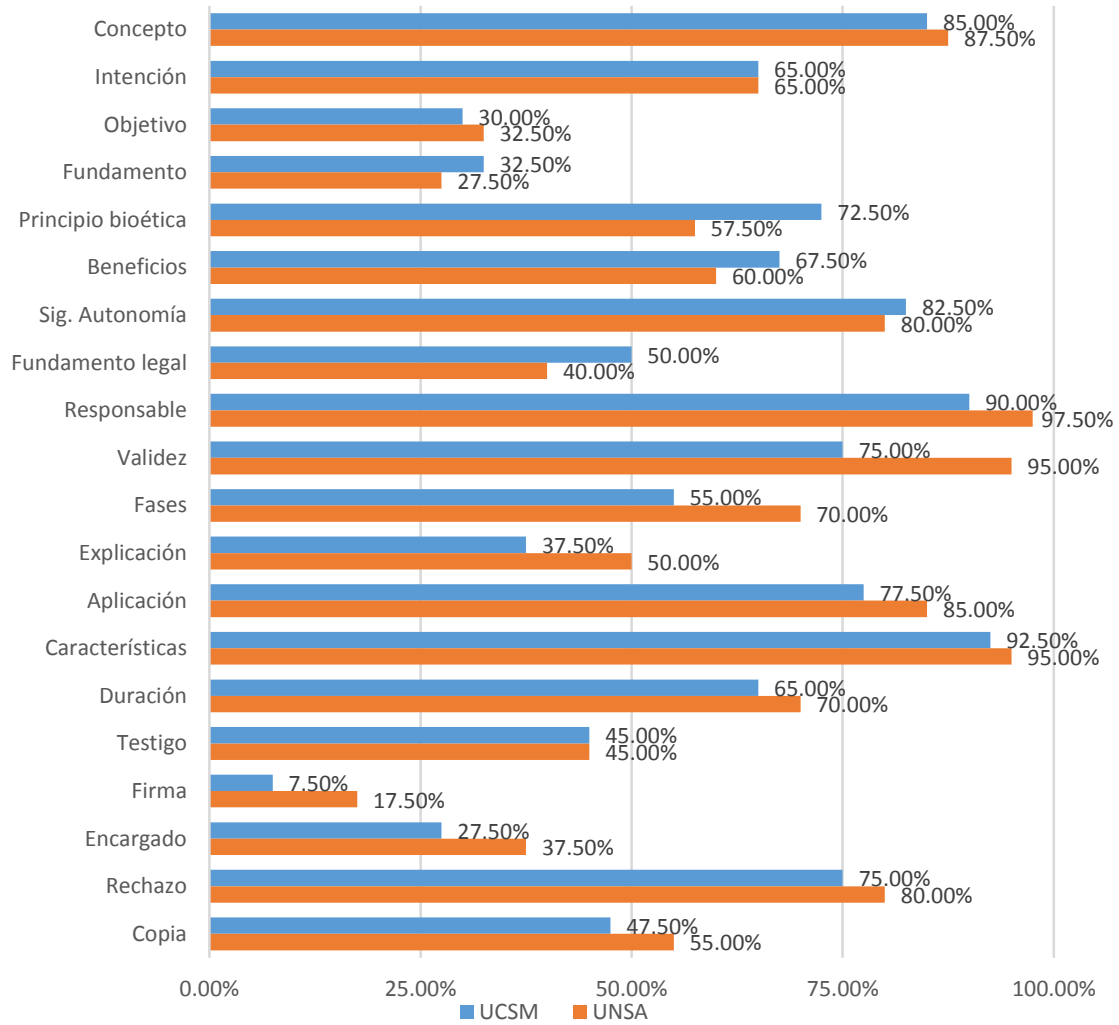
FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación: Se muestra los aspectos mejor conocidos sobre consentimiento informado entre los internos. Las respuestas correctas fueron similares para los dos grupos, con excepción de la pregunta sobre los aspectos necesarios para la validez del consentimiento, que fueron mejores entre internos de la UNSA (95% versus 75% en la UCSM; $p < 0.05$).

Los aspectos menos conocidos sobre el Consentimiento Informado fueron la importancia de la firma del documento (12.50%), el fundamento del CI (30%), el objetivo del Consentimiento Informado (31.25%), y el encargado de la firma del Consentimiento Informado (32.50%).

Gráfico 4

Aspectos mejor conocidos sobre consentimiento informado según universidad de procedencia



FUENTE: Elaboración Propia

Tabla 5

Distribución de internos según universidad de procedencia y nivel de conocimientos sobre consentimiento informado

Nivel	UCSM		UNSA		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Deficiente	11	27.50%	8	20.00%	19	23.75%
Regular	26	65.00%	29	72.50%	55	68.75%
Bueno	3	7.50%	3	7.50%	6	7.50%
Total	40	100.00%	40	100.00%	80	100.00%

Chi² = 0.64

G. libertad = 2

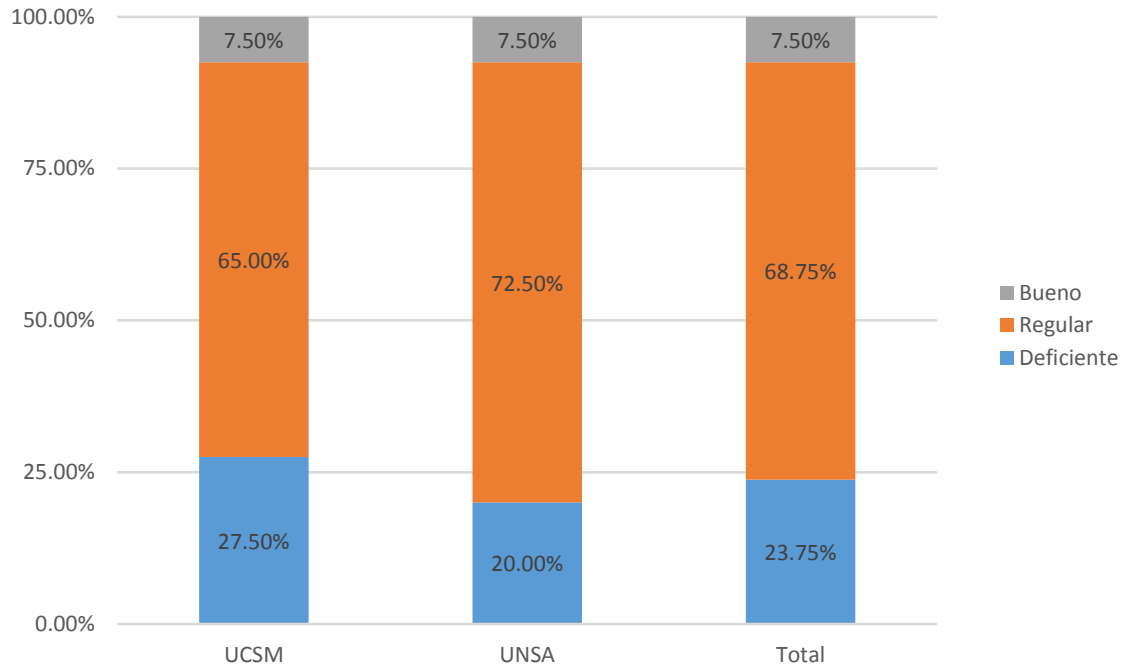
p = 0.73

FUENTE: Elaboración Propia

Interpretación: No se encontraron diferencias significativas ($p > 0.05$) en el nivel de conocimientos sobre CI entre los internos de la UNSA y la UCSM, aunque el 27.50 de internos de la UCSM tuvo un nivel deficiente, comparado con 20% en internos de la UNSA; en ambos predominó el nivel regular (65% en la UCSM, 72.50% en la UNSA), siendo el nivel bueno alcanzado por 7.50% del total de internos.

Gráfico 5

Distribución de internos según universidad de procedencia y nivel de conocimientos sobre consentimiento informado



FUENTE: Elaboración Propia

Puntaje promedio \pm D. estándar (mín – máx):

- UCSM: 11.80 \pm 2.39 puntos (6 – 17 puntos)
- UNSA: 12.48 \pm 2.51 puntos (5 – 17 puntos)

Prueba t = 1.22

G. libertad = 78

$p = 0.23$

2. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La labor médica se encuentra en constante transformación, no solo en el aspecto científico, que es esencial por su propia naturaleza; sino, en todos los matices que la conforman de manera integral; ya que cuando hablamos de medicina, no nos referimos a una simple actividad mecánica como alguna vez pudo pensarse, pues la medicina es, más bien, como lo señala Schmidt (4) “la prestación de un servicio de atención, cuidado y estudio permanente, en materia de salud, del médico hacia sus pacientes, sin discriminación de edad o categoría social o nivel de formación o creencias particulares” (p63). Es decir, la labor del médico debe, necesariamente, implicar al paciente no como un objeto pasivo, sino más bien como sujeto merecedor de derechos que incluyen, además de los de ser atendido y tratado, los que le permitan tomar una decisión respecto a dichos procedimientos, ya sea sometándose a ellos o rechazándolos.

El Código Internacional de Ética Médica (5) señala que es deber del médico proporcionar un servicio que respete la dignidad humana, la cual se fundamenta en la autonomía, como lo afirma Gordillo. Dicha autora señala que la libertad y la autonomía son anteriores e independientes a las normas, pues son los que permiten que nos diferenciamos del resto de animales, por lo que son irrenunciables. La autora define la autonomía como la capacidad de pensar y actuar por uno mismo de manera crítica y la corrección suficiente para no dejarse arrastrar por el ambiente externo o por las propias pasiones o prejuicios(6). Si aplicamos dicha noción al campo de la medicina, es fácil inferir que para que el acto de decisión respecto a un procedimiento médico esté libre de cualquier tipo de prejuicio, noción preconcebida o influencia de su entorno, el paciente debe tener toda la información posible y ofrecida de una manera que le permite ejercer esa decisión sin errores de interpretación.

En el aspecto quirúrgico es más importante, si cabe, la correcta aplicación del consentimiento informado puesto que se trata de procedimientos que implican el corte y manipulación de tejidos; así como el uso de anestesia y el elevado riesgo intra y post operatorio; lo que genera, necesariamente, riesgos de los que debe ser consciente el paciente, antes de someterse a dichos procedimientos. Esto incide,

también, en la responsabilidad moral y legal del cirujano, la que estará en íntima relación a la eficacia del documento que contenga el consentimiento informado(7).

Para que este consentimiento sea efectivo y real, señala Macías Gelabert(8) que deben cumplirse tres condiciones:

- Información completa: La información otorgada por el galeno debe ser completa, adecuada y veraz, lo que implica el uso de un lenguaje sencillo y que utilice la menor cantidad posible de términos técnicos, para que de esa manera permita comprender el alcance y las consecuencias que pueda tener su decisión
- Comprensión: El paciente debe asimilar la información proporcionada en función a sus propias capacidades, aptitudes y nivel educativo.
- Voluntariedad. Los pacientes deben tener la posibilidad de decidir libremente si desean o no los procedimientos diagnósticos o terapéuticos, sin que medie cualquier tipo de coacción.

Aunque el médico esté acostumbrado a la relación paternalista con su paciente y éste la acepte como algo natural, ambos deben entender que en la actualidad ésta se ha transformado a una relación inclusiva en la que *“cada individuo debe y exige conocer todo lo relacionado con su persona”* (p148), lo que implica que *“el patrón de excelencia profesional ha dado paso a una relación donde el diálogo, el intercambio y la concertación se han transformado en las únicas alternativas para lograr una atención médica de excelencia”*(9).

Es así que, la aceptación del paciente, es producto del cambio de paradigma respecto a la relación con el médico; la que ha pasado de una de tipo vertical e impositiva a otra mucho más horizontal en la que la participación del paciente es esencial para la realización del acto quirúrgico en mérito a su capacidad de decisión(7).

López Miles et al. señalan que la disciplina quirúrgica se ve afectada en mayor grado por la figura del consentimiento informado, ya que el acto quirúrgico se ve condicionado por una información exhaustiva respecto al diagnóstico(7).

Es ilustrativo respecto a este nuevo paradigma, las pautas brindadas para los servicios de cirugía general en Cuba, país en el que ya hace más de 10 años se exigía que se diera información directa al paciente respecto a su enfermedad, procedimientos quirúrgicos posibles y todos los aspectos que pudieran ser considerados importantes, no solo al momento de su hospitalización, sino también al darle de alta. Inciden también dichas pautas en que el médico debe relacionarse con el enfermo utilizando la palabra “paciente” y evitando denominaciones que lo deshumanicen, como referirse a él como “caso” o identificarlo por el número de cama, por poner unos ejemplos(10).

Ahora bien, respecto al documento por el que se haga patente el consentimiento informado, podemos considerar a éste como una especie de contrato por medio del cual el médico se compromete a ofrecer toda la información posible de manera clara y el paciente, a su vez, se compromete a tomar una decisión, positiva o negativa, sobre los procedimientos a los que se someterá.

Es necesario, entonces, que para que tal contrato sea válido, debe haber consentimiento, Alfaro-Victoria precisa que este contrato *“implica la aceptación de obligarse y adquirir derechos cuando se recibe una información adecuada acerca de lo que se pretende y admite, por parte de los sujetos de la relación jurídica, en este caso, el médico y el paciente”*. Agrega también que “un consentimiento no informado no es un consentimiento”(11)

El consentimiento informado fue reconocido, legalmente, por primera vez en el año 1957 en un recurso judicial en California(12), con lo que fue cobrando fuerza y siendo reconocido posteriormente no sólo en los Estados Unidos, sino de manera global, tanto como una obligación médica como un derecho de los pacientes(13).

Cabe recalcar que la aceptación del formato de consentimiento informado no excluye al médico de poder ser procesado a través de una demanda judicial. Pues, si bien se trata de una condición esencial para llevar a cabo un diagnóstico, tratamiento o procedimiento, no tiene ningún efecto en el resultado de aquellos. En estos casos, el médico debe probar en base a la historia clínica y demás

documentos, que no existió negligencia, impericia o inobservancia de las normas médicas (11).

En definitiva, la finalidad de este trabajo de investigación fue delimitar hasta que punto los internos de Medicina de la ciudad de Arequipa tienen aprehendida esta obligación y si se encuentran capacitados para brindar esta información adecuadamente.

En esta investigación se utilizó la encuesta revalidada "Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado" de Novoa Reyes(1), que contenía 20 preguntas cerradas, de elección única y policotómica(14); es decir, el encuestador debe su respuesta de una serie de alternativas. Asimismo, las respuestas son exhaustivas, porque abarcan todos los casos que pueden darse, por lo que ningún encuestado puede dejar de responder al no encontrar su categoría; y, excluyentes, dado que no pueden elegirse válidamente dos respuestas distintas a la misma pregunta(15).

El estudio contó con la participación de 80 internos de medicina, de un total de 104 que laboran en el Hospital Regional Honorio Delgado. No se encuestó al 100% de internos puesto que se negaron a participar o no asistieron al proceso de recolección de datos. La población estudiada fue homogénea con una edad promedio de 23 – 24 años, semejante a lo encontrado por el Swako promedio 25 – 28 años. Se distribuyó por género, siendo superior el femenino 62.50% contra 37.50% el masculino, lo contrario ocurrió con Novoa Reyes que encontró superior al masculino por una pequeña diferencia y Swako en su mayoría encontró mujeres 72.3 %.

Respecto a la Universidad de procedencia, cuarenta internos corresponden a la Universidad Católica de Santa María y los otros cuarenta a la Universidad Nacional de San Agustín. Al tratarse de las dos únicas Universidades con Facultades de Medicina en la ciudad, se puede obtener resultados confiables al comparar niveles de conocimiento entre ellas.

Respecto a la Tabla 5, el porcentaje de internos con un alto nivel de conocimiento sobre consentimiento informado fue sólo de 7.50%, lo que contrasta grandemente

con los resultados obtenidos por Novoa Reyes, que llegan al 49.9%; del mismo modo, Sofía Casanova encontró el 39.6%; y, Swako el 25.9%. Es llamativo el pobre desempeño en este aspecto por parte de los internos de la ciudad de Arequipa, frente al de internos de otras localidades(1); a pesar de tener un fuerte elemento personal en el trato con los pacientes. Con ello, debemos concordar con que el sistema educativo universitario, especialmente en Arequipa, presenta profundas deficiencias en la enseñanza de la Ética Médica(16)

En ambas universidades predominó el nivel regular con un porcentaje de 68.75. La Universidad Católica de Santa María alcanzó 65%, mientras que la Universidad Nacional de San Agustín, logró un 72%; por lo que no existen diferencias significativas entre ellas. Por su parte, Novoa Reyes obtuvo el 39.3%; muy semejante a lo encontrado por Sofía Casanova: el 38.6%.

En relación a los aspectos mejor conocidos sobre consentimiento informado quirúrgico entre los internos de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y de la Universidad Católica de Santa María en el Hospital Regional Honorio Delgado, se puede señalar el concepto “conformidad del paciente con respecto a la atención médica es libre y consciente”, el que fue reconocido por el 86.25%, porcentaje aún más alto que el hallado por Novoa Reyes (81%).

El ítem: “Mejorar la calidad ética de las relaciones Clínicas”, fue reconocido solo por el 65% de Internos.

La pregunta “Protección de los derechos de los pacientes ‘objetivos’ basados en el Código de Ética y Deontología”, fue contestada sólo el 31% de los internos; lo que se convierte en una materia delicada, teniendo en cuenta que Novoa Reyes halló un 80% en su estudio.

Otra instancia en que los internos de medicina suelen estar confundidos es la evolución de la relación entre el médico y el paciente a lo largo del tiempo. La opción “deliberativa” fue escogida por, apenas, el 30% de encuestados, respuesta ubicada en el número 19 de las respuestas correctas, probablemente debido a que

es confundida con la opción “interpretativo”, a pesar de que en la primera de ellas, como señala Novoa, el médico es, también, “amigo y educador del paciente”(1)

De acuerdo a Beauchamp y Childress, citados por Siurana(17), los principios de la bioética son: El respeto a la autonomía, la no maleficencia, la beneficencia y la justicia . Por antonomasia, los mismos principios son aplicados al consentimiento informado; siendo, en este caso, la autonomía el principio esencial que permitió la elevación de esta noción a la vanguardia de la ética biomédica(1). Así lo entienden el 65% de los internos de medicina encuestados.

La pregunta relacionada al beneficio que otorga al desarrollo de la relación médico-paciente el que el consentimiento informado sea aplicado correctamente fue asumido sólo por el 63.75% de internos. Sin embargo, el significado de la autonomía entendida como un mecanismo para mejorar la comunicación entre el médico y su paciente fue asumida por el 81.23% de los encuestados.

Solo el 45% de encuestados señalan conocer el fundamento legal del consentimiento informado, dado por el artículo 15º, inciso 4 de la Ley N° 29414 del 2008, que modifica la Ley General de la Salud. Como señala Novoa, esto puede deberse al escaso interés de los internos respecto a la normativa legal que rige la carrera médica(1).

La gran mayoría de internos entienden que no les corresponde aplicar el consentimiento informado; ya que a la pregunta sobre qué personal de salud no debería aplicarlo, el 93,75% contestó: “El interno de Medicina”. Sin embargo, en la práctica esta función es realizada, casi siempre, por ellos, subestimando, como señalan Herrero et al.(18), citados por Novoa (1) el acto del consentimiento informado al considerarlo un “*simple documento legal obligatorio*”.

El 85% de internos reconoce que el paciente debe ser competente para tomar decisiones; es decir, debe poseer una capacidad mental adecuada y actuar de manera libre, sin ningún tipo de coacción. Sin embargo, dicha competencia suele ser determinada por el médico, lo que genera una cierta arbitrariedad, ya que, por lo

general, se basa en sus propios criterios personales, al momento de tomar esa decisión y sin haber tenido un entrenamiento especializado al respecto.

Las fases del proceso del Consentimiento Informado son conocidas por el 62.50% de los internos encuestados; datos muy cercanos a los hallados por Novoa (70%) (1).

Si bien el formulario del Consentimiento Informado es la prueba fehaciente de que el paciente recibió la información necesaria para brindar su consentimiento de manera adecuada, vale recordar lo que señalaba Revilla (16), citado por Novoa (1), a recalcar que la información debe ser, además, entendida por el paciente; por lo que si éste solicita más información esta debe ser ofrecida, sin oponer reparos. Esto es conocido por, apenas, el 43% de los internos encuestados.

Los internos consideran que el personal de salud que aplica el Consentimiento Informado está dispuesto a que los pacientes accedan al documento y a absolver todas las preguntas en torno a su caso; ya que en un 81.25% contestaron afirmativamente.

Lloyd et al(19), citados por Novoa (1) indican que los pacientes deben ser mayores de edad y poseer tanto capacidad de elección como de decisión para poder ser posibles de aceptar el formulario de consentimiento adecuado. El 93,75% de encuestados afirma conocer estos requisitos.

El 67,5% de internos entiende que se debe otorgar al paciente un tiempo prudencial para la comprensión de la información y, por tanto, para la firma del documento del consentimiento informado. El mismo porcentaje se aplica al conocimiento de que la firma de un testigo puede incluirse en dicho formulario en los casos en que sea necesario.

Como lo indican Alfaro Victoria y García Huayama (11, 20) , el formulario del Consentimiento informado aceptado por el paciente no exonera al galeno de una práctica negligente ni le permite someter al paciente a prácticas que no se

encuentren justificadas. Esto es así, incluso si el perjuicio se halla incluido en el documento. Esto solo es conocido por un 12,5% de internos encuestados.

Si bien la información referente al consentimiento médico debería ser ofrecida por el mismo médico que realizará el diagnóstico, los procedimientos o el tratamiento; en nuestro país, no siempre se lleva a cabo de esa forma, ya que suele bastar con que se le indique al paciente el nombre del médico por el que será atendido y que el documento contenga las firmas pertinentes. Esto es conocido por sólo el 32.80% de los internos en estudio.

Como indica García Huayama (20), citado por Novoa (1), el Código de Ética y Deontología en su artículo 63, inciso c, manifiesta que el paciente tiene derecho a “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”. Esta atribución de los pacientes es conocida por el 77.50% de Internos en el estudio.

Aunque en los hospitales nacionales no sea algo frecuente, el paciente tiene el derecho de recibir una copia del formulario del Consentimiento Informado. Este hecho es sólo conocido por el 51.5% de Internos.

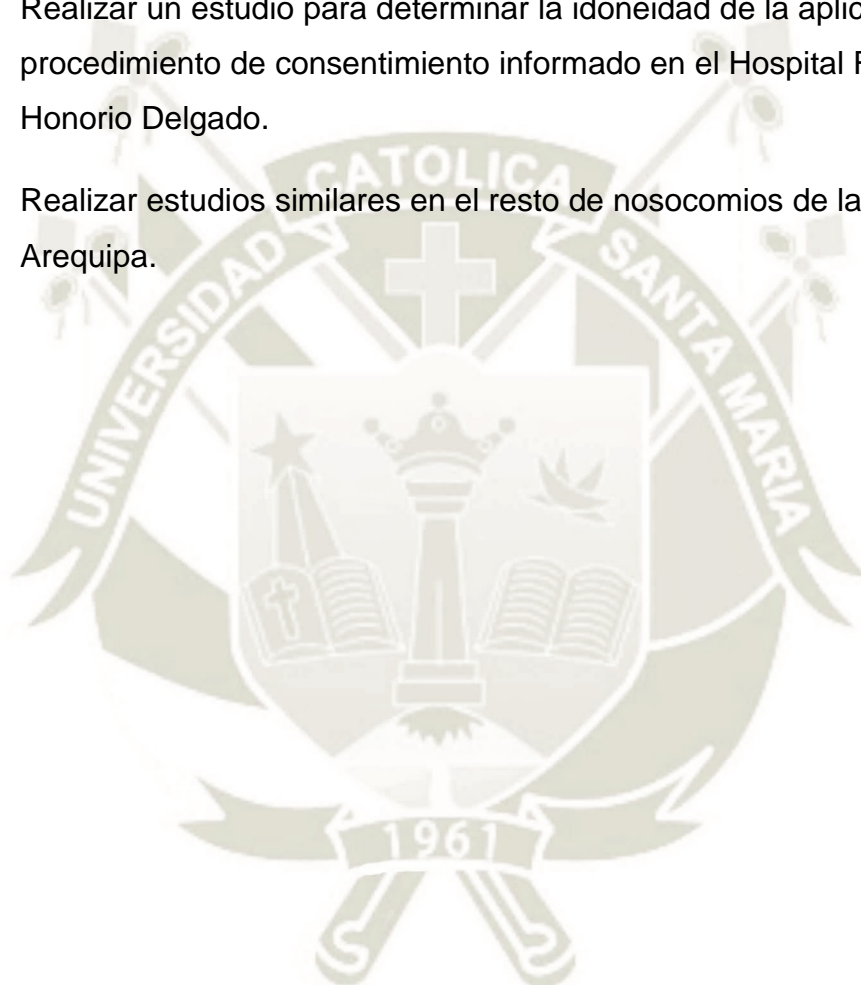
Aunque en el Perú aún existen muchos médicos que minimizan la importancia del consentimiento informado, esto se debe, fundamentalmente, a que se trata de un procedimiento engorroso y cuyo beneficio no es muy bien comprendido por unos profesionales médicos habituados al paternalismo(9, 21); sin embargo, se trata de un instrumento para poder ejercer su autonomía (22) y por ello, es una obligación de los profesionales de la salud, llevar a cabo cada acto de su carrera, teniendo en consideración que el destinatario es un ser humano, con libertad de elección y al que se le debe respeto y, por tanto, debe tomarse en cuenta su opinión en lugar de tomar una decisión unilateral, en su lugar (22). Es por eso que es indispensable su comprensión por parte de los futuros médicos.

CONCLUSIONES

- Primera:** El nivel de conocimientos acerca de la aplicación del consentimiento informado en el campo quirúrgico por parte de los internos de medicina de la Universidad Nacional San Agustín fue, predominantemente, regular (72.50%).
- Segunda:** El nivel de conocimientos acerca de la aplicación del consentimiento informado en el campo quirúrgico por parte de los internos de medicina de la Universidad Católica Santa María fue regular (65.00%) en una proporción menor a la de los estudiantes de la UNSA, aunque no de manera significativa.
- Tercera:** No se encontraron diferencias relevantes en los diferentes niveles de conocimientos sobre la aplicación del consentimiento informado quirúrgico en internos de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y de la Universidad Católica de Santa María, en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda el dictado de curso de Bioética tanto para los estudiantes de la Universidad Nacional de San Agustín como para los estudiantes de la Universidad Católica de Santa María, con el fin de elevar el nivel de conocimientos y forma de aplicación del consentimiento informado.
2. Realizar un estudio para determinar la idoneidad de la aplicación del procedimiento de consentimiento informado en el Hospital Regional Honorio Delgado.
3. Realizar estudios similares en el resto de nosocomios de la ciudad de Arequipa.



PROPUESTA

Con el objeto de mejorar el conocimiento del consentimiento informado por parte de los Internos de Medicina del Hospital Regional Honorio Delgado se debe implementar el dictado de un curso de bioética con especial incidencia en la autonomía de los pacientes y en la relación de tipo horizontal que debe caracterizar a la aquellos con el médico tratante.

El Hospital Honorio Delgado de Arequipa, debe considerar como una política institucional la implantación de un efectivo proceso de aplicación de consentimiento informado, teniendo en cuenta su obligatoriedad legal que fue normada por primera vez en la Ley General de Salud, Ley N° 26842, del año 1997, que señala en su artículo 4° que: *“Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia”*(23).

En 1999, mediante la RM N° 465-99-SA/DM, Normas de Planificación Familiar, el Ministerio de Salud ya ofrecía una definición al consentimiento informado, aunque aún no de manera general, sino, solo en el campo de la planificación familiar como: *“la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones”*(23). En esta definición ya aparecen los elementos que conforman el consentimiento informado.

En el año 2002, se promulga el Reglamento de la Ley 27604, mediante Decreto Supremo N° 016-2002-SA -que modificaba la antigua Ley General de Salud- que en su artículo 3, numeral 3 define el consentimiento informado como: *“La aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria o consciente, es después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios”* (24). Con

ello, quedaba definido el carácter jurídico del consentimiento médico y, con él, la obligación legal de realizar dicho trámite por parte del personal de salud.

Por otro lado, debemos considerar el aspecto de la dignidad humana: El médico, tanto por la particularidad de sus conocimientos como por las circunstancias en que debe ponerlos en práctica, se encuentra en una situación de poder frente al paciente; además, teniendo en cuenta las condiciones de la sociedad en que se desenvuelve éste, así como su particular idiosincracia, puede llevarle a ejercitar dicho poder de manera arbitraria. Es así que puede llegar a considerar el tener que informar al paciente de las condiciones de un procedimiento antes de iniciarlo, como una carga burocrática que solo interfiere con su trabajo, sin tomar en cuenta que, además del respeto de los derechos del paciente, el consentimiento informado se convierte en la barrera para impedir dicha arbitrariedad (21) y lograr ejercitar, así, su labor de manera integral, en consonancia con los cambios de paradigma en la relación que debiera tener con sus pacientes(12, 25).

El proceso de consentimiento informado tiene algunas limitaciones bastante profundas, tanto para los médicos como para los pacientes. Como hemos visto, las limitaciones para los profesionales de la salud suelen estar relacionadas al tiempo que se utiliza en lograr la aceptación del paciente. Mientras, por el lado de los pacientes, el lenguaje técnico es, quizás, la principal barrera para alcanzar un entendimiento adecuado. Es por ambas razones, que muchas veces, el médico trata de ejercer presión sobre el paciente para lograr una aceptación rápida, lo que genera quejas en pacientes y familiares, quienes se sienten que sus derechos no están siendo respetados y que están siendo maltratados(12, 26), lo que incide en una disposición negativa o de temor ante el actuar del médico.

Por ello, es indispensable que tanto los médicos como los futuros médicos sean instruido de manera correcta para poder solventar con éxito el procedimiento de consentimiento informado.

Objetivo:

Impartir los conocimientos más importantes sobre el consentimiento informado quirúrgico a médicos, residentes e internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado; así como las técnicas necesarias para llevarlo a cabo con éxito.

Planificación de las acciones:

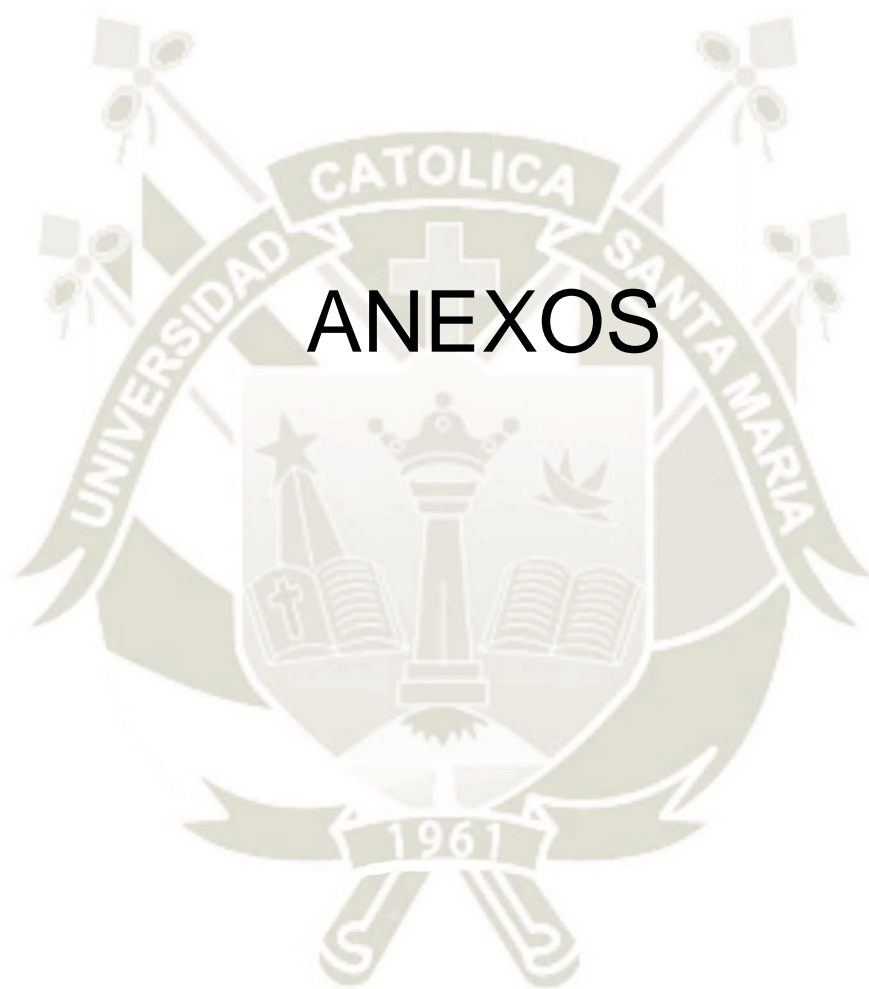
- Clases teóricas de 45 minutos de duración.
- Respecto a los internos: Cuatro sábados del mes de enero, que es cuando se inicia el internado médico
- Respecto a los médicos y residentes: Cuatro clases en un semestre, a ser fijadas en asamblea.

Recursos:

- Aula del Hospital Regional Honorio Delgado
- Docentes de las Universidades Nacional de San Agustín y Católica de Santa María.

Evaluación:

- Se realizará en base a un cuestionario de 20 preguntas con opciones múltiples, basadas en la validez del instrumento. Cada una recibirá una calificación de 01 punto, cuando esté correctamente contestada.



ANEXOS



ANEXO N° 1.
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Universidad Católica de Santa María
Escuela de Postgrado
Maestría en Educación para la Salud



NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO
QUIRÚRGICO EN INTERNOS DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD
NACIONAL DE SAN AGUSTÍN Y DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTA MARÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL
HONORIO DELGADO AREQUIPA – 2017

Proyecto de Tesis presentada por el Bachiller:
Paredes Núñez, Hugo Santiago

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Educación para la Salud

Asesora:
Dra. Chocano Rosas, Teresa

Arequipa - Perú
2017

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Nivel de conocimientos del consentimiento informado quirúrgico en internos de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y Universidad Católica de Santa María en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa – 2017

I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación se realiza con el fin de determinar el conocimiento del Consentimiento Informado quirúrgico en internos de medicina, puesto que esta es la base sobre la que se fundamenta el acto médico como sostén social.

A pesar de su importancia, el proceso de Consentimiento Informado en la práctica clínica y quirúrgica es, muchas veces, inadecuado(27); puesto que los médicos no consideran importante la participación de los pacientes en la toma de decisiones; aún más, lo ven como un “trámite engorroso”(21).

Esta situación puede tener su origen en el mismo ingreso del personal a la labor médica; es decir, desde el momento en que se convierten en internos y ser reforzada en el desarrollo de la profesión.

1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

Cuál será el nivel de “Conocimientos del Consentimiento Informado Quirúrgico en Internos de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y Universidad Católica de Santa María en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa-2017”

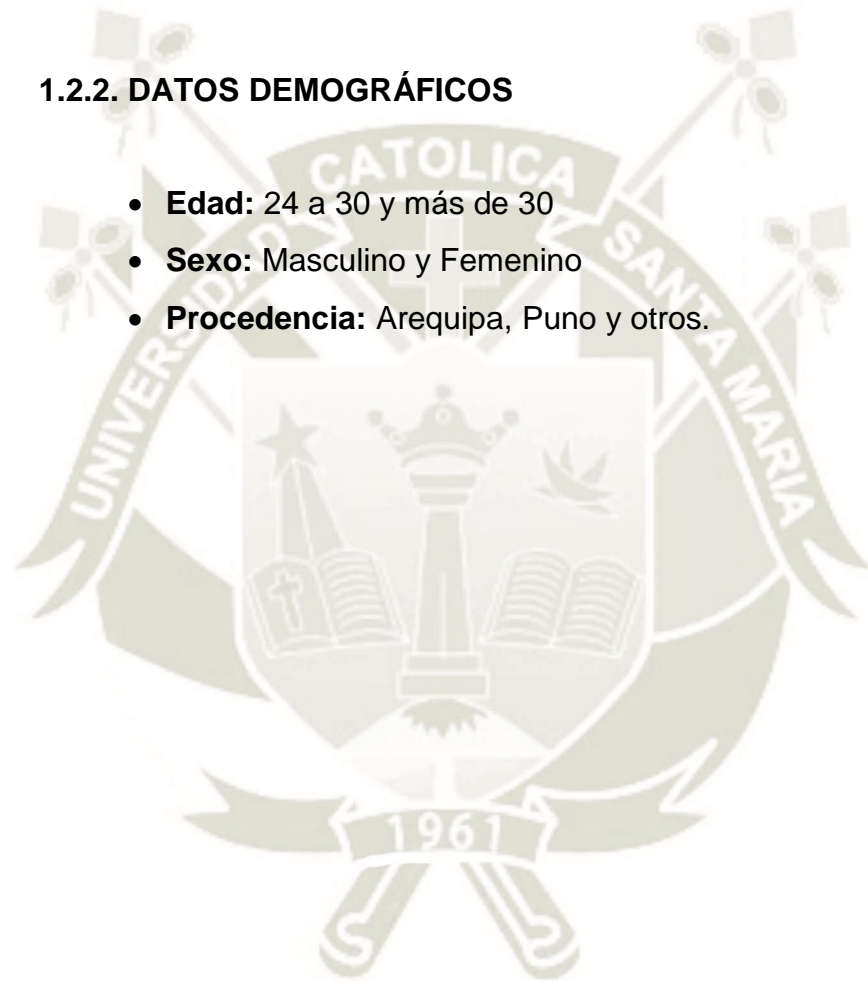
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Área de Conocimiento:

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica : Medicina Área
- Área de Especialidad : Quirúrgica

1.2.2. DATOS DEMOGRÁFICOS

- **Edad:** 24 a 30 y más de 30
- **Sexo:** Masculino y Femenino
- **Procedencia:** Arequipa, Puno y otros.



1.2.3. ANÁLISIS DE OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	SUBINDICADORES
<p>NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO:</p> <p>Es la conformidad del paciente con respecto a la atención médico, quirúrgica o de otros procedimientos, en forma libre y consciente, después de que el profesional de la salud ha brindado la información adecuada</p>	FUNDAMENTOS ÉTICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Información adecuada - Compromiso ético en la relación médico-paciente quirúrgico. - Protección de los Derechos del paciente. - El paciente puede rechazar el Conocimiento Informado
	FUNDAMENTOS LEGALES	<ul style="list-style-type: none"> - Ley Nro. 29414 - Modifica la ley de Salud - No libera al Médico de responsabilidad
	APLICATIVOS Y FUNDAMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Tipo de relación médico paciente. - Autonomía aplicada por el médico tratante - Tiempo de información adecuada

1.2.4 INTERROGANTES BÁSICAS

¿Qué nivel de conocimientos del consentimiento informado quirúrgico tienen los internos de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín?

¿Qué nivel de conocimientos del consentimiento informado quirúrgico tienen los internos de medicina de la Universidad Católica Santa María?

1.2.5. TIPOYU NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, Comparativo de Corte Transversal

1.3. JUSTIFICACION

Aunque la teoría del consentimiento informado se originó y maduró en los Estados Unidos(13); en la actualidad tiene un alcance global.

Sin embargo, la importancia de esta teoría no es, aún, asimilada completamente por una gran sector de profesionales médicos quienes, en muchos casos con un afán loable pero incorrecto, de tratar de brindar una atención rápida, desconocen que los pacientes han dejado de ser entes pasivos en los procedimientos médicos y pueden -y deben- ejercer su derecho a ser informado correctamente, entendiéndose como parte de éste a la capacidad de disentir, exigir y demandar dicha información(28).

Esto se debe, probablemente, al paradigma que rigió la profesión médica durante la mayor parte de la edad contemporánea, que posee fuertes bases paternalistas (22); lo que hace que el profesional asuma que solo a él le corresponde la toma de decisiones, ya que solo el tiene el conocimiento para poder tratarlo. Esto en mérito a que, tradicionalmente, se ha considerado al bienestar físico del paciente como el único valor a tener en cuenta al momento de iniciar un procedimiento médico(29).

En el entorno legal, el consentimiento informado aparece en nuestra legislación mediante la Ley General de la Salud(30), la que en su artículo 4º precisa que “Ninguna persona puede ser sometida a Tratamiento Médico o quirúrgico, sin su previo Consentimiento”.

Para mayor abundamiento, el Reglamento de la misma ley define al consentimiento informado como “La aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria o

consciente, es después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios”(24)

Asimismo, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú en su artículo 55º señala que: “En pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar el consentimiento informado por escrito”(2).

La importancia del consentimiento informado para el gremio médico peruano queda patente al señalar en el artículo 63º, literal e) del mismo Código, que el paciente podrá aceptar o rechazar cualquier tratamiento o procedimiento, siempre que haya recibido la información adecuada, así como el nombre del médico responsable de su caso y de los demás profesionales de la salud que intervienen en él(2).

Aunque el consentimiento informado se lleva a cabo en su mayor parte de manera oral, lo que permite crear un vínculo de confianza que fortalece las relaciones médico-paciente, creando un lazo para confiar en el criterio del galeno y en sus procedimientos(31); es indispensable el uso de un formato escrito en el que se pueda dejar constancia de que la información fue provista al paciente y de que éste dió su consentimiento.

Como indica Bernar (32), para muchos el consentimiento informado es una reacción natural frente al paternalismo médico que ha dominado, históricamente, dicho contexto, por el que la opinión del paciente en las decisiones de tratamiento era irrelevante. Para Saunders y Baum, el consentimiento informado se trata de *“la voluntaria y libre decisión hecha por una persona competente y autónoma, en base a una adecuada información y deliberación, para aceptar un tratamiento específico cuando se conocen completamente la naturaleza del tratamiento, sus consecuencias y riesgos”* (33).

Sánchez Santiesteban afirma que el consentimiento informado implica que se exija un mayor respeto a la persona del que se tenía hasta ahora en el trato médico. Asimismo, señala que “La información tiene que formar parte de todas las actuaciones asistenciales, tiene que darse de forma comprensible,

ser verídica y adecuada a las necesidades y los requerimientos del paciente, con el fin de ayudarlo a tomar decisiones de forma autónoma”(34). Es cierto que hasta no hace mucho, el paternalismo hacía que el médico “adoptara, en lo que a la información y consentimiento se refiere, una actitud preconcebida y unilateral ante todos y cada uno de sus pacientes; pero ahora es imposible realizar ese tipo de generalizaciones pues cada paciente asume su propia importancia y reclama una atención más cuidadosa, que implique una explicación exhaustiva de su caso, alternativas y tratamientos”(35).

Pérez González(26) es claro en señalar que la información debe adaptarse a las características de cada paciente, *“teniendo en cuenta el nivel sociocultural, el entorno, la urgencia del caso y la situación psicológica del paciente y de sus familiares”* y que no puede desnaturalizarse ese deber tomándolo como un trámite burocrático. Pérez indica que el paciente acude al especialista con la intención de resolver su problema físico de manera definitiva y que, muchas veces, cuando se trata de cirugías, no toma en consideración factores como el riesgo quirúrgico, el anestésico, los procedimientos invasivos, las biopsias, etc; por lo que es indispensable que el cirujano logre que el enfermo tome consciencia de todos esos factores para lograr una decisión responsable.

Es práctica común inculcar la importancia absoluta del conocimiento científico dentro de la enseñanza de la medicina, por lo que es difícil desvincularse del rol “cuidador-sanador” y, por tanto, subestimar la importancia de que el paciente se halle satisfecho con la práctica médica; lo que incide en una percepción negativa y aumento de demandas por mala praxis.(1, 16, 36).

Como afirman Fuentes y Revilla: *“el consentimiento informado no es conocido ni concebido como un proceso, y tampoco es aplicado en todos los ámbitos donde se requieran decisiones en la práctica médica”(37)*. Dichos autores señalan que el menosprecio por el consentimiento informado es de tal nivel, que la mayoría de médicos lo toma como una traba burocrática de la que deben liberarse rápidamente; por lo que suelen ser los internos los encargados de “obtener la firma” sin importar la manera en que lo hagan; y ,

sin tener en cuenta su condición de estudiantes sin la capacitación necesaria para cumplir con tal responsabilidad.

Esta investigación tiene relevancia científica porque su resultado evidenciará las falencias en la aplicación y el nivel de conocimiento de los internos de medicina de la región, respecto al consentimiento informado; lo que permitirá comprender hasta que punto los futuros médicos han asimilado la importancia de ese concepto y, así, adoptar las medidas necesarias para optimizar tales falencias.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1. CONOCIMIENTO:

- DEFINICION:

La RAE(38) define al conocimiento, en su primera acepción, como “acción y efecto de conocer” y en su tercera acepción como “Noción, saber o noticia elemental de algo.

Según Mario Bunge, citado por Prats(39), el conocimiento puede definirse como el *“producto final de una relación dialéctica, permanente y necesaria entre el interior racional y cognoscitivo de los seres humanos y el mundo exterior espacial- temporal en el que se desenvuelven. Este producto final, edificado en base a la facultad de razonar y entender (razonamiento y entendimiento), termina por producir un resultado que son los conceptos, los juicios y los raciocinios, es decir las ideas que construimos sobre la realidad”*(40).

De una manera general, podemos dividir las corrientes sobre el conocimiento en dos grandes ramas:

El Empirismo: Que precisa que el conocimiento solo puede adquirirse por la experiencia y, por lo tanto no existen conocimientos innatos; y,

El Racionalismo: Que afirma que el conocimiento solo puede ser considerado como tal cuando se basa en ciertos principios que solo pueden ser aprehendidos por medio de la razón, gracias a lo cual, el resto de verdades pueden ser deducidas a partir que aquellas. Eso significa que existen ciertas “verdades universales” que son comunes a todos los hombres(41).

Quintanilla afirma que “para poder generar conocimiento es necesario disponer de canales de información, mecanismos y procedimientos de almacenamiento de información mucho más ágiles y potentes que los disponibles tradicionalmente”(42). Por analogía, se puede inferir que solo se podría transmitir el conocimiento, si se dispone de los recursos, técnicas y procedimientos adecuados.

Por su parte, Núñez Paula indica que el conocimiento es: “el proceso y resultado (dinámico), con sentido personal, grupal, organizacional y social, de la percepción, comprensión, reelaboración creativa, concepción de su aplicación, y transformación con fines de comunicación, de la información representada en las fuentes y soportes, que llega a las personas mediante la propia comunicación, en la actividad, y que se encuentra condicionado, en su contenido y transcurso, por el contexto histórico y social de dicha actividad”.

Segarra y Bou(43) señalan que el conocimiento “*enfatisa el contexto social*” por lo que no puede hablarse de tal si se mantiene en el campo individual, sin compartir ideas y experiencias.

En la misma línea, Rendón precisa que “el conocimiento tiene como fuente la información misma, por lo que es un producto posterior y surge a partir de ella”(44).

- **CARACTERÍSTICAS:**

Según Núñez Paula, *“La información es producto del acto comunicativo de transformación del conocimiento en una forma comprensible para otros”*(45). Además ésta información solo se transformará en conocimiento para el receptor, una vez que haya pasado el filtro de sus experiencias previas y de los conocimientos que haya tenido hasta ese momento; así como sus valores socio-culturales.

Por eso , para que se lleve a cabo el proceso de conocer es indispensable realizar diferentes procesos como la memorización o el análisis, que permitan *“identificar los elementos constituyentes de lo que se está conociendo y sus relaciones como partes del todo”*; además de la síntesis, que permite reunir esa información previamente fragmentada y descubrir la relación de lo particular con lo general; para , finalmente, *“evaluar todo el proceso y asimilar el constructo cognoscitivo obtenido”*(44).

- **EVALUACION DEL CONOCIMIENTO:**

- ESCALA VIGESIMAL:**

Es una escala comúnmente usada en la educación de nuestro país conformado por 21 puntos (0 a 20). A nivel escolar el puntaje 10 o menos significa desaprobación o inaceptable, el 0 pésimo o ausencia total del conocimiento y/o competencia, y el 20 óptimo conocimiento total y/o competencia insuperable de aquello que está evaluado.

- **EL INTERNO DE MEDICINA HUMANA**

El Internado de las Facultades de Medicina Humana de las Universidad es Nacional de San Agustín y Católica de Santa María de Arequipa, corresponde al último año de estudios y constituye un año de prácticas hospitalarias en la cuatro grandes especialidades con el objeto de completar

su capacitación antes del grado académico de Bachiller y el título de Médico Cirujano que lo habilite para desempeñarse como tal a nombre de la Nación. En el caso de cirugía los estudiantes deberán rotar por los servicios de cirugía general, ortopedia traumatología y emergencias y otras especialidades básicas que tengan programado el establecimiento de salud integrándose al equipo médico, siguiendo las normas, procedimientos, funciones y reglamentos de la entidad médico asistencial y de cada universidad.

El programa de Internado Médico, según el Currículo Universitario, dura un total de un año, el que comprende cuatro rotaciones por los Departamentos de Medicina, Cirugía General, Ginecología Obstetricia y Pediatría, con una duración de 3 meses cada una(1).

Entonces, el interno de medicina no puede ser, aún, considerado médico, ya que no ha alcanzado el nivel empírico mínimo requerido, y por tanto el conocimiento suficiente, para poder desenvolverse de manera óptima. Sin embargo, es llamativo que en lo referente al proceso de consentimiento informado sean, muchas veces, ellos los encargados de transmitir la información referente a procedimientos, tratamientos y diagnósticos al paciente; así como de obtener su aceptación. Esto, por delegación de los profesionales de la salud(1, 12, 46)

2.2. CONSENTIMIENTO INFORMADO

- **ASPECTOS GENERALES:**

Cuando se habla de consentimiento informado, nos referimos a algo mucho más complejo que la mera entrega de datos al paciente, con el objeto de recabar su firma y proceder con los procedimientos o tratamientos indicados. Como señala Szwako, se trata de *“un proceso educativo interpersonal, dinámico y evolutivo en lo que respecta la individualidad del paciente”*(47).

Es innegable reconoce que la relación entre médicos y pacientes ha experimentado, con mayor fuerza en otras realidades, varios cambios; pasando de un paternalismo manifiesto, por parte de los galenos a un relación con mayor incidencia en el respeto a la autonomía del paciente (6, 35, 48); es decir, se da mayor preponderancia al derecho del paciente a participar en cualquier decisión médica que le afecte.

Por otra parte, no puede negarse que la medicina ha logrado un enorme desarrollo tecnológico que ha venido de la mano con un aumento de los costos en la atención médica, a la par de un incremento de las expectativas de los pacientes (47).

El formulario de consentimiento informado es el único instrumento que permite que el paciente ejercite su *“derecho a la autodeterminación”*, protegiendo, de esa manera, su autonomía; pero para que esa autonomía sea válida, debe ser capaz de comprender las explicaciones de manera coherente y razonada. Como señala Núñez Paula, la capacidad de juicio, de razonamiento y de libre elección, constituyen los pilares de la autonomía en la relación entre médico y paciente(45).

Los futuros médicos deben ser educados para poder entender que además de las destrezas técnicas y conocimientos propios de la carrera, es una habilidad necesaria para el desempeño de su profesión, la capacidad de ayudar a los pacientes a entender la situación en la que se encuentran y las decisiones que deben enfrentar(34).

Aunque la exigencia para lograr el consentimiento informado, ha sido ampliamente fundamentada en un replanteo de la relación tradicional entre el médico y el paciente, sustentado en el reconocimiento de la autonomía individual(49); en la práctica nunca se ha llegado a asentar de manera firme. Es más, Zavala y Sogi(49), citando a Faden y Beauchamp(50) indican que la aceptación de los pacientes, previa entrega de información siempre ha sido una idea históricamente ajena a la literatura médica y de la ética médica; y, más bien, no han perdido vigencia los principios hipocráticos, de carácter paternalista, por los que se entiende que el paciente no debe conocer más

que lo mínimo indispensable sobre su condición, ya que dicho conocimiento puede resultarles perjudicial(36, 49).

La práctica médica no puede quedarse estancada en ese paradigma paternalista(9) y, como señala Novoa(1), además de la promoción de la salud, la prevención y recuperación de enfermedades, así como los procesos de rehabilitación, el médico debe impulsar la creación de una relación con el paciente, asentado en el respeto a su misma condición humana y a los principios éticos fundamentales.

La autonomía implica una capacidad de decisión que el paciente no poseía previamente, pero que propicia el entendimiento entre el médico y el paciente y permite una negociación en busca de la mejor decisión posible; lo que solidifica el vínculo emocional entre las partes(36) y, a la vez, permite que la actividad específicamente médica se desarrolle sin contratiempos ajenos a sí misma.

Convenzo con Novoa(1) en que el uso adecuado del consentimiento informado permite, además de lograr el correcto entendimiento de los tratamientos y procesos que deberán ser seguidos bajo la recomendación del médico tratante, la posibilidad de rehusar aquellos procedimientos indeseados, ya sea por convicciones religiosas, éticas, por haber optado por una alternativa diferente, etc.

El consentimiento informado, tiene pues, como sustento ético dos valores esenciales: El bienestar personal y la autonomía.

Respecto a este último, Onora O'Neill(51) sostiene que la autonomía adquiere para su razón de ser, para el individuo, a raíz de la veracidad de la información que reciba respecto a su tratamiento. La correcta estimación de estos valores *“previene o disminuye la posibilidad de errores, negligencia, coerción y decepción y, promueve en el médico su autocrítica”*(35).

Aunque puedan considerarse contrapuestos, el principio de beneficencia y el de autonomía, en realidad, se enriquecen mutuamente; puesto que al respetar la dignidad del paciente haciéndole partícipe de la toma de

decisiones que afectan, directamente, su bienestar, se puede lograr una mayor colaboración del mismo paciente en todo el proceso, pudiendo alcanzar un mejor resultado y, finalmente, al brindarle la posibilidad de rechazar un procedimiento, tampoco se está negando el principio de bienestar; ya que no puede considerarse como tal, a aquello que se logra contra la voluntad del paciente. Esto es, especialmente relevante, cuando tal decisión se trata sobre la manera en que el paciente quiere vivir el final de su vida(52).

Se debe recalcar la importancia de permitir que la toma de decisiones por parte del paciente se haga de manera voluntaria, entregándole toda la información relevante acerca de los diagnósticos y procedimientos, así como tratamientos alternativos, además de los posibles riesgos, costes y cualquier consecuencia posible que conlleve su decisión; sin olvidar de informar, también, el grado de incertidumbre que atañe a cualquiera de estas informaciones(6, 12, 36, 53).

Como se señaló antes, la aprehensión de la importancia del consentimiento informado debe darse desde las aulas. Al respecto, un estudio realizado por Zavala y col.(36) dió como resultado que si bien en el Perú, los sílabos de las facultades de medicina humana enseñan ética y como parte de ella, tratan la problemática del consentimiento informado; esta enseñanza no se lleva a cabo de manera idónea, puesto que la preparación de los docentes, respecto a la materia, es insuficiente; el curso es de reducida importancia en la percepción tanto por parte de los alumnos como de los mismos docentes; y, además, no se ha llegado a un consenso sobre la forma de enseñanza de dicha materia, en las diversas facultades.

- **HISTORIA**

A lo largo de la historia de la medicina, el encargado de esta labor ejercía su profesión casi sin restricciones, amparado en las elevadas tasas de mortalidad, escasos conocimientos técnicos e incipiente rigurosidad legal. No fue sino hasta cerca de mediados del siglo XVIII que los médicos pudieron

ser enjuiciados por negligencias o justificar sus acciones (54). Incluso en ese tiempo eran muy pocos los que lo hacían. Cabe resaltar, sin embargo, que la cirugía se hallaba mucho más controlada *“en razón del estatuto artesanal de su destreza”*(55).

En el caso del consentimiento informado, su aceptación es mucho más reciente, como señala Katz, este no tiene raíces históricas en la práctica médica, sino que ha sido el desarrollo de la ética jurídica lo que ha forzado a la medicina a aceptarlo(56).

La experimentación clínica fue el primer campo en el que se esbozó el consentimiento informado. Señala Cecchetto que en el año 1931 *“el Ministerio de Sanidad del Reich alemán dictó una regulación concerniente a nuevas terapias médicas y experimentaciones con sujetos humanos, en la cual se reconocía el derecho del paciente, o bien de su sustituto legal, a otorgar su claro e indubitable consentimiento para participar en ensayos clínicos y experimentos programados”*(54).

Es llamativo que haya sido Alemania el primer país en legislar sobre consentimiento informado, ya que durante el gobierno nazi se ignoraron estas disposiciones y se experimentó sin el menor respeto a los derechos humanos. Es por ello que, finalizada la Segunda Guerra Mundial a través del Tribunal de Nuremberg, que juzgó a criminales de guerra que realizaron experimentos científicos forzados con prisioneros, dando como resultado el Código de Nuremberg, con el que se intentó establecer los fundamentos básicos, tanto éticos como legales, para evitar esos abusos en el futuro(13, 54).

Este Código en su artículo 1 indica que: *“El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona implicada debe tener capacidad legal para dar su consentimiento; que debe estar en una situación tal que pueda ejercer su libertad de escoger, sin la intervención de cualquier elemento de fuerza, fraude, engaño, coacción o algún otro factor coercitivo o coactivo; y que debe tener el suficiente conocimiento y comprensión del asunto en sus distintos aspectos para que*

pueda tomar una decisión consciente. Esto último requiere que antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto que va a ser sometido al experimento hay que explicarle la naturaleza, duración y propósito del mismo, el método y las formas mediante las cuales se llevará a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pueden presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que puedan derivarse de su participación en el experimento”(57).

La noción de consentimiento voluntario, que comprendía solo a la experimentación médica fue ampliada -y completada- con la de “consentimiento informado”, concepto acuñado en los Estados Unidos en 1957, en mérito a la sentencia del proceso “Salgo contra Leland Stanford Jr. University-Broad of Trustees”, por la que se determina que el médico está obligado a informar adecuadamente y a obtener el consentimiento del paciente antes de que se pueda tomar una decisión(54).

El año 1957 se empezó a utilizar un sedante que se hizo muy popular por sus aparentemente inexistentes efectos secundarios, la talidomida; sin embargo, con el tiempo se descubrió que generaba graves malformaciones fetales, habiendo afectado a más de 10000 niños en Europa y Estados Unidos; por lo que en este último país se hizo obligatorio que ante cualquier investigación o experimento médico, se obtuviera el consentimiento informado de los pacientes(54, 58). Posteriormente, en 1964 la Asamblea Médica Mundial -que reúne a la mayor parte de Asociaciones Médicas del mundo- promulgó la Declaración de Helsinki(59), que consiste en un conjunto de fundamentos éticos que deben ser seguidos por todas las personas -médicos o no- que realicen experimentos que involucren seres humanos; destacando entre ellos la obligatoriedad del consentimiento informado respecto a los sujetos de estudio.

El reconocimiento vinculante del consentimiento informado en experimentos científicos se dió a través del Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos, que en su artículo 7º señala que: *“Nadie podrá ser sometido a la tortura, ni a penas o a tratos crueles, inhumanos o degradantes. Será*

prohibido fundamentalmente, someter a una persona, sin su libre consentimiento, a experimentaciones médicas o científicas”(58).

En Latinoamérica, el consentimiento informado fue adoptado poco después, aunque no en todos los países. En Argentina, por medio del artículo 19º, inciso 3 de la Ley de la Nación N° 17132, dada en 1967, se señala que se debe respetar la voluntad del paciente respecto a su decisión o rechazo a ser internado o tratado. Del mismo modo, se indica que el consentimiento informado es obligatorio en el caso de operaciones mutilantes(54).

En España, por medio del “Convenio europeo para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina” de 1997, el Consejo Europeo precisó, en su artículo 5º, que: “una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e informado consentimiento. La información que se presta a la persona debe ser adecuada acerca de la finalidad y naturaleza de la intervención, como también los riesgos y consecuencias”. La norma también señala que dicho consentimiento puede ser revocado por el paciente en cualquier momento(58).

- **CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA ACTUALIDAD**

En la actualidad, la aplicación del consentimiento informado se ha extendido de manera generalizada, especialmente en Europa y América, a través de leyes y códigos de ética de asociaciones médicas y colegios profesionales(36)

Como afirma Martínez Bullé(52) la sociedad está avanzando, cada vez más, a un reconocimiento pleno de la autonomía humana, por la que se permite a un enfermo tomar decisiones que antes eran impensables sobre los tratamientos e intervenciones médicas a los que deba someterse.

El consentimiento informado suele ser obligatorio en varios países del mundo, incluyendo el nuestro, tanto para los procesos terapéuticos como

para la investigación médica. Sin embargo, a pesar de los avances legales, la información para los pacientes no se ofrece, por lo general, de manera óptima, especialmente en el primero de los casos, debido a que, como se ha señalado, los médicos suelen considerar a este proceso como una simple traba burocrática.

Ahora bien, existen dos mecanismos para brindar la información: Hacerlo de manera oral, exponiendo claramente la situación al paciente; y a través de un documento escrito. El problema se presenta, en el primer caso, ante la falta de tiempo de los médicos, que difícilmente pueden dedicar más que un pequeño lapso para la explicación; no digamos ya para lograr una comprensión satisfactoria y despejar todas las dudas del paciente. Respecto al formato escrito, los pacientes muchas veces, por un bajo nivel cultural o por insistencia de los encargados, no solo no comprenden lo que leen, sino que, directamente, no leen el documento que se les insta a firmar (60).

Bacallao afirma que “muchos pacientes tienen del consentimiento escrito una visión ritualista y burocrática, e incluso se sienten asustados y presionados por tener que dar consentimiento escrito y reportaron que no lo leían y que no lo entendían”(35).

▪ **EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL PERÚ**

Zavala y col.(36), precisan que el Comité de Bioética del Consejo Nacional de Salud, luego de dos estudios realizados los años 2006 y 2009, concluyó que en el Perú existe una gran heterogeneidad entre los pacientes, al momento de recibir la información; ello debido, además de las diferencias culturales, a costumbres atávicas con limitado entendimiento de la medicina moderna; y a las limitaciones producto del escaso dominio del español al poseer otro idioma como lengua materna.

La Ley General de Salud precisa que: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo"(30); con lo

que se brinda protección legal, y por tanto, se entiende la obligatoriedad del consentimiento informado.

Asimismo, el Colegio Médico del Perú, en su Código de Ética y Deontología, como lo indica Zavala (36), reafirma la importancia del consentimiento informado, al exigir el consentimiento escrito en los procedimientos de alto riesgo; así como la exigencia de mostrar *“respeto de los derechos del paciente, artículo 63 señala el derecho a la información, aceptar o rechazar un procedimiento o tratamiento después de haber sido adecuadamente informado, y conocer el nombre del médico responsable de la atención así como de las demás personas que participan en ella”*(2)

NORMAS LEGALES

La Ley General de Salud, Ley N° 26842, norma de manera amplia el consentimiento informado en los artículos siguientes:

“Artículo 4: Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si corresponde o estuviera impedido de hacerlo. Se exceptúa de este requerimiento las intervenciones de emergencia.

(...)

Artículo 15: Toda persona, usuaria de los servicios de salud tiene derecho:

(...)

f) A que, se le brinde información veraz, oportuna y completas sobre las características del servicio.

g) A que, se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.

h) A que, se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación e cualquier procedimiento, así como a negarse a éste.

(...)

Artículo 27: El médico tratante, así como el cirujano-dentista y la Obstetra están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos.

(...)

Artículo 40: Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico”(1, 30).

Por su parte, el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú indica:

“Artículo 63: Toda intervención o procedimiento médico debe ser realizado con la autorización o consentimiento informado del paciente. Esto consiste en que el médico informa completa y claramente al paciente, comprueba que la información ha sido entendida por éste y, finalmente, el paciente consiente con autonomía”(2).

- **CARACTERÍSTICAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dice Schmidt que *“El acto humano es ético y moral cuando la acción se deriva de su conciencia racional y de su libre voluntad. Por tanto, presupone la conciencia racional como prerrequisito, porque no puede haber un acto libre si no hay previamente un elemento intelectual, un elemento de conciencia, ya que nada puede estar en la voluntad si no ha estado antes en el conocimiento”*(4). Es, justamente, esta moralidad lo que define al consentimiento informado y, para cumplir con su finalidad debe poseer las siguientes características:

- **Información Efectiva:** Que debe realizarse de manera sucinta, clara y, de preferencia, por escrito, teniendo en cuenta “la naturaleza, propósitos, beneficios y riesgos, alternativas y medios de la intervención médica, conlleve ésta cirugía o tratamiento farmacológico, sugeridos”(4). Esta entrega de información debe darse dentro de un marco que incluya, además, la posibilidad de realizar y absolver preguntas para disipar todo tipo de duda y, aproximar los puntos de vista y opiniones que los pacientes y los médicos tengan respecto a cualquier procedimiento que deba efectuarse.
- **Libre Aceptación:** El consentimiento no puede lograrse a través de coacción, amenaza o con el ofrecimiento de información sesgada. Ningún profesional de la salud puede obligar a aceptar un tratamiento por medio de intimidación o engaño. Del mismo modo, tampoco puede delegar la búsqueda de dicha aceptación a través de un tercero, por ejemplo un interno, que alegue que el médico solo podrá revisar su caso una vez que haya firmado el formato de consentimiento.
- **Involucrar a las Instituciones de Salud:** Además de los médicos y pacientes, es necesario que el consentimiento informado sea una política institucional que permita crear un entorno que brinde las facilidades necesarias tanto para los médicos al entregar la información; como para los pacientes, al ofrecerles suficientes mecanismos de protección y acceso a la información.

- **Revocabilidad:** El paciente debe tener la posibilidad de retractarse, en cualquier momento, de su consentimiento. Sin embargo, las implicaciones y restricciones que deben ser tomadas en cuenta, deben, también, informárseles por escrito(4).
- **Proactividad:** Se debe realizar con la mayor anticipación posible, con un mínimo de 24 horas antes de la intervención quirúrgica o del inicio del tratamiento o experimentación.

2.3. PRINCIPIOS DE LA BIOÉTICA

Beauchamp y Childress(50), señalan que la bioética, que es el sustento moral en el que se ampara el consentimiento informado, está fundada en cuatro principios centrales, los cuales son:

- **Principio de Respeto de la Autonomía:** Para Beauchamps y Childress, un individuo es autónomo cuando actúa de manera libre, con un plan escogido por sí mismo. Señalan dichos autores, que para que puede ejercerse, la autonomía debe constar de dos requisitos: Libertad, que implica la ausencia de factores externos que influyan en la toma de decisiones; y, agencia, que se entiende como la capacidad para realizar una acción de manera intencional.

La autonomía es ejercida, como afirma Siurana, *“cuando se le reconoce el derecho a mantener puntos de vista, a hacer elecciones y a realizar acciones basadas en valores y creencias personales”*. El mismo autor agrega que *“El respeto por la autonomía del paciente obliga a los profesionales a revelar información, a asegurar la comprensión y la voluntariedad y a potenciar la participación del paciente en la toma de decisiones”*(17).

Este principio es el sustento de un nuevo paradigma en la relación médico-paciente; por la que se trata a este último como “un adulto

responsable con la capacidad y el derecho de decidir entre las opciones presentes, en una determinada situación clínica “(61)

- **Principio de Beneficencia:** Este principio implica que es primordial, en los tratamientos de salud, prevenir el daño, real o potencial, o aliviarlo. Este principio es, esencialmente, “una obligación de hacer”, de realizar todos los actos necesarios para alcanzar el bienestar del paciente, ya sea en la prevención o recuperación de las enfermedades o la mitigación del sufrimiento cuando estas sean incurables. Este es el principio más antiguo de la práctica médica está vinculado con ofrecer un servicio de calidad. Señala Ferro, que este principio está *“dirigido a garantizar la salud de la sociedad en el sentido más amplio de este concepto, para lo que se precisa de un personal preparado, competente, actualizado, con una formación humanística basada en los principios éticos y conocedor de las peculiaridades de la población que asiste”*(61).

Esta autora indica, también que por medio de este principio, el personal de salud tiene como obligación, el lograr la modificación de estilos de vida y costumbres que vayan en contra de la salud colectiva; lo que de alguna manera, contradice al principio de autonomía, ya que esta intervención forzada en un grupo social o en los patrones culturales del paciente, suelen oponerse a las decisiones voluntarias de tales personas(17, 61).

- **Principio de No Maleficencia:** Este principio se refiere a la obligación de no infringir daño de manera intencional. Al igual que el principio de beneficencia, se fundamenta en el respeto de la integridad física y psicológica del paciente; pero, a diferencia de aquel, este es un principio mucho más pasivo, una obligación de “no hacer”; como por ejemplo, no llevar a cabo procedimientos cuyo riesgo pueda superar al beneficio o procedimientos extremadamente invasivos cuyas posibilidades de éxito sean muy reducidas. Se puede agregar, el rechazo a la distanasia, que se trata de la prolongación innecesaria del proceso de la muerte(17).

- **Principio de Justicia:** Este principio se refiere a que la actividad de salud, debe tratar de disminuir la desigualdad, con un reparto equitativo de los recursos personales y materiales(62). Este principio surge ante la problemática de las minorías de de las clases marginales, quienes no logran acceder a un nivel óptimo de recursos médicos. La justicia implica *“realizar una adecuada distribución de los recursos, proveer a cada paciente de un adecuado nivel de atención, y disponer de los recursos indispensables para garantizar una apropiada atención de salud”*(61).

Siurana señala que las instituciones sanitarias que son incapaces de brindar sus servicios de manera equitativa y con igualdad de oportunidades para todos los pacientes deben ser reformadas(17).

2.4. ETAPAS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado debe seguir, habitualmente un conjunto de etapas que van desde la redacción del documento que se entregará al paciente, hasta su aceptación final. Cabe recalcar que todas estas etapas forman parte del mismo proceso. Dichas etapas son las siguientes(18, 63):

- a- La elaboración de la información por parte de los profesionales.
- b- Su transmisión y discusión.
- c- La comprensión y valoración por parte del paciente.
- d- La aceptación o no del procedimiento diagnóstico y/o del tratamiento propuesto

En la etapa de elaboración del documento, es necesario que dicho formato cuente, al menos, con la siguiente estructura(4):

- Identificación de las personas: Institución, paciente, familiar o representante legal y médico responsable.
- Diagnóstico y descripción del caso: Explicando la sintomatología de la enfermedad, diagnóstico y evolución.
- Procedimiento que se realizará y riesgos posibles, además de los procedimientos alternativos.
- Explicación de las consecuencias de la denegación.

2.5. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

A. EL MODELO PATERNALISTA

Este es el modelo clásico, que fue adoptado desde los tiempos de Hipócrates y Esculapio y que ha sido mantenido durante siglos(64). Este modelo se basa en el principio de la beneficencia; es decir, busca realizar los procedimientos que sean necesarios para garantizar el bienestar y la salud del paciente.

Se le conoce como “paternalista” puesto que pone al médico y al paciente en una situación jerárquica -como un padre y un hijo- en la que el superior - médico o padre- tiene como objetivo la protección de aquel que se encuentra a su cargo -paciente o hijo- y, además, el primero posee el conocimiento del que carece el último para alcanzar ese objetivo; así que solo su opinión y decisiones tendrá carácter relevante.

Dice Bernar, al referirse a este modelo que *“En la tensión entre la autonomía del paciente y su bienestar, la decisión del médico se orienta hacia el bien del paciente(32)”*. El mayor problema de este modelo, dice el mismo autor, está en que los médicos confunden el *“bienestar biomédico”*, del bienestar integral

del paciente. Outomuro y Mirabile concuerdan con esto, al señalar que en este modelo la única óptica importante es la del médico, siendo irrelevante la perspectiva del paciente, lo que genera una relación de profunda asimetría.

B. EL MODELO TÉCNICO

También se le conoce como modelo informativo o científico. En este modelo se hace hincapié en un enfoque objetivo del caso; por lo que el médico entregará toda la información significativa al paciente, exponiendo de manera descriptiva la naturaleza de su dolencia, los posibles procedimientos, tratamientos, diagnósticos, etc; así como los riesgos de cada uno; pero sin que medie opinión de su parte(64). El profesional de la salud se limita a entregar la información sin emitir opinión. En este modelo, las circunstancias personales son irrelevantes puesto que la relación médico-paciente es equivalente a la que se da entre el proveedor y el consumidor de un servicio. El médico proporcionará la información de la manera más adecuada, pero el paciente será el que tome la decisión final, sin intervención de aquel. En definitiva, este modelo está basado *“exclusivamente en el respeto por la autodeterminación absoluta del paciente”*(32)

C. EL MODELO INTERPRETATIVO

En este modelo, el médico también, entrega al paciente, la información más completa posible, respecto a la naturaleza de su enfermedad, los procedimientos, tratamientos, diagnósticos y alternativas; así como los riesgos de cada uno. Adicionalmente, y a diferencia del modelo técnico, absuelve las dudas del paciente y le ayuda a interpretar la información ofrecida con el objeto de seleccionar el procedimiento que le parezca oportuno.

Si bien este modelo también se sustenta en la autonomía del paciente, *“sin dejar espacio para los valores del médico ni para lo que el médico piense de los valores del paciente”*(32), si permite que el profesional de salud pueda encausar la información y las opciones médicas posibles que se adapten a los valores del enfermo. Aunque la decisión final corresponde al paciente, el médico ejerce un rol consultivo y de apoyo técnico permanente en el logro del consentimiento.

D. EL MODELO DELIBERATIVO

Este modelo es considerado por Outomuro y Mirabile(64) como *“un modelo de amistad”* por el que, tanto el médico como el paciente, intentan alcanzar un objetivo común. En este caso, tomar una decisión que sea la más idónea para lograr la recuperación del paciente; pero, que a la vez sea respetuosa con los valores del paciente.

En este modelo, la intervención del médico se sustenta en el valor de la solidaridad, impidiendo la creación de barreras emocionales o de comunicación, que redunden en un procedimiento inadecuado(9).

En este sentido, el acto médico deja de tener un carácter puramente objetivo y se convierte en *“un encuentro personal entre dos seres humanos”*(32), logrando, de esa manera una decisión con la que ambas partes se encuentren satisfechos.

2.6. LOS LIMITES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Cuando hablamos del consentimiento informado, entendemos que se trata de un derecho irrenunciable de los pacientes. Sin embargo, cabe aclarar que este no es un derecho que carezca de limitaciones. El consentimiento informado es un derecho del enfermo. pero no es un derecho ilimitado, ya que la sociedad puede establecer límites por *“razones de justicia distributiva”*(65).

Además, existen restricciones de acuerdo a la “*capacidad de elección de los pacientes*”(66), ya que no pueden exigir que se les realice procedimientos dañinos o comprobadamente inútiles -homeopatía, por ejemplo. El médico tampoco tiene la obligación de compartir la terminología técnica con su paciente.

La revocatoria del consentimiento también puede tener límites, normalmente de carácter temporal(4). Sin embargo, estos deben ser identificados y adecuadamente descritos en el formato de consentimiento informado.

2.7. CONSENTIMIENTO EN INVESTIGACIONES

El “Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research”, conocido como “El Informe Belmont” es un documento que sirvió para determinar los principios éticos fundamentales que deben seguirse en las investigaciones médicas.

Este informe define los principios éticos básicos que deben regir la investigación médica: El respeto, la beneficencia y la justicia. Además, determina los requisitos que debe seguir el consentimiento informado para alcanzar la validez, entre los que se menciona la voluntariedad, la información efectiva y la comprensión por parte del paciente. Asimismo señala que deben determinarse los riesgos y beneficios de los diversos procedimientos, los que deben ser expresados de manera clara para evitar cualquier malinterpretación o confusión. Finalmente, también establece medidas de protección para poblaciones sensibles, que pueden ser pasibles de investigaciones forzadas, como las minorías raciales, los grupos socioeconómicos menos favorecidos y las personas muy enfermas(67).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1. ANTECEDENTES

1- TÍTULO: Conocimiento sobre el Consentimiento Informado en postulantes a la residencia médica en la universidad mayor de san marcos.2010.

Autor: Salomón Zavala

Conclusión: Se encontró deficiencia en el Conocimiento del Consentimiento Informado.

2- TÍTULO: Consentimiento Informado en la Práctica Médica: Factores asociados a su Conocimiento en una población de Médicos Peruanos.

Autor: Salomón Zavala, Cecilia Sogi, Ana Delgado; Maximiliano Cárdenas

Conclusión: La teoría del consentimiento informado se encuentra mejor asimilada entre médicos jóvenes. Sin embargo, su aplicación práctica es mucho más adecuada entre médicos con mayor experiencia. Zavala y col. Evaluaron el consentimiento informado a postulantes a la Residencia Médica en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y encontraron profundas deficiencias en el conocimiento del consentimiento informado.

3- TÍTULO. Conocimientos, Actitudes y Prácticas acerca del Conocimiento del Consentimiento Informado en los Médicos del hospital Regional Vicente Corral Moscoso, Cuenca Ecuador.2012

Autor: Raynes, Jerves Diego Javier

Conclusión: El Conocimiento del Consentimiento Informado fue del 81.75% del total de investigados.

4- TÍTULO: Conocimiento del Consentimiento Informado en Servicios Quirúrgicos, Hospital Pinar del Río .2015.

Autor: Castillo Pérez Verónica

Conclusión El Conocimiento del Consentimiento informado en médicos que participaron en una intervención quirúrgica fue de 34.2%.

4. OBJETIVOS

- 4.1. Precisar el nivel de conocimientos sobre consentimiento informado quirúrgico que tienen los Internos de Medicina de la Universidad Nacional de San Agustín (UNSA).
- 4.2. Precisar el nivel de conocimientos sobre consentimiento informado quirúrgico que tienen los Internos de Medicina de la Universidad Católica de Santa María (UCSM).

5. HIPOTESIS

Dado que, el conocimiento del procedimiento de consentimiento informado es un tema poco difundido y, usualmente, desdeñado entre los profesionales de la salud; Es probable que el nivel de conocimientos del consentimiento informado quirúrgico en internos de medicina de la Universidad Nacional de San Agustín y la Universidad Católica de Santa María en el Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa 2017, no sea el adecuado.

II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TECNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACION

Para la variable Nivel de Conocimientos del consentimiento informado quirúrgico, se utilizó como técnica el cuestionario revalidado de la investigación realizada por Novoa Reyes(1); y ,como instrumento la cédula de preguntas revalidada del mismo trabajo de investigación(1).

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO

VARIABLE	INDICADORES	TÉCNICA	ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO
NIVEL DE CONOCIMIENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO	FUNDAMENTOS ÉTICOS	CUESTIONARIO	ITEMS 2,3,5,7,10,11,12,1 4, 15, 19
	FUNDAMENTOS LEGALES		8

	APLICATIVOS Y FUNDAMENTACIÓN	4, 6, 8, 9, 13, 16, 17, 18, 20
--	------------------------------------	-----------------------------------

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial.

El presente estudio se realizará en el Departamento de Cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa .

2.2. Ubicación temporal

La investigación se realizará en los meses de Setiembre a Noviembre del 2017, por lo que se trata de una investigación transversal.

2.3. Unidades de Estudio:

104 Internos de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado , durante el año 2017, que pertenecen a la Universidad Nacional de San Agustín y a la Universidad Católica de Santa María.

2.4. Criterios de Admisión

2.4.1. Criterios de Inclusión:

- Internos de Medicina que realizan el internado médico en el Hospital Regional Honorio Delgado de Arequipa.
- Internos de Medicina que aceptaron el Consentimiento Verbal y escrito para participar en el estudio.

2.4.2. Criterios de Exclusión

- Internos de Medicina que estando inscritos en el internado 2017, no asistieron a la recolección de datos.
- Internos de medicina que no aceptaron el consentimiento informado verbal ni escrito para participar en el estudio.

3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Validez del Instrumento

Se realizó mediante juicio de expertos, el cual fue extraído de la tesis “Nivel de Conocimiento sobre consentimiento Informado en la Práctica médica de Internos de Medicina del Hospital 2 de Mayo para optar el Título de médico Cirujano”, de Novoa Reyes(1).

PUNTAJE ALCANZADO	Bueno	Regular	Malo
----------------------	-------	---------	------

	16-20	11-15	0-10
--	-------	-------	------

3.3. Producción y Registro de Datos

Para el proceso de recolección se realizarán coordinaciones con el Departamento Académico de la Universidad y el Departamento de Cirugía del Hospital Honorio Delgado para obtener autorización para realizar el estudio.

Previamente se construyó un cuestionario de conocimientos sobre consentimiento informado en base a la revisión teórica.

Se aplicara una encuesta a una muestra de 80 internos de medicina.

El cuestionario de conocimientos consta de veinte preguntas con opción múltiple; las que recibirán una calificación por la que se asignará un punto a cada pregunta correctamente contestada. La sumatoria del puntaje de conocimientos será calificada mediante la escala vigesimal (con puntajes de 0 a 20), considerando un nivel deficiente o malo de 0 a 10 puntos, regular de 11 a 15 puntos, bueno de 16 a 20 puntos.

Una vez concluida la recolección de datos se organizarán en bases de datos para su posterior análisis.

3.4. Análisis Estadístico

Se empleará un sistema de estadística descriptiva con determinación de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Además se utilizarán medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (desviación estándar, rango) para variables numéricas. Se realizarán comparaciones entre grupos independientes (universidad de procedencia) con prueba chi cuadrado para variables categóricas y con prueba t de Student para variables numéricas. Para el análisis de datos se empleará la

hoja de cálculo de Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete SPSS v25.0.

3.5. Recursos

3.5.1. Humanos

- Autor
- Estudiantes de medicina

3.5.2. Materiales

- Fichas de recolección de datos
- Aula de cirugía del Hospital Regional Honorio Delgado
- Material de escritorio
- Computadora personal con procesador de textos, bases de datos, y software estadístico

3.5.3. Financieros

- Autofinanciado

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

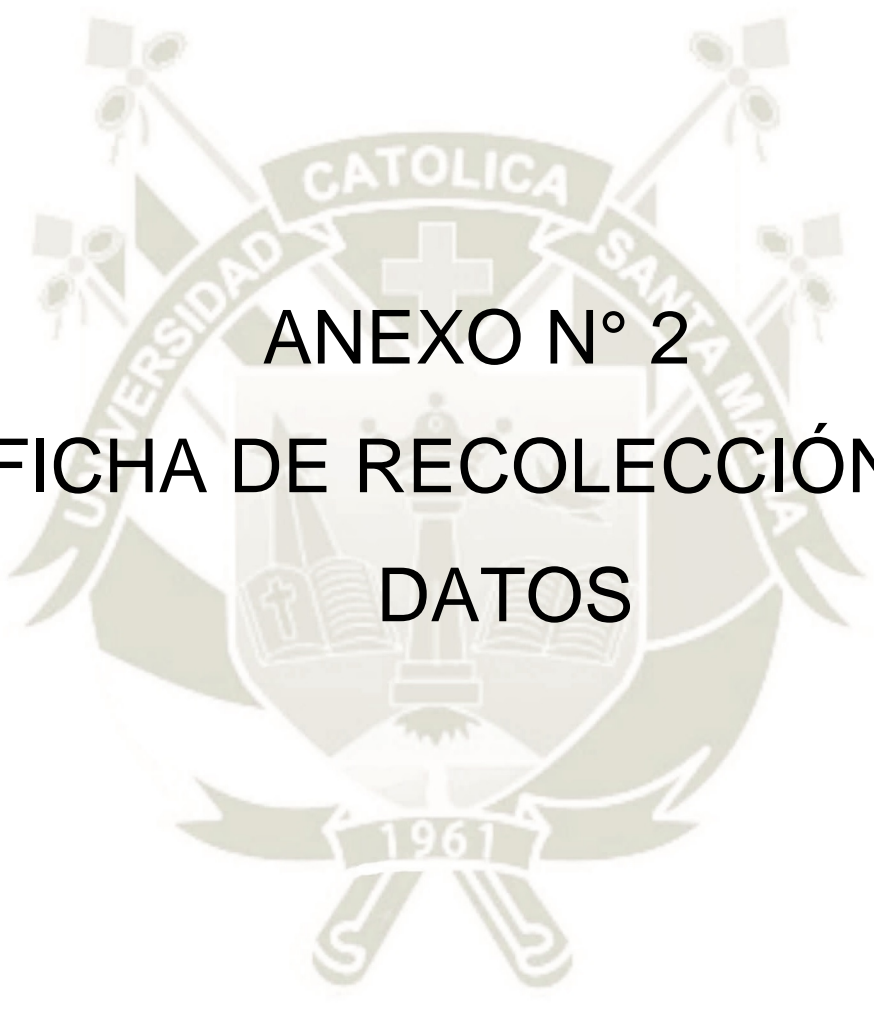
Mes/semana	Setiembre				Octubre				Noviembre			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Actividades												
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												

4. Ejecución													
5. Análisis e interpretación													
6. Informe final													

Fecha de inicio : 01 de Setiembre de 2017

Fecha de término : 30 de Noviembre de 2017





ANEXO N° 2
FICHA DE RECOLECCIÓN DE
DATOS

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS¹

Ficha N° _____

I. INTRODUCCIÓN

Estimado Interno de medicina

La presente encuesta mide anónimamente el conocimiento del Consentimiento Informado en estudiantes de Medicina en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza – Arequipa. Por ello, solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario

Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____ años Sexo: Masculino _____ Femenino
UNSA _____ UCSM _____

III. DATOS ESPECÍFICOS

- 1) ¿Cómo define “Consentimiento Informado” en la práctica médica?
 - a) Firma de un documento necesario en la historia clínica
 - b) Conformidad del paciente con respecto a la atención médica, quirúrgica u otro procedimiento, en forma libre y consciente, después de que el profesional de salud ha brindado la información adecuada.
 - c) Requisito para procedimiento diagnóstico y/o terapéutico para protección de los derechos médicos.
 - d) Firma de documento de conformidad para la realización de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico por indicación médica.

¹ Revalidado de la Tesis de Grado “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en interno de medicina en el Hospita Nacional Dos de Mayo, 2013, de Rommy Helena Novoa Reyes)

- 2) La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta:
 - a) Proteger legalmente a los profesionales de la salud
 - b) Promover la inequidad en la atención de salud
 - c) Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados
 - d) Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas

- 3) ¿Cuál cree que es el objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado?
 - a) Protección legal de los profesionales de la salud
 - b) Facilitar al profesional la explicación del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico
 - c) Protección de los derechos de los pacientes
 - d) Cumplir con un requisito del hospital

- 4) La aplicación adecuada del consentimiento informado se basa en el siguiente tipo de relación médico – paciente:
 - a) Paternalista: médico toma decisión sobre la opción diagnóstica y/o terapéutica. Paciente acepta decisión médica.
 - b) Interpretativo: el médico es consejero en base al sistema de valores del paciente, orienta sus mejores opciones. El paciente decide con autonomía.
 - c) Contractualista: médico es el experto que suministra al paciente todo tipo de información, esperando que éste entienda y decida.
 - d) Deliberativo: el médico, amigo del paciente, educa y facilita su desarrollo moral en base a su sistema de valores, y mediante el diálogo, delibera sobre la mejor opción. El paciente decide con autonomía.

- 5) La aplicación del consentimiento informado se fundamenta en el siguiente principio de la bioética médica:
 - a) No maleficencia
 - b) Beneficencia
 - c) Autonomía
 - d) Justicia

- 6) Uno de los beneficios al aplicar el consentimiento informado es:
 - a) Ayuda al médico a librarse de la responsabilidad legal
 - b) El paciente compromete al médico a realizar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico
 - c) No tiene beneficios
 - d) Tiene valor en el desarrollo de la relación médico paciente

- 7) Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:
 - a) Considerar que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud.
 - b) Considerar que el paciente no tiene información técnica.
 - c) Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente.
 - d) Evitar causarle angustia al paciente

- 8) El fundamento legal del consentimiento informado en la práctica médica se encuentra descrito en:
 - a) Código de Ética y Deontología del Perú en su artículo I
 - b) Ley N° 29414 que modifica la Ley General de Salud
 - c) Ley del Trabajo Médico
 - d) Constitución Política del Perú

- 9) El personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado es:
 - a) Médico especialista
 - b) Residente
 - c) Interno de medicina
 - d) Médico tratante

- 10) Para que el consentimiento informado sea válido es necesario:
 - a) La capacidad mental adecuada del paciente de tomar decisiones (competencia).
 - b) La recepción de información adecuada.
 - c) El paciente debe actuar libremente, sin coacción, en la elección de la mejor opción sobre su condición de salud.
 - d) Todos los ítems son verdaderos.

- 11) Las fases del proceso de consentimiento informado son:
- Fase de información completa, fase de información específica y fase de evaluación, clarificación y elección del paciente.
 - Fase de lectura del documento de consentimiento informado, fase de elección del paciente.
 - Fase de información completa, clarificación y elección del paciente.
 - Fase de interacción médico-paciente, fase de elección del paciente.
- 12) ¿Se debería dar más explicaciones que las aportadas en el formulario de consentimiento informado?
- No, a pesar que el paciente lo solicite.
 - Sí, a pesar que el paciente no lo solicite
 - Sí, sólo si el paciente lo solicita.
 - No, el formulario aporta todas las explicaciones.
- 13) ¿Cómo cree usted que debería aplicarse el consentimiento informado en los pacientes?
- El personal de salud que aplica lee el contenido del formulario al paciente.
 - El personal de salud que aplica entrega el formulario al paciente para que sea él mismo quien lea.
 - Un familiar lee el consentimiento informado al paciente
 - El personal de salud que aplica lee el contenido del formulario y permite que el paciente acceda al documento y realice las preguntas que sean necesarias
- 14) El paciente, quien suscribe el consentimiento informado, debería tener las siguientes características:
- Edad adecuada (> de 18 años)
 - Capacidad de elección
 - Capacidad de decisión
 - Todas
- 15) ¿Cuánto tiempo debe disponer el paciente desde el inicio de aplicación del consentimiento informado hasta la firma del mismo?

- a) Menos de 10 minutos
 - b) 10 a 30 minutos
 - c) Hasta 24 horas
 - d) Lo que necesite
- 16) ¿Considera importante la firma de un testigo en el formulario de consentimiento informado?
- a) Nunca
 - b) Ocasionalmente
 - c) La mayoría de las veces
 - d) Siempre
- 17) El formulario de consentimiento informado firmado por el paciente:
- a) No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento diagnóstico inadecuado, aunque el daño causado esté contemplado en el documento firmado.
 - b) Libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, si el daño causado está contemplado en el documento firmado.
 - c) Libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, a pesar que el daño causado esté contemplado en el documento firmado.
 - d) No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, aunque el daño causado esté o no contemplado en el documento firmado.
- 18) Respecto al médico que solicita la firma del consentimiento informado:
- a) Siempre debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
 - b) En algunas ocasiones debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
 - c) No necesariamente debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.
 - d) Nunca debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.

- 19) ¿El paciente puede rechazar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico después de firmar el formulario de consentimiento informado?
- a) En cualquier momento, hasta la realización de dicho procedimiento.
 - b) Hasta un día antes de la realización de dicho procedimiento.
 - c) Hasta una hora antes de la realización de dicho procedimiento.
 - d) No puede rechazar el procedimiento si ya firmó el consentimiento informado.

- 20) ¿Debería entregarse al paciente una copia del documento de consentimiento informado?
- a) Nunca
 - b) De vez en cuando
 - c) La mayoría de las veces
 - d) Siempre



ANEXO N° 3

**PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO DE
RECOLECCIÓN DE DATOS SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
INTERNOS DE MEDICINA DEL
HOSPITAL REGIONAL HONORIO
DELGADO, AREQUIPA, 2017**

PREGUNTAS DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INTERNOS DE
MEDICINA DEL HOSPITAL REGIONAL HONORIO DELGADO ESPINOZA 2017²

PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA	N° RESPUESTAS CORRECTAS
1. ¿Cómo define “Consentimiento Informado” en la práctica médica?	Conformidad del paciente con respecto a la atención médica, quirúrgica u otro procedimiento, en forma libre y consciente, después de que el profesional de salud ha brindado la información adecuada	
2. La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta	Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas	
3. ¿Cuál cree que es el objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado?	Protección de los derechos de los pacientes	

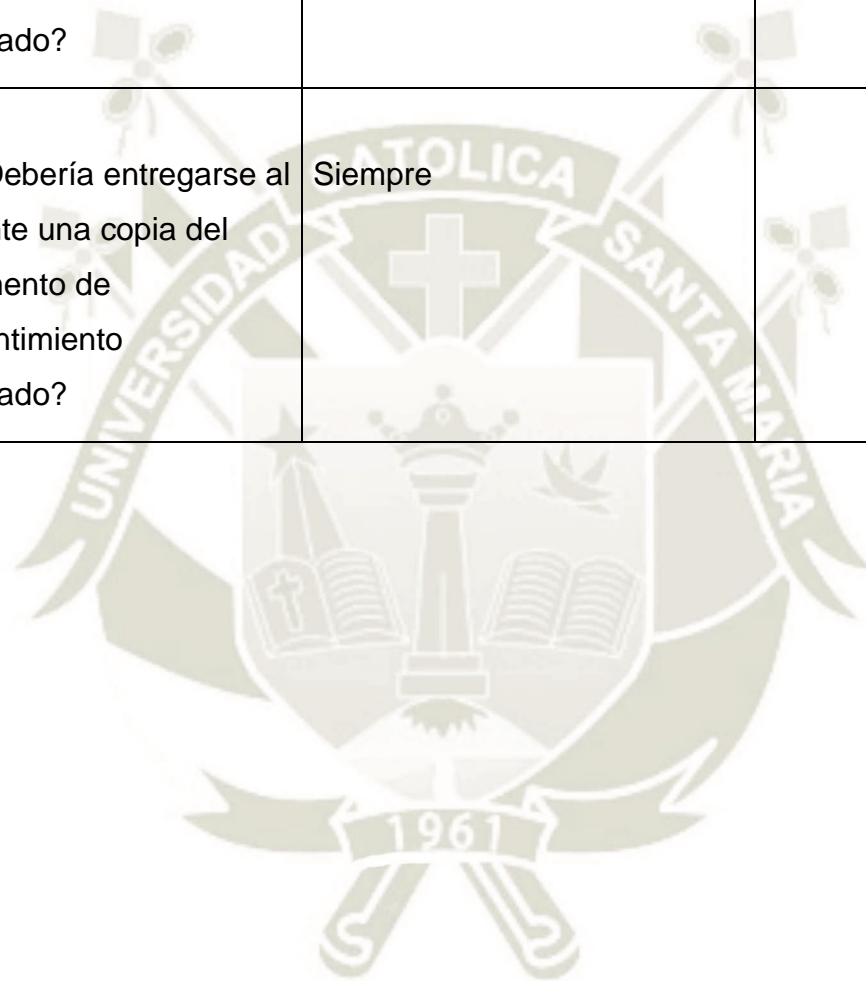
² Revalidado de la Tesis de Grado “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en interno de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013, de Rommy Helena Novoa Reyes.

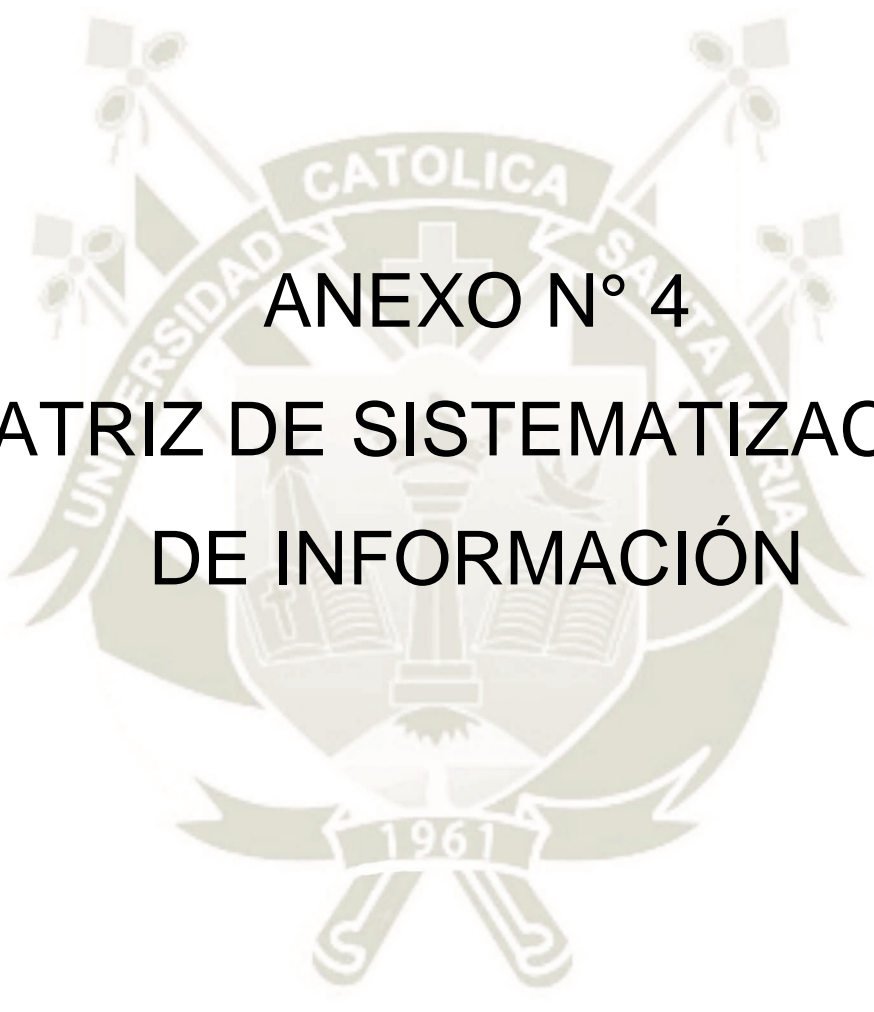
<p>4. La aplicación adecuada del consentimiento informado se basa en el siguiente tipo de relación médico – paciente:</p>	<p>Deliberativo: el médico, amigo del paciente, educa y facilita su desarrollo moral en base a su sistema de valores, y mediante el diálogo, delibera sobre la mejor Opción. El paciente decide con autonomía</p>	
<p>5. La aplicación del consentimiento informado se fundamenta en el siguiente principio de la bioética médica</p>	<p>Autonomía</p>	
<p>6. Uno de los beneficios al aplicar el consentimiento informado es</p>	<p>Tiene valor en el desarrollo de la relación médico paciente</p>	
<p>7. Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:</p>	<p>Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente</p>	
<p>8. El fundamento legal del consentimiento informado en la práctica médica se encuentra descrito en:</p>	<p>Ley N° 29414 que modifica la Ley General de Salud</p>	

<p>9. El personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado Es</p>	<p>Interno de medicina</p>	
<p>10. Para que el consentimiento informado sea válido es necesario</p>	<p>Todos los ítems son verdaderos</p>	
<p>11. Las fases del proceso de consentimiento informado son</p>	<p>Fase de información completa, fase de información específica y fase de evaluación, clarificación y elección del paciente</p>	
<p>12. ¿Se debería dar más explicaciones que las aportadas en el formulario de consentimiento informado?</p>	<p>Sí, sólo si el paciente lo solicita</p>	
<p>13. ¿Cómo cree usted que debería aplicarse el consentimiento informado en los pacientes?</p>	<p>El personal de salud que aplica lee el contenido del formulario y permite que el paciente acceda al documento y realice las preguntas que sean necesarias</p>	

<p>14. El paciente, quien suscribe el consentimiento informado, debería tener las siguientes características</p>	<p>Todas</p>	
<p>15. ¿Cuánto tiempo debe disponer el paciente desde el inicio de aplicación del consentimiento informado hasta la firma del mismo?</p>	<p>Lo que necesite</p>	
<p>16. ¿Considera importante la firma de un testigo en el formulario de Consentimiento informado?</p>	<p>Ocasionalmente</p>	
<p>17. El formulario de consentimiento informado firmado por el paciente</p>	<p>No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, aunque el daño causado esté o no contemplado en el documento firmado</p>	
<p>18. Respecto al médico que solicita la firma del consentimiento informado</p>	<p>No necesariamente debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico</p>	

<p>19. ¿El paciente puede rechazar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico después de firmar el formulario de consentimiento informado?</p>	<p>En cualquier momento, hasta la realización de dicho procedimiento</p>	
<p>20. ¿Debería entregarse al paciente una copia del documento de consentimiento informado?</p>	<p>Siempre</p>	





ANEXO N° 4
**MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN
DE INFORMACIÓN**

n°	Universidad	Genero	Edad	Cat edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Puntaje con	Nivel con	
1	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	1	b	1	1	1	1	-	1	c	b	1	1	1	c	1	c	1	c	13	Regular	
2	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	a	a	1	1	a	1	1	1	a	1	1	1	1	c	c	c	1	1	1	1	13	Regular
3	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	b	b	1	1	1	b	1	c	d	b	1	1	1	1	c	c	1	1	12	Regular	
4	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	b	c	1	c	d	1	1	1	1	b	1	1	b	b	1	1	1	b	12	Regular	
5	UCSM	Fem	24	23-24 años	d	a	b	1	1	1	1	1	1	1	1	b	b	1	1	1	c	1	1	1	14	Regular	
6	UCSM	Mas	25	25-26 años	1	1	1	a	1	a	1	b	1	1	1	1	1	1	c	b	1	1	1	1	15	Regular	
7	UCSM	Mas	30	> 28 años	1	a	a	c	1	1	b	1	1	1	c	1	1	1	1	1	c	1	1	1	14	Regular	
8	UCSM	Mas	24	23-24 años	1	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	c	1	1	1	17	Bueno	
9	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	a	1	1	b	1	1	1	1	c	b	1	1	1	b	b	c	1	b	12	Regular	
10	UCSM	Mas	23	23-24 años	1	1	1	b	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	c	1	1	a	16	Bueno	
11	UCSM	Fem	24	23-24 años	d	a	a	1	1	1	d	b	1	1	b	b	1	1	c	b	1	c	d	1	9	Deficiente	
12	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	a	b	1	1	1	1	1	1	1	d	1	1	1	b	-	c	1	b	13	Regular	
13	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	a	a	1	1	1	1	b	a	1	c	b	1	1	b	b	c	1	b	1	10	Deficiente	
14	UCSM	Fem	24	23-24 años	d	a	a	c	1d	a	1	b	1	1	c	b	1	1	1	c	1	b	1	1	9	Deficiente	
15	UCSM	Fem	26	25-26 años	1	b	b	a	d	1	b	b	bd	1	c	1	b	a	b	1	a	c	c	c	5	Deficiente	
16	UCSM	Mas	23	23-24 años	d	a	a	1	a	b	1	1	1	1	b	1	b	1	1	b	a	1	d	1	10	Deficiente	
17	UCSM	Mas	28	27-28 años	d	a	d	b	d	c	1	1	1	c	1	1	b1	1	1	a	b	b	1	1	9	Deficiente	
18	UCSM	Fem	26	25-26 años	1	a	a	b	a	b	1	b	1	1	1	b	1	1	1	b	b	c	b	a	8	Deficiente	
19	UCSM	Fem	24	23-24 años	c	a	a	b	a	1	1	b	1	1	c	b	1	1	1	c	b	b	1	a	8	Deficiente	
20	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	c	b	1	1	1	1	1	1	d	c	15	Regular	
21	UCSM	Mas	26	25-26 años	d	1	a	b	1	a	b	b	1	1	1	d	b	1	c	c	c	1	d	a	7	Deficiente	
22	UCSM	Mas	25	25-26 años	1	1	1	c	b	-	-	-	1	1	c	b	1	1	1	b	1	-	1	1	11	Regular	
23	UCSM	Mas	23	23-24 años	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Bueno	
24	UCSM	Mas	25	25-26 años	1	1	b	1	1	1	1	c	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Bueno	
25	UCSM	Fem	32	> 28 años	1	1	b	b	a	1	1	1	1	1	1	1	b	1	b	b	b	1	1	b	12	Regular	
26	UCSM	Mas	25	25-26 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	1	b	17	Bueno	
27	UCSM	Fem	23	23-24 años	1	1	b	b	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	1	b	14	Regular	
28	UCSM	Fem	26	25-26 años	1	a	1	1	a	1	1	b	1	c	1	b	1	1	1	c	b	1	1	1	13	Regular	
29	UCSM	Mas	23	23-24 años	1	1	1	b	1	1	1	b	1	c	1	b	1	1	c	b	1	1	1	b	13	Regular	
30	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	1	a	c	a	b	b	b	1	a	b	1	b	b	c	1	1	1	b	c	7	Deficiente	
31	UCSM	Fem	23	23-24 años	1	1	1	b	1	1	1	1	-	1	c	b	1	1	1	b	1	1	1	c	14	Regular	
32	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	1	b	b	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	c	1	1	1	1	17	Bueno	
33	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	b	b	1	b	1	1	1	a	1	1	1	1	1	b	1	1	1	c	14	Regular	
34	UCSM	Fem	26	25-26 años	1	1	b	c	a	1	1	b	1	c	c	d	1	1	1	c	c	1	1	c	10	Deficiente	
35	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	1	1	1	1	1	b	a	c	1	b	14	Regular	
36	UCSM	Fem	23	23-24 años	1	1	b	b	a	b	1	b	1	b	1	d	b	c	b	b	b	c	b	a	5	Deficiente	
37	UCSM	Fem	23	23-24 años	1	a	1	b	1	b	1	b	1	a	1	1	b	1	b	1	b	1	1	1	12	Regular	
38	UCSM	Fem	23	23-24 años	1	a	1	b	1	1	1	b	1	1	c	1	-	1	1	b	c	1	c	a	11	Regular	
39	UCSM	Fem	25	25-26 años	1	1	b	b	1	1	1	b	1	1	c	b	1	1	b	1	c	1	1	1	13	Regular	
40	UCSM	Fem	24	23-24 años	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	d	b	1	1	b	1	1	1	1	1	16	Bueno	

n°	Universidad	Genero	Edad	Cat edad	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Puntaje con	Nivel con
41	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	1	1	1	a	d	b	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	16	Bueno
42	UNSA	Fem	23	23-24 años	1	1	1	b	a	a	1	-	1	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	c	14	Regular
43	UNSA	Fem	25	25-26 años	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	b	1	1	c	1	17	Bueno
44	UNSA	Fem	25	25-26 años	d	1	b	c	1	c	1	b	1	1	1	1	b	1	c	b	b	1	1	1	11	Regular
45	UNSA	Fem	23	23-24 años	1	1	b	b	1	1	1	b	1	1	1	b	1	1	1	b	b	1	1	1	14	Regular
46	UNSA	Fem	25	25-26 años	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	1	b	1	1	b	b	b	b	c	b	12	Regular
47	UNSA	Fem	24	23-24 años	1	1	a	a	a	a	1	b	1	1	1	1	1	1	1	c	1	1	1	1	14	Regular
48	UNSA	Fem	25	25-26 años	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	c	c	c	1	1	15	Regular
49	UNSA	Fem	28	27-28 años	1	1	b	b	a	c	b	c	1	b	b	b	b	b	b	c	a	1	1	a	5	Deficiente
50	UNSA	Fem	25	25-26 años	1	b	1	c	1	1	a	1	1	1	1	b	1	1	c	1	1	c	1	1	14	Regular
51	UNSA	Fem	26	25-26 años	1	1	a	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	c	b	c	b	1	1	14	Regular
52	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	1	c	1	1	1	b	1	1	c	b	1	1	1	c	1	1	1	b	14	Regular
53	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	a	c	1	1	b	b	1	1	1	b	a	a1	-	1	a	c	1	1	10	Deficiente
54	UNSA	Mas	23	23-24 años	1	a	b	c	d	b	d	1	1	1	1	1	1	1	1	c	1	1	1	1	13	Regular
55	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	b	a	1	a	1	1	1	1	1	b	1	1	1	b	a	1	1	1	14	Regular
56	UNSA	Fem	24	23-24 años	1	a	a	b	a	1	b	1	1	1	c	1	b	1	a	1	b	1	b	1	10	Deficiente
57	UNSA	Mas	23	23-24 años	1	1	a	1	1	1	1	b	1	1	1	b	1	1	1	b	c	c	1	b	13	Regular
58	UNSA	Mas	25	25-26 años	d	a	a	c	1	-	b	b	1	1	c	b	1	1	1	1	b	b	1	1	9	Deficiente
59	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	c	b	1	1	1	1	c	b	1	a	14	Regular
60	UNSA	Mas	26	25-26 años	1	1	b	1	a	1	1	1	1	1	c	1	1	1	1	1	1	c	1	1	16	Bueno
61	UNSA	Mas	27	27-28 años	1	1	b	b	a	1	1	b	1	1	1	b	1	1	1	1	a	1	1	1	14	Regular
62	UNSA	Fem	24	23-24 años	1	1	a	c	1	1	1	1	1	1	c	1	1	1	b	1	1	c	1	1	15	Regular
63	UNSA	Fem	26	25-26 años	1	1	b	1	a	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	1	c	1	1	16	Bueno
64	UNSA	Mas	25	25-26 años	1	a	a	1	1	a	1	b	1	1	1	1	1	1	1	b	c	c	1	a	12	Regular
65	UNSA	Fem	24	23-24 años	1	1	a	b	1	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	1	1	c	1	1	16	Bueno
66	UNSA	Fem	25	25-26 años	1	1	1	c	1	b	1	b	1	1	1	b	1	1	1	b	b	1	1	a	13	Regular
67	UNSA	Fem	24	23-24 años	1	a	a	b	1	c	1	1	1	1	c	1	1	1	1	b	b	c	1	b	11	Regular
68	UNSA	Fem	26	25-26 años	1	a	b	c	1	b	1	1	1	1	1	b	1	1	c	1	b	1	1	1	13	Regular
69	UNSA	Mas	30	> 28 años	1	a	a	b	a	1	1	b	1	1	c	1	1	1	1	c	1	1	1	1	13	Regular
70	UNSA	Fem	28	27-28 años	d	a	1	1	1	1	d	1	1	1	1	1	1	1	1	b	a	c	1	b	13	Regular
71	UNSA	Mas	23	23-24 años	d	1	b	1	1	1	1	b	1	1	1	1	1	1	1	b	1	c	1	a	14	Regular
72	UNSA	Mas	28	27-28 años	1	1	b	b	b	b	1	b	1	1	1	1	1	1	1	1	c	1	1	1	14	Regular
73	UNSA	Mas	25	25-26 años	1	a	1	c	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	c	a	1	1	c	15	Regular
74	UNSA	Mas	25	25-26 años	1	1	b	b	a	1	1	1	1	a	1	1	1	1	a	b	c	c	d	b	10	Deficiente
75	UNSA	Fem	28	27-28 años	d	a	1	b	a	1	1	1	1	1	c	1	b	1	1	b	a	1	1	c	11	Regular
76	UNSA	Fem	23	23-24 años	1	a	a	b	a	a	1	1	1	1	1	1	1	1	1	b	b	1	b	1	12	Regular
77	UNSA	Fem	26	25-26 años	1	a	1	c	b	1	d	b	1	1	1	b	1	1	1	c	1	1	b	c	11	Regular
78	UNSA	Fem	28	27-28 años	1	a	b	b	b	b	1	b	d	1	c	1	b	1	b	b	c	b	b	b	5	Deficiente
79	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	a	c	a	1	1	1	1	1	1	b	1	1	b	b	b	1	c	b	11	Regular
80	UNSA	Mas	24	23-24 años	1	1	1	b	a	1	1	1	1	1	1	b	1	1	1	b	b	b	1	1	14	Regular

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Novoa Reyes RH. Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013. [Tesis]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos; 2013. 79 p.
2. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú. 2007.
3. Diario El Peruano. Resolución Ministerial 078-2016/MINSA. 2016.
4. Schmidt L. Derecho de los Pacientes y Consentimiento Informado. Venezuela: Editorial San Pablo. 2012. 102 p.
5. Asociación Médica Mundial. Código Internacional de Ética Médica. 2006. Recuperado de <https://www.wma.net/es/policies-post/codigo-internacional-de-etica-medica/>
6. Gordillo Álvarez-Valdés L. ¿La Autonomía: Fundamento de la Dignidad Humana? Cuadernos de Bioética [Internet]. 2008; XIX (2):237-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87506604>
7. López Milhet AB, Barrios Osuna I, Roque González R, Quintana Pajón I, Pereira Fraga JG, Nodal Ortega J. El consentimiento informado en la práctica quirúrgica. Revista Cubana de Cirugía [Internet]. 2010; 49 (2): Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932010000200015&lng=es.
8. Macías Gelabert AM. El Consentimiento Informado en Pediatría. Revista Cubana de Pediatría. 2006;78(1).
9. Cañete Villafranca R, Guilhem D y Brito Pérez K. Paternalismo Médico. Revista Médica Electrónica. 2013;35(2):144-152.
10. García Gutiérrez Alejandro PGG, Morales Díaz Ignacio. Metodología de trabajo en los Servicios de Cirugía General. Revista Cubana de Cirugía. 2005;44(2-3).
11. Alfaro Victoria F. El consentimiento informado en la práctica anestésica. Revista Mexicana de Anestesiología. 2006;29(1):106-8.
12. Aranda EE, Günter, P. J., Acuña, N. M., Aguirre, P. M., & D'Angelo, W. R. La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía. Revista de posgrado de la VI Cátedra de Medicina. 2011;206:1-4.
13. Quintero ER. Consentimiento Informado: Evolución Histórica en la Jurisprudencia Norteamericana. Temas Socio Jurídicos. 2012;32:137.

14. Corral Yadira. Diseño de Cuestionarios para Recolección de Datos. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Dirección de Postgrado. Universidad de Carabobo; 2010.
15. Hernández Escobar AA, Ramos Rodríguez, Marcos Pedro, Placencia López, Barbara Miladys, Indacochea Ganchozo, Blanca, Quimis Gómez, Alex Joffre y Moreno Ponce, Luis Alfonso. Metodología de la Investigación Científica. Alicante - España: Editorial Área de innovación y Desarrollo S.L.; 2018. 174 p.
16. Revilla AD y Fuentes D. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. Acta Médica Peruana. 2007;24(3):223-8.
17. Siurana Aparisi JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas. 2010;22:121-57.
18. Herrero A RA, Gómez S, Donat E. Valoración del consentimiento informado por médicos y paciente. Revista Calidad Asistencial. 2001;16:706-13.
19. Lloyd A HP, Bell PR, Naylor AR. The role of risk and benefit perception in informed consent for surgery. Medical Decisions Making. 2001;21(2):141-2.
20. García Huayama JC. Responsabilidad Civil Médica y Consentimiento Informado. Derecho y Cambio Social. 2016:39.
21. Gonzalo G. Los derechos humanos y el consentimiento informado en la práctica clínica: Más allá del derecho a la salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013;30(2).
22. Fajardo Sandoval F y Ruano Ibarra LE. El Consentimiento Informado: Del paternalismo a la reivindicación de los derechos humanos del paciente. Alma Mater. Cauca. 2011. 106 p.
23. Mejía Rodríguez D. El Consentimiento Informado en la Ley General de Salud. Derecho Médico: Perú (Internet). 2011. Recuperado de <http://derechomedicoperuano.blogspot.com/2011/09/el-consentimiento-informado-en-la-ley.html>
24. Ministerio de Salud del Perú. Reglamento de la Ley General de Salud - Decreto Supremo N° 033-2015-SA. 2002.
25. Arrubarrena Aragón VM. La Relación Médico Paciente. Revista Cirujano General. 2011;3(2):122-5.
26. Gonzáles DP. Consentimiento Informado en Cirugía General. Bioética. 2009. Recuperado de <http://www.cbioetica.org/revista/93/930917.pdf>

27. Escobar López MTyCC, César Alexis. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia. *Revista de Bioética Latinoamericana*. 2015;15:14-25.
28. Scherger JE. Future vision: is family medicine ready for patient-directed care? *Family Medicine*. 2009;41(4):285-93.
29. Salvador Montoya GR. La Bioética en la Práctica del Consentimiento Informado. Estudio del Caso Hospital "San Francisco de Quito" del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Enero a Julio del 2015.2016.
30. Ministerio de Salud del Perú. Ley General de Salud N° 26842. 1997.
31. Uribe OE. Diálogo en el Consentimiento Informado Ética Psicológica [Recuperado de:
<http://eticapsicologica.org/index.php/documentos/articulos/item/3-dialogo-en-el-consentimiento-informado>].
32. Bernar Borda A. Valoración Moral del Consentimiento Informado como Expresión de la relación médico-paciente. Roma, Italia: Pontificia Universidad de la Santa Cruz; 2000.
33. Saunders C.M. BM, Houghton J. Principles of Health Care Ethics. Baffinas Lane, West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.; 1994.
34. Santiesteban Sánchez AM. El consentimiento informado y la relación médico-paciente. *Revista de Bioética*. 2009;8:18-22
35. Bacallao San Julian F, Matos Santos, Irma. Consentimiento informado: Un puente hacia el cambio en la relación médico-paciente. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Vascul*. 2012;18(1):40-8.
36. Zavala Salomón SC, Delgado Ana, Cárdenas Maximiliano. Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2010;71(3):171-8.
37. Revilla D, Fuentes, Duilio. La realidad del consentimiento informado en la práctica médica peruana. *Acta Médica Peruana*. 2007; 24(3):223-228.
38. Española RAdLL. Diccionario de la Lengua Española RAE [Recuperado de:
<http://dle.rae.es/?id=AMrJ4zs>].
39. Prats J. Las Ciencias Sociales en el Contexto del Conocimiento Científico Barcelona: Universidad de Barcelona; [Recuperado de:

- <http://www.ub.edu/histodidactica/images/documentos/pdf/prats-%20que%20son%20las%20ccss.pdf>.
40. Bunge M. La Investigación Científica. Su estrategia y filosofía. 7ma ed. Barcelona: Editorial Ariel; 1980.
 41. Martínez Marín A, Ríos Rosas, F. Los Conceptos de Conocimiento, Epistemología y Paradigma, como Base Diferencial en la Orientación Metodológica del Trabajo de Grado. Cinta de Moebio [Internet]. 2006;25(0). Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10102508>
 42. Quintanilla MA. La Investigación en la Sociedad del Conocimiento. Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología y Sociedad. 2007; 3(8) 183-194.
 43. Segarra Ciprés M, Bou Llusar, Juan Carlos. Concepto, tipos y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Revista de Economía y Empresas. 2004-2005;52-53:175-95.
 44. Rendón Rojas MÁ. Relación entre los conceptos: información, conocimiento y valor. Semejanzas y diferencias. Ci Inf. 2005;34(2):52-61.
 45. Israel. NP. La gestión de la información, el conocimiento, la inteligencia y el aprendizaje organizacional desde una perspectiva socio-psicológica. ACIMED. 2004;12(3).
 46. Acea B. El consentimiento informado en el paciente quirúrgico. Reflexiones sobre la Ley Básica Reguladora de la Autonomía de los Pacientes. Cirugía Española. 2005;77(6):321.
 47. Szwako Pawlowicz AA. Consentimiento Informado en Residentes de Medicina Familiar. Revista de Salud Pública del Paraguay. 2015;5(2):48-55.
 48. E. C. Revisiones de conjunto consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. Cirugía Española. 2002;71(6):319-24.
 49. Zavala Salomón SC, Delgado Ana, Cárdenas Maximiliano. Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. Anales de la Facultad de Medicina. 2010;71(2):103-10.
 50. Faden RR BT. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press; 1986.
 51. Onora ON. Autonomy and trust in bioethics. Cambridge: Cambridge University Press; 2002.

52. Martínez-Bullé Goyri V, Olmos Pérez, Alexandra. De la Autonomía Personal al Consentimiento Informado y las Voluntades Anticipadas. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. 2016;49(145):101-34.
53. Carmi A. Consentimiento Informado. Haifa. Cátedra Unesco de Bioética. 2008. 41 p. Recuperado de <https://www.unrc.edu.ar/unrc/coedi/docs/salud/consentimientoinformado.pdf>
54. Cecchetto S. Antecedentes Históricos del Consentimiento Informado en Argentina. *RevLatinoamDerMéd Medic Leg*. 2000;5(2):77-87.
55. Gracia D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: EUDEMA; 1989.
56. Katz J. Informed Consent in Therapeutic Relationship: Legal and Ethical Aspects. In: Reich W, editor. *Encyclopedia of Bioethics*. 2. Nueva York: MacMillan; 1978.
57. Tribunal de Nuremberg. Código de Nuremberg. 1947. Recuperado de <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
58. Porfirio da Sa Lima ÉP. El desarrollo histórico del consentimiento informado en España y en Brasil *Civilistica.com*2016 [Recuperado de: <http://civilistica.com/wp-content/uploads/2016/12/Lima-civilistica.com-a.5.n.2.2016.pdf>].
59. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2008.
60. Lara DF, Erick Soberanes Gutiérrez, and Efraín Díaz Jouanen. Consentimiento informado en medicina. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2005;3(1):59.
61. Ferro M, Molin Rodríguez, Luzcarín, Rodríguez, William. La bioética y sus principios. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009;47(2).
62. Navarro López J. Principios fundamentales de la bioética. El Secreto Profesional y el Consentimiento Informado. *Publicaciones Didácticas* [Internet]. 2017;87(1):420-422. Recuperado de <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/087096>
63. Rioja GdL. Elaboración del Consentimiento Informado La Rioja – Argentina 2003 [Recuperado de: <https://www.riojasalud.es/profesionales/comite-asistencial-de-etica/849-elaboracion-del-consentimiento-informado>].
64. Outomuro D, Mirabile, Lorena Mariel. Micro y Macroestructuras de la Relación Médico Paciente. *Prodiversitas*. Buenos Aires. 2014. Recuperado de: <http://agusvinnus.prodiversitas.org/libros/bioetica/Outomuro-Mirabile.pdf>.

65. Vera Carrasco O. El Consentimiento Informado del Paciente en la Actividad Asistencial Médica. *Revista Médica La Paz*. 2016;22(1):59-68.
66. Sánchez Gonzáles MÁ. El consentimiento informado: Un derecho del enfermo y una forma distinta de tomar decisiones. *Cuadernos del Programa Regional de Bioética - OMS*. 1996;2.
67. Department of Health, Education. "The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research." *The Journal of the American College of Dentists* 81.3 (2014): 4. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25951677>

