



**GMD** Facultad Cs. Médicas  
Biblioteca



TFEM 2704

**FCM**  
Facultad de Ciencias  
Médicas · UNR

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

TRABAJO FINAL PARA ACCEDER AL TÍTULO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA LEGAL

## **Consentimiento Informado:** Una mirada de los profesionales de la salud

**Autora: María Julia Contin Gispert**  
**Tutor: Dr. Leonardo Waron**

**Cohorte: 2016 - 2018**

## Contenido

RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO .....	6
OBJETIVO.....	22
RESULTADOS.....	24
DISCUSION .....	27
BIBLIOGRAFÍA.....	28
ANEXO.....	30

## RESUMEN

Existe consenso teórico acerca de lo que se define como el Consentimiento Informado (CI), que es aquel que lo enfoca como un modelo procesual, construido sobre la base de la participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones, y a su vez lo declara como complejo, al estar sujeto a elementos bioéticos, jurídicos, institucionales, políticos, culturales, de múltiples implicancias y articulación.

Otros autores reflexionan que el CI es como un punto desde el cual se asume la responsabilidad del paciente frente a su enfermedad, pero por otro lado se observa como un instrumento mediante el cual el médico puede ser objeto de posibles sanciones. Es decir, presenta dos aristas en su concepción: como obligación legal y como obligación moral. En esta diatriba radica la enorme dificultad para conseguir asociar criterios en el diseño de políticas y actuaciones en la práctica del CI, así como para el diseño de formularios en los hospitales, clínicas y otros tipos de centros de salud.

El objetivo del presente trabajo fue analizar cuál es el conocimiento sobre la implicancia que posee el consentimiento informado en relación a la responsabilidad médico legal por parte de los médicos actuantes en diferentes servicios de salud.

Se construyó un cuestionario ad hoc que fue aplicado a 45 profesionales de la salud quienes respondieron dicha encuesta en forma voluntaria, y cuidando los criterios de anonimato y confidencialidad de la información brindada.

Los resultados plantearon que la mayoría de los profesionales poseen información sobre la ley que rige al CI, sin embargo, resaltaron su escaso conocimiento sobre la perspectiva médico legal y sobre cómo implementar dicho documento y las implicancias que este presenta. Por otro lado, se observó el desconocimiento de las normas que rigen en las instituciones donde actúan.

Las dificultades encontradas servirían para impulsar en las instituciones, la creación de normas claras, formatos de llenado del CI, y brindar ayuda administrativa y legal a los médicos, para mejorar tanto la calidad asistencial brindada como el cumplimiento de las leyes vigentes.

## INTRODUCCIÓN

El término Consentimiento informado (CI) surge con posterioridad al Código de Núremberg<sup>1</sup>, que describe en su primer artículo el derecho fundamental que tiene el paciente al consentimiento voluntario. Este derecho parte de la idea que el interés ya no está centrado en la obligación del médico o investigador de exponer información, sino en la calidad de la comprensión y el consentimiento del paciente o sujeto, quien tiene la potestad legal para consentir algún tipo de tratamiento o procedimiento clínico.

Autores, reflexionan acerca de que el CI es como un punto desde el cual se asume la responsabilidad del paciente frente a su enfermedad, pero por otro lado se observa como un instrumento mediante el cual el médico puede ser objeto de posibles sanciones. Es decir, presenta dos aristas en su concepción: como obligación legal y como obligación moral. En esta diatriba radica la enorme dificultad para conseguir asociar criterios en el diseño de políticas y actuaciones en la práctica del CI, así como para el diseño de formularios en los hospitales, clínicas y otros tipos de centros de salud.

En tal sentido, atendiendo a la existencia de numerosos casos que surgen durante la práctica médica en los que se discute si amerita la aplicación del CI y otros donde se debate si dicho procedimiento se debe llevar a cabo en forma burocrática como parte de un cumplimiento legal o prevalece el desarrollo del mismo como una condición bioética vinculada a la moral.

Existe, además, el consenso teórico sobre el CI que es aquel que lo enfoca como un modelo procesual construido sobre la base de una participación activa del paciente en el proceso de toma de decisiones (Lidz y Meisel 1999; Beauchamp y Childress 1999), declarándolo como complejo al estar sujeto a elementos bioéticos, jurídicos, institucionales, políticos, culturales, de múltiples implicancias y articulación.

Así, por un lado, el CI exige del médico una postura positiva en relación al paciente en cuanto a la información y esclarecimiento de aspectos en torno al caso médico e incluso puede involucrar hasta una acción para que el paciente pueda comprender tales aspectos, comprendiendo que esto ha de servir no solo para facilitar la realización del diagnóstico sino también el tratamiento y recuperación. Sin embargo, debido a que la práctica médica es una ciencia social, se aprecia que en el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación intervienen diversos factores de distinta naturaleza (culturales, físicos, psicológicos, entre otros) y es difícil precisar hasta qué punto corresponde el cumplimiento del CI. Desde esta perspectiva numerosas investigaciones

---

<sup>1</sup> El Código de Núremberg, "Normas éticas sobre la experimentación en seres humanos". Núremberg, 1947 Disponible en [http://www.colmed9.com.ar/Bioetica/C%C3%93DIGO\\_DE\\_N%C3%9CREMBERG.pdf](http://www.colmed9.com.ar/Bioetica/C%C3%93DIGO_DE_N%C3%9CREMBERG.pdf)

se refieren a las situaciones problemáticas en torno al cumplimiento de este procedimiento por parte del médico.

Por ejemplo, en un estudio realizado en Chile, se observó uno de los aspectos fundamentales que hacen del CI un tema de debate, en cuanto a la definición de este procedimiento entre obligación legal y obligación moral, lo cual conlleva a que en la práctica clínica puede que este procedimiento sea atendido más como una cuestión formal de cumplimiento de un requisito legal o administrativo que como una obligación moral y esto en cierta forma permea la participación, tanto del médico como del paciente (Ovalle Gómez, 2009).

Igualmente, en Argentina se ha planteado la polémica sobre la aplicación del CI en algunos casos, según lo expuesto por Martínez (2009) respecto a la Ley 26.529, sobre los Derechos del Paciente en su Relación con los profesionales e Instituciones de la Salud, sosteniendo que dicho instrumento: *“consiste en una norma que consagra derechos del paciente pero que omite por completo regular las obligaciones del paciente y derechos del profesional”*, presentándose por ello situaciones desde la cual se requiere deslindar la obligación legal de la obligación moral.

En tal sentido, se ha buscado definir la visión de que el CI es un acto puntualmente burocrático con el cual se pretende cumplir con una obligación legal o un proceso continuo y gradual de obligación moral bajo el cual el paciente o usuario de los servicios de salud del hospital recibe información adecuada, suficiente y comprensiva para la toma de decisiones respecto al estudio, diagnóstico y tratamiento de su enfermedad. A partir de esta postura quedan planteados los siguientes interrogantes: ¿a) Existe conocimiento por parte de los profesionales sobre el uso adecuado del consentimiento informado?; b) ¿Los profesionales reconocen al consentimiento informado como una obligación burocrática o como un respaldo legal? y c) ¿Hay un conocimiento adecuado por parte de los profesionales acerca de la Ley 26.529 de consentimiento informado?

## MARCO TEÓRICO

### Definición

Todo paciente posee el derecho de exigir el consentimiento informado, ya que es una decisión autónoma tanto del propio paciente como de sus familiares, quienes deben y pueden conocer el diagnóstico de su enfermedad, el curso, las alternativas de tratamiento, los efectos secundarios que éstos podrían ocasionarle, además de los pronósticos de recuperación, por lo cual, el médico debe dar información, en un lenguaje comprensible de las características y la evolución de su enfermedad en caso de no ser tratada; y una vez conocido el diagnóstico el paciente autoriza su consentimiento informado para recibir o no el correspondiente tratamiento médico.

De esta manera, se puede resaltar que el CI, consiste en la explicación que se da 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 solicitar su aprobación para ser sometidos a esos procedimientos. La presentación de la información al paciente debe ser comprensible y no sesgada; y su colaboración debe ser conseguida sin coerción; el médico no debe mantener su potencial dominancia psicológica sobre el paciente (Barilan & Weintraub, 2001).

Cabe destacar que el CI corresponde al proceso en el cual el médico pone a disposición del paciente toda la información de su historia clínica, para que éste pueda tomar una decisión responsable, por lo cual, el concepto no se limita únicamente a aceptar o negarse a un tratamiento, o una intervención quirúrgica, sino se centra en el mismo proceso de llegar a un consentimiento o acuerdo, por esto se hace necesario que el médico proporcione la información adecuada e indicada para facilitar que el paciente tome una decisión con conocimiento de causa.

Por lo tanto, este proceso no resulta ser una acción aislada destinada a lograr que el paciente firme un documento autorizando al equipo de salud a realizar tal o cual tratamiento o investigación. Es un proceso donde todas las acciones para la salud, en cualquiera de los tres niveles, deben ser explicadas; cada examen complementario o fase del tratamiento, sobre todo los más invasivos y dolorosos, deben ser informados con los beneficios que aportaría y los riesgos que conllevan (Berstein, 2005, p. 86).

Así, el CI ocurre en el marco de un encuentro y diálogo entre el equipo médico y el paciente, desde que se ven por primera vez hasta que se le otorga el alta definitiva. Se trata de un derecho humano de los pacientes, que garantiza el derecho a una buena calidad asistencial, siendo una realidad ineludible en la relación equipo médico-

paciente, y debe estar orientada básicamente en una perspectiva ética más que legal, aunque sin descuidarla. En síntesis, el CI, es actualmente un imperativo ético del cual no se puede renunciar” (Anguita: 2012, p. 9).

Como resultado de la consolidación y ejecución de los principios basilares de la bioética entre los cuales se resalta la autonomía, ésta profundiza en la necesidad y deber del médico de informar al paciente y de obtener su consentimiento para legalizar la intervención necesaria. La exigencia del consentimiento informado resume el derecho a la autonomía del paciente y es reconocido de forma extendida en los códigos de ética médica de varios países y en legislaciones específicas, principalmente cuando se identifica la disminución de esta autonomía por motivos diversos, etarios o por consecuencia del desarrollo de la propia dolencia.

Duque (1999) resalta, que el CI es más un proceso de comunicación que un acto formal de carácter meramente documental, siendo un proceso gradual, no un papel ni un documento, es decir corresponde más a un intento dialogado para superar distancias y lograr aproximaciones empáticas más allá de un formulismo legal, el cual, en ciertas circunstancias y formalidades, puede incluso congelar e inhibir el ambiente de confianza requerido para que la relación médico-paciente sea exitosa. Según sea su forma de redacción y contenido, el documento puede, incluso, colocar al profesional en el ejercicio de una medicina defensiva, la cual es contraria a los intereses del paciente y de la sociedad. Esta actitud defensiva, puede ser percibida por el paciente como una actuación tendiente a proteger al mismo profesional de la salud, lo cual disminuye la confianza del paciente y lo coloca expectante para no dejar perder el menor atisbo de error en la actuación del profesional.

En verdad no se exige que el CI del paciente sea expreso, siendo posible consentir de toda y cualquier forma válida y verificable, desde que haya sido informado eficazmente acerca de todas las implicaciones médicas.

### Origen y evolución del consentimiento informado

Los acontecimientos que han llevado al planteamiento y formulación del CI como un derecho del paciente, se describe jerárquicamente según lo expresado por Propatto (2015), de la siguiente manera:

En 1773 se escribe la Declaración de Filadelfia, donde se presentaron los primeros antecedentes del derecho a la decisión terapéutica y del consentimiento por parte de los pacientes; luego en 1803, Thomas Percival, escribe su Ética médica donde expresa que el médico debe asegurarse de que el paciente y los familiares tengan la información

adecuada sobre el estado del enfermo para proteger de esta manera sus intereses. En 1905, un tribunal norteamericano, en el juicio Mohr vs. Williams, falló en favor de Anna Mohr, el tribunal condenó al médico Williams por agresión, y sentenció que: *“ningún médico podía violar la integridad corporal del paciente sin mediar su consentimiento”*.

Posteriormente para 1914, se produjo en el Tribunal de Nueva York una de las sentencias jurídicas emblemáticas en relación a este tema. Un paciente le fue extirpado un tumor fibroide del abdomen, era una operación diagnóstica (una laparotomía exploradora). Previamente, el paciente, de manera explícita había expresado que no quería ser operado. En el fallo se estableció que: *“todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su propio cuerpo; por lo que un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión, por la que se pueden reclamar legalmente daños”*.

Hacia el año 1931, el Ministerio de Sanidad del Reich alemán, dictó una regulación concerniente a las nuevas terapias médicas y experimentales con sujetos humanos, en la cual se reconocía el derecho del paciente a otorgar su consentimiento para participar en ensayos clínicos y experimentos programados. Sin embargo, esta normativa no fue aplicada en el territorio alemán durante la Segunda Guerra Mundial en los campos de concentración y exterminio. El Tribunal de Núremberg, una vez finalizada la guerra, estableció los principios básicos para resguardar los aspectos morales, éticos y legales asociados con las investigaciones en seres humanos. De esta manera en el año 1947, se dicta el Código de Núremberg, en el cual se resaltó que el consentimiento voluntario del sujeto humano, potencial de una investigación, es absolutamente esencial y que la persona involucrada debe tener capacidad legal de dar el consentimiento. Así esta persona debía de conocer la naturaleza, duración, propósito, método aplicado y los medios puestos en práctica. De igual manera en el año 1957, se introdujo, por primera vez, el término “consentimiento informado” a raíz de la sentencia del caso Salgo vs. Leland Stanford<sup>2</sup> en Estados Unidos.

Posteriormente, se dictaron las Declaraciones de Helsinki, la primera fue adoptada por la 18° Asamblea médica mundial y se llevó a cabo en junio de 1964, en donde se guiaba el curso de las investigaciones con seres humanos, especialmente preparadas para esclarecer la conciencia de los médicos del mundo entero.

En 1973 la Carta de los Derechos de los Pacientes de la Asociación Americana de Hospitales que en su articulado (2° al 9°) priorizaba el derecho a obtener de su médico la información completa para otorgar el CI antes del inicio de cualquier prueba y/o

---

<sup>2</sup>. Justia US Law, California, Cal App 2D, Volume 154 Case Salgo v. Leland Stanford. Disponible en: <https://law.justia.com/cases/california/court-of-appeal/2d/154/560.html>

terapia. En 1975, en la declaración de Helsinki II dictada en Tokio, se amplió la primera e introdujo la investigación biomédica en sujetos humanos; determinando que los protocolos deberían contener mención de las consideraciones éticas del caso y que se debería contar con el CI.

Además, se destaca la Guía de Ética Médica Europea en 1987, el Convenio sobre Derechos Humanos y Biomedicina que tuvo lugar en Oviedo, en abril de 1997 y la Declaración de Bioética de Gijón del año 2000.

Según lo describe Obligio (2010) en su investigación, la aparición de la bioética tuvo el efecto de “moralizar” la medicina y “medicalizar” la moral. A partir de entonces, el cuerpo médico, antes de ensayar procedimientos invasivos o riesgosos, debía explicar al paciente la naturaleza y el propósito del procedimiento, como también sus riesgos, beneficios potenciales y las opciones de tratamientos alternativos al recomendado.

En 1981, la Corte Suprema de Canadá, estableció jurisprudencia en un caso de mala información a un paciente al establecer que *“los defectos relativos al consentimiento informado del paciente cuando se trata de su elección libre e informada sobre el sometimiento o el rechazo a un adecuado y recomendable tratamiento médico, constituyen infracciones del deber de cuidado exigible al médico”*.

Así en 1989, La Corte Suprema del estado de Missouri, reconoció el derecho de un paciente a rechazar un tratamiento amparado en el derecho al CI y por último en el año 2006, una investigación realizada en Gran Bretaña, señaló que la mayoría de los pacientes firman el CI, como un acto protocolar formal, y no reconocen con claridad lo que implica.

### El consentimiento informado como obligación legal

Según lo describe Chaves (2011), en la declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, aprobada en la 33ª sesión de la Conferencia General de la UNESCO, en 19 de octubre de 2005, establece en su artículo 5 y 6 acerca de la autonomía y del consentimiento, se expresa lo siguiente:

- Artículo 5: Autonomía y responsabilidad individual. Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.

- Artículo 6. Consentimiento: Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica sólo habrá de llevarse a cabo, previo consentimiento libre e informado de la persona interesada, basado en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esta entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.

En este caso, cuando está en peligro la vida del paciente, si bien la ley es tajante, se entiende que el profesional debe dar intervención a sus superiores de área o a los representantes legales de su institución cuando considere las situaciones descriptas.

El Código de Ética Médica Brasileño presenta un capítulo exclusivo sobre Derechos Humanos, en el cual la primera regla apunta sobre la necesidad del consentimiento esclarecido. Según ese documento está prohibido para el médico dejar de obtener el consentimiento del paciente o de su representante legal después de esclarecerlo sobre el procedimiento a ser realizado, a excepción del caso de riesgo inminente de muerte, aún, cuando para la preservación de la autonomía del paciente, dispone en su artículo 24 que constituye infracción ética dejar de garantizar al paciente el ejercicio del derecho de decidir libremente sobre su persona o su bienestar, bien como ejercer su autoridad para limitarlo (Chaves: 2011).

### El consentimiento informado en la República Argentina

En Argentina el CI, surge a partir de la ley de trasplante de órganos de 1977, evolucionando su concepto a partir de entonces, principalmente con su amplia aplicación por el Poder Judicial, en la legislación argentina el concepto de consentimiento informado apareció después de la ley de trasplante de órganos, nº 21.541, de 1977, que pasó a ser tratado en la Ley nº 24.193, 1993 (Guerra, 2005, p. 67), teniendo que:

*[...] En varias sentencias posteriores, el concepto de consentimiento informado, por vía de la analogía, fueron examinados en temas médicos y bioéticos, de conformidad con el art. 16 del Código Civil Argentino.*

*[...] En el mismo sentido, la Ley Nº 23.978 y el decreto que la reguló, de 1.244, en los años 1990 y 1991, contienen normas expresas sobre el consentimiento informado (Chaves: 2011, p. 51).*

En el Boletín Oficial de la República Argentina (Ley 26.529), Martínez (2009) realiza un análisis exhaustivo del mismo, donde explica como el capítulo III está dedicado al tema del Consentimiento Informado. Al respecto, se lo define en el artículo 5 como *“...la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada referida a:*

- Su estado de salud.
- El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos,
- Los beneficios esperados del procedimiento,
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles,
- La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto, y
- las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

### Obligatoriedad de información y excepciones

Autores hacen referencia de la obligatoriedad del consentimiento informado, el cual se expresa claramente en el artículo 6 que establece, *“con carácter general y dentro de los límites que se fijan por vía reglamentaria”*, la obligatoriedad del previo consentimiento informado del paciente. De igual modo, en su artículo 7 se destaca la forma del consentimiento, donde se establece que, por regla, el consentimiento informado será verbal, salvo en los siguientes casos en que será escrito:

- a. Internación
- b. Intervención quirúrgica
- c. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos
- d. Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley
- e. Revocación

Entre las Excepciones: se encuentran aquellas que tienen que ver con la urgencia, la emergencia o situaciones de grave peligro para la salud pública. La norma deja lo atinente a la prueba de estas circunstancias para la reglamentación de la ley.

Revocabilidad: La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica.

## Formalización del Proceso del Consentimiento informado

Existen tres hechos que han sido los desencadenantes en formalizar al CI en el área de la salud, como un requisito fundamental para protección tanto del paciente como del médico. El primer hecho es la pérdida creciente de la autoridad del profesional de la salud que muchas veces no se expresa por una deficiente relación médico-paciente, la segunda circunstancia, pero no en orden de prioridades, es la imposibilidad material de tener información acertada de lo último en la terapéutica médica. En la actualidad muchos pacientes creen estar informados sobre los últimos avances en la patología que presume padecer y por otro lado, el médico, en razón de un sistema de salud corrupto se limita al momento de comunicar el diagnóstico, y en tercer lugar el derecho que, con un perfil en ocasiones incierto, busca el error médico a través de una “lex artis” que se entiende cómo *“el conjunto de disposiciones de orden médico-técnico y de aquellas costumbres no escritas que funcionan como indicadores de la conducta médica”*, (Obligio, 2010).

En este orden de ideas, los formularios de Consentimiento Informado deben tener, al igual que todo acto jurídico, un objeto y una causa. El Objeto es algo que debe ejecutarse, y la causa es el motivo que induce a obtenerlo. En ellos se deja constancia de la información entregada y de la voluntad, manifestada en forma expresa. De allí la importancia de considerar los requisitos de toda manifestación de voluntad, para conseguir su validez legal; y para que la voluntad tenga validez, esta debe estar libre de cualquier vicio, ellos son el error, la fuerza y el dolo<sup>3</sup>.

La utilización de un formulario y la consiguiente firma del mismo por parte del paciente permite reconocer la entrega de información relevante y exacta; sin embargo, éste no es suficiente, por lo cual la ficha clínica es también un lugar en el cual se puede asegurar la información. De esta manera, como lo describe Anguita (2012), el procedimiento conlleva la elaboración de formularios de CI.

Por consiguiente, en la normativa se introduce el formulario como una herramienta imprescindible de la relación médico paciente, aunque el CI no culmina en la firma del mismo. El CI se fundamenta en garantizar que el paciente ha participado en la toma de decisiones, asegurando así que dispone de información y documenta por escrito que se ha producido el consentimiento de parte del sujeto.

---

<sup>3</sup>. El error, es la falsa representación de la realidad determinada por la ignorancia, por no haber tenido la parte conocimiento de todas las circunstancias que influyen en el acto concertado, o por la equivocación, mientras que fuerza son los apremios físicos o morales que se ejercen sobre una persona, destinados a que preste su consentimiento para la celebración de un acto jurídico, en tanto que dolo es la maquinación fraudulenta destinada a que una persona preste su consentimiento para la celebración de un acto contrato.

## Procedimientos en el Consentimiento informado

Es indispensable que el médico establezca una comunicación abierta, clara y detallada con su paciente, dando a conocer la gravedad de su enfermedad, patología o dolencia y de las investigaciones necesarias que den respuestas al grado de avance, los posibles tratamientos y que tan invasivo y doloroso pudieran ser los beneficios posibles alcanzados bien como los riesgos de ese procedimiento.

De esta manera Berstein (2005), define los principales elementos que deben ser informados para la obtención del consentimiento: naturaleza de la decisión o del procedimiento; alternativas razonables a la intervención propuesta; riesgos, beneficios e incertidumbres más importantes relacionados con cada alternativa; evaluación de la capacidad de entendimiento del paciente y aceptación de la intervención por parte del paciente (p.86).

Cabe destacar, que Faden y Beauchamp, en su publicación de 1986, mencionan las condiciones bajo las cuales se rige el CI, posteriormente modificadas por Beauchamp y Childress con conceptos que han perdurado hasta la actualidad, dichos postulados establecieron los tres elementos fundamentales del consentimiento: la información, la capacidad y la voluntariedad. Posteriormente, continuaron con el desarrollo de la teoría hasta alcanzar el planteamiento de siete componentes (Badillo & Silva: 2011).

Para poder definir el CI, es indispensable explicar los componentes que lo conforman, a saber: *competencia* y *voluntariedad*, posteriormente aparecen los elementos inherentes a la información donde se destacan la exposición, comprensión y recomendación; para culminar con los elementos que tienen que ver con el acto de consentimiento que son; la decisión y autorización.

-La competencia: significa habilidad para realizar una tarea, solo es necesario valorar un determinado tipo de competencia, como por ejemplo la competencia para decidir acerca de un tratamiento o sobre la participación en un proyecto de investigación, este término está íntimamente relacionado al concepto de autonomía. Un paciente es competente para tomar una decisión si es capaz de entender la información material, de hacer un juicio sobre dicha información tomando como base sus valores personales.

-La voluntariedad: se refiere a la independencia de las personas de las influencias manipuladoras y coactivas de otros, el control sobre una persona siempre es una influencia, existiendo tres categorías: coacción, persuasión y manipulación. La coacción consiste en que una persona recurra intencionadamente a una amenaza creíble y seria para controlar a otra; la persuasión, es el acto de convencer a alguien de algo, mediante argumentos y razones; por otra parte, la manipulación, busca obtener que alguien haga

lo que el manipulador quiere, a través de medios que nos son persuasivos ni coactivos. En la práctica médica la manipulación más frecuente se origina en la información. Cada uno de estos componentes, afecta la decisión autónoma de los pacientes (Badillo & Silva: 2011).

Vale señalar que, evaluar el proceso del CI es algo complejo, y depende la efectividad de su aplicación. Por ejemplo: al no ser adecuados sus contenidos, el paciente puede llegar a tomar una decisión inapropiada. Es por ello que, para tomar una decisión adecuada es importante valorar la validez y autenticidad del consentimiento, la primera tiene que ver con la intencionalidad de las acciones, es decir, con las razones que llevan al profesional a realizar el proceso de la entrega de información y a permitir ayudar a que el paciente tome las decisiones.

### Ventajas y desventajas de la plasmación del CI

Se insiste, en declarar que el uso adecuado del CI es un avance importante en la práctica médica. Nuñez Villavicencia Porro (2006) reflexiona que podría ser factible considerar que la tarea del médico sea realizar un trabajo de educador y guía de la salud, por lo tanto, se preconiza otra forma de actuar y se preferiría llamarlo consentimiento educado.

Del mismo modo, el paciente tiene el derecho de confrontar los tratamientos ofrecidos con sus propios valores subsecuentes del proyecto de vida diseñado, para entonces contrabalancear los beneficios y los riesgos inherentes a cada uno y, entonces, consentir o no con el tratamiento. Pero, el necesario CI no podría nunca resumirse en un documento preestablecido o elaborado por el hospital que traiga informaciones generales y solicitud de autorización de tratamientos. Esos documentos no son aceptados por la doctrina y jurisprudencia como jurídicamente válidos para reconocer el respecto a autonomía del paciente (Chaves: 2011).

En lo que trata a protección que merece la autonomía de la persona humana, no restan dudas de que, en varios países, entre ellos Argentina, por ser signatarios de los tratados internacionales de derechos humanos, es inadmisibles que el médico actúe sin informar y esclarecer el paciente sobre todos los aspectos necesarios a su libre consentimiento. Ese presupuesto del actuar médico, más que legitimarlo a intervenir en la persona, acaba por establecer una ligación de cooperación y participación del paciente en todo el proceso de investigación, diagnóstico y tratamiento.

Por lo tanto, se exige no solo la información, sino también el esclarecimiento libre de cualquiera coacción o injerencia indeseable para que pueda el paciente consentir válidamente. Además, debe él reunir ciertos atributos psíquicos, físicos y legales para

hacerlo y, cuando no pueda válidamente expresarse por la ausencia o reducción de cualquiera de esos requisitos, aun así, es importante respetar en lo máximo su autonomía en la medida de su capacidad de comprender las informaciones y esclarecimientos transmitidos y los reflejos en su vida de las decisiones a ser tomadas.

Por otra parte, el CI puede correr algunos peligros que vale la pena tener presente para no dejarse confundir:

- a. la mentira, que es irreversible (el enfermo queda prisionero del abuso de confianza).
- b. pretensión en que la entrega de información escrita sustituya el auténtico diálogo y hacer primar la exhaustividad de la información sobre la comprensión.
- c. la retención de información, que puede ser parcial y transitoria, así como reversible (lo que, a veces, puede permitir más posibilidades de adaptación a las nuevas necesidades del enfermo).

A menudo estas desviaciones del objetivo central del CI, tienden a proteger al propio médico y no a beneficiar al paciente. Las dificultades, entonces, son considerables y están relacionadas principalmente con deficiencias en la información verbal, en los documentos escritos, la coacción y persuasión a la que a veces se ven sometidos los pacientes. Esto se debe porque el proceso del consentimiento es todavía incipiente en la sociedad argentina; y necesita atravesar toda la relación clínica. Es claro que este proceso que se ha instaurado a partir de leyes y regulaciones que deben ser diferentes según las actividades y técnicas clínicas de las que se trate, pues la atención en salud se ha diversificado en un ritmo creciente y en relación al avance técnico-científico.

Uno de los problemas es que aún existen muchas actividades en salud que se realizan desde una óptica paternalista pero también los tipos de tratamiento están ligados a los costos y al tipo de afiliación al sistema de atención en salud con que cuente el paciente.

El proceso de CI, en ocasiones, se adelanta en situaciones poco adecuadas en cuanto a espacio, tiempo y lugar. En general, se limita al documento escrito y ahí radican los problemas más relevantes en su corto recorrido en la atención y clínica (Escoba & Novoa: 2016, p. 17).

## Obstáculos y limitaciones

Según Tallone, actualmente el enfermo espera que se respeten sus derechos y su autonomía para decidir, y el médico debe poseer competencia técnica para realizar las aspiraciones y deseos del enfermo. En este nuevo modelo autonomista el principio de beneficencia del médico tropieza con las limitaciones impuestas por el reconocimiento de la autonomía que tiene el enfermo para decidir sobre sus propios valores (Obligio: 2010).

En principio es siempre imperativo obtener el CI del paciente o de un familiar en caso de que el primero no pueda. Sin embargo, se prevén algunas excepciones al Consentimiento Informado:

- a. situación de urgencia vital inmediata
- b. grave peligro para la salud pública
- c. incompetencia o incapacidad del enfermo y ausencia de sustitutos legales.

El rechazo de todo tipo de información por parte del enfermo y el privilegio terapéutico (un médico puede ocultarle información a un paciente si tiene la firme certeza de que su revelación le produciría un daño psicológico grave), están en tela de juicio ya que deben ser rigurosamente justificadas para no caer en arbitrariedades difíciles de demostrar (Anguita: 2012).

El consentimiento informado es un proceso teóricamente nuevo en la tradición médica de occidente, donde por más de 25 siglos predominó el modelo paternalista de atención, pero donde las transformaciones científicas y técnicas, vinculadas con aspectos sociales, legales, políticos y culturales, han llevado a que ahora desde lo legal se exija el CI en las actividades clínicas en salud, por lo tanto, como procedimiento que apenas se empieza a desarrollar solo hace algunas décadas, más por una exigencia legal que por un proceso de concienciación de las profesiones en salud.

El CI ha presentado una serie de problemas tanto en su fundamentación teórica como en su encuentro con la dinámica legal desde la cual han sido abordados. La bioética ha representado el espacio propicio para su desarrollo teórico y práctico, aun cuando son pocos los que dan cuenta de su evolución en clínica e investigación. Es importante aclarar que en la investigación médica se ha logrado un desarrollo mayor, pues gran parte de su fundamentación teórica proviene de allí, pero también las mayores tensiones y vínculos con la obligatoriedad legal (Escoba & Novoa: 2016).

Otra limitante, según lo expresan Escobar & Novoa (2016), es su desarrollo en los diferentes ámbitos clínicos, el cual no ocurre de manera adecuada, sino que se suele hablar del consentimiento informado desde los mismos parámetros en todas las dimensiones de atención en salud, clínica hospitalaria, ambulatoria, cuidados de pacientes crónicos, agudos, atención primaria y otros, sin tener en cuenta los diferentes contextos sociales y culturales.

Un análisis exhaustivo de lo ocurrido con el CI en el ámbito hospitalario ha sido expuesto en el trabajo realizado por Ovalle (2009), al hacer un estudio de la práctica y significado del CI en hospitales de Colombia y Chile. Esta autora resaltó el hecho de que debía existir una nueva cultura del desarrollo en cuanto a la relación del profesional de la salud y el paciente, en la cual se respete principalmente la autonomía de los sujetos, además de entender la capacidad de los mismos para comprender la información. Llevó a cabo un estudio cualitativo de corte transversal, en el que se utilizaron entrevistas semi estructuradas dirigidas a pacientes, profesionales de la salud y administrativos de hospitales ubicados en 2 países.

Resaltó que, con respecto a la confianza en el sistema de salud, la mayoría de las personas entrevistadas confiaban en el saber del médico y este fue visto como un experto y consideraron que simplemente se deben acatar los procedimientos que se les aconsejan. Por su parte, los médicos reclamaron mayor confianza como un factor importante al momento de tomar decisiones.

En este sentido, se evidenció también, una actitud paternalista bajo la perspectiva de que el médico es quien sabe lo que es mejor para el paciente. En relación al uso del CI la mayoría de los pacientes hicieron poca alusión a este recurso, dando paso a un modelo de comunicación en el que contaba la voz del especialista y el paciente sólo aceptaba aquello que escuchaba, siendo su firma sólo el resultado de que ha entendido que debe realizarse un tratamiento, sin tener ninguna otra participación.

Además, se identificó como una dificultad importante el tiempo y la urgencia con que debe atenderse al paciente, ya que en algunos servicios es característica la falta de tiempo y no hay posibilidad de asegurarse de que la información haya sido comprendida realmente, añadiendo el posible deterioro físico y mental del paciente en un momento de emergencia. Con respecto a los derechos de los pacientes se llegó a una conclusión importante, que tuvo que ver con la información que se brindó al paciente sobre su estado.

Los especialistas en general, reconocieron que es importante brindar información completa y que este es un derecho del paciente, sin embargo, comentaron que hay

pacientes que prefieren no conocer detalles sobre su estado de salud, por la ansiedad y temor que les generan. La autonomía que pueda generarse a través del CI, motiva desconcierto en los profesionales de la salud. Por último, es necesario destacar que personal de salud no conocía las reglamentaciones del hospital con exactitud (Ovalle, 2009).

En otro estudio realizado por Dellarole (2009), se planteó el tema del respeto de los derechos del paciente en la atención que brindan los enfermeros, partiendo de que la práctica de la enfermería muestra influencia moral, derivada de los valores y principios de ética que rigen el ejercicio profesional.

En este trabajo, se consideró necesario conocer si creían y respetaban el derecho y la intimidad del paciente, en relación a recibir información, al secreto profesional y a la confidencialidad de datos personales, el derecho de una muerte digna, y con qué frecuencia se omitían estos tipos de derechos, en relación a la edad y sexo de los enfermeros.

A partir de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, se destacaron los aspectos más importantes, en cuanto al derecho a saber su estado de salud y que este no es sólo que se hable acerca de informar al paciente, sino de ir más allá del alivio de su ansiedad entendiendo que debía participar en la tarea de tomar decisiones acerca de su salud.

En la relación médico-paciente se habló de la crisis provocada por el progreso y los cambios de la medicina al producir una especie de horizontalización entre ambos, teniendo que aún quedan vestigios del paternalismo. Es por ello que se hace necesario fortalecer la ética para un ambiente saludable, que genere conciencia acerca de los errores que se cometen cotidianamente en dicha relación.

El hospital debería convertirse en una institución menos autoritaria, abriendo cauces de comunicación con la sociedad e incorporando la opinión de los usuarios a los controles de calidad (Dellarole, 2009).

Con respecto a la legislación y normativas, el paciente tiene tanto derechos como también deberes. Dentro de los derechos se incluyen: recibir una atención sanitaria integral, respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, confidencialidad de toda información relativa a su proceso, incluyendo diagnósticos, tratamiento, y sus riesgos y pronóstico, protección de datos personales y de salud, aceptar o rechazar cualquier procedimiento diagnóstico o de tratamiento, conocer normas y reglamentos que regulen su conducta como paciente y morir con dignidad siendo asistido hasta el último momento de su vida, entre otros.

En cuanto a los deberes, el paciente debe: procurar información precisa y completa sobre su enfermedad, responsabilizarse de seguir el plan de tratamiento recomendado, de su conducta y dar un buen trato al personal de salud, utilizar vías de reclamación y sugerencias, entre otros (Dellarole, 2009).

El tema del CI genera debates importantes y se han planteado investigaciones en las que se expusieron los principales elementos de la polémica en cuanto la información que se brinda o no al paciente y su nivel de participación en su proceso de salud-enfermedad.

Cabe destacar que en el trabajo de Meo (2010), se planteó un debate profundo y de suma importancia con respecto al CI, específicamente en cuanto al anonimato y confidencialidad en investigación social, haciendo énfasis en la sociología en Argentina. Principalmente esta autora se propuso impulsar un debate en torno a la centralidad de la dimensión ética en la investigación sociológica en Argentina.

Haciendo una revisión documental incluyendo antecedentes históricos, regulaciones y otros debates, se expusieron puntos que quizá resultan determinantes en cuanto al uso del CI en el área sociológica. Los potenciales participantes en un proceso de investigación deben recibir información acerca de los objetivos de la investigación, el tipo de participación que se requiere, el origen del financiamiento y los posibles usos de los resultados del estudio. De igual forma, se les debe pedir autorización para utilizar la información.

Por consiguiente, otro aspecto importante y que forma parte del CI, es el anonimato. Tal y como expresa Meo (2010), los códigos de ética de las más variadas organizaciones profesionales acuerdan en respetar los principios de confidencialidad y anonimato. Para lograr esto último, debe protegerse información como las ubicaciones de individuos y lugares, y las identidades de los sujetos; a su vez, los grupos e instituciones deben protegerse tanto en los resultados publicados como en la forma en que se recolecta y archiva el material empírico. En este aspecto puede presentarse el dilema, ya que existen casos en los que, por circunstancias legales o morales, se hace necesario divulgar cierta información. Si esto surge, la autora aconsejó que el investigador pida permiso a los participantes para hacerlo y discutir con ellos la necesidad de romper con el compromiso de confidencialidad previamente acordado.

Dentro del debate expuesto se mencionó el avance que se ha dado con respecto a la preocupación por hacer mejoras en el uso y manejo del CI. Sin embargo, como ya se ha expresado precedentemente, existen debilidades como la casi inexistencia de artículos en revistas científicas en el área de Sociología y de libros metodológicos dedicados a la ética en investigación social, lo cual apunta a una falta de atención colectiva respecto

del tipo de dilemas y dificultades éticos que los sociólogos encuentran en su labor cotidiana (Meo, 2010).

Es necesario hacer mención a los organismos creados para proteger y dar continuidad al uso del CI. La creación de códigos de conducta y mecanismos regulatorios que ahora están institucionalizados, parecen estar más vinculados a una creciente internacionalización de la investigación en ciencia y tecnología, que, a una mayor reflexividad con respecto a la dimensión ética de la investigación en sociología. Por ello, se sugirió la necesidad de fomentar el debate en torno a la aplicación de los principios éticos en la práctica de investigación local con el propósito de avanzar en la construcción de disciplinas más críticas y reflexivas (Meo, 2010).

La legislación en materia de derechos de los pacientes ha sido un tema de especial atención en los últimos años. Es importante resaltar que en la creación de nuevas leyes se incluyen aspectos referentes al Consentimiento Informado y la Historia Clínica, procedimientos que quizá habían sido un mero requisito y que comienzan a considerarse como un derecho y paso fundamental en el trato al paciente.

Los trabajos como el de Martínez (2009), reflejan una revisión importante de la nueva ley relativa a los derechos del paciente en su relación con los profesionales e Instituciones de la salud, la historia clínica y el consentimiento informado.

Con respecto al CI específicamente, se expuso que es obligatorio, debe hacerse de manera verbal salvo en casos de internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimientos que incluyen riesgos y revocación, casos en los cuales el Consentimiento Informado debe hacerse de forma escrita, pero expresando que existen excepciones en los casos en que existiera grave peligro para la salud pública, y cuando mediare una situación 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 como se ha acentuado anteriormente.

Merece especial atención la población infantil en cuanto a la aplicación del CI, ya que posee consideraciones especiales y debates en cuanto a su poder de decisión en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Los trabajos como el de Padawer y Luzzi (2014) resultan importantes en esta temática. En éstos se planteó al CI como herramienta de protección y promoción de derechos de niños/as. Esta propuesta podría generar insumos válidos para el fortalecimiento de políticas públicas que promuevan estrategias asistenciales que garanticen la accesibilidad a las necesidades en salud mental de niños/as en función de sus derechos. Cabe señalar que, en la mayoría de las instituciones observadas, se registró que estos no habían participado en el proceso de adopción del consentimiento, ni se les había brindado información previa.

Por último, se suele percibir al consentimiento informado como un trámite administrativo necesario para el inicio y desarrollo del tratamiento ofertado, disociado del proceso de tratamiento. Esto es apreciado tanto en profesionales de distintas instituciones, como en las familias asistidas (Padawer y Luzzi, 2014).

En términos generales se apreciaron varios aspectos en común en los trabajos revisados, quedando bastante camino por recorrer en cuanto a la consideración del CI como un recurso más allá de un simple requisito, para pasar a ser parte de los deberes y derechos de diversas disciplinas en las que hay una relación médico-paciente o investigador-sujeto.

## OBJETIVO

- Analizar si existe conocimiento sobre la implicancia que posee el consentimiento informado en relación a la responsabilidad médico legal por parte de los médicos actuantes.

## **METODOLOGÍA**

Se procedió a realizar una encuesta formalizada en un cuestionario ad hoc, relevando a 45 profesionales del área salud, acerca del conocimiento del CI y de los aspectos relevantes del mismo.

Los profesionales pertenecieron a diferentes servicios médicos, fueron seleccionados en forma aleatoria y también solicitando su voluntariedad, con predominancia del Servicio de Clínicas y de Guardia Médica.

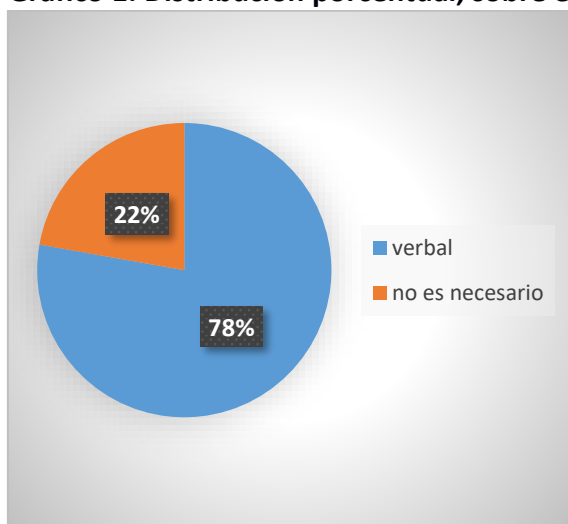
Las variables consideradas quedaron circunscriptas a tres ejes prioritarios referidos al CI en la rutina diaria. Un eje se centró en indagar acerca del conocimiento del CI y la Ley que lo rige; otro fue sobre la importancia del CI y por último se solicitó una explicación sobre el proceso de implementación del mismo.

Cabe destacar, que la encuesta fue anónima y en forma presencial, guardando los criterios éticos sobre la confidencialidad.

## RESULTADOS

De los 45 médicos encuestados de los diferentes servicios de salud, la mayoría (35) aseveró que llevan a cabo el CI de forma verbal, para informarles a los pacientes su situación de salud actual para que ellos estén conscientes de las estrategias a utilizar en su caso. El resto dice no ser necesario, siempre que la situación de salud no sea grave o requiera intervención quirúrgica. (Gráfico 1)

**Gráfico 1: Distribución porcentual, sobre el uso del CI en forma verbal.**



En cuanto a la aplicación del CI en forma escrita 14 profesionales (31,1%) señalaron que es importante poseer este documento por escrito. Según los especialistas de cirugía, de quirófano y obstetricia, dicen que este acto *“evita conflictos con los pacientes que han de someterse a intervenciones delicadas, ya que se les informa las molestias y riesgos más significativos ya sean por su frecuencia o por su gravedad”*.

Mientras que 31 médicos manifestaron que no es necesario poseerlo, ya que no es obligatorio mencionar los riesgos muy leves, ni aquellos que no siendo graves son muy infrecuentes.

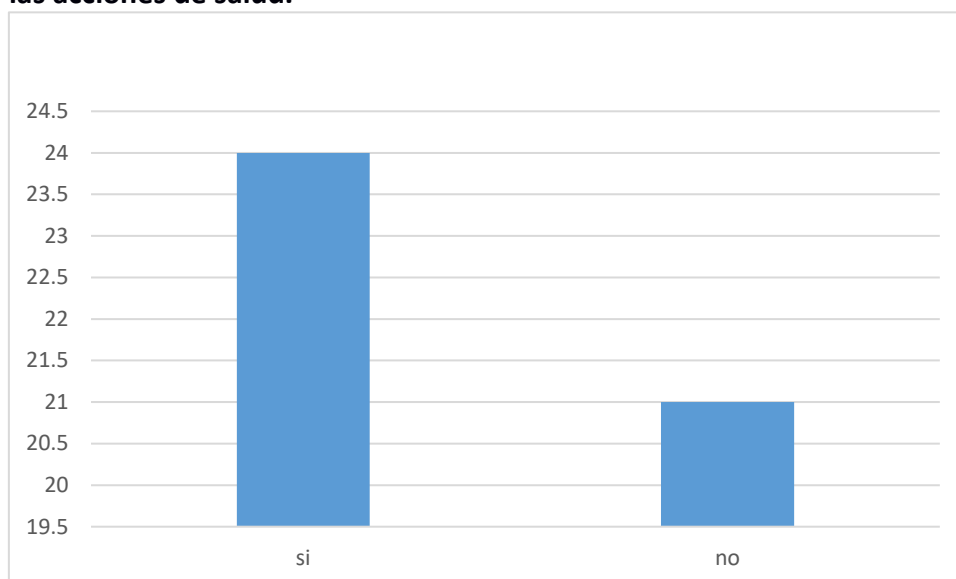
Los especialistas de traumatología, guardia médica, clínicas, pediatría y maternidad que formaron parte de los encuestados, coincidieron en señalar que ofrecen información al paciente, en un lenguaje comprensible sobre las características y la evolución de su enfermedad, asegurando que al mismo se le explica de forma que entiendan su situación y las consecuencias que llevaría el no ser atendidos en brevedad. Esto último, entienden que, este proceso, ayudó a que tomen conciencia y sean más colaboradores.

Sin embargo, los especialistas de cirugía y que trabajan en el quirófano manifestaron no ofrecer esta información por entender que no es necesario para llevar a cabo los procedimientos de intervención quirúrgica.

El 100% de los médicos encuestados aseguraron poner a disposición del paciente su historia clínica, ya que consideran que es su derecho y que pudieron observar, leer y llevar un seguimiento de su situación de salud cuando lo consideraron necesario.

El 53,3% de los médicos aseguraron que no consideran necesario explicar todas las acciones que deben tomar para la prevención de la salud ya que los pacientes solo requieren conocer los aspectos fundamentales o aquellos sobre los cuales tienen control y el 46,7% dicen que si le explican al paciente las intervenciones que deben tomar el mismo forma parte o es partícipe de la ejecución de estas acciones en su decisión y responsabilidad. (grafico 2)

**Gráfico 2: Distribución de frecuencia sobre la respuesta acerca de la explicación de las acciones de salud.**



Cabe destacar que 41 profesionales entrevistados conocen lo establecido por la ley, los cuales aseguran que, si bien no son instruidos de forma adecuada, ellos deben informarse por sus propios medios ya que la especialidad médica donde se desenvuelven así lo amerita. Por otro lado, sólo 4 de estos profesionales de la salud dijo no tener un conocimiento acabado de dicha ley.

Además, se comprobó que 25 profesionales (55,6 %) no reconocen los procedimientos para llevar a cabo el CI, debido a que no tuvieron preparación previa o constante referente a este tema. Por lo tanto, esta situación dificulta la implementen el CI en sus áreas de trabajo.

Los resultados revelaron que la mayoría, si bien conocen lo establecido en la Ley, aclaran que no poseen una expertiz sobre los mecanismos de implementación de dicho instrumento. En general atribuyen al CI un respaldo legal o administrativo, y consideran que es una rutina en casos de intervenciones quirúrgicas, al menos en las más riesgosas.

El CI, como se mencionó en el marco teórico, es un derecho que tiene el paciente de conocer, en forma comprensible, la naturaleza de su enfermedad, los efectos sobre su cuerpo, los riesgos y beneficios de los procedimientos terapéuticos recomendados (Barilan & Weintraub, 2001), por lo que habría que implementar mecanismos para la existencia de una mirada legal en este sentido.

Desde el punto de vista de las instituciones de salud, se debería reflexionar acerca de las dificultades halladas para impulsar la creación de normas claras, formatos de llenado, y brindar ayuda administrativa a los médicos, para mejorar la calidad asistencial brindada.

## DISCUSION

Los resultados hallados en esta experiencia plantean que la mayoría reconoce la existencia de una Ley, y la importancia se encuentra en qué información suministrar al paciente.

Sin embargo, aclaran que no se encuentran lo suficientemente formados acerca de cómo comunicar y cómo escuchar, o trabajar con el impacto del paciente. Llama la atención que el personal médico reconoce la existencia de la Ley, pero desconoce el *deber ser* del CI. No se tiene en cuenta que, al mejorar la información dada al paciente y los familiares, podrá mejorar el desarrollo del proceso terapéutico, y mejorar la calidad del servicio.

Al establecer una mayor horizontalidad en la relación médico-paciente se eliminarían las tensiones jurídicas y la carga administrativa, creando una relación más fluida y probablemente el paciente escuche con mayor atención a un profesional que se preocupa por su salud.

El CI, como se mencionó anteriormente, es un derecho que tiene el paciente y con la información que le brinda el médico podría tomar su decisión a ser sometido o no, a determinados procedimientos.

Esta información puede ser verbal, y se debe solicitar por escrito en casos que refiere la Ley. Se intuye que, entre la población encuestada, se siente más el espíritu de una obligación administrativa y que una cuestión ética o moral.

Fue posible observar que solo algunos profesionales de la salud muestran preocupación jurídica reconociendo la importancia de la función del CI de proteger su labor como médico ante posibles riesgos.

Esto último, demostraría que se toma la utilización del CI como resguardo al médico y no como derecho del paciente de ser informado sobre la realidad completa de su diagnóstico, tratamiento, intervenciones y alternativas.

Se podría pensar que el exceso de las obligaciones de los profesionales y el poco tiempo que se le dedica al proceso de implementación del CI, hace que sea un trámite de obligación legal y/o burocrática, y no moral como es el espíritu que este conlleva. Esta situación deja a la vista que todavía se encuentra vigente y aún no fue erradicado el modelo del PATERNALISMO MÉDICO.

## BIBLIOGRAFÍA

- Anguita M. Guías de Consentimiento Informado. Chile: Ministerio de Salud del Gobierno de Chile, 2012.
- Badillo E. y Silva J. Proceso de Consentimiento Informado en dos instituciones hospitalarias de Bogotá, ¿La Información suministrada al paciente garantiza el derecho respecto a la autonomía? Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, Instituto de Bioética. 2011.
- Disponible en <https://repository.javeriana.edu.co/handle/10554/1669>
- Barilan, M., y Weintraub, M., et al. Persuasion as respect for Persons: An alternative view of autonomy and of the limits of discourse. *Journal of Medicine and Philosophy* Vol. 26 ( num 1). 2001
- Beauchamp T. y Childress J. Principios de Ética Biomédica. vol 17 (num 64): p. 135 Madrid: Masson, 1999.
- Disponible en: [http://www.ucv.ve/fileadmin/user\\_upload/facultad\\_agronomia/Produccion\\_Animal/Produccion\\_Animal/Bioetica.pdf](http://www.ucv.ve/fileadmin/user_upload/facultad_agronomia/Produccion_Animal/Produccion_Animal/Bioetica.pdf)
- Berstein P. El Error Médico: aspectos médicos, médicos legales, jurídicos. Buenos Aires: Ediciones D&D S.R.L., 2005.
- Chaves de Matos G. La Responsabilidad Civil del médico por ausencia de Consentimiento Informado del paciente. Buenos Aires, Argentina: Maestría en Aspectos Bioéticos y Jurídicos de Salud.
- Dellarole A. Respeto de los derechos del paciente en la atención que brindan los enfermeros. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. 2009
- Duque Z., El Consentimiento Informado ¿Cuestión de formalismo legal o cuestión de humanidad? *Revista Colombiana de Responsabilidad Médico Legal*, vol 3(num 1): 31-33, 1999.
- Escoba M. y Novoa E. Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas éticos-legales y dificultades en el lenguaje. *Revista Latinoamericana de Bioética* ISSN: 1657-4702 ISSN electrónico: 2462-859X
- Lidz C., Appelbaum P. y Meisel A. et al, Informed Consent Legal Theory and Clinical Practice. *Implementation Science and Practice Advances Research Center Publication*: p.151. 1999.
- Disponible en: [https://escholarship.umassmed.edu/psych\\_cmhsr/119](https://escholarship.umassmed.edu/psych_cmhsr/119)
- Martínez W., Análisis de la nueva ley sobre derechos del paciente, Consentimiento Informado e Historia Clínica. *Revista AAOT. Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología*. 2021
- Disponible en: <https://aaot.org.ar/wp-content/uploads/2021/01/NUEVA-LEY-Literatura-Medico-legal.pdf>
- Meo A. Consentimiento informado, anonimato y confidencialidad en investigación social. La experiencia internacional y el caso de la sociología en Argentina. Institute of Education (Universidad de Londres) y CONICET (Argentina). *Revista Aposta de Ciencias Sociales* ISSN 1696-7348. (Número 44). Marzo 2010.
- Disponible en: <http://www.apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/aines.pdf>
- Núñez-Villavicencio-Porro, F. Consentimiento educado versus Consentimiento informado. *Revista Cubana de Salud Pública* ISSN 0864-3466 *versión On-line* ISSN 1561-3127. vol.32, n.4. ISSN 0864-3466. 2006.
- Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400011&script=sci\\_abstract](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662006000400011&script=sci_abstract)
- Obligio H. Consentimiento informado: Derecho-Deber. Buenos Aires, Argentina: Academia Nacional de de Ciencias Morales y Políticas. 2010. Disponible en <https://www.ancmvp.org.ar/user/files/06-Obiglio.pdf>

Ovalle Gómez C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud vol 10 (num 1) 2012.

Disponible en: <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/alianza-cinde-umz/20130712011051/ArtConstanzaovalle.pdf>

Padawer, M., y Luzzi, A. El consentimiento informado en la atención de la salud mental infantil ambulatoria como herramienta de protección y promoción de derechos. Estudio exploratorio. Facultad de Psicología, UBA, Num XXI: 225- 231. 2014

Propatto A. Consentimiento informado y derecho a la autonomía personal. Infojusid SAIJ: DACF150068, Revista de Derecho Privado, Año III, num 9, p 179-194. 2015. disponible en <http://www.saij.gob.ar/anahi-elizabeth-propatto-consentimiento-informado-derecho-autonomia-personal-dacf150068-2014-12/123456789-0abc-defg8600->

## **Anexo**

### FORMULARIO ENCUESTA

**Servicio de  
Edad**

**¿Conoce usted cuál es la finalidad del consentimiento informado?**

**¿Cuál es o no, la importancia de la implementación del consentimiento informado?**

**¿Usted implementa el conocimiento informado?**

**En caso de respuesta afirmativa, ¿conoce cómo lo debe realizar acorde o según la ley?**

**¿Cuál es su opinión sobre la obligación legal del consentimiento informado?**

**¿El consentimiento informado lo expresa en vocabulario comprensible o técnico? ¿Considera el nivel de entendimiento del paciente?**

**¿Explica las posibles consecuencias de la enfermedad, en caso de rechazar el o los tratamientos?**

**Según su opinión ¿cuáles son las desventajas del consentimiento informado?**

**Según su criterio, ¿cuáles son los principales elementos que deben estar incluidos en el consentimiento informado?**

**Si Ud. no aplica el consentimiento informado, por favor, indique el motivo. Porque se favorece la posición del paciente sobre la del médico?**

