

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

TESIS

Para optar el título de Médico Cirujano

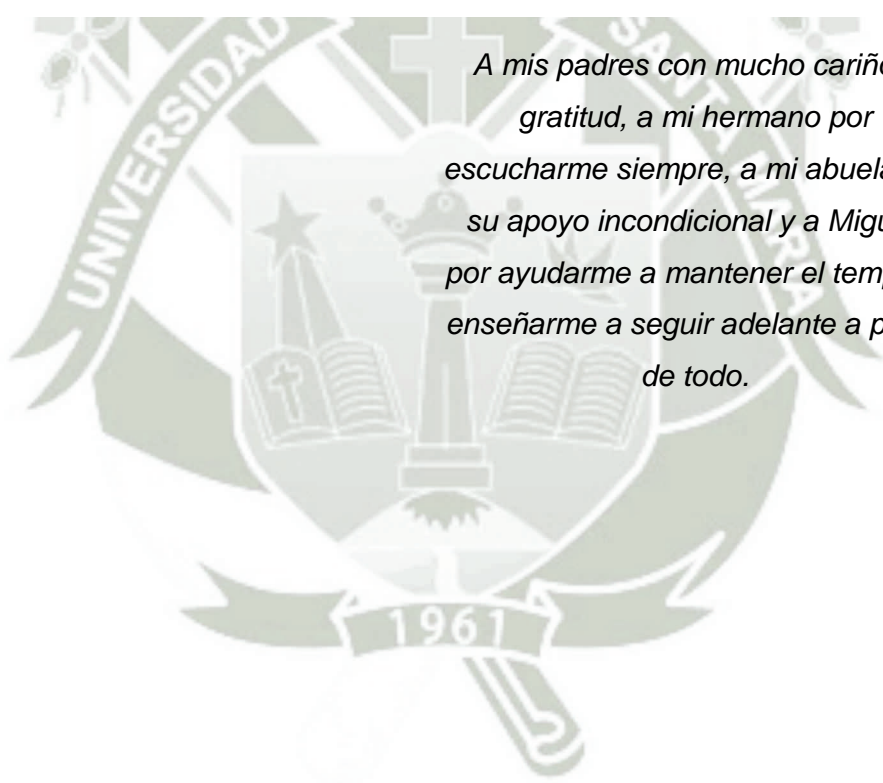
AUTOR

Alfredo Augusto Rivera Ticona

AREQUIPA – PERÚ

2014

DEDICATORIA



*A mis padres con mucho cariño y
gratitud, a mi hermano por
escucharme siempre, a mi abuela por
su apoyo incondicional y a Miguel,
por ayudarme a mantener el templo y
enseñarme a seguir adelante a pesar
de todo.*

EPIGRAFE



INDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
I. INTRODUCCIÓN	3
I.1 SELECCIÓN, DEFINICION Y FORMULACION DEL PROBLEMA.....	3
I.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA.....	5
I.3 OBJETIVOS.....	6
I.4 MARCO CONCEPTUAL.....	7
I.5 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	24
I. MATERIALES Y MÉTODOS	40
II.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:.....	40
II.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:.....	40
II.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS.....	40
II.4 CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	41
II.5 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA.....	41
II.6 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	43
II. RESULTADOS	45
III.1 DATOS GENERALES DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS.....	45
III.2 PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	46
III.3 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	88
III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	96
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	103
IV.1 CONLUSIONES:.....	103
IV.2 RECOMENDACIONES:.....	104
V. BIBLIOGRAFÍA	105

RESUMEN

Introducción: El consentimiento informado es la conformidad expresa del paciente, manifestado por escrito, previa la obtención de la información adecuada con tiempo suficiente, claramente comprensible para él, ante una intervención quirúrgica, procedimiento diagnóstico o terapéutico invasivo y en general siempre que se lleven a cabo procedimientos que conlleven riesgos relevantes para la salud. Es un problema relevante que médicos e internos no conocen realmente este procedimiento y por ello no lo aplican adecuadamente. **Objetivo:** Evaluar nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en médicos de la Región Salud Moquegua y si está relacionado o no a la edad de los médicos, años de profesional, especialidad y grado académico **Métodos:** Estudio descriptivo, transversal, realizado en la Región Salud Moquegua con médicos. Se utilizó un cuestionario constituido por 20 preguntas. Se aplicó el cuestionario a 124 médicos. Se calculó medidas de resumen, tablas y gráficos. La prueba de Estaninos permitió la estratificación del nivel de conocimiento del consentimiento informado. Se aplicó la prueba de Chi Cuadrado para hallar relación entre las variables **Resultados:** El 49% (61) médicos obtuvieron un nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado, 52% (65) de médicos mayores de 41 años obtuvieron un nivel “medio – alto”. El 49% (59) de los médicos especialistas obtuvieron un nivel “medio – alto” de conocimiento sobre consentimiento informado. Solo existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y tener especialidad médica. **Conclusiones:** Aproximadamente solo la mitad de médicos de la Región Salud Moquegua alcanzó nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado. Se halló relación entre la especialidad y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.

Palabras clave: Conocimiento, consentimiento informado, médicos, Región Salud Moquegua.

ABSTRACT

Introduction: Informed consent is the express consent of the patient, expressed in writing, after obtaining proper information sufficiently clearly understandable to him, before surgery, invasive diagnostic or therapeutic procedure and generally whenever procedures are conducted involving significant health risks. It is an important problem that doctors and interns do not really know why this procedure and do not apply it properly. **Objective:** Assess level of knowledge of physicians reported in Moquegua Region Health consent if it is related or not to the age of the doctors, years of professional, specialty and degree **Methods:** Descriptive, cross-sectional study in Moquegua Region Health physicians. A questionnaire consisting of 20 questions was used. The questionnaire was applied to 124 physicians. Summary measures, tables and graphs are calculated. Estatinos test stratified the level of knowledge of informed consent. The chi square applied to find relationships between variables. **Results:** 49% (61) physicians had a high level of knowledge about informed consent, 52% (65) of physicians over 41 years obtained a "medium - high." 49% (59) of specialists obtained a "medium - high" level of knowledge about informed consent. Only statistically significant association between the level of knowledge about informed consent and having medical specialty exists. **Conclusions:** Only about half of physicians Moquegua Region Health reached high level of knowledge about informed consent, relationship between the art and the level of knowledge about informed consent was found.

Keywords: Knowledge, informed consent, medical, Moquegua Region Health.

I. INTRODUCCIÓN

I.1 SELECCIÓN, DEFINICION Y FORMULACION DEL PROBLEMA

En la medicina se han ido introduciendo últimamente diferentes pautas de comportamiento. Así, la información, hasta no hace mucho relegada a un segundo plano se considera actualmente un derecho fundamental del paciente que es necesario ejercitar para una buena calidad asistencial. ¹

El consentimiento informado es la comunicación entre el paciente y médico que confirma que la persona ha tomado una decisión voluntaria a usar o recibir un método o procedimiento médico. El consentimiento informado solo puede obtenerse después de darle al paciente toda la información sobre la naturaleza del procedimiento médico, sus riesgos y beneficios asociados, y las alternativas. ²

La historia del consentimiento informado es reciente, todo empezó en E.E.U.U. a finales de 1950 en donde los jueces empezaron a preguntarse “¿Tienen los pacientes el derecho no sólo a saber qué se propone el médico, sino también a decidir si una intervención resulta aceptable con conocimiento de sus ventajas y riesgos y de las alternativas disponibles, incluso no seguir un tratamiento?”. ³

Desde la perspectiva de los derechos humanos, los pacientes ya no son vistos como tales, sino como personas integrales. Es cierto que en nuestro medio hay muchos problemas médico legales, a los que están sometidos los médicos, pero uno de los instrumentos de los cuales nos valemos para defendernos es el consentimiento informado, donde se brinda la información necesaria en lo concerniente a salud del paciente, se brinda información sobre el estado actual del paciente, y se le da la potestad de poder decidir a negarse o no a un determinado acto médico, etc.

El consentimiento informado hace una relación médico paciente más estrecha, entendimiento de ambas partes, para no abordar a una patología sino a una persona, un ser bio-psico social, y negociar con la expectativa de hallar la mejor forma de poder ayudar a la persona, el consentimiento informado sirve de nexo entre ambas partes en la que la persona brinda su aceptación a someterse a un acto médico después de habersele informado de las indicaciones, las alternativas, los posibles efectos secundarios y complicaciones.

Cada Hospital tiene su propio modelo. Debe constar claramente los datos del paciente, la enfermedad que padece y el tratamiento propuesto, entre otros El médico debe exponer los riesgos que existen y si existen alternativas para escoger. Pero esto no es suficiente, el médico debe asegurarse de que el paciente entendió todo lo que quiso transmitirle.⁴

Muy a pesar de todos estos esfuerzos, el proceso de consentimiento informado en la práctica clínica es, con frecuencia, inadecuado y hay investigación previa que ha demostrado que la comprensión del paciente de los elementos claves del consentimiento informado es, a menudo, pobre. Además, los pacientes recuerdan poco u olvidan la información fundamental en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.⁵

A pesar que cada vez el médico tiene una visión más amplia de la realidad del paciente como persona, aun no es aceptado por completo el tomar decisiones junto con el paciente. En las escuelas de pregrado se inculca los conocimientos científicos de medicina humana pero pobremente sobre la satisfacción del paciente con las decisiones tomadas por haber sido considerado en las mismas.⁶

Actualmente en los Estados Unidos de América, España, Francia y otros países, el consentimiento informado es absolutamente necesario en todo tipo de procedimientos clínicos, tales como consulta médicas, exámenes clínicos, intervenciones quirúrgicas, etc. Sin embargo en Perú, el

consentimiento informado no tiene la importancia que debería. Con frecuencia, se entiende por tal al documento que firma un paciente antes de someterse a un procedimiento quirúrgico y que luego se agrega materialmente a la historia clínica, pudiendo eventualmente revestir importancia en caso de una reclamación o procedimiento judicial.

Es por ello que se desea saber el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en médicos de la región salud Moquegua.

I.2 JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

Originalidad: El presente trabajo de investigación no ha sido realizado anteriormente en el departamento de Moquegua.

Factibilidad: Para el desarrollo del presente estudio se requiere de encuesta para médicos de toda la región de salud Moquegua, para lo cual se requiere de la autorización de la autoridad competente y del consentimiento informado de los médicos para participar en esta investigación (Anexo 2).

Relevancia: Los resultados del presente estudio nos permitirán conocer si los conocimientos de los participantes son los esperados para profesionales de la salud lo cual repercute positivamente sobre una mejor relación médico paciente.

Contribución con el conocimiento Identificar lo que conocen los médicos y lo que no conocen, permitirá replantear los objetivos educativos en alumnos de pregrado, y hacer talleres a nivel de la región de salud a fin de complementar sus conocimientos para poder tener una mejor atención integral al paciente.

Importancia académica y profesional: Por la conveniencia del investigador por ser la primera experiencia en este tipo de estudios, además

de aportar datos acerca de la población estudiada, lo cual permitirá alcanzar el título de Médico Cirujano.

I.3 OBJETIVOS

I.3.1 General:

Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Consentimiento Informado en Médicos de la Región Salud Moquegua.

I.3.2 Específicos:

a) Describir el nivel de conocimiento de los médicos sobre consentimiento informado de la Región Salud Moquegua.

b) Evaluar la relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y la edad de los médicos de la Región Salud Moquegua.

c) Establecer la relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y los años de profesional de los médicos de la Región Salud Moquegua.

d) Precisar la relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y la especialidad médica de los médicos de la Región Salud Moquegua.

e) Describir la relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y el grado académico de los médicos de la Región Salud Moquegua.

I.4 MARCO CONCEPTUAL

I.4.1 GENERALIDADES SOBRE CONOCIMIENTO

CONCEPTO DE CONOCIMIENTO

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. La Real Academia de la Lengua Española define “conocimiento” como la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia y razón natural.⁷

Podríamos decir que es como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podría ser un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.⁸

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retenemos o memorizamos un conocimiento; elaborativa, cuando, con base en conocimientos adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento.

Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas.⁹

Alavi y Leidner definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables.¹⁰ La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, los autores, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento.¹¹

El conocimiento científico es un saber crítico (fundamentado), metódico, verificable, sistemático, unificado, ordenado, universal, objetivo, comunicable (por medio del lenguaje científico), racional, provisorio y que explica y predice hechos por medio de leyes. El conocimiento científico es crítico porque trata de distinguir lo verdadero de lo falso. Se distingue por justificar sus conocimientos, por dar pruebas de su verdad, por eso es fundamentado, porque demuestra que es cierto.

Se fundamenta a través de los métodos de investigación y prueba, el investigador sigue procedimientos, desarrolla su tarea basándose en un plan previo. La investigación científica no es errática sino planeada.

Su verificación es posible mediante la aprobación del examen de la experiencia. Las técnicas de la verificación evolucionan en el transcurso del tiempo.

Es sistemático porque es una unidad ordenada, lo nuevos conocimientos se integran al sistema, relacionándose con los que ya existían. Es ordenado porque no es un agregado de informaciones aisladas, sino un sistema de ideas conectadas entre sí.

Es un saber unificado porque no busca un conocimiento de lo singular y concreto, sino el conocimiento de lo general y abstracto, o sea de lo que las cosas tienen de idéntico y de permanente.

Es universal porque es válido para todas las personas sin reconocer fronteras ni determinaciones de ningún tipo, no varía con las diferentes culturas.

Es objetivo porque es válido para todos los individuos y no solamente para uno determinado. Es de valor general y no de valor singular o individual. Pretende conocer la realidad tal como es, la garantía de esta objetividad son sus técnicas y sus métodos de investigación y prueba.

Es comunicable mediante el lenguaje científico, que es preciso y unívoco, comprensible para cualquier sujeto capacitado, quien podrá obtener los elementos necesarios para comprobar la validez de las teorías en sus aspectos lógicos y verificables.

Es racional porque la ciencia conoce las cosas mediante el uso de la inteligencia, de la razón.

El conocimiento científico es provisorio porque la tarea de la ciencia no se detiene, prosigue sus investigaciones con el fin de comprender mejor la realidad. La búsqueda de la verdad es una tarea abierta.

La ciencia explica la realidad mediante leyes, éstas son las relaciones constantes y necesarias entre los hechos. Son proposiciones universales que establecen en qué condiciones sucede determinado hecho, por medio de ellas se comprenden hechos particulares. También permiten adelantarse a los sucesos, predecirlos. Las explicaciones de los hechos son racionales, obtenidas por medio de la observación y la experimentación.

Bertrand nos dice que el conocimiento es el conglomerado de informaciones, que el hombre adquiere con su experiencia, y lo que ha sido capaz de inferir a través de esta.¹²

Dentro de este marco conceptual se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal, e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, los cuales no necesariamente se evidencian en la población médica nueva como antigua.

MEDICIÓN DE CONOCIMIENTO

La medición del conocimiento en el presente trabajo se realizará mediante la escala de Estaninos o eneatis (del inglés stanines -standard nine).¹³

Estaninos es un método de puntajes en una escala estándar de nueve puntos, con una media de cinco y una desviación estándar de dos.

La base subyacente para la obtención de la escala estaninos es que una distribución normal se divide en nueve intervalos, cada uno de los cuales tiene una anchura de 0,5 desviaciones estándar excepto la primera y la última, que son sólo el resto (las colas de la distribución). La media se encuentra en el centro del intervalo de quinta.

Estaninos se puede usar para convertir cualquier puntuación de la prueba en un número de un solo dígito. Hoy en día se utiliza sobre todo en la evaluación educativa y en la medición de los conocimientos, como en el presente estudio.

I.4.2 CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONCEPTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

También conocido como Consentimiento Libre Esclarecido, es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.¹⁴

En algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente.

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incapacidad de hecho o biológica, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un examen o tratamiento.¹⁵

FUNDAMENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado tiene su base en tres principios fundamentales:

Principio de Dignidad: Este principio reconoce a la persona como fin en sí misma y no como medio. Las personas son sujetos morales autónomos, seres únicos e irrepetibles, portadores de dignidad y no de precio. La persona es un sujeto, nunca objeto. La persona no puede ser instrumentalizada ni ser objeto de comercio bajo ninguna excusa. La dignidad es un valor intrínseco

del ser humano, de máximo nivel, por el que la persona es inviolable y merece consideración y respeto.

Principio de autonomía: El respeto a la persona supone considerarla un ser racional, capaz de pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. La ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a sí mismo. El individuo tiene capacidad moral para decidir libremente cómo gobernar su vida.

Derecho a la información: Este derecho está estrechamente ligado al derecho a la libertad ya que ésta implica capacidad de decisión y por tanto de elección, y para ello es necesaria la información, veraz, completa, sin manipulación.¹⁶

TIPOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

a. Consentimiento Informado médico:

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario – usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consistente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.¹⁷

También se ha señalado que el consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.¹⁸

El Manual de Ética La Asociación Médica Americana sostiene que “consistente en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos”.¹⁹

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

Es decir, el concepto abarca tanto el deber del médico de brindar una información completa y adecuada respecto del tratamiento que se prescribe previamente al paciente, y también el deber de obtener el consentimiento de éste antes de iniciar el tratamiento o la intervención quirúrgica.

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, respetando su dignidad personal, brindándole información auténtica y clara acertada de la enfermedad que padece, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción alguna, no pudiendo sacar el médico provecho de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Obviamente que la exigencia del consentimiento informado supone que alguien pueda negarse a ser sometido a un tratamiento médico. Por ello se ha dicho que la exigencia del consentimiento informado y la validez de la negativa del paciente a someterse a una práctica médica son cara y contracara de un mismo fenómeno.²⁰

El consentimiento es, por tanto, la justificación misma de la legitimidad del acto médico, basado el derecho del paciente a su autonomía y autodeterminación.

b. Consentimiento Informado en Investigación:

El Consentimiento Informado es un elemento fundamental en la investigación con seres humanos, sus muestras y sus datos.²¹

Se recoge como elemento nuclear de este tipo de prácticas desde el Código de Nuremberg. Fue el primer documento importante de carácter internacional que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado en la experimentación con seres humanos "El consentimiento voluntario del el sujeto humano es absolutamente esencial incluye la capacidad jurídica, energía libre de elección, suficiente conocimiento y comprensión (naturaleza, duración y propósito del experimento), para hacer una comprensión y la decisión inteligente".²²

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial establece las pautas éticas para los médicos y otros profesionales involucrados en la investigación biomédica.²³ La determinación de competencia y autonomía del sujeto debe quedar establecida antes de comenzar el estudio. En este marco, el consentimiento informado es específico para el caso particular de la investigación, "la adhesión libre y racional del sujeto a un procedimiento propuesto por el equipo de salud, sea con intención diagnóstica, pronóstica, terapéutica o experimental, e incluye competencia, información y libertad."

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976), "Nadie será sometido a torturas ni a tratos inhumanos, crueles, o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos".

Informe Belmont (1978) identificó los principios éticos básicos a tener en cuenta en la investigación biomédica y los llamó "de beneficio" (beneficencia – no maleficencia), "de respeto por las personas" (autonomía) y "de equidad" (justicia).²⁴

Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos por el Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (1993) "El investigador debe obtener el voluntario, consentimiento informado del presunto sujeto (o representante legalmente autorizado). La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional, y en todo caso debe ser aprobado por un comité de ética".²⁵

En el Perú existe el Reglamento de ensayos clínicos redactado por el Instituto Nacional de Salud y cuya última revisión fue el 2010. Este documento permite la "calificación de los proyectos de investigación a nivel nacional, con la finalidad de garantizar el derecho a la vida, a la integridad y al bienestar del paciente, así como la calidad de la investigación. Garantiza la aplicación de las buenas prácticas clínicas y el cumplimiento de la normatividad internacional aplicable en la planificación, realización, registro y comunicación de los ensayos clínicos que se realicen en el Perú".²⁶

LA RELACIÓN MÉDICO – PACIENTE

El papel del consentimiento en la relación terapéutica se explora mejor en relación con los diferentes modelos propuestos para la interacción médico – paciente.²⁷

a. Modelo Paternalista:

A veces llamado paternal o sacerdotal. En él la interacción del médico y el paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso enfermizo, y para elegir qué pruebas diagnósticas y

tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor.

b. Modelo Informativo:

A veces llamado modelo científico o del consumidor. Aquí el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento médico. Llevado hasta el extremo, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

c. Modelo Interpretativo:

El objetivo de la relación del médico y el paciente en este modelo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarle así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores.

d. Modelo Deliberativo:

Aquí el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y

ayudarle posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

FUNDAMENTACIÓN HISTÓRICA

Desde la antigüedad la práctica médica se ha visto influenciada por la ética, teniendo como lineamiento al Juramento Hipocrático, el que marcaba un comportamiento profesional caracterizado por una carga paternalista en defensa de la beneficencia del paciente, de acuerdo con las creencias morales de la época. La actitud hipocrática consideraba al paciente como un ser “minusválido” ante la toma de decisiones, dependiendo estas únicamente del criterio del médico.²⁸

En los siguientes siglos se produjo una transformación evolutiva. En 1773 se escribe la Declaración de Filadelfia, donde se encuentran los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes. En 1803 la ética médica de Thomas Percival señala que el médico debe asegurarse de que el paciente y familiares tengan la información necesaria sobre el estado del enfermo para proteger de esta manera sus intereses.²⁹

Pero fue después de la Segunda Guerra Mundial, luego de darse a la luz pública las atrocidades cometidas por los nazis “a favor” del mejor conocimiento médico, que la ética médica toma un nuevo giro, centrándose ahora en el derecho del paciente. Nace aquí el Código de Nuremberg como una protesta al horror plasmado en la historia por tales experimentaciones, y con él la importancia de la decisión del paciente en participar o no de algún estudio clínico.³⁰

Al iniciar la década del setenta, y fundamentada por Potter, nace la Bioética, a partir de la cual se cimenta una nueva forma de entender y aplicar

la ética en los aspectos relacionados con la vida y conducta humana. En esta misma década se presenta el Informe Belmont, en el que se establecen los principios éticos base de la bioética. Además se describe al consentimiento informado como una expresión de la autonomía de las personas, debiendo ser libre, comprendido e informado.

A partir del siglo XX los derechos naturales del hombre y el respeto a la persona pasan a ser el eje fundamental del actuar humano. Estas modificaciones en las estructuras ideológicas pasan a desestabilizar las bases absolutistas y totalitarias dando paso al crecimiento de democracia, y con ello un cambio en la mentalidad.³¹

Estos cambios ideológicos del siglo XX dan paso a la importancia de la toma de decisiones por los sujetos, consolidándose así la autonomía de los individuos. Para garantizar ello en la práctica médica y en la investigación clínica, se gestan jurídicamente las conductas morales y éticas que deberían observarse en la relación médico – paciente. Inicia aquí el uso del consentimiento informado, con raíces jurídicas y éticas.³²

En el Perú, la Ley General de Salud N° 26842(1997), establece muy someramente la necesidad y la importancia de ejecutar el proceso de consentimiento informado, enfocándolo más como un permiso requerido para realizar cualquier intervención médica.

FUNDAMENTACIÓN ÉTICA

Cuatro son los principios que constituyen el eje de modelo clásico de la bioética:³³

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos

y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No – maleficencia: Es el Primum Non Nocere. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.³⁴

El consentimiento informado es la expresión más pura del respeto a la autonomía de un sujeto. Según el informe Belmont, "una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar lugar a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros".

Nuestra tarea es tratar a nuestros pacientes como interlocutores válidos que pueden expresar y argumentar sus pretensiones de validez, y el consentimiento informado es la mejor estrategia para conseguirlo.³⁵

La jurisdicción ética de los médicos, en nuestro país, está a cargo del Colegio Médico del Perú mediante el Código de Ética y Deontología del Perú; y constituye obligación de todo profesional médico someterse y aceptar sus

resoluciones. En su Título I declara que "la autonomía de la persona obliga moralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión, en consonancia con sus valores personales y culturales". Así también, en el Título II, artículo 55º, dispone que "en pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comuniquen en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo." Respecto al consentimiento informado quirúrgico el Código en su artículo 62 dispone que "las intervenciones quirúrgicas requieren del consentimiento informado escrito, salvo en situación de emergencia."³⁶

FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El consentimiento informado es el soporte ético y el documento médico – legal que garantiza que la información relevante ha sido ofrecida por el médico al paciente y ha sido entendida por él.

En el Perú el Consentimiento Informado se encuentra avalado y normado legalmente por la Ley General de Salud (Ley N° 26842) desde 1997 y sus modificaciones en 2008 con la Norma Técnica N° 022- MINSU/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado" (Ley N° 29414). En su Título I, artículo 4º dispone 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."³⁷ Asimismo, dispone en su artículo 15.1 º, inciso c, "a recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5º de la Ley de Trabajo Médico"; 15.2 º inciso f "A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones,

precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Inciso g “A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad”.³⁸

REQUERIMIENTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El Consentimiento informado es un proceso que requiere tres etapas para poder llevarse a cabo: información, comprensión y voluntariedad³⁹, tras lo cual podrá tomarse una determinación. Sobre la información hay que tener en cuenta no sólo el contenido sino también la forma (qué y cómo) y el contexto en que se da. Para que se produzca la comprensión la información debe poderse entender, pero también depende de la capacidad de comprensión del individuo. Teniendo en cuenta esto, puede resumirse que, los elementos indispensables que conforman el consentimiento informado son los siguientes:⁴⁰

a. Información suficiente:

Todo paciente tiene derecho a recibir información veraz sobre todas las actuaciones asistenciales de que sea objeto. Desde el punto de vista ético hay que dar la información que el paciente necesite y solicite para poder tomar una decisión.

b. Proceso continuado de comunicación:

El consentimiento informado no puede ser fruto de un momento puntual sino que la información debe ofrecerse dentro de un proceso continuo, dialogado (por tanto de forma oral), comunicativo, deliberativo y prudencial. Todo ello debe registrarse en la historia clínica.

c. Información comprensible:

Adaptada a las características socioculturales del paciente, evitando utilizar lenguaje técnico y manejando correctamente la expresión no verbal y escrita.

d. Capacidad:

De comprensión del paciente. La valoración de la capacidad es un punto importante del consentimiento informado.

e. Voluntariedad:

El paciente debe tomar la decisión de forma libre, no coaccionado ni manipulado. La coacción puede ejercerse de forma manifiesta o sutil por parte de cualquiera de los intervinientes en la RC, por ejemplo la amenaza de dar el “alta voluntaria” si no se acepta el tratamiento o la “sugerencia” de cambiar de médico, pueden ser actos coactivos. Utilizar lenguaje técnico incomprensible para el paciente, magnificar inconvenientes, ocultar efectos secundarios, presentar la información de forma sesgada u ocultar otros tratamientos, es una forma de manipulación que impediría una decisión libre.

f. Decisión:

Tras el proceso deliberativo el paciente podrá aceptar o rechazar la actuación sanitaria propuesta y puede en cualquier momento revocar su decisión. El médico debe colaborar en la deliberación del paciente y aceptar su decisión si ha sido tomada en conciencia y se han cumplido los pasos anteriores. Si la opinión del paciente resulta contraria, éste no debe ser abandonado a su suerte, sino que se debe seguir el proceso proponiendo alternativas o derivando a otros facultativos que garanticen la atención sanitaria.

EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

La aplicación del consentimiento informado se presenta básicamente en tres fases: ⁴¹

- Fase de información completa.
- Fase de información básica.
- Fase de evaluación, clarificación y elección del paciente.

Apartados del documento

El Ministerio de Salud en la norma técnica N° 022-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y las modificaciones realizadas en la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA, estipula el contenido del formato de consentimiento informado de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional. ⁴²

El cumplimiento de estos requerimientos en la aplicación del consentimiento informado refleja la calidad en el proceso de su obtención y mide en alguna medida, que el paciente ha sido informado y se ha respetado su autonomía. ⁴³

I.5 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

I.5.1 INTERNACIONALES

Autor: Rodríguez Martín, Jorge A; González Aguilar, Osvaldo; Pardo, Hugo; Yazde, Yamil.

Título: Consentimiento informado: ¿un dilema ético o legal? / Informed consent: ethical o legal dilemma?

Lugar y fecha de publicaciones: Argentina 1999.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue sugerir contenidos mínimos y metodología de aplicación. Lugar de aplicación: Encuesta Nacional de Instituciones con más de 50 camas de internación y Servicios de Cirugía. Diseño: Prospectivo. Población: 166 Centros públicos y privados. Método: Análisis de Encuesta con preguntas cerradas, investigación del índice de alfabetización de la población y consulta a 3 Jueces de los fueros Penal Correccional y Civil. Resultados: Se recibieron 55 respuestas y 28 Formularios determinados. El 80 por ciento posee Formulario. El 65,3 por ciento lo considera una obligación ética y legal. Es firmado por el médico tratante en el 49 por ciento. El 49,09 por ciento lo cumplimenta con el enfermo internado. El 49 por ciento utiliza menos de 5' para la explicación. El 78,18 por ciento explica la naturaleza de la enfermedad. El 63,6 por ciento la probabilidad de complicaciones. El 61,8 por ciento no pide autorización para obtener iconografía. Los formularios contienen escasos espacios en blanco. El 51,8 por ciento de la población tiene educación primaria incompleta o completa. El 10,2 por ciento tendrá 65 años o más en el 2010. Conclusiones: El CI tiene obligación ética y legal; el formulario tiene ventajas legales.

Las instituciones desestiman el valor del Consentimiento Informado escrito. Este debe ser de lenguaje básico, firmado por médico tratante o jefe de equipo, contener diagnóstico, práctica propuesta, tratamientos alternativos y autorización para iconografía (AU)

Autor: Joan Guix Oliver, Llorenç Balañà Fort, Joan Miquel Carbonell Riera, Rosa Simón Pérez, Rosa Ma. Surroca Macià, Lluís Nualart Berbel.

Título: Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña

Lugar y fecha de publicaciones: España 1999

Resumen: El presente artículo tiene el objetivo de conocer el nivel de cumplimiento y percepción por parte de los usuarios, del proceso de consentimiento informado en un sector sanitario de Catalunya. Métodos: Encuesta telefónica realizada a 314 ex pacientes quirúrgicos de los hospitales de un sector, entre 18 y 75 años, intervenidos en los tres meses anteriores a la realización del estudio, con el fin de conocer la percepción de los usuarios respecto del proceso de consentimiento. De estos, revisión de la documentación clínica de un 30%, para conocer el porcentaje de cumplimiento de la documentación del proceso de consentimiento. Resultados: 61% de los pacientes recuerdan haber firmado el documento de consentimiento, 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a que serían sometidos. 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximia a los profesionales de

responsabilidades. Existía relación estadísticamente significativa respecto de grupo de edad, nivel educativo, y vía de ingreso. En 78% de las historias clínicas revisadas existía documento de consentimiento informado. El diagnóstico constaba en un 14,9%, y la firma del médico existía en un 48,9%. Se constató relación estadísticamente significativa respecto a la vía de ingreso de los pacientes. Conclusiones: No se está implementando correctamente el proceso de consentimiento informado en los dos centros estudiados. El médico no se implica totalmente en el proceso.

Autor: Fernando Núñez de Villavicencio

Título: Consentimiento educado vs. Consentimiento informado

Lugar y fecha de publicaciones: Cuba 2006.

Resumen: En el artículo se desarrolla la idea de la beneficencia como el principio rector de los cuatro principios que propone la bioética clínica y la importancia de la veracidad, analizando excepciones. Se trata sobre lo imprescindible de un buen proceso de consentimiento informado y el costo impagable de la regla de no influir que impide al médico realizar sus tareas como educador. Se analizan las ventajas del consentimiento educado que no abandona al paciente en el difícil momento de la toma de decisiones y permite intentar modificar en él conductas negativas para la salud. Se analizan los distintos tipos de relación médico-paciente siguiendo la clasificación de *Enmanuel E.* y *Enmanuel L.* y cómo en la relación deliberativa es factible el uso del consentimiento educado. Se proponen metas a alcanzar en Cuba.

Autor: Lisa Fisher-Jeffes, Charlotte Barton, Fiona Finlay
Título: Conocimiento de los clínicos del consentimiento informado
/Clinicians' knowledge of informed consent
Lugar y fecha de publicaciones: Inglaterra 2007.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue auditar los conocimientos médicos del consentimiento informado. Diseño: 10 escenarios de consentimiento con las respuestas "verdadero", "falso", o "no refiere" fueron completados por los médicos pediatras un gran hospital. Estas preguntas prueban el conocimiento de los clínicos de que pudiera dar el consentimiento en diferentes situaciones clínicas. Resultados: 51 médicos participaron (25 pediatras y otros 26 médicos). Los pediatras puntuaron más alto que otros médicos (media respuesta correcta 69 % v 49 %). Sólo el 36 % (9 /25) de los pediatras y el 8% (2 /26) de los otros médicos se dieron cuenta de que el padre biológico de un niño nacido antes del 01 de diciembre 2003 necesitaba una orden judicial o un acuerdo de la responsabilidad de los padres para adquirir la responsabilidad de los padres, y por lo tanto ser capaz de dar su consentimiento en nombre de su hijo, si él no estaba casado con la madre del niño. Los médicos no pediatras no estaban seguros o incorrecta cuando se prueba en situaciones en las que las personas con responsabilidad parental no están de acuerdo, o cuando los jóvenes (<16 años), no quieren consultar a sus padres. La mayoría de los médicos no sabían que los padres de un hombre de 20 años de edad, con graves dificultades de aprendizaje no son capaces de dar su consentimiento a una cirugía en su nombre, y muchos que no son pediatras tenían claro que podían dar su consentimiento cuando el niño vivía con sus padres adoptivos.

Conclusión: Los médicos que obtengan el consentimiento para el tratamiento de los niños necesitan para aumentar su conocimiento sobre quién es capaz de dar su consentimiento informado para garantizar las mejores prácticas (legal y seguro).

Autor: María Fernández Piera, Mónica Ardura Ortega
Título: Adaptación del consentimiento informado a la legislación española en los ensayos clínicos internacionales
Lugar y fecha de publicaciones: España 2012.

Resumen: El presente artículo ofrece una guía para la adaptación a la legislación española, así como otros aspectos que se deben tener en consideración en el proceso de adaptación para dar respuesta a las aclaraciones solicitadas por los comités éticos de investigación clínica. Se trata de una reflexión basada en la práctica y en la experiencia real de las autoras como redactoras y traductoras de este tipo de documentos.

I.5.2 NACIONALES

Autor: Salomón Zavala ; Cecilia Sogi ; Ana Delgado ; Maximiliano Cárdenas
Título: Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos
Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2010.

Resumen: El presente trabajo identifica factores asociados al conocimiento sobre consentimiento informado en médicos

peruanos. Diseño: Estudio retrospectivo, en base a un examen de conocimiento. Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Participantes: Médicos postulantes a la segunda especialización. Métodos: Se utilizó una base de datos del examen de conocimiento sobre el tema, de 1 486 médicos postulantes a las plazas de residencia de la UNMSM, 2009. Las variables edad, sexo, universidad de procedencia y año de egreso fueron clasificadas en dos categorías, y el puntaje total de aciertos en el examen entres categorías. Se usó el SPSS 15 para prueba del chi cuadrado y análisis multivariado; y Atlas ti para análisis de los comentarios. Principales medidas de resultados: Conocimiento teórico sobre consentimiento informado. Resultados: Se halló diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aciertos por edad, sexo, universidad y año de egreso. En el análisis multivariado el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, egresado entre 2004 y 2008 y egresado de la UNMSM. Conclusiones: El conocimiento teórico sobre consentimiento fue mejor en médicos más jóvenes y su conocimiento práctico en los de mayor experiencia clínica. El mejor puntaje de aciertos en egresados de UNMSM estaría relacionado con mayor formación ética del grupo de docentes que enseñan ética y la calidad de su alumnado.

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

Título: Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación

Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2010.

Resumen: El objetivo fue evaluar qué saben sobre consentimiento informado los postulantes a la residencia médica. Diseño: Cuestionario sobre consentimiento informado. Institución: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Participantes: Médicos postulantes al examen de admisión a la residencia médica. Metodología: Se elaboró un examen de conocimiento con preguntas de elección múltiple. Participaron en el estudio 1 486 (95%) postulantes a las plazas de residencia médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009. Se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el paquete estadístico SPSS 15 para análisis de frecuencia; y Atlas ti para análisis cualitativo. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Principales medidas de resultados: Conocimiento sobre consentimiento informado. Resultados: De los 1 486 participantes, 56% fue varón, con edad media de 31,5 (DE 5,1) años, rango entre 23 y 58 años, egresados de 26 escuelas de medicina del país y 14 del exterior; uno de cada tres egresó entre 2007 y 2008. La gran mayoría (84%) respondió que respetar la autonomía del paciente significa mejorar la comunicación médico paciente; y tres de cada cuatro, que obtener el consentimiento informado es un imperativo ético. La frecuencia de aciertos disminuyó en las preguntas sobre información sobre quién determina la capacidad mental y qué hacer cuando un paciente rechaza tratamiento. Conclusiones: La población de estudio fue heterogénea en edad, universidad de origen y año de egreso. Se identificó deficiencias en conocimiento del consentimiento informado.

Autor: Rommy Helena Novoa Reyes

Título: Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013

Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2013.

Resumen: El objetivo del trabajo fue evaluar nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina. Métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo con internos de medicina. Se utilizó un cuestionario constituido por 20 preguntas. Se aplicó el cuestionario a 51 internos que cumplieron con los criterios de admisión. Se calculó medidas de resumen, tablas y gráficos. La prueba de Estaninos permitió la estratificación del nivel de conocimiento del consentimiento informado. Se aplicó la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher para hallar asociación entre las variables. Resultados: El 52.9% fueron mujeres y 47.1%, varones; procedentes de 6 universidades: 2 nacionales con 50.9% de internos y 4 privadas con 49.1%. Sólo 25 internos tuvieron nivel alto de conocimientos; 18, medio y 8, bajo. El 61.54% de internos de universidad pública y 36% de privada consiguieron un nivel alto de conocimiento. Existe asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado “medioalto” y “bajo”, y el pertenecer a una universidad pública o privada. Conclusiones: El 49% de internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanzó nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica; 35.3%, nivel medio y 15.7% nivel bajo.

I.5.3 LOCALES

Autor: Chirinos Mayca, Jose Luis

Título: Grado De Conocimiento Y Actitudes En El Uso Del Consentimiento Informado En La Práctica Médica, En El Hospital Honorio Delgado Arequipa 2009

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2009.

Resumen: El objetivo fue evaluar los conocimientos y las actitudes de un grupo de médicos del Hospital Honorio Delgado de Arequipa frente al uso del consentimiento informado

Metodología: Se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre actitudes y conocimientos sobre consentimiento informado; aplicado mediante encuesta a 100 profesionales de salud, muestra constituida por médicos, internos y residentes del Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Resultados: La muestra estuvo constituida por un 21% de médicos de profesión, un 28% de residentes y más de la mitad (51%) de internos. La gran mayoría de los encuestados tienen edades entre 23 y 32 años, predominando el sexo masculino (59% de los encuestados son varones). En cuanto a actitudes, el 88% de los encuestados expresaron tener una actitud favorable hacia el consentimiento informado y el 12% tienen una actitud ambivalente. La mayoría expresan que están de acuerdo con el uso de un consentimiento informado, debido a aspectos legales y solo el 19% de los encuestados justifican por aspectos éticos. En cuanto al nivel de conocimientos un 95% de Los encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular sobre el consentimiento informado,

solamente un 4% tiene un buen conocimiento sobre el consentimiento informado. En cuanto a La aceptación de un representante Legal para el consentimiento informado, un 82% de Los encuestados expresan que Los familiares.

Conclusiones: El trabajo Concluye en que los profesionales de la Salud tienen actitudes positivas frente al uso del consentimiento informado, sin embargo sus conocimientos deben mejorarse ya que no son buenos en su gran mayoría

Autor: Quiroz Linares, Greighman Alex Michael

Título: Conocimiento y percepción del paciente oncológico sobre el consentimiento informado en la práctica médica hospital Goyeneche, Arequipa 2010

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2010.

Resumen: Los objetivos del trabajo fueron determinar et nivel de conocimientos y percepciones que tienen Los pacientes oncológicos sobre et uso del consentimiento informado en la práctica médica en et Hospital Goyeneche. Enfatizando en identificarla percepción del paciente acerca del tiempo, claridad y forma de presentación de la información por parte del personal de salud, así como la obligación de Los médicos y el derecho de Los pacientes a participar de La toma de Consentimiento Informado. En cuanto a La metodología se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre conocimientos y percepción sobre consentimiento informado; el cual será aplicado a pacientes del servicio de oncología del Hospital Goyeneche. Se obtuvo que en la muestra, predominaron los pacientes del sexo femenino, en donde se destaca Ca de mama. La mayoría de los encuestados ha participado en La toma de Consentimiento Informado, ya sea

para ser intervenido quirúrgicamente, recibir tratamiento médico ó participar de alguna investigación sobre cáncer. Se destaca un conocimiento alto por parte de Los encuestados acerca del consentimiento informado, además de una percepción adecuada del mismo. A 17.8% de los pacientes oncológicos no perciben el derecho de la salud en et consentimiento informado. En cuanto a Las características de los pacientes oncológicos entrevistados: el 36.4% de los pacientes del servicio de oncología presentaron edades entre 46 a 59 años y solo el 7.6% de ellos tienen edades entre 17 a 26 años, el 61.9 son mujeres y el 38.1% masculinos, a 28.8% de los pacientes del servicio de oncología tienen cáncer de mama, el 19.5% de ellas presentaron cáncer al útero y solo el 3.45 de los pacientes de oncología tienen leucemia. El trabajo concluye en que el 70.3% de los pacientes han participado en algún proceso de toma de consentimiento informado previo a tratamiento médico, y/o previo cirugías. En cuanto a experiencias en la toma de consentimiento informado para investigaciones médicas, solamente un 5.1% de los pacientes habían tenido alguna experiencia antes de ingresar en una investigación, el 94.9% de ellos no han participado. A nivel de conocimientos, el 81.4% de los pacientes de oncología tiene un nivel de conocimiento alto sobre el uso de consentimiento informado, la mayoría de los pacientes oncológicos tienen una percepción adecuada sobre el proceso del consentimiento informado. Se encontró relación entre las percepciones sobre el proceso y el nivel de conocimientos referidos a consentimiento. No se encontró relación entre la percepción sobre la obligación del médico de tomar el consentimiento, percepción sobre el derecho a la salud y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.

Autor: Navarro Mares, María Teresa

Título: Relación entre nivel de conocimiento y forma de aplicación sobre consentimiento con plena información en alumnos de pregrado y segunda especialidad de la clínica odontológica a pacientes con riesgo quirúrgico Universidad Católica de Santa María - Arequipa 2010

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2010.

Resumen: El objetivo del presente estudio fue evaluar y comparar el nivel de conocimiento y La aplicación del consentimiento con plena información entre alumnos de pre-grado y Segundas Especialidades que atienden a pacientes con riesgos quirúrgicos en La Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María. Se utilizó como unidades de estudio a 152 alumnos, 76 de Pregrado y 76 de Segundas Especialidades que atendieron a pacientes con riesgos quirúrgicos, utilizando la técnica de entrevista, comparando, y además aplicando la técnica de observación documental para La recolección de datos.

De acuerdo a los resultados el nivel de conocimiento en pregrado es regular en su mayoría con un 67.1% y en segundas especialidades es bueno en un 67.1%. La forma de aplicación del documento que reúne las características como ficha del consentimiento con plena información es para pregrado nulo, y para segundas especialidades 15.8%. Sin embargo, se aplican otros formatos para pedir el consentimiento como autorizaciones, en pregrado 68.1% y en segundas especialidades 71.1%, en los cuales no cumplen con los fines del consentimiento con plena

información.

La relación entre el nivel de conocimiento y la forma de aplicación en alumnos de pregrado y segundas especialidades, por separado no es estadísticamente significativa, sin embargo la comparación entre ambas variables es significativamente diferente. En conclusión el nivel de conocimiento del consentimiento con plena información es bueno en segundas especialidades ya que tienen mayor conocimiento, y experiencia, pero al no contar con un formato o ficha de consentimiento informado, la aplicación de este es nulo en Pregrado y muy bajo (15.8%) en Segundas Especialidades, lo cual nos lleva a que el conocimiento del consentimiento con plena información como un determinante de conductas no se aplica por separado en ambos grupos, y si cuando los comparamos, en Clínica de la Universidad Católica de Santa María ya que al ser además un documento médico legal, es indispensable contar con el formato para que se cumpla este requisito.

Autor: Romero Soto, Mario Reny

Título: Entendimiento y aceptación del documento de consentimiento informado por los pacientes del servicio de cirugía del hospital Goyeneche, Arequipa 2011

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2011.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue determinar si los pacientes leen, comprenden y aceptan el documento de consentimiento informado (CI), en el Servicio de Cirugía del Hospital III Goyeneche MINSA Arequipa 2011 y conocer la legibilidad de dicho consentimiento. Métodos: Se realizó una encuesta a los pacientes post operados en el Servicio de

Cirugía del Hospital III Goyeneche MINSA, acerca del grado de lectura, comprensión y aceptación del documento consentimiento informado, conocimiento de la técnica quirúrgica, complicaciones, anestésico utilizado e información recibida. Valorar La legibilidad del consentimiento informado mediante el índice de flesh

Resultados: 102 pacientes fueron incluidos (edad media: 50 años, 54,9% varones y 45,1% mujeres). EL 19,6% de los pacientes sí había leído el consentimiento informado. EL 100% de pacientes dio su consentimiento para la operación, En et 100% de pacientes esta decisión no la determinó la información del CI. EL 74,5% de pacientes luego de la operación y teniendo en cuenta la información aportada por el consentimiento informado (CI), No conocía suficientemente bien sobre la intervención. EL 64,7% de los pacientes No conocía la posibilidad de que surgieran complicaciones incluso graves. EL 76,5% No conocía que tipo y vía de administración de anestesia iba a recibir. EL 11,8 %Considera que la información aportada por et CI era adecuada en cantidad y en facilidad de comprensión, el 4,9 % más o menos y et 93,1% no leyó. EL 74,5% Considera que el CI es un documento útil para el paciente, 3,9%inútil y 21,6 % afirma que su principal función es la de liberar al médico de responsabilidad, EL 74,5% refiere que si recibió información por parte de su médico, el 25,5 % refiere que no recibió información por parte de su médico. EL 60,8% refiere que considera esta información insuficiente en cuanto a técnica operatoria, complicaciones y posibles alternativas, el 39,2% considera que esta información fue suficiente. EL 60,8% de los pacientes si estaría dispuesto a firmar un CI global, que permitiera a los médicos realizar las exploraciones que creyeran oportunas, el 33,3% no estaría

dispuesto y el 5,9% refiere que no están seguros. Conclusiones: EL 80,4% de nuestros pacientes no leen el documento CI, de las personas que leen el CI el 85,7% comprenden el contenido del CI, el 100% de pacientes acepta el documento de CI, el nivel de legibilidad del documento de consentimiento informado según la escala de flesh es de un nivel un poco fácil.

Autor: Aire Vilca Lucia Esperanza

Título: Nivel de comprensión y evaluación del consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo (Essalud) Arequipa 2013

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2013.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de comprensión y evaluación del conocimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo. Métodos: Se contacto a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía abdominal, traumatología y urología que cumplan los criterios de selección el día previo a la cirugía, para explicar la intención del estudio. Se interrogo a 100 pacientes para conocer el nivel de comprensión del consentimiento informado incluido en la historia de los pacientes para verificar el nivel de cumplimiento. Los datos registrados en la lista de cotejos fueron codificados y sumados para obtener una distribución percentil y se estableció el nivel de comprensión del paciente y nivel de cumplimiento del formato en estudio. Resultados. Se entrevistó a 100 pacientes, de los cuales 50.0% fueron

del servicio de Cirugía, 30.0% del servicio de Traumatología y 20.0% del servicio de Urología, de los cuales 60.0% fueron varones y 40.0% fueron mujeres, con edades que en su mayoría (46.0%) tuvieron más de 60 años; el 24.0% de los pacientes tienen primaria completa, el 60.0% secundaria y solo el 16.0% tiene estudios superiores.

El 31.0% de los pacientes tienen un nivel de comprensión malo, el 52.0% de ellos presentaron un nivel de comprensión malo, el 52.0% de ellos presentaron un nivel de comprensión regular y el 17.0% de los pacientes presentaron un nivel de consentimiento bueno. En cuanto al nivel de cumplimiento, muestra que el 2.0% de los consentimientos informados tienen un nivel de cumplimiento malo, el 90% presentaron un nivel de cumplimiento regular y el 8% de los consentimientos informados presentaron un nivel de cumplimiento bueno.

Los pacientes de Cirugía Abdominal y de Traumatología presentaron un nivel Regular de comprensión 56.0% y 56.7% respectivamente y los pacientes de Urología que presentaron un nivel malo de comprensión en un 50.0% estadísticamente no significativa. El nivel de cumplimiento del consentimiento informado fue calificado como regular en los tres servicios estudiados, 92.0% en Cirugía Abdominal, 90.0% en Traumatología y 85.0% en Urología

Conclusiones: El nivel de comprensión y el nivel de cumplimiento del consentimiento informado de los pacientes son calificados como regulares.

I. MATERIALES Y MÉTODOS

II.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN:

El presente es un estudio de campo.

II.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN:

Descriptivo, porque se centra en recolectar datos que describan la situación tal y como es. Transversal, porque se realiza en un momento determinado.

II.3 TÉCNICAS, INSTRUMENTOS

II.3.1 TÉCNICA

Se utilizó la técnica de encuesta a los médicos que trabajan en la Región Salud Moquegua, para recoger los datos necesarios.

II.3.2 INSTRUMENTO

Se utilizó el cuestionario “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado” de Novoa R.⁴⁴(Anexo 1) (Revalidado) (Anexo 5)

El cuestionario usado en la presente investigación se caracteriza por:

- Evalúa los conocimientos sobre consentimiento informado: concepto; objetivos; fundamento legal y ético; modelo y aplicación.
- Las preguntas son cerradas politómicas, es decir, presentan como respuestas una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una alternativa.
- Las respuestas presentadas son exhaustivas y excluyentes.
- Presenta 20 ítems.
- El cuestionario presenta instrucciones como introducción.
- El cuestionario fue validado por juicio de expertos. Y revalidada usando la prueba Alfa de Cronbach.

- Consta de tres partes: Introducción, Datos Generales y Datos específicos.

II.3.3 VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

La validación de un instrumento puede tener diferentes tipos de evidencia: a) del contenido, realizada por el juicio de expertos; b) del constructo, se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico y c) del criterio que implica que la medición del instrumento se ajusta o compara a un criterio externo -Gold estándar.⁴⁵

El presente cuestionario se validó mediante juicio de expertos. También el instrumento fue revalidado utilizando la prueba estadística Alfa Cronbach (Anexo 5)

II.4 CAMPO DE VERIFICACIÓN

II.4.1 UBICACIÓN ESPACIAL

Las encuestas se realizarán en el ámbito de la región Salud Moquegua, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud.

II.4.2 UBICACIÓN TEMPORAL:

Las encuestas abarcan el periodo comprendido entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2013.

II.5 POBLACION DE ESTUDIO Y MUESTRA

II.5.1 UNIDADES DEL ESTUDIO:

Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua en el periodo Noviembre y Diciembre del 2013.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que acepten voluntariamente responder el instrumento de recolección de datos.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que no acepten voluntariamente responder el instrumento de recolección de datos.

Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que por motivos personales, laborales o de otra índole no estén laborando en la región Moquegua en los meses de noviembre y diciembre de 2013.

UNIVERSO O POBLACIÓN

Se obtuvo un total de 182 médicos que laboraban en la Región Salud Moquegua que cumplieron los criterios de inclusión.

PROCEDIMIENTO DE MUESTREO

Mediante el muestreo calculamos del tamaño de muestra para determinar la proporción de elementos que posee una característica. (Anexo N° 6)

Resolviendo la formula y reemplazando valores obtenemos el resultado de 124. Por lo tanto necesitamos al menos 124 médicos participantes en esta poder realizar investigación.

II.6 ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

II.6.1 ORGANIZACIÓN

Una vez obtenida la autorización para la realización del estudio, se accedió a las unidades de estudio de manera directa para solicitar su participación voluntaria y anónima en el estudio. Se solicitó a los participantes datos sobre su edad años de egresados de la universidad, si contaban con postgrado y/o especialidad. Se utilizó un cuestionario de selección múltiple para evaluar los conocimientos sobre consentimiento informado.

El cuestionario consistió en 20 preguntas con 4 opciones, de las cuales una sola es la correcta. Los participantes no tuvieron tiempo delimitado para completar el cuestionario en forma voluntaria, estando presente el encuestador. (Anexo N°1)

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos luego interpretados y analizados.

II.6.2 CRITERIOS PARA MANEJO DE RESULTADOS

VALIDACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS

El cuestionario a utilizarse en el Estudio fue validado por juicio de expertos por Novoa R. “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo 2013”.

También fue revalidado por el autor de este trabajo mediante validez de criterio, haciendo una prueba piloto aplicando la prueba Alfa de Cronbach (Anexo N° 3)

PLAN DE PROCESAMIENTO

Los datos registrados en el (Anexo N°1) fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

PLAN DE CLASIFICACIÓN

Se empleó una matriz de sistematización de datos en La que se transcribieron Los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2010). (Anexo N° 7)

PLAN DE CODIFICACIÓN

Se procedió a la codificación de tos datos que contenían indicadores en La escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

PLAN DE RECUENTO

El recuento de los datos fue electrónico, en base a La matriz diseñada en la hoja de cálculo.

PLAN DE ANÁLISIS

Se empleó estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas) para variables categóricas, medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas. La comparación de variables categóricas entre grupos se evaluó mediante El coeficiente de relación de Pearson y La prueba Chi cuadrado, considerando significativo un valor de $p < 0,05$. Para este análisis de datos se empleó La hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el programa estadístico SPSS V.21.0 (Anexo N° 9)

II. RESULTADOS

III.1 DATOS GENERALES DE LOS MÉDICOS ENCUESTADOS

Participaron en el estudio 124 médicos de la Región Salud Moquegua con edad promedio de 44.3; edad máxima 72 años y mínima 26. Los participantes procedían de Hospitales centros de salud y puestos de Salud. El 35% de médicos tuvieron 50 años o más, el 30% entre 39 y 49 años, el 23% entre 30 y 39 y el 12% menos de 30 años. Con respecto al Grado académico en Posgrado con el Grado de magister se halló un 29% mientras un 71% no cuenta con Postgrado. Con respecto a la especialidad médica se encontró que un 52% contaba con especialidad mientras que un 48% no.



III.2 PREGUNTAS DEL CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

N°	PREGUNTA	RESPUESTA CORRECTA	N° 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	102 (82.26%)
2	La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta	Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas	70 (56.45%)
3	¿Cuál cree que es el objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado?	Protección de los derechos de los pacientes	64 (51.61%)
4	La aplicación adecuada del consentimiento informado se basa en el siguiente tipo de relación médico – paciente:	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	48 (38.71%)
5	La aplicación del consentimiento informado se fundamenta en el siguiente principio de la bioética médica	Autonomía	56 (45.16%)
6	Uno de los beneficios al aplicar el consentimiento informado es	Tiene valor en el desarrollo de la relación médico paciente	86 (69.35%)
7	Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:	Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente	104 (83.87%)
8	El fundamento legal del consentimiento informado en la práctica médica se encuentra descrito en:	Ley N° 29414 que modifica la Ley General de Salud	44 (35.48%)
9	El personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado es	Interno de medicina	124 (100.0%)

10	Para que el consentimiento informado sea válido es necesario	Todos los ítems son verdaderos	114 (91.94%)
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	76 (61.29%)
12	¿Se debería dar más explicaciones que las aportadas en el formulario de consentimiento informado?	Sí, sólo si el paciente lo solicita	62 (50.00%)
13	¿Cómo cree usted que debería aplicarse el consentimiento informado en los pacientes?	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	122 (98.39%)
14	El paciente, quien suscribe el consentimiento informado, debería tener las siguientes características	Todas	124 (100.00%)
15	¿Cuánto tiempo debe disponer el paciente desde el inicio de aplicación del consentimiento informado hasta la firma del mismo?	Lo que necesite	120 (96.77%)
16	¿Considera importante la firma de un testigo en el formulario de consentimiento informado?	Ocasionalmente	36 (29.03%)
17	El formulario de consentimiento informado firmado por el paciente	No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, aunque el daño causado esté o no contemplado en el documento firmado	66 (53.23%)
18	Respecto al médico que solicita la firma del consentimiento informado	No necesariamente debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico	44 (35.48%)
19	¿El paciente puede rechazar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico después de firmar el formulario de consentimiento informado?	En cualquier momento, hasta la realización de dicho procedimiento	114 (91.94%)
20	¿Debería entregarse al paciente una copia del documento de consentimiento informado?	Siempre	96 (77.42%)

**1.- PREGUNTA ¿CÓMO DEFINE “CONSENTIMIENTO INFORMADO”
EN LA PRÁCTICA MÉDICA?**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

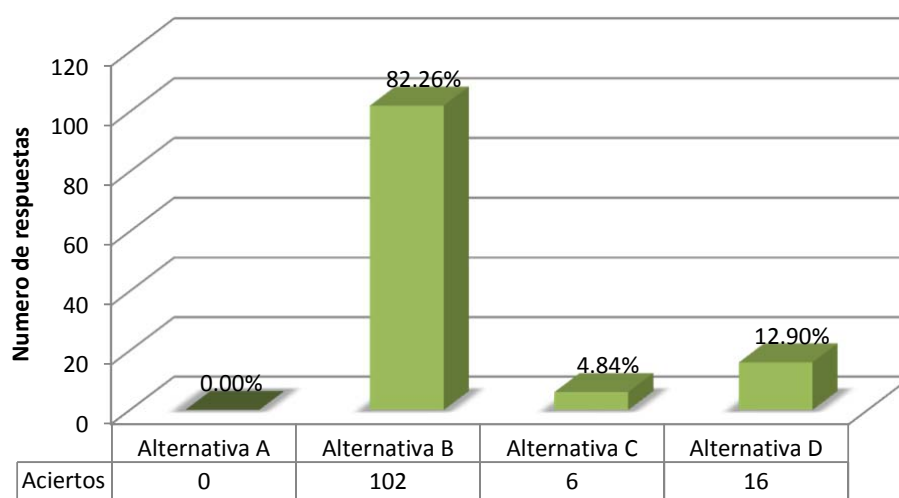
**TABLA Nº 1 DEFINICION DE “CONSENTIMIENTO INFORMADO” EN LA
PRÁCTICA MÉDICA**

	Aciertos	Porcentaje
A. Firma de un documento necesario en la historia clínica.	0	0,00%
B. Conformidad del paciente con respecto a la atención médica, quirúrgica u otro procedimiento... . (Correcta)	102	82,26%
C. Requisito para procedimiento diagnóstico y/o terapéutico para protección de los derechos médicos.	6	4,84%
D. Firma de documento de conformidad para la realización de procedimiento diagnóstico y/o terapéutico por indicación médica.	16	12,90%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

En la pregunta 1, 82,26% de médicos marcaron la respuesta correcta 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”.

**GRÁFICO Nº 1 DEFINICION DE
“CONSENTIMIENTO INFORMADO” EN LA
PRÁCTICA MÉDICA**



**2.- PREGUNTA: INTENSION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
EL CAMPO DE LA SALUD**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

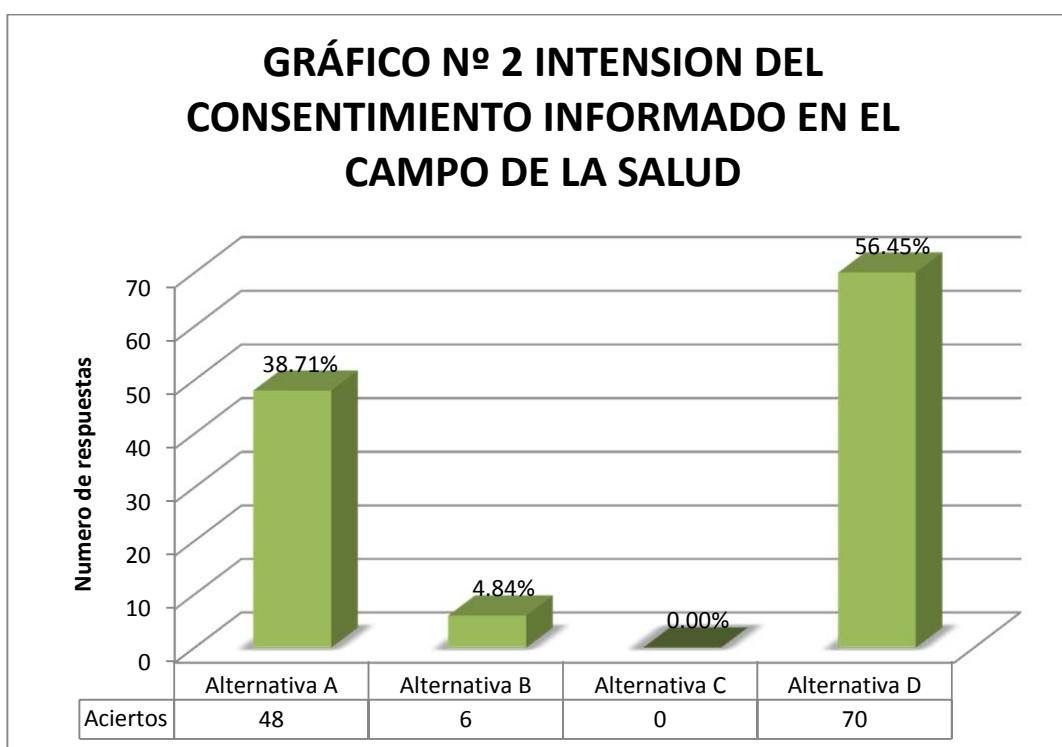
**TABLA Nº 2 INTENSION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL
CAMPO DE LA SALUD**

	Aciertos	Porcentaje
A. Proteger legalmente a los profesionales de la salud.	48	38,71%
B. Promover la inequidad en la atención de salud.	6	4,84%
C. Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados.	0	0,00%
D. Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas. (Correcta)	70	56,45%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 2, objetivo del consentimiento informado, “la obtención del consentimiento informado en el campo de la salud intenta”, tuvo 70 respuestas acertadas (56,45%) en la clave d) “mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas”.

**GRÁFICO Nº 2 INTENSION DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL
CAMPO DE LA SALUD**



**3.- PREGUNTA: OBJETIVO PRIMORDIAL DE LA OBTENCION DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

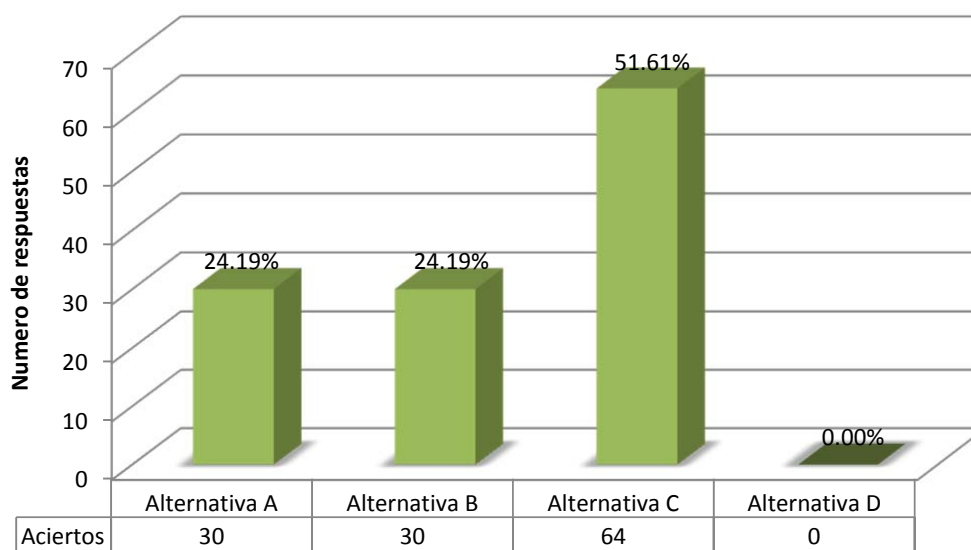
**TABLA Nº 3 OBJETIVO PRIMORDIAL DE LA OBTENCION DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Protección legal de los profesionales de la salud.	30	24,19%
B. Facilitar al profesional la explicación del procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.	30	24,19%
C. Protección de los derechos de los pacientes. (Correcta)	64	51,61%
D. Cumplir con un requisito del hospital.	0	0,00%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 3, con el tema central el objetivo del consentimiento informado, “objetivo primordial de la obtención del consentimiento informado”, tuvo 64 respuestas acertadas (51.61%) con la clave c) “protección de los derechos de los pacientes”.

GRAFICO Nº 3 OBJETIVO PRIMORDIAL DE LA OBTENCION DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



4.- PREGUNTA: TIPO DE RELACION MEDICO – PACIENTE EN LA CUAL SE BASA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

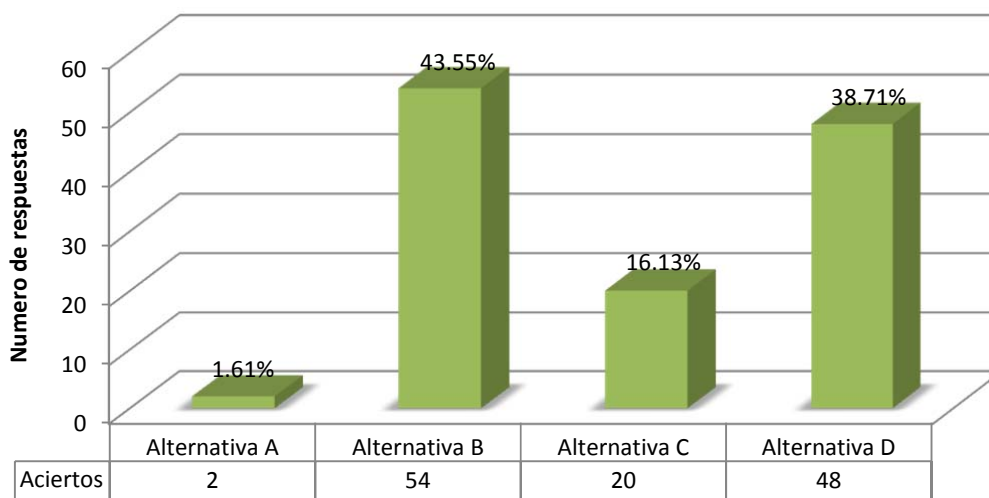
TABLA Nº 4 TIPO DE RELACION MEDICO – PACIENTE EN LA CUAL SE BASA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO

	Aciertos	Porcentaje
A. Paternalista.	2	1,61%
B. Interpretativo.	54	43,55%
C. Contractualista.	20	16,13%
D. Deliberativo. (Correcta)	48	38,71%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 4 acerca del “tipo de relación médico – paciente en el que se basa el consentimiento informado” tuvo 38.71% de respuestas correctas en la opción d) “deliberativo”.

GRAFICO Nº 4 TIPO DE RELACION MEDICO – PACIENTE EN LA CUAL SE BASA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO



5.- PREGUNTA: PRINCIPIO DE LA BIOETICA MEDICA EN EL CUAL SE FUNDAMENTA LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

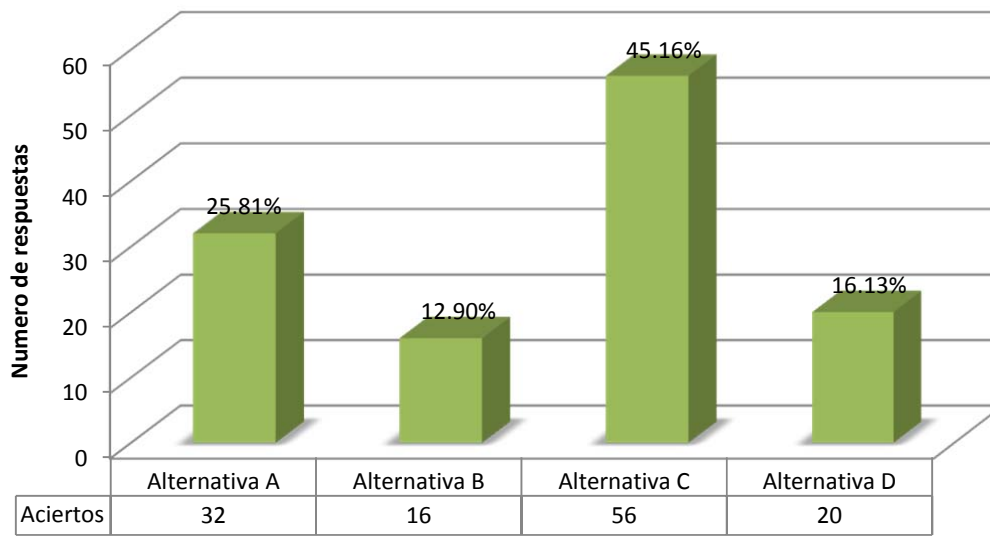
TABLA Nº 5 PRINCIPIO DE LA BIOETICA MEDICA EN EL CUAL SE FUNDAMENTA LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	Aciertos	Porcentaje
A. No maleficencia.	32	25,81%
B. Beneficencia.	16	12,90%
C. Autonomía. (Correcta)	56	45,16%
D. Justicia.	20	16,13%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 5, “principio de la bioética médica como fundamento del consentimiento informado”, fue respondida correctamente por 56 médicos (45.16%) en la opción c) “autonomía”.

GRAFICO Nº 5 PRINCIPIO DE LA BIOETICA MEDICA EN EL CUAL SE FUNDAMENTA LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.



6.- PREGUNTA: BENEFICIOS AL APLICAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

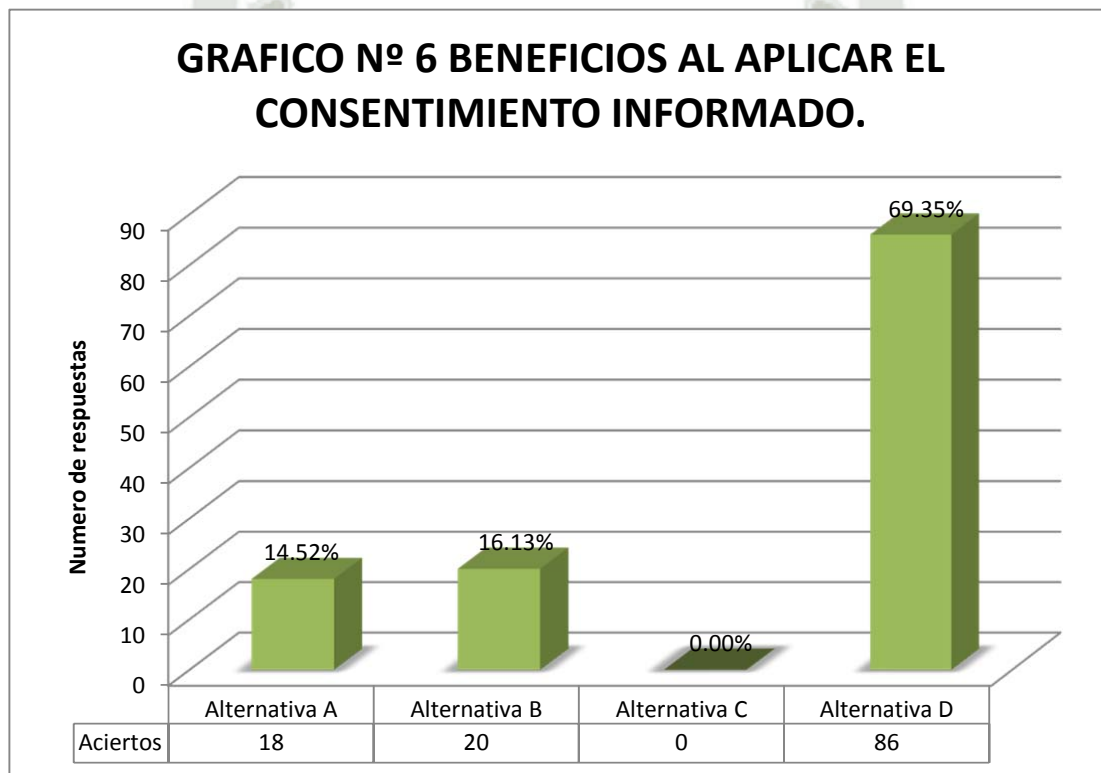
TABLA Nº 6 BENEFICIOS AL APLICAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

	Aciertos	Porcentaje
A. Ayuda al médico a librarse de la responsabilidad legal.	18	14,52%
B. El paciente compromete al médico a realizar el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.	20	16,13%
C. No tiene beneficios.	0	0,00%
D. Tiene valor en el desarrollo de la relación médico paciente. (Correcta)	86	69,35%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 6, sobre “beneficios al aplicar el consentimiento informado”, se obtuvieron 84 respuestas correctas (69.35%) en la clave d) “tiene valor en el desarrollo de la relación médico - paciente”.

**GRAFICO Nº 6 BENEFICIOS AL APLICAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO.**



**7.- PREGUNTA: SIGNIFICADO DE RESPETAR LAS PREFERENCIAS
DEL PACIENTE.**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

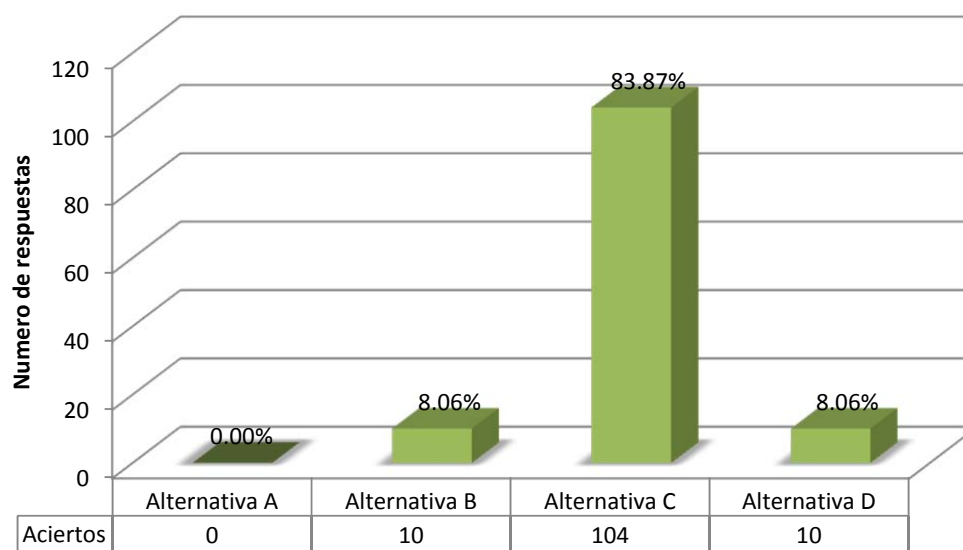
**TABLA Nº 7 SIGNIFICADO DE RESPETAR LAS PREFERENCIAS DEL
PACIENTE.**

	Aciertos	Porcentaje
A. Considerar que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud.	0	0,00%
B. Considerar que el paciente no tiene información técnica.	10	8,06%
C. Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente. (Correcta)	104	83,87%
D. Evitar causarle angustia al paciente.	10	8,06%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta número 7, el 83.87% de médicos respondieron correctamente con la opción c) “mejorar la comunicación entre el médico y el paciente” en la pregunta 7 “significado de respetar la autonomía del paciente”.

**GRAFICO Nº 7 SIGNIFICADO DE RESPETAR
LAS PREFERENCIAS DEL PACIENTE.**



**8.- PREGUNTA: ORIGEN DEL FUNDAMENTO LEGAL DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

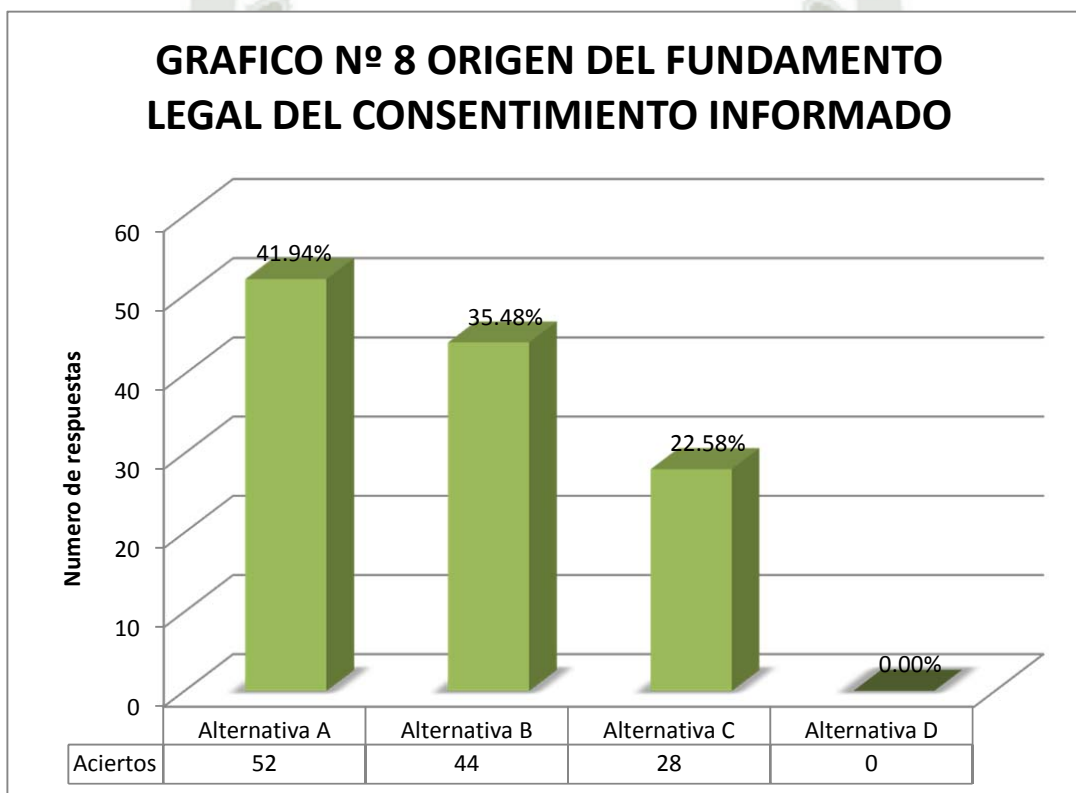
**TABLA Nº 8 ORIGEN DEL FUNDAMENTO LEGAL DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Código de Ética y Deontología del Perú en su artículo I.	52	41,94%
B. Ley Nº 29414 que modifica la Ley General de Salud. (Correcta)	44	35,48%
C. Ley del Trabajo Médico.	28	22,58%
D. Constitución Política del Perú.	0	0,00%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta número 8 “el fundamento legal del consentimiento informado en la práctica médica está descrito en:”. Tuvo 50 respuestas correctas (41.94%) con la opción b) “Ley Nº 29414 que modifica la Ley General de Salud”.

**GRAFICO Nº 8 ORIGEN DEL FUNDAMENTO
LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**9.- PREGUNTA: PERSONAL QUE NO DEBE APLICAR EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

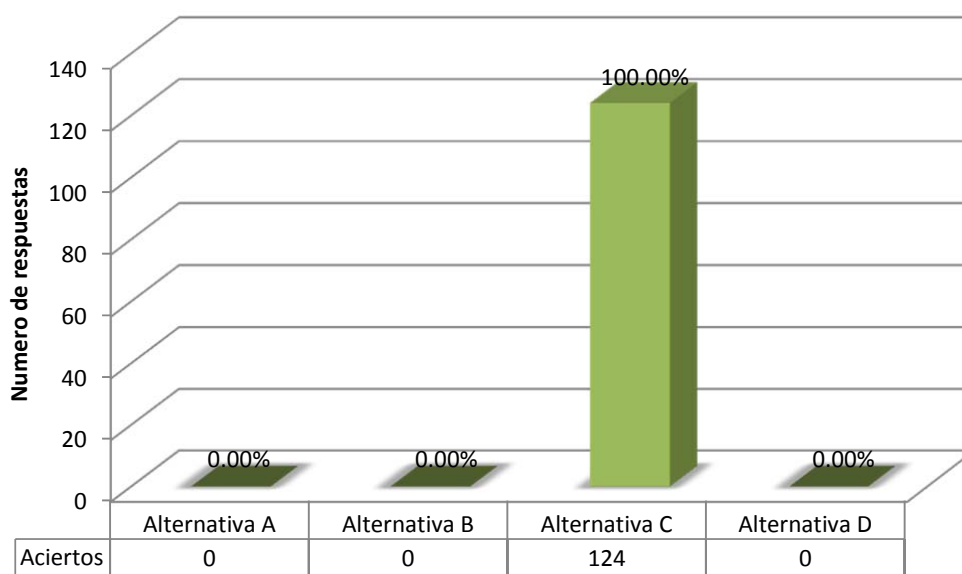
**TABLA Nº 9 PERSONAL QUE NO DEBE APLICAR EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Médico especialista.	0	0,00%
B. Residente.	0	0,00%
C. Interno de medicina. (Correcta)	124	100,00%
D. Médico tratante.	0	0,00%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 9 “el personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado” fue respondida correctamente con la opción c) “interno de medicina” por 124 participantes (100.00%).

**GRAFICO N° 9 PERSONAL QUE NO DEBE
APLICAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**10.- PREGUNTA: REQUERIMIENTOS PARA QUE EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO SEA VALIDO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

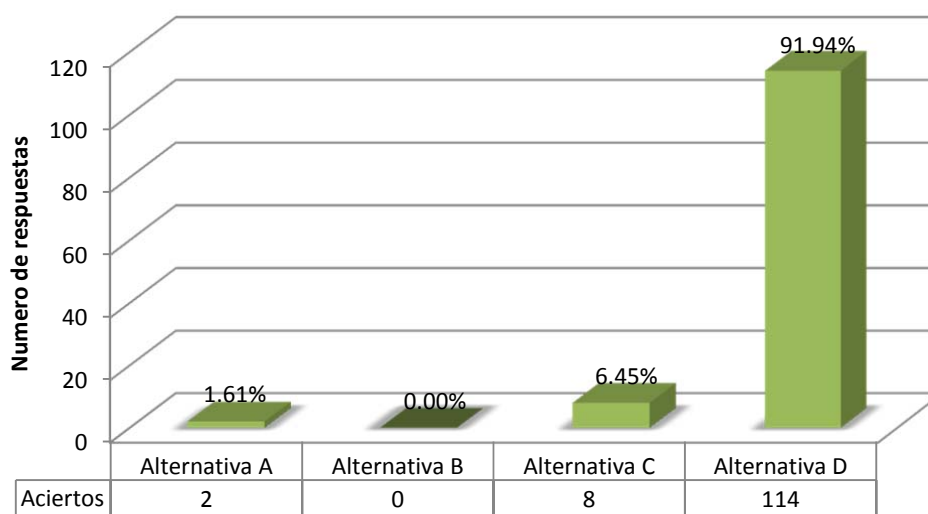
**TABLA Nº 10 REQUERIMIENTOS PARA QUE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO SEA VALIDO**

	Aciertos	Porcentaje
A. La capacidad mental adecuada del paciente de tomar decisiones (competencia).	2	1,61%
B. La recepción de información adecuada.	0	0,00%
C. El paciente debe actuar libremente, sin coacción, en la elección de la mejor opción sobre su condición de salud.	8	6,45%
D. Todos los ítems son verdaderos. (Correcta)	114	91,94%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 10 “validez del consentimiento informado” tuvo la opción correcta en la clave d) “todos los ítems son verdaderos” respondida por 91,94% de los médicos.

GRAFICO N° 10 REQUERIMIENTOS PARA QUE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO SEA VALIDO



11.- PREGUNTA: FASES DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

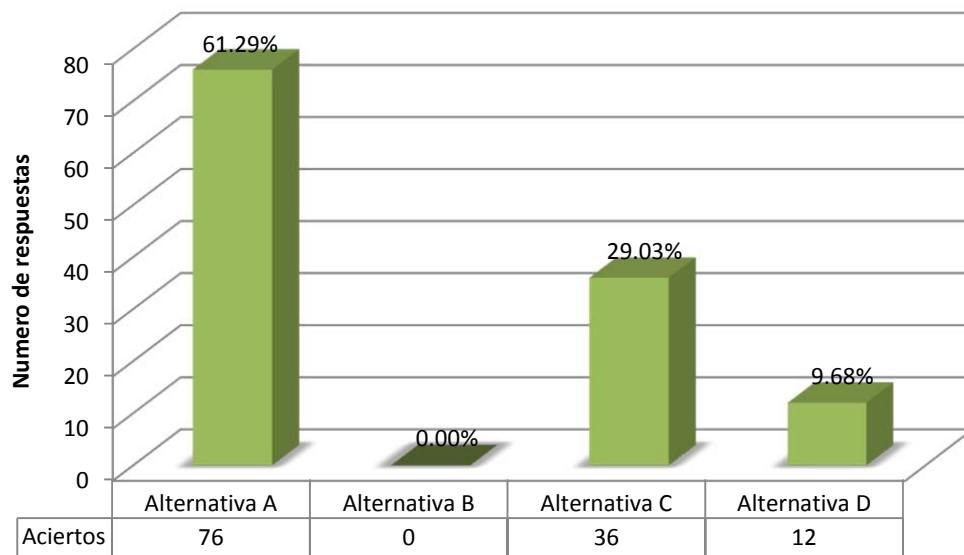
TABLA Nº 11 FASES DEL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

	Aciertos	Porcentaje
A. Fase de información completa, fase de información específica y fase de evaluación, clarificación y elección del paciente. (Correcta)	76	61,29%
B. Fase de lectura del documento de consentimiento informado, fase de elección del paciente.	0	0,00%
C. Fase de información completa, clarificación y elección del paciente.	36	29,03%
D. Fase de interacción médico-paciente, fase de elección del paciente.	12	9,68%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 11 “fases del proceso de consentimiento informado” fue respondida correctamente a) “fase de información completa, fase de información específica y fase de evaluación, clarificación y elección del paciente” por 76 de los galenos (61.29%).

**GRAFICO Nº 11 FASES DEL PROCESO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



**12.- PREGUNTA: PROPORCIONAMIENTO DE MAS INFORMACION
QUE LA DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

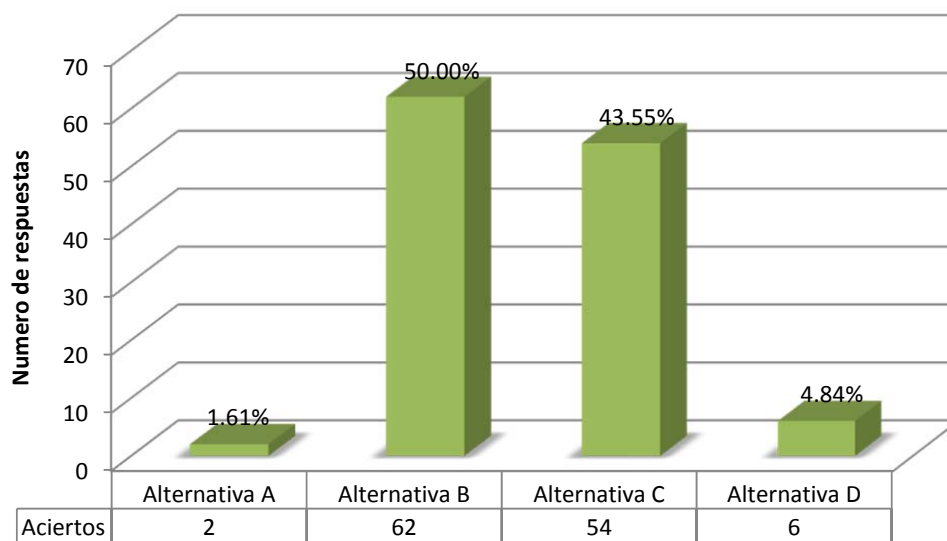
**TABLA Nº 12 PROPORCIONAMIENTO DE MAS INFORMACION QUE LA
DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. No, a pesar que el paciente lo solicite.	2	1,61%
B. Sí, a pesar que el paciente no lo solicite. (Correcta)	62	50,00%
C. Sí, sólo si el paciente lo solicita.	54	43,55%
D. No, el formulario aporta todas las explicaciones.	6	4,84%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 12 “¿debería darse más explicaciones que las aportadas en el formulario de consentimiento informado?” respondieron correctamente b) “sí, sólo si el paciente lo solicita”, 62 (50.00%) médicos participantes.

**GRAFICO N° 12 PROPORCIONAMIENTO DE
MAS INFORMACION QUE LA DEL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**



**13.- PREGUNTA: MODO DE APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN PACIENTES**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

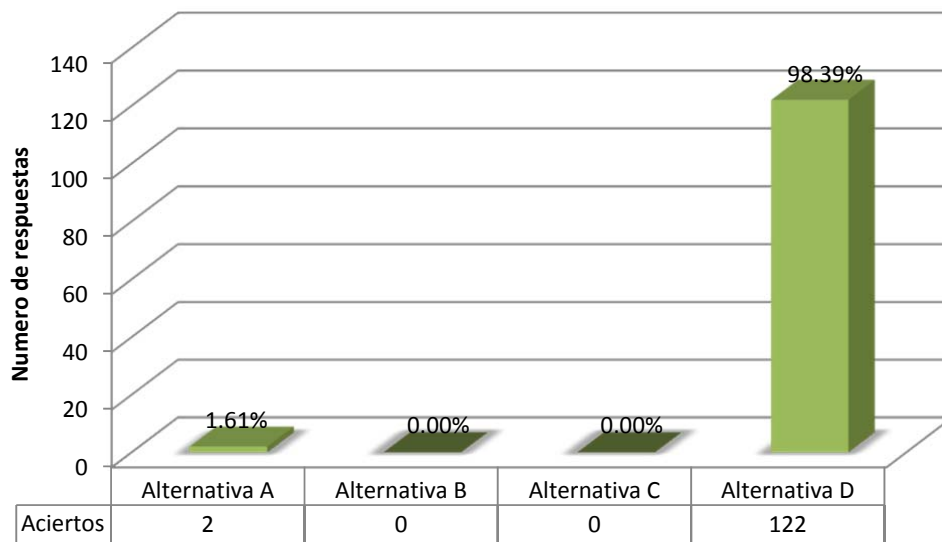
**TABLA Nº 13 MODO DE APLICACIÓN DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN PACIENTES**

	Aciertos	Porcentaje
A. El personal de salud que aplica lee el contenido del formulario al paciente.	2	1,61%
B. El personal de salud que aplica entrega el formulario al paciente para que sea él mismo quien lea.	0	0,00%
C. Un familiar lee el consentimiento informado al paciente.	0	0,00%
D. 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. (Correcta)	122	98,39%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 13 sobre el “modo de aplicación del consentimiento informado en los pacientes” respondieron correctamente d) “el personal de salud lee el contenido del formulario y permite que el participante acceda al documento y realice las preguntas que sean necesarias” 122 médicos (98.39%).

**GRAFICO N° 13 MODO DE APLICACIÓN DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN
PACIENTES**



**14.- PREGUNTA: CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE SUSCRIBE
EL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

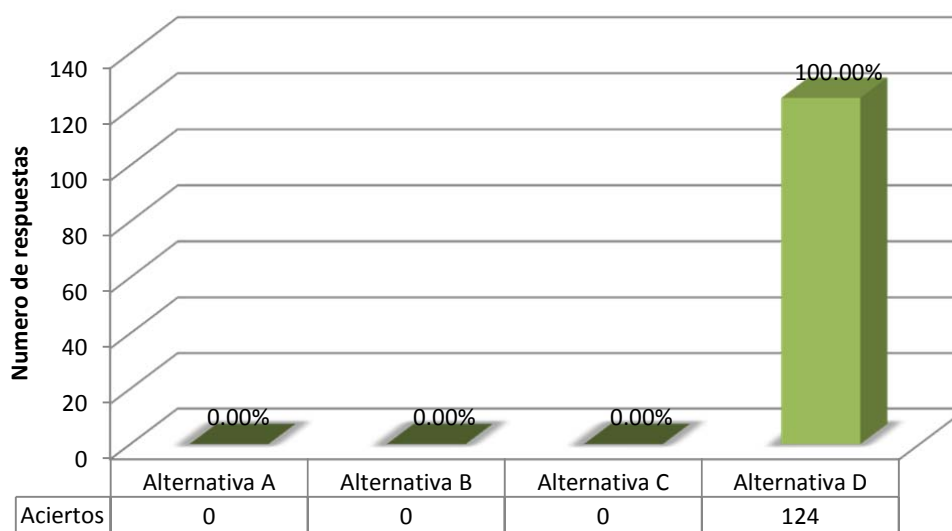
**TABLA Nº 14 CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE QUE SUSCRIBE EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Edad adecuada (> de 18 años).	0	0,00%
B. Capacidad de elección.	0	0,00%
C. Capacidad de decisión.	0	0,00%
D. Todas. (Correcta)	124	100,00%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 14 “características del paciente que suscribe el consentimiento informado” fue respondida de manera correcta d) “todas” por 124 de los participantes que hacen un 100.00%

**GRAFICO N° 14 CARACTERÍSTICAS DEL
PACIENTE QUE SUSCRIBE EL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



15.- PREGUNTA: TIEMPO QUE DISPONE EL PACIENTE DESDE EL INICIO DE LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO HASTA LA FIRMA DEL MISMO

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

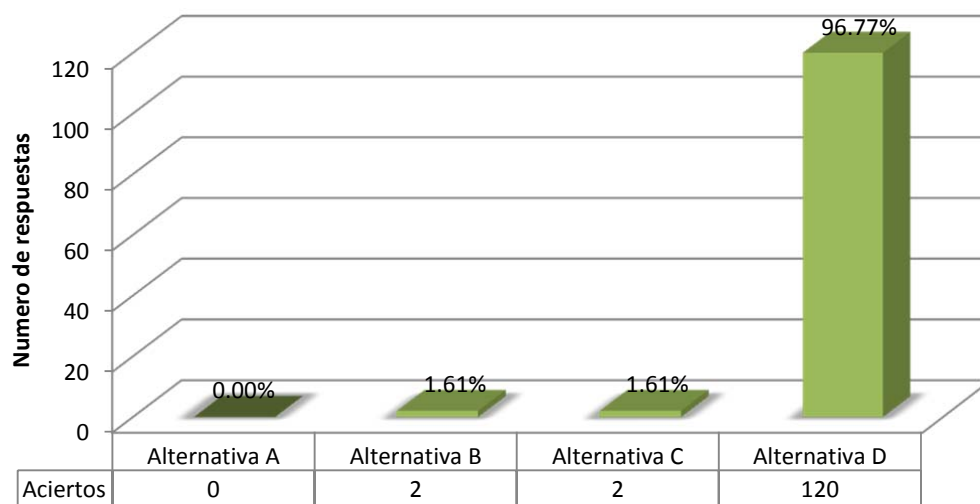
TABLA Nº 15 TIEMPO QUE DISPONE EL PACIENTE DESDE EL INICIO DE LA APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO HASTA LA FIRMA DEL MISMO

	Aciertos	Porcentaje
A. Menos de 10 minutos.	0	0,00%
B. 10 a 30 minutos.	2	1,61%
C. Hasta 24 horas.	2	1,61%
D. Lo que necesite. (Correcta)	120	96,77%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

Respecto al “tiempo que dispone el paciente desde el inicio de la aplicación del consentimiento informado hasta la firma del mismo” en la pregunta 15, respondieron correctamente 120 médicos (96.77%) con la opción d) “lo que necesite”.

**GRAFICO Nº 15 TIEMPO QUE DISPONE EL
PACIENTE DESDE EL INICIO DE LA APLICACIÓN
DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO HASTA LA
FIRMA DEL MISMO**



**16.- PREGUNTA: FIRMA DEL TESTIGO EN EL FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

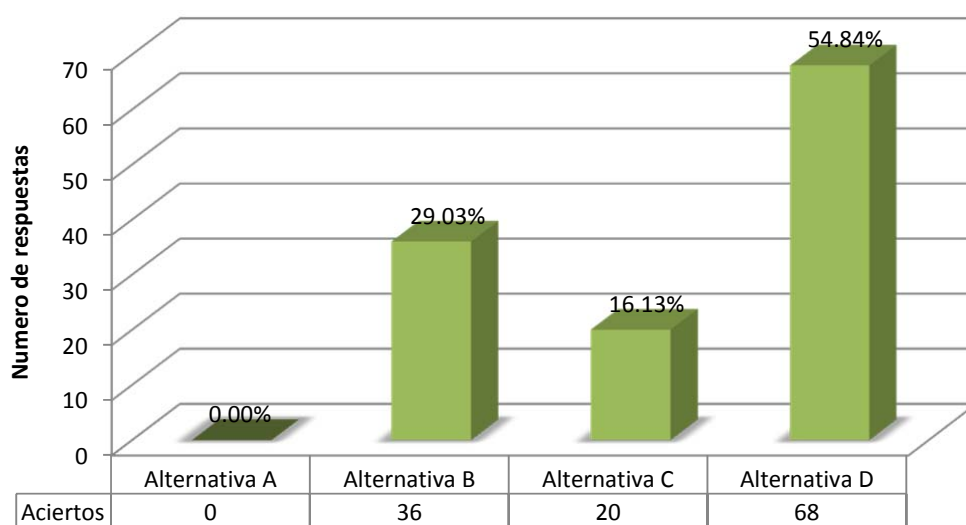
**TABLA Nº 16 FIRMA DEL TESTIGO EN EL FORMULARIO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Nunca.	0	0,00%
B. Ocasionalmente. (Correcta)	36	29,03%
C. La mayoría de las veces.	20	16,13%
D. Siempre.	68	54,84%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 16 “¿considera importante la firma de un testigo en el formulario de consentimiento informado?” fue respondida correctamente con la respuesta b) “ocasionalmente” por 29.03% de los participantes.

**GRAFICO Nº 16 FIRMA DEL TESTIGO EN EL
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**



**17.- PREGUNTA: LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Y LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

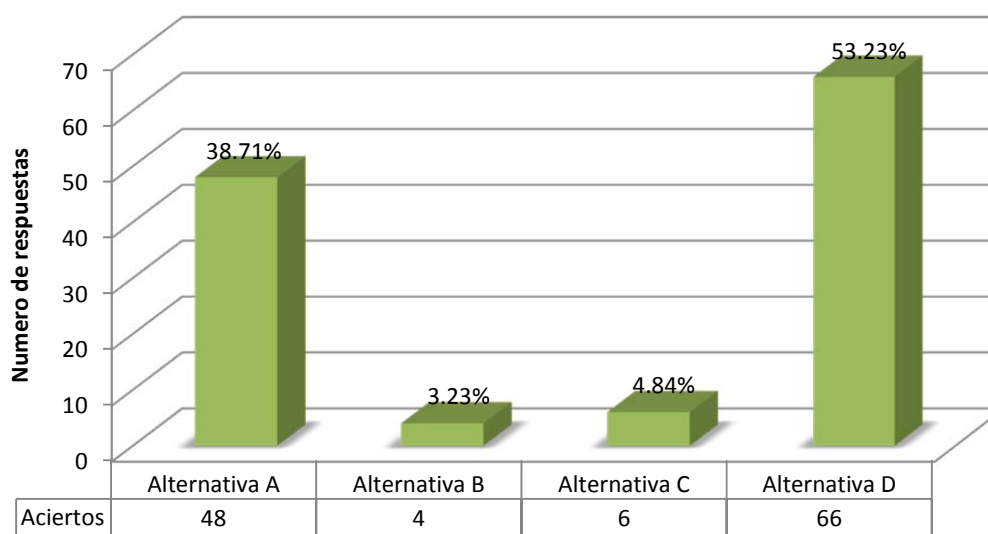
**TABLA N° 17 LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Y LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento diagnóstico inadecuado, aunque el daño causado esté contemplado en el documento firmado.	48	38,71%
B. Libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, si el daño causado está contemplado en el documento firmado.	4	3,23%
C. Libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, a pesar que el daño causado esté contemplado en el documento firmado.	6	4,84%
D. No libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, aunque el daño causado esté o no contemplado en el documento firmado. . (Correcta)	66	53,23%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 17 acerca de “la responsabilidad médica y la firma del consentimiento informado” tuvo 66 respuestas correctas (53.23%) en la opción d) “no libera al médico de responsabilidad ante un procedimiento inadecuado, aunque el daño causado esté o no contemplado en el documento firmado”.

GRAFICO Nº 17 LA RESPONSABILIDAD MÉDICA Y LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



**18.- PREGUNTA: EL MÉDICO QUE SOLICITA LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

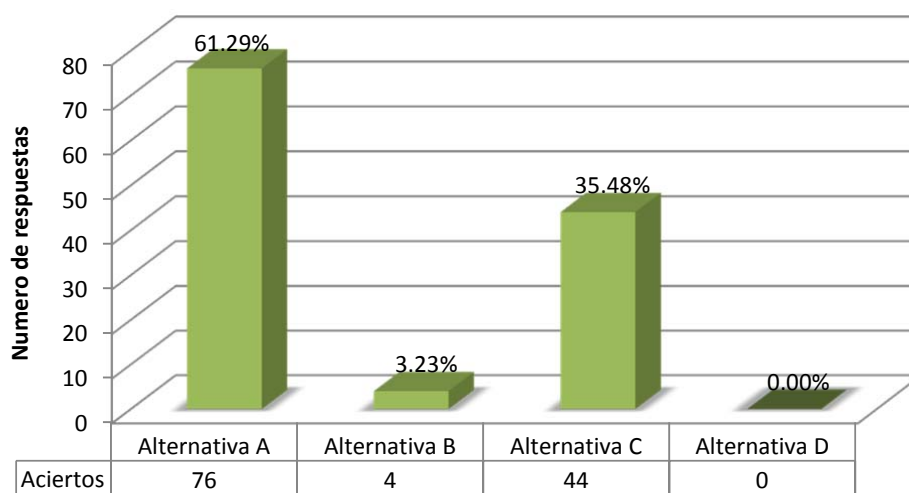
**TABLA Nº 18 EL MÉDICO QUE SOLICITA LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Siempre debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.	76	61,29%
B. En algunas ocasiones debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.	4	3,23%
C. No necesariamente debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico. (Correcta)	44	35,48%
D. Nunca debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico.	0	0,00%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La pregunta 18 “médico que solicita la firma del consentimiento informado” fue respondida correctamente por el 35,48% de participantes con la opción c) “no necesariamente debe ser el mismo que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico”.

**GRAFICO Nº 18 EL MÉDICO QUE SOLICITA
LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO**



**19.- PREGUNTA: EL MÉDICO QUE SOLICITA LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

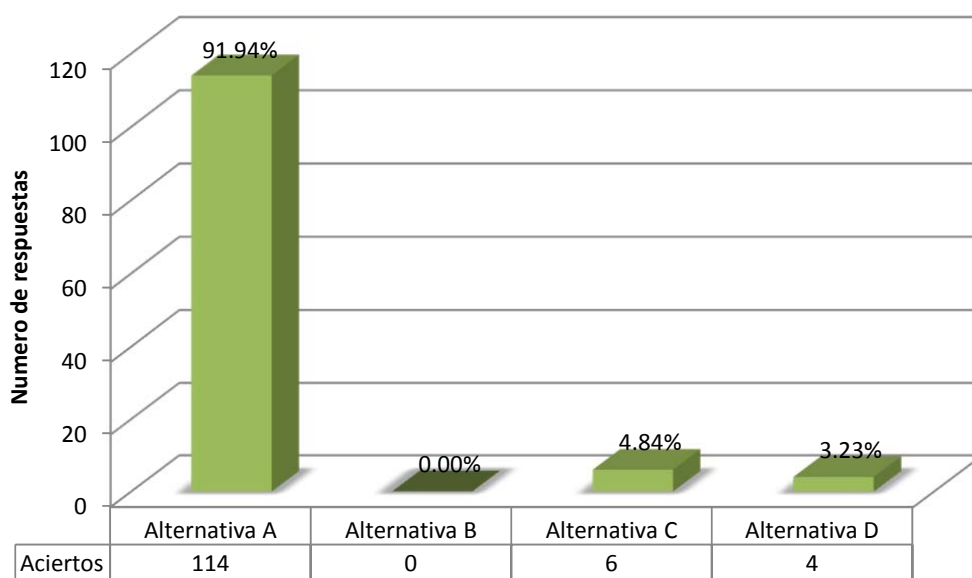
**TABLA Nº 19 EL MÉDICO QUE SOLICITA LA FIRMA DEL
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. En cualquier momento, hasta la realización de dicho procedimiento. (Correcta)	114	91,94%
B. Hasta un día antes de la realización de dicho procedimiento.	0	0,00%
C. Hasta una hora antes de la realización de dicho procedimiento.	6	4,84%
D. No puede rechazar el procedimiento si ya firmó el consentimiento informado.	4	3,23%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

En la pregunta 19 sobre la “revocatoria del documento de consentimiento informado”, eligieron la opción correcta a) “en cualquier momento, hasta la realización de dicho procedimiento” 114 médicos (91,94%).

GRAFICO Nº 19 EL MÉDICO QUE SOLICITA LA FIRMA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO



**20.- PREGUNTA: COPIA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

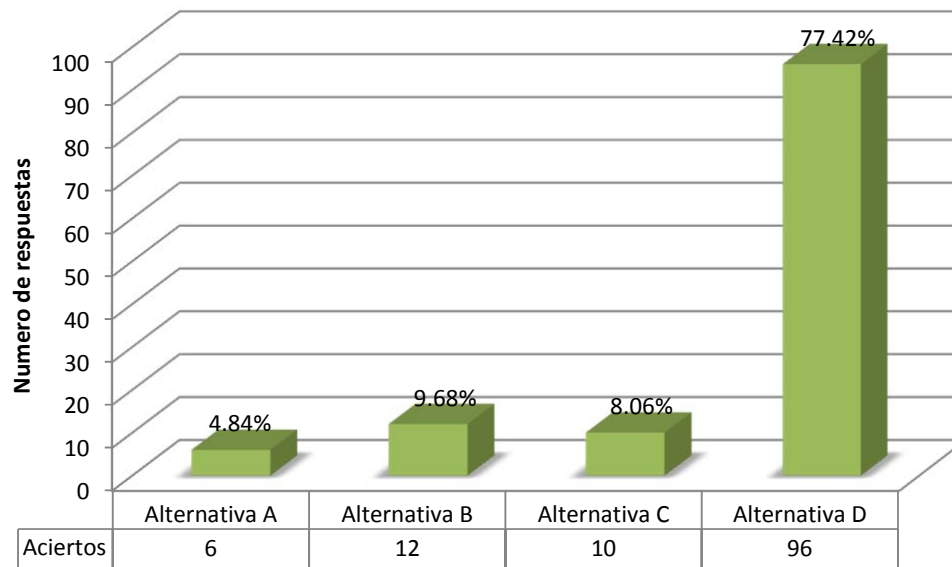
**TABLA Nº 20 COPIA DEL DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO**

	Aciertos	Porcentaje
A. Nunca.	6	4,84%
B. De vez en cuando.	12	9,68%
C. La mayoría de las veces.	10	8,06%
D. Siempre. (Correcta)	96	77,42%
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

La última pregunta del cuestionario “¿debería entregarse al paciente una copia del documento de consentimiento informado?” tuvo 96 respuestas correctas (77,42%) con la opción d) “siempre”.

**GRAFICO N° 20 COPIA DEL DOCUMENTO DE
CONSENTIMIENTO INFORMADO**



III.3 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estaninos (Anexo N° 8) para hallar el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en 124 médicos de la Región Salud Moquegua se obtuvo que:

1.- NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICOS DE LA REGION SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

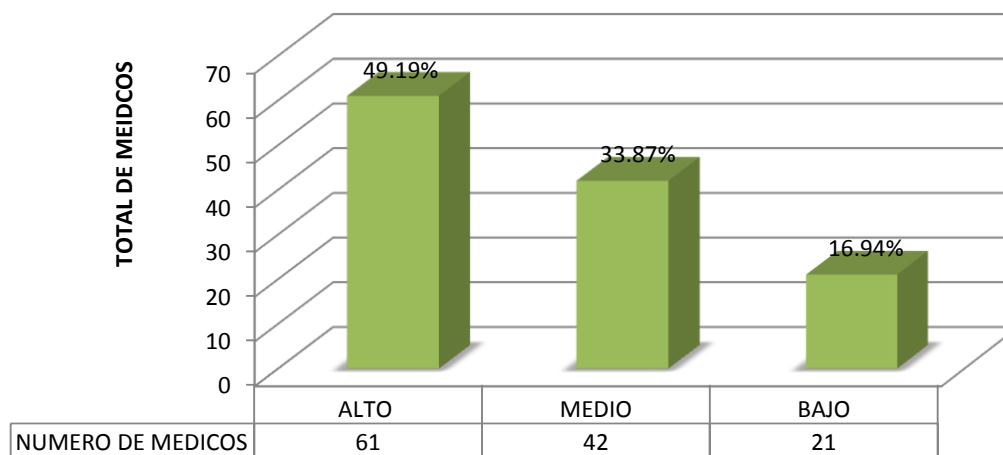
TABLA N° 21 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MEDICOS DE LA REGION SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013

	Aciertos	Porcentaje
Nivel de conocimiento Alto	61	49,19
Nivel de conocimiento Medio	42	33,87
Nivel de conocimiento Bajo	21	16,94
Total	124	100,00%

Fuente: Cuestionario.

De un total de 124 médicos, 49,2% (61) de médicos tuvieron nivel alto de conocimientos; el 33,9% (42) medio, y 16,9% (21), bajo.

GRAFICONº 21 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN LA REGION SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE, 2013



**2.- RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA EDAD DE LOS MÉDICOS DE LA
REGIÓN SALUD MOQUEGUA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

**TABLA Nº 22 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA EDAD DE LOS MÉDICOS DE LA
REGIÓN SALUD MOQUEGUA**

	Edad									
	Menor o igual a 30 años		31 – 40 años		41 – 50años		Mayor a 50 años		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	10	8,1	16	12,9	13	10,5	22	17,7	61	49,2
Medio	5	4,0	7	5,6	17	13,7	13	10,5	42	33,9
Bajo	3	2,4	6	4,8	9	7,3	3	2,4	21	16,9
Total	18	14,5	29	23,4	39	31,5	38	30,6	124	100,0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,980 ^a	6	,240
Razón de verosimilitudes	8,557	6	,200
N de casos válidos	124		

a. 2 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,05.

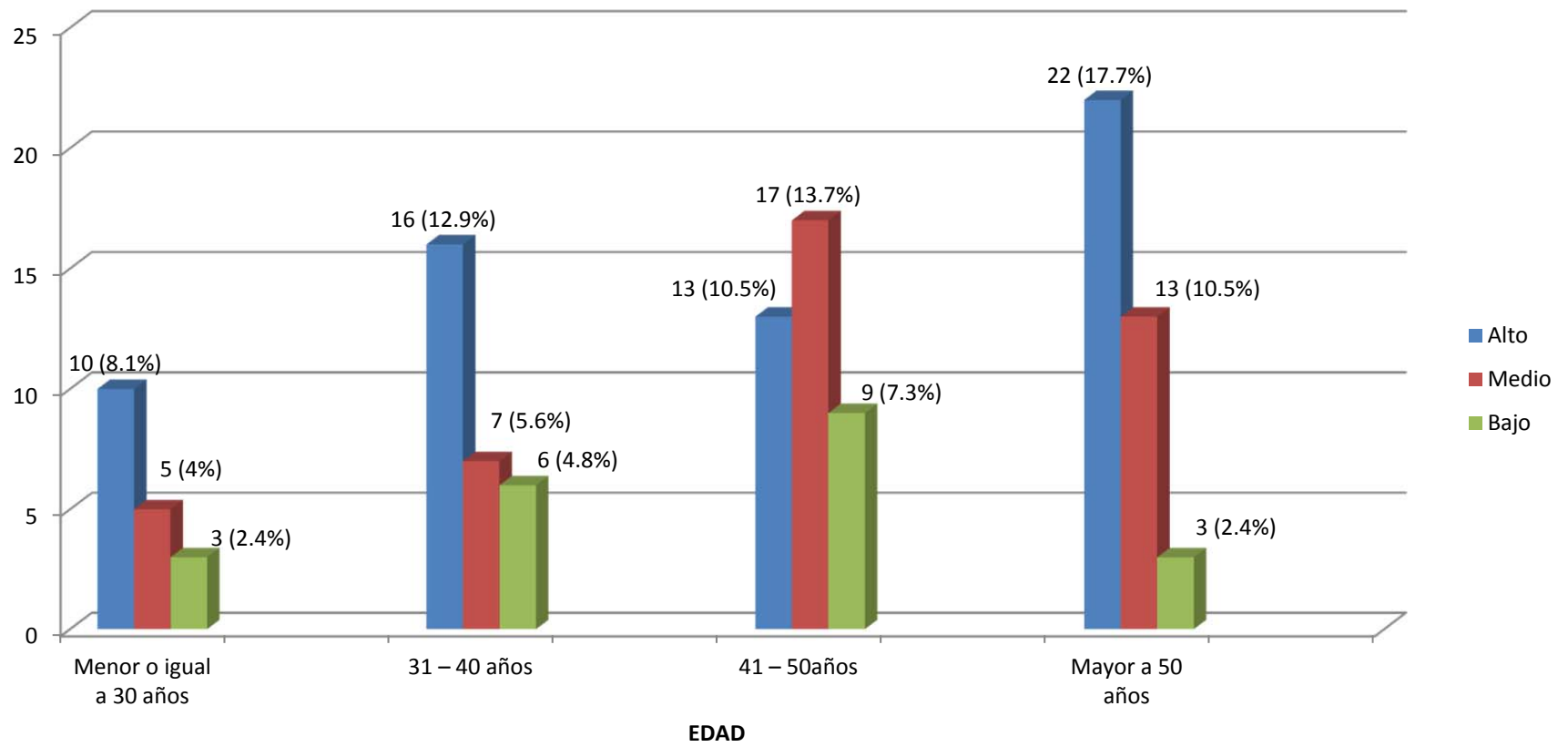
De un total de profesionales médicos que laboran de la Región Salud Moquegua encuestados, que tienen una edad mayor a 50 años se obtuvo que el 17,7% de ellos obtuvieron un nivel de conocimiento de consentimiento

informado alto, un 10,5% medio y 2,4% de este mismo grupo obtuvo un nivel bajo. Dentro de los médicos con una edad de 41 a 50 años con nivel de conocimiento sobre consentimiento informado alto se obtuvo un 10,5%, nivel medio, 13,7% y nivel bajo 7,3%, La población de galenos entre 31 y 40 años de edad obtuvo un nivel alto en 12,9%, nivel medio 5,6% y nivel bajo 4,8% y el grupo más joven de médicos menores a 31 años obtuvo un nivel alto en 8,1%, nivel medio 4,0% y nivel bajo 2,4%.

Con un valor χ^2 de 7.980 y una significancia de 0,240 siendo mayor a 0.05 no rechazándose la hipótesis nula. Pudiéndose afirmar que hay no hay relación estadísticamente significativa entre los años de los médicos y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.



GRAFICO Nº 22 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA EDAD DE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

3.- RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS AÑOS DE PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO
EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”

TABLA Nº 23 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS AÑOS DE PROFESIONAL DE
LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA

	Tiempo										Total	
	Menor o igual a 5 años		06 – 10 años		11 – 15 años		16 – 20 años		Mayor a 20 años			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	12	9,7	12	9,7	5	4,0	8	6,5	24	19,4	61	49,2
Medio	5	4,0	6	4,8	4	3,2	11	8,9	16	12,9	42	33,9
Bajo	3	2,4	5	4,0	4	3,2	5	4,0	4	3,2	21	16,9
Total	20	16,1	23	18,5	13	10,5	24	19,4	44	35,5	124	100,0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,953 ^a	8	,438
Razón de verosimilitudes	8,074	8	,426
N de casos válidos	124		

a. 5 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,20.

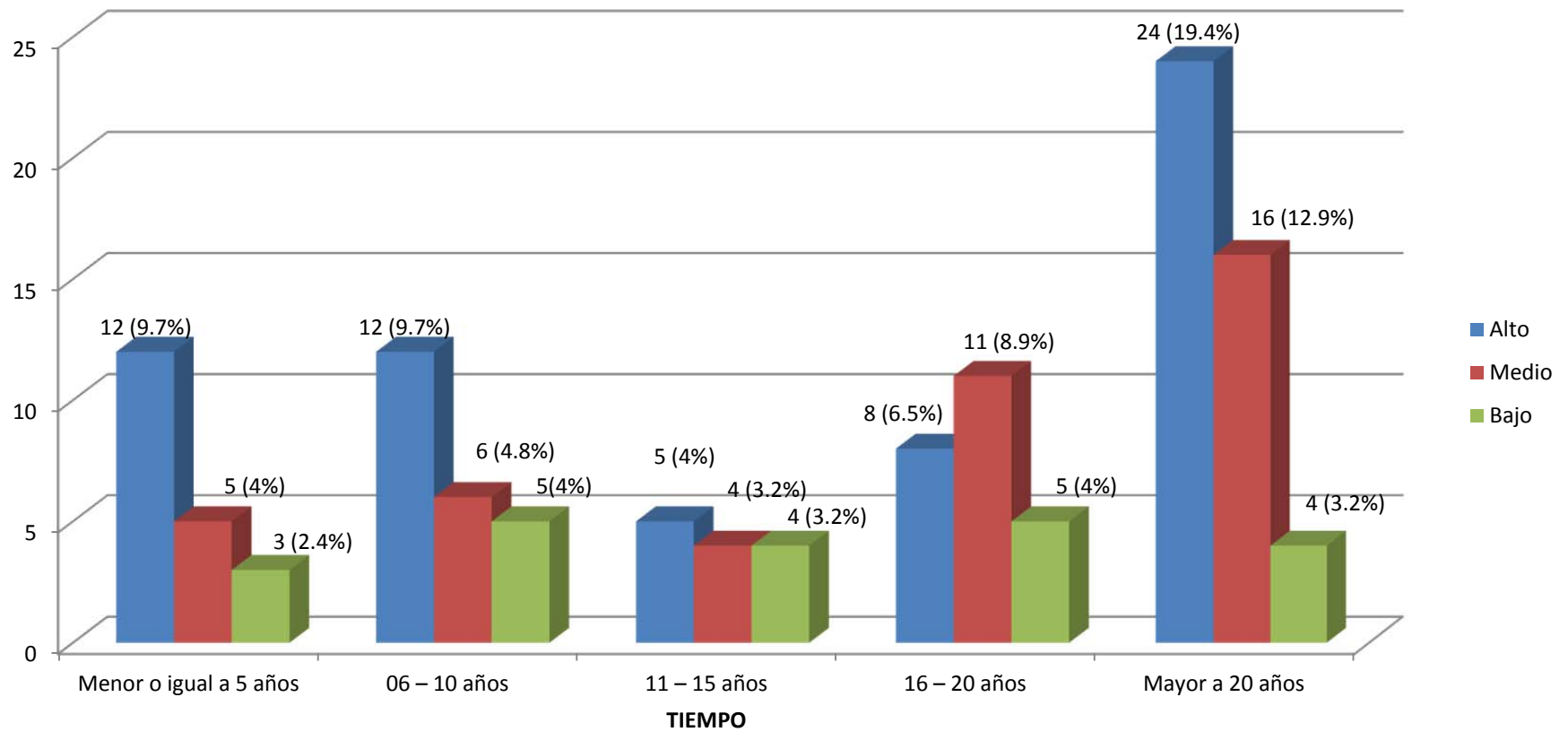
Los médicos de la Región Salud Moquegua que tienen años de profesional mayor a 20 años obtuvieron un nivel alto en 19,4% medio en 12,9% y bajo en 3,2%, de médicos tienen que tienen entre 16 y 20 años de

profesional se obtuvo un nivel alto en 6,5% medio 8,9% en y bajo en 4%, del grupo comprendido por los galenos que tienen un tiempo de profesional entre 11 y 15 años se obtuvo un nivel de conocimiento alto en 4,0% medio 3,2% en y bajo en 3,2%, de los médicos que tienen entre 6 y 10 años de profesional se obtuvo un nivel alto en 9,7% medio 4,8% en y bajo en 4,0%, y el último grupo formado por médicos jóvenes con un tiempo de profesional menor a 6 años se obtuvo un nivel alto en 9,7% medio 4,0% en y bajo en 2,4%.

Con un valor χ^2 de 7.953 con una significancia de 0,438 siendo mayor a 0.05 no rechazándose la hipótesis nula. Pudiéndose afirmar que no hay relación estadísticamente significativa entre los años de profesional de los médicos y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado



GRAFICO Nº 23 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LOS AÑOS DE PROFESIONAL DE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

4.- RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”

**TABLA Nº 24 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE LOS
MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA**

	Especialidad				Total	
	No especialista		Especialista			
	F	%	F	%	F	%
Alto	27	21,8	34	27,4	61	49,2
Medio	17	13,7	25	20,2	42	33,9
Bajo	16	12,9	5	4,0	21	16,9
Total	60	48,4	64	51,6	124	100,0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,968 ^a	2	,019
Razón de verosimilitudes	8,269	2	,016
N de casos válidos	124		

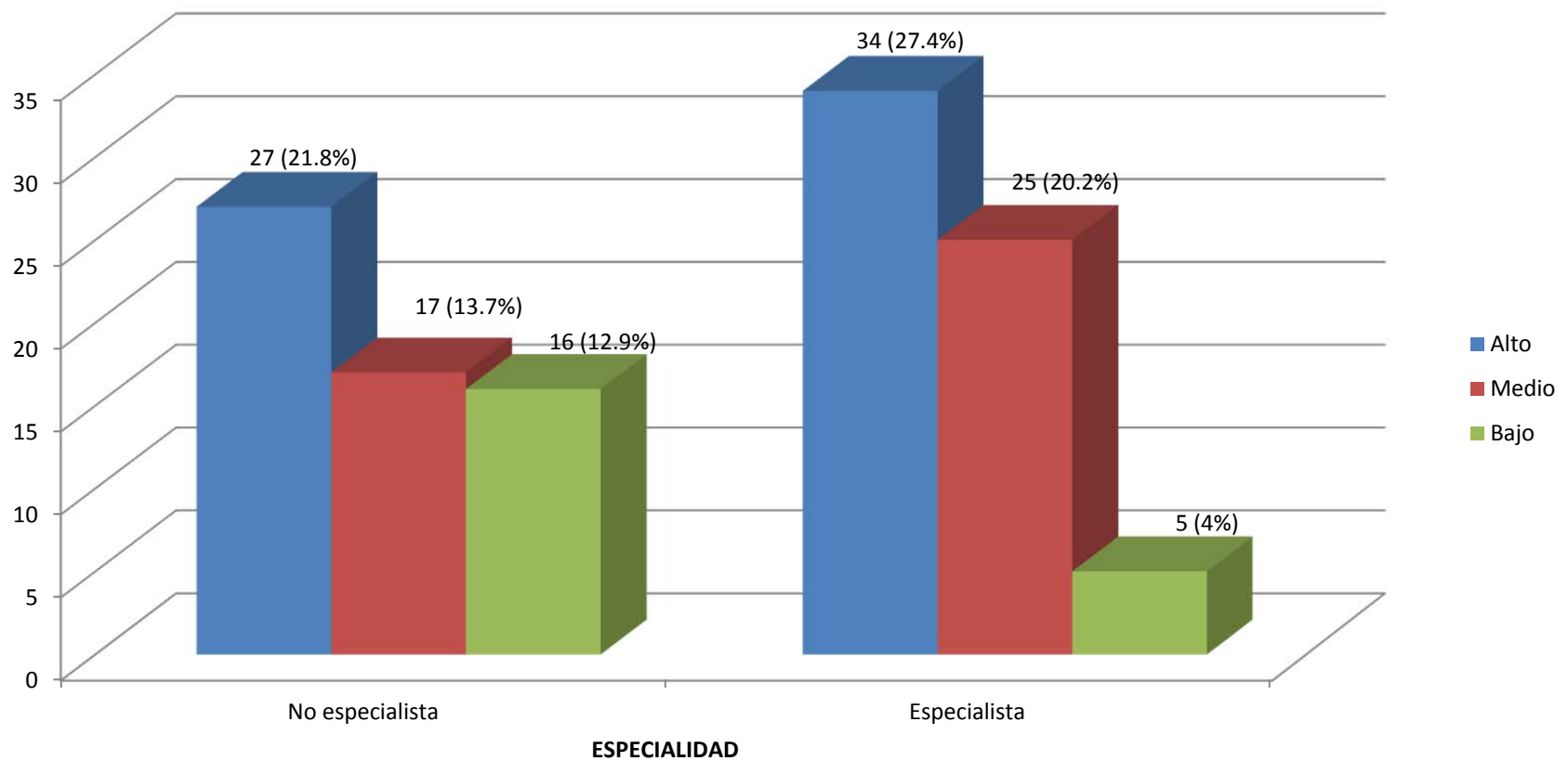
a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 10,16.

Del total de galenos encuestados que poseen especialidad el 27,4% de médicos tienen un nivel de conocimiento sobre consentimiento informado alto, mientras que otros especialistas tienen un nivel medio y bajo en un

20,2% y un 4,0% respectivamente, con respecto a los médicos generales, se obtuvo un nivel alto en 21,8% medio 13,7% en y bajo en 12,9%. Con un valor χ^2 de 7.968 y con una significancia de 0,019 siendo menor a 0.05 rechazándose la hipótesis nula. Pudiéndose afirmar que hay una relación directa estadísticamente significativa entre la especialidad médica y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.



GRAFICO N° 24 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y LA ESPECIALIDAD MÉDICA DE LOS MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

**5.- RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL GRADO ACADÉMICO DE LOS
MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA**

**“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO
INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA
DICIEMBRE 2013”**

**TABLA Nº 25 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL GRADO ACADÉMICO DE LOS
MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA**

	Grado					
	Grado		Post grado		Total	
	F	%	F	%	F	%
Alto	47	37,9	14	11,3	61	49,2
Medio	25	20,2	17	13,7	42	33,9
Bajo	16	12,9	5	4,0	21	16,9
Total	88	71,0	36	29,0	124	100,0

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,043 ^a	2	,132
Razón de verosimilitudes	3,942	2	,139
N de casos válidos	124		

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,10.

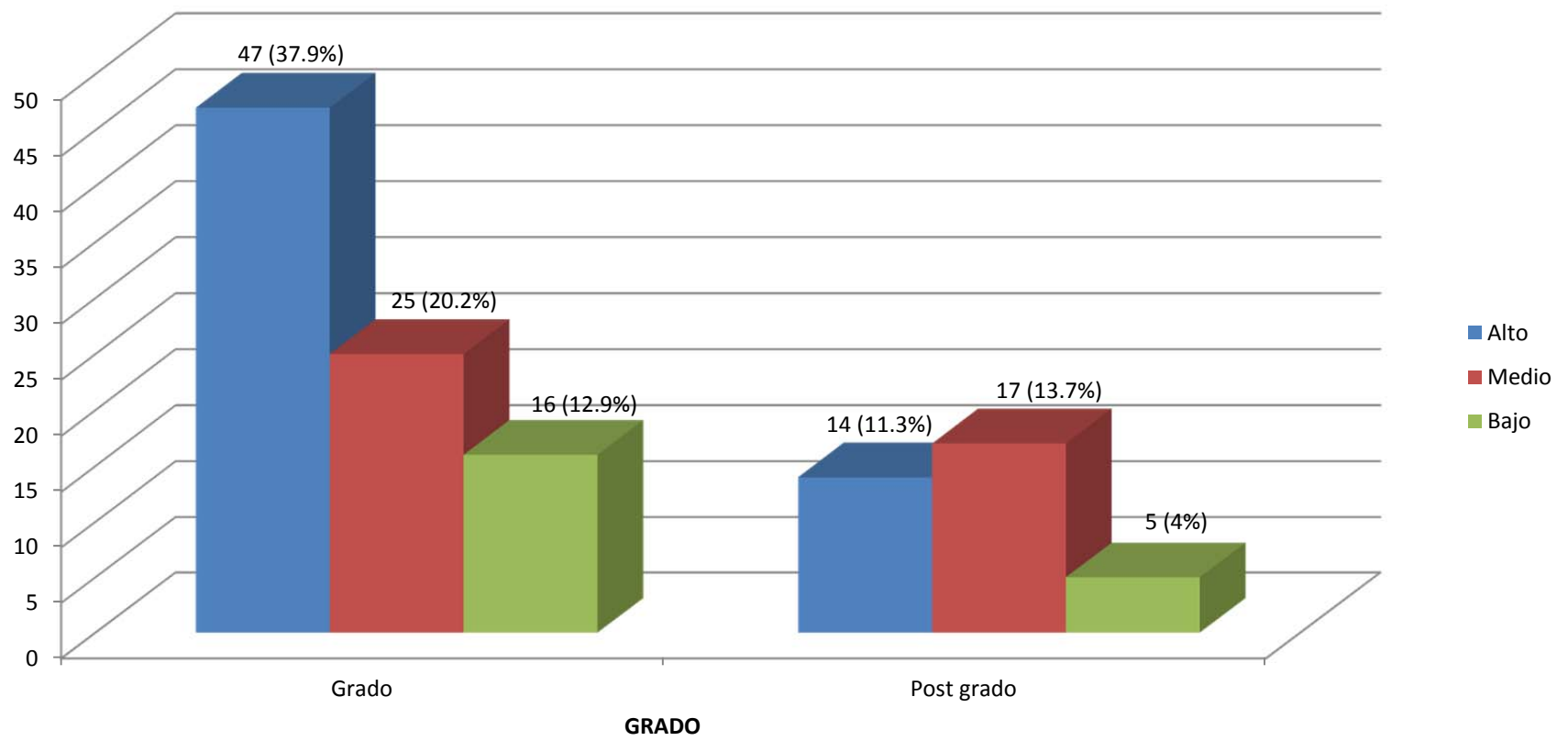
De todos los médicos que participaron en esta investigación el 37,9% de médicos tienen un nivel de conocimiento sobre consentimiento informado alto y solamente poseen grado académico, 20,2% un nivel medio y 12,9 un

nivel bajo. De los médicos que cuentan con un postgrado contradictoriamente se obtuvo un nivel alto sobre consentimiento informado en solo un 11,3%, medio en 13,7 y bajo en 4%, haciendo recalcar que de los 124 encuestados ninguno obtuvo el grado de doctor, siendo todos ellos magísteres.

Con un valor χ^2 de 4.043 con una significancia de 0,132 siendo mayor a 0.05 no rechazándose la hipótesis nula. Pudiéndose afirmar que hay no hay relación estadísticamente significativa entre grado académico y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.



**GRAFICO Nº 25 RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
CONSENTIMIENTO INFORMADO Y EL GRADO ACADÉMICO DE LOS
MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA**



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
En su investigación no olvide referenciar esta tesis

III. DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Se entiende por consentimiento informado como la aceptación libre por parte de un paciente de un acto diagnóstico o terapéutico, después de haber sido adecuadamente informado al respecto. Los requerimientos básicos necesarios para que sea válido son: libertad de decisión, competencia para decidir e información suficiente. Queda constancia de que se ha producido el consentimiento informado mediante la firma de un documento de consentimiento informado, que conlleva el deber previo de informar correctamente al paciente⁴⁶

El consentimiento informado en nuestro país se resume a un simple formato, adaptado por cada hospital como requisito para poderse llevar a cabo procedimientos complejos, que si bien es cierto el personal debería tener conocimiento completo sobre lo que este formato significa y también estar seguro que al hacer fírmalo al paciente este despeje todas sus dudas sobre el tipo de procedimiento que se le realizara. Por ello la importancia de la presente investigación. El instrumento utilizado en la investigación tuvo 20 preguntas cerradas, politómicas, exhaustivas y excluyentes ante la facilidad de realización del cuestionario por los sujetos en estudio. La inclusión de preguntas de respuesta abierta es una posibilidad de libertad de expresión y opinión respecto al tema muy acertada pero no se incluyó en el presente estudio. Este cuestionario se limita al estudio del conocimiento teórico del consentimiento informado.

Zavala S. y Sogi C. Publicaron el año 2012, dos artículos donde se analiza el conocimiento sobre la autonomía del paciente y la toma de decisiones en salud en internos de medicina y médicos jóvenes mediante situaciones hipotéticas.⁴⁷ De alguna manera, con ello, se evalúa la aplicación práctica de los conocimientos sobre consentimiento informado. Se demostró una discordancia entre el análisis y la decisión ética y una actitud defensiva en la población de estudio.

Hoy es comúnmente aceptado que el Consentimiento Informado es un proceso gradual y verbal en el seno de la relación médico-paciente, en virtud del cual, el paciente acepta, o no, someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico, después de que el médico le haya informado en calidad y cantidad suficientes sobre la naturaleza, los riesgos y beneficios que el mismo conlleva, así como sus posibles alternativas.⁴⁸

Es por esto que el Consentimiento Informado continúa siendo el tema estrella de la mayoría de las reuniones de Derecho Médico por sus implicaciones éticas y jurídicas en la práctica asistencial, porque no sólo facilita el incremento de los conocimientos que del proceso terapéutico, intervención facultativa o investigativa que deba poseer el enfermo, sino que se convierte en un medio de desarrollo de habilidades comunicativa, personalógicas y profesionales del equipo médico que establece la relación con el paciente propiciando la posibilidad de trazarse metas comunes para alcanzar estadios cualitativamente superiores dentro del proceso salud enfermedad. Sin embargo, el médico puede cometer errores, los mismos que no serán reprochables, ética y legalmente, si ha tratado al paciente con los medios adecuados, con los conocimientos actuales y siguiendo las normas que su deber le imponen; ya que durante el ejercicio de la Medicina, hay momentos en donde el Médico debe tomar decisiones trascendentales, en especial en las situaciones de vida o muerte de un paciente; en éstas circunstancias el médico no se detiene a preguntarse si lo que se propone realizar pueda entrañar consecuencias legales, puesto que al hacerlo podría convertirse en un letal freno, que en última circunstancia sólo perjudicaría al paciente.⁴⁹

El presente instrumento fue revalidado por el autor de este trabajo por una prueba piloto mediante el método de Alfa de Cronbach, cuyo coeficiente de consistencia interna fue 0.56, este no es idealmente mayor de 0.7, pero permite mediante el cuestionario, realizar comparaciones entre poblaciones. Una confiabilidad baja puede estar en relación, según Goode y Hatt, a las diferencias de conocimiento, heterogeneidad de los sujetos y redacción de la

pregunta.⁵⁰ La primera y la segunda se deben a que los participantes son de diversas escuelas de medicina, diferentes edades, y diferentes grados académicos. La redacción de las preguntas evidencia lo difícil de elaborar un examen de conocimiento en ética según Zavala S, Sogi C.⁵¹

El estudio realizado contó con la participación de 124 médicos de la Región Salud Moquegua siendo un total de 182 médicos los que laboraron en la Región Salud Moquegua el mes de diciembre de 2013. La población estudiada fue heterogénea en la edad, grado académico, especialidad. Una limitación en los resultados del presente estudio fue la ubicación de los médicos ya que en los centros de salud solo cuentan con escasos médicos y generalmente su rol de turnos es muy variable, añadiéndose a ello la dificultad para llegar a algunos centros de salud que se encuentran en zonas rurales poco accesibles al transporte público. En el presente estudio, el porcentaje de médicos con un nivel alto de conocimiento, es decir adecuado, sobre consentimiento informado fue sólo de aproximadamente la mitad de los encuestados. Una realidad preocupante siendo estos los médicos con los que nos encontramos en el día a día y no conocen adecuadamente este importante proceso ni su significado.

Más aún, la investigación realizada midió el nivel de conocimiento teórico pero no el práctico. El sistema educativo universitario presenta deficiencias en la enseñanza de la ética médica. Si bien, las universidades imparten el curso de bioética médica o ética dentro de su plan curricular no existe un ente superior que evalúe las capacidades teóricas y prácticas adquiridas por los estudiantes de medicina.

El instrumento de recolección de datos se estructuró en 20 preguntas sobre diversos aspectos del consentimiento informado.

El *concepto* del consentimiento informado es conocido por la gran mayoría de médicos. Es importante mencionar que tienen noción teórica de que la “conformidad del paciente con respecto a la atención médica es libre y consciente”, y que el consentimiento informado no es simplemente la “firma

de un documento necesario en la historia clínica” que era otra opción en la pregunta. Los *objetivos* del consentimiento informado fue respondida correctamente por cerca del 80% de los médicos encuestados, con las opciones “mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas” y “protección de los derechos de los pacientes” basados en el Código de Ética y Deontología y la Ley General de Salud. Es importante que un interno de medicina conozca la evolución del tipo de relación médico-paciente a través del tiempo. La opción “deliberativo” fue acertada por el casi la mitad de participantes.

La definición del consentimiento informado del Manual de Ética del Colegio de Médicos Americanos, de 1984, señala: "El consentimiento informado consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; el médico no debe sacar partido de su potencial dominancia psicológica sobre el paciente".⁵²

La interpretación de la frase: "Favorecer o al menos no perjudicar" del libro *Las Epidemias*, según Diego Gracia es: "Estrictamente paternalista. No es necesario que así suceda.⁵³ Y, si el favorecer se entiende conforme a los principios del consentimiento informado, no se ve por qué no ha de seguir siendo el santo y seña de la ética médica". Esta tesis también es defendida por E. Pellegrino y D. Thomasma en su libro *For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care*.⁵⁴ En la relación médico paciente, cada parte tiene su propia responsabilidad moral. El enfermo debe actuar conforme al principio de autonomía y la sociedad y el Estado de acuerdo con el principio de justicia, pero el médico debe seguir aportando a esa relación el principio ético de beneficencia.

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL PERÚ

El Comité de Bioética del Consejo Nacional de Salud, preocupado por el tema que nos ocupa, llevó a cabo dos seminarios talleres: 1) El consentimiento informado y la ética clínica, el 5 y 6 de julio de 2006; y 2) Estrategias para la implementación del consentimiento informado en el Perú, el 26 de noviembre del 2009. En este último evento, se elaboró una guía para la confección de un documento de consentimiento informado en la práctica clínica. En esta se señala que la obtención del consentimiento en la práctica clínica e investigación biomédica es por mandato de la Ley General de Salud (1997),⁵⁵ de la Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud (2004)⁵⁶ y del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú (2007).⁵⁷

En el documento citado se afirma que: "Los médicos peruanos establecen diferencias respecto a que muchos pacientes, por diversas razones, pueden plantear demandas irracionales antes o después de los procedimientos, como es el caso de pacientes con costumbres ancestrales de escasa comprensión por la medicina occidental y la incompatibilidad idiomática que no puede expresar con precisión los objetivos propuestos. Ello ocurre sobretodo en casos de emergencias o urgencias calificadas, pacientes terminales, pacientes con alteraciones neurológicas o psiquiátricas, y en quienes resulta difícil establecer la capacidad de comprensión debido a severo estrés o shock". Proponen recomendaciones para el proceso del consentimiento en la atención de personas de entornos culturales diferentes a las occidentalizadas.

La Ley General de Salud, en su artículo 4, título I, de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual, dice: "Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo"⁵⁸. Es ahí donde se hace presente el princio

bioético de autonomía del paciente. En diciembre del 2002 se da el Reglamento que modifica la citada Ley General de Salud. En esta se utiliza por primera vez el término consentimiento informado en una normatividad legal nacional. Así, en el artículo 3.3, título II, definiciones, dice: "La aceptación por parte del paciente de una atención médica quirúrgica o procedimiento, en forma libre, voluntaria o consciente, después que el médico le ha informado de la naturaleza de dicha intervención y/o tratamiento, incluyendo sus riesgos y beneficios".⁵⁹

Es por ello que la autonomía es el primer principio bioético, en lo que respecta a consentimiento informado y el cual respondieron acertadamente 83.87% médicos. Los médicos participantes en el estudio conocen que los internos que no está capacitados y no deberían aplicar el documento como lo demuestra la pregunta 9 "el personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado" fue respondida correctamente con la opción c) "interno de medicina" por la totalidad de ellos. Lamentablemente, esta función es realizada generalmente por ellos quienes usualmente "obtienen la firma del paciente" subestimando este acto, que resulta ser un simple documento legal obligatorio.

Los médicos reconocen que uno de los requisitos para que el consentimiento informado sea válido es la capacidad mental de los pacientes, siendo ésta "la habilidad para comprender los beneficios y riesgos significativos, las alternativas, para tomar y comunicar una decisión en el cuidado de su salud". Pero hay algunas barreras socio culturales y de idioma que en la serranía peruana son más marcadas. Según Simon, "todo médico debe asegurarse que su paciente es capaz de participar adecuadamente en el proceso de toma de decisiones."⁶⁰ Es una responsabilidad suya que, en principio, no puede ser delegada, aunque sí compartida. Esto exige, obviamente, que todos los profesionales sanitarios reciban un mínimo de entrenamiento en este campo", situación muy fuera de la realidad en la educación médica peruana actual. Además, determinar la capacidad mental no es tarea fácil. Con referencia a las fases de consentimiento informado

deben ser bien conocidas por el médico tratante que le aplicaría el formato de consentimiento informado. Dentro de lo prudente el paciente tiene libertad para pensar adecuadamente sobre su elección disponiendo del tiempo que crea. Así lo expresaron la mayoría de los médicos participantes. El médico no puede imponer el intervalo y quitarle al paciente la oportunidad de meditar la decisión a tomar. La firma de un testigo en el formulario de consentimiento informado es necesaria ocasionalmente cuando así se requiera. La mayoría de médicos considera que el consentimiento informado libera al médico de responsabilidades legales, esto es preocupante debido a que la esencia del documento es el respeto por los derechos y la autonomía del paciente, no la del médico. Idealmente, el proceso de consentimiento informado debería ser realizado por el mismo médico que realiza el procedimiento diagnóstico y/o terapéutico, pero ante el sistema de salud existente no necesariamente se realiza de esta manera, siempre que se le indique al paciente el nombre del médico tratante y del que aplica el documento con las firmas correspondientes. En cuando al entregar una copia del documento de consentimiento informado, no se produce de rutina en los hospitales de nuestro país, también teniendo en cuenta que el paciente nunca lo solicita⁶¹

El Consentimiento Informado ha evolucionado con el tiempo hasta convertirse en una pieza clave de la relación entre el médico y el paciente.⁶² Los profundos cambios acontecidos en esta relación, debidos fundamentalmente a una mayor autonomía del paciente como consecuencia y expresión de su dignidad, han permitido el desarrollo del concepto del Consentimiento Informado, ejemplo del respeto a la libertad del paciente. Es una exigencia ética y legal. Enfocándonos en nuestro estudio con los datos arrojados por esta investigación es un poco preocupando la situación actual de los médicos de la Región Salud Moquegua, por cuanto a que en promedio la mitad de médicos no tiene un conocimiento alto sobre consentimiento informado, reflejándose ello, en la relación médico paciente.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

IV.1 CONCLUSIONES:

Se concluye que de los médicos que laboran en la Región Salud Moquegua:

a) De un total de 124 médicos, aproximadamente la mitad de médicos tuvieron nivel alto de conocimientos; el resto de médicos obtuvieron un nivel entre medio y bajo.

b) Con referencia al nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la Región Salud Moquegua se puede afirmar que no hay relación entre los años de los médicos y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.

c) No existe relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en los médicos de la Región Salud Moquegua y los años de profesional de los médicos.

d) Hay una asociación directa entre los médicos de la Región Salud Moquegua que poseen una especialidad médica y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.

e) No parece haber relación entre el grado académico y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en los médicos de la Región Salud Moquegua.

IV.2 RECOMENDACIONES:

En vista de que solo la mitad de médicos de la región Salud Moquegua obtuvieron un nivel de conocimiento sobre conocimiento informado alto se debería coordinar con el Colegio Médico del Perú de Moquegua para instruir a los médicos sobre los temas de bioética y en especial el tema de consentimiento informado.

Solicitar a la a la facultad de medicina de la UCSM para que se realicen más estudios sobre los temas de:

- Conocimiento de temas de bioética por parte de médicos
- Calidad de información de consentimiento informado en el práctica medica
- Calidad de formatos de consentimiento informado
- Nivel de comprensión de los pacientes sobre el consentimiento informado
- Consentimiento informado en niños y adolescentes

V. BIBLIOGRAFÍA

IMPRESA

¹BROGGI TRIAS MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Bar) 1999; 112(3): 95-96.

²KAY R, SIRIWARDENA A. The process of informed consent for urgent abdominal surgery. J Med Ethics. junio de 2001;27(3):157-61.

³KATZ J., <<El médico y el paciente: su mundo silencioso>> (traducción de realizada por Agustín Bárcena de la obra original "The silent world of doctor and patient" --Nueva Cork, 1.984-- en Fondo de Cultura Económica, México 1.989.)

⁴JIMÉNEZ LÓPEZ Oved E. Tesis: El Consentimiento Informado en la práctica Médica dirigido a la Transfusión Sanguínea en pacientes programados para procedimientos quirúrgicos en Guatemala. Universidad de San Carlos de Guatemala Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales. Guatemala, Agosto de 2009.

⁵LIZARRAGA BONELLI E. El Consentimiento Informado. La Responsabilidad Civil y Penal del Médico. Madrid. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid 1999; 257-290.

⁶SESSAREGO CF. La Responsabilidad Civil del Médico y El Consentimiento Informado. Motivensa; 2011.

⁷Diccionario de la Real Academia Española, XXII Edición, Madrid, 2001

⁸ZAVALA Salomón y Cols. Conocimiento sobre Consentimiento Informado de Médicos en formación. Anales Facultad Medicina. 2010; 71 (2): 103-10. Lima, Perú.

⁹Muñoz Seca, B.; Riverola, J. "Gestión del Conocimiento", Biblioteca IESE de Gestión de Empresas, Universidad de Navarra, Barcelona, España (1997)

¹⁰Alavi, M. y Leidner, D. (2001): "Knowledge Management and Knowledge Management Systems: Conceptual Foundations and Research Issues", MIS Quarterly, Vol. 25 (1), 107-136.

-
- ¹¹ FLORES U. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas Espacios. Vol. 26 (2) 2005. Pág. 22
- ¹² Russell, Bertrand, Tovar, Antonio. El conocimiento humano : su alcance y sus límites. / Bertrand Russell; traducción de Antonio Tovar. 3ª ed. Madrid : Taurus, , 1964. 664 p., [1] h. Ser y tiempo ; 20, 21
- ¹³ WADHWA S. A Hand Book of Measurement and Testing. New Delhi: Sarup Sons; 2008.
- ¹⁴ FUNDACIÓN LEUCEMIA Y LINFOMA y ACTIVOS DE COMUNICACIÓN VISUAL, SA. Hablemos de Consentimiento Informado, Historia Clínica e Instrucciones Previas. ACV ediciones.1º edición.
- ¹⁵ GARBIN, C. A. S, GONCALVES, P. E y GARBIN, A. J. I. Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. Acta odontología. venez, ago. 2006, vol.44, no.2, p.261-264. ISSN 0001-6365.
- ¹⁶ DOLORES M. UD4. Consentimiento Informado. Especialidad Medico Quirúrgicas. Medicina Legal y Forense. Bioética OCW Enero 2009
- ¹⁷ GALAN CORTÉS, Julio C., “El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios”, p. 162, Colex. Madrid. 1997.
- ¹⁸ HIGHTON, Elena y WIERZBA, Sandra M., “La relación médico – paciente; el consentimiento informado”, p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.
- ¹⁹ Ad hoc Committee on Medical Ethics. American College of Physicians. American College of Physicians Ethics Manual. Ann Intern Med 1984; 101. 129-137. 263-274.
- ²⁰ VAZQUEZ FERREIRA, Roberto y TALLONE, Federico, “Derecho Médico y Mala Praxis”, p. 19, Ed. Juris, Rosario 2000.
- ²¹ GARCÍA César. Consentimiento Informado. Centro de Investigaciones de las Ciencias de la Salud. Universidad de San Carlos de Guatemala.
- ²² ILFELD B. Informed consent for medical research: An ethical imperative. Reg Anesth Pain Med 2006; 31 (4): 353-7.
- ²³ World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA. 2013 Nov 27;310(20):2191-4. doi: 10.1001/jama.2013.281053.

-
- ²⁴ DEL CARMEN MG, JOFFE S. Informed consent for medical treatment and research: a review. *Oncologist*. septiembre de 2005;10(8):636-41.
- ²⁵ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002.
- ²⁶ Instituto Nacional de Salud (Perú). Reglamento de ensayos clínicos. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2010.
- ²⁷ SÁNCHEZ Ana M. El Consentimiento Informado y la Relación Médico-Paciente. *Bioética*. Septiembre - Diciembre 2009.
- ²⁸ COLLAZO E. Consentimiento informado en la práctica médica. *Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos*. *Cir Esp* 2002;71(6):319-324
- ²⁹ FERNÁNDEZ VARELA H, SOTELO MONROY G. El consentimiento mediante información. *Rev Fac Med UNAM* 2000;43(1):6-11
- ³⁰ NUREMBERG CODE. Directives for Human experimentation. In: *Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10, Vol. 2*, pp. 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949
- ³¹ LUNA F, SALLES AF (eds). *Decisiones de vida y muerte*. Bs.As: Ed. Sudamericana; 1995
- ³² CLOTET J. O Consentimento informado nos comités de ética em pesquisa e na prática médica: Brazil, 2006
- ³³ CECCHETTO Sergio. Antecedentes Históricos del Consentimiento del Paciente Informado en Argentina. *Revista Latinoamericana de Derecho Médico y Medicina Legal* 5 (2): 77-87, Dic. 2000 – 6 (1), Junio 2001: 7-14.
- ³⁴ DE BENEDETTI M, PASTOR S Y BANDRES M. Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas, en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered*, 2006;17(1):21-27.31.
- ³⁵ ORTIZ Jorge. Consentimiento Informado en la especialidad de Psiquiatría. *Bioética*. Septiembre - Diciembre 2009: 18- 21.
- ³⁶ Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú; 2007. p. 16-20.

-
- ³⁷ GUZMÁN F. y Cols. El acto médico Implicaciones éticas y legales. Acta Médica Colombiana Vol. 34 N° 2 (Suplemento).Abril-Junio. 2 009.
- ³⁸Ministerio de Salud. Modificaciones a la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSPV.02 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado. Lima: MINSA; octubre 2008. 686- 2008/MINSA.
- ³⁹Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. USA, Abril 1947.
- ⁴⁰SIMÓN LORDA, P.; JÚDEZ GUTIÉRREZ, J. Consentimiento informado. Medicina Clínica. Vol. 117, num. 3. pgs. 99-106. Barcelona, 2001.
- ⁴¹ WEAR S. Informed Consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence WithinHealth Care. Georgetown University Press; 1998.
- ⁴²Ministerio de Salud.N° 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado. Lima: MINSA; julio 2004. 686-2008/MINSA. 776-2004/MINSA.
- ⁴³ MALAGA G, TUPAYACHI G, GUEVARA T et al. Evaluación de la calidad de los consentimientos informados de los servicios de los hospitales de nivel III-IV deLima y Callao. Rev Med Hered, 2007;18(3):136-142
- ⁴⁴ NOVOA R. Helena Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013 Lima 2013
- ⁴⁵ HERNÁNDEZ S. R., FERNÁNDEZ-COLLADO, C., Baptista Lucio, P. 2006. Metodología De La Investigacion, Editorial McGraw-Hill Interamericana. Mexico 2006
- ⁴⁶ GUZMÁN F. y Cols. El acto médico Implicaciones éticas y legales. Acta Médica Colombiana Vol. 34 N° 2 (Suplemento).Abril-Junio. 2 009.
- ⁴⁷ Zavala S, Sogi C, Cárdenas M, Delgado A. Autonomía del paciente y derecho a rehusar tratamientos: Conocimiento en Médicos Jóvenes Peruanos (encuesta 2010). Acta Med Per 2012; 29(2): 70-8.
- ⁴⁸ HIGUERA CANCINO Miguel. Consentimiento Informado e Intervención

Fonoaudiológica del Consentimiento al Compromiso. Límite. Revista de Filosofía y Psicología, Vol. 4, Núm. 20, 2009, pp. 153-177. Universidad de Tarapacá. Chile.

⁴⁹ CHEPE R. Edgar Acto médico y el consentimiento informado, Lima-Perú. 2010

⁵⁰ Goode WJ, Hatt PK. Métodos de investigación social. México: Editorial Trillas; 1988.

⁵¹ Zavala S, Sogi C, Delgado A, Cárdenas M. Consentimiento informado en la práctica médica: Factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos. An Fac med. 2010;71(3):171-7.

⁵² SIMÓN P, CONCHEIRO L. Simón P, L. El consentimiento informado: teoría y práctica. Med Clin (Barc). 1993;100:659-63.

⁵³ Gracia D. La tradición médica y el criterio del bien del enfermo. El paternalismo médico. En: Fundamentos de bioética. Madrid: Editorial EUDEMA. 1989:23-107.

⁵⁴ PELLEGRINO, E. and THOMASMA D. For the Patient's Good: The Restoration of Beneficence in Health Care. New York, 1988.

⁵⁵ GARCÍA E. Médicos en conflicto entre la cura y la denuncia: Artículo.30. Análisis de constitucionalidad de la Ley General de Salud sobre la obligación de médicos y médicas de denunciar. CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS / PROMSEX. Perú, Octubre 2006.

⁵⁶ Ministerio de Salud Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de la Historia Clínica de los Establecimientos del Sector Salud lima 2004

⁵⁷ Consejo Nacional de Salud. Comité de Bioética. Guía para la confección de un documento de consentimiento informado en la práctica clínica. Mimeografiado. Lima, 2009.

⁵⁸ Congreso de la República. Ley General de salud N 26842. El Peruano, Lima 20 de julio de 1997.

⁵⁹ Congreso de la República. Reglamento de Ley N 27604. 10. Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, octubre de 2007.

⁶⁰ SIMÓN L. El consentimiento informado. Historia, teoría y práctica. 1ra edición. Madrid: Tricastela; 2000.

⁶¹ SÁNCHEZ GONZÁLEZ Miguel Á. El Consentimiento Informado: Un Derecho del Enfermo y una forma distinta de tomar las decisiones. Cuadernos del Programa Regional de Bioética N° 2 Abril de 1996 - OPS

⁶² MAINETTI J.A, "La crisis de la razón medica; introducción a la filosofía de la medicina", Editorial Quirón, Argentina 1.998.



ANEXO Nº 9

“NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013” PROYECTO DE TESIS

I. PREÁMBULO

Dentro de la práctica médica se han ido introduciendo últimamente diferentes pautas de comportamiento. Así, la información, hasta no hace mucho relegada a un segundo plano se considera actualmente un derecho fundamental del paciente que es necesario ejercitar para una buena calidad asistencial.¹

El consentimiento informado es el proceso mediante el cual el paciente competente se compromete a someterse a un procedimiento diagnóstico y/o terapéutico después de la discusión de las indicaciones, las alternativas, los posibles efectos secundarios y complicaciones.²

La historia del consentimiento informado es reciente, todo empezó en E.E.U.U. a finales de 1950 en donde los jueces empezaron a preguntarse “¿Tienen los pacientes el derecho no sólo a saber qué se propone el médico, sino también a decidir si una intervención resulta aceptable con conocimiento de sus ventajas y riesgos y de las alternativas disponibles, incluso no seguir un tratamiento?”.³

Desde la perspectiva de los derechos humanos, los pacientes ya no son vistos como tales, sino como personas integrales. Es cierto que en nuestro medio hay muchos problemas médico legales, a los que están sometidos los médicos, pero uno de los instrumentos de los cuales nos valemos para defendernos es el consentimiento informado, donde se brinda la

información necesaria en lo concerniente a salud del paciente, se brinda información sobre el estado actual del paciente, y se le da la potestad de poder decidir a negarse o no a un determinado acto médico, etc.

El consentimiento informado hace una relación médico paciente más estrecha, entendimiento de ambas partes, para no abordar a una patología sino a una persona, un ser bio psico social, y negociar con la expectativa de hallar la mejor forma de poder ayudar a la persona, el consentimiento informado sirve de nexo entre ambas partes en la que la persona brinda su aceptación a someterse a un acto médico después de habersele informado de las indicaciones, las alternativas, los posibles efectos secundarios y complicaciones.

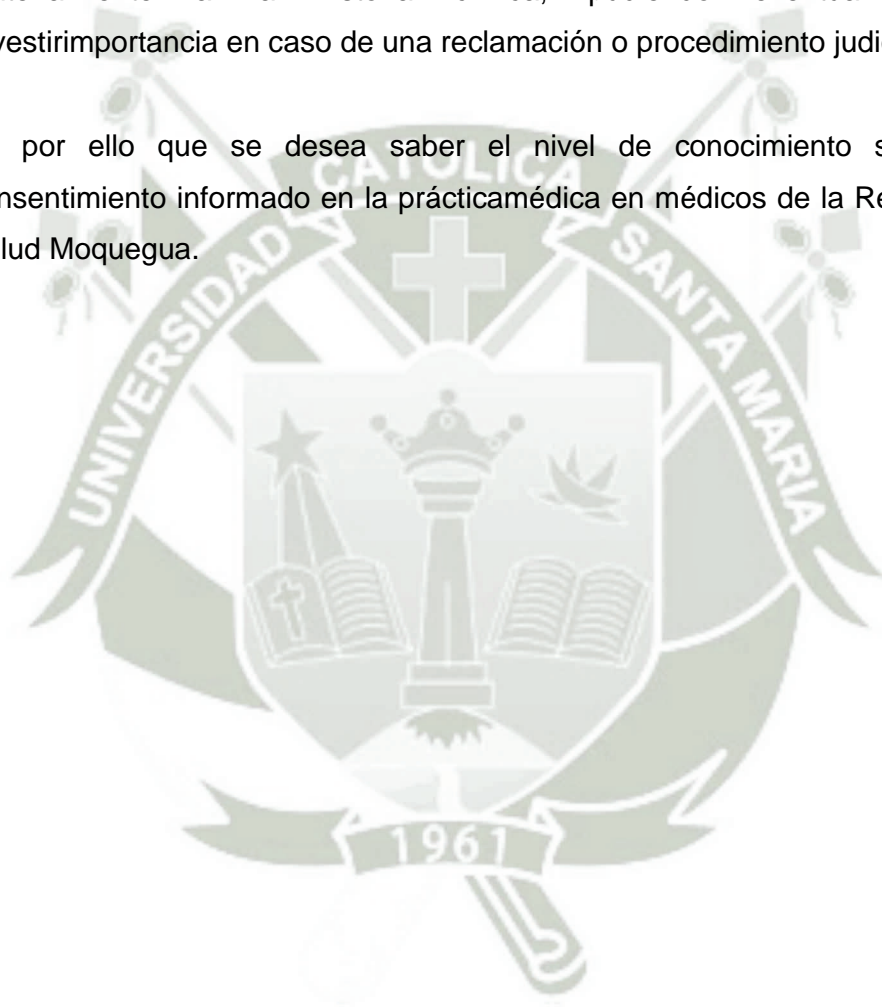
El formulario de consentimiento informado firmado, nos da pruebas de que cada paciente ha recibido la información pertinente y luego dio su consentimiento, pero este documento no solo tiene q proporcionar la información pertinente, sino que esta tiene que ser entendida por el paciente.

Muy a pesar de todos estos esfuerzos, el proceso de consentimiento informado en la práctica clínica es, con frecuencia, inadecuado y hay investigación previa que ha demostrado que la comprensión del paciente de los elementos claves del consentimiento informado es, a menudo, pobre. Además, los pacientes recuerdan poco u olvidan la información fundamental en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.⁴

A pesar que cada vez el médico tiene una visión más amplia de la realidad del paciente como persona, aun no es aceptado por completo el tomar decisiones junto con el paciente. En las escuelas de pregrado se inculca los conocimientos científicos de medicina humana pero pobremente sobre la satisfacción del paciente con las decisiones tomadas por haber sido considerado en las mismas.⁵

Actualmente en los Estados Unidos de América, España, Francia y otros países, el consentimiento informado es absolutamente necesario en todo tipo de procedimientos clínicos, tales como consulta médicas, exámenes clínicos, intervenciones quirúrgicas, etc. Sin embargo en Perú, el consentimiento informado no tiene la importancia que debería. Con frecuencia, se entiende por tal al documento que firma un paciente antes de someterse a un procedimiento quirúrgico y que luego se agrega materialmente a la historia clínica, pudiendo eventualmente revestir importancia en caso de una reclamación o procedimiento judicial.

Es por ello que se desea saber el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la prácticamédica en médicos de la Región Salud Moquegua.



II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de la investigación

¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre el consentimiento informado en médicos de la región Moquegua, Diciembre 2013?

Descripción del problema:

a. Área del conocimiento:

- General: Ciencias de la Salud.
- Específica: Medicina Humana.
- Especialidad: Bioética.
- Línea: Consentimiento Informado.

b. Análisis u operacionalización de variables:

Variable dependiente: Nivel de conocimiento sobre consentimiento, Edad, Tiempo de profesional, Especialidad médica, Grado académico.

VARIABLE	TIPO	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Edad	Dependiente	Años cumplidos	Menor o igual a 30 años 31 – 40 años. 41 – 50años. Mayor a 50 años	Ordinal
Tiempo de Profesional	Dependiente	Años de egresado de la Facultad de Medicina	Menor o igual a 5 años 06 – 10 años 11 – 15 años 16 – 20 años Mayor a 20 años	Cuantitativa Ordinal
Especialidad	Dependiente	Título de especialista (Residentado médico)	Especialista No especialista	Cualitativa Nominal
Grado académico	Dependiente	Nivel académico alcanzado	Magister / Doctor	Cualitativa ordinal

VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍAS	ESCALA
Nivel de Conocimiento sobre Consentimiento Informado	Conocimiento sobre Concepto de Consentimiento Informado	Test o Prueba sobre el Conocimiento sobre Consentimiento Informado	Alto Medio Bajo	Cualitativa ordinal
	Conocimiento sobre objetivos del Consentimiento Informado			
	Conocimientos sobre fundamento legal y ético del Consentimiento Informado			
	Conocimientos sobre modelo y aplicación del Consentimiento Informado			

c. Interrogantes básicas:

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los médicos sobre consentimiento informado de la Región Salud Moquegua?
- ¿Existe relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y la edad de los médicos de la Región Salud Moquegua?
- ¿Habrà relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y los años de profesional de los médicos de la Región Salud Moquegua?
- ¿Hay relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y la especialidad médica de los médicos de la Región Salud Moquegua?
- ¿Existirá relación entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado y el grado académico de los médicos de la Región Salud Moquegua?

d. Tipo de investigación:

El presente es un estudio de campo.

e. Nivel de Investigación:

Descriptivo, porque se centra en recolectar datos que describan la situación tal y como es. Transversal, porque se realiza en un solo momento determinado.

f. Justificación del problema:

Originalidad: El presente trabajo de investigación no ha sido realizado anteriormente en el departamento de Moquegua.

Factibilidad: Para el desarrollo del presente estudio se requiere de encuesta para médicos de toda la región de salud Moquegua, para lo cual se requiere de la autorización de la autoridad competente y del consentimiento informado de los médicos para participar en esta investigación (Anexo 2).

Relevancia: Los resultados del presente estudio nos permitirán conocer si los conocimientos de los participantes son los esperados para profesionales de la salud lo cual repercute positivamente sobre una mejor relación médico paciente.

Contribución con el conocimiento: Identificar lo que conocen los médicos y lo que no conocen, permitirá replantear los objetivos educativos en alumnos de pregrado, y hacer talleres a nivel de la región de salud a fin de complementar sus conocimientos para poder tener una mejor atención integral al paciente.

Importancia académica y profesional: por la conveniencia del investigador por ser la primera experiencia en este tipo de estudios, además de aportar datos acerca de la población estudiada, lo cual permitirá alcanzar el título de Médico Cirujano.

2. Marco conceptual

2.1. Generalidades sobre conocimiento

2.1.1. Concepto de conocimiento

El conocer es un hecho primario, espontáneo e instintivo, y por ello no puede ser definido estrictamente. La Real Academia de la Lengua Española define “conocimiento” como la acción y efecto de conocer; el entendimiento, inteligencia y razón natural.⁶

Podríamos decir que es como un ponerse en contacto con el ser, con el mundo y con el yo; también podría ser un proceso en el que están vinculados estrechamente las operaciones y procedimientos mentales, subjetivos, con las operaciones y formas de actividad objetivas prácticas, aplicadas a los objetos.

El conocer se caracteriza como una presencia del objeto frente al objeto: el sujeto se posesiona en cierta forma del objeto, lo capta y lo hace suyo, reproduciéndolo de tal manera que responda lo más fielmente posible a la realidad misma del objeto. Por medio de esta reproducción, se tiene la imagen, no física como sería una fotografía, sino psíquica, cognoscible, intencional.

El conocimiento depende de la naturaleza del objeto y de la manera y de los medios que se usan para reproducirlo. Así, tenemos un conocimiento sensorial (si el objeto se capta por medio de los sentidos), éste se encuentra tanto en los hombres como en los animales, y un conocimiento racional, intelectual o intelectual, si se capta por la razón directamente. Podríamos citar unos ejemplos: un libro, un sonido, un olor se captan por medio de los sentidos; la belleza, la justicia, el deber se captan por medio de razón.

La actividad cognoscitiva es adquisitiva, cuando obtenemos un conocimiento; conservativa, cuando retenemos o memorizamos un conocimiento; elaborativa, cuando, con base en conocimiento

adquiridos y memorizados, elaboramos otros por medio de la imaginación, la fantasía o el razonamiento.

Muñoz y Riverola definen el conocimiento como la capacidad para resolver un determinado conjunto de problemas.

Alavi y Leidner definen el conocimiento como la información que el individuo posee en su mente, personalizada y subjetiva, relacionada con hechos, procedimientos, conceptos, interpretaciones, ideas, observaciones, juicios y elementos que pueden ser o no útiles, precisos o estructurables. La información se transforma en conocimiento una vez procesada en la mente del individuo y luego nuevamente en información una vez articulado o comunicado a otras personas mediante textos, formatos electrónicos, comunicaciones orales o escritas, entre otros. En este momento, señalan, Alavi y Leidner, el receptor puede procesar e interiorizar la información, por lo que vuelve a transformarse en conocimiento.⁷

Mario Bunge define el conocimiento como un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados, comunicables que pueden ser claros, precisos ordenados, vagos e inexactos, el cual puede ser clasificado en conocimiento vulgar llamándose así a todas representaciones que el común de los hombres hacen en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico que es racional analítico sistemático y verificable a través de la experiencia”.

Bertrant nos dice que el conocimiento es el conglomerado de informaciones, que el hombre adquiere con su experiencia, y lo que ha sido capaz de inferir a través de esta.

Dentro de este marco conceptual se puede considerar que el conocimiento, es la adquisición de conceptos por medio de la educación formal, e informal mediante el ejercicio de las facultades intelectuales.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, los cuales no necesariamente se evidencian en la población médica nueva como antigua.

2.1.2. Medición de conocimiento

La medición del conocimiento en el presente trabajo se realizará mediante la escala de Estaninos o eneatis (del inglés stanines - standard nine).

Estaninos es un método de puntajes en una escala estándar de nueve puntos, con una media de cinco y una desviación estándar de dos.

La base subyacente para la obtención de la escala estaninos es que una distribución normal se divide en nueve intervalos, cada uno de los cuales tiene una anchura de 0,5 desviaciones estándar excepto la primera y la última, que son sólo el resto (las colas de la distribución). La media se encuentra en el centro del intervalo de quinta.

Estaninos se puede usar para convertir cualquier puntuación de la prueba en un número de un solo dígito. Hoy en día se utiliza sobre todo en la evaluación educativa y en la medición de los conocimientos, como en el presente estudio.

2.2. Consentimiento informado

2.2.1. Concepto de Consentimiento Informado

También conocido como Consentimiento Libre Esclarecido, es el procedimiento médico formal cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos.

En algunos casos, tales como el examen físico de un médico, el consentimiento es tácito y sobreentendido. Para procedimientos más invasivos o aquellos asociados a riesgos significativos o que tienen implicados alternativas, el consentimiento informado debe ser presentado por escrito y firmado por el paciente.

Bajo ciertas circunstancias, se presentan excepciones al consentimiento informado. Los casos más frecuentes son las emergencias médicas donde se requiere atención médica inmediata para prevenir daños serios o irreversibles, así como en casos donde por razón de incapacidad de hecho o biológica, el sujeto no es capaz de dar o negar permiso para un examen o tratamiento.⁸

2.2.2. Fundamentos del consentimiento informado

El consentimiento informado tiene su base en tres principios fundamentales:

Principio de Dignidad: Este principio reconoce a la persona como fin en sí misma y no como medio. Las personas son sujetos morales autónomos, seres únicos e irrepetibles, portadores de dignidad y no de precio. La persona es sujeto, nunca objeto. La persona no puede ser instrumentalizada ni ser objeto de comercio bajo ninguna excusa. La dignidad es un valor intrínseco

del ser humano, de máximo nivel, por el que la persona es inviolable y merece consideración y respeto.

Principio de autonomía: El respeto a la persona supone considerarla un ser racional, capaz de pensar, sentir y emitir juicios sobre lo que consideran bueno. La ley moral no puede provenir de fuera del sujeto, sino que es el propio hombre, actuando racionalmente, el que tiene que dársela a sí mismo. El individuo tiene capacidad moral para decidir libremente cómo gobernar su vida.

Derecho a la información: Este derecho está estrechamente ligado al derecho a la libertad ya que ésta implica capacidad de decisión y por tanto de elección, y para ello es necesaria la información, veraz, completa, sin manipulación.⁹

2.2.3. Tipos de Consentimiento Informado

a. Consentimiento Informado médico:

Dentro del marco de la autodeterminación y libre desarrollo de la personalidad, el consentimiento informado es el proceso gradual que tiene lugar en el seno de la relación sanitario – usuario, en virtud del cual el sujeto competente o capaz recibe del sanitario bastante información, en términos comprensibles, que le capacita para participar voluntaria, consistente y activamente en la adopción de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.¹⁰

También se ha señalado que el consentimiento informado implica una declaración de voluntad suficiente efectuada por un paciente, por la cual, luego de brindársele una suficiente información referida a la dolencia, al procedimiento o intervención que se le propone como médicamente aconsejable, éste decide prestar su conformidad y someterse a tal procedimiento o intervención.¹¹

El Manual de Ética (1984) La Asociación Médica Americana sostiene que “consistente en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de la enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su consentimiento para ser sometido a esos procedimientos”.

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

Es decir, el concepto abarca tanto el deber del médico de brindar una información completa y adecuada respecto del tratamiento que se prescribe previamente al paciente, y también el deber de obtener el consentimiento de éste antes de iniciar el tratamiento o la intervención quirúrgica.

Lo importante es hacer del consentimiento informado un instrumento para que el paciente sea dueño efectivo de su destino, respetando su dignidad personal, brindándole información auténtica y clara acertada de la enfermedad que padece, los posibles tratamientos a seguir y las consecuencias positivas y negativas de los mismos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; la colaboración del paciente debe ser conseguida sin coerción alguna, no pudiendo sacar el

médico provecho de su potencial dominio psicológico sobre el paciente.

Obviamente que la exigencia del consentimiento informado supone que alguien pueda negarse a ser sometido a un tratamiento médico. Por ello se ha dicho que la exigencia del consentimiento informado y la validez de la negativa del paciente a someterse a una práctica médica son cara y contracara de un mismo fenómeno.¹²

El consentimiento es, por tanto, la justificación misma de la legitimidad del acto médico, basado el derecho del paciente a su autonomía y autodeterminación.

b. Consentimiento Informado en Investigación:

El Consentimiento Informado es un elemento fundamental en la investigación con seres humanos, sus muestras y sus datos.

Se recoge como elemento nuclear de este tipo de prácticas desde el Código de Nuremberg (1947). Fue el primer documento importante de carácter internacional que planteó explícitamente la obligación de solicitar el Consentimiento Informado en la experimentación con seres humanos "El consentimiento voluntario del el sujeto humano es absolutamente esencial incluye la capacidad jurídica, energía libre de elección, suficiente conocimiento y comprensión (naturaleza, duración y propósito del experimento), para hacer una comprensión y la decisión inteligente".¹³

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) establece las pautas éticas para los médicos y otros profesionales involucrados en la investigación biomédica. La

determinación de competencia y autonomía del sujeto debe quedar establecida antes de comenzar el estudio. En este marco, el consentimiento informado especifica, para el caso particular de la investigación, “la adhesión libre y racional del sujeto a un procedimiento propuesto por el equipo de salud, sea con intención diagnóstica, pronóstica, terapéutica o experimental, e incluye competencia, información y libertad.”

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976), "Nadie será sometido a torturas ni a tratos inhumanos, crueles, o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

Informe Belmont (1978) identificó los principios éticos básicos a tener en cuenta en la investigación biomédica y los llamó "de beneficio" (beneficencia – no maleficencia), "de respeto por las personas" (autonomía) y "de equidad" (justicia).¹⁴

Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Biomédica en seres humanos por el Consejo Internacional de Organizaciones de Ciencias Médicas (1993) "El investigador debe obtener el voluntario, consentimiento informado del presunto sujeto (o representante legalmente autorizado). La omisión del consentimiento informado debe considerarse inusual y excepcional, y en todo caso debe ser aprobado por un comité de ética”.¹⁵

En el Perú existe el Reglamento de ensayos clínicos redactado por el Instituto Nacional de Salud y cuya última revisión fue el 2010. Este documento permite la “calificación de los proyectos de investigación a nivel nacional, con la finalidad de garantizar el derecho a la vida, a la integridad y al bienestar del paciente, así como la calidad de la investigación.

Garantiza la aplicación de las buenas prácticas clínicas y el cumplimiento de la normatividad internacional aplicable en la planificación, realización, registro y comunicación de los ensayos clínicos que se realicen en el Perú”.¹⁶

2.2.4. La Relación Médico – Paciente

El papel del consentimiento en la relación terapéutica se explora mejor en relación con los diferentes modelos propuestos para la interacción médico – paciente.

a. Modelo Paternalista:

A veces llamado paternal o sacerdotal. En él la interacción del médico y el paciente asegura que el paciente recibe las intervenciones necesarias y que mejor garantizan su salud y bienestar. Con este fin los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso enfermizo, y para elegir qué pruebas diagnósticas y tratamientos son los más adecuados con objeto de restaurar la salud del paciente o calmar su dolor. Por lo tanto, el médico da al paciente una información ya seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor.

b. Modelo Informativo:

A veces llamado modelo científico o del consumidor. Aquí el objetivo de la relación es proporcionar al paciente toda la información relevante para que pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevará a cabo. Para ello el médico informa al paciente sobre el estado de su enfermedad, la naturaleza de los diagnósticos posibles y las intervenciones terapéuticas, la probabilidad tanto de los beneficios como de los riesgos asociados a cualquier intervención y sobre la incertidumbre del conocimiento

médico. Llevado hasta el extremo, los pacientes podrían llegar a conocer toda la información médica relevante en relación con su enfermedad y las actitudes terapéuticas posibles y seleccionar la intervención que mejor se ajuste a sus valores.

c. Modelo Interpretativo:

El objetivo de la relación del médico y el paciente en este modelo es determinar los valores del paciente y qué es lo que realmente desea en ese momento, y ayudarlo así a elegir, de entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores. El médico informa al paciente sobre la naturaleza de su afección y sobre los riesgos y beneficios de cada intervención posible y ayuda al paciente a aclarar y articular sus valores y a determinar qué intervención médica los desarrolla mejor, ayudándole así a interpretar sus propios valores.

d. Modelo Deliberativo:

Aquí el objeto de la relación es ayudar al paciente a determinar y elegir, de entre todos los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son los mejores. Con este fin el médico debe esbozar la información sobre la situación clínica del paciente y ayudarlo posteriormente a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles.

2.2.5. Fundamentación Histórica

Desde la antigüedad la práctica médica se ha visto influenciada por la ética, teniendo como lineamiento al Juramento Hipocrático, el que marcaba un comportamiento profesional caracterizado por una carga paternalista en defensa de la beneficencia del paciente, de acuerdo con las creencias morales de la época. La

actitud hipocrática consideraba al paciente como un ser “minusválido” ante la toma de decisiones, dependiendo estas únicamente del criterio del médico.¹⁷

En los siguientes siglos se produjo una transformación evolutiva. En 1773 se escribe la Declaración de Filadelfia, donde se encuentran los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes. En 1803 la ética médica de Thomas Percival señala que el médico debe asegurarse de que el paciente y familiares tengan la información necesaria sobre el estado del enfermo para proteger de esta manera sus intereses.¹⁸

Pero fue después de la Segunda Guerra Mundial, luego de darse a la luz pública las atrocidades cometidas por los nazis “a favor” del mejor conocimiento médico, que la ética médica toma un nuevo giro, centrándose ahora en el derecho del paciente. Nace aquí el Código de Nuremberg como una protesta al horror plasmado en la historia por tales experimentaciones, y con él la importancia de la decisión del paciente en participar o no de algún estudio clínico.¹⁹

Al iniciar la década del setenta, y fundamentada por Potter, nace la Bioética, a partir de la cual se cimenta una nueva forma de entender y aplicar la ética en los aspectos relacionados con la vida y conducta humana. En esta misma década se presenta el Informe Belmont, en el que se establecen los principios éticos base de la bioética. Además se describe al consentimiento informado como una expresión de la autonomía de las personas, debiendo ser libre, comprendido e informado.

A partir del siglo XX los derechos naturales del hombre y el respeto a la persona pasan a ser el eje fundamental del actuar

humano. Estas modificaciones en las estructuras ideológicas pasan a desestabilizar las bases absolutistas y totalitarias dando paso al crecimiento de democracia, y con ello un cambio en la mentalidad.²⁰

Estos cambios ideológicos del siglo XX dan paso a la importancia de la toma de decisiones por los sujetos, consolidándose así la autonomía de los individuos. Para garantizar ello en la práctica médica y en la investigación clínica, se gestan jurídicamente las conductas morales y éticas que deberían observarse en la relación médico – paciente. Inicia aquí el uso del consentimiento informado, con raíces jurídicas y éticas.²¹

En el Perú, la Ley General de Salud N° 26842(1997), establece muy someramente la necesidad y la importancia de ejecutar el proceso de consentimiento informado, enfocándolo más como un permiso requerido para realizar cualquier intervención médica.

2.2.6. Fundamentación ética

Cuatro son los principios que constituyen el eje de modelo clásico de la bioética: (39,40)

Autonomía: Es la capacidad de las personas de deliberar sobre sus finalidades personales y de actuar bajo la dirección de las decisiones que pueda tomar. Todos los individuos deben ser tratados como seres autónomos y las personas que tienen la autonomía mermada tienen derecho a la protección.

Beneficencia: “Hacer el bien”, la obligación moral de actuar en beneficio de los demás. Curar el daño y promover el bien o el bienestar. Es un principio de ámbito privado y su no-cumplimiento no está penado legalmente.

No – maleficencia: Es el primum non nocere. No producir daño y prevenirlo. Incluye no matar, no provocar dolor ni sufrimiento, no producir incapacidades. No hacer daño. Es un principio de ámbito público y su incumplimiento está penado por la ley.

Justicia: Equidad en la distribución de cargas y beneficios. El criterio para saber si una actuación es o no ética, desde el punto de vista de la justicia, es valorar si la actuación es equitativa. Debe ser posible para todos aquellos que la necesiten. Incluye el rechazo a la discriminación por cualquier motivo. Es también un principio de carácter público y legislado.²²

El consentimiento informado es la expresión más pura del respeto a la autonomía de un sujeto. Según el informe Belmont, "una persona autónoma es un individuo capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación. Respetar la autonomía es dar lugar a las opiniones y elecciones de las personas así consideradas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros".

Nuestra tarea es tratar a nuestros pacientes como interlocutores válidos que pueden expresar y argumentar sus pretensiones de validez, y el consentimiento informado es la mejor estrategia para conseguirlo.

La jurisdicción ética de los médicos, en nuestro país, está a cargo del Colegio Médico del Perú mediante el Código de Ética y Deontología del Perú; y constituye obligación de todo profesional médico someterse y aceptar sus resoluciones. En su Título I declara que "la autonomía de la persona obligamoralmente al médico a solicitar su consentimiento informado y respetar su decisión, en consonancia con sus valores personales y

culturales". Así también, en el Título II, artículo 55º, dispone que "en pacientes que requieren procedimientos diagnósticos o terapéuticos que impliquen riesgos mayores que el mínimo, el médico debe solicitar consentimiento informado por escrito, por medio del cual se les comunique en qué consisten, así como las alternativas posibles, la probable duración, los límites de confidencialidad, la relación beneficio/riesgo y beneficio/costo." Respecto al consentimiento informado quirúrgico el Código en su artículo 62 dispone que "las intervenciones quirúrgicas requieren del consentimiento informado escrito, salvo en situación de emergencia." ²³

2.2.7. Fundamentación Legal

El consentimiento informado es el soporte ético y el documento médico – legal que garantiza que la información relevante ha sido ofrecida por el médico al paciente y ha sido entendida por él.

En el Perú el Consentimiento Informado se encuentra avalado y normado legalmente por la Ley General de Salud (Ley N° 26842) desde 1997 y sus modificaciones en 2008 con la Norma Técnica N° 022- MINS/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado" (Ley N° 29414). En su Título I, artículo 4º dispone 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." Asimismo, dispone en su artículo 15.1 º, inciso c, "a recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5º de la Ley de Trabajo Médico"; 15.2 º inciso f "A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los

riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Inciso g “A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuarel tratamiento y a que se le explique las consecuencia s de esa negativa. La negativa arecibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad”.²⁴

2.2.8. Requerimientos del Consentimiento Informado

El Consentimiento informado es un proceso que requiere tres etapas para poder llevarse a cabo: información, comprensión y voluntariedad²⁵, tras lo cual podrá tomarse una determinación. Sobre la información hay que tener en cuenta no sólo el contenido sino también la forma (qué y cómo) y el contexto en que se da. Para que se produzca la comprensión la información debe poderse entender, pero también depende de la capacidad de comprensión del individuo. Teniendo en cuanta esto, puede resumirse que, los elementos indispensables que conforman el consentimiento informado son los siguientes:²⁶

a. Información suficiente:

Todo paciente tiene derecho a recibir información verazsobre todas las actuaciones asistenciales de que sea objeto.

Desde el punto de vista ético hay que dar la información que el paciente necesite y solicite para poder tomar una decisión.

b. Proceso continuado de comunicación:

El consentimiento informado no puede ser fruto de un momento puntual sino que la información debe ofrecerse dentro de un proceso continuo, dialogado (por tanto de forma oral), comunicativo, deliberativo y prudencial. Todo ello debe registrarse en la historia clínica.

c. Información comprensible:

Adaptada a las características socioculturales del paciente, evitando utilizar lenguaje técnico y manejando correctamente la expresión no verbal y escrita.

d. Capacidad:

De comprensión del paciente. La valoración de la capacidad es un punto importante del consentimiento informado.

e. Voluntariedad:

El paciente debe tomar la decisión de forma libre, no coaccionado ni manipulado. La coacción puede ejercerse de forma manifiesta o sutil por parte de cualquiera de los intervinientes en la RC, por ejemplo la amenaza de dar el “alta voluntaria” si no se acepta el tratamiento o la “sugerencia” de cambiar de médico, pueden ser actos coactivos. Utilizar lenguaje técnico incomprensible para el paciente, magnificar inconvenientes, ocultar efectos secundarios, presentar la información de forma sesgada u ocultar otros tratamientos, es una forma de manipulación que impediría una decisión libre.

f. Decisión:

Tras el proceso deliberativo el paciente podrá aceptar o rechazar la actuación sanitaria propuesta y puede en cualquier momento revocar su decisión. El médico debe colaborar en la deliberación del paciente y aceptar su decisión si ha sido tomada en conciencia y se han cumplido los pasos anteriores. Si la opinión del paciente resulta contraria, éste no debe ser abandonado a su suerte, sino que se debe seguir el proceso proponiendo alternativas o derivando a otros facultativos que garanticen la atención sanitaria.

2.2.9. El Proceso de Consentimiento Informado

La aplicación del consentimiento informado se presenta básicamente en tres fases: ²⁷

- Fase de información completa.
- Fase de información básica.
- Fase de evaluación, clarificación y elección del paciente.

2.2.10. Apartados del documento

El Ministerio de Salud en la norma técnica N° 022-MINSA/DGSP V.02 "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", y las modificaciones realizadas en la Resolución Ministerial N° 686-2008/MINSA, estipula el contenido del formato de consentimiento informado de uso estandarizado obligatorio a nivel nacional. ²⁸

El cumplimiento de estos requerimientos en la aplicación del consentimiento informado refleja la calidad en el proceso de su obtención y mide en alguna medida, que el paciente ha sido informado y se ha respetado su autonomía. ²⁹

3. Análisis de antecedentes investigativos

3.1. Internacionales

Autor: Rodríguez Martín, Jorge A; González Aguilar, Osvaldo; Pardo, Hugo; Yazde, Yamil.

Título: Consentimiento informado: ¿un dilema ético o legal? / Informed consent: ethical or legal dilemma?

Lugar y fecha de publicaciones: Argentina 1999.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue sugerir contenidos mínimos y metodología de aplicación. Lugar de aplicación: Encuesta Nacional de Instituciones con más de 50 camas de internación y Servicios de Cirugía. Diseño: Prospectivo. Población: 166 Centros públicos y privados. Método: Análisis de Encuesta con preguntas cerradas, investigación del índice de alfabetización de la población y consulta a 3 Jueces de los fueros Penal Correccional y Civil. Resultados: Se recibieron 55 respuestas y 28 Formularios determinados. El 80 por ciento posee Formulario. El 65,3 por ciento lo considera una obligación ética y legal. Es firmado por el médico tratante en el 49 por ciento. El 49,09 por ciento lo cumplimenta con el enfermo internado. El 49 por ciento utiliza menos de 5' para la explicación. El 78,18 por ciento explica la naturaleza de la enfermedad. El 63,6 por ciento la probabilidad de complicaciones. El 61,8 por ciento no pide autorización para obtener iconografía. Los formularios contienen escasos espacios en blanco. El 51,8 por ciento de la población tiene educación primaria incompleta o completa. El 10,2 por ciento tendrá 65 años o más en el 2010. Conclusiones: El CI tiene obligación ética y legal; el formulario tiene ventajas legales. Las instituciones desestiman el valor del Consentimiento Informado escrito. Este debe ser de lenguaje básico, firmado por médico tratante o jefe de equipo, contener diagnóstico, práctica propuesta, tratamientos alternativos y autorización para iconografía (AU)

Autor: Joan Guix Oliver, Llorenç Balañà Fort, Joan Miquel

Carbonell Riera, Rosa Simón Pérez, Rosa Ma. Surroca
Macià, Lluís Nualart Berbel.

Título: Cumplimiento y percepción del consentimiento
informado en un sector sanitario de Cataluña

Lugar y fecha de publicaciones: España 1999

Resumen: El presente artículo tiene el objetivo de conocer el nivel de cumplimiento y percepción por parte de los usuarios, del proceso de consentimiento informado en un sector sanitario de Catalunya. Métodos: Encuesta telefónica realizada a 314 ex pacientes quirúrgicos de los hospitales de un sector, entre 18 y 75 años, intervenidos en los tres meses anteriores a la realización del estudio, con el fin de conocer la percepción de los usuarios respecto del proceso de consentimiento. De estos, revisión de la documentación clínica de un 30%, para conocer el porcentaje de cumplimiento de la documentación del proceso de consentimiento. Resultados: 61% de los pacientes recuerdan haber firmado el documento de consentimiento, 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a que serían sometidos. 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximia a los profesionales de responsabilidades. Existía relación estadísticamente significativa respecto de grupo de edad, nivel educativo, y vía de ingreso. En 78% de las historias clínicas revisadas existía documento de consentimiento informado. El diagnóstico constaba en un 14,9%, y la firma del

médico existía en un 48,9%. Se constató relación estadísticamente significativa respecto a la vía de ingreso de los pacientes. Conclusiones: No se está implementando correctamente el proceso de consentimiento informado en los dos centros estudiados. El médico no se implica totalmente en el proceso.

Autor: Fernando Núñez de Villavicencio

Título: Consentimiento educado vs. Consentimiento informado

Lugar y fecha de publicaciones: Cuba 2006.

Resumen: En el artículo se desarrolla la idea de la beneficencia como el principio rector de los cuatro principios que propone la bioética clínica y la importancia de la veracidad, analizando excepciones. Se trata sobre lo imprescindible de un buen proceso de consentimiento informado y el costo impagable de la regla de no influir que impide al médico realizar sus tareas como educador. Se analizan las ventajas del consentimiento educado que no abandona al paciente en el difícil momento de la toma de decisiones y permite intentar modificar en él conductas negativas para la salud. Se analizan los distintos tipos de relación médico-paciente siguiendo la clasificación de *Enmanuel E.* y *Enmanuel L.* y cómo en la relación deliberativa es factible el uso del consentimiento educado. Se proponen metas a alcanzar en Cuba.

Autor: Lisa Fisher-Jeffes, Charlotte Barton, Fiona Finlay

Título: Conocimiento de los clínicos del consentimiento

informado /Clinicians' knowledge of informed consent

Lugar y fecha de publicaciones: Inglaterra 2007.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue auditar los conocimientos médicos del consentimiento informado. Diseño: 10 escenarios de consentimiento con las respuestas "verdadero", "falso", o "no refiere" fueron completados por los médicos pediatras un gran hospital. Estas preguntas prueban el conocimiento de los clínicos de que pudiera dar el consentimiento en diferentes situaciones clínicas. Resultados: 51 médicos participaron (25 pediatras y otros 26 médicos). Los pediatras puntuaron más alto que otros médicos (media respuesta correcta 69 % v 49 %). Sólo el 36 % (9 /25) de los pediatras y el 8% (2 /26) de los otros médicos se dieron cuenta de que el padre biológico de un niño nacido antes del 01 de diciembre 2003 necesitaba una orden judicial o un acuerdo de la responsabilidad de los padres para adquirir la responsabilidad de los padres, y por lo tanto ser capaz de dar su consentimiento en nombre de su hijo, si él no estaba casado con la madre del niño. Los médicos no pediatras no estaban seguros o incorrecta cuando se prueba en situaciones en las que las personas con responsabilidad parental no están de acuerdo, o cuando los jóvenes (<16 años), no quieren consultar a sus padres. La mayoría de los médicos no sabían que los padres de un hombre de 20 años de edad, con graves dificultades de aprendizaje no son capaces de dar su consentimiento a una cirugía en su nombre, y muchos que no son pediatras tenían claro que podían dar su consentimiento cuando el niño vivía con sus

padres adoptivos.

Conclusión: Los médicos que obtengan el consentimiento para el tratamiento de los niños necesitan para aumentar su conocimiento sobre quién es capaz de dar su consentimiento informado para garantizar las mejores prácticas (legal y seguro).

Autor: María Fernández Piera, Mónica Ardura Ortega

Título: Adaptación del consentimiento informado a la legislación española en los ensayos clínicos internacionales

Lugar y fecha de publicaciones: España 2012.

Resumen: El presente artículo ofrece una guía para la adaptación a la legislación española, así como otros aspectos que se deben tener en consideración en el proceso de adaptación para dar respuesta a las aclaraciones solicitadas por los comités éticos de investigación clínica. Se trata de una reflexión basada en la práctica y en la experiencia real de las autoras como redactoras y traductoras de este tipo de documentos.

3.2. Nacionales

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

Título: Consentimiento informado en la práctica médica: factores asociados a su conocimiento en una población de médicos peruanos

Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2010.

Resumen: El presente trabajo identifica factores asociados al conocimiento sobre consentimiento informado en médicos peruanos. Diseño: Estudio retrospectivo, en base a un examen de conocimiento. Institución: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Participantes: Médicos postulantes a la segunda especialización. Métodos: Se utilizó una base de datos del examen de conocimiento sobre el tema, de 1 486 médicos postulantes a las plazas de residencia de la UNMSM, 2009. Las variables edad, sexo, universidad de procedencia y año de egreso fueron clasificadas en dos categorías, y el puntaje total de aciertos en el examen entres categorías. Se usó el SPSS 15 para prueba del chi cuadrado y análisis multivariado; y Atlas ti para análisis de los comentarios. Principales medidas de resultados: Conocimiento teórico sobre consentimiento informado. Resultados: Se halló diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de aciertos por edad, sexo, universidad y año de egreso. En el análisis multivariado el mayor puntaje de aciertos se relacionó con ser varón, menor edad, egresado entre 2004 y 2008 y egresado de la UNMSM. Conclusiones: El conocimiento teórico sobre consentimiento fue mejor en médicos más jóvenes y su conocimiento práctico en los de mayor experiencia clínica. El mejor puntaje de aciertos en egresados de UNMSM estaría relacionado con mayor formación ética del grupo de docentes que enseñan ética y la calidad de su alumnado.

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

Título: Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación

Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2010.

Resumen: El objetivo fue evaluar qué saben sobre consentimiento informado los postulantes a la residencia médica. Diseño: Cuestionario sobre consentimiento informado. Institución: Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Participantes: Médicos postulantes al examen de admisión a la residencia médica. Metodología: Se elaboró un examen de conocimiento con preguntas de elección múltiple. Participaron en el estudio 1 486 (95%) postulantes a las plazas de residencia médica de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2009. Se elaboró una base de datos en Excel y se utilizó el paquete estadístico SPSS 15 para análisis de frecuencia; y Atlas ti para análisis cualitativo. La participación en el estudio fue voluntaria y anónima. Principales medidas de resultados: Conocimiento sobre consentimiento informado. Resultados: De los 1 486 participantes, 56% fue varón, con edad media de 31,5 (DE 5,1) años, rango entre 23 y 58 años, egresados de 26 escuelas de medicina del país y 14 del exterior; uno de cada tres egresó entre 2007 y 2008. La gran mayoría (84%) respondió que respetar la autonomía del paciente significa mejorar la comunicación médico paciente; y tres de cada cuatro, que obtener el consentimiento informado es un imperativo ético. La frecuencia de aciertos disminuyó en las preguntas sobre información sobre quién determina la capacidad mental y qué hacer cuando un paciente rechaza tratamiento.

Conclusiones: La población de estudio fue heterogénea en edad, universidad de origen y año de egreso. Se identificó deficiencias en conocimiento del consentimiento informado.

Autor: Rommy Helena Novoa Reyes

Título: Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013

Lugar y fecha de publicaciones: Lima 2013.

Resumen: El objetivo del trabajo fue evaluar nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina. Métodos: Estudio descriptivo, transversal, realizado en el Hospital Nacional Dos de Mayo con internos de medicina. Se utilizó un cuestionario constituido por 20 preguntas. Se aplicó el cuestionario a 51 internos que cumplieron con los criterios de admisión. Se calculó medidas de resumen, tablas y gráficos. La prueba de Estaninos permitió la estratificación del nivel de conocimiento del consentimiento informado. Se aplicó la prueba de chi cuadrado y el test exacto de Fisher para hallar asociación entre las variables. Resultados: El 52.9% fueron mujeres y 47.1%, varones; procedentes de 6 universidades: 2 nacionales con 50.9% de internos y 4 privadas con 49.1%. Sólo 25 internos tuvieron nivel alto de conocimientos; 18, medio y 8, bajo. El 61.54% de internos de universidad pública y 36% de privada consiguieron un nivel alto de conocimiento. Existe

asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado “medioalto” y “bajo”, y el pertenecer a una universidad pública o privada. Conclusiones: El 49% de internos de medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo alcanzó nivel alto de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica; 35.3%, nivel medio y 15.7% nivel bajo.

3.3. Locales

Autor: Chirinos Mayca, Jose Luis

Título: Grado De Conocimiento Y Actitudes En El Uso Del Consentimiento Informado En La Práctica Médica, En El Hospital Honorio Delgado Arequipa 2009

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2009.

Resumen: El objetivo fue evaluar los conocimientos y las actitudes de un grupo de médicos del Hospital Honorio Delgado de Arequipa frente al uso del consentimiento informado Metodología: Se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre actitudes y conocimientos sobre consentimiento informado; aplicado mediante encuesta a 100 profesionales de salud, muestra constituida por médicos, internos y residentes del Hospital Honorio Delgado de Arequipa. Resultados: La muestra estuvo constituida por un 21% de médicos de profesión, un 28% de residentes y más de la mitad (51%) de internos. La gran mayoría de los encuestados tienen edades entre 23 y 32 años, predominando el sexo masculino (59% de los encuestados son

varones). En cuanto a actitudes, el 88% de los encuestados expresaron tener una actitud favorable hacia el consentimiento informado y el 12% tienen una actitud ambivalente. La mayoría expresan que están de acuerdo con el uso de un consentimiento informado, debido a aspectos legales y solo el 19% de los encuestados justifican por aspectos éticos. En cuanto al nivel de conocimientos un 95% de los encuestados presentaron un nivel de conocimiento regular sobre el consentimiento informado, solamente un 4% tiene un buen conocimiento sobre el consentimiento informado. En cuanto a la aceptación de un representante legal para el consentimiento informado, un 82% de los encuestados expresan que los familiares.

Conclusiones: El trabajo concluye en que los profesionales de la Salud tienen actitudes positivas frente al uso del consentimiento informado, sin embargo sus conocimientos deben mejorarse ya que no son buenos en su gran mayoría

Autor: Quiroz Linares, Greighman Alex Michael

Título: Conocimiento y percepción del paciente oncológico sobre el consentimiento informado en la práctica médica hospital Goyeneche, Arequipa 2010

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2010.

Resumen: Los objetivos del trabajo fueron determinar el nivel de conocimientos y percepciones que tienen los pacientes oncológicos sobre el uso del consentimiento informado en la práctica médica en el Hospital Goyeneche. Enfatizando en identificar la percepción del

paciente acerca del tiempo, claridad y forma de presentación de la información por parte del personal de salud, así como la obligación de Los médicos y el derecho de Los pacientes a participar de La toma de Consentimiento Informado. En cuanto a La metodología se utilizó un cuestionario que contiene preguntas sobre conocimientos y percepción sobre consentimiento informado; el cual será aplicado a pacientes del servicio de oncología del Hospital Goyeneche. Se obtuvo que en la muestra predominaron Los pacientes del sexo femenino, en donde se destaca Ca de mama. La mayoría de los encuestados ha participado en La toma de Consentimiento Informado, ya sea para ser intervenido quirúrgicamente, recibir tratamiento médico ó participar de alguna investigación sobre cáncer. Se destaca un conocimiento alto por parte de Los encuestados acerca del consentimiento informado, además de una percepción adecuada del mismo. A 17.8% de los pacientes oncológicos no perciben el derecho de la salud en et consentimiento informado. En cuanto a Las características de los pacientes oncológicos entrevistados: el 36.4% de los pacientes del servicio de oncología presentaron edades entre 46 a 59 años y solo el 7.6% de ellos tienen edades entre 17 a 26 años, el 61.9 son mujeres y el 38.1% masculinos, a 28.8% de los pacientes del servicio de oncología tienen cáncer de mama, el 19.5% de ellas presentaron cáncer al útero y solo el 3.45 de los pacientes de oncología tienen leucemia. El trabajo concluye en que el 70.3% de los pacientes han participado en algún proceso de toma de consentimiento informado previo a tratamiento

médico, y/o previo cirugías. En cuanto a experiencias en la toma de consentimiento informado para investigaciones médicas, solamente un 5.1% de los pacientes habían tenido alguna experiencia antes de ingresar en una investigación, el 94.9% de ellos no han participado. A nivel de conocimientos, el 81.4% de los pacientes de oncología tiene un nivel de conocimiento alto sobre el uso de consentimiento informado, la mayoría de los pacientes oncológicos tienen una percepción adecuada sobre el proceso del consentimiento informado. Se encontró relación entre las percepciones sobre el proceso y el nivel de conocimientos referidos a consentimiento. No se encontró relación entre la percepción sobre la obligación del médico de tomar el consentimiento, percepción sobre el derecho a la salud y el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado.

Autor: Navarro Mares, María Teresa

Título: Relación entre nivel de conocimiento y forma de aplicación sobre consentimiento con plena información en alumnos de pregrado y segunda especialidad de la clínica odontológica a pacientes con riesgo quirúrgico Universidad Católica de Santa María - Arequipa 2010

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2010.

Resumen: El objetivo del presente estudio fue evaluar y comparar el nivel de conocimiento y La aplicación del consentimiento con plena información entre alumnos de pre-grado y Segundas Especialidades que atienden

a pacientes con riesgos quirúrgicos en La Clínica Odontológica de la Universidad Católica Santa María. Se utilizó como unidades de estudio a 152 alumnos, 76 de Pregrado y 76 de Segundas Especialidades que atendieron a pacientes con riesgos quirúrgicos, utilizando la técnica de entrevista, comparando, y además aplicando la técnica de observación documental para La recolección de datos.

De acuerdo a los resultados el nivel de conocimiento en pregrado es regular en su mayoría con un 67.1% y en segundas especialidades es bueno en un 67.1%. La forma de aplicación del documento que reúne las características como ficha del consentimiento con plena información es para pregrado nulo, y para segundas especialidades 15.8%. Sin embargo, se aplican otros formatos para pedir el consentimiento como autorizaciones, en pregrado 68.1% y en segundas especialidades 71.1%, en los cuales no cumplen con los fines del consentimiento con plena información.

La relación entre el nivel de conocimiento y la forma de aplicación en alumnos de pregrado y segundas especialidades, por separado no es estadísticamente significativa, sin embargo la comparación entre ambas variables es significativamente diferente. En conclusión el nivel de conocimiento del consentimiento con plena información es bueno en segundas especialidades ya que tienen mayor conocimiento, y experiencia, pero al no contar con un formato o ficha de consentimiento informado, la aplicación de este es nulo en Pregrado y muy bajo (15.8%) en Segundas Especialidades, lo cual nos lleva a que el conocimiento del consentimiento con

plena información como un determinante de conductas no se aplica por separado en ambos grupos, y si cuando los comparamos, en Clínica de la Universidad Católica de Santa María ya que al ser además un documento médico legal, es indispensable contar con el formato para que se cumpla este requisito.

Autor: Romero Soto, Mario Reny

Título: Entendimiento y aceptación del documento de consentimiento informado por los pacientes del servicio de cirugía del hospital Goyeneche, Arequipa 2011

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2011.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue determinar si los pacientes leen, comprenden y aceptan el documento de consentimiento informado (CI), en el Servicio de Cirugía del Hospital III Goyeneche MINSA Arequipa 2011 y conocer la legibilidad de dicho consentimiento. Métodos: Se realizó una encuesta a los pacientes post operados en et Servido de Cirugía del Hospital III Goyeneche MINSA, acerca del grado de lectura, comprensión y aceptación del documento consentimiento informado, conocimiento de la técnica quirúrgica, complicaciones, anestésico utilizado e información recibida. Valorar La legibilidad del consentimiento informado mediante el índice de flesh Resultados: 102 pacientes fueron incluidos (edad media: 50 años, 54,9% varones y 45,1% mujeres). EL 19,6% de los pacientes sí había leído el consentimiento informado. EL 100% de pacientes dió su consentimiento para la operación, En et 100% de

pacientes esta decisión no la determinó la información del CI. EL 74,5% de pacientes luego de la operación y teniendo en cuenta la información aportada por el consentimiento informado (CI), No conocía suficientemente bien sobre la intervención. EL 64,7% de los pacientes No conocía la posibilidad de que surgieran complicaciones incluso graves. EL 76,5% No conocía que tipo y vía de administración de anestesia iba a recibir. EL 11,8 % Considera que la información aportada por et CI era adecuada en cantidad y en facilidad de comprensión, el 4,9 % más o menos y et 93,1% no leyó. EL 74,5% Considera que el CI es un documento útil para el paciente, 3,9% inútil y 21,6 % afirma que su principal función es la de liberar al médico de responsabilidad, EL 74,5% refiere que si recibió información por parte de su médico, el 25,5 % refiere que no recibió información por parte de su médico. EL 60,8% refiere que considera esta información insuficiente en cuanto a técnica operatoria, complicaciones y posibles alternativas, el 39,2% considera que esta información fue suficiente. EL 60,8% de los pacientes si estaría dispuesto a firmar un CI global, que permitiera a los médicos realizar las exploraciones que creyeran oportunas, el 33,3% no estaría dispuesto y el 5,9% refiere que no están seguros. Conclusiones: EL 80,4% de nuestros pacientes no leen el documento CI, de las personas que leen el CI el 85,7% comprenden el contenido del CI, el 100% de pacientes acepta el documento de CI, el nivel de legibilidad del documento de consentimiento informado según la escala de flesh es de un nivel un poco fácil.

Autor: Aire Vilca Lucia Esperanza

Título: Nivel de comprensión y evaluación del consentimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo (Essalud) Arequipa 2013

Lugar y fecha de publicaciones: Arequipa 2013.

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue determinar el nivel de comprensión y evaluación del conocimiento informado en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Base Carlos Alberto Seguin Escobedo. Métodos: Se contacto a los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía abdominal, traumatología y urología que cumplan los criterios de selección el día previo a la cirugía, para explicar la intención del estudio. Se interrogo a 100 pacientes para conocer el nivel de comprensión del consentimiento informado incluido en la historia de los pacientes para verificar el nivel de cumplimiento. Los datos registrados en la lista de cotejos fueron codificados y sumados para obtener una distribución percentil y se estableció el nivel de comprensión del paciente y nivel de cumplimiento del formato en estudio. Resultados. Se entrevisto a 100 pacientes, de los cuales 50.0% fueron del servicio de Cirugía, 30.0% del servicio de Traumatología y 20.0% del servicio de Urología, de los cuales 60.0% fueron varones y 40.0% fueron mujeres, con edades que en su mayoría (46.0%) tuvieron más de 60 años; el 24.0% de los pacientes tienen primaria completa, el 60.0%

secundaria y solo el 16.0% tiene estudios superiores.

El 31.0% de los pacientes tienen un nivel de comprensión malo, el 52.0% de ellos presentaron un nivel de comprensión malo, el 52.0% de ellos presentaron un nivel de comprensión regular y el 17.0% de los pacientes presentaron un nivel de consentimiento bueno. En cuanto al nivel de cumplimiento, muestra que el 2.0% de los consentimientos informados tienen un nivel de cumplimiento malo, el 90% presentaron un nivel de cumplimiento regular y el 8% de los consentimientos informados presentaron un nivel de cumplimiento bueno.

Los pacientes de Cirugía Abdominal y de Traumatología presentaron un nivel Regular de comprensión 56.0% y 56.7% respectivamente y los pacientes de Urología que presentaron un nivel malo de comprensión en un 50.0% estadísticamente no significativa. El nivel de cumplimiento del consentimiento informado fue calificado como regular en los tres servicios estudiados, 92.0% en Cirugía Abdominal, 90.0% en Traumatología y 85.0% en Urología

Conclusiones: El nivel de comprensión y el nivel de cumplimiento del consentimiento informado de los pacientes son calificados como regulares.

4. Objetivos

4.1. General

Determinar el Nivel de Conocimiento sobre Consentimiento Informado en Médicos de la Región Salud Moquegua.

4.2. Específicos:

Determinar el nivel de conocimiento del consentimiento informado de acuerdo a los años de profesional de los médicos, edad, si poseen especialidad o no y grado académico de los médicos de la Región Salud Moquegua.

5. Hipótesis

Dado que el conocimiento sobre bioética y específicamente sobre el consentimiento informado es escaso en los estudios de pregrado es posible que el nivel de conocimientos sobre consentimiento informado en médicos no sea adecuado.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnicas

Se utilizará la técnica de encuesta a los médicos que trabajan en la región salud Moquegua, para recoger los datos necesarios según nuestro cuadro de operacionalización de variables.

1.2. Instrumento

- Se utilizará en cuestionario “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado” de Novoa R. “Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo”, Lima 2013.
- El cuestionario usado en la presente investigación se caracteriza por: (Anexo 1)
- Evalúa los conocimientos sobre consentimiento informado: concepto; objetivos; fundamento legal y ético; modelo y aplicación.
- Las preguntas son cerradas politómicas, es decir, presentan como respuestas una serie de alternativas entre las que el encuestado debe elegir una alternativa.
- Las respuestas presentadas son exhaustivas y excluyentes.
- Presenta 20 ítems.
- El cuestionario presenta instrucciones como introducción.
- El cuestionario fue validado por juicio de expertos.
- Consta de tres partes: Introducción, Datos Generales y Datos específicos.

Validez del instrumento

La validación de un instrumento puede tener diferentes tipos de evidencia: a) del contenido, realizada por el juicio de expertos; b) del constructo, se refiere a que tan exitosamente un instrumento representa y mide un concepto teórico y c) del criterio que implica que la medición del instrumento se ajusta o comparaa un criterio externo -gold estándar.

El presente cuestionario se validó mediante juicio de expertos.

1.3. Materiales de Verificación:

- Papel.
- Lápiz.
- Material de escritorio.
- Laptop.
- Impresora.

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

Las encuestas se realizarán en el ámbito de la región Salud Moquegua, Hospitales, Centros de Salud y Puestos de Salud.

2.2. Ubicación temporal:

Las encuestas abarcan el periodo comprendido entre los meses de Noviembre y Diciembre del 2013.

2.3. Unidades del estudio:

Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua en el periodo Noviembre y Diciembre del 2013.

Criterios De Inclusión

- Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que acepten voluntariamente responder el instrumento de recolección de datos.

Criterios De Exclusión

- Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que no acepten voluntariamente responder el instrumento de recolección de datos.

- Médicos que trabajen en la Región de Salud Moquegua y que por motivos personales, laborales o de otra índole no estén laborando en la región Moquegua en los meses de noviembre y diciembre de 2013.

Muestra

- Médicos que cumplan los criterios de inclusión.

3. Estrategias de recolección

3.1. Organización:

Elaboración del tema a investigar.

Asesoramiento del Plan de Tesis.

Planteamiento y permiso del Director Regional de Salud Moquegua para ejecutar un Proyecto de Investigación a ese nivel.

Solicitud formal para el inicio del plan de Tesis, contando con un proyecto de Tesis.

3.2. Recursos:

Humanos: Un investigador y un tutor.

Materiales: Encuesta, lapiceros, hojas y computadora.

Financieros: Propios del investigador.

3.3. Criterios o estrategias para manejar resultados

3.4.1. Obtención de Datos

La información obtenida de las encuestas será transcrita a un cuadro maestro en Excel a partir del cual se hará el procesamiento de datos. Se utilizará una matriz de sistematización debido a que se trata de un problema descriptivo. El recuento se realizará por medio de matrices de conteo tipo manual. Si hay cuadros relacionales se aplicará la prueba de chi cuadrado. Se realizarán gráficos en barra. Para la interpretación de los datos se utilizará la modalidad formal ya que se incluirá una interpretación debajo del cuadro. Los datos serán comparados entre sí. La interpretación de los datos se realizará sólo a nivel descriptivo, debido al tipo de problema que se está investigando. Las conclusiones serán dadas a nivel de variables e indicadores de manera que estas respondan a cada uno de los objetivos planteados.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

1. Elección y recopilación del tema: 1 semanas
2. Revisión Bibliográfica: 3semanas
3. Ejecución: 3 semanas
4. Procesamiento y análisis de datos: 2 semanas
5. Elaboración del informe final: 2 semanas

ACTIVIDADES	SEMANAS DE TRABAJO					
	1	2	3	4	5	6
Elección y Recopilación del tema						
Revisión Bibliográfica						
Ejecución						
Procesamiento y Análisis de Datos						
Informe Final						

Total 6 Semanas

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

¹BROGGI TRIAS MA. ¿Consentimiento informado o desinformado? El peligro de la medicina defensiva. Med Clin (Bar) 1999; 112(3): 95-96.

² KAY R, SIRIWARDENA A. The process of informed consent for urgent abdominal surgery. J Med Ethics. junio de 2001;27(3):157-61.

³KATZ J., <<El médico y el paciente: su mundo silencioso>> (traducción de realizada por Agustín Bárcena de la obra original "The silent world of doctor and patient" --Nueva Cork, 1.984-- en Fondo de Cultura Económica, México 1.989.)

⁴LIZARRAGA BONELLI E. El Consentimiento Informado. La Responsabilidad Civil y Penal del Médico. Madrid. Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid 1999; 257-290.

⁵SESSAREGO CF. La Responsabilidad Civil del Médico y El Consentimiento Informado. Motivensa; 2011.

⁶Diccionario de la Real Academia Española, XXII Edición, Madrid, 2001

⁷ FLORES U. Gestión del conocimiento organizacional en el taylorismo y en la teoría de las relaciones humanas Espacios. Vol. 26 (2) 2005. Pág. 22

⁸GARBIN, C. A. S, GONCALVES, P. E y GARBIN, A. J. I. Consentimiento informado en la práctica odontológica brasileña: sus aspectos éticos y legales. Acta odontol. venez, ago. 2006, vol.44, no.2, p.261-264. ISSN 0001-6365.

⁹DOLORES M. UD4. Consentimiento Informado. Especialidad Médico Quirúrgicas. Medicina Legal y Forense. Bioética OCW Enero 2009

¹⁰ GALAN CORTÉS, Julio C., "El Consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios", p. 162, Colex. Madrid. 1997.

¹¹ HIGHTON, Elena y WIERZBA, Sandra M., "La relación médico – paciente; el consentimiento informado", p. 11, Ed. Ad_hoc, 1991.

¹² VAZQUEZ FERREIRA, Roberto y TALLONE, Federico, "Derecho Médico y Mala Praxis", p. 19, Ed. Juris, Rosario 2000.

¹³ ILFELD B. Informed consent for medical research: An ethical imperative. Reg Anesth Pain Med 2006; 31 (4): 353-7.

¹⁴ DEL CARMEN MG, JOFFE S. Informed consent for medical treatment and research: a review. *Oncologist*. septiembre de 2005;10(8):636-41.

¹⁵ Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos. Ginebra 2002.

¹⁶ Instituto Nacional de Salud (Perú). Reglamento de ensayos clínicos. Lima: Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, 2010.

¹⁷ COLLAZO E. Consentimiento informado en la práctica médica. Fundamentos bioéticos y aspectos prácticos. *Cir Esp* 2002;71(6):319-324

¹⁸ FERNÁNDEZ VARELA H, SOTELO MONROY G. El consentimiento mediante información. *Rev Fac Med UNAM* 2000;43(1):6-11

¹⁹ Nuremberg Code. Directives for Human experimentation. In: *Trials of war criminals before the Nuremberg Military Tribunals under Control Council Law No. 10*, Vol. 2, pp. 181-182. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1949

²⁰ LUNA F, SALLES AF (eds). *Decisiones de vida y muerte*. Bs.As: Ed. Sudamericana; 1995

²¹ CLOTET J. O Consentimento informado nos comitês de ética em pesquisa e na prática médica: Conceitua ç ã o, origens e atualidade. *Portal médico Brasileiro*. [cited 2006 Jul 21] Available from: URL: <http://www.portalmedico.org.br>

²² DE BENEDETTI M, PASTOR S Y BANDRES M. Evaluación de la autonomía del paciente en el proceso de la toma de decisiones médicas, en pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Rev Med Hered*, 2006;17(1):21-27.31.

²³ Colegio Médico del Perú. Código de Ética y Deontología. Lima, Perú: Colegio Médico del Perú; 2007. p. 16-20.

²⁴ Ministerio de Salud. Modificaciones a la Norma Técnica N° 022-MINSA/DGSPV.

02 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado. Lima: MINSA; octubre 2008. 686-

2008/MINSA.

²⁵Comisión nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y del comportamiento. Informe Belmont. USA, Abril 1947.

²⁶SIMÓN LORDA, P.; JÚDEZ GUTIÉRREZ, J. Consentimiento informado. Medicina Clínica. Vol. 117, num. 3. pgs. 99-106. Barcelona, 2001.

²⁷ WEAR S. Informed Consent: Patient Autonomy and Clinician Beneficence Within Health Care. Georgetown University Press; 1998.

²⁸Ministerio de Salud. Nº 022-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de la historia clínica de los establecimientos de salud del sector público y privado. Lima: MINSA; julio 2004. 686-2008/MINSA. 776-2004/MINSA.

²⁹ MALAGA G, TUPAYACHI G, GUEVARA T et al. Evaluación de la calidad de los consentimientos informados de los servicios de los hospitales de nivel III-IV de Lima y Callao. Rev Med Hered, 2007;18(3):136-142.



DIGITAL

¹ DELGADO Marroquín T. Confidencialidad y Secreto Profesional. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza. Curso On line de Ética Clínica en Atención Primaria. Extraído de:

<http://www.institutodebioetica.org/cursoeticagratis/modulo4/Unidad%204%20confidencialidad%20y%20Secreto%20Profesional.pdf>.

² BERNATE Francisco. Deber de Información, Consentimiento Informado y Responsabilidad en el Ejercicio de la Actividad Médica. Extraído de: http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080521_30.pdf.

³ DUQUE Jaime. Conceptos sobre el consentimiento informado en los menores de edad. Extraído de :

http://www.sccp.org.co/plantilas/Libro%20SCCP/Lexias/etica/consentimiento/jrd/consentimiento_jrd.htm.

⁴ ARÉVALO Pedro P. El Derecho al Consentimiento Informado. Extraído de <http://www.earticulos.com/articles/2956/1/El-Derecho-al-Consentimiento-Informado/Pagina1.html>.

⁵ OCAMPO María del Rocío. Consentimiento informado. Extraído de <http://www.cecami.chiapas.gob.mx/doc/consentimiento-informado.pdf>.

⁶ COLLADO Ana M. El Consentimiento Informado, Un Derecho de la Niñez. Extraído de:

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/consentim_informado_derecho_ninez.pdf.

⁷ LÓPEZ Enrique. Derechos del Enfermo derivados del Consentimiento Informado. Extraído de:

<http://www.ustatunja.edu.co/derecho/images/investigacion/documentos/df5.pdf>.

⁸ LÓPEZ Esteban. Ética Médica. Colección Decimo Aniversario. Universidad Autónoma de Centro América. Extraído de:

<http://www.uaca.ac.cr/bv/ebooks/salud/1.pdf>.

⁹ DE MICHELE Daniel. Ética y Bioética. Cátedra de Bioética. Extraído de: <http://www.bioetica.ecaths.com/archivos/bioetica/Bioetica1Liviano.pdf>.

¹⁰ ROCCA Cary E. Grupos Vulnerables en el Consentimiento Informado. Extraído de:

http://www.derecho.usmp.edu.pe/itaest2010/Articulos_estudiantiles/09-2010 Grupos Vulnerables en CI.pdf.

¹¹ COMITÉ DE BIOÉTICA DE CATALUÑA. Guía sobre el Consentimiento Informado. Octubre 2002. Extraído de:

<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/esconsentiment.pdf>.

¹² ASOCIACIÓN VIA LIBRE. COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA. Normas para la redacción del Consentimiento Informado, recomendadas por Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas-CIOMS. Lima-Perú. Extraído de:

<http://ssvalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl/url/item/71f875b365c9ff30e04001011f0147f7.pdf>.

¹³ PONCE Moisés. SERUMS-Manual de Medicina Legal. Tema: Responsabilidad Médica. Extraído de:

ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/serums/medicina_legal.doc.

¹⁴ GARCÍA Judit. El Secreto Profesional en el ámbito sanitario. Extraído de:

http://www.unifr.ch/ddp1/derechopenal/articulos/a_20080630_02.pdf.

¹⁵ RODRÍGUEZ Juan. Consideraciones sobre el Secreto Profesional Médico. Extraído de:

http://www.semq.es/doc/documentos_SEMG/secreto_prof.pdf.

¹⁶ GINOCCHIO Luis. Negligencia Médica. Extraído de:

<http://www.monografias.com/trabajos55/negligencia-de-los-medicos/negligencia-de-los-medicos.shtml>

¹⁷ ALVAREZ-CIENFUEGOS José y LÓPEZ Orencio. Secreto Médico y Confidencialidad de los datos sanitarios. Extraído de:

<http://www.medynet.com/usuarios/jraquilar/secreto%20medico.htm>

¹⁸ SBALETE José. El Secreto Médico: Aspectos Jurídicos. Extraído de:

<http://www.leysab.com/descargas/secretomedico.pdf>

¹⁹ VÁZQUEZ Roberto A. La Responsabilidad Civil de los Médicos. Extraído de:

http://www.sideme.org/doctrina/articulos/respcivmed_rvf.pdf

²⁰ CENTRO DE INFORMACIÓN DE NEGLIGENCIA MÉDICA. Comprensión del Consentimiento Informado. Extraído de:

<http://www.lawyers4justice.com/CM/FSDP/PracticeCenter/Espanol/Medical-Malpractice.asp>

²¹GIMAR Facundo y Cols. El Consentimiento en el Acto Médico una aproximación en Pediatría. Extraído de:

http://www.encolombia.com/pediatria34299_consentimiento25.htm.

²² CIFUENTES María del Mar. La Ética en el Derecho Médico. Extraído de:

http://www.robertexto.com/archivo/etica_dermedicohtm

<http://maximogris.net/edicina.html>

²³ ALFARO-ABOGADOS. Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Extraído de:

<http://www.alfarolaw.com/ley-de-derechos-del-paciente-historiaclinica-y-consentimiento-informado.html>



ANEXO N° 1
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
CUESTIONARIO

I. INTRODUCCIÓN

Estimado Médico.

El presente cuestionario es el instrumento de medición del trabajo de investigación Titulado: “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN SALUD MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”. Por ello, solicito su colaboración con el llenado del presente cuestionario, que es de carácter anónimo. Agradezco su colaboración y solicito la mayor sinceridad y veracidad.

II. DATOS GENERALES

Edad: _____

Tiempo de Profesional (Años de egresado de la Facultad de Medicina) ____

Grado Académico: Grado () Postgrado: Magister () Doctor ()

Especialidad SI () NO ()

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.
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:
- Código de Ética y Deontología del Perú en su artículo I
 - Ley N° 29414 que modifica la Ley General de Salud**
 - Ley del Trabajo Médico
 - Constitución Política del Perú
9. El personal de salud que no debería aplicar el consentimiento informado es:
- Médico especialista
 - Residente
 - Interno de medicina**
 - Médico tratante
10. Para que el consentimiento informado sea válido es necesario:
- La capacidad mental adecuada del paciente de tomar decisiones (competencia).
 - La recepción de información adecuada.
 - El paciente debe actuar libremente, sin coacción, en la elección de la mejor opción sobre su condición de salud.
 - 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?

- a. El personal de salud que aplica lee el contenido del formulario al paciente.
 - b. El personal de salud que aplica entrega el formulario al paciente para que sea él mismo quien lea.
 - c. Un familiar lee el consentimiento informado al paciente
 - d. 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:
- a. Edad adecuada (> de 18 años)
 - b. Capacidad de elección
 - c. Capacidad de decisión
 - d. 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° 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN HOJA INFORMATIVA

1. Se invita a usted a participar del proyecto de investigación “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”
2. El investigador del estudio es:
Alfredo Augusto Rivera Ticona, alumno del séptimo año de Medicina Humana de la Universidad Católica Santa María.
3. La presente investigación busca evaluar el nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en los médicos de la región Salud Moquegua.
4. Esta investigación consiste en encuestas personales, que evalúan, el nivel de conocimiento sobre Consentimiento Informado: definición, objetivos, fundamentos, modelo y aplicación. Además evaluará la universidad de la que proviene.
5. Los beneficios de participar en el estudio son que nos permitirá evaluar cuánto conocen los médicos de la región Moquegua sobre este documento tan importante en la práctica médica diaria.
6. No existe riesgo alguno si usted decide participar en el estudio.
7. Los datos obtenidos serán procesados en conjunto y en el informe final del presente estudio no figurarán sus datos personales.

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

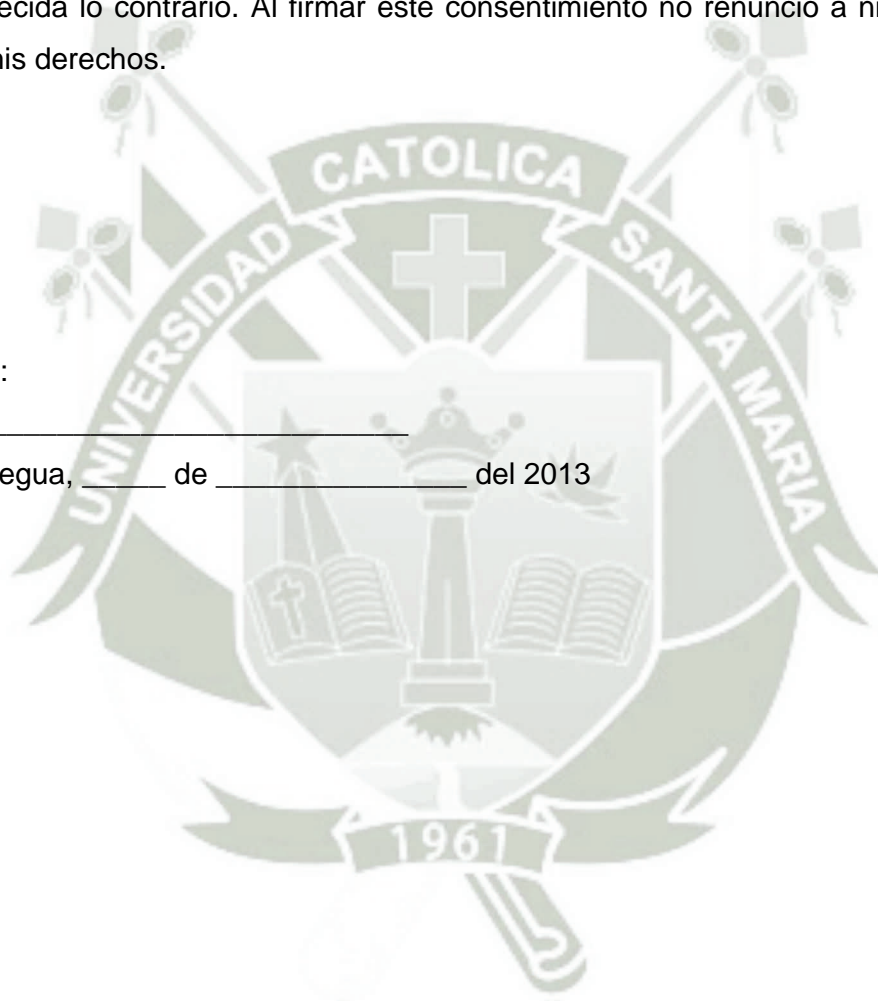
8. He leído la presente hoja informativa que me ha sido entregada, he tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio. He recibido respuestas satisfactorias. He recibido suficiente información en relación con el estudio. Entiendo que la participación es voluntaria. Entiendo que puedo negarme a

participar del estudio: cuando lo desee, sin que tenga que dar explicaciones, y sin que ello afecte mi labor como médico.

9. Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento, comprendo los compromisos que asumo y los mantengo expresamente. Y por ello, firmo este consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en el estudio de investigación sobre “NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MÉDICOS DE LA REGIÓN MOQUEGUA DICIEMBRE 2013”, hasta que decida lo contrario. Al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Firma:

Moquegua, _____ de _____ del 2013



ANEXO Nº 3

TABLA Nº 27 MATRIZ DE LA PRUEBA PILOTO

	NUMERO DE ITEMS																				TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	13
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	18
3	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	17
4	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12
5	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	9
6	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16
7	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	12
8	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	13
9	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13
10	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	14



Publicación autorizada con fines académicos e investigativos
 En su investigación no olvide referenciar esta tesis

ANEXO Nº 4

TABLA Nº 28 VARIANZA DE LOS ITEMS

ITEM	N	VARIANZA
1	10	0
2	10	0.233
3	10	0.278
4	10	0.278
5	10	0.278
6	10	0.233
7	10	0.267
8	10	0.267
9	10	0
10	10	0
11	10	0.267
12	10	0.233
13	10	0
14	10	0
15	10	0.1
16	10	0.178
17	10	0.267
18	10	0.267
19	10	0.1
20	10	0.1
Sumatoria de varianza de cada item		3.346
Varianza del cuestionario total		7.122

ANEXO Nº 5

CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Para determinar la confiabilidad del instrumento de medición se calculó el coeficiente de consistencia interna mediante el método de Alfa de

Cronbach, determinándose que los instrumentos tienen nivel de confiabilidad aceptable para realizar una medición objetiva en la investigación.

Coeficiente Alfa de Cronbach

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum Vi}{Vt} \right]$$

$$\alpha = \frac{20}{20-1} \left[1 - \frac{3,346}{7,122} \right]$$

$$\alpha = 0.56$$

K = N° de Ítems

V_i = Varianza de cada Ítem

V_t = Varianza del cuestionario total

**ANEXO N° 6
ANÁLISIS MUESTRAL**

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}{e^2 \cdot (N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot (1-p)}$$

Donde

N:	182
----	-----

Nivel de Confianza:	95% o $Z^2=1.96$
P:	50%
$\pm e$:	5%

Aplicando la formula y reemplazando valores

n: 124



ANEXO N° 7

TABLA N° 29 MATRIZ DE SÍSTEMATIZACIÓN

N°	EDAD	TIEMPO DE PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	GRADO ACADEMICO	NUMERO DE ITEM																TOTAL			
					1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		17	18	19
23	53	25	No	POSTGRADO	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	13
24	28	3	No	GRADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	18
25	46	17	Sí	POSTGRADO	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	17
26	42	16	Sí	POSTGRADO	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	12
27	35	10	No	POSTGRADO	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	9
28	45	18	Sí	GRADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	14
29	38	8	Sí	GRADO	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	16
30	47	16	Sí	GRADO	1	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	12
31	42	14	Sí	POSTGRADO	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	13
32	45	19	Sí	POSTGRADO	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	13
33	53	28	Sí	POSTGRADO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	14
34	60	31	Sí	POSTGRADO	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	14
35	32	8	Sí	GRADO	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	14
36	62	30	Sí	GRADO	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	12
37	47	20	Sí	GRADO	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	16
38	37	10	Sí	GRADO	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	15
39	50	24	Sí	POSTGRADO	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
40	63	35	Sí	GRADO	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	15
41	54	27	Sí	GRADO	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	14
42	35	7	Sí	GRADO	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	14
43	44	16	No	GRADO	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	11
44	42	15	No	GRADO	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	14
45	35	11	No	GRADO	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	14
46	43	18	No	GRADO	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	14
47	59	23	Sí	GRADO	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
48	50	23	Sí	GRADO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	11
49	36	6	No	GRADO	1	1	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	11
50	50	22	Sí	GRADO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	11
51	46	16	No	POSTGRADO	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	11
52	50	21	No	GRADO	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	8
53	59	29	Sí	POSTGRADO	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	15



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE SANTA MARÍA

ANEXO Nº 8

**PROCEDIMIENTO DE LA ESCALA DE ESTANINOS PARA LA MEDICION
DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**TABLA Nº 30 MEDIDAS DE RESUMEN PARA LA PLAICACION DE LA
ESCALA DE ESTANINOS**

ESTADISTICOS	
Media	13.48
Mediana	13
Moda	14
Desviación estándar	2.12
Valor mínimo	8
Valor máximo	18
n	124

Donde el promedios $X = 13.48$

Desviación estándar $S = 2.12$

Proceso

$0 - (X - S)$	BAJO
$(X - S) - X$	MEDIO
$X - MAX$	ALTO

Reemplazando

$0 - (X - S)$	BAJO	< 11.36
$(X - S) - X$	MEDIO	$11.36 - 13.48$
$X - MAX$	ALTO	> 13.48