



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA

El consentimiento informado y su implicancia en los niveles de satisfacción del paciente, San Juan de Miraflores 1er Trimestre
2022

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:
Maestro en Gestión Pública

AUTOR:
Rodríguez Merino, Juan Carlos (orcid.org/0000-0001-7640-8852)

ASESOR:
Dr. Prado Lopez, Hugo Ricardo (orcid.org/0000-0003-4010-3517)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
Reforma y modernización del estado

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:
Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ
2022

Dedicatoria

A mis padres que desde el cielo siguen cuidando de mí.

A mis hijos que saben que nunca deben claudicar en sus
sueños y toda superación implica sacrificio.

Agradecimiento

A mi Madre María Auxiliadora, quien siempre me mantiene bajo su manto de protección.

A mí querida familia a quienes, a pesar de mi distanciamiento por el estudio siempre han estado a mi lado.

A mis Maestros de la Maestría de la UCV que me enseñaron a ver la educación de un modo diferente.

Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II.MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.1.1. <i>Tipo de investigación</i>	14
3.1.2. <i>Diseño de investigación</i>	14
3.2. Variables y operacionalización	14
3.3. Población, muestra y muestreo	15
3.3.1. <i>Población</i>	15
3.3.2. <i>Unidad de análisis</i>	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimiento	17
3.6. Método de análisis de datos	17
3.7. Aspectos éticos	17
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	19
V. CONCLUSIONES	42
VI. RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS	45
ANEXOS	

Índice de tablas

Tabla 1	19
Tabla 2	19
Tabla 3	20
Tabla 4	21
Tabla 5	22
Tabla 6	23
Tabla 7	25
Tabla 8	26
Tabla 9	27
Tabla 10	28
Tabla 11	29
Tabla 12	30
Tabla 13	31
Tabla 14	32
Tabla 15	33
Tabla 16	34
Tabla 17	35
Tabla 18	36

Índice de figuras

Figura 1	16
Figura 2	21
Figura 3	22
Figura 4	23
Figura 5	24
Figura 6	25
Figura 7	26
Figura 8	27
Figura 9	28
Figura 10	29
Figura 11	30
Figura 12	31
Figura 13	33
Figura 14	34
Figura 15	35
Figura 16	36
Figura 17	37

Resumen

En el presente trabajo de investigación, se busca exponer la situación del consentimiento informado, y las creencias y prácticas del personal de salud en torno a este. Luego, con la ayuda de las entrevistas, ha realizado un diagnóstico sobre cada una de las dimensiones de la práctica médica: preparación académica, experiencia laboral y nivel comunicativo. De esta manera, ha logrado conocer la perspectiva del personal médico respecto al CI en la práctica médica, y se conoce cómo se está desarrollando en la actualidad.

Se ha concluido que las creencias del personal de salud, en relación con el CI, aún deben adaptarse a los fundamentos del respeto por las capacidades de comprensión y toma de decisiones de los pacientes. Pues, los niveles de aplicación del CI en la práctica médica aún son bajos en relación con el análisis de las consecuencias que, en este ámbito, podría traer consigo la práctica paternalista de los miembros del personal de salud.

Palabras clave: consentimiento informado, práctica médica, autonomía, relación médico-paciente, bienestar.

Abstract

In the present research work, the aim is to expose the situation of informed consent, and the beliefs and practices of health personnel regarding it. Then, with the help of interviews, it has made a diagnosis on each of the dimensions of medical practice: academic preparation, work experience and communicative level. In this way, it has been possible to know the perspective of the medical staff regarding IC in medical practice, and it is known how it is currently developing.

It has been concluded that the beliefs of health personnel, in relation to IC, have yet to adapt to the fundamentals of respect for patients' understanding and decision-making abilities. Thus, the levels of application of IC in medical practice are still low in relation to the analysis of the consequences that the paternalistic practice of health personnel could bring about in this area.

Keywords: informed consent, medical practice, autonomy, patient-physician relationship, well-being.

I. INTRODUCCIÓN

La práctica médica engloba una serie de aspectos fundamentales para que se considere óptima. Entre ellos, se encuentra el desempeño de los médicos y el personal de salud, en general. Así, resulta fundamental que el personal médico cumpla con algunas premisas, como hacer del cuidado de su paciente su primera preocupación, ser competente, mantener actualizados sus conocimientos y habilidades profesionales, actuar con rapidez si cree que la seguridad del paciente está en peligro, establecer y mantener buenas relaciones con sus pacientes y colegas, mantener la confianza en sí mismo y en la profesión, ser abierto y honesto, y actuar con integridad (Breen et al., 2010). Entre estos puntos, se puede destacar la preocupación por los pacientes, la misma que está relacionada con cómo se sienten ellos debido al trato del personal médico.

Sobre la buena práctica médica, también redacta Gillon (2015), quien menciona cuatro principios para llevarla a cabo: la beneficencia, la no maleficencia, el respeto a la autonomía y la justicia. Asimismo, expone que, siguiendo estos principios, se puede alcanzar una ética práctica médica, en favor de los pacientes. Algunas delimitaciones también las plantean Castelino et al. (2018), desde una perspectiva más cercana a la cultura oriental. Además, los factores mencionados por estos autores se vinculan directamente con la aplicación del CI, puesto que ambos apuntan al respeto y validación de la autonomía de los pacientes, en aras de su bienestar. Esto conduce a la aplicación de justicia hacia ellos y brinda un sentido de servicio a los profesionales de la salud.

Es así como un factor relevante para que la atención y la práctica médica sean eficientes y estén enfocadas en el bienestar y seguridad de los pacientes es contar con su opinión y hacerlo partícipe de su proceso de tratamiento y recuperación. Según el trabajo de Vásquez-Cruz et al. (2018), la opinión de los pacientes juega un rol fundamental en la mejora de los niveles de satisfacción y la calidad del servicio. Además, se deben considerar factores de eficiencia, éticos y de seguridad. Para fines de la presente tesis, se abordará un aspecto que se encuentra incluido en los factores de seguridad y éticos: el consentimiento informado (CI).

Se trata de ética, mantener informado al paciente respecto a los procedimientos que se aplicarán para tratar la dolencia por la que acudieron al

centro médico. Pues, según la ley General de Salud, "El médico tratante, así como el cirujano- dentista y la obstetrix están obligados a informar al paciente sobre el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y manejo de su problema de salud, así como sobre los riesgos y consecuencias de los mismos" (Ley N° 26842 de 1997, Artículo 27). Posteriormente, este artículo fue ampliado con el fin de respaldar el derecho de los pacientes a recibir información sobre sus propias enfermedades y a decidir su retiro voluntario de la Institución Prestadora de Servicios de Salud [IPRESS]. Por ello, menciona que toda persona tiene derecho a recibir, del médico tratante, información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad. Dicha información debe brindarse en términos comprensibles para el paciente. Además, debe incluir el diagnóstico, el pronóstico, las alternativas de tratamiento que se le ofrecen, los riesgos de las mismas, y las contraindicaciones, precauciones y advertencias sobre las intervenciones, el tratamiento y los medicamentos que se le vayan a prescribir y administrar. Del mismo modo, debe proporcionarse esta información cuando el paciente es dado de alta (Ley N° 29414 de 2015).

Esta transmisión de información también se trata de un tema de seguridad, ya que, de esa manera, el paciente tiene la certeza de que el procedimiento que se le aplica va acorde con lo que, según su criterio, es lo más indicado en su situación específica. Sin embargo, dicho criterio no suele ser considerado, puesto que existe una sensación de superioridad por parte de los agentes de la salud (especialmente, los médicos), respecto a los pacientes. Esta sensación podría resumirse en una suerte de paternalismo.

Villanueva y Lezana (2016), en su prólogo escrito para la publicación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sobre el consentimiento informado, mencionan una frase de Fadem y Beauchamp: "todo ha cambiado y nada ha cambiado". A pesar de que la aplicación del CI se ha vuelto una práctica rutinaria en los servicios de salud, los autores hacen referencia a esta frase, puesto que existe una ambigüedad latente en la actualidad. Efectivamente, han cambiado las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales que amparaban el paternalismo médico y han sido sustituidas por otras que propician la participación de los pacientes en la toma de decisiones relacionadas con su salud. Sin embargo, "nada ha cambiado" en relación al trato real que los médicos tienen hacia los pacientes. Pues, a nivel de convicciones, muchos de los profesionales de la salud

no han asumido el cambio de mentalidad ética y profesional. Por ello, tienden a responder estrictamente a los mínimos legales y conservan actitudes paternalistas e, incluso, atentatorias contra los derechos de los pacientes. Esta realidad se puede observar en México (contexto de los autores), pero no es ajena al contexto peruano. Este comportamiento, en muchos casos, ha originado sentencias judiciales para los médicos, debido a denuncias por mala praxis.

Estos autores también hacen referencia a una frase que Aristóteles le dijo a su médico, apelando a ser considerado como un individuo autónomo y racional: “no me trates como a un boyero ni como a uno que cava la tierra, sino que, después de ilustrarme primero de la causa, me tendrás así presto para obedecer”. Esto refleja que esta deficiencia en el ámbito de la salud es un tema que tiene larga data. A pesar de ello, aun en la actualidad, sigue siendo un tema de estudio que requiere propuestas de mejoras. Es así como los factores de calidad relacionados a la ética y la seguridad no se aplican en su totalidad. En consecuencia, la calidad del servicio de salud tiende a ser deficiente, lo que influye en la práctica médica. Por ello, resulta preponderante analizar y estudiar esta falencia en torno al CI, y brindar tales propuestas para mejorar el servicio de salud en relación al trato hacia los pacientes.

A partir de esta problemática es que se ha planteado desarrollar el presente tema. Pues, por medio de dicho desarrollo, se podrá lograr la profundización en los aspectos teóricos y pragmáticos de la necesidad de promover la correcta aplicación del CI y la difusión de la información pertinente, tanto para el paciente como para el personal de salud. Esto derivará en una mejora en la práctica médica y, a su vez, el aumento de la calidad del servicio brindado en los centros médicos. Para ello, en el presente trabajo de investigación, se tratará de exponer la situación del consentimiento informado, y las creencias y prácticas del personal de salud en torno a este. Luego, en base a los datos recopilados a través de las entrevistas, se realizará un diagnóstico sobre cada una de las dimensiones de la práctica médica: preparación académica, experiencia laboral y nivel comunicativo. De esta manera, se conocerá la perspectiva del personal médico respecto al CI y su aplicación en la práctica médica, y se podrá tener alguna noción sobre cómo se está desarrollando en la actualidad.

Al finalizar este estudio, se espera encontrar que las creencias del personal de salud, en relación al CI, aún deben adaptarse a los fundamentos del respeto por

las capacidades de comprensión y toma de decisiones de los pacientes. Asimismo, se espera una deficiencia en la práctica médica, en base al análisis de las consecuencias que, en este ámbito, podría traer consigo la práctica paternalista de los miembros del personal de salud. En contraposición a ello, se planteará que si se aplicarse, de manera adecuada, el consentimiento informado, la preparación académica, la experiencia laboral y el nivel comunicativo mejorarían y, en consecuencia, la práctica médica.

II. MARCO TEÓRICO

La salud en el Perú, a través de los años, ha sido relegada a un segundo plano. Es decir, no ha sido prioridad de los gobiernos de turno. Sin embargo, este descuido por parte del Estado no solo es una problemática del Perú, sino que se replica en diferentes países del mundo. A raíz de la pandemia del Covid19, los problemas del país en torno a la salud se volvieron más visibles, debido a la cantidad de pérdidas generada por este virus: 213 173, hasta el 29 de mayo del 2022. Pero la preocupación no solo radica en el número de fallecidos, sino en un tema aún más relevante en este contexto: el derecho de los pacientes de Covid y de sus familias a ser informados. Esta desinformación viene acompañada por un sentido de deshumanización, puesto que el personal de salud no consigue empatizar con los pacientes, sus familias y sus circunstancias. Asimismo, las consecuencias de este trato hacia los pacientes se pueden ver reflejadas en la práctica médica.

Este tema ha sido abordado por diversos autores. Entre ellos, se encuentra Zarate (2004), quien manifiesta que el consentimiento informado (CI) es una herramienta que ofrece al paciente la facultad de ejercer su autonomía y uso de razón. Esta debe ser la base del accionar del personal médico en relación a sus pacientes. Es así como el paciente tiene el derecho de estar informado sobre la dolencia que lo aqueja, y el o los tratamientos y terapias que se le ofrece como alternativa. La medicina fundada en estos principios pertenece una visión relativamente nueva, la cual nació debido a las transformaciones que han surgido en la sociedad, al acceso a la información y a los avances tecnológicos que lo permiten. Esta forma de contemplar la medicina debe seguir reforzándose, puesto que el paciente sigue llegando a los centros de salud, presentando algún malestar cuya causa desconoce, y lo que encuentra en estos lugares es una atención descuidada, en la que solo se le brinda una receta y no se le ofrece mayor explicación.

Esta problemática cuenta con dos actores involucrados: el personal de salud y los pacientes. Por un lado, se encuentra el descuido, mientras que, por el otro, se encuentra el temor de los pacientes a hacer valer sus derechos de información, puesto que las actitudes de los médicos ante las dudas no siempre son amables. Esto genera una gran falta de confianza hacia el personal médico. Asimismo, los

cortos tiempos de las consultas no proporcionan las oportunidades adecuadas para realizar las consultas necesarias.

Sobre este punto, Peña (2017) señala que, en el rubro médico, la visión tradicionalista de la relación entre médico y paciente recae en el paternalismo. Es decir, se ve como una relación donde existe un personaje infalible, que trae consigo mucha sabiduría y que es capaz de decidir aquello que es mejor para sus pacientes, dejando relegada la autonomía sobre sus cuerpos y su capacidad de decisión. En contraposición, existe un segundo personaje que se considera poco inteligente y con nula capacidad de elegir aquello que le hará bien en su proceso de recuperación y tratamiento.

Sin embargo, en la actualidad, es innegable lo fundamental de la autonomía de la voluntad de los pacientes. Por ello, ahora, se les otorga un rol más participativo y activo en el proceso de toma de decisiones sobre su salud. Los cambios en el ámbito de la salud han estado constantemente ligados a la evolución de la sociedad. De esta manera, el comportamiento tanto de los profesionales de la salud como de los pacientes ha estado marcado por el ritmo que establecía la sociedad y el tiempo. Esta realidad es la misma que se ha experimentado y se sigue experimentando en un Centro de Salud del distrito San Juan de Miraflores, foco del presente estudio.

García y Zapata (2008) realizaron un análisis bibliográfico sobre el consentimiento informado visto desde las bases filosóficas, jurídicas y pedagógicas que atañen al tema. De esta manera, se profundiza acerca de la ética, y las formas de asesoría y apoyo jurídico. Asimismo, mencionan que, luego, este documento servirá como guía en el diseño e implementación de plantillas de consentimientos informados para diversas instituciones que ofrecen servicios de salud. De esta manera, se garantizará el soporte a nivel filosófico, jurídico, ético, y de calidad normativa y jurisprudencial, si es que se fuese a requerir. Como se puede ver, este trabajo se ha realizado en base a la recopilación de información. Es decir, se trata de una investigación de recuperación y análisis de datos, característica propia de una investigación cuantitativa.

Asimismo, Cerinza y García (2020) señalan que resulta fundamental dejar en claro que el CI les permite a los pacientes contar con información clara y precisa sobre su diagnóstico, los procedimientos que se le proponen y aplicarán, y el

tratamiento que deberá seguir para afrontar su dolencia. De esta manera, este podrá decidir libremente si aceptar o no todo ello. Además, cada paciente debe conocer con la mayor profundidad posible la condición de salud que posee para, así, poder tomar las decisiones más adecuadas para su realidad. Al igual que en el caso del anterior trabajo, este sostiene su investigación en la necesidad de involucrar a las partes en este beneficio compartido que proporciona el CI. Esto se llevó a cabo en base a una recopilación de información.

Por otro lado, Ferreyra (2016), en su trabajo final de grado, llega a la misma conclusión que Cerinza y García (2020). Sin embargo, en el caso específico de la Republica de Argentina, el derecho a la información y la facultad del consentimiento informado son temas relativamente nuevos. Pues, años atrás, no existía ninguna ley general que exigiera su aplicación. Por el contrario, solo existían normas aisladas que determinaban las formalidades para obtener dicho consentimiento por escrito, por parte del paciente, para llevar a cabo operaciones mutilantes. En torno a la normativa que regula el CI, Sawicki (2016) amplía los límites establecidos en primera instancia, pues aborda el CI desde una perspectiva más moderna.

Así también, Romero (2015), en su trabajo para obtener el grado de Magister en Bioética, indica que se puede notar que el nivel de conciencia sobre los derechos de la salud cuenta con una valoración secundaria dentro de la sociedad. En el caso de esta investigación, se hace referencia a la provincia de Córdoba, en la República Argentina. Sin embargo, en la presente tesis, abordaremos este tema desde el contexto peruano. Para afrontarlo y remediarlo, es necesario salir del esquema paternalista, no solo en la relación médico-paciente-familia, sino también en la relación gobernantes-sociedad.

A nivel nacional, también existe una amplia gama de estudios en torno a esta problemática. Es así como Goycochea (2018) plantea, como objetivo principal de su tesis, hallar la conexión que existe entre el conocimiento acerca del CI y su aplicación. Además, busca identificar las diferencias demográficas, para observar las variaciones que podrían generarse dentro de la muestra. Este resulta ser un precedente importante para la presente investigación, puesto que se correlacionan dos variables y se puede adaptar a la realidad peruana. En el presente estudio, se evaluará la aplicación del consentimiento informado en la población seleccionada,

cuya muestra equivale a la misma cifra. El estudio de esta variable será similar a la desarrollada en el estudio de Goycochea (2018).

Por otro lado, Hernández (2018), en su tesis sobre la percepción del CI por parte de los pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la universidad Inca Garcilaso de la Vega, en el semestre académico correspondiente al 2018, el autor presenta esta problemática desde otra perspectiva. Sin embargo, el desarrollo de su estudio no dista mucho de lo abordado por los otros autores y por la presente investigación. Pues, el autor menciona que, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, se puede ver a muchos pacientes que, para acceder a determinados tratamientos, primero, deben firmar un CI cuya información resulta insuficiente. Es en base a esta escasa información brindada que los pacientes deben tomar importantes decisiones respecto a su salud.

Cabe resaltar que dichas decisiones, por ley y principios de autonomía, deben ser informadas y razonadas. El autor evalúa cuatro dimensiones, dentro de su desarrollo de tesis: información, comprensión, valores y decisión. Estas dimensiones deben cumplirse para que los pacientes puedan ser atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega. El desconocimiento o la falta de comprensión sobre el CI, por parte del paciente, resulta peligroso para ellos, puesto que, si durante el tratamiento que se le brinda, ocurren efectos secundarios, lesiones o algún tipo de daño, causados por mala *praxis*, este no tendrá las herramientas necesarias para defender sus derechos ni denunciar la negligencia.

Asimismo, para Mendoza (2019), en su tesis sobre enfermería y el CI, desde un enfoque que conduce la investigación de regreso a las aulas, considera que, si se aborda lo establecido en la Ley General de Salud, es justamente en las aulas donde se debe comenzar a analizar esta problemática. Pues, afirma que la responsabilidad de difundir la información pertinente respecto al CI se vuelca sobre las instituciones que brindan educación superior, ya que de ellas depende que los estudiantes reciban instrucción acerca de la normativa vigente (Ley 26842 de 1997). De brindarse esta información en las aulas, el cumplimiento de las normas relacionadas al sector salud sería más factible. Además, los futuros miembros del personal de salud podrían investigar a mayor profundidad este tema y, en consecuencia, respetar a cabalidad los derechos de sus pacientes en relación al

CI. Esto evitaría posibles conflictos legales, tanto en el presente como a futuro, para los profesionales de Medicina, de Enfermería y de Administración en salud, sin importar cuál sea su función dentro del campo.

Según Novoa (2013), aunque el proceso que implica el CI es importante, en la práctica dentro del rubro médico, se suele aplicar de forma inadecuada. Asimismo, afirma que existe información de estudios anteriores que el nivel de comprensión con el que cuenta el paciente acerca de los puntos clave del CI, muchas veces, es pobre o nulo. Además, a pesar de haber comprendido la información que se le brinda sobre el CI, los pacientes suelen olvidar varios aspectos de los datos relacionados con su tratamiento y diagnóstico. Esto los expone a la aceptación de aquello que le diga el personal de salud, sin aplicar un apropiado e informado juicio crítico.

Como se puede ver, los trabajos presentados como antecedentes y el presente trabajo de tesis sostienen dos problemáticas en común, las mismas que se encuentran entrelazadas: el desconocimiento de los pacientes sobre el Consentimiento Informado y la obligación del personal médico de brindar información clara y completa a los pacientes sobre su atención médica y todo lo que implica. Asimismo, al igual que los trabajos previos, esta tesis trabajará en base a la recopilación de datos, su procesamiento estadístico, y su interpretación y análisis. Además, el resultado del presente trabajo reafirmará el concepto que se tiene sobre el CI, pero desde la óptica de los médicos. Esto se conectará con la práctica médica, en relación al trato con los pacientes, que se está desarrollando actualmente en los centros de salud.

La fundamentación teórica del presente trabajo está centrada tanto en trabajos nacionales como internacionales, los mismos que tienen un común denominador: las partes desconocen sus derechos (asegurados) y obligaciones (profesionales de la salud). Esto repercute en la práctica médica, lo que incide en la calidad del servicio de salud. Frente a esta realidad, se planteó la siguiente pregunta: ¿cuál es la situación de la aplicación del consentimiento informado en la práctica médica?

El primer elemento (CI), puntualmente, es definido por Celis et al. (2018) como aquel “Elemento indispensable para obtener la adecuada participación del paciente, ya sea en protocolos de investigación o en diseños terapéuticos” (p. 716).

Por otro lado, en un análisis a mayor profundidad, Márquez y Templos (2019) definen el consentimiento informado, en la práctica médica y de investigación en seres humanos, como un proceso en el que se deben observar pautas y requisitos para garantizar el correcto ejercicio de los principios en bioética, en especial al principio de respeto a la autonomía. Esta concepción que plantean los autores nace, inicialmente, como consecuencia de la Primera Guerra Mundial y, posteriormente, de la Segunda Guerra Mundial. A causa de esta última, se dio origen a los juicios de Núremberg y, luego, al Código de Ética Médica de 1947. Ambos son pilares que hoy respaldan el derecho de los pacientes a ser informados en trabajos clínicos relacionados con su salud.

Asimismo, Ramos (2012) señala que el consentimiento informado es un procedimiento formal y escrito, propio de la comunicación médico – paciente, que corresponde a una concepción de la relación clínica basada en la ética de la autonomía, la misma que ha pasado a ser parte del trabajo médico y un derecho exigible por parte del paciente. Estas acciones permiten una mejor relación médico-paciente. Pues, el paciente conoce a detalle su estado de salud y el tratamiento que se le va a aplicar, mientras que el médico cuenta con un respaldo legal, ya que tiene el consentimiento del paciente sobre su plan de trabajo clínico a realizar. De esta manera, se le considera usuario-cliente y no solo como paciente.

En este punto, es importante resaltar la relevancia de que la relación médico-paciente sea la más óptima posible. Como se demuestra en el estudio de Orom et al. (2018), aquellos pacientes que informaron de una mejor relación médico-paciente percibieron que la recomendación de tratamiento brindada por su médico era más influyente en ellos y, por lo tanto, eran más propensos a elegir el dicho tratamiento recomendado. Del mismo modo, en términos de desarrollo de conocimientos, según Kadam (2017), el proceso de consentimiento informado es la piedra angular de la ética en la investigación clínica.

Sin embargo, según los estudios de Bhutta (2004), es difícil implementar o supervisar la correcta aplicación del consentimiento informado, en países en desarrollo. Por lo tanto, sostiene que las directrices y los procesos actuales para obtener el consentimiento informado deberían revisarse, con el objetivo específico de desarrollar métodos culturalmente apropiados para compartir información sobre el proyecto de investigación, y obtener y documentar un consentimiento

verdaderamente informado. Ya que, si no se adaptan dichas directrices al contexto sociocultural, seguirá resultando complejo llevar a cabo una óptima aplicación del consentimiento informado. Asimismo, si se habla del CI en líneas generales, según el trabajo de af Segerstad et al. (2016), si no se realiza una correcta supervisión a su aplicación, este puede incumplir las directrices éticas determinadas por el campo de estudio y por el estatuto legal del lugar en que se aplique.

En el estudio realizado por Resnik (2021), se plantea que existen ciertos parámetros previos para aplicar el CI. En primero lugar, el paciente o la persona que cuente con el poder legal sobre dicho paciente debe contar con la capacidad mental necesaria para tomar una decisión razonable respecto a la situación. En segundo lugar, esta persona no debe estar siendo coaccionada o influenciada por una tercera persona, o estar en alguna situación que supedita su capacidad de toma de decisiones a la voluntad de alguien más. En tercer lugar, esta persona debe recibir toda la información pertinente para tomar la decisión en cuestión. En cuarto lugar, esta persona debe entender toda aquella información que se le es proporcionada. Finalmente, en quinto lugar, esta persona debe ser capaz de expresar su decisión. Por lo tanto, es necesario que, en cualquier situación médica, haya una persona que cumpla con estos parámetros. Pues, es importante aplicar el CI en la práctica médica, tanto como la realización de cualquier procedimiento con fines de salvar la vida de un paciente (Rubinstein y Karakol-Eyal, 2021).

Por otro lado, con respecto a la práctica médica, una definición puntual es la planteada por Castro y Villanueva (2018), quienes afirman que la práctica médica es la forma “en que los médicos prestan sus servicios” (p. 547). Por otro lado, de manera más profunda, Beca y Astete (2015) la definen como aquel proceso en el que el profesional médico toma decisiones y lleva a cabo acciones, en función de su propio análisis sobre conceptos científicos y técnicos aprendidos a lo largo de su carrera profesional. Asimismo, mencionan que, dentro de esta práctica, los juicios de cada individuo juegan un papel fundamental. Sobre la ética y la “objeción de conciencia”, también escriben Fiala y Arthur (2017), quienes exponen que existen algunos casos en los que esta no debe intervenir. Principalmente, abordan la atención en salud reproductiva. Esta postura respalda la autonomía y poder de decisión de los pacientes.

Sin embargo, en diversas situaciones (o en todas) es inevitable que esta práctica se vea constantemente influenciada por factores humanos, puesto que responde a los contextos culturales, sociales, históricos, económicos e, incluso, religiosos, tanto de los médicos como de los pacientes (Hernández, 2001). Por ello, es importante entender todos estos factores para comprender la práctica médica que se realiza. Además, al conocerlos, el médico se puede anticipar a los requerimientos de sus pacientes. Del mismo modo, un individuo externo que evalúe la práctica de algún médico o centro de atención médica podrá estar preparado para analizar las situaciones según el contexto en el que se desarrollan.

A pesar de ello, Cruz (2015) expone que la práctica médica debe acercarse cada vez más a los fundamentos científicos como sustento para cada acción que se realice. Asimismo, vincula estrechamente esta práctica con el trabajo de investigación. Pues, afirma que una práctica médica alimentada con investigaciones académicas de su campo podrá mejorar exponencialmente, en términos de calidad. Además, así como el proceso de investigación aportará a la práctica misma, esta práctica y experiencia en el campo sumará significativamente a los procesos de investigación que se puedan llevar a cabo. Esto se debe a que, al adquirir mayores conocimientos sobre la práctica de la profesión médica, se pueden encontrar los temas más pertinentes para una mejora fáctica y se plantearán las preguntas investigativas, de manera más acertada.

Mejía y Romero (2017) exponen que la práctica médica se ve influenciada también por el desarrollo y el acceso al conocimiento de la biología humana y de las enfermedades que afectan a la humanidad. Asimismo, interviene el desarrollo tecnológico. Todo ello trae consigo un deterioro en la *praxis*. Pues, se tiende a tener menos consideraciones éticas, lo que trae, como consecuencia, la pérdida de valores. Esto genera un impacto importante (contraproducente) en la relación que se forma entre el médico y el paciente.

Como resultado, la percepción de los pacientes, respecto a la calidad de los cuidados de su salud, por parte de los médicos, se ve mermada. Además, en relación a lo mencionado previamente por otros autores, líneas arriba, los cambios en los contextos culturales, sociales y políticos causan cambios fundamentales en la atención que los médicos brindan a sus pacientes. Por ello, los profesionales de la salud deben considerar constantemente estos cambios, para poder contrastarlos

con los conocimientos adquiridos en su formación y práctica médica. De esta manera, lograrán tomar decisiones éticas y acorde a las necesidades de cada uno de sus pacientes, de manera particular (Mejía y Romero, 2017).

Las autoras Mejía y Romero (2017) plantean que existen tres principios básicos para la ejecución de la práctica médica, los mismos que provienen desde los inicios de la medicina: “respeto a las personas, beneficencia y justicia” (p. 837). Es en función a estos principios que se evalúa si la práctica médica de determinado profesional o institución es óptima. Por lo tanto, resulta preponderante instruir a los médicos en formación sobre estos tres principios. De esa manera, se podrán evitar futuros casos de acciones poco éticas y la práctica médica podrá mejorar la percepción de los pacientes en relación a la calidad de los cuidados de su salud.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

La presente investigación es de tipo básico. Es decir, consiste en la recopilación de datos, y su análisis y procesamiento (Hernández et al., 2014). Pues, como menciona Oscar Hernández (2012), acerca de la relación entre unidades de análisis, población, muestra y variables, la información de los análisis estadísticos se obtiene luego de un proceso de conteo, observación y registro de hechos y sucesos, y del desarrollo de entrevistas y medición de características de los individuos que forman parte del estudio y los que no. Asimismo, el enfoque que se utilizará será mixto; es decir, se incluirán métodos cuantitativos y cualitativos.

3.1.2. Diseño de investigación

Esta investigación se desarrollará de manera no experimental, pues será de tipo descriptiva. Esto se debe a que, en este caso, el investigador no interferirá en la naturaleza o desarrollo del fenómeno que se estudiará. Además, se describirá la realidad de dicho fenómeno (el consentimiento informado), sus características y la perspectiva de una de las partes involucradas (Hernández et al., 2014).

3.2. Variables y operacionalización

En los procesos de investigación, existe un elemento que se acopla al proceso metodológico de desarrollo: las variables. Estas suelen contar con características específicas de cada elemento a estudiar (persona, animal u objeto). Dentro de estas variables, se considera la variable cuantitativa. Gómez (2006) clasifica estas variables de acuerdo a los valores que se les puede otorgar. Es así como, si alguna variable puede obtener un número limitado de valores, los mismos que deben encontrarse dentro de un intervalo determinado (no puede aplicársele todos los valores posibles), entonces, esta es discontinua o discreta; mientras que, si la variable, después de dicha delimitación, aún no puede tomar todos los valores que se encuentran dentro del intervalo trazado, entonces, se trata de una variable discreta cuantitativa.

En esta investigación, se evaluará la aplicación del consentimiento informado en la práctica médica. Dicha variable es cuantitativa, puesto que se puede medir en valores numéricos con un instrumento de recolección de datos. Luego, dichos datos se pueden procesar por medio de programas estadísticos,

como SPSS. De esta manera, se podrá conocer si dicha aplicación es efectuada óptimamente. En base a ello, se podrá analizar el origen de tales resultados, por medio de una técnica cualitativa. Los resultados hallados se analizarán para comprender cómo surge la correcta o deficiente aplicación del consentimiento informado.

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población

A la totalidad de unidades de estudio se le denomina “población de estudio” (Hernández et al., 2014). La población que se estudiará, en este caso, está conformada por 15 médicos de un hospital ubicado en San Juan de Miraflores. El criterio de inclusión será el periodo de tiempo y el contacto con los pacientes. Es decir, se seleccionará al personal que se encuentre laborando en el periodo correspondiente al primer trimestre del 2022 y cuya función sea el trato directo con los pacientes, en modalidad presencial. En contraposición, los criterios de exclusión serán no haber laborado durante el primer trimestre del 2022 y la falta de contacto con los pacientes. Esta población está conformada por 15 médicos que cumplen con las características antes mencionadas. Debido al reducido tamaño de dicha población, el tamaño de la muestra corresponderá a la población completa (15 médicos). Para llegar a esta cifra de muestra, se ha tenido que considerar, además del tamaño de la población, el nivel de confianza del muestreo (95%) y su margen de error (5%).

Por lo general, en los diferentes estudios, no se analizan los datos referidos a toda la población de estudio. Por el contrario, en base a determinadas fórmulas y cálculos, se extrae solo una parte de ella o subgrupo. A esta fracción de la población se le denomina “muestra” (Hernández et al., 2014). En este caso, para hallar la dimensión de las muestras de estudio, se utilizó la fórmula mostrada en la Figura 1, donde “N” es el tamaño de la población; “e”, el margen de error, y “z”, la cantidad de desviaciones estándar existentes. Aunque, por lo general, la muestra es menor que la población total, en esta ocasión, la fórmula arrojó un resultado de muestra igual a la población, debido al reducido grupo de individuos que conforman la población.

Figura 1

Fórmula – Tamaño de muestra

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)}$$

3.3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis con la que se desarrollará la presente tesis será el personal médico que ha trabajado durante el primer trimestre del 2022 y tiene contacto directo con los pacientes. A este elemento, sujeto a medición, se le conoce como “unidades estadísticas elementales, elementos o unidades de estudio” (Hernández et al., 2014, p. 2).

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Una de las técnicas que se utilizará para esta investigación será la encuesta, por medio del uso de un cuestionario, como instrumento de medición. Este se aplicará a la unidad de análisis: personal médico. Dicho instrumento será validado por el juicio de expertos. Asimismo, su confiabilidad será medida por medio del Alfa de Cronbach. Las dimensiones a evaluar respecto a la variable del consentimiento informado serán la convicción del miembro del personal acerca del CI, la forma en que aplica el CI y el nivel de conocimientos que tiene acerca del CI.

Posteriormente, se aplicará una entrevista a profundidad, para conocer la perspectiva del personal médico sobre las razones por las que se han obtenido los resultados del análisis cuantitativo (sea positivo o negativo). Para ello, se diseñará una guía de entrevista semiestructurada, la misma que se aplicará a cuatro miembros del personal de salud: dos médicos y dos miembros del personal administrativo. Este instrumento se construirá en función de las dimensiones identificadas del consentimiento informado. Asimismo, dicha guía será validada por la opinión de dos expertas en metodología de investigación cualitativa: Mg. Moraima Montibeller Ardiles y Dra. Angélica Aranguren Paz.

3.5. Procedimiento

Para llevar a cabo la recolección de datos necesaria para esta investigación, primero, se deberá pedir autorización por escrito a la administración del hospital, para encuestar y entrevistar al personal médico. Después de que dicha solicitud sea aprobada, se enviará, vía correo electrónico, el cuestionario elaborado en Google Forms. Se brindará siete días calendario para la resolución de dicho cuestionario. Luego de ese plazo de tiempo, se descargará una hoja de Excel con los datos recopilados. Posteriormente, serán procesados a través del programa SPSS y se realizará la contrastación de hipótesis con la aplicación del RHO de Spearman.

Luego de haber obtenido los resultados de la aplicación del instrumento cuantitativo, se procederá con la coordinación para llevar a cabo las entrevistas. Es decir, se contactará con cada uno de los cuatro participantes y se acordará una fecha y un horario, según la disponibilidad de ambas partes (entrevistado y entrevistador), para aplicar la entrevista. En el proceso de las entrevistas, se ahondará sobre las razones que, según los entrevistados, generan que la aplicación del consentimiento informado sea correcta o incorrecta (según los resultados del análisis cuantitativo). Las respuestas brindadas serán analizadas para encontrar las posibles causas de tales resultados.

3.6. Método de análisis de datos

Luego de recolectar los datos, estos serán procesados estadísticamente por medio del programa informático SPSS. Para ello, las respuestas brindadas por los participantes del estudio deberán ser codificadas numéricamente. Dichos códigos serán ingresados en el programa en cuestión. Luego, este transformará los números en gráficas y tablas que brindarán una información condensada y precisa acerca de la realidad del CI. Posteriormente, se analizará cualitativamente los resultados obtenidos en las entrevistas. De ello, se podrá extraer los resultados de la investigación y, posteriormente, las conclusiones.

3.7. Aspectos éticos

Dentro de los parámetros éticos de esta investigación, se resalta la confidencialidad de los datos personales de los participantes, así como de la información brindada respecto a los servicios médicos estudiados y a sus experiencias en torno a ellos. Asimismo, se determina la originalidad de la presente

tesis y el respeto por los derechos de autor. En este punto, cabe señalar que toda la información extraída de los trabajos de otros autores ha sido correctamente citada y referenciada.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para desarrollar la presente investigación, se aplicó un cuestionario y una serie de entrevistas a personal de salud. El cuestionario fue validado por medio del Alfa de Cronbach, mientras que la guía de entrevista que se utilizó, se validó por juicio de expertos, maestros **Prado López Hugo Ricardo, MONTILBELLER ARDILES MORAIMA** y **PANTIGOZO LOAIZA, MARCO HERNÁN**. Los resultados del Alfa de Cronbach arrojaron que el 100% de los casos analizados son válidos. Asimismo, se halló que el coeficiente Alfa de Cronbach corresponde a 0.775, de los 17 elementos analizados. Esto puede verse en las tablas 1 y 2. Cabe señalar que la eliminación por lista, aplicada en el análisis del cuestionario, se basa en todas las variables del procedimiento.

Tabla 1

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	15	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	15	100,0

Tabla 2

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,775	17

Luego de recolectar los datos, por medio de la encuesta, se pudo obtener algunas referencias respecto a las ideas que giran en torno al consentimiento informado, en la práctica médica de los participantes de este estudio. Así, se halló que el 86.7% de los encuestados está totalmente de acuerdo con que el consentimiento informado es un documento que el paciente debe firmar (véase Tabla 3 y Figura 2). Sin embargo, bajo el concepto desarrollado por Paterick et al. (2008), el consentimiento médico informado debe ser un intercambio de ideas que refuerce la relación médico-paciente. El proceso de consentimiento debe ser la base de la relación fiduciaria entre el paciente y el médico. Asimismo, los médicos deben reconocer que la elección médica informada es un proceso educativo y tiene

el potencial de afectar la alianza médico-paciente en beneficio mutuo. Los médicos deben dar a los pacientes igualdad en el pacto al educarlos para que tomen decisiones informadas.

Es así como se entiende que el CI no es solo un documento que debe aplicarse para cumplir con un aspecto formal de la práctica médica, sino que implica un proceso de aprendizaje por parte del paciente y desarrollo de confianza entre ambas partes. Como afirman Sanz et al. (2016), se trata de un proceso comunicativo que se lleva a cabo entre el médico (u otro miembro del personal de salud) y el paciente. Dicho proceso debe terminar en la toma de decisión, por parte del paciente, respecto a la intervención o tratamiento que se le recomienda seguir. Asimismo, este autor también expone la manera superficial en que, muchas veces, se entiende el CI: “documento que se pasa a firmar al paciente que va a someterse a procedimientos diagnósticos o terapéuticos de mayor riesgo” (p. 69).

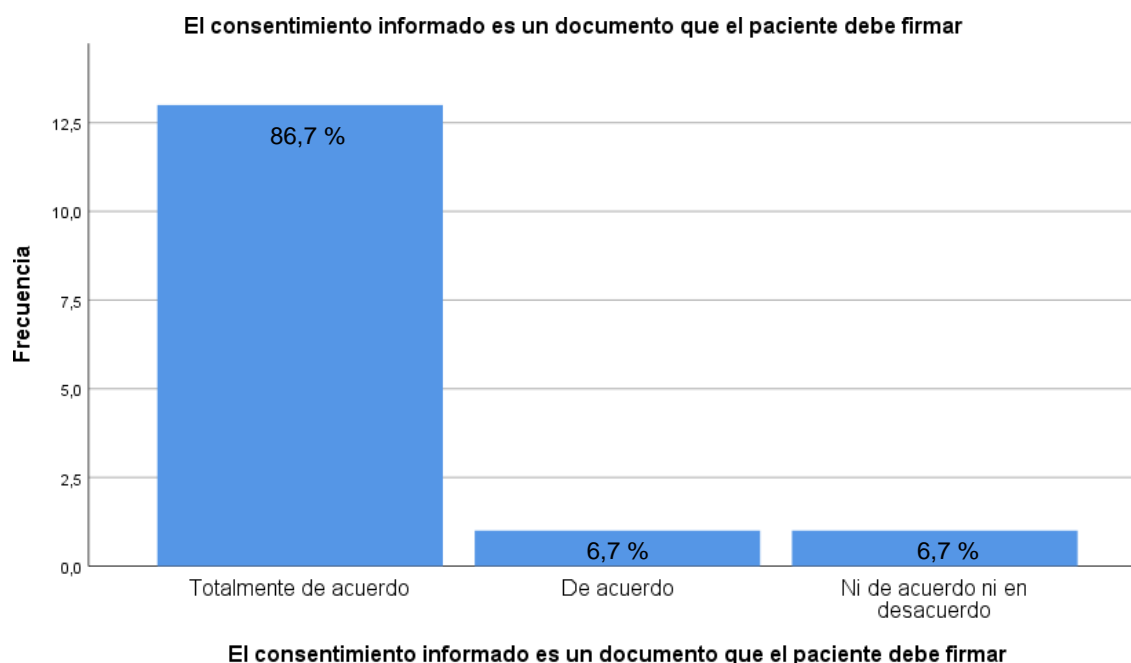
Tabla 3

El consentimiento informado es un documento que el paciente debe firmar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	13	86,7	86,7	86,7
	De acuerdo	1	6,7	6,7	93,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 2

El consentimiento informado es un documento que el paciente debe firmar



En función al segundo ítem incluido en la encuesta, sobre la importancia de la firma del paciente en la aplicación del CI, se obtuvo que la mayoría de los encuestados está de acuerdo o totalmente de acuerdo con la afirmación que indica que dicha firma es el elemento más importante en este proceso (véase Tabla 4 y Figura 3). Sin embargo, como se ha podido leer del trabajo mencionado de Paterick et al. (2008), es fundamental, para la relación médico-paciente, que cada parte entienda y acepte el grado de autonomía que el paciente desea en el proceso de toma de decisiones. Pues, como afirma Maclean (2009), el consentimiento se basa en la autonomía.

Tabla 4

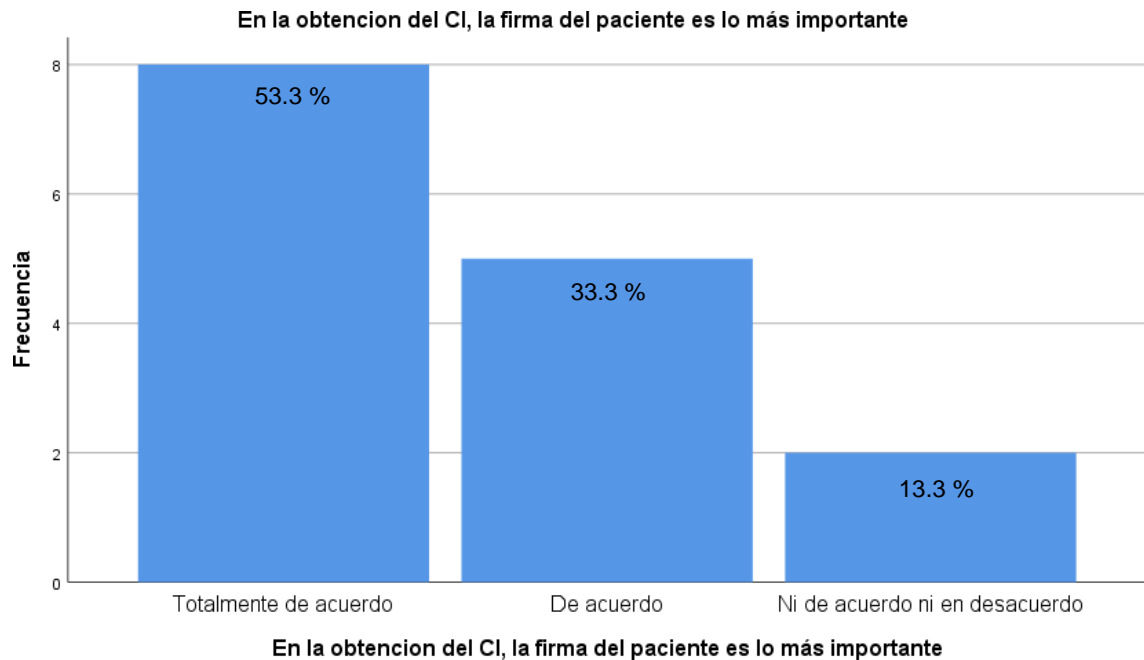
En la obtención del CI, la firma del paciente es lo más importante

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	8	53,3	53,3	53,3
	De acuerdo	5	33,3	33,3	86,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	13,3	13,3	100,0

Total	15	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Figura 3

En la obtención del CI, la firma del paciente es lo más importante



En relación a la valoración de la autonomía de los pacientes, se halló que el 33.3% de los encuestados no está de acuerdo con la afirmación que indica que los pacientes no tienen capacidad para decidir qué opción es la mejor en cuanto a su tratamiento médico. Sin embargo, se encontró que el mismo porcentaje de encuestados (33.3%) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo (véase Tabla 5 y Figura 4).

Tabla 5

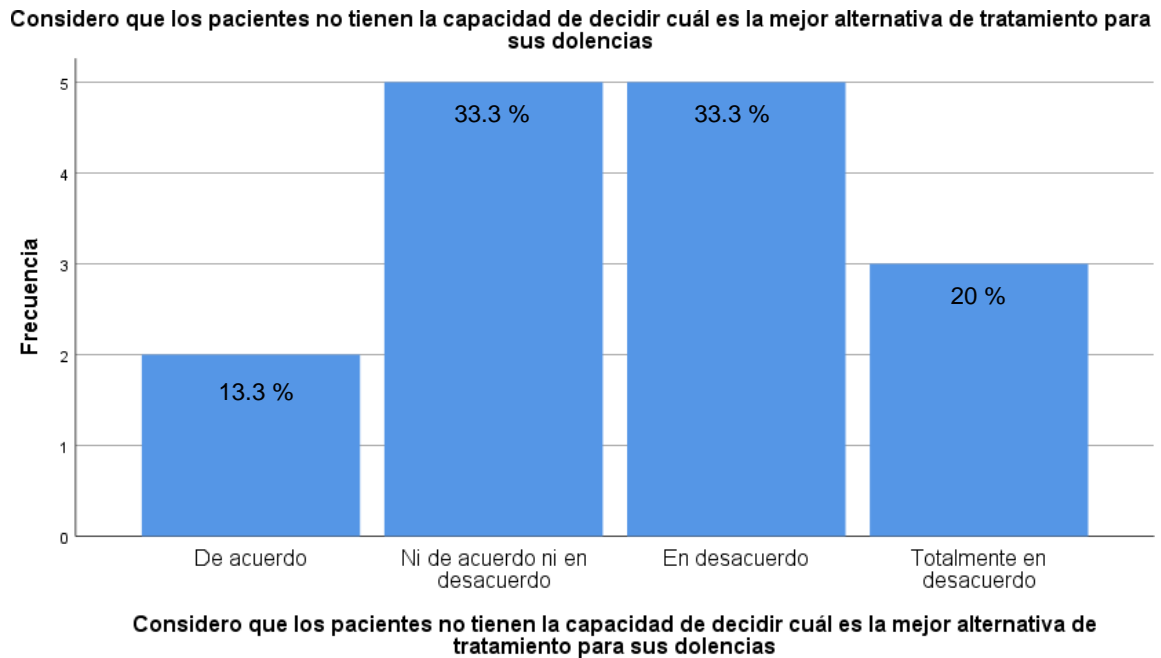
Considero que los pacientes no tienen la capacidad de decidir cuál es la mejor alternativa de tratamiento para sus dolencias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De acuerdo	2	13,3	13,3	13,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	5	33,3	33,3	46,7
	En desacuerdo	5	33,3	33,3	80,0
	Totalmente en desacuerdo	3	20,0	20,0	100,0

Total	15	100,0	100,0
-------	----	-------	-------

Figura 4

Considero que los pacientes no tienen la capacidad de decidir cuál es la mejor alternativa de tratamiento para sus dolencias



En correlación con la premisa anterior, se planteó que los médicos deberían omitir la opinión de los pacientes y optar por la opción que se considere más adecuada. Sobre ello, se encontró que el 40% de los encuestados está en desacuerdo con dicha afirmación, mientras que el 20% está totalmente en desacuerdo. Sin embargo, existe un porcentaje (20%) que se encuentra de acuerdo o totalmente de acuerdo (véase Tabla 6 y Figura 5).

Tabla 6

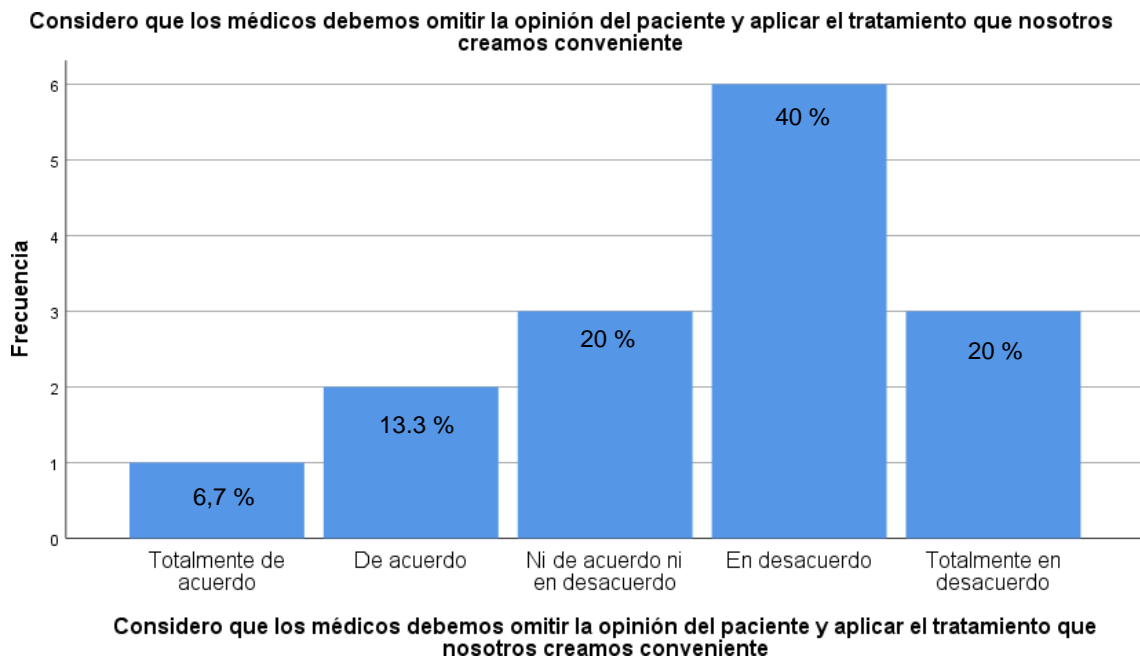
Considero que los médicos debemos omitir la opinión del paciente y aplicar el tratamiento que nosotros creamos conveniente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	6,7	6,7	6,7
	De acuerdo	2	13,3	13,3	20,0

Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	20,0	20,0	40,0
En desacuerdo	6	40,0	40,0	80,0
Totalmente en desacuerdo	3	20,0	20,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Figura 5

Considero que los médicos debemos omitir la opinión del paciente y aplicar el tratamiento que nosotros creamos conveniente



En relación a la percepción sobre la utilidad y necesidad de la aplicación del CI, se planteó una premisa que afirma que el CI no resulta útil en la práctica médica. Ante ello, se obtuvo que el 60% se encuentra totalmente en desacuerdo. Sin embargo, existe un 6.7% que está de acuerdo con dicha afirmación (véase Tabla 7 y Figura 6). Es decir, existe un porcentaje, aunque bajo, que no considera importante la aplicación del CI. Esto puede resultar perjudicial para la relación médico-paciente y el bienestar de este último. Pues, de no aplicarse el CI o aplicarse superficialmente (para cumplir), se estaría vulnerando la autonomía de los pacientes. En este punto, cabe resaltar que la autonomía del paciente es la capacidad de establecer los términos de su encuentro con la medicina. Para ello, se utilizan los conceptos mediadores del CI y la capacidad de decisión, los mismos

que permiten a los médicos respetar la autonomía de los pacientes (Burton et al., 2019).

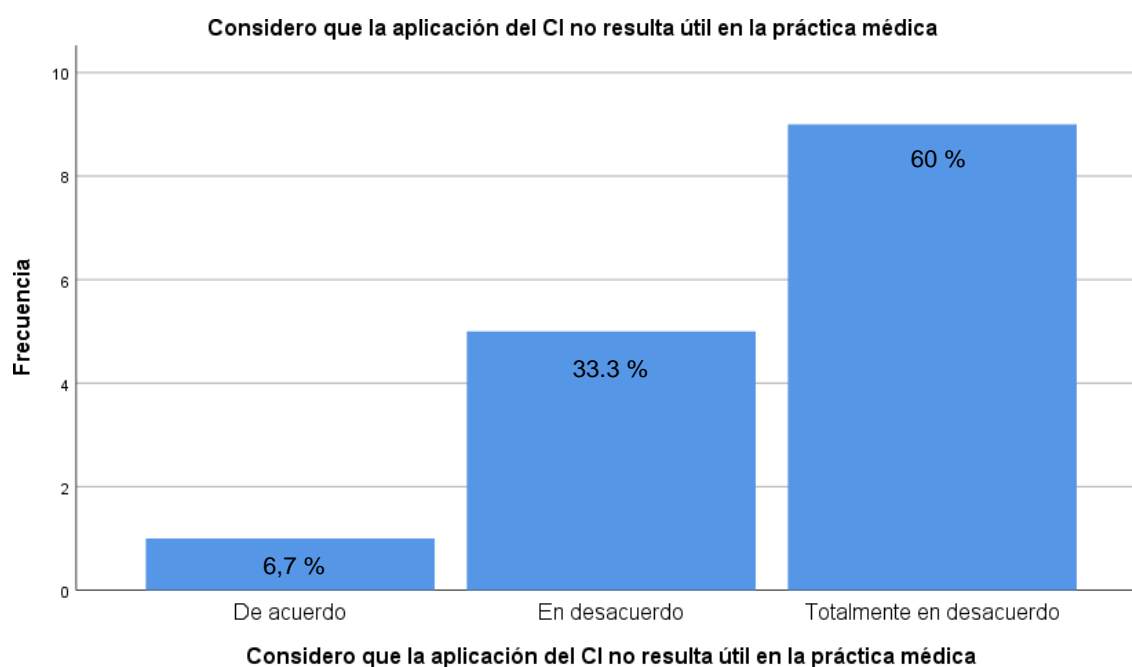
Tabla 7

Considero que la aplicación del CI no resulta útil en la práctica médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De acuerdo	1	6,7	6,7	6,7
	En desacuerdo	5	33,3	33,3	40,0
	Totalmente en desacuerdo	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 6

Considero que la aplicación del CI no resulta útil en la práctica médica



En relación a la premisa anterior, se planteó la necesidad del CI en la práctica médica. De ello, se obtuvo que el 93.3% de los encuestados considera que es necesario. Sin embargo, existe un 6.7% que tiene una opinión neutral al respecto (véase Tabla 8 y Figura 7).

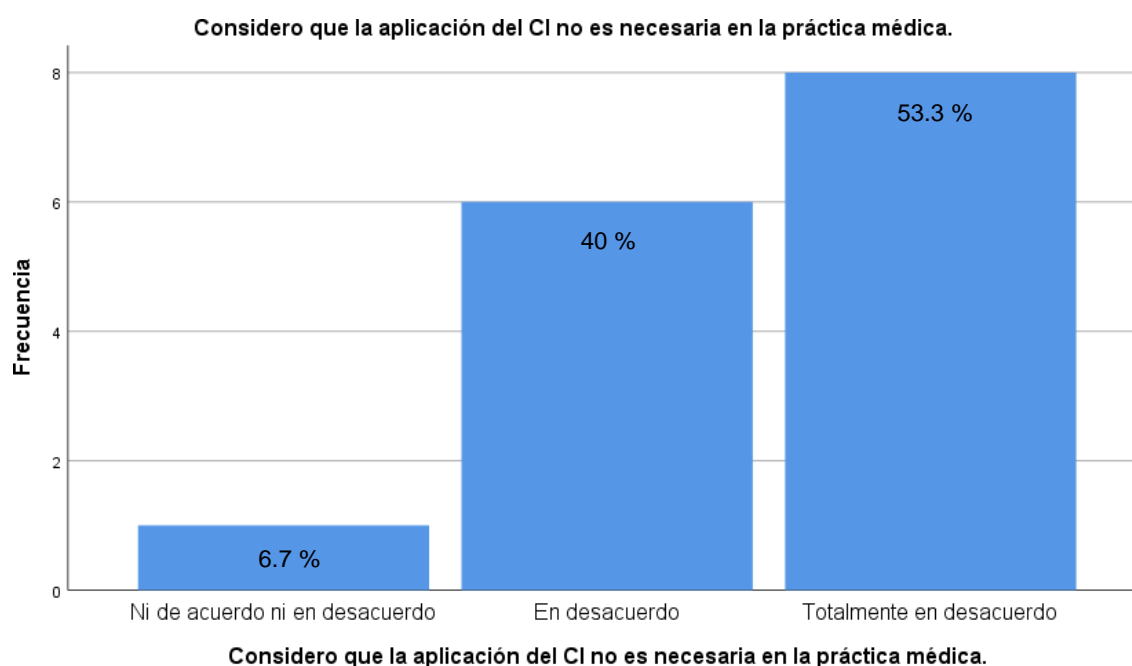
Tabla 8

Considero que la aplicación del CI no es necesaria en la práctica médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	6,7	6,7	6,7
	En desacuerdo	6	40,0	40,0	46,7
	Totalmente en desacuerdo	8	53,3	53,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 7

Considero que la aplicación del CI no es necesaria en la práctica médica



Por otro lado, sobre las situaciones en las que se considera necesario aplicar el CI, se halló que el 40% de los encuestados considera que solo debe aplicarse en algunas situaciones específicas (véase Tabla 9 y Figura 8). Sin embargo, según el American College of Legal Medicine (2007), el CI debe aplicarse a todos los casos

de tratamiento médico, salvo algunas excepciones: consentimiento de emergencia, renuncia, entre otras.

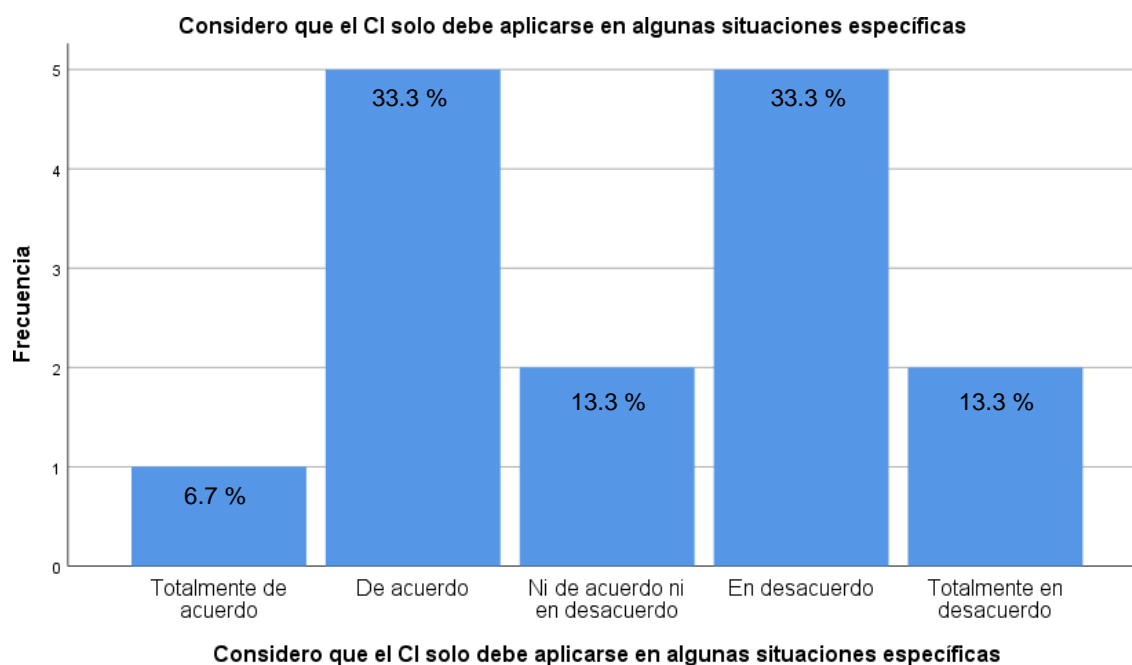
Tabla 9

Considero que el CI solo debe aplicarse en algunas situaciones específicas

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	6,7	6,7	6,7
	De acuerdo	5	33,3	33,3	40,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	13,3	13,3	53,3
	En desacuerdo	5	33,3	33,3	86,7
	Totalmente en desacuerdo	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 8

Considero que el CI solo debe aplicarse en algunas situaciones específicas



Sin embargo, todos los encuestados consideran que el CI debe aplicarse, ya sea solo en algunas circunstancias específicas o en toda situación (véase la Tabla 10 y la Figura 9).

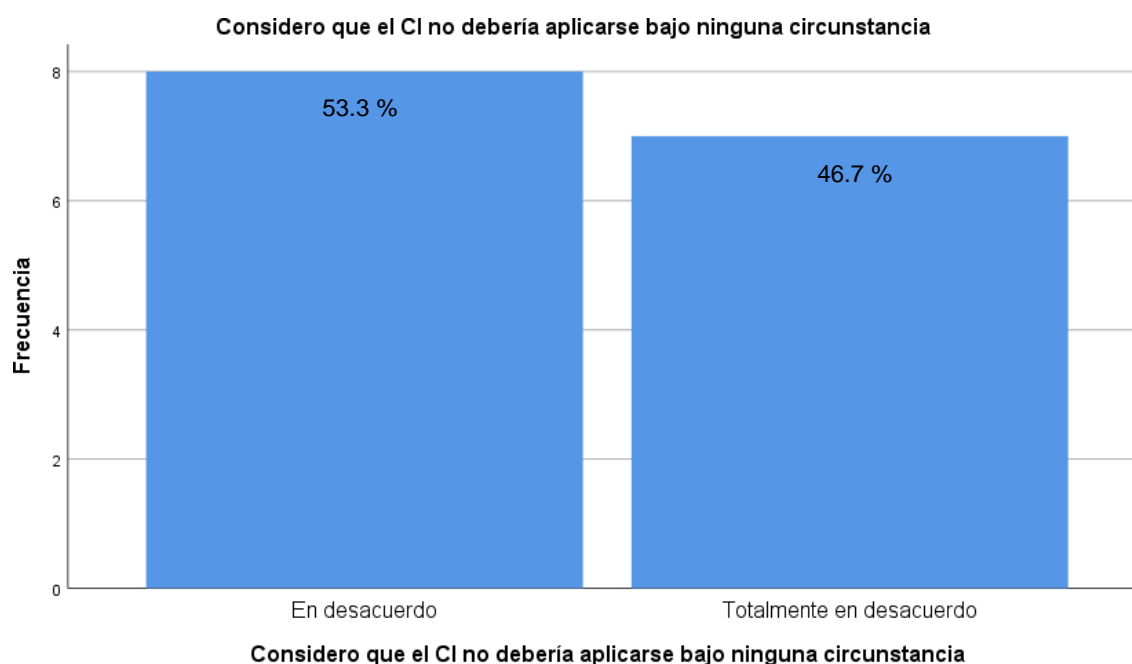
Tabla 10

Considero que el CI no debería aplicarse bajo ninguna circunstancia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	8	53,3	53,3	53,3
	Totalmente en desacuerdo	7	46,7	46,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 9

Considero que el CI no debería aplicarse bajo ninguna circunstancia



Sobre la frecuencia con la que se aplica el CI, se obtuvo que el 100% de los encuestados ha a hecho uso del CI en alguna ocasión. Sin embargo, existe un 13.3% que ha tomado una postura neutral (véase Tabla 11 y Figura 10), lo que

invita a deducir que no se encuentran seguros de haberlo aplicado o de haberlo aplicado adecuadamente.

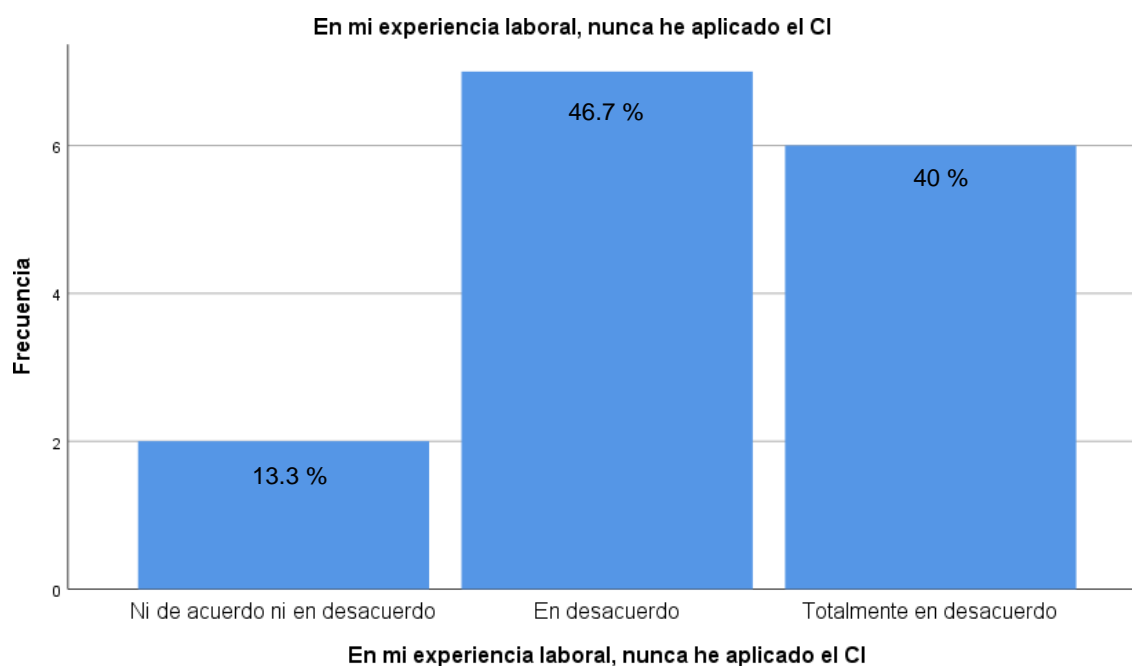
Tabla 11

En mi experiencia laboral, nunca he aplicado el CI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	13,3	13,3	13,3
	En desacuerdo	7	46,7	46,7	60,0
	Totalmente en desacuerdo	6	40,0	40,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 10

En mi experiencia laboral, nunca he aplicado el CI



Asimismo, el 73.3% afirma haber aplicado el CI en algunas circunstancias. Sin embargo, el 20% se encuentra en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con

esta afirmación (véase Tabla 12 y Figura 11). Esto resulta preocupante, puesto que, a pesar de que, en comparación, es una cifra menor, la aplicación del CI en la práctica médica es necesaria y obligatoria en todos los casos.

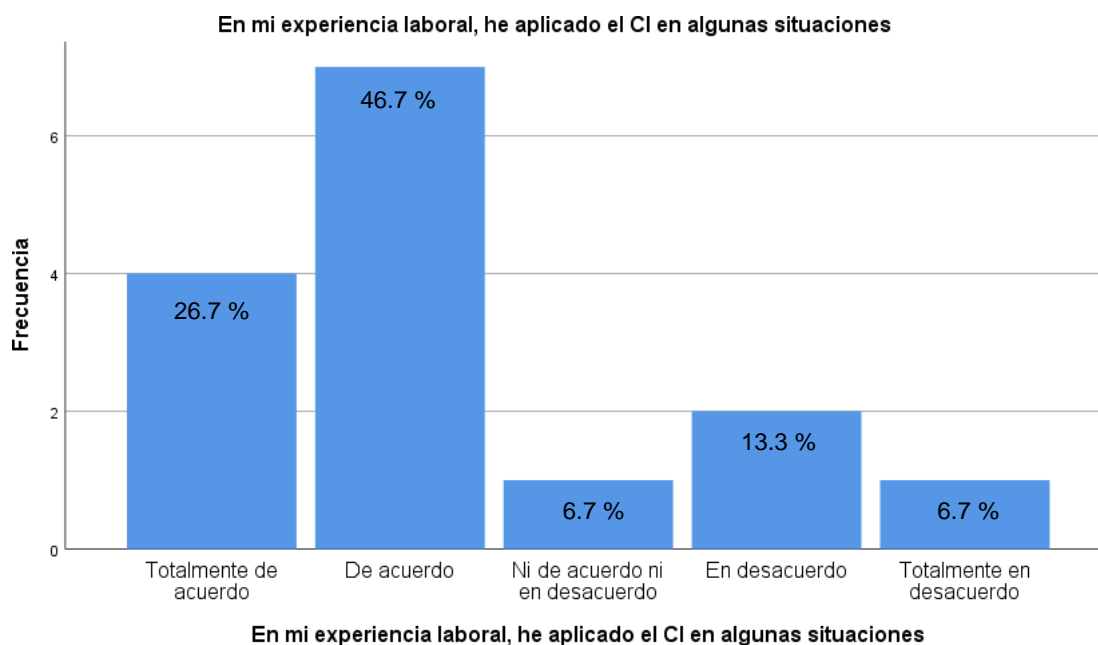
Tabla 12

En mi experiencia laboral, he aplicado el CI en algunas situaciones

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	4	26,7	26,7	26,7
	De acuerdo	7	46,7	46,7	73,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	1	6,7	6,7	80,0
	En desacuerdo	2	13,3	13,3	93,3
	Totalmente en desacuerdo	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 11

En mi experiencia laboral, he aplicado el CI en algunas situaciones



Respecto a la frecuencia con la que se explican los procedimientos médicos a los pacientes, se obtuvo que el 100% de los encuestados afirma que sí suelen explicar a sus pacientes los procedimientos médicos a seguir, así como sus diagnósticos y las implicancias de todo ello (véase Tabla 13 y Figura 12).

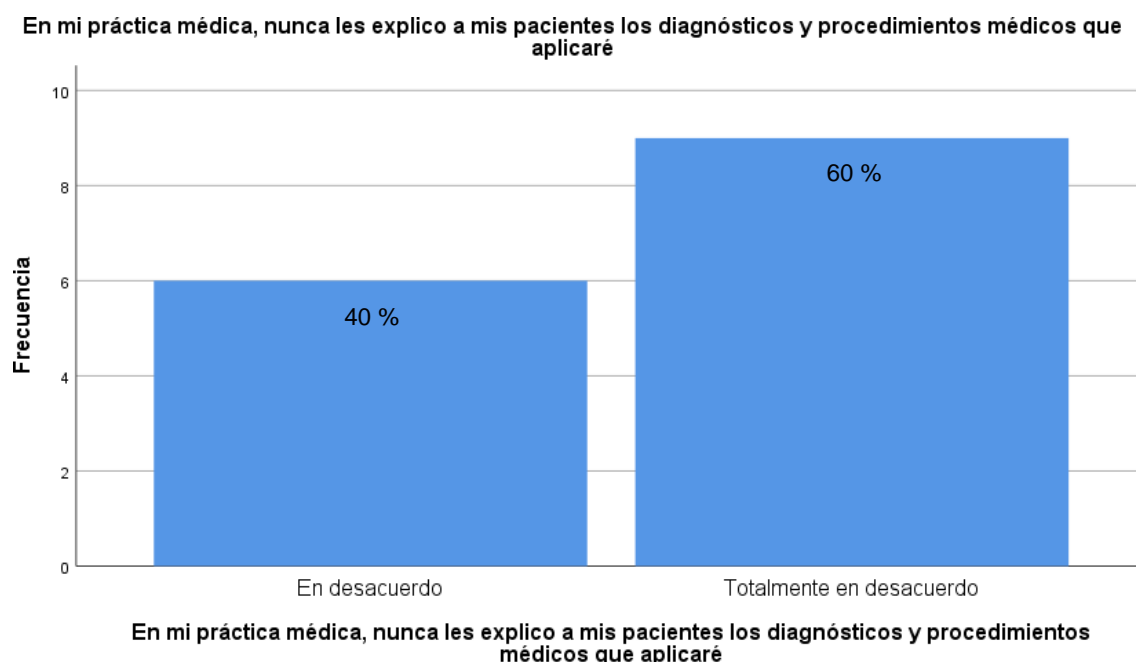
Tabla 13

En mi práctica médica, nunca les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En desacuerdo	6	40,0	40,0	40,0
	Totalmente en desacuerdo	9	60,0	60,0	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 12

En mi práctica médica, nunca les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré



Sin embargo, la mayoría de los encuestados (53.4%) afirma que los pacientes suelen no entender tales explicaciones (véase Tabla 14 y Figura 13). Este resultado podría reflejar múltiples factores en el proceso de educación brindado a los pacientes. Es decir, podría inferirse que las explicaciones no son claras. Asimismo, podría ser muestra de la subvaloración del nivel de entendimiento de los pacientes, por parte del personal médico. A pesar de ello, también podría reflejar el real nivel de comprensión de los pacientes. Todo ello debe evaluarse a mayor profundidad, puesto que la falta de comprensión o la creencia de falta de comprensión podría acarrear diversas consecuencias en torno al vínculo médico-paciente.

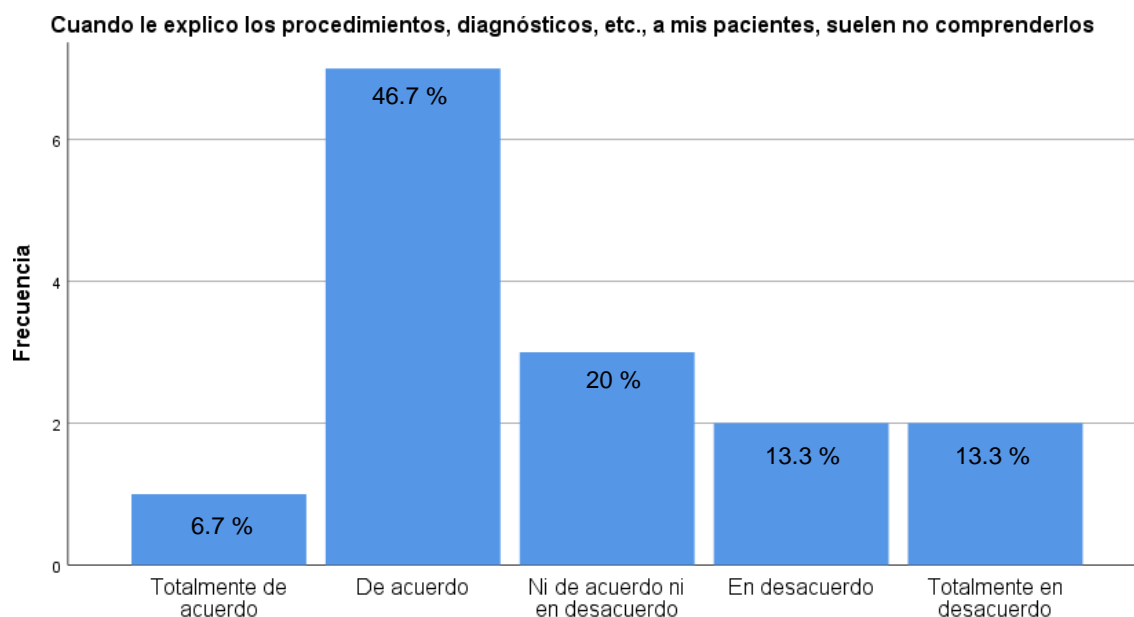
Tabla 14

Cuando le explico los procedimientos, diagnósticos, etc., a mis pacientes, suelen no comprenderlos

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	1	6,7	6,7	6,7
	De acuerdo	7	46,7	46,7	53,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	20,0	20,0	73,3
	En desacuerdo	2	13,3	13,3	86,7
	Totalmente en desacuerdo	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 13

Cuando le explico los procedimientos, diagnósticos, etc., a mis pacientes, suelen no comprenderlos



Cuando le explico los procedimientos, diagnósticos, etc., a mis pacientes, suelen no comprenderlos

Cuando el paciente no entiende la explicación, lo siguiente sería volver a explicar para que, finalmente, logre comprender. Sin embargo, existe un 33.3% de los médicos encuestados que no consideran una segunda explicación. Por otro lado, el 53.3% de ellos afirma que sí suelen explicar más de una vez (véase Tabla 15 y Figura 14).

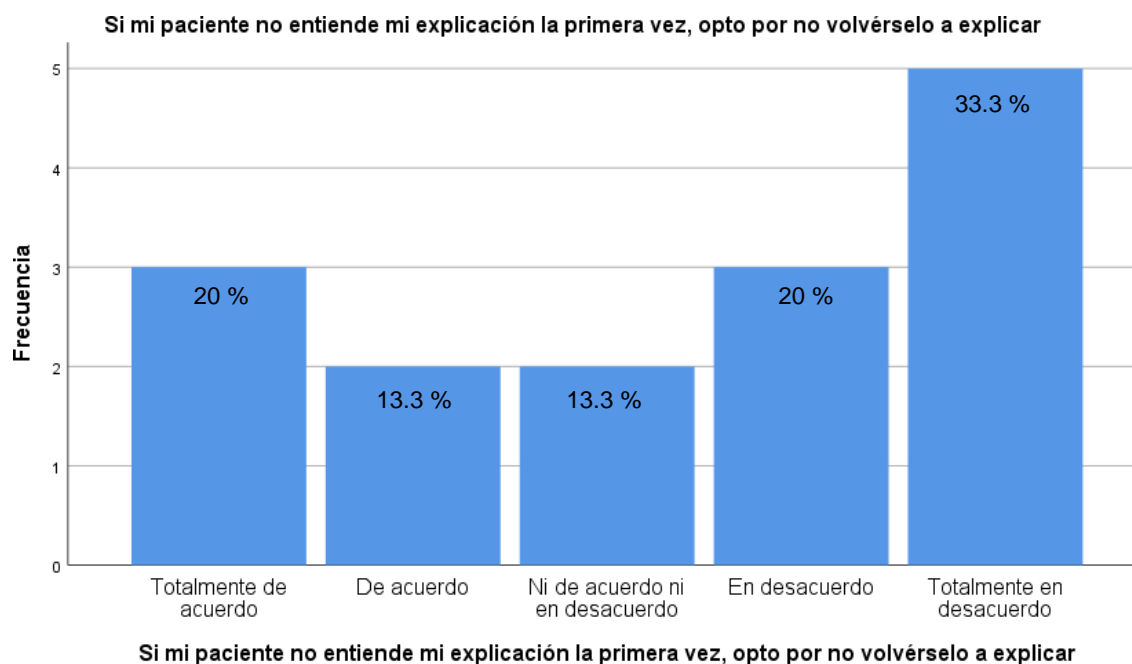
Tabla 15

Si mi paciente no entiende mi explicación la primera vez, opto por no volvérselo a explicar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de acuerdo	3	20,0	20,0	20,0
	De acuerdo	2	13,3	13,3	33,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	13,3	13,3	46,7
	En desacuerdo	3	20,0	20,0	66,7
	Totalmente en desacuerdo	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 14

Si mi paciente no entiende mi explicación la primera vez, opto por no volvérselo a explicar



Luego de explicar por segunda vez, aún es posible que el paciente no haya entendido por completo. En ese caso, el 13.3% afirma que dejaría de explicar luego de la segunda explicación (véase Tabla 16 y Figura 15). Sin embargo, este resultado resulta incongruente con el resultado anterior, puesto que, si no explicaría una segunda vez, en consecuencia, tampoco explicaría más veces. Esto puede ser reflejo de una falta de honestidad por parte de los encuestados, en este punto. Asimismo, esto podría significar que existe un mayor porcentaje de encuestados que estén de acuerdo con dejar de explicar después de la segunda explicación.

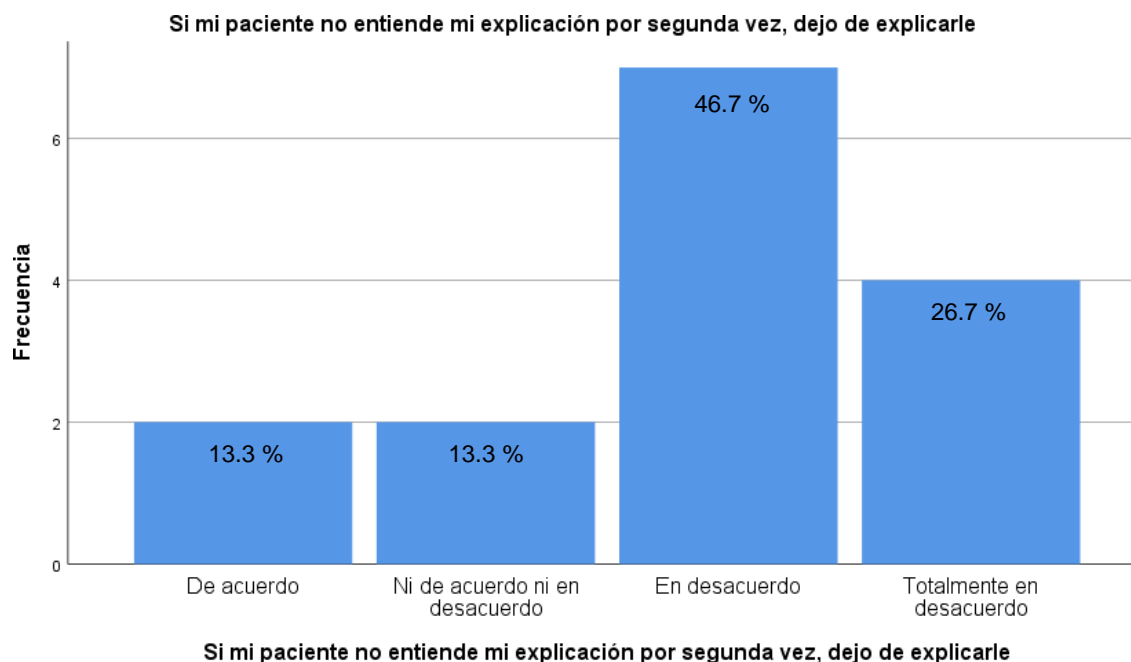
Tabla 16

Si mi paciente no entiende mi explicación por segunda vez, dejo de explicarle

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido De acuerdo	2	13,3	13,3	13,3
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	2	13,3	13,3	26,7
En desacuerdo	7	46,7	46,7	73,3
Totalmente en desacuerdo	4	26,7	26,7	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Figura 15

Si mi paciente no entiende mi explicación por segunda vez, dejo de explicarle



Por otro lado, para aplicar el CI de manera adecuada, es necesario conocer sus lineamientos legales. En este punto, a pesar de que el 66.6% de los encuestados afirma conocerlos, existe un 13.3% que no los conoce. Asimismo, hay un 20% que no está de acuerdo ni en desacuerdo con el desconocimiento de estos lineamientos (véase Tabla 17 y Figura 16). Estas cifras reflejan una problemática que debe subsanarse con prontitud. Pues, de lo contrario, el CI no podrá aplicarse en todos los casos y de la manera adecuada, lo que traerá consecuencias en el vínculo médico-paciente y en el bienestar de estos últimos.

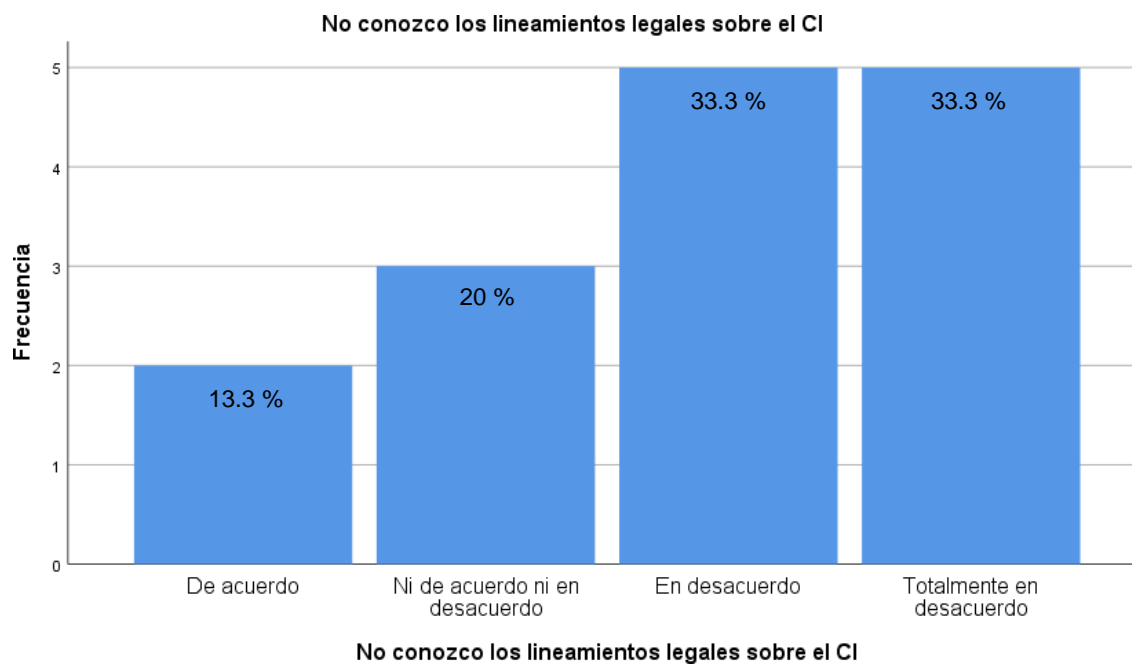
Tabla 17

No conozco los lineamientos legales sobre el CI

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	De acuerdo	2	13,3	13,3	13,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	3	20,0	20,0	33,3
	En desacuerdo	5	33,3	33,3	66,7
	Totalmente en desacuerdo	5	33,3	33,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	

Figura 16

No conozco los lineamientos legales sobre el CI



Del mismo modo, resulta relevante conocer los procedimientos necesarios para aplicar el CI. Sin embargo, existe un 13.4% que afirma no conocerlo (véase Tabla 18 y Figura 17). A pesar de ser una cifra pequeña, puede repercutir en el bienestar de muchos pacientes.

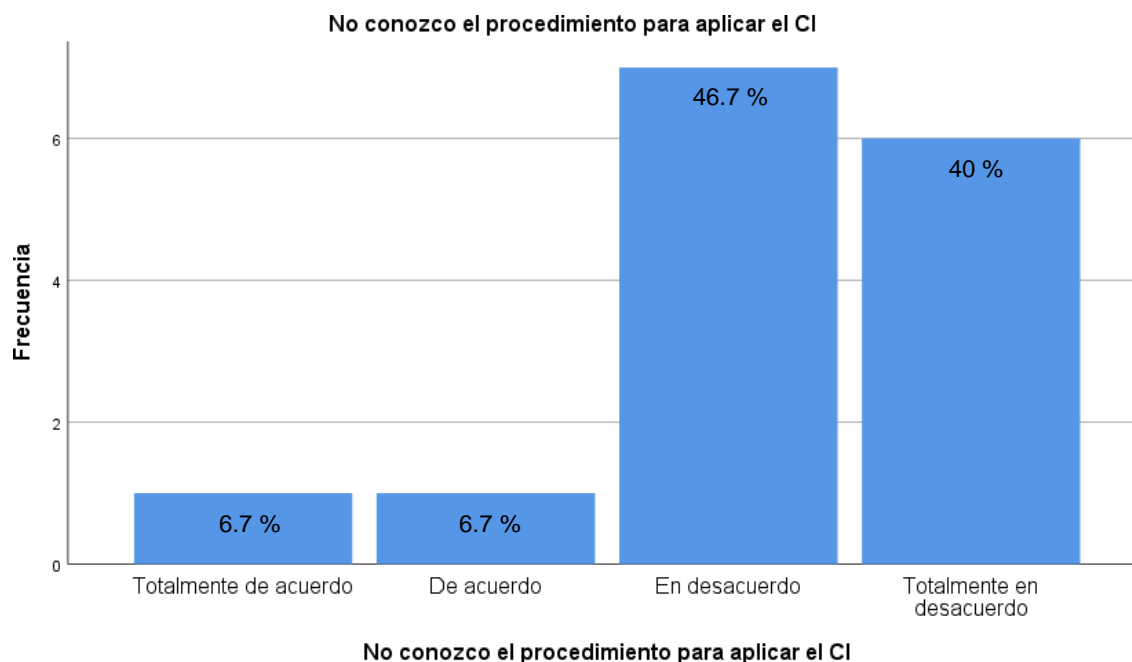
Tabla 18

No conozco el procedimiento para aplicar el CI

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido				
Totalmente de acuerdo	1	6,7	6,7	6,7
De acuerdo	1	6,7	6,7	13,3
En desacuerdo	7	46,7	46,7	60,0
Totalmente en desacuerdo	6	40,0	40,0	100,0
Total	15	100,0	100,0	

Figura 17

No conozco el procedimiento para aplicar el CI



Al finalizar la aplicación de las encuestas, se llevó a cabo cuatro entrevistas a profundidad a cuatro médicos del hospital elegido. A los cuales, por asuntos de confidencialidad, nos referiremos como Dr. A, Dra. B, Dr. C y Dra. D. En cada una de ellas se pudo recabar información acerca de las razones por las cuáles consideran que los resultados de la encuesta fueron los expuestos previamente. De esta manera, se puede entender, de forma más certera, la perspectiva de los médicos con relación al CI y su aplicación en la práctica médica.

Es así como, el Dr. A expuso que la opinión de los pacientes es importante para llevar a cabo los procedimientos médicos. Asimismo, expone que, para ello, los pacientes deben estar informados sobre todos esos procedimientos que se llevarán a cabo para tratar su dolencia. Por lo tanto, el CI es importante en la relación médico-paciente. Además, afirma que este debe aplicarse en todo procedimiento quirúrgico y procedimiento probeta (cirugía o transfusión), y en caso de cualquier procedimiento invasivo. Así también, existen situaciones en las que no se puede aplicar, puesto que el paciente no se encuentra consciente. Sin embargo, la familia sí debe estar informada.

Por otro lado, el Dr. A afirma que él no aplica el consentimiento informado de manera recurrente, puesto que pertenece al área de Medicina General. Expone

que el CI solo se aplica en casos de atención quirúrgica. Pero, en el trato médico habitual, no lo aplica, ya que solo se les receta medicamentos por vía oral. Sin embargo, menciona que siempre informa a sus pacientes sobre lo que se les va a recetar, ya que es importante que lo sepan. Está dispuesto a repetir la información las veces que sean necesarias. A pesar de ello, hay momentos en los que algunos pacientes no logran entender las explicaciones, lo que atribuye al nivel cultural del paciente. Finalmente, menciona que sí conoce los lineamientos legales del CI, porque son parte de la práctica médica. Los conoce por medio de boletines, informes y documentos enviados por la gerencia del hospital. Además, expone que el procedimiento para aplicar el CI lo manejan en el área de urgencias, intervencionista, UCI o UCI intermedia. En consulta médica y consulta externa no se aplica.

La Dra. B expresa que es muy importante escuchar la opinión de los pacientes, puesto que, de esta manera, se pueden dar cuenta si es que ha entendido lo que se le ha explicado (tratamiento, conducta a seguir, etc.). Asimismo, afirma que siempre deben estar informados. Además, recalca que no solo deben conocer las indicaciones, sino que deben entender la lógica que existe detrás de ellas. Expone que el CI es importante, porque es una forma de asegurarse de que el paciente ha entendido todo lo explicado. Del mismo modo, menciona que debe aplicarse en todas las situaciones en las que el paciente esté consiente, casos en los cuales este debe firmar el CI. Sin embargo, no puede ser aplicado cuando el paciente está inconsciente y su vida está en juego. En este último caso, se debe actuar sin aplicar el CI, incluso, si no hay un familiar que se haga cargo. En caso de que haya familiares presentes, son ellos quienes deben estar informados de toda la situación y firmar el CI.

Por otro lado, la Dra. B menciona que el CI es la explicación que se le brinda al paciente, pero existe también un formato que se le otorga para llevar a cabo procedimientos quirúrgicos o no quirúrgicos. Esto también sirve como un respaldo legal que constata que el paciente conocía las implicancias de su tratamiento antes de aceptarlo. Así también, afirma que, sin importar el tiempo que tome, es necesario explicar al paciente, las veces que sean necesarias, los pasos que debe seguir para su recuperación. La falta de comprensión, por parte de algunos pacientes, la atribuye a la edad de los mismos (tercera edad) y a su dialecto (pacientes quechua

hablantes o que hablen algún otro idioma que el médico no conozca). Finalmente, expone que, en la universidad, no aprendió mucho sobre los lineamientos legales del CI, pero sí en cursos, capacitaciones y a lo largo de su experiencia laboral. Además, el hospital informa de cualquier actualización legal que haya al respecto. Por otro lado, el procedimiento para aplicar el CI está supeditado a un formato que se le entrega al paciente luego de brindar la explicación correspondiente. De esta manera, también puede leerlo. Luego de que la información es recibida y entendida, el paciente debe firmar este documento.

El Dr. C afirma que, para llevar a cabo un procedimiento médico, se debe informar al paciente sobre el mismo. Su opinión es válida al momento de decidir si se llevará a cabo o no dicho procedimiento. Asimismo, menciona que los pacientes tienen que estar informados, debido a la amplia gama de procedimientos que se pueden ofrecer. De esta manera, el paciente puede contrastar la información recibida con alguna otra que pueda hallar por otros medios. Respecto a este contraste de información, exponen Graffigna et al. (2017), quienes analizan los factores que influyen en la búsqueda de información de los pacientes, en relación a su salud. Estos autores, por medio de su estudio, demuestran que la capacidad de los profesionales de la salud para apoyar la autonomía de los pacientes afecta a la participación de los pacientes en su proceso de atención y tratamiento. Del mismo modo, influye directamente sobre sus comportamientos de búsqueda de información sobre sus dolencias y su salud en general.

Esta búsqueda, según afirma el Dr. C, con frecuencia, desencadenará preguntas que el médico debe responder. El CI es útil y necesario para mantener la relación médico-paciente, puesto que no solo se trata de un documento legal, sino que también es una constancia de que el paciente tiene conocimiento sobre el procedimiento que se le realizará y sus riesgos. Esto debe estar incluido en la comunicación médico-paciente, la misma que debe ser fluida. Por lo tanto, es totalmente, necesario.

El Dr. C también expone que el CI debe aplicarse para los procedimientos invasivos y que impliquen el uso de instrumentos médicos o quirúrgicos. Asimismo, se puede aplicar a pacientes que se encuentran consientes para entablar una conversación, como expresan también los doctores A y B. Por el contrario, si hay pérdida de conciencia o un caso de hipoacusia, no se podría aplicar, puesto que

existiría una brecha comunicativa. Además, afirma que tampoco se aplicaría si es que el paciente no habla el mismo idioma o lenguaje que el médico. La falta de comprensión la atribuye, principalmente, a la edad de los pacientes y a los problemas de hipoacusia. En estos casos, se debe explicar de manera más pausada y clara.

Por lo general, los pacientes entienden las explicaciones a la primera o segunda vez. Sin embargo, si aún no ha comprendido después de una segunda explicación, el Dr. C solicita que se vuelva a acercarse a una nueva consulta acompañado de algún familiar al que se le pueda explicar, para que este le transmita la información al paciente. De no ser posible, se acude a Servicio Social para ubicar a alguna persona que pueda ayudar al paciente. Asimismo, afirma conocer los lineamientos legales del CI. Menciona que este es un procedimiento necesario para la práctica médica, que debe utilizarse antes de llevar a cabo algún procedimiento invasivo. Comenta que estos lineamientos los aprendió en la escuela de medicina, en el curso de Medicina Legal. Finalmente, considera que el procedimiento para aplicar el CI está relacionado con los estatutos que se encuentran en el documento legal, los mismos que deben ser explicados al paciente. Ante ello, el paciente debe asentir o firmar este documento, para dar constancia de que ha entendido la explicación del médico sobre el procedimiento que se le aplicará y sus implicancias.

Para finalizar, la Dra. D menciona que los médicos conocen el tratamiento adecuado para cada paciente. Sin embargo, este debe ser compartido con el mismo paciente, quien deben estar de acuerdo con lo propuesto por el médico. Los pacientes deben estar informados de los procedimientos que se llevarán a cabo y las reacciones adversas que estos puedan tener. De esta manera, se logrará que este sea efectivo. Asimismo, en la relación médico-paciente, resulta ser un elemento importante. La Dra. D afirma, al igual que sus colegas, que el CI se debe aplicar a todo paciente que se encuentre consiente, para llevar a cabo cualquier procedimiento quirúrgico o tratamiento. Del mismo modo, se aplica en situaciones de hospitalización. En caso de que el paciente se encuentre inconsciente, se deberá acudir a los familiares, si están presentes. En casos de emergencia, muchas veces, se debe decidir sin consulta o explicación previa, debido a la urgencia de la atención.

Por otro lado, la Dra. D expone que suele aplicar el CI en su área (atención primaria) de manera frecuente, durante la consulta médica, para que los pacientes puedan conocer su tratamiento, las reacciones adversas de los medicamentos y sus beneficios. Al finalizar la explicación, el paciente debe estar seguro de cuál es su diagnóstico y tratamiento a seguir. Dicha explicación debe repetirse las veces que sean necesarias. Hay muchos pacientes que no logran entender la explicación, principalmente, por la edad avanzada y problemas de hipoacusia (como lo explican sus colegas). En estos casos, la Dra. D escribe la explicación en una hoja bond, con letra grande y clara, para que puedan leerlo y comprender. Ella conoce los lineamientos legales y afirma que los aprendió en la universidad. Finalmente, conoce el procedimiento necesario para aplicar el CI, el mismo que aprendió durante su práctica médica. Afirma que el CI es el proceso en el que se le explica al paciente los beneficios y riesgos de una cirugía o cualquier otro procedimiento médico.

V. CONCLUSIONES

En función de las entrevistas realizadas, las encuestas aplicadas y la información recabada de ellas, se puede inferir que aún quedan muchos temas por trabajar en cuanto al CI y la práctica médica. Pues, a pesar de que muchos médicos conocen los lineamientos legales del CI y el proceso necesario para aplicarlo, muchos de ellos no lo aplican adecuadamente. Para algunos, se trata de una mera formalidad con la que tienen que cumplir. Sin embargo, aunque pocos conocen el concepto, el CI es el proceso de información y educación del paciente sobre su diagnóstico, tratamiento médico y sus implicancias.

Por otro lado, se ha podido observar que una cantidad significativa de médicos no considera que los pacientes estén capacitados para decidir sobre su salud. Sin embargo, hay un grupo importante que considera que sí. En este punto, se puede ver cómo aún quedan rezagos de paternalismo, pero también cómo está siendo desplazado por una comprensión, aunque superficial, de la autonomía de los pacientes. Esto puede verse como un progreso en el campo de la medicina, a nivel ético. Además, significa una mejora en las relaciones médico-paciente.

Respecto a todo ello, y respondiendo a los objetivos planteados al inicio de esta tesis, se puede afirmar que la preparación académica que manifiestan haber tenido los entrevistados, en relación a la aplicación del CI en la práctica médica, responde, principalmente a una formación externa a la universidad (capacitaciones, experiencia laboral, etc.). Asimismo, la experiencia laboral refleja estas deficiencias en cuanto a la preparación, pero contribuye con el aprendizaje de los profesionales. Sin embargo, esto implica el riesgo de que el CI no se aplique adecuadamente en algunos casos. Además, el nivel comunicativo que existe en la relación médico-paciente es considerablemente bueno en muchos casos. A pesar de ello, es un punto en el que se debe trabajar con la finalidad de que el mensaje, de manera clara y concisa, al paciente, sobre los procedimientos médicos a seguir, sus diagnósticos y todo lo que implica.

Finalmente, se concluye que las creencias del personal de salud, en relación al CI, aún deben adaptarse a los fundamentos del respeto por las capacidades de comprensión y toma de decisiones de los pacientes. Pues, los niveles de aplicación

del CI en la práctica médica aún son bajos en relación al análisis de las consecuencias que, en este ámbito, podría traer consigo la práctica paternalista de los miembros del personal de salud. En contraposición a ello, si mejorasen la preparación académica, la experiencia laboral y el nivel comunicativo, el CI podría aplicarse de manera adecuada y, en consecuencia, la práctica médica también mejoraría.

VI. RECOMENDACIONES

Por lo tanto, se recomienda llevar a cabo un trabajo de capacitación al personal médico y de salud en general. En dichas capacitaciones, se deberá exponer acerca del concepto completo del CI, sus lineamientos e implicancias legales, y el correcto procedimiento a seguir para su aplicación. Además, se deberán trabajar en estrategias comunicativas que el médico deberá utilizar para transmitir los respectivos mensajes a sus pacientes.

Asimismo, será necesario capacitar al personal médico para el desarrollo de sus habilidades blandas. De esta manera, además de mejorar sus niveles de comunicación y hacer que esta sea más asertiva, incrementará su sentido de empatía con los pacientes, lo que mejorará el vínculo médico-paciente. Para mejorar dicha relación, también será importante realizar una serie de capacitaciones en las que se fundamente acerca de la capacidad de autonomía de los pacientes (probablemente, desde un punto de vista psicológico), y su relevancia en la práctica médica y el bienestar del paciente. Así también, se tendrá que recalcar la misión médica: el bienestar del paciente.

Por otro lado, se recomienda evaluar la malla curricular de la carrera de Medicina Humana, en las diferentes universidades en las que se dicta. Pues, es importante considerar el estudio de los parámetros legales del CI, así como del adecuado procedimiento para aplicarlo. Para ello, se puede considerar la revisión del estudio de Brauer y Ferguson (2015), quien plantea un modelo de currículo integrado. Asimismo, se debería evaluar la posibilidad de implementar algún curso que concientice a los futuros médicos sobre la valía de sus pacientes y la no devaluación de sus capacidades. De esta manera, se evitará una relación paternalista entre médico y paciente. En consecuencia, podrá formarse un vínculo médico-paciente más fuerte, basado en la generación de confianza. Esto, a su vez, permitirá, al paciente, contar con libertad para expresar todas sus dudas, sin temor a ser menospreciado o juzgado por no entender las explicaciones del médico.

REFERENCIAS

- Af Segerstad, Y. H., Kullenberg, C., Kasperowski, D. & Howes, C. (2016). *Studying Closed Communities On-line: Digital Methods and Ethical Considerations Beyond Informed Consent and Anonymity*.
<http://www.christinehowes.com/papers/HaardafSegerstadEtAl-InternetEthics-2016.pdf>
- Beca, J. P. y Astete, C. (2015). Objeción de conciencia en la práctica médica. *Revista Médica de Chile*, 143(4), 493 – 498.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000400011>
- Bhutta, Z. A. (2004). Beyond informed consent. *Bulletin of the World Health Organization*, (82), 771 – 777.
<https://www.scielosp.org/article/bwho/2004.v82n10/771-777/>
- Brauer, D. G. & Ferguson, K. (2015). The integrated curriculum in medical education: AMEE Guide No. 96. *Medical Teacher*, 37(4), 312 – 322.
<https://doi.org/10.3109/0142159X.2014.970998>
- Breen, K. J., Cordner, S. M., Thomson, C. J. H. & Plueckhahn, V. D. (2010). *Good Medical Practice*. Cambridge University Press.
- Burton, E., Clayville, K., Goldsmith, J. & Mattei, N. (2019). The Heart of the Matter: Patient Autonomy as a Model for the Wellbeing of Technology Users. *Conference on AI, Ethics, and Society*. 13 – 19.
<https://doi.org/10.1145/3306618.3314254>
- Castelino Lovely, J., Narayanan, A., Fernandes Swapnil, D, Kumar, P. & Sandeep, D. S. (2018). Good Clinical Practices: An Indian Perspective. *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 11(7), 3209 – 3215. DOI: 10.5958/0974-360X.2018.00590.5
- Castro, R. & Villanueva Lozano, M. (2018). Violence in medical practice in Mexico: a case of sociological ambivalence. *Estudios Sociológicos*, 36(108), 539 – 569. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-64422018000300539&script=sci_arttext
- Celis, M. A., Halabe, J., Arrieta, O., Burgos, R., Campillo, C., De la Llata, M., Domínguez, J., Islas, S., Jasso-Gutiérrez, L., Lifshitz, A., Moreno, M.,

- Plancarte-Sánchez, R., Reyes-Sánchez, A., Ruiz-Argüelles, G., Soda, A., Verástegui, E. y Sotelo, J. (2018). El consentimiento informado: recomendaciones para su documentación. *Gaceta Médica de México*, 154(6), 716 – 718. DOI: 10.24875/GMM.18004339
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Conamed] (prólogo de Villanueva Egan, L. A. y Lezana Fernández, L. A.). (2016). *Consentimiento válidamente informado* (2ª ed.). Secretaría de salud.
http://www.conamed.gob.mx/gobmx/libros/pdf/libro_cvi2aEd.pdf
- Cruz, E. (2015). Hacia una educación médica cada vez más científica. *Revista Cubana de Educación Médica Superior*, 29(2), 208 – 210.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2015/cem152a.pdf>
- Ferreira, M. J. (2016). *Deber de información y consentimiento informado responsabilidad civil de los médicos ante su omisión* [Trabajo Final de Licenciatura, Universidad Empresarial Siglo 21].
<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/14329/FERREYRA%20Maria%20Julia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Fiala, C. & Arthur, J. H. (2017). There is no defence for 'Conscientious objection' in reproductive health care. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 216, 254 – 258.
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0301211517303573?token=1D96EDA28E086C3D1AB6922B150A1187013FF7A7740A16533478CE1FF169F528223CA4A32638C15C69978A2EBCFEDD7E&originRegion=us-east-1&originCreation=20220711174721>
- Graffigna, G., Barelló, S., Bonanomi, A. & Riva, G. (2017). Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model. *Patient Education and Counseling*, 100(10), 1918 – 1927.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.05.033>
- García Borrero, L. M. (2008). *Monografía sobre el consentimiento informado en salud* [Monografía de especialidad, Universidad de Ciencias de la Salud CES].
https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/2293/1/monografias_sobre_consentimiento_informado_salud.pdf

- Gillon, R. (2015). Defending the four principles approach as a good basis for good medical practice and therefore for good medical ethics. *Journal of Medical Ethics*, 41, 111 – 116. doi:10.1136/medethics-2014-102282
- Goycochea Gallardo, R. M. (2018). *Conocimiento y uso del consentimiento informado en personal de salud de un centro médico peruano* [Tesis de Maestría, Universidad César Vallejo].
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/14382/Goycochea_GRM.pdf?sequence=1
- Hernández Arribasplata, D. (2018). *Percepción del consentimiento informado en el entendimiento de pacientes atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega en el semestre académico 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad Inca Garcilaso de la Vega].
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3254/TESIS_Darwin%2C%20HERN%C3%81NDEZ%20ARRIBASPLATA.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Hernández Gamboa, L. (2001). Relación Médico-Paciente y la calidad de la atención médica. *Revista CONAMED*, 9(20), 25 – 29.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2001/con013f.pdf>
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Education.
- Kadam, R. A. (2017). Informed consent process: A step further towards making it meaningful! *Perspectives in Clinical Research*, 8(3), 107 – 112. doi: 10.4103/picr.PICR_147_16
- Ley N° 26842 de 1997. Ley General de Salud. 9 de julio de 1997.
- Ley N° 29414 de 2015. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 13 de agosto de 2015. D. O. N° 027-2015-SA.
- Macleán, A. (2009). *Autonomy, informed consent and medical law*. Cambridge University Press.
- Mandoza Rosado, J. C. (2019). *La investigación en enfermería y el consentimiento informado en tesis y proyectos de Segunda Especialidad Profesional de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann Tacna 2010 – 2018* [Tesis de Doctorado, Universidad Nacional San Agustín de Arequipa].

<http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/9766/UPmerojc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Mejía Estrada, A. y Romero Zepeda, H. (2017). La relación médico paciente: el desarrollo para una nueva cultura médica. *Revista Médica Electrónica*, 39(S1), 832 – 842. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85188>
- Messarina Santolalla, P. (2016). Calidad de atención del personal de salud y satisfacción del paciente en el servicio de resonancia magnética del Hospital de Alta Complejidad Trujillo, 2015. *UCV – Scientia*, 8(2), 119 – 123. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6181530>
- Novoa Reyes, R. H. (2013). *Nivel de conocimiento sobre consentimiento informado en la práctica médica en internos de medicina en el Hospital Nacional Dos de Mayo, 2013* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. <https://core.ac.uk/download/pdf/323348859.pdf>
- Orom, H., Underwood, W., Cheng, Z., Homish, L. & Scott, I. (2018). Relationships as Medicine: Quality of the Physician–Patient Relationship Determines Physician Influence on Treatment Recommendation Adherence. *Health Services Research*, 53(1), 580 – 596. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12629>
- Paterick, T. J., Carson, G. V., Allen, M. C. & Paterick, T. E. (2008). Medical Informed Consent: General Considerations for Physicians. *Mayo Clinic Proceedings*, 83(3), 313 – 319. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0025619611608641#!>
- Peña Machuca, C. R. (2017). *El consentimiento informado y su defensa por parte del Estado* [Tesis de Licenciatura, Universidad Ricardo Palma]. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1123/TESIS-Carmen%20Rosa%20Pe%c3%b1a%20Machuca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Puch-Ku, G. F., Uicab-Pool, G. D., Ruiz-Rodríguez, M. y Castañeda-Hidalgo, H. (2016). Dimensiones del cuidado de enfermería y la satisfacción del paciente adulto hospitalizado. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano*

- del Seguro Social*, 24(2), 129 – 136.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2016/eim162i.pdf>
- Ramos, L. C. (2012). El consentimiento informado. *Panace@*, XIII(36), 294 – 298.
https://www.tremedica.org/wp-content/uploads/n36-revistilo_LCRamos.pdf
- Resnik, D. B. (2021). Informed Consent, Understanding, and Trust. *The American Journal of Bioethics*, 21(5), 61 – 63.
<https://doi.org/10.1080/15265161.2021.1906987>
- Romero de Simondi, O. S. (2015). *Derechos humanos y responsabilidad social en el acceso a la salud derechos y responsabilidades del enfermo* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Córdoba].
http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/ROMERO_DE_SIMONDI_Sonia.pdf
- Rubinstein Reiss, D. & Karako-Eyal, N. (2021). Informed Consent to Vaccination: Theoretical, Legal, and Empirical Insights. *American Journal of Law & Medicine*, 45(4), 357 – 419. doi:10.1177/0098858819892745
- Sanz Rubiales, A., Del Valle Rivero, M. L., Fernández González, M. y Ferreira Alonso, R. (2016). Teoría y práctica del consentimiento informado. *Cuadernos de Bioética*, XXVII(1), 69 – 78.
<https://www.redalyc.org/pdf/875/87545382004.pdf>
- Sawicki, N. N. (2016). Modernized Informed Consent: Expanding the Boundaries of Materiality. *University of Illinois Law Review*, 821.
<https://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/unilllr2016&div=29&id=&page=>
- Vásquez-Cruz, E., Sotomayor-Tapia, J., González-López, A. M., Montiel-Jarquín, A. J., Gutierrez-Gabriel, I., Romero-Figueroa, M. S., Loría-Castellanos, J. y Campos-Navarro, L. A. (2018). Satisfacción del paciente en el primer nivel de atención médica. *Revista de Salud Pública*, 20(2), 254 – 257.
<https://www.scielosp.org/article/rsap/2018.v20n2/254-257/>
- Zárate Cárdenas, E. (2004). Los derechos de los pacientes y el consentimiento informado en Perú. *SITUA*, XXIII, 4 – 10.
https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/enpdf/a03.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Operacionalización de variables

Operacionalización						
Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores			
Aplicación del consentimiento informado	“Es un elemento indispensable para obtener la adecuada participación del paciente, ya sea en protocolos de investigación o en diseños terapéuticos” (Celis et al., 2018, p. 716).	La aplicación del consentimiento informado se medirá por medio de una encuesta y cuatro entrevistas. En ellas, se considerarán las siguientes variables: convicción del miembro del personal acerca del CI, forma en que aplica el CI y nivel de conocimientos acerca del CI. Se medirá a través de un cuestionario y una guía de entrevista que constarán de 9 ítems. Para el caso de la encuesta, se estableció una escala de Likert del 1 al 5, donde “1” es malo y “5” es óptimo. Los			Ítems	Escala de medición
			Convicción del miembro del personal acerca del CI	-Creencias acerca del CI -Valoración de la autonomía de los pacientes -Percepción sobre la utilidad y necesidad de la aplicación del CI -Situaciones en las que considera necesario aplicar el CI	1 – 8	Ordinal : bajo (15 – 26), medio (27 – 48) y alto (49 – 60)
		Forma en que aplica el CI	-Frecuencia con que un paciente ha firmado un CI -Frecuencia con que le explica los procedimientos médicos a sus pacientes -Si el paciente no entiende, cuántas veces considera que debe explicarle los procedimientos, diagnósticos, etc.	9 – 15		

		rangos que se obtuvieron son bajo (15 – 26), medio (27 – 48) y alto (49 – 60).	Nivel de conocimientos acerca del CI	- Conocimiento de los lineamientos legales sobre el CI - Conocimiento del procedimiento para aplicar el CI	16 – 17	
Práctica médica	La práctica médica es la forma “en que los médicos prestan sus servicios” (Castro y Villanueva, 2018, p. 547).	La práctica médica se medirá por medio de una encuesta y cuatro entrevistas. En ellas, se considerarán las siguientes variables: preparación académica, experiencia laboral y nivel comunicativo. Se medirá a través de un cuestionario y una guía de entrevista que constarán de 9 ítems. Para el caso de la encuesta, se estableció una escala de Likert del 1 al 5, donde “1” es malo y “5” es óptimo. Los rangos que se obtuvieron son bajo (15	Preparación académica	- Conocimiento de los lineamientos legales sobre el CI - Conocimiento del procedimiento para aplicar el CI	16 – 17	Ordinal : alto (15 – 26), medio (27 – 48) y bajo (49 – 60)
			Experiencia laboral	-Creencias acerca del CI, según su experiencia laboral -Valoración de la autonomía de los pacientes, según su experiencia laboral -Percepción sobre la utilidad y necesidad de la aplicación del CI, según su experiencia laboral -Situaciones en las que considera necesario aplicar el CI, según su experiencia laboral	1 – 10	

		- 26), medio (27 – 48) y alto (49 – 60).		-Frecuencia con que un paciente ha firmado un CI, según su experiencia laboral		
			Nivel comunicativo	-Frecuencia con que le explica los procedimientos médicos a sus pacientes -Si el paciente no entiende, cuántas veces considera que debe explicarle los procedimientos, diagnósticos, etc.	11 – 15	

Anexo 2

Cuestionario

Cuestionario: Aplicación del consentimiento informado en la práctica médica

1. El consentimiento informado es un documento que el paciente debe firmar
 - I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
2. En la obtención del consentimiento informado, la firma del es lo más importante
 - I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
3. Considero que los pacientes no tienen la capacidad de decidir cuál es la mejor alternativa de tratamiento para sus dolencias
 - I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
4. Considero que los médicos debemos omitir la opinión del paciente y aplicar el tratamiento que nosotros creamos conveniente
 - I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
5. Considero que la aplicación del consentimiento informado no resulta útil en la práctica médica
 - I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
6. Considero que la aplicación del consentimiento informado no es necesaria en la práctica médica
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
7. Considero que el consentimiento informado solo debe aplicarse en algunas situaciones específicas
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
8. Considero que el consentimiento informado no debería aplicarse bajo ninguna circunstancia
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
9. En mi experiencia laboral, nunca he aplicado el consentimiento informado
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
10. En mi experiencia laboral, he aplicado el consentimiento informado en algunas situaciones
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

- IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
11. En mi práctica médica, nunca les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
12. En mi práctica médica, en algunas situaciones les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
13. Cuando le explico los procedimientos, diagnósticos, etc., a mis pacientes, suelen no comprenderlos
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
14. Si mi paciente no entiende mi explicación la primera vez, opto por no volvérselo a explicar
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo
 - IV. En desacuerdo
 - V. Totalmente en desacuerdo
15. Si mi paciente no entiende mi explicación por segunda vez, dejo de explicarle
- I. Totalmente de acuerdo
 - II. De acuerdo
 - III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

IV. En desacuerdo

V. Totalmente en desacuerdo

16. No conozco los lineamientos legales sobre el consentimiento informado

I. Totalmente de acuerdo

II. De acuerdo

III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

IV. En desacuerdo

V. Totalmente en desacuerdo

17. No conozco el procedimiento para aplicar el consentimiento informado

I. Totalmente de acuerdo

II. De acuerdo

III. Ni de acuerdo ni en desacuerdo

IV. En desacuerdo

V. Totalmente en desacuerdo

Anexo 3

Guía de entrevista al profesional de salud

1. ¿Usted considera necesaria la opinión de los pacientes sobre el tratamiento médico a seguir?
2. ¿Usted considera que los pacientes deben estar informados sobre el tratamiento de sus dolencias? ¿Por qué?
3. ¿Cree que el consentimiento informado es una práctica útil y necesaria en la relación médico- paciente ¿Por qué?
4. ¿En qué situaciones considera que debería aplicarse el consentimiento informado? y ¿en qué otros casos no es posible la aplicación del CI? ¿Por qué?
5. ¿En qué situaciones ha aplicado usted el consentimiento informado? ¿Lo aplica frecuentemente? ¿En qué situaciones no lo aplicaría?
6. Durante la consulta, ¿usted les explica detalladamente a sus pacientes cuál es su diagnóstico, el tratamiento que se seguirá y las medidas que se tomarán? Luego de la explicación, ¿escucha la opinión del paciente?
7. Si el paciente no entiende su explicación, ¿le vuelve a explicar? ¿Cuántas veces podría repetir la explicación? ¿Qué hace si no lo entienden?
8. ¿Conoce los lineamientos legales sobre el consentimiento informado? ¿Qué es lo que sabe al respecto? ¿Dónde lo aprendió?
9. ¿Conoce el procedimiento necesario para aplicar el consentimiento informado? ¿Podría explicarse al respecto? ¿Dónde lo aprendió?

Anexo 4

Validación de guía de entrevista –

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE ENTREVISTA

N.	DIMENSIONES/ Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 1: opinión del paciente							
1	¿Usted considera necesaria la opinión de los pacientes sobre el tratamiento médico a seguir?	X		X		X		
	Dimensión 2: Derecho del paciente							
2	¿Usted considera que los pacientes deben estar informados sobre el tratamiento de sus dolencias? ¿Por qué?	X		X		X		
	Dimensión 3: Consentimiento informado							
3	¿Cree que el consentimiento informado es una práctica útil y necesaria en la relación médico-paciente? ¿Por qué?	X		X		X		
4	¿En qué situaciones considera que debería aplicarse el consentimiento informado? y ¿en qué otro caso no es posible la aplicación del CI? ¿Por qué?	X		X		X		
5	¿En qué situaciones ha aplicado usted el consentimiento informado? ¿Lo aplica frecuentemente? ¿En qué situaciones no lo aplicaría?	X		X		X		
	Dimensión 4: Derecho a la información							
6	Durante la consulta, ¿usted les explica detalladamente a sus pacientes cuál es su diagnóstico, el tratamiento que se seguirá y las medidas que se tomarán? Luego de la explicación, ¿escucha la opinión del paciente?	X		X		X		
7	Si el paciente no entiende su explicación, ¿le vuelve a explicar? ¿Cuántas veces podría repetir la explicación? ¿Qué hace si no lo entienden?	X		X		X		
	Dimensión 5: Conocimiento y aplicación Legal del CI							
8	¿Conoce los lineamientos legales sobre el consentimiento informado? ¿Qué es lo que sabe al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		

9	¿Conoce el procedimiento necesario para aplicar el consentimiento informado? ¿Podría explicarse al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		
---	--	---	--	---	--	---	--	--

Observaciones (Precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable: (X) Aplicable después de corregir ()
No aplicable ()

Apellidos y nombres del juez validador: **Dr. Prado López Hugo Ricardo** DNI:
43313069

Especialidad del validador: Metodólogo



Lima julio del 2021

Firma del experto informante

1 Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructor
3 Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
NOTA: Suficiencia se dice suficiencia cuando los ítems planeados son suficientes para medir la dimensión.

Anexo 4

Validación de guía de entrevista – Moraima Montibeller

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE ENTREVISTA

N.	DIMENSIONES/ Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	N O	
	Dimensión 1: opinión del paciente							
1	¿Usted considera necesaria la opinión de los pacientes sobre el tratamiento médico a seguir?	X		X		X		
	Dimensión 2: Derecho del paciente							
2	¿Usted considera que los pacientes deben estar informados sobre el tratamiento de sus dolencias? ¿Por qué?	X		X		X		
	Dimensión 3: Consentimiento informado							
3	¿Cree que el consentimiento informado es una práctica útil y necesaria en la relación médico-paciente? ¿Por qué?	X		X		X		
4	¿En qué situaciones considera que debería aplicarse el consentimiento informado? y ¿en qué otro caso no es posible la aplicación del CI? ¿Por qué?	X		X		X		
5	¿En qué situaciones ha aplicado usted el consentimiento informado? ¿Lo aplica frecuentemente? ¿En qué situaciones no lo aplicaría?	X		X		X		
	Dimensión 4: Derecho a la información							
6	Durante la consulta, ¿usted les explica detalladamente a sus pacientes cuál es su diagnóstico, el tratamiento que se seguirá y las medidas que se tomarán? Luego de la explicación, ¿escucha la opinión del paciente?	X		X		X		
7	Si el paciente no entiende su explicación, ¿le vuelve a explicar? ¿Cuántas veces podría repetir la explicación? ¿Qué hace si no lo entienden?	X		X		X		
	Dimensión 5: Conocimiento y aplicación Legal del CI							
8	¿Conoce los lineamientos legales sobre el consentimiento informado? ¿Qué es lo que sabe al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		

9	¿Conoce el procedimiento necesario para aplicar el consentimiento informado? ¿Podría explicarse al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		
---	--	---	--	---	--	---	--	--

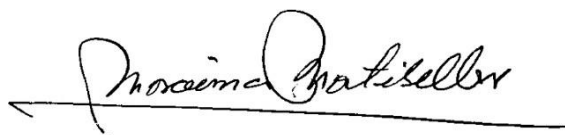
Observaciones (Precisar si hay suficiencia) . Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicables: (X) Aplicable después de Corregir () No aplicable ()

Apellido u nombre del juez validador: Mg. Montibeller Ardiles Moraima DNI. 09677174

1.Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
2 Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3.Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
 Suficiencia; cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Lima, julio 2022



.....
Firma del experto informante

Anexo 4

Validación de guía de entrevista — Pantigozo Loiza, Marco Hernán

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO: GUÍA DE ENTREVISTA

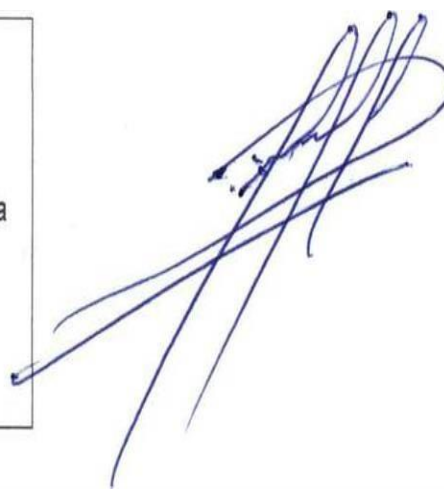
N.	DIMENSIONES/ Ítems	Pertinencia		Relevancia		Claridad		Observaciones
		SI	NO	SI	NO	SI	NO	
	Dimensión 1: opinión del paciente							
1	¿Usted considera necesaria la opinión de los pacientes sobre el tratamiento médico a seguir?	X		X		X		
	Dimensión 2: Derecho del paciente							
2	¿Usted considera que los pacientes deben estar informados sobre el tratamiento de sus dolencias? ¿Por qué?	X		X		X		
	Dimensión 3: Consentimiento informado							
3	¿Cree que el consentimiento informado es una práctica útil y necesaria en la relación médico-paciente? ¿Por qué?	X		X		X		
4	¿En qué situaciones considera que debería aplicarse el consentimiento informado? y ¿en qué otro caso no es posible la aplicación del CI? ¿Por qué?	X		X		X		
5	¿En qué situaciones ha aplicado usted el consentimiento informado? ¿Lo aplica frecuentemente? ¿En qué situaciones no lo aplicaría?	X		X		X		
	Dimensión 4: Derecho a la información							
6	Durante la consulta, ¿usted les explica detalladamente a sus pacientes cuál es su diagnóstico, el tratamiento que se seguirá y las medidas que se tomarán? Luego de la explicación, ¿escucha la opinión del paciente?	X		X		X		
7	Si el paciente no entiende su explicación, ¿le vuelve a explicar? ¿Cuántas veces podría repetir la explicación? ¿Qué hace si no lo entienden?	X		X		X		
	Dimensión 5: Conocimiento y aplicación Legal del CI							
8	¿Conoce los lineamientos legales sobre el consentimiento informado? ¿Qué es lo que sabe al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		
9	¿Conoce el procedimiento necesario para aplicar el consentimiento informado? ¿Podría explicarse al respecto? ¿Dónde lo aprendió?	X		X		X		

Observaciones (Precisar si hay suficiencia) . Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicables: (X) Aplicable después de Corregir () No aplicable ()

Apellido u nombre del juez validador: Pantigozo Loaiza, Marco Hernán DNI N°
31039238

1.Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado
2 relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3.Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.
Suficiencia; cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión



Lima,julio 2022

Anexo 5

Frecuencias por ítem: cuestionario

Estadísticos

El consentimiento informado es un documento que el paciente debe firmar

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		1,00
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		3

Estadísticos

En la obtención del CI, la firma del paciente es lo más importante

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		1,00
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		3

Estadísticos

Considero que los pacientes no tienen la capacidad de decidir cuál es la mejor alternativa de tratamiento para sus dolencias

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		3 ^a
Mínimo		2
Máximo		5

Estadísticos

Considero que los médicos debemos omitir la opinión del paciente y aplicar el tratamiento que nosotros creamos conveniente

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

Considero que la aplicación del CI no resulta útil en la práctica médica

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		5,00
Moda		5
Mínimo		2
Máximo		5

Estadísticos

Considero que la aplicación del CI no es necesaria en la práctica médica.

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		5,00
Moda		5
Mínimo		3
Máximo		5

Estadísticos

Considero que el CI solo debe aplicarse en algunas situaciones específicas

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		3,00
Moda		2 ^a
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

Considero que el CI no debería aplicarse bajo ninguna circunstancia

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4
Mínimo		4
Máximo		5

Estadísticos

En mi experiencia laboral, nunca he aplicado el CI

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4
Mínimo		3
Máximo		5

Estadísticos

En mi experiencia laboral, he aplicado el CI en algunas situaciones

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		2,00
Moda		2
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

En mi práctica médica, nunca les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		5,00
Moda		5
Mínimo		4
Máximo		5

Estadísticos

En mi práctica médica, en algunas situaciones les explico a mis pacientes los diagnósticos y procedimientos médicos que aplicaré

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		3,00
Moda		1
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

Cuando le explico los procedimientos, diagnósticos, etc., a mis pacientes, suelen no comprenderlos

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		2,00
Moda		2
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

Si mi paciente no entiende mi explicación la primera vez, opto por no volvérselo a explicar

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		5
Mínimo		1
Máximo		5

Estadísticos

Si mi paciente no entiende mi explicación por segunda vez, dejo de explicarle

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4
Mínimo		2
Máximo		5

Estadísticos

No conozco los lineamientos legales sobre el CI

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4 ^a
Mínimo		2
Máximo		5

Estadísticos

No conozco el procedimiento para aplicar el CI

N	Válido	15
	Perdidos	0
Mediana		4,00
Moda		4
Mínimo		1
Máximo		5

Anexo 6

Matriz de consistencia

El Consentimiento Informado y su aplicación en la práctica médica, San Juan de Miraflores 1er Trimestre 2022							
Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables e indicadores				
Problema principal	Objetivo general	Hipótesis general	Variable 1: Aplicación del consentimiento informado				
			Dimensiones	Indicadores	Ítem	Escala y valores	Niveles o rangos
¿Cuál es la situación actual del consentimiento informado, y las creencias y prácticas del personal de salud en torno a este?	Exponer la situación del consentimiento informado, y las creencias y prácticas del personal de salud en torno a este.	Se espera encontrar que las creencias del personal de salud, en relación al CI, aún deben adaptarse a los fundamentos del respeto por las capacidades de comprensión y toma de decisiones de los pacientes	Convicción del miembro del personal acerca del CI	-Creencias acerca del CI -Valoración de la autonomía de los pacientes -Percepción sobre la utilidad y necesidad de la aplicación del CI -Situaciones en las que considera necesario aplicar el CI	1 – 8	Likert (Totalmente de acuerdo – De acuerdo – Ni de acuerdo ni en desacuerdo – En desacuerdo – Totalmente en desacuerdo)	Ordinal: bajo (15 – 26), medio (27 – 48) y alto (49 – 60)
Problemas secundarios	Objetivos secundarios	Hipótesis secundarias	Forma en que aplica el CI	-Frecuencia con que un paciente ha firmado un CI -Frecuencia con que le explica los procedimientos	9 – 15		

				médicos a sus pacientes -Si el paciente no entiende, cuántas veces considera que debe explicarle los procedimientos, diagnósticos, etc.			
P1: ¿Cómo se está desarrollando la práctica médica, desde sus dimensiones (preparación académica, experiencia laboral y nivel comunicativo)?	O1: realizar un diagnóstico sobre cada una de las dimensiones de la práctica médica: preparación académica, experiencia laboral y nivel comunicativo	H1: se espera encontrar una deficiencia en la preparación académica de los médicos, en el aspecto legal del CI y habilidades blandas que contribuyan con la empatía por sus pacientes, lo que traerá consigo un deterioro en la capacidad comunicativa, desde una perspectiva asertiva.	Nivel de conocimientos acerca del CI	-Conocimiento de los lineamientos legales sobre el CI -Conocimiento del procedimiento para aplicar el CI	16 – 17		
Variable 2: Práctica médica							

<p>P2: ¿Cuál es la perspectiva del personal médico respecto al CI y su aplicación en la práctica médica?</p>	<p>O2: identificar la perspectiva del personal médico respecto al CI y su aplicación en la práctica médica</p>	<p>H2: se espera encontrar una actitud paternalista por parte del personal médico hacia los pacientes y una desconsideración por su autonomía.</p>	<p>Preparación académica</p>	<p>-Conocimiento de los lineamientos legales sobre el CI -Conocimiento del procedimiento para aplicar el CI</p>	<p>16 – 17</p>	<p>Likert (Totalmente de acuerdo</p>	
<p>P3: ¿Cómo se está desarrollando la aplicación del CI en la actualidad?</p>	<p>O3: entender cómo se está desarrollando la aplicación del CI en la actualidad</p>	<p>H3: se espera una deficiencia en la práctica médica, en base al análisis de las consecuencias que, en este ámbito, podría traer consigo la práctica paternalista de los miembros del personal de salud.</p>	<p>Experiencia laboral</p>	<p>-Creencias acerca del CI, según su experiencia laboral -Valoración de la autonomía de los pacientes, según su experiencia laboral -Percepción sobre la utilidad y necesidad de la aplicación del CI, según su experiencia laboral -Situaciones en las que considera</p>	<p>1 – 10</p>	<p>– De acuerdo – Ni de acuerdo ni en desacuerdo – En desacuerdo – Totalmente en desacuerdo)</p>	<p>Ordinal: bajo (15 – 26), medio (27 – 48) y alto (49 – 60)</p>

				necesario aplicar el CI, según su experiencia laboral -Frecuencia con que un paciente ha firmado un CI, según su experiencia laboral			
			Nivel comunicativo	-Frecuencia con que le explica los procedimientos médicos a sus pacientes -Si el paciente no entiende, cuántas veces considera que debe explicarle los procedimientos, diagnósticos, etc.	11 – 15		



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, PRADO LOPEZ HUGO RICARDO, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN PÚBLICA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA ESTE, asesor de Tesis titulada: "El consentimiento informado y su implicancia en los niveles de satisfacción del paciente, San Juan de Miraflores 1er Trimestre 2022", cuyo autor es RODRIGUEZ MERINO JUAN CARLOS, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 25 de Julio del 2022

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
PRADO LOPEZ HUGO RICARDO DNI: 43313069 ORCID 000000340103517	Firmado digitalmente por: HPRADOLO el 02-08- 2022 08:27:09

Código documento Trilce: TRI - 0367904