



Facultad de Ciencias Médicas

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO



TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA LEGAL

EL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN EL MARCO DE LA LEY DE PARTO HUMANIZADO

Autor: DR. ECHEVARRIA MATÍAS

Tutor: DR. WARON LEONARDO

Cohorte 2022

ÍNDICE

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
UN REPASO HISTORICO	4
MARCO LEGAL DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN ARGENTINA	8
OBLIGATORIEDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	10
EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	13
TIPOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	15
QUIEN PUEDE DAR CONSENTIMIENTO	15
CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES.....	17
LEY DE PARTO HUMANIZADO EN RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	18
OBJETIVO	19
METODOLOGIA	20
RESULTADOS	21
CONCLUSIÓN.....	26
ANEXO.....	28
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

Este trabajo planteó como objetivo analizar si durante la atención del trabajo de parto y parto vaginal, las pacientes recibieron la información adecuada de las prácticas, intervenciones o conductas que fueron tomadas por el equipo de salud durante cada etapa, en el marco de la reglamentación de la ley de parto humanizado.

Se realizó una encuesta a 40 pacientes, donde se observó en muchas situaciones, que el médico realizó prácticas, decidió conductas y llevó a cabo intervenciones de las cuales no informó a la paciente sobre riesgos, beneficios y alternativas, no respetando el derecho de autonomía resaltado en la ley antes mencionada. Este incumplimiento por parte del equipo de salud de podría relacionar en forma directamente proporcional con el aumento de reclamos de responsabilidad médica en esta especialidad.

Dada la situación detallada en este trabajo, la información y formación de los médicos en medicina legal y la participación de estos especialistas en la asesoría y capacitación a directores de instituciones y miembros de los servicios de obstetricia, se presenta como un pilar esencial en pos de resolver dicho problema.

INTRODUCCIÓN

En otros tiempos, la prescripción médica era indiscutida por los pacientes y su grupo familiar. Hoy en día, modernos conceptos de bioética, indican el respeto por la libertad individual del paciente y su autonomía para decidir libremente sobre su cuerpo.

Se conoce como consentimiento informado al acto por el cual el paciente expresa su voluntad a someterse a tal o cual procedimiento y que ha sido informado sobre su esencia, riesgos, eficacia, etc. y se propone que debería llamarse información consentida (1).

El consentimiento informado se fundamenta en la autonomía del paciente, es decir, en la capacidad de decisión sobre lo que se va a realizar sobre su cuerpo, está considerada en la actualidad un aspecto saliente de la libertad personal y de los derechos humanos. Plantea un *reto ético* de primer orden a todos los profesionales de la salud.

Sin embargo, con frecuencia los médicos, las enfermeras y técnicos, tienen dificultades para asumirlo porque su formación académica y su práctica clínica han estado imbuidas, hasta hace poco, por los principios y modos del paternalismo tradicional.

El consentimiento informado se haya desarrollado fundamentalmente por dos tipos de motivos, que han ido condicionando el modo de enfocar este procedimiento:

- Motivos éticos: Reconocimiento de la autonomía del paciente y deber del médico de procurarle el mayor bien, que llevan a mejorar la participación del paciente en el proceso sanitario, y
- Motivos legales: Reclamos de daños, que puede conducir a una práctica defensiva (2).

UN REPASO HISTORICO

Si bien desde la década del setenta, con el desarrollo de la bioética, y sus principios fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y de justicia, se establecieron reglas en la relación médico paciente, como la confidencialidad, veracidad y el consentimiento informado, nada nuevo a sucedido, ya que desde mucho antes del desarrollo de esta rama humanística de la filosofía, se encuentra la importancia y la obligación de su implementación.

A continuación, se citan algunos aspectos del consentimiento informado relacionados al orden internacional y nacional:

a) Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) de 1948.

Al final de la segunda conflagración mundial, los pueblos del mundo, a raíz de las atrocidades cometidas en la misma, proclamaron los derechos humanos que se les reconocen a todas las personas de todos los pueblos que habitan la tierra. La DUDH se funda en los valores de dignidad y libertad en igualdad; lo mismo que los pactos sancionados en 1966: de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Existe una fuerte asociación entre la bioética y los derechos humanos, a partir de la cual se formula una moral universal (3).

b) Código de Núremberg.

Desde el comienzo de la Segunda Guerra Mundial se realizaron, en Alemania y en los países ocupados, experimentos médicos criminales en gran escala sobre ciudadanos no alemanes, tanto prisioneros de guerra como civiles, incluidos judíos, por lo que el Tribunal Internacional de Núremberg, en 1946, aprobó el Código de ética médica de Núremberg, el cual recoge una serie de principios que deben regir en la investigación con seres humanos, para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales. Se estableció el principio de que “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial” (4).

c) Declaración de Helsinki de 1964.

Promulgada por la Asociación Médica Mundial (AMM), y ha sido sometida a cinco revisiones, la última fue en el 2013. Dicha declaración es un cuerpo de principios éticos que deben guiar a la comunidad médica y a otras personas que se dedican a la experimentación con seres humanos.

Se trata de un documento ético no vinculante, pero que tiene influencia internacional. Establece principios básicos para toda investigación médica y principios aplicables cuando la investigación médica se combina con la atención médica. Entre los principios que establece, se encuentra que en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano y que para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.

Esta Declaración de Helsinki fue reconocida como antecedente inmediato de la Bioética (5).

d) Declaración de Derechos del Paciente por la Asociación Americana de Hospitales (1973).

Se trata de una de las primeras declaraciones en la que se proclaman los derechos de los pacientes. En la misma, se fija una serie de derechos para que la relación médico-paciente sea la apropiada.

Se establece en ella que “el paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos comprensibles para él.

También que el paciente tiene derecho a que su médico le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado previamente a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento. Al igual que el paciente tiene derecho a rechazar el tratamiento en la medida que lo permita la ley. Por lo que también tiene derecho a ser informado de las consecuencias médicas de su acción (6).

e) Declaración de Lisboa sobre los Derechos de los Pacientes (Asociación Médica Mundial, 1981; la misma fue corregida en 1995 y en 2005).

Si bien en la primera versión, dicha declaración no contenía la fuerza bioética que adquiriría con el paso del tiempo, en la misma se podía leer que después de haber sido adecuadamente informado sobre el tratamiento, el paciente tiene derecho a aceptarlo o rechazarlo, y además que dicho paciente tiene derecho a morir con dignidad.

Con las modificaciones introducidas en el año 2005, se observa la definición del Derecho a la autodeterminación. Es decir puede tomar decisiones libremente en relación a su persona y el médico debe informar las consecuencias de su decisión.

El paciente adulto, mentalmente competente, tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia y tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones.

Es decir, el paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento (7).

f) Declaraciones de la UNESCO sobre genoma humano, datos genéticos humanos y Bioética y derechos humanos.

La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura ha desarrollado en la Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (1997), la Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (2003) y la Declaración sobre Bioética y Derechos Humanos (2005) (8).

g) Código de Ética de la Confederación Médica de la República Argentina (COMRA).

Dicho código de Ética fue aprobado el 17 de abril de 1955, constituyendo un claro exponente de la ética médica de la época: paternalismo médico - beneficencia en favor del paciente.

La ética médica, en muchas ocasiones, no era acatada por los galenos (pues, sólo compelia en la conciencia de los facultativos), por lo cual, muchas veces el actuar del profesional no era acorde a la buena praxis médica.

En la edición actualizada del año 2008, se trató sobre el consentimiento informado en los artículos 23 a 26.9.

h) Ley 17.132 de ejercicio de la Medicina, odontología y actividades de colaboración de las mismas (1967).

Esta norma regula el ejercicio profesional de la Medicina, de la odontología y de actividades de colaboración vinculadas a aquellas. Sin embargo, es una ley desactualizada respecto a los avances y cambios producidos en la sociedad (cultural, tecnológica, jurídica) y en las profesiones sanitarias.

La ley 17.132 prescribe:

Artículo 19: Los profesionales que ejerzan la Medicina están, sin perjuicio de lo que establezcan las demás disposiciones legales vigentes, obligados a: respetar la voluntad del paciente en cuanto sea la negativa a tratarse o internarse salvo en los casos de inconsciencia, alienación mental, lesionados graves por causa de accidentes, tentativas de suicidio o de delitos.

En las operaciones mutilantes se solicitará la conformidad por escrito del enfermo salvo cuando la inconsciencia o alienación o la gravedad del caso no admitiera dilaciones. En los casos de incapacidad, los profesionales requerirán la conformidad del representante del incapaz (...).

Es una cláusula, se expresa la necesidad del respeto de la voluntad del enfermo (cuando es negativa a...), pero que en la época en que fue prescripta colisionaba con el mandato paternalista del colectivo médico y a ello hay que agregar que aún no habían florecido ni la bioética ni la regla del consentimiento informado (10).

i) Ley de España 41/2002. Esta ley es la reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, fue promulgada por el Rey Juan Carlos I y publicada en el BOE el 15 de noviembre de 2002 (11).

Es una ley que en su estructura axiológica y normativa constituyó fuente directa de nuestra ley 26.529 de derechos de los pacientes.

Esta norma, al prescribir los principios básicos establece los siguientes: La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.

Toda actuación en el ámbito de la Sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito (12).

MARCO LEGAL EN ARGENTINA

En nuestro país existen varias normas vigentes relacionadas al consentimiento informado, a saber:

- Ley 17.132: Ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas (sancionada en el año 1967);
- Ley 27.447: Trasplantes de órganos, tejidos y células (sancionada en el año 1993);
- Constitución Nacional: Tratados sobre DDHH (artículo 75 inciso 22) y artículo 42 (sancionada en el año 1994);
- Ley 25.326: Principios generales relativos a la protección de datos. Derechos de los titulares de datos. Usuarios y responsables de archivos, registros y bancos de datos. Control. Sanciones. Acción de protección de los datos personales (sancionada en el año 2000);
- Código de Ética Médica de la República Argentina COMRA (aprobado el 17 de abril de 1955 y actualizado en el 2008);
- Ley 26529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud (sancionada en el 2009 y modificada por la Ley 26742 en el año 2012); En este marco jurídico, el derecho a la información de los pacientes ha sido explicitado en su art. 2 que enuncia que constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia.
- b) Trato digno y respetuoso.
- c) Intimidad.
- d) Confidencialidad
- e) Autonomía de la voluntad.
- f) Información Sanitaria.
- g) Interconsulta Médica.

Por otro lado, la Ley 26742 en su artículo 1° señala que se modifica el artículo 2° de la Ley 26.529 — Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud — el que quedará redactado de la siguiente manera: e) Autonomía de la voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad.

Es decir que, mediante dicha Ley quedó establecido el derecho de la persona a la libre elección de (aceptar o rechazar) tratamientos o procedimientos médicos o biológicos, entre las opciones que le presente el médico cargo; así como también, poder revocar, posteriormente, su manifestación inicial de la voluntad (13).

Asimismo, tal como lo prevé la Ley 26529 en su art 3, la información sanitaria deberá manifestarse de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. Sin embargo, este punto resulta crítico en la práctica diaria, dado que la mayoría de las veces los pacientes refieren no haber comprendido realmente lo que los profesionales médicos le habrían explicado, lo que puede traer aparejado una alteración en la relación médico paciente debido a la pérdida de confianza. En muchos casos, esta última situación predispone un terreno para un reclamo judicial.

- Nuevo Código Civil y Comercial (vigencia desde 1 agosto 2015). En este código y en el Capítulo VIII: se expresan los Derechos y actos personalísimos. En el Art 51 plantea la Inviolabilidad de la persona humana; en el Art 52: las Afectaciones a la dignidad; en el Art 56 se enuncian los Actos de disposición sobre el propio cuerpo; Art 58: Investigación en seres humanos y en el Art. 59 se enuncia al Consentimiento informado para actos médicos e investigación en salud. También en el Art. 60 constan las Directivas médicas anticipadas.

El Capítulo II Sección 2ª: se expresa para la Persona menor de edad t el en art.26: el Ejercicio de los derechos por la persona menor de edad (14).

Muchas veces resulta difícil a los médicos incorporar el concepto de “no dar nada por supuesto”, identificar aquellas preocupaciones que el paciente pudiera estar atravesando y propiciar la creación de un vínculo terapéutico en beneficio de ambos.

Si bien resulta claro que el paciente debe recibir información clara, suficiente y adecuada, surge el dilema: ¿cuál es el nivel aconsejable de complejidad de la información que debe ser suministrada al paciente?

En este sentido, el código de ética médica otorga directrices en cuanto a este interrogante que podrá definir el interrogante teniendo en cuenta los siguientes artículos:

- Art 17: “El médico evitará en sus actos, gestos y palabras todo lo que pueda obrar desfavorablemente en el ánimo del enfermo y deprimirlo o alarmarlo sin necesidad; pero si la enfermedad es grave y se teme un desenlace fatal, o se esperan complicaciones capaces de ocasionarlo, la notificación oportuna es regla y el médico la hará a quien a su juicio corresponda”.

- Art. 18: “La revelación de la incurabilidad se les podrá expresar directamente a ciertos enfermos cuando, a juicio del médico, y de acuerdo con la modalidad del paciente, ello no le cause daño alguno y le facilite en cambio la solución a sus problemas.”

No obstante, en muchas situaciones de la práctica diaria, la interrogante planteada resulta medicamente difícil de resolver.

OBLIGATORIEDAD DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Ley 26529, en su Art. 6 menciona: “... Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente”.

En este sentido, según lo establecido por el Art. 7, siempre será otorgado de manera verbal salvo algunas excepciones.

- Art. 7: Instrumentación del consentimiento informado: El consentimiento informado, por norma, es verbal, con las excepciones, en los que se impone su instrumentación por escrito y debidamente suscrito, salvo en los casos en que expresamente se impone su instrumentación por escrito.

a) Internación;

- b) Intervenciones quirúrgicas;
- c) Procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que impliquen riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación: en este artículo la legislación coloca como excepción lo que es la regla de la práctica de todos los días. Mencionado esto, cuando el consentimiento informado pueda otorgarse en forma verbal, y fuera extendido de ese modo, el profesional tratante, deberá asentar en la historia clínica la fecha y alcance de cómo y sobre qué práctica operó el mismo. Sin embargo, cuando proceda el consentimiento informado escrito, además de firmarlo el paciente o, en su caso, las mismas personas y bajo el mismo orden y modalidades que las mencionadas en el segundo párrafo de los artículos 4° y 6° de la Ley N° 26.529, modificada por la Ley N° 26.742, deberá también ser suscripto por el profesional tratante y agregarse a la Historia Clínica.

Es importante señalar que la reglamentación no define qué procedimientos deben ser considerados invasivos o riesgosos, dejándolo a criterio de los profesionales. De acuerdo con esto, los procedimientos médicos que no están exentos de riesgos (la mayoría de los procedimientos conllevan riesgos asociados) requerirían de un documento que pueda probar que el paciente recibió información clara, precisa y adecuada. Igualmente, vale aclarar que desde la praxis médica se toma en cuenta la gravedad de la decisión, en cuanto repercusión de la decisión médica en los derechos personalísimos del paciente, como un parámetro más adecuado que la dicotomía “tratamiento invasivo/no invasivo”, ya que ésta puede ser una categoría equívoca y a veces hasta engañosa, ya que una histeroscopia puede ser considerada invasiva, y una quimioterapia por boca, no; mientras que la incidencia en el propio proyecto vital del paciente suele ser mayor en la segunda que en la primera. En todos los casos, la ley especifica que la información brindada al paciente debe ser clara, precisa y adecuada, en términos que se puedan comprender. Además, la información que deberá estar volcada en el consentimiento deberá estar firmado el paciente, o las personas legitimadas para hacerlo, suscripto por el profesional tratante y agregarse a la historia clínica del paciente. Las excepciones al mismo serán señaladas más adelante.

Conforme la Ley de Derechos del Paciente (art 2° inc. e) el enfermo puede rechazar los tratamientos médicos “con o sin expresión de causa”. Es cierto que, por principio, el paciente no debiera estar obligado a dar explicaciones acerca de sus decisiones. Pero no es menos cierto que, en una buena relación médico-paciente, sustentada en el diálogo sincero y respetuoso entre ambos aliados de la relación terapéutica, el médico necesita saber el por qué su paciente no acepta su indicación, con la finalidad de asegurarse que el enfermo

verdaderamente ha entendido los alcances de su decisión y ha comprendido la propuesta médica.

La experiencia indica que muchas veces el rechazo a la indicación médica está sustentado en un malentendido y/o una mala apreciación de la explicación brindada (dificultad en cuanto al lenguaje técnico y su simplificación, por ejemplo), temor o miedo a lo desconocido (un posible mal resultado de la cirugía, los efectos de la anestesia, la incapacidad sobreviniente –temporaria o permanente), etc. Por ello, muy difícilmente un médico con una buena relación con su paciente no vaya a querer indagar acerca de las razones de su negativa, sin que ello implique una pretensa intromisión en la esfera de autonomía y privacidad del paciente.

Con respecto a la revocabilidad, ejerciendo el derecho a la autonomía de la voluntad, el paciente tiene el derecho de revocar su consentimiento informado, en cualquier momento y el profesional deberá respetar la decisión adoptada debiendo dejar expresa constancia de ello en la historia clínica con la firma del paciente, su representante legal o persona autorizada.

El decreto reglamentario de la ley 26.742, señala, que si el consentimiento ha sido escrito deberá consignarse en el mismo texto por el cual se otorgó, junto al detalle de las consecuencias que el paciente declara expresamente conocer, procediéndose a su nueva rúbrica con intervención del profesional tratante. Para los casos en que la autorización ha sido verbal, su revocación deberá consignarse por escrito en la historia clínica, asentando la fecha de su revocación, sus alcances y el detalle de los riesgos que le fueron informados al paciente a causa de la revocación, procediéndose a su firma tanto del profesional como del paciente.

Expresa, también, que en el supuesto de revocación escrita o verbal, si al paciente le fuera imposible firmar, se requerirá documentar esa circunstancia en la historia clínica junto con la firma del profesional y dos testigos que den cuenta de tal situación. El profesional deberá respetar la decisión revocatoria adoptada, dejando expresa constancia de ello en la historia clínica, anotando pormenorizadamente los datos que identifiquen el tratamiento médico revocado, los riesgos previsibles que aquella implica, lugar y fecha, y haciendo constar la firma del paciente o su representante legal o persona autorizada.

Ante dudas sobre la prevalencia de una decisión de autorización o revocación, en los casos en que hubiere mediado un consentimiento por representación, debe aplicarse aquella que prevalezca en beneficio del paciente, con la intervención del comité de ética institucional respectivo, fundado en criterios de razonabilidad, no paternalistas. Para ello, se dará preeminencia a la voluntad expresada por el paciente en relación a una indicación terapéutica, incluso cuando conlleve el rechazo del tratamiento.

EXCEPCIONES AL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Constituyen excepciones a la regla general de que el consentimiento debe ser dado por el paciente, a las prescriptas en los artículos 4°, 6° y 9° de la Ley Nº 26.529, modificada por la Ley Nº 26.742, que se reglamentan. Es decir que, la regla es que se requiere: SIEMPRE. Sin embargo, la ley 26529 en su Art.9 establece las siguientes excepciones legales que contemplan el deber del médico de obtener el consentimiento informado del enfermo. Las mismas deben ser interpretadas con carácter restrictivo a las situaciones abajo descriptas. Existen cuatro excepciones:

a) Situaciones de grave riesgo para la salud pública: El grave peligro para la Salud Pública al que se refiere el inciso a) del artículo 9° de la Ley Nº 26.529, modificada por la Ley Nº 26.742, deberá estar declarado por la Autoridad Sanitaria correspondiente.

Por su lado, la salud pública se considera un bien jurídico que autoriza la restricción legal de ciertos derechos individuales. Por lo tanto, ante la negativa a un diagnóstico o tratamiento se aplicarán las normas de las legislaciones vigentes.

b) Situaciones de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales. (Por ejemplo, traumatismo de cráneo grave con deterioro de la conciencia severo).

Los motivos por el cual el consentimiento informado no puede obtenerse deben constar en forma detallada en la historia clínica, al igual que justificar la razonabilidad de las intervenciones.

Una vez estabilizado el paciente, es posible reevaluar su situación –ya sea con su intervención directa o a través de sus representantes ponderando la proporcionalidad de las medidas instauradas y –en su caso decidir la interrupción de ellas o la abstención de nuevos procedimientos médicos. Se interpreta que esta última disposición está más orientada a garantizar una adecuada información de lo que se hizo que en buscar la autorización para la intervención.

Éstas son dos excepciones que se relacionan con la buena práctica médica y con el principio *primum non nocere*. Bioéticamente, resulta proporcionada toda acción destinada a proteger de manera inmediata la vida del paciente –ante una emergencia que no admite dilación ni espera alguna. Es decir que, ambas excepciones son jurídicamente causas de justificación que permiten la realización del acto médico con prescindencia del consentimiento informado del paciente, sin por ello tipificar un acto ilegal o violatorio de los derechos individuales.

Asimismo, deberá ser justificada en la razonabilidad médica por el profesional interviniente y refrendada por el jefe y/o subjefe del equipo médico, la situación de emergencia con grave peligro para la salud o vida del paciente, que refiere el inciso b) del artículo 9°, cuando no puedan dar su consentimiento el paciente, sus representantes legales o las personas autorizadas por la ley y esta reglamentación. En este supuesto ante la imposibilidad del paciente para poder otorgar su consentimiento informado, será brindado por las mismas personas y bajo el mismo orden y modalidades que las mencionadas en el segundo párrafo de los artículos 4° y 6° de la ley conforme se reglamenta, en la primera oportunidad posible luego de superada la urgencia. A tales efectos entiéndase por representante legal aquel que surja de una definición legal y/o designación judicial.

c) La renuncia: La ley 26.529 específicamente contempla una situación que se observa con frecuencia: la de los pacientes que no quieren saber y que delegan la decisión en el propio médico o en familiares.

Art. 2 Inc. f: “El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información”.

En la reglamentación de este artículo se establece que el paciente mayor de edad y capaz, cuando así lo decida, deberá dejar asentada su voluntad de ejercer su derecho de no recibir información sanitaria vinculada a su salud, estudios o tratamientos, mediante una declaración de voluntad efectuada por escrito que deberá quedar asentada en su historia clínica.

Ante la circunstancia descrita, deberá indicar la persona o personas que autoriza a disponer de dicha información y a decidir sobre su tratamiento, o en su caso, señalar su autorización para que las decisiones pertinentes sean tomadas por el o los profesionales tratantes.

d) El privilegio terapéutico (Art. 2. Inc., f): El derecho a la información sanitaria de los pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, cuando el profesional actuante entienda que por razones objetivas el conocimiento de la situación de salud del paciente puede perjudicar su salud de manera grave. En ese caso, deberá dejar asentado en la historia clínica esa situación y comunicarla a las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho.

Esta potestad que se le da al profesional se conoce como “Privilegio Terapéutico” y debe ser interpretada con carácter restrictivo, cuando se piensa que la información va a hacer más daño que bien. En la práctica se limita en general a casos oncológicos con mal pronóstico.

Es importante resaltar que todas las excepciones señaladas deben ser interpretadas con carácter restrictivo y deberán quedar debidamente asentadas en la historia clínica del paciente, con el detalle de los motivos por los cuales el mismo no puede recabarse y las prácticas y medidas adoptadas sin que opere el mismo.

Los establecimientos de salud deben arbitrar los recaudos para que los profesionales estén entrenados y capacitados para determinar cuándo se presentan estas situaciones y dar cumplimiento a la ley y su reglamentación.

TIPOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Existen tres tipos de consentimiento:

- 1- Consentimiento tácito o implícito, en el que existe una información y una solicitud al sujeto, quien expresa su aprobación mediante omisión, en ausencia de negativa expresa.
- 2- Consentimiento presunto, aquel en el que se presume que el sujeto acepta el procedimiento por ausencia de negativa en contra del mismo, refrendado por una petición general, como una ley (donación de órganos, por ejemplo). Y, por último;
- 3- Consentimiento expreso o informado, que es el que conlleva un consentimiento verbal o escrito de la voluntariedad de aceptar el procedimiento de forma expresa tras recibir una información (15)

QUIEN PUEDE DAR CONSENTIMIENTO

Desde el punto de vista legal, el consentimiento de una persona es un acto jurídico y, como tal, ha de reunir unos requisitos mínimos, relativos a la adecuación subjetiva, objetiva y formal del acto para producir los efectos previstos.

Como se ha mencionado anteriormente, las disposiciones legales vigentes en nuestro país, indica que los requisitos esenciales del consentimiento son:

- Capacidad o imputabilidad, de las que están excluidos los menores de 18 años, los enajenados, los que se encuentren en situación de trastorno mental transitorio y los que tengan alterada gravemente la conciencia (artículo 8.o, circunstancias 1.a, 2.a y 3.a del C.P., modificado por la L.O. 8/1983).
- Titularidad del bien jurídico o derecho del que dispone con sus actos, porque nadie puede dar o renunciar a lo que no tiene.

- Libertad de consentir no incurriendo en los vicios a los que se refiere el artículo.....C.C. y que son circunstancias que eliminan la acción o la hacen irresponsable: el error esencial, la violencia física, la intimidación y el engaño.
- Licitud del objeto y de la causa, y forma suficiente.

En este orden de ideas, de acuerdo a la reglamentación del Art. 5 de la Ley 26529 “... habrá consentimiento por representación cuando el paciente no sea capaz de tomar decisiones según criterio del profesional tratante, o cuando su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación y no haya designado persona alguna para hacerlo; en cuyo supuesto, la información pertinente al tratamiento aplicable a su dolencia y sus resultados se dará según el orden de prelación establecido por el art. 21 de la Ley 24.193 (ley de trasplante de órganos):

- a) El cónyuge no divorciado que convive con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, haya convivido en relación de tipo conyugal no menos antigua de tres (3) años, en forma inmediata, continua, e ininterrumpida
- b) Cualquiera de los hijos mayores de 18 años
- c) Cualquiera de los padres
- d) Cualquiera de los hermanos mayores de 18 años
- e) Cualquiera de los nietos mayores de 18 años
- f) Cualquiera de los abuelos
- g) Cualquier pariente consanguíneo hasta el cuarto grado inclusive
- h) Cualquier pariente por afinidad hasta el segundo grado inclusive

También operará este consentimiento por representación en el caso de los pacientes incapacitados legalmente o de menores de edad que no son capaces intelectual o emocionalmente de comprender los alcances de la práctica a autorizar.

La reglamentación también admite específicamente como último supuesto de prelación a la persona que sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del paciente.

La oposición de una sola persona dentro del mismo orden de prelación requerirá la intervención del comité de ética institucional respectivo, que en su caso decidirá si corresponde dar lugar a la intervención judicial.

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN MENORES

Conforme el marco regulatorio vigente, la Convención Internacional sobre Derechos del Niño, la Ley 114 de CABA, la Ley 13.298 de la Prov. de Buenos Aires y la Ley Nacional 26.061, cada niño y adolescente es un sujeto de derecho.

En Argentina existen antecedentes normativos que progresivamente fueron consagrando la necesidad de respetar el consentimiento informado en niños y adolescentes.

Como ejemplo podemos citar la Ley Nacional de Sangre (22.990) que fija en 16 años la capacidad mínima para decidir donar sangre y la Ley 25.673 sobre Salud Sexual y Procreación Responsable que permite decidir sobre métodos anticonceptivos a niños y niñas mayores a 14 años.

Como se ha mencionado anteriormente, la ley 26.529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, en su Art. 2 Inc. E (autonomía de la voluntad) establece que “... los profesionales de la salud deben tener en cuenta la voluntad de niños, niñas y adolescentes sobre terapias o procedimientos, según la competencia y discernimiento de los menores. En los casos en que de la voluntad expresada por el menor se genere un conflicto con el o los representantes legales, o entre ellos, el profesional deberá elevar, cuando correspondiere, el caso al Comité de Ética de la institución asistencial o de otra institución si fuera necesario, para que emita opinión.”

Debe entenderse que según la ley es el profesional el que debe determinar la maduración y el grado de discernimiento del menor.

Siguiendo esta tendencia, el artículo 26 del Código Civil y Comercial prevé: “Se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física.

Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico.

A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo”.

LEY DE PARTO HUMANIZADO EN RELACIÓN AL CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Cabe señalar que el equipo de salud en el trabajo de parto utiliza diferentes parámetros para la evaluación de la salud materna y fetal, como son la toma de signos vitales en la madre, las características del líquido amniótico y el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal intrauterina, entre otros (16).

La Ley N° 25.929, sancionada el 25 de agosto de 2004 y promulgada el 17 de septiembre de del mismo año, se denominó Parto Humanizado. Dicha ley pone de relieve los derechos de toda madre a la información, al trato digno, respetuoso e individual, propugnándose su libertad de elección respecto de la persona que la acompañará durante los controles prenatales, el trabajo de parto, el parto y el posparto, anteponiéndose el parto natural a las prácticas invasivas y de suministro de medicación, sin perjuicio de la necesidad y obligatoriedad de la utilización de estas prácticas cuando lo ameriten el estado de salud de la parturienta y/o la persona por nacer con la previa voluntad de la madre expresamente manifestada por escrito en caso que se requiera someterla a algún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

Se resalta que en su Artículo 2° el equipo de salud interviniente deberá informar en forma fehaciente a la persona en estado de gestación y a su grupo familiar, en forma comprensible y suficiente acerca de posibles intervenciones que pudieran llevarse a cabo durante los procesos de embarazo, parto, trabajo de parto y puerperio, especificando sus efectos, riesgos, cuidados y tratamientos.

Se detallan los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.

e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.

f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.

Esta ley, si bien tiene una amplitud mayor, otorgando derechos a la familia durante el proceso de nacimiento y primeros momentos de vida, hace principal hincapié en garantizar la autonomía y darle el protagonismo al paciente en la toma de decisiones que se lleven a cabo en este periodo, basando su estructura en la información brindada por el equipo de salud (17).

OBJETIVO

En el marco de la Ley de Parto Humanizado, el objetivo de este trabajo fue:

- Analizar en las pacientes, durante la atención del trabajo de parto y parto vaginal, la información que los médicos le brindaron y si esta fue suficiente, precisa y adecuada en cuanto a las prácticas, intervenciones y conductas tomadas por el equipo.

METODOLOGIA

A partir de un estudio descriptivo y retrospectivo, se evaluó el grado de información brindada a las pacientes por parte de su médico durante la atención de trabajo de parto y parto vaginal.

Se realizó una encuesta, diseñada a tal fin, a 40 pacientes que ingresaron en trabajo de parto y tuvieron parto vaginal en un efector de salud.

En dicha encuesta se evaluó la información brindada por el médico en cada etapa de atención, periodo de dilatación, expulsivo y alumbramiento.

Las pacientes que fueron seleccionadas eran mujeres primigestas, en su mayoría solteras.

RESULTADOS

Los resultados fueron agrupados de acuerdo al momento del trabajo de parto. Desde el ingreso al nosocomio hasta el momento de dar a luz al bebe y alumbramiento.

A partir de los datos recabados, se pudo observar:

- Que, si bien el 70% de las pacientes habían tenido entre 4 y 10 controles de embarazo previos a ingresar en trabajo de parto, el 55% no había recibido ni tenía información previa acerca del parto vaginal. (signos, síntomas, duración, riesgos).



Gráfico 1: cantidad de pacientes que contaban con información previa.

- Al mismo tiempo, en más de la mitad de los casos que contaban con información previa, esta no había sido brindada por su médico, si no por alguien ajeno al equipo de salud.
- Del total de pacientes, un 30% de ellas no recibió información en el momento del ingreso al hospital, acerca del grado de dilatación, evolución del trabajo de parto y posibles complicaciones



Gráfico 2: porcentaje de pacientes que recibió información al ingreso del nosocomio.

- El 25% de las pacientes refirió tener información acerca de la alternativa de vía de parto (cesárea).



Gráfico 3: porcentaje de pacientes que contaba con información acerca de alternativa del parto vaginal.

- A todas las pacientes se les realizó el control de signos vitales en forma periódica (temperatura, presión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno) pero solo a un 17% de ellas se les brindó información sobre el porqué de dichos controles y su importancia.
- Algo similar se observó con el monitoreo auscultatorio periódico de frecuencia cardíaca fetal, realizado a todas las pacientes, en donde solo al 52% del total de las mujeres se le brindó información acerca de la importancia de dicho control.

- El tacto vaginal en estas 40 pacientes fue realizado en forma periódica (cada 1 o 2 horas aproximadamente) y se observó tras la encuesta que un 30% de ellas, no obtuvo información sobre porque se les realizaba dicha maniobra, posibles resultados y conductas a seguir, como así también alternativas.
- Otros datos de importancia recabados durante la encuesta fueron que a todas las pacientes se les colocó una vía endovenosa al momento del ingreso al hospital y a ninguna se le brindó información sobre el porqué de dicha conducta o posibilidad de alternativa.
- Según lo constatado en las historias clínicas, a 22 pacientes se les provocó la ruptura de membranas, pero solo a 4 de este grupo de pacientes, se les informó el porqué de dicha intervención, riesgos, beneficios y alternativas.
- A 30 pacientes se les realizó antibióticoterapia en este período, pero a ninguna de ellas se le informó acerca del suministro de dicho medicamento, riesgos, beneficios y alternativas.
- De las 24 pacientes que se les suministro occitocina, solo 13 recibieron información del porqué de dicha conducta, riesgos, beneficios, posibles complicaciones y alternativas.



Gráfico 4: cantidad de pacientes que recibió información cuando se les realizó la ruptura de membranas.

- En el periodo expulsivo, solamente el 30% de las pacientes recibió información acerca de los riesgos y complicaciones que podrían haber surgido.

- Las 40 pacientes estuvieron acompañadas durante el trabajo de parto en la habitación, pero cuando se las trasladó a la sala de parto, 11 de ellas estuvieron sin acompañante, según refieren, por indicación del equipo de salud. A ninguna de las 11 se les informó del porqué de dicha decisión.
- A ninguna, del total de pacientes se les permitió decidir el lugar y posición de parto.
- Durante el periodo expulsivo en sala de parto, 10 pacientes refieren que se les realizó alguna maniobra (híper-extensión de piernas, presión uterina) por parte del equipo de salud, sin informarles acerca de beneficios, riesgos o alternativas.
- A 32 pacientes se les realizó episiotomía, y solo la mitad recibió información sobre riesgos, beneficios y alternativas.
- El hospital cuenta con un consentimiento escrito pre - impreso para pacientes que ingresan en trabajo de parto. Este documento, según la encuesta realizada, fue suministrado por el personal de enfermería en 38 de las 40 pacientes que lo firmaron.

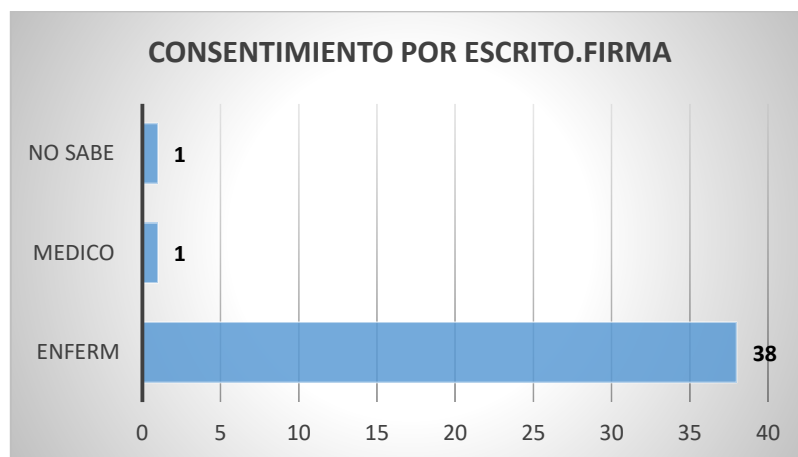


Gráfico 5: expresa quien se suministró el consentimiento informado pre-impreso a cada paciente.

- Al mismo tiempo, según relataron las 40 pacientes encuestadas, 17 de ellas firmo el documento sin leerlo ni recibir información, y en solo 5 casos del total, el documento fue leído por las pacientes y explicado por el personal médico.

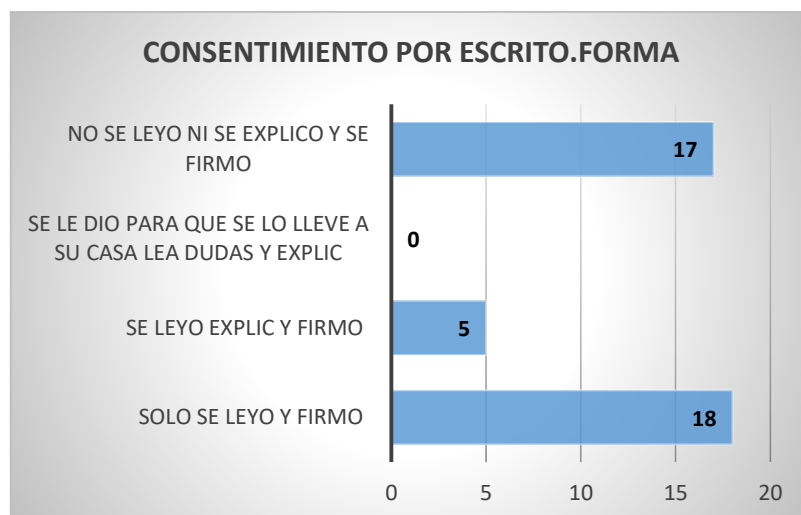


Gráfico 6: modalidad por la cual cada paciente firmo el consentimiento brindado por el equipo de salud.

CONCLUSIÓN

El derecho de autonomía de las pacientes, impulsado con la reglamentación de la Ley de Parto Humanizado, le demanda a los profesionales, una dedicación que asegure que cada persona, reciba la información suficiente que le permita ser protagonista en las decisiones, conductas y prácticas que se lleven a cabo en el proceso de atención.

Con los datos hallados y a partir del relato de las pacientes, el Consentimiento Informado, efectuado en el ámbito de la implementación de la Ley de Parto Humanizado, fue aplicado de diferentes formas, y se puede llegar a la conclusión de que existen deficiencias por parte del equipo de salud en poder brindar una adecuada información a las pacientes en el momento de su atención, generando un estado de desigualdad.

Además, se pudo observar que durante el trabajo de parto y parto vaginal, el equipo de salud llevó adelante distintas intervenciones, no permitiendo que las pacientes, con una adecuada información, decidieran si estaban de acuerdo o no, sobre su implementación. Esto permite afirmar que no se garantizan en forma íntegra, los derechos establecidos en la Ley.

Intentando realizar un análisis del porqué de esta situación, podrían influir diferentes factores, como el desconocimiento por parte del equipo de salud de las nuevas reglamentaciones, como también el mismo desconocimiento por parte de las personas sobre las leyes que existen para resguardar sus derechos. Otro aspecto que puede influir son cuestiones protocolares de cada institución en el momento de atención, no adecuadas a los cambios actuales, como así también en algunos casos, deficiencias edilicias en los nosocomios que no permiten atención en el marco de las necesidades.

El paternalismo del médico sigue estando presente, en la toma de decisiones, conductas y prácticas.

Cabe señalar que la especialidad de obstetricia es una de las que más genera reclamos por responsabilidad médica, y se entiende que el aspecto que está siendo analizado en este trabajo, es crucial para su desarrollo.

Una adecuada relación médico-paciente, necesita en forma excluyente, que el médico brinde la información adecuada y permita que los pacientes puedan decidir sobre su salud. Esto no va a evitar en forma absoluta, reclamos por daños que puedan surgir durante la atención, pero sí disminuir su posibilidad.

Uno de los pilares que permitiría modificar aspectos relevantes de la situación detallada, sería la formación de los médicos en medicina legal, y la participación de estos especialistas

en la asesoría y capacitación a directores de instituciones y miembros del equipo de obstetricia.

La ley de Parto Humanizado, en su desarrollo, realza el derecho de autonomía de las pacientes en el proceso de embarazo, parto y atención posterior, y después de tener un panorama como el descrito en este trabajo, acentúa la importancia de los cambios que hay que realizar en la atención de estas pacientes para no violar sus derechos.

ANEXO

ENCUESTA: INFORMACION CONSENTIDA EN EL AMBITO DE LA LEY DE PARTO HUMANIZADO

- NOMBRE
 - HISTORIA CLINICA
 - EDAD
 - FECHA NACIMIENTO
 - DIRECCIÓN
 - OCUPACIÓN
 - NIVEL EDUCACIONAL
 - ESTADO CIVIL
 - DÓNDE REALIZO CONTROL DE EMBARAZO
-
- PARIDAD
 - ANTECEDENTES OBSTETRICOS
 - ANTECEDENTES PERSONALES
 - ANTECEDENTES FAMILIARES
 - FECHA DEL NACIMIENTO DE SU HIJO/A
 - EDAD GESTACIONAL AL MOMENTO DEL NACIMIENTO
 - PESO DE SU HIJO/A AL NACER
 - CANTIDAD DE CONSULTAS MÉDICAS DURANTE EL CONTROL DE EMBARAZO
 - CONTABA CON INFORMACION ANTERIOR AL EMBARAZO ACERCA DEL PARTO VAGINAL?
 - QUIEN LE BRINDO ESE CONOCIMIENTO? ALGUN PROFESIONAL DE LA SALUD?

PERIODO DE DILATACIÓN

- CUANDO INGRESO AL HOSPITAL, SE LE DIÓ INFORMACIÓN ACERCA DE EL DIAGNÓSTICO DE TRABAJO DE PARTO Y GRADO DE EVOLUCIÓN?
- SE LE BRINDÓ INFORMACIÓN ACERCA DE LOS RIESGOS PARA SU SALUD Y LA DE SU BEBE QUE PUEDEN PRESETARSE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO Y PARTO VAGINAL?
- CUÁLES?
- SABÍA DE ALTERNATIVAS A UN PARTO VAGINAL? (CESAREA) ACLARANDO RIESGOS Y BENEFICIOS, SE LE DIÓ LA POSIBILIDAD DE ELECCIÓN?
- SE LE PERMITIÓ ESTAR ACOMPAÑADA EN ESTE PERIODO?
- EN LA HABITACIÓN, SE ENCONTRABA SOLA O CON OTRAS PACIENTES?
- SE LE COLOCÓ UNA VÍA ENDOVENOSA AL MOMENTO DEL INGRESO?
SE LE BRINDÓ INFORMACION DEL PORQUÉ COLOCARLA?
SE LE REALIZÓ CONTROLES DE SIGNOS VITALES DURANTE SU INTERNACIÓN? SE LE BRINDABA INFORMACIÓN ACERCA DEL PORQUÉ DE DICHA TOMA?
SE LE REALIZÓ MONITOREO FETAL CONTINUO O PERIÓDICO? (CONTROL DE LA FREC CARDIACA FETAL)
SE LE EXPLICÓ DE LA IMPORTANCIA DE DICHO CONTROL? ALTERNATIVAS?
DURANTE EL TACTO VAGINAL, SE EXPLICABA PORQUÉ HABÍA QUE REALIZARLO? SE LE DIÓ ALTERNATIVAS?
SE LE COLOCÓ ANTIBIOTICOS? SE LE EXPLICÓ EL PORQUE? SE LE DIÓ ALTERNATIVAS?
SE LE ADMINISTRÓ OCCITOCINA DURANTE ESTE PERIODO? SE LE EXPLICÓ PORQUE? SE LE DIÓ ALTERNATIVAS?
LA RUPTURA DE BOLSA, FUE PROVOCADA? SI ES SI, SE LE EXPLICÓ EL PORQUÉ DE DICHO PROCEDIMIENTO?
ALTERNATIVAS, RIESGOS Y POSIBLES BENEFICIOS?

TUVO DOLOR DURANTE ESTE PERIODO? SE LE BRINDÓ INFORMACION ACERCA DE LAS POSIBILIDADES ANALGÉSICAS, RIESGO Y BENEFICIOS?

PERIODO EXPULSIVO

- SE LA TRASLADÓ A LA SALA DE PARTO, SE LE EXPLICÓ EL PORQUE?
- SE LE DIÓ ALTERNATIVAS DE ELECCIÓN ACERCA DEL LUGAR DE PARTO Y POSICIÓN?
- SE LE EXPLICÓ QUE RIESGO PODRÍAN PRESENTARSE PARA SU BEBE Y SU SALUD EN ESTE PERIODO?
- CUÁLES?
- PUDO RECIBIR ESTA INFORMACIÓN SU ACOMPAÑANTE?
- CUANDO SE LA COLOCÓ EN EL SILLÓN DE SALA DE PARTOS, SE LE EXPLICÓ EL PORQUÉ DE DICHA POSICIÓN?
- SE LE REALIZÓ MANIOBRAS COMO HIPEREXTENSIÓN DE PIERNAS O PRESIÓN UTERINA EN ESTE PERIODO? SE LE EXPLICÓ EL PORQUE? ALTERNATIVAS, RIESGOS Y POSIBLES BENEFICIOS?
- S LE COLOCÓ OCCITOCINA EN ESTE PEIRODO? SE LE EXPLICÓ PORQUÉ?
- SE LE RELIALIZÓ EPISIOTOMÍA? SE LE EXPLICÓ EL PORQUÉ? RIESGO Y BENEFICIOS DE DICHA PRÁCTICA?

ALUMBRAMIENTO

- LA LIGADURA DE CORDON, FUE PRECOZ O TARDIA? SE LE EXPLICÓ DE LAS VARIANTES?
 - SE LE COLOCÓ OCCITOCINA EN ESTE PEIORODO? SE LE EXPLICÓ EL PORQUE?
 - SE LE DIÓ INFORMACIÓN ACERCA DEL ALUMBRAMIENTO?
 - TUVO DESGARROS? SE LE EXPLICÓ CUIDADOS?
-
- EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, QUIÉN SE LO SUMINISTRÓ PARA QUE LO FIRME (SE PUEDE MARCAR MÁS DE UNA OPCIÓN):

EL MÉDICO INTERVINIETE

ENFERMERO

SECRETARIA

NO SABE

- COMO FIRMÓ EL CONSENTIMIENTO INFORMADO:

SOLO SE LEYÓ Y LUEGO SE FIRMÓ

SE LEYÓ Y EXPLICÓ Y LUEGO SE FIRMÓ

SE DIÓ PARA LEER EN SU CASA Y DESPUÉS EN OTRA VISITA SE EVACUARON LAS DUDAS

LO FIRMÓ SIN LEERLO NI EXPLICACION.

BIBLIOGRAFÍA

1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.DOCUMENTO FORMAL Y/O PROCESO. L. WARON.
2. LA BIOÉTICA Y EL ARTE DE ELEGIR. ASOCIACIÓN DE LA BIOÉTICA FUNDAMENTAL Y CLÍNICA. 2DA EDICIÓN 2014
3. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS.1948. NACIONES UNIDAS.
[HTTPS://WWW.UN.ORG/ES/ABOUT-US/UNIVERSAL-DECLARATION-OF-HUMAN-RIGHTS](https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights)
4. CÓDIGO DE NUREMBERG. 1947. TRIBUNAL INTERNACIONAL DE NÚREMBERG
[HTTPS://WWW.CONICYT.CL/FONIS/FILES/2013/03/EL-C%C3%B3DIGO-DE-NUREMBERG.PDF](https://www.conicyt.cl/fonis/files/2013/03/el-c%C3%B3digo-de-nuremberg.pdf)
5. DECLARACIÓN DE HELSINKI 1964.ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.
[HTTPS://WWW.WMA.NET/ES/POLICIES-POST/DECLARACION-DE-HELSINKI-DE-LA-AMM-PRINCIPIOS-ETICOS-PARA-LAS-INVESTIGACIONES-MEDICAS-EN-SERES-HUMANOS/](https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/)
6. DECLARACIÓN DE DERECHOS DEL PACIENTE.ASOCIACIÓN AMERICANA DE HOSPITALES. AÑO 1973. [HTTPS://WWW.CANCER.ORG/ES/CANCER/ASUNTOS-FINANCIEROS-Y-COBERTURA/MANEJO-DEL-SEGURO-MEDICO/DECLARACION-DE-DERCHOS-DEL-PACIENTE.HTML#:~:TEXT=A%20PRINCIPIOS%20DE%20LA%20D%C3%A9CADA,M%C3%A9DICA%20Y%20PAGO%20DE%20SERVICIOS.](https://www.cancer.org/es/cancer/asuntos-financieros-y-cobertura/manejo-del-seguero-medico/declaracion-de-derchos-del-paciente.html#:~:text=A%20PRINCIPIOS%20DE%20LA%20D%C3%A9cada,M%C3%A9dica%20Y%20PAGO%20DE%20SERVICIOS.)
7. DECLARACIÓN DE LISBOA SOBRE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES (ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL. 1981). [HTTPS://IRIS.PAHO.ORG/BITSTREAM/HANDLE/10665.2/16802/V108N%285-6%29P642.PDF?SEQUENCE=1&ISALLOWED=Y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16802/V108N%285-6%29P642.pdf?sequence=1&isallowed=y)
8. DECLARACIONES DE LA UNESCO SOBRE GENOMA HUMANO.2005[HTTPS://UNESDOC.UNESCO.ORG/ARK:/48223/PF0000122990 SPA](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000122990_spa)
9. CÓDIGO DE ÉTICA DE LA CONFEDERACIÓN MÉDICA DE LA REPÚBLICA ARGENTINA. (COMRA).
[HTTPS://COMRA.ORG.AR/CODIGO-ETICA/](https://comra.org.ar/codigo-etica/)
10. LEY DE EJERCICIO DE LA MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ACTIVIDADES DE COLABORACIÓN DE LAS MISMAS.1967. [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/NORMATIVA/NACIONAL/LEY-17132-19429](https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429)
11. LEY DE ESPAÑA 41/2002.LEY BASICA DE AUTONOMIA DEL PACIENTE. 2002
12. LEY DE DERECHOS DEL PACIENTE 26529.
[HTTPS://SERVICIOS.INFOLEG.GOB.AR/INFOLEGINTERNET/ANEXOS/160000-164999/160432/NORMA.HTM](https://servicios.infoleg.gob.ar/infoleginternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm)
13. LEY 26742. MODIFÍCASE LA LEY N° 26.529 QUE ESTABLECIÓ LOS DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACIÓN CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD. AÑO 2012
14. NUEVO CÓDIGO CIVIL Y COMERCIAL. ARGENTINA. AÑO 2015. CAPITULOS 2 Y 4.
15. TIPOS DE CONSENTIMIENTO. M ALDEGUER Y E. COL. “HABLEMOS DE CONSENTIMIENTO INFORMADO”. HOSPITAL GREGORIO MARAÑÓN. MADRID. 2003. VOL 2.

16. EMBARAZO Y TRABAJO DE PARTO. OBSTETRICIA DE SCHWARCZ. 6TA EDICIÓN.

17. LEY DE PARTO HUMANIZADO 25929. AÑO 2015.

[HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/SITES/DEFAULT/FILES/LEY_25929_PARTO_HUMANIZADO_DE_CRETO_WEB_0.PDF](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/ley_25929_parto_humanizado_de_creto_web_0.pdf)