

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN
FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**



**“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE MEDICOS RESIDENTES
RESPECTO DE LA IMPLEMENTACION DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO – HOSPITAL SANTA BARBARA, SUCRE BOLIVIA, 2024”**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA
MEDICA Y GESTION DE CALIDAD**

Mgtr. Armando Basagoitia Echalar

SUCRE, ABRIL DE 2025

**UNIVERSIDAD MAYOR REAL Y PONTIFICIA DE SAN
FRANCISCO XAVIER DE CHUQUISACA**

VICERRECTORADO

**CENTRO DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACION**



**“CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE MEDICOS RESIDENTES
RESPECTO DE LA IMPLEMENTACION DEL CONSENTIMIENTO
INFORMADO – HOSPITAL SANTA BARBARA, SUCRE BOLIVIA, 2024”**

**TRABAJO EN OPCION AL GRADO DE ESPECIALISTA EN AUDITORIA
MEDICA Y GESTION DE CALIDAD**

Mgtr. Armando Basagoitia Echalar

Mgtr. Hernán C. Ríos Escalier

SUCRE, ABRIL DE 2025

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCION	1
1.1 Antecedentes	1
1.2 Situación problémica	3
1.3 Planteamiento de la pregunta de investigación	5
1.4 Justificación	6
1.5 Hipótesis	7
1.6 Objetivos	7
1.7 Diseño metodológico	8
1.7.1 Tipo de investigación	8
1.7.2 Población y muestra	8
1.7.3 Métodos, técnicas e instrumentos	9
1.7.4 Variables de estudio	10
1.7.5 Recolección y análisis de datos	14
1.7.6 Consideraciones éticas	15
CAPITULO I - MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL	16
I.1 Marco Teórico	16
I.2 Marco contextual	25
CAPITULO II – ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	29
II.1 Características de los participantes del estudio	29

II.2	Conocimientos de médicos residentes sobre la implementación del consentimiento informado	34
II.3	Prácticas de médicos residentes sobre la implementación del consentimiento informado	38
II.3.1	Rol de residentes y otros sujetos en la práctica de la explicación del consentimiento informado	39
II.3.2	Rol de residentes y otros sujetos en la práctica del recojo de la firma del consentimiento informado	45
II.3.3	Cumplimiento de prácticas clave en la implementación del consentimiento informado	51
II.4	Consideraciones sobre los hallazgos	56
CAPITULO III – PROPUESTA		60
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		65
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....		68
BIBLIOGRAFIA		73
ANEXOS		74

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1 Características generales de médicos residentes participantes, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	29
Tabla 2 Resultados de evaluación del conocimiento de características clave del consentimiento informado de médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	34
Tabla 3 Frecuencia de realización de la explicación del consentimiento informado por médicos residentes y otros actores en distintos escenarios, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	39
Tabla 4 Frecuencia de realización del recojo del consentimiento informado por médicos residentes y otros actores en distintos escenarios, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	45
Tabla 5 Frecuencia de cumplimiento de aspectos clave del consentimiento informado, según médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	51
Tabla 6 Contenidos y competencias según áreas temáticas	61
Tabla 7 Cronograma de ejecución del programa de formación y actualización en bioética y consentimiento informado	63
Tabla 8 Presupuesto para la ejecución del programa de formación y actualización en bioética y consentimiento informado	64

INDICE DE ANEXOS

Anexo 1 Cuestionario de conocimientos y prácticas de residentes sobre la implementación del consentimiento informado	74
---	----

INDICE DE FIGURAS

	Pág.
Fig. 1 Distribución porcentual de médicos residentes según características generales (Sexo, edad, año de residencia y años de experiencia profesional) Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	30
Fig. 2 Distribución porcentual de médicos residentes según edad, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	31
Fig. 3 Distribución porcentual de médicos residentes según año de residencia, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	31
Fig. 4 Distribución porcentual de médicos residentes según años de experiencia profesional, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	32
Fig. 5 Distribución porcentual de médicos residentes según antecedentes de capacitación en bioética, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	33
Fig. 6 Distribución porcentual de médicos residentes según antecedentes de capacitación en bioética, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	33
Fig. 7 Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado, de médicos residentes (área clínica y quirúrgica) Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	35
Fig. 8 Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado de médicos residentes del área Clínica, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	36
Fig. 9 Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado de médicos residentes del área Quirúrgica, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	37
Fig. 10 Porcentaje de participación en la explicación del Consentimiento Informado, por diferentes actores y escenarios, según residentes del Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	40
Fig. 11 Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en procedimientos clínicos, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	41
Fig. 12 Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en cirugías programadas, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	42

Cont.	Pág.
Fig. 13 Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en cirugías de emergencia, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	43
Fig. 14 Porcentaje de participación en el recojo de firma del Consentimiento Informado, por diferentes actores y escenarios, según residentes del Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	46
Fig. 15 Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en procedimientos clínicos, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	47
Fig. 16 Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en cirugías programadas, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	48
Fig. 17 Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en diferentes escenarios, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	49
Fig. 18 Anticipación en la entrega del consentimiento informado, según áreas de especialidad (%), Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	52
Fig. 19 Frecuencia de realización de una explicación completa y detallada del procedimiento, según áreas de especialidad (%), Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	54
Fig. 20 Frecuencia de registro en expediente de datos del Consentimiento informado en conformidad a normativa (%), según áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)	55

RESUMEN

El consentimiento informado ocupa un lugar privilegiado en la garantía de la calidad de los procesos asistenciales, principalmente porque es la máxima expresión de respeto por la autonomía y autodeterminación del paciente, y es un componente principal de la normativa de gestión de calidad en el sistema de salud boliviano. A pesar de su relevancia, se ha estudiado muy poco sobre su implementación en instituciones de salud de Chuquisaca, como es el caso del Hospital Sta. Bárbara, determinando un vacío del conocimiento que es necesario llenar para promover un adecuado proceso de consentimiento informado en la práctica asistencial. Frente a esta situación, se desarrolló este estudio, que tuvo como objetivo caracterizar los conocimientos y las prácticas de médicos residentes en relación a la implementación del consentimiento informado en el Hospital Santa Bárbara, el año 2024. Para ello, se implementó un cuestionario en línea de auto-llenado para recoger información cuantitativa, en la que participaron de forma voluntaria un total de 33 médicos residentes (87% del total). El cuestionario de 24 preguntas abordó preguntas sociodemográficas, preguntas de conocimientos y prácticas de los residentes al respecto de la implementación del consentimiento informado.

Los resultados muestran espacios de mejora en la comprensión y aplicación del consentimiento informado, puesto que muchos médicos carecen de conocimientos sobre las características, fundamentos y objetivos del consentimiento informado, por ejemplo: sólo un 24% de los residentes acertaron en la selección del objetivo del consentimiento informado; además de que sus prácticas no se alinean con las pautas establecidas, por ejemplo: ningún residente reportó cumplir “Siempre” con la práctica del registro de datos del consentimiento informado como señala la normativa vigente, y de hecho un 12,1% de residentes reporta que “Nunca” se cumple con este registro. Esta falta de comprensión afecta la relación médico-paciente y resalta la necesidad de intervenciones educativas y organizacionales, por lo que se presenta una propuesta de intervención basada en los resultados del estudio.

ABSTRACT

Informed consent holds a privileged position in ensuring the quality of healthcare processes, as it represents the highest expression of respect for patient autonomy and self-determination. It is also a key component of quality management regulations within the Bolivian healthcare system. Despite its importance, there has been little research on its implementation in healthcare institutions in Chuquisaca, such as Santa Bárbara Hospital. This has resulted in a knowledge gap that must be addressed in order to promote an adequate informed consent process in clinical practice.

Given this situation, this study was conducted with the objective of characterizing the knowledge and practices of medical residents regarding the implementation of informed consent at Santa Bárbara Hospital in 2024. To this end, a self-administered online questionnaire was used to collect quantitative data, in which a total of 33 medical residents (87% of the total) voluntarily participated. The 24-question survey included sociodemographic items as well as questions about the residents' knowledge and practices regarding the implementation of informed consent.

The results show room for improvement in the understanding and application of informed consent, as many physicians lack knowledge about the characteristics, foundations, and objectives of informed consent. For example, only 24% of residents correctly selected the objective of informed consent. Furthermore, their practices do not align with established guidelines. For example, no resident reported "Always" complying with the practice of recording informed consent data as required by current regulations, and in fact, 12.1% of residents reported that this record is "Never" complied with. This lack of understanding affects the physician-patient relationship and highlights the need for educational and organizational interventions. Therefore, a proposed intervention based on the study results is presented.

1. INTRODUCCION

1.1 Antecedentes

El proceso y relevancia del consentimiento informado (CI) en la práctica clínica médica han evolucionado de forma importante desde sus orígenes a principios del siglo XX, cuando se reconoció formalmente el derecho de los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su propio cuidado médico, y posteriormente debido a los abusos realizados por investigadores clínicos durante la II guerra mundial¹. De forma progresiva a lo largo del tiempo, el CI se ha consolidado como un principio ético fundamental en la medicina y en la investigación con seres humanos, requiriendo y determinando el surgimiento y constante revisión de guías éticas internacionales en las que se ha abordado la importancia y requerimientos del adecuado uso del CI tanto en los ámbitos clínicos como de investigación^{2,3}.

Hoy en día el CI es fundamental en la relación médico-paciente en la práctica clínica, permitiendo resguardar y promover aspectos como: el respeto a la autonomía de los usuarios de servicios de salud, el ejercicio de los derechos de los usuarios, el empoderamiento de los usuarios para la toma de decisiones respecto a su propia salud, aspectos legales de la práctica profesional en salud, responsabilidad ética y legal profesional y el mejoramiento de la calidad y el alcance de la satisfacción de los usuarios⁴, todos ellos estrechamente relacionados con la concepción de la gestión de la calidad en salud⁵. Sin embargo, todavía existen obstáculos para implementar el consentimiento informado de forma adecuada, particularmente en los entornos educativos y clínicos⁶.

La implementación del consentimiento informado es un proceso complejo que no debería ser tomado como una tarea rutinaria y automática por parte del personal de salud, puesto que requiere cumplir con determinados requisitos para lograr su objetivo, por ello la capacitación del personal médico que estará a cargo de la implementación del CI durante toda su carrera debe ser un componente fortalecido en el pregrado y mucho más en las instancias de formación en las diferentes especialidades, tanto clínicas como quirúrgicas. De hecho, experiencias previas en otros países muestran que la calidad del entrenamiento de médicos en formación para aplicar el CI y su implementación pueden variar significativamente^{7,8}, y que existen barreras y dificultades para que los médicos en formación puedan aplicar de forma

correcta el CI, como ser la necesidad de mayor entrenamiento (declarada por un 67% de los residentes)⁹, o los niveles bajos de conocimientos respecto de su implementación (menos del 5% de residentes mostró niveles aceptables de conocimiento en distintas áreas relacionadas al CI)¹⁰.

Si se centra el análisis en Bolivia, se puede señalar que en el marco del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), se han implementado desde el año 2008 normativas en actual vigencia que incluyen la normativa específicamente relacionada al consentimiento informado¹¹, y otras como las “Bases para la organización y funcionamiento del PRONACS”¹² que establecen las características básicas para una adecuada implementación del CI; sin embargo una revisión de la literatura científica actualmente disponible muestra que no existen estudios que aborden las características de la implementación del CI por parte de los médicos residentes en formación, aunque si existen publicaciones que describen las características e importancia del consentimiento informado en la práctica clínica y de investigación^{13, 14}.

Finalmente, la experiencia empírica del investigador en gestiones pasadas tanto en el ámbito docente de médicos residentes y en el ámbito de gestión de procesos de acreditación de establecimientos de salud, le ha permitido identificar el proceso de implementación del CI por parte de los profesionales en formación como un área de potencial mejoramiento de la calidad de atención en salud, tal como se describe en el siguiente apartado.

1.2 Situación problemática

Como se ha señalado anteriormente, la implementación del consentimiento informado es un aspecto fundamental en la práctica de la ética médica y la promoción de la autonomía del paciente; por otra parte, si bien en Bolivia se desarrollaron e implementaron el año 2008 normativas en actual vigencia, en el marco del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), que incluyen la normativa relacionada al consentimiento informado, estas aún no han sido implementadas de forma completa en los diferentes niveles de atención del sistema de salud, tal como la experiencia empírica del investigador pudo identificar durante la coordinación de los procesos de acreditación a nivel departamental en anteriores gestiones y la formación docente dirigida a los médicos residentes de diferentes hospitales de la ciudad de Sucre, por lo que es muy probable que la implementación del CI tenga importantes deficiencias relacionadas al desconocimiento de sus características e implementación por el personal de salud en general y en particular por parte de los profesionales en formación de especialidad, quienes serán los futuros médicos especialistas en diferentes instituciones alrededor del país.

Dado el lento progreso en la implementación de la normativa vigente relacionada a la promoción y aseguramiento de la calidad en la atención sanitaria de nuestro país (de la que no ha sido posible identificar información científica u oficial publicada), es muy posible que los médicos residentes no cuenten con los conocimientos para implementar el CI de forma adecuada. Esta falta de conocimientos, por parte de los médicos residentes, podría ser un factor común en muchas instituciones sanitarias en las que se desarrolla la formación de especialistas en Bolivia, como puede suceder en el Hospital de tercer nivel de complejidad "Santa Bárbara" de la ciudad de Sucre en el departamento de Chuquisaca en Bolivia y puede tener su origen en diferentes causas como, por ejemplo:

Insuficiente formación académica y práctica. Debido a que sólo en años recientes se comenzó a abordar aspectos relacionados a la gestión de calidad y bioética en la formación profesional de pregrado en Bolivia, y de hecho estos temas no se profundizan durante la formación de residencia, por lo que cabe la posibilidad de que no se alcance a desarrollar las competencias necesarias de los nuevos profesionales para la implementación pertinente del CI en la práctica

profesional hospitalaria, como ocurre en diferentes países donde la formación se enfoca en las competencias clínicas de diagnóstico y tratamiento^{15, 16}.

Falta de experiencia y confianza. La falta de experiencia y confianza en la comunicación con los pacientes puede ser una causa para la inadecuada implementación del CI^{17, 18}. Los médicos residentes que pueden estar en las primeras etapas de su carrera, pueden sentirse inseguros al abordar temas complejos con los pacientes, por lo que esto podría determinar una implementación deficiente del consentimiento informado.

Por otra parte, la implementación deficiente del CI, por insuficiente conocimiento de los médicos residentes, puede tener varias consecuencias graves tanto para los pacientes como para el sistema de salud en general, como podrían ser:

Vulneración de la autonomía del paciente. El CI es la mayor expresión de la autonomía del paciente, de su derecho a la toma de decisiones para la autodeterminación, y cuando este proceso no se lleva a cabo adecuadamente, los pacientes pueden no tener toda la información necesaria para tomar decisiones sobre su tratamiento, lo que puede socavar su autonomía y derecho a participar activamente en su cuidado¹⁹.

Vulneración de derechos y legislación relacionada. La implementación inadecuada del CI puede exponer a los médicos y a las instituciones de salud a riesgos legales, puesto que, al no respetar los derechos de los pacientes, estos pueden realizar demandas por mala praxis, lo que puede resultar en consecuencias financieras y de reputación negativas para profesionales e instituciones²⁰.

Impacto negativo en la Satisfacción del usuario y Calidad de la atención. Un proceso de CI bien realizado no solo respeta los derechos del paciente, sino que también puede contribuir a una mejor comprensión del tratamiento y a una mayor adherencia al mismo. La falta de información adecuada puede llevar a decisiones subóptimas y a resultados clínicos menos favorables afectando tanto la satisfacción del usuario como la calidad de la atención de forma general²¹.

De lo descrito en los párrafos anteriores, se puede resaltar el hecho de que las causas de un conocimiento insuficiente para la adecuada implementación del CI, pueden determinar importantes consecuencias para los pacientes, los profesionales e instituciones de salud en diferentes ámbitos como el ético y legal; y aún a pesar de aquello, en nuestro medio, y específicamente en el Hospital Santa Bárbara, no se cuenta con un diagnóstico respecto de la situación actual del conocimiento o de las prácticas de los médicos residentes respecto de la implementación del CI, siendo este vacío de información el problema de investigación del presente trabajo, a la vez que se constituye en un obstáculo significativo para identificar y abordar las áreas de mejora potencial.

Sin una evaluación exhaustiva de las prácticas actuales y del conocimiento de los médicos en formación, es difícil implementar intervenciones efectivas para mejorar el proceso de consentimiento informado, por ello, la investigación y el análisis de estas prácticas son cruciales para desarrollar estrategias de capacitación y supervisión que aborden las deficiencias identificadas y aseguren que los médicos en formación puedan cumplir con los estándares éticos internacionales y la normativa vigente. Por ello, se propuso abordar y llenar este vacío en el conocimiento a través del presente estudio, permitiendo obtener información que permita proponer estrategias de intervención basadas en la situación actual y promover la mejora efectiva de la calidad asistencial en este punto específico y crítico de la actividad asistencial.

1.3 Planteamiento de la pregunta de investigación

En función de lo anteriormente señalado, se identificó la siguiente pregunta de investigación para el presente estudio: ¿Cuáles son los conocimientos y prácticas de médicos residentes en relación a la implementación del consentimiento informado en el Hospital Santa Bárbara en Sucre, Bolivia el año 2024?

1.4 Justificación

Uno de los ámbitos primordiales de relevancia y justificación práctica en Gestión de calidad para esta investigación es la mejora de la calidad de la atención médica, puesto que la implementación adecuada del CI es crucial para asegurar que los pacientes reciban atención de alta calidad, alineada con sus valores y preferencias como requiere la normativa vigente¹¹. Al identificar posibles deficiencias en los conocimientos y prácticas sobre la implementación del consentimiento informado entre médicos en formación, esta investigación podría ayudar a desarrollar estrategias para mejorar la práctica clínica y, en consecuencia, elevar los estándares de atención en los hospitales.

En este mismo sentido, teniendo en cuenta que la formación adecuada para la aplicación del CI no solo mejoraría las habilidades clínicas, sino que también prepararía a los futuros médicos para enfrentar los desafíos éticos de la práctica médica, el investigar sobre los posibles vacíos o brechas en la formación y práctica del consentimiento informado, puede ayudar a identificar necesidades formativas y desarrollar programas de capacitación más efectivos que aborden estas áreas críticas, sumando este factor a la relevancia práctica del estudio.

Ya en el campo de la relevancia social, y también de forma íntimamente ligada a la Gestión de calidad, se considera que este estudio es esencial para identificar en qué medida los médicos en formación están preparados para cumplir con las responsabilidades de la profesión para la protección de los derechos del paciente, puesto que el CI es un derecho ético y legal que permite a los pacientes tomar decisiones informadas sobre su propio tratamiento, evitando la vulneración de su autonomía y derechos. Bajo esta misma línea de relevancia social, se puede señalar que el estudio aporta a la promoción de la seguridad del paciente, puesto que la falta de un CI adecuado puede aumentar el riesgo de eventos adversos y complicaciones durante los tratamientos²².

Desde un punto de vista académico, este estudio aportará información respecto de la situación de los conocimientos y prácticas de los médicos residentes sobre la implementación del CI, permitiendo realizar comparaciones con otras experiencias parecidas, y estableciendo también una línea base sobre la que se puedan repetir mediciones similares en contextos similares o incluso establecer mediciones base para la evaluación de intervenciones específicas para

mejorar las variables de interés. Finalmente, esta investigación contribuirá al cuerpo de conocimiento en bioética, específicamente en el área del CI, lo que permitirá comprender las barreras y desafíos en la implementación del CI, ofreciendo nuevas perspectivas sobre cómo mejorar las prácticas éticas en la medicina.

1.5 Hipótesis

En relación a la implementación del consentimiento informado, existe un insuficiente nivel de conocimientos y prácticas de implementación inadecuadas, por parte de los médicos residentes del Hospital Santa Bárbara, el año 2024.

1.6 Objetivos

Objetivo general

Caracterizar los conocimientos y las prácticas de médicos residentes en relación a la implementación del consentimiento informado en el Hospital Santa Bárbara, el año 2024.

Objetivos específicos

1. Describir características sociodemográficas de la población de estudio.
2. Definir los conocimientos de los médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara, sobre la implementación del consentimiento informado.
3. Identificar prácticas de implementación del consentimiento informado reportadas por médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara.

1.7 Diseño metodológico

1.7.1 Tipo de investigación

El presente estudio se desarrolló desde un enfoque cuantitativo, que permitiera llevar adelante un estudio observacional (sin intervención del investigador sobre el fenómeno a estudiar), descriptivo (por que permitió caracterizar el comportamiento de las variables de interés sin necesidad de llegar al análisis de sus relaciones), de tipo transversal (por que permitió el recojo de información en un momento dado del tiempo)²³, a través de la implementación de un cuestionario digital.

1.7.2 Población y muestra

La población de interés para este estudio está conformada por médicos residentes del Hospital Santa Bárbara, quienes al momento de implementación de la investigación alcanzaron un número de treinta y ocho (38) sujetos. Esta población de referencia está directamente relacionada con los procedimientos asistenciales brindados en las diferentes especialidades del Hospital Santa Bárbara. Dado que se pretendió incluir a todos los médicos residentes, no se propuso una muestra, y se propuso trabajar con el total de la población de referencia. Con el afán de que los sujetos participantes puedan brindar información válida respecto del fenómeno estudiado se propusieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Ser médicos residentes del Hospital Santa Bárbara.
- Haberse desempeñado en el Hospital Santa Bárbara como residente al menos durante dos meses.

Criterios de exclusión:

- Negarse a participar del estudio.

Se invitó a los treinta y ocho (38) médicos residentes a participar en el estudio mediante redes sociales de la Dirección de Educación e Investigación del Hospital Sta. Bárbara, usando un enlace a un formulario electrónico en el que se encontraba el consentimiento informado de investigación aprobado por un Comité de Ética de Investigación independiente, y

posteriormente, en caso de que los invitados aceptarán participar, accedían a las preguntas del estudio.

Participantes efectivos del estudio

Respecto de la cantidad final de participantes efectivos del estudio, treinta y tres (33) sujetos aceptaron participar del estudio, lo que representó un ochenta y siete por ciento (87%) del total de la población objetivo de este estudio. En vista de lo anterior, no se alcanzó a trabajar con el total de la población como se habría propuesto al inicio del estudio, por lo que los resultados obtenidos no pueden atribuirse al total de los residentes del Hospital.

1.7.3 Métodos, técnicas e instrumentos

Se determinó la aplicación de una encuesta, a través de la técnica del auto-llenado, mediante el uso de un cuestionario digital que se alojó en una plataforma de cuestionarios digitales (Formularios de Google). La encuesta es un método de recolección de información en el cual se recogen datos relacionados a las variables de interés a través de la consulta y respuesta de diferentes preguntas verbales o escritas y una de las técnicas para implementarla es el auto llenado, técnica en la cual el participante lee las preguntas por sí mismo, ya sea en medio físico o digital y procede a responder las preguntas por sí mismo sin intervención de un encuestador.

Se seleccionaron este método y técnica por el nivel educativo de los participantes, el cual permitiría llevar adelante esta tarea de forma sencilla y expedita, permitiendo la respuesta espontánea a las preguntas. Y si bien, la técnica del auto-llenado no permite realizar un control estricto sobre las condiciones en las que se desarrolla la implementación del instrumento, la naturaleza del instrumento y las instrucciones para su llenado procuraron evitar dificultades a la hora de completar el mismo, recomendando entre otras medidas: tomar el tiempo pertinente para su implementación.

El instrumento a utilizar fue desarrollado por el investigador, en función de las características de implementación del consentimiento informado señaladas en la normativa vigente a nivel nacional y en experiencias previas desarrolladas en otros ámbitos^{24, 25}. El instrumento se compuso de 4 secciones, con un total de veinticuatro (24) preguntas (Anexo 1), accesibles

después del consentimiento informado. El instrumento fue piloteado con 3 médicos generales de la atención primaria de la Red 1 de salud, para verificar la comprensión de las preguntas y realizar las correspondientes correcciones antes de implementar el cuestionario con la población objetivo del estudio. Las secciones y distribución de preguntas fue la siguiente:

1. Instrucciones
2. Preguntas de caracterización del participante y antecedentes laborales y de capacitación en temas de interés: 7 preguntas de tipo selección múltiple y abiertas
3. Evaluación de conocimientos: 8 preguntas de tipo selección múltiple.
4. Evaluación de prácticas: 9 preguntas de tipo selección múltiple.

1.7.4 Variables de estudio

Las principales variables de este estudio de tipo son las siguientes:

Conocimiento. La definición básica del conocimiento se relaciona con el nivel de comprensión de la naturaleza, cualidad y relaciones de las cosas. “El conocimiento que posee una comunidad se refiere a la comprensión o entendimiento de un tema determinado...”²⁶ La medición de la variable se realizó a través de la verificación de la identificación de características clave de la teoría y práctica de la implementación del CI. Para este estudio, la evaluación del conocimiento de los residentes se realizó a partir de la aplicación de ocho preguntas que evaluaron el conocimiento al respecto de características clave del CI y su implementación, tanto del ámbito teórico como del ámbito práctico de la implementación del CI. Para estas preguntas de tipo opción múltiple sólo existía una opción correcta.

Práctica. Definida como el ejercicio o realización de actividades como aplicación de ideas, creencias y teorías, la práctica refleja el comportamiento final de los sujetos en relación a diferentes fenómenos. “Práctica se refiere a las formas en las que la comunidad demuestra su conocimiento y actitud a través de sus acciones”²⁶. En este estudio se exploraron prácticas relacionadas con los siguientes aspectos: entrenamiento de los profesionales en la implementación del CI y aplicación del CI en la práctica diaria. Para este estudio, se describieron las prácticas de los residentes a partir de tres grupos de variables:

- a) En primer lugar, se exploró el rol de los residentes y otros actores en la práctica de la explicación de la información del CI, en tres escenarios de implementación del CI.
- b) En segundo lugar, se exploró el rol de los residentes y otros actores en la práctica del recojo de la firma del CI, en tres escenarios de implementación del CI.
- c) Finalmente, se exploró la frecuencia de cumplimiento de características clave en relación a las fases de implementación del CI.
 - La anticipación de la entrega del CI a la realización de una cirugía para la fase de “Interacción con paciente y/o familiares”.
 - La frecuencia de explicación completa y detallada del proceso del CI para la fase de “Entrega de información”.
 - La frecuencia de registro en expediente de datos según norma para la fase de “Registro y manejo del CI”.

Es importante resaltar que las preguntas de conocimientos, procuraron evaluar el nivel de entendimiento, comprensión o familiaridad con términos y procesos clave del CI; mientras que, en el caso de las preguntas sobre prácticas, se procuró que estas exploraran la ocurrencia y/o frecuencia de determinadas prácticas claves relacionadas con el CI, aunque estas hayan sido realizadas por sí mismos o terceras personas.

La evaluación de las prácticas recién descrita puede tener limitaciones en cuanto a su nivel de objetividad de las acciones reportadas, puesto que no se verificó objetivamente la realización de una práctica determinada; sin embargo y a pesar de esta limitación, es necesario señalar que la referencia de realización de una práctica es un indicador aproximado útil para establecer líneas de base sobre prácticas que no puedan evaluarse de forma objetiva por temas de tiempo u otros motivos particulares, como ocurre por ejemplo con los estudios de prácticas alimenticias, en los que no se puede objetivar las prácticas, sino que se exploran las referencias al respecto de estas, que son reportadas por los participantes²⁷.

Operacionalización de variables

Variable	Dimensión	Categorías	Variable
Características generales (Variables demográficas, laborales y de capacitación)	Sexo	<ul style="list-style-type: none"> Hombre Mujer 	Cualitativa nominal
	Edad	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 29 30 y más 	Cualitativa ordinal
	Área de especialidad	<ul style="list-style-type: none"> Clínica Quirúrgica 	Cualitativa nominal
	Año de residencia	<ul style="list-style-type: none"> Primer Segundo Tercer 	Cualitativa ordinal
	Años de experiencia laboral	<ul style="list-style-type: none"> Hasta 3 4 y más 	Cualitativa ordinal
	Capacitación en bioética	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	Cualitativa nominal
	Capacitación en consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> Si No 	Cualitativa nominal
Conocimiento (comprensión o entendimiento de un tema determinado, en este caso, la implementación del CI)	Identificación del objetivo del Consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Significado del respeto de las preferencias del paciente	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Características de la información del consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Identificación de factores que dificultan al paciente tomar decisiones	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Obligación prioritaria del consentimiento informado	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Situación en que la obligación de informar es mayor	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Situación en la que se justifica ocultar información	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal
	Conducta frente al rechazo del consentimiento informado en situación de peligro de vida	<ul style="list-style-type: none"> Correcto Incorrecto 	Cualitativa nominal

Cont.

Variable	Dimensión	Categorías	Tipo
Práctica (formas en las que la comunidad demuestra su conocimiento y actitud a través de sus acciones)	Responsable de realizar la explicación del CI en "Procedimientos clínicos"	<ul style="list-style-type: none"> • Residente • Médico tratante • Médico especialista • Enfermeras • Internos • Varios sujetos 	Cualitativa, nominal
	Responsable de realizar la explicación del CI en "Cirugías programadas"		
	Responsable de realizar la explicación del CI en "Cirugías de emergencia"		
	Responsable de realizar el recojo de la firma del CI en "Procedimientos clínicos"		
	Responsable de realizar el recojo de la firma del CI en "Cirugías programadas"		
	Responsable de realizar el recojo de la firma del CI en "Cirugías de emergencia"		
	Anticipación de la entrega del CI a la realización de una cirugía programada	<ul style="list-style-type: none"> • Más de 24 horas antes • Entre las 24 horas antes, pero no el mismo día de la cirugía • La mañana de la cirugía, pero no antes de entrar a quirófano • Momentos previos a entrar a quirófano 	Cualitativa, ordinal
	Frecuencia de explicación completa y detallada del proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muchas veces • Algunas veces • Nunca 	Cualitativa, ordinal
	Frecuencia de registro en expediente de datos según norma	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Muchas veces • Algunas veces • Nunca 	Cualitativa, ordinal I

1.7.5 Recolección y análisis de datos

Previa coordinación y autorización de las autoridades del Hospital Sta. Bárbara y obtención del visto bueno del Comité de Ética de Investigación, se procedió a la implementación de un cuestionario digital en línea (que incluyó el consentimiento informado de investigación), a través de la herramienta de Cuestionarios de Google. Este cuestionario fue difundido a través de la aplicación WhatsApp, por las autoridades del Hospital, utilizando un enlace directo al cuestionario en línea y una hoja de información en formato PDF con los datos generales y consideraciones éticas del estudio. Una semana después de la difusión inicial del cuestionario, se solicitó a las autoridades del Hospital que enviarán un recordatorio de forma semanal por el período de tres semanas, momento en el que se cerró el recojo de datos.

Para este proyecto, se generó una base de datos en formato Microsoft Excel desde la plataforma de encuestas digitales, esta base se exportó al Programa de análisis estadístico SPSS IBM, para realizar un análisis exploratorio de las variables incluidas en la base de datos, a partir de la cual se realizará la limpieza de la base de datos, y posteriormente se realizó el análisis estadístico pertinente para cumplir con los objetivos del estudio, de acuerdo al siguiente detalle:

De forma general, los resultados del estudio se analizaron para el total de la muestra y posteriormente, en función de dos grupos de participantes: los residentes de especialidades del área clínica, y residentes de especialidades del área quirúrgica, esta organización se mantuvo para todas las variables del estudio. Las características sociodemográficas, antecedentes laborales y de capacitación en temas de interés, fueron objeto de un análisis estadístico descriptivo para identificar tendencias y patrones, y posteriormente un análisis estadístico inferencial para analizar diferencias y comparar el comportamiento de variables.

Para la evaluación de conocimientos, se realizó el análisis estadístico descriptivo de las ocho preguntas de características clave del CI, mientras que, en la sección de presentación de resultados de este documento, se recategorizaron las opciones de respuesta para mostrar dos categorías: respuestas correctas e incorrectas). Posteriormente se realizó el análisis inferencial, haciendo énfasis en la comparación del comportamiento de las variables entre las

dos áreas de especialidades (clínica y quirúrgica) con las pruebas de χ^2 y la prueba del Test de Fisher cuando no se cumplían los requisitos para realizar el χ^2 .

Para la descripción de las prácticas, se realizó el análisis descriptivo de la frecuencia de la práctica de “Explicación de la información del CI”, así como de la práctica del “Recojo de la firma del CI” tanto para el total de participantes, como para cada área de especialidad y finalmente para la exploración de la frecuencia de tres prácticas clave en la implementación del CI. Debido al número bajo de casos observados en las categorías de análisis no se pudo realizar un análisis estadístico inferencial de las diferencias entre ambos grupos.

1.7.6 Consideraciones éticas

El proyecto se desarrolló bajo la guía, respeto y conformidad a los principios de ética de la investigación reconocidos a nivel internacional (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia), así como las normas vigentes relacionadas con la investigación que involucre a seres humanos^{3, 28, 29}. El proyecto fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba.

Si bien se considera que el presente estudio no tiene riesgos directos o indirectos para los potenciales participantes, se han considerado los siguientes aspectos para precautelar el respeto de estos sujetos:

- Desarrollo e implementación de una hoja de información y un consentimiento informado de investigación específico.
- Aseguramiento de voluntariedad de participación y permanencia en el estudio.
- Confidencialidad de la información personal de las respuestas entregadas.
- Resguardo cuidadoso de la información recolectada en medios magnéticos a cargo del principal investigador.

CAPITULO I - MARCO TEORICO Y CONTEXTUAL

I.1 Marco Teórico

I.1.1 El Consentimiento Informado, antecedentes y definición

El concepto de Consentimiento Informado (CI) tiene sus raíces en el principio de autonomía, que sostiene que los pacientes deben tener la capacidad de tomar decisiones sobre su propio cuidado al ejercer su autodeterminación como seres dignos de respeto³⁰. La idea de que los pacientes tienen derecho a estar informados sobre los tratamientos y procedimientos médicos se desarrolló a lo largo del tiempo a medida que la medicina evolucionaba hacia un enfoque más centrado en el paciente. Uno de los primeros hitos en la formalización del CI se encuentra en los juicios de “Mohr v Williams and Pratt v Davis” (1905), en el que se estableció que el consentimiento del paciente es fundamental antes de realizar cualquier intervención médica¹. Esta decisión subrayó la importancia de obtener el consentimiento del paciente para cualquier procedimiento médico, sentando las bases para el desarrollo posterior del consentimiento informado³¹.

Estas experiencias junto con la necesidad de velar por el respeto a la dignidad de los sujetos de investigación, despertada por los abusos nazis para el desarrollo de investigación sin respetar la ética, fueron conformando la base de lo que sería el consentimiento informado en la práctica asistencial y de investigación³². De esta forma, la formalización del CI como un principio ético y legal se desarrolló tanto en el ámbito clínico como de la investigación, pero siempre con un enfoque creciente en los derechos del paciente y se fue reflejando en diversos documentos y guías internacionales como la Declaración de Helsinki, adoptada por la Asamblea Mundial de Médicos (AMA por sus siglas en inglés) en 1964, que enfatizó la necesidad de implementación del CI³³. Como parte de esta evolución, el CI ha tenido diferentes definiciones como, por ejemplo:

- “Consentimiento que ha de prestar el enfermo o, de resultarle imposible, sus allegados, antes de iniciarse un tratamiento médico o quirúrgico, tras la información que debe transmitirle el médico de las razones y riesgos de dicho tratamiento”³⁴.
- "Consentimiento para la cirugía por parte de un paciente, o para la participación en un experimento médico por parte de un sujeto después de lograr una comprensión de lo que se trata”³⁵.

- "Consiste en la explicación, a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, para a continuación solicitarle su aprobación"³³.

En esta última definición, desarrollada y adoptada por la AMA, se refleja particularmente la complejidad del desarrollo del CI, puesto que como se señala en la definición, el proceso de CI no sólo implica la presentación de información al paciente; sino que esta información debe cumplir con ciertos requisitos como la comprensibilidad y falta de sesgos, además que se debe procurar que no exista coerción, de forma que se permita la auto-determinación del paciente en la toma de decisiones respecto de su salud.

Profundizando un poco más en las características del CI, se puede señalar que es un proceso en el cual el médico tratante debe informar al paciente la variedad de métodos diagnósticos y terapéuticos, explicando, además, las ventajas y desventajas de estos, para que sea el paciente quien elija la alternativa que mejor le parezca según la información brindada por el facultativo. La explicación se efectúa a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su situación, así como del balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos o intervenciones recomendadas, para a continuación consentir o rechazar los mismos de acuerdo con su escala de valores.

Tomando en cuenta los puntos de vista de la ética clínica y jurídica, el CI pretende que se respete el derecho a la autonomía de los pacientes, promoviendo la participación del paciente en su proceso de atención en salud, compartiendo responsabilidades y asumiendo riesgos, y finalmente optimizar la relación médico-paciente.

I.1.2 Consentimiento informado en el Proyecto Nacional de Calidad en Salud

Según el documento "Obtención del Consentimiento Informado"¹¹, una normativa componente del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS) en Bolivia, que se encuentra en vigencia a nivel nacional desde el 2008, el consentimiento informado se define como "La potestad que tiene el/la paciente de aceptar la realización en su propia persona de procedimientos de diagnóstico y/o tratamiento clínico, de laboratorio, por imágenes, instrumental, o quirúrgico, toda vez que hubiera comprendido cabal y libremente los beneficios

y eventuales perjuicios de dichos procedimientos a partir de información previa que debe brindar el respectivo personal de salud que los realizará, al propio paciente o al familiar, o tutor responsable en casos de minoridad o incapacidad física, psíquica o mental debidamente comprobada". Respecto de sus características y en coherencia con guías éticas internacionales²⁹, la normativa menciona las siguientes:

- **Voluntariedad**, "El/la paciente debe decidir libremente someterse a un tratamiento o prueba diagnóstica sin que haya persuasión, manipulación, ni coerción..."
- **Información**, "El proceso de explicación que realiza el médico tratante al paciente y/o familiares como parte de su obligación ..."
- **Comprensión**, "La capacidad del paciente y/o familiar de entender la información que se le da sobre la situación de salud en cuestión, a partir de una explicación clara y sencilla pero suficiente sobre el procedimiento"

La normativa nacional, también incluye diferentes formatos para su implementación en el país, mismos que son:

- Consentimiento para Hospitalización.
- Consentimiento para Intervenciones quirúrgicas.
- Consentimiento para Procedimientos diagnósticos.
- Consentimiento para Tratamiento de Enfermedad de Chagas.
- Consentimiento para Transfusión sanguínea segura.
- Consentimiento para Ligadura de trompas.
- Consentimiento para Vasectomía.

En la normativa vigente se señalan los pasos para garantizar el adecuado desarrollo del proceso de consentimiento informado. Con el objeto de presentar estos pasos de forma ordenada y separada se han desagregado a continuación en cuatro grupos: a) Pasos previos, b) Interacción con pacientes y/o familiares, c) Entrega de información y d) Registro y manejo. De esta forma se pueden identificar las diferentes acciones que se incluyen en este importante proceso:

Pasos previos

1. Revisar la situación del paciente
2. Preparar la información a proporcionar
3. Coordinar la información con un traductor cuando no se maneje el idioma materno del paciente

Interacción con paciente y/o familiares

4. Entregar la información mediante un traductor cuando no se maneje el idioma materno del paciente
5. Convocar a familiares a un ambiente apropiado
6. Procurar comodidad de asistentes
7. Evitar mostrar apuro en el proceso
8. Para procedimientos electivos entregar el formulario del consentimiento con por lo menos 24 hs. de anticipación
9. Para procedimientos de emergencia y urgencia, la información entregada debe ser acorde al tiempo disponible para la atención oportuna del paciente, e incluso es posible no realizar el proceso si la situación lo amerita.
10. En situaciones de urgencia en el que paciente o familiares no puedan procesar la información, procurar la intermediación de otro familiar o allegado

Entrega de información

11. Registrar en el expediente las condiciones de obtención del consentimiento informado y la condición del paciente al obtenerlo
12. Incluir como testigo a otro personal de salud
13. Llenar el formulario con frases cortas con punto y aparte
14. Evitar tecnicismos
15. Usar iconografía para favorecer comprensión
16. En caso de pacientes y/o familiares analfabetos, leer el contenido del formulario
17. Responder las preguntas que se formulen
18. Si no hay preguntas, consultar si todo está claro o si desean más información
19. Resaltar que el consentimiento no es una carta blanca, ni la renuncia del paciente a sus derechos.

Registro y manejo

20. Una vez obtenido el consentimiento adjuntarlo a la historia clínica
21. Registrar en la historia clínica la fecha y hora de conversación, nombres y apellidos de los presentes y otros detalles pertinentes
22. Firmar el comentario de la historia clínica
23. Firmar el consentimiento informado (puntabola azul)
24. Obtener firma de familiares (puntabola azul)
25. Entregar fotocopia a solicitud
26. Si el paciente no sabe escribir, estampar su huella digital
27. Estampar sello personal, o con puño y letra sus datos completos
28. Considerar que los pacientes tienen derecho a cambiar de opinión en cualquier momento, antes o durante el procedimiento. Si ocurriera, registrarlo en historia clínica, junto con fecha, horas y firmas.
29. Si el procedimiento debe realizarse en otro servicio o unidad, se deberá asegurar que la historia clínica y el consentimiento informado estén disponibles en el sitio donde se desarrollará el procedimiento.

Finalmente, la normativa lista las diferentes ocasiones en las que se debe solicitar un consentimiento informado, que son las siguientes:

- Cirugías programadas o de emergencia, médicas y odontológicas.
- Procedimientos diagnósticos invasivos, especialmente en los que la evidencia científica prevé complicaciones.
- Tratamiento médicos o quirúrgicos con efectos colaterales que afectan la calidad de vida (cáncer, derivaciones intestinales, enfermedad de Chagas, otros).
- Anticoncepción quirúrgica voluntaria.
- Administración de anestesia.
- Tratamientos médicos de enfermedades más frecuentes, pero cuando el paciente o familiares muestran dudas antes de tomar una decisión.
- Tratamientos en los que se emplea medicamentos que por la evidencia científica se sabe que pueden provocar efectos colaterales graves, o reacciones alérgicas, aunque estos sean poco frecuentes.

- Casos de violencia familiar, doméstica o sexual.
- Tratamientos odontológicos de riesgo. Ortodoncias.
- Investigaciones clínicas, médicas u odontológicas, con pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Transfusión de sangre y derivados.
- Cualesquier otras situaciones en las que el médico, odontólogo, enfermera, auxiliar de enfermería u otro profesional o técnico de salud considere necesario obtenerlo.

I.1.3 Barreras y facilitadores para implementar del consentimiento informado

Una de las principales dificultades en la implementación adecuada del CI es la comunicación efectiva entre médicos y pacientes. La falta de tiempo durante las consultas, la complejidad del lenguaje médico y la incapacidad para adaptar la información a las necesidades del paciente pueden llevar a una comprensión insuficiente del consentimiento informado³⁶, este aspecto se torna más delicado cuando los pacientes pertenecen a grupos vulnerables como es el caso de pacientes psiquiátricos o menores de edad³⁷. Lo anterior tiene que ver con el hecho de que la complejidad del lenguaje utilizado durante el proceso de consentimiento puede resultar en malentendidos y en una toma de decisiones menos informada y la falta de habilidades comunicativas de los médicos para explicar conceptos médicos complejos de manera comprensible también contribuye a estas barreras³⁸.

Otro factor que puede dificultar el adecuado proceso del CI, tiene que ver con las exigencias del entorno clínico, como la carga de trabajo y las demandas de tiempo del personal de salud, las que pueden limitar la capacidad de los médicos para llevar a cabo un proceso de consentimiento informado exhaustivo y completo. La necesidad de cumplir con múltiples tareas y la alta demanda de atención pueden llevar a una implementación apresurada o incompleta del consentimiento informado, en especial en situaciones de urgencia en las que exista mayor posibilidad de omitir un proceso de CI adecuado³⁹.

La diversidad cultural y lingüística también representa un desafío significativo para la implementación del CI. Los pacientes que hablan diferentes idiomas o que provienen de diversas culturas pueden tener diferentes expectativas y necesidades en cuanto a la información médica proporcionada. La falta de recursos adecuados, como intérpretes o

materiales de consentimiento en varios idiomas, puede afectar la capacidad para obtener un consentimiento verdaderamente informado⁴⁰.

Es importante resaltar que las barreras o dificultades antes señaladas comparten un factor en común: la formación de los médicos para enfrentar estos desafíos. Por ello, se puede considerar que la falta de capacitación específica sobre el CI en los programas de formación médica puede resultar en una implementación deficiente de este proceso⁴¹. Los médicos en formación a menudo no reciben suficiente educación sobre cómo llevar a cabo el consentimiento informado de manera efectiva, lo que puede afectar su habilidad para cumplir con los estándares éticos y legales⁴². Las dificultades de los médicos residentes para la implementación del CI, y su relación con la falta de capacitación y conocimiento, serán abordadas con mayor detalle más adelante en este capítulo.

Por otra parte, al considerar los factores potencialmente facilitadores de la implementación adecuada del CI, sin duda que la formación y capacitación continua del CI son cruciales para mejorar la implementación de este proceso, puesto que los programas de educación médica que incluyan entrenamiento en habilidades de comunicación y en aspectos éticos del consentimiento informado pueden ayudar a los médicos a cumplir con los estándares requerido^{43, 44}.

Adicionalmente, es necesario considerar el desarrollo y la utilización de herramientas electrónicas y recursos educativos, como hojas informativas simplificadas, consentimiento electrónico y videos explicativos para facilitar la comprensión del consentimiento informado para los pacientes, a la vez que facilitan la adecuada implementación del proceso por parte del personal de salud⁴⁵. Estas herramientas pueden ayudar a traducir la información médica compleja en un formato accesible y comprensible.

Otro factor de gran importancia para facilitar la aplicación del CI sería el desarrollo e implementación de protocolos y políticas institucionales que estandaricen el proceso de CI puede mejorar su consistencia y eficacia⁴⁶. Establecer directrices claras y procedimientos para la obtención del CI ayuda a garantizar que todos los pacientes reciban la misma calidad de información y atención en este aspecto.

De forma paralela al desarrollo de protocolos y políticas institucionales, la supervisión y la retroalimentación continua son esenciales para mejorar las prácticas de CI⁴⁷. Los sistemas de revisión y auditoría que evalúan la calidad del CI y proporcionan retroalimentación a los profesionales de la salud pueden ayudar a identificar áreas de mejora y reforzar las mejores prácticas⁴⁸.

Para finalizar esta breve descripción de barreras y facilitadores para la implementación del CI, se puede señalar que, si bien las condiciones de estructura institucional son fundamentales para un adecuado proceso de CI, el conocimiento de los profesionales de salud al respecto de los fundamentos, características y requerimientos éticos y legales del CI son críticos para tener éxito en la implementación de este importante proceso. Por este motivo en este estudio se decidió enfocarse en la exploración de los conocimientos y las prácticas de los médicos residentes respecto de la implementación del CI.

I.1.4 Implementación del consentimiento informado, conocimientos y prácticas

La exploración de los conocimientos y prácticas de profesionales de salud al respecto de la implementación del consentimiento informado se ha desarrollado en diversos contextos, y si bien existen diferentes modelos teóricos al respecto de los conceptos de conocimientos y prácticas^{49, 50}, para este estudio se eligió seguir las siguientes definiciones: el “conocimiento” se relaciona con el nivel de comprensión de la naturaleza, cualidad y relaciones de las cosas. “El conocimiento que posee una comunidad se refiere a la comprensión o entendimiento de un tema determinado...”; por otra parte, la “práctica” se define como el ejercicio o realización de actividades como aplicación de ideas, creencias y teorías, la práctica refleja el comportamiento final de los sujetos en relación a diferentes fenómenos. “Práctica se refiere a las formas en las que la comunidad demuestra su conocimiento y actitud a través de sus acciones”²⁶.

Si bien existe variabilidad al respecto de la metodología y dimensiones exploradas en los estudios de conocimientos y prácticas del CI, se puede señalar que en general se han identificado importantes brechas entre la situación ideal y la situación observada. Así, por ejemplo, un estudio realizado en seis hospitales de Croacia describió que menos del 66% de los médicos estaban al tanto de las implicaciones legales del consentimiento informado⁵¹ y que incluso menos del 33% cumplían con el proceso del CI de forma adecuada. En otro estudio

realizado con enfermeras del área quirúrgica en Turquía, se señaló que existe desconocimiento al respecto del rol de su profesión en el proceso del CI (39%), o que sólo un 90% reporta informar al paciente sobre los procedimientos a realizarle⁵². Un estudio realizado con profesionales de la salud en el Congo, reportó que sólo un 30% de profesionales obtuvo calificaciones suficientes en el conocimiento, y sólo un 11% obtuvo calificaciones suficientes respecto de las prácticas relacionadas al CI.

Abordando específicamente el grupo de médicos residentes, la literatura señala que no es raro que estos se encarguen de llevar adelante los procesos relacionados con el consentimiento informado de los pacientes, como es el caso señalado por Abdulaziz al respecto de los residentes de ortopedia⁹, estudio en el que se señala que los residentes no se sienten confiados para llevar adelante este importante proceso, principalmente por falta de conocimiento (86%) e insuficientes competencias de comunicación (85%). Esta situación es coherente con otros estudios que reportan que los residentes no se sienten cómodos con la obtención del consentimiento informado (82%)¹⁵, o que cuando lo implementan lo hacen con deficiencias importantes, debido a su falta de conocimiento sobre las características y requisitos del CI⁵³, por lo que se puede resaltar la importancia de identificar espacios de mejora para incluir el desarrollo de las competencias requeridas en la formación de los médicos residentes, misma necesidad que es también reconocida por los médicos residentes⁵⁴.

Las experiencias de diagnóstico de situación y posterior intervención para el fortalecimiento de las competencias relacionadas con la implementación del consentimiento informado entre residentes en otros contextos han demostrado mejorar la confianza de este grupo al implementar este importante documento, tal como se reporta en experiencias de diferentes contextos, en las que la capacitación con diferentes metodológicos mejoró la confianza y eficacia de los residentes para implementar el proceso del CI^{16, 55, 56}. En vista de estas experiencias se puede señalar que con el propósito de mejorar la atención al paciente y el desempeño de los residentes en la implementación adecuada del consentimiento informado, superando los desafíos que su práctica actual imponen, las instituciones y el sistema de salud deben desarrollar estrategias que permitan estandarizar competencias para la implementación de este importante documento y brindar supervisión a los residentes durante la obtención del consentimiento informado.

I.2 Marco contextual

I.2.1 Marco geográfico y social

La ciudad de Sucre es la capital constitucional de Bolivia, la capital del Departamento de Chuquisaca y la sexta ciudad más poblada de Bolivia con una población estimada de 360.544 habitantes para el 2022⁵⁷ con una prevalencia de analfabetismo del 5,2%, que se distribuyen en una superficie de 1.722 kilómetros cuadrados. Ubicada en la parte centro-sur del país, y al norte del departamento de Chuquisaca en el que predominan la cultura Quechua, con algunas comunidades e influencias Aymaras y Guaraníes desde donde existe una constante migración a la ciudad, en la ciudad de Sucre “se han descrito las características socioculturales según el censo 2012 y las variables de idioma materno, el primer idioma y la auto pertenecía de la población, en ese sentido el municipio de sucre predomina el idioma materno castellano, el 67,73% de los habitantes del municipio hablan el idioma castellano, el 25,86% hablan el idioma quechua y el 0,36% hablan el idioma Aymara, según la auto pertenecía la población el 88,9% de la población se identificó como Quechua y el 2,6% se identificó como aymara”¹² reflejando una diversidad importante que se refleja en el quehacer social y costumbres de la población de la ciudad⁵⁸.

I.2.2 Marco institucional

El Hospital Santa Bárbara es el Hospital de tercer nivel de complejidad del subsistema público de salud que funciona como centro principal de referencia para todo el sistema de salud del departamento de Chuquisaca e incluso de algunos departamentos vecinos como el caso de Potosí. El Hospital Sta. Bárbara se inserta en el sistema de salud en el municipio de Sucre está organizado en una Red de Servicios, entendiéndose por tal a un conjunto de establecimientos y servicios de primer, segundo y tercer nivel de atención, que pertenecen al Sistema Nacional de Salud, localizados en un espacio geográfico-territorial específico que puede incluir o no a varios municipios.

El Hospital Sta. Bárbara es el establecimiento de mayor complejidad y capacidad resolutive del sistema de salud local, y por ello en esta institución también se desarrolla la formación de estudiantes de carreras de la salud en diferentes niveles, a través de las prácticas de pregrado, el desarrollo del internado en diferentes profesiones del área de la salud y finalmente el

desarrollo del programa de formación de especialistas médicos en diferentes especialidades clínica y quirúrgicas.

En este contexto, los residentes de diferentes niveles que desarrollan su formación para ser especialistas médicos en el marco de la reglamentación del Sistema Nacional de Residencia Médica (SNRM), dependiente del Comité Nacional de Integración docente Asistencial e Investigación (C.N.I.D.A.I.) a nivel nacional y del Comité Regional de Integración docente Asistencial e Investigación (C.R.I.D.A.I.), desarrollan sus actividades de formación bajo los principios señalados en el reglamento del SNRM y la Norma Boliviana de Integración docente asistencial⁵⁹. Es justamente en este último documento, que se señala la obligación del respeto de los principios éticos durante la formación de los médicos residentes: Respeto de las obligaciones de los médicos residentes: “Observar los principios de ética profesional en el periodo de formación posgradual”.

I.2.3 Marco legal del consentimiento informado en Bolivia

En la Constitución Política del Estado (Art. 44 inc. I), se señala que: “Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida”, siendo este el mayor referente a nivel nacional de la importancia del consentimiento informado para el aseguramiento del respeto a la autonomía de las personas en el área de la asistencia sanitaria.

En el Código de salud de la República de Bolivia (Art 5 inc. d), se señala que El derecho a la salud del habitante boliviano consiste entre otros puntos: “A no ser sometido a experimentación clínica y científica sin el previo consentimiento de la persona, con la debida información en cuanto al riesgo”, demostrando que el consentimiento informado no sólo debe ser parte importante de la atención sanitaria sino también de los procesos de investigación que procuren el avance del conocimiento científico en este ámbito de las ciencias.

El Código Civil señala al respecto de la negativa de examen o tratamiento (Art. 6): “La persona puede rehusar someterse a un examen o tratamiento Médico quirúrgico, a menos que se halle obligada por disposición de la ley o reglamento administrativo”. Y respecto del consentimiento expreso o tácito (Art. 453) señala que: “El consentimiento puede ser expreso o tácito. Es

expreso si se manifiesta verbalmente o por escrito o por signos inequívocos; tácito, si resulta presumible de ciertos hechos o actos.”

En la Ley N° 3131 de 08 de agosto de 2005, Ley del Ejercicio Profesional Médico, se hace referencia al consentimiento informado como uno de los documentos médicos oficiales (Art. 10 inc. c); y se señalan como deberes del profesional médico: “Respetar el consentimiento expreso del paciente, cuando rechace el tratamiento u hospitalización que se le hubiere indicado”. (Art. 12 inc d); “Informar al paciente, o responsables legales, con anterioridad a su intervención, sobre los riesgos que pueda implicar el acto médico” (Art. 12 inc. i); “Cumplir con el llenado de los documentos médicos oficiales señalados en la presente Ley” (Art. 12 inc. j). Y finalmente se señala como derecho del paciente la “Recibir información adecuada y oportuna para tomar decisiones libre y voluntariamente” (Art.13 inc. e).

En el D.S. N° 28562 de 222 de diciembre de 2005, Reglamento a la ley N° 3131 del Ejercicio Profesional Médico, Art. 14, se señala: “Consentimiento expreso, se refiere a la voluntad o decisión del paciente de rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal”.

En el Código de Ética y Deontología Médica se hace referencia al consentimiento informado en los siguientes artículos:

- Art. 20, Información al paciente: “Para la aplicación de cualquier método diagnóstico o terapéutico, es necesario informar al paciente, sus familiares o apoderado legal y registrar en la historia clínica correspondiente”.
- Arts. 22, Acto médico en casos especiales: “En caso de inconsciencia, incapacidad mental o legal del paciente, el médico debe requerir el consentimiento informado y escrito de sus familiares o apoderados en presencia de testigos.
En situaciones de urgencia y ausencia de responsables, debe contar, en lo posible, con la opinión autorizada y aquiescencia escrita de uno o dos médicos llamados en consulta”.
- Art. 23, Acto médico en casos de emergencia: “Si en un caso de emergencia no fuera posible obtener el consentimiento informado, siempre y cuando el criterio clínico

aconsejara un tratamiento médico o quirúrgico inmediato, el médico quedará facultado para realizar el tratamiento, sin necesidad de autorización alguna”.

- Art. 25, El acto médico en menores de edad: “No se realizará acto médico alguno a pacientes menores de edad sin previo y pleno consentimiento informado y escrito de los padres o tutores; a menos que la vida o que el futuro del paciente exija intervención de urgencia”.
- Art. 27, Aspectos legales y competencia profesional: “En los casos previstos en el artículo anterior, el aborto será practicado por un médico especialista. En el caso del aborto terapéutico previo consentimiento informado de la mujer o un familiar próximo y la aprobación de una junta médica integrada por dos médicos especialistas. En el caso del inciso b), de acuerdo a lo prescrito por el art. 266 del Código Penal. En ambos casos el procedimiento será efectuado en centros hospitalarios adecuados y de funcionamiento legal”.

A partir de lo descrito en esta sección se puede señalar que existen varios antecedentes legales y normativos que dan cuerpo a las obligaciones y responsabilidades de los profesionales médicos en cuanto a la implementación del CI, antecedentes que deberían ser conocidos y aplicados por estos profesionales con el fin de promover el cumplimiento de los objetivos éticos y legales del CI. Así mismo, es necesario resaltar que la adecuada implementación del CI es parte fundamental de la responsabilidad profesional y legal dentro de la práctica médica, puesto que, en función de la normativa y legislación anteriormente descritas, es evidente que los profesionales de la salud pueden ser considerados legalmente responsables si no desarrollan un proceso de consentimiento informado en conformidad los requerimientos establecidos, el mismo que debe adecuarse a las distintas realidades y necesidades de los pacientes para cumplir no sólo con los imperativos legales, sino también, con los imperativos éticos de la profesión médica para el resguardo de la autonomía y seguridad de los pacientes.

Finalmente, se puede señalar que el aseguramiento de la adecuada implementación del proceso del CI, es una parte fundamental del trabajo de manejo del expediente clínico, así como del desarrollo de las auditorías en salud, actividades propias de la gestión de calidad que, junto a otras, permitirán promover la calidad de atención sanitaria.

CAPITULO II – ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En este capítulo se exponen los resultados del análisis de la información producida en la investigación y se desarrolla la discusión de los mismos. Para ello, se ha organizado la información en tres secciones: la primera expone las características generales de los participantes del estudio, la segunda muestra la información relacionada al conocimiento de los médicos residentes sobre características básicas del CI para su implementación, y finalmente, la tercera sección expone la información relacionada con las prácticas reportadas por los médicos residentes en relación a la implementación del CI.

II.1 Características de los participantes del estudio

Como se señaló anteriormente treinta y tres residentes del Hospital Sta. Bárbara (83% del total de residentes), participaron en el estudio. Este grupo de participantes fue descrito en función del sexo, edad, años de residencia, años de experiencia profesional y si recibieron capacitación en bioética o consentimiento informado, como puede apreciarse en la Tabla 1. La información de esta y las siguientes secciones se describe en función del área de especialidad de los residentes: clínica o quirúrgica. A continuación, se presenta el análisis de la información:

Tabla 1. Características generales de médicos residentes participantes del estudio, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Variables		Área Clínica n (%)	Área Quirúrgica n (%)	Total n (%)	Valor de p*
Sexo	Femenino	11 (57,9)	1 (7,1)	12 (36,4)	0,03
	Masculino	8 (42,1)	13 (92,9)	21 (63,6)	
Edad	Hasta 29	14 (73,7)	5 (35,7)	19 (57,6)	0,29
	30 y más	5 (26,3)	9 (64,3)	14 (42,4)	
Año de residencia	Primero	7 (36,8)	4 (28,6)	11 (33,3)	F 0,34
	Segundo	4 (21,1)	4 (28,6)	8 (24,2)	
	Tercero	8 (42,1)	6 (42,9)	14 (42,4)	
Años de experiencia profesional	Hasta 3	12 (63,2)	6 (42,9)	18 (54,5)	0,25
	4 y más	7 (36,8)	8 (57,1)	15 (45,5)	
Capacitación en bioética	Si	1 (5,3)	3 (21,4)	4 (12,1)	F 0,29
	No	18 (94,7)	11 (78,6)	29 (87,9)	
Capacitación en CI	Si	2 (10,5)	3 (21,4)	5 (15,2)	F 0,63
	No	17 (89,5)	11 (78,6)	28 (84,8)	

* el valor de p fue calculado para la prueba χ^2 , y el test de Fisher (F) cuando no se cumplieron los requisitos para χ^2 .

II.1.1 Sexo de los participantes

A partir de la información de la Tabla 1 y las representaciones gráficas de la Figura 1, se puede resaltar que una mayoría de los participantes (63,6%) es de sexo masculino, con especial predominio de este sexo en el área quirúrgica (92,9%), la diferencia de distribución de la variable sexo entre las dos áreas de especialidad tuvo una diferencia estadísticamente significativa ($\chi^2= 0,03$).

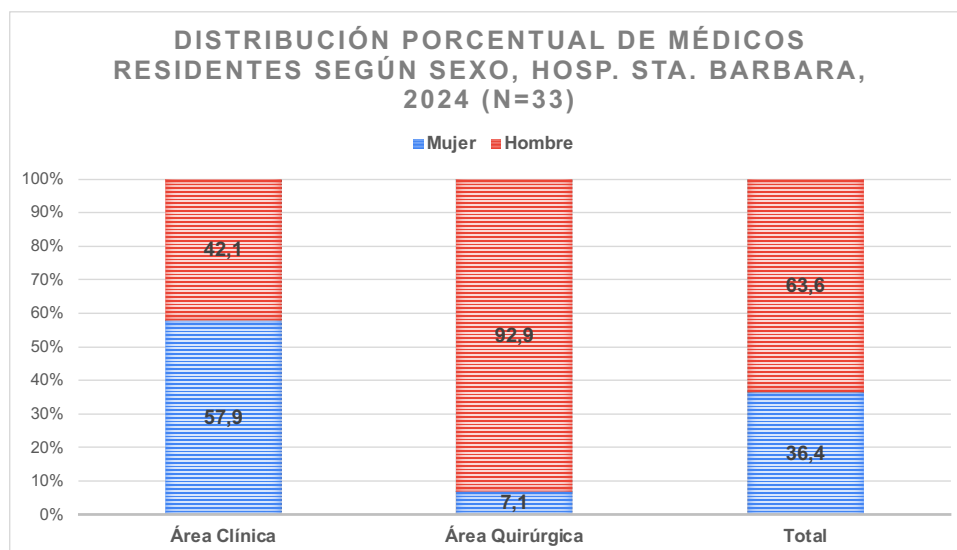


Figura 1. Distribución porcentual de médicos residentes según sexo, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

II.1.2 Edad de los participantes

En cuanto a la edad de los participantes, y como se puede apreciar en la figura 2, la variable edad fue recategorizada en dos grupos para facilitar su descripción, se puede señalar que la mayoría de participantes (57,6%) tiene menos de 30 años, y si bien existen diferencias evidentes en la distribución de participantes según edad entre las áreas clínica y quirúrgica, con 73,7% de residentes del área clínica menores de 30 años versus 35,7% de residentes del área quirúrgica menores de 30 años, esta diferencia no fue estadísticamente significativa ($\chi^2= 0,29$).

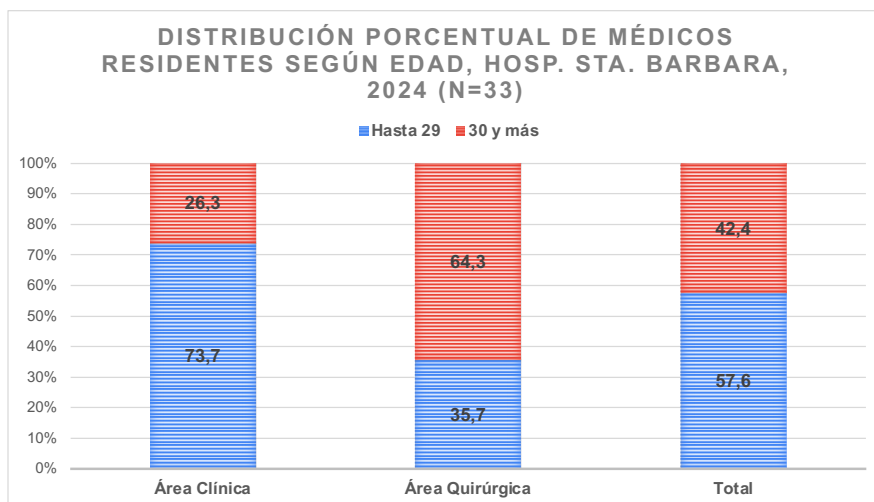


Figura 2. Distribución porcentual de médicos residentes según edad, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

II.1.3 Año de residencia de los participantes

En cuanto a la distribución de los participantes según el año de residencia que cursan, y tal como se puede apreciar en la figura 3, una mayoría (42,4%) pertenece al tercer año. Al interior de cada área de especialidad se mantiene este comportamiento; sin embargo, mientras que el área quirúrgica tiene una distribución similar entre residentes de primer y segundo año (28,6% en ambos), en el área clínica predominan los residentes de primer año (36,8%).

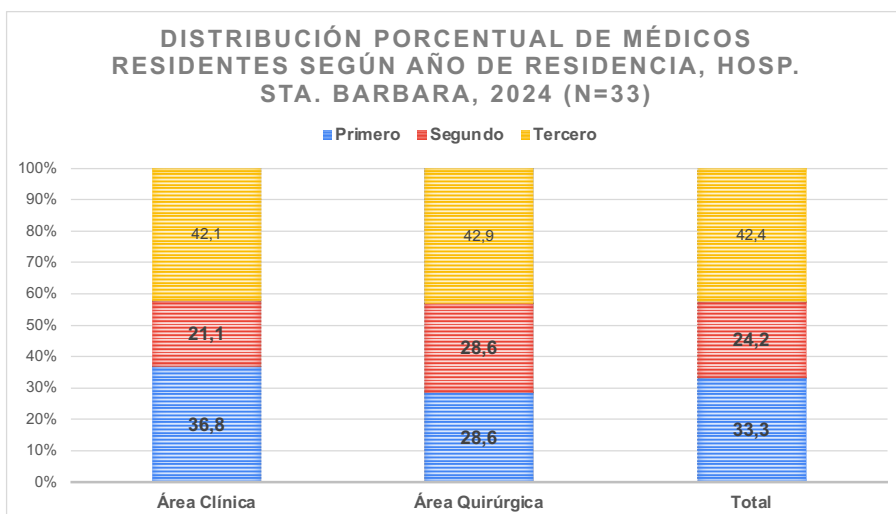


Figura 3. Distribución porcentual de médicos residentes según año de residencia, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

II.1.4 Año de experiencia profesional

Respecto de la variable experiencia profesional, resalta el hecho de que la mayoría de participantes (54,5%) tiene menos de 3 años de experiencia, como se puede apreciar en la figura 4. Este comportamiento es incluso mayor al interior del área clínica, en la que un 63,2% tiene menos de 3 años de experiencia, mientras que en el área quirúrgica ocurre lo contrario, encontrando una mayoría de participantes (57,1%) con cuatro o más años de experiencia, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($\chi^2 = 0,25$).

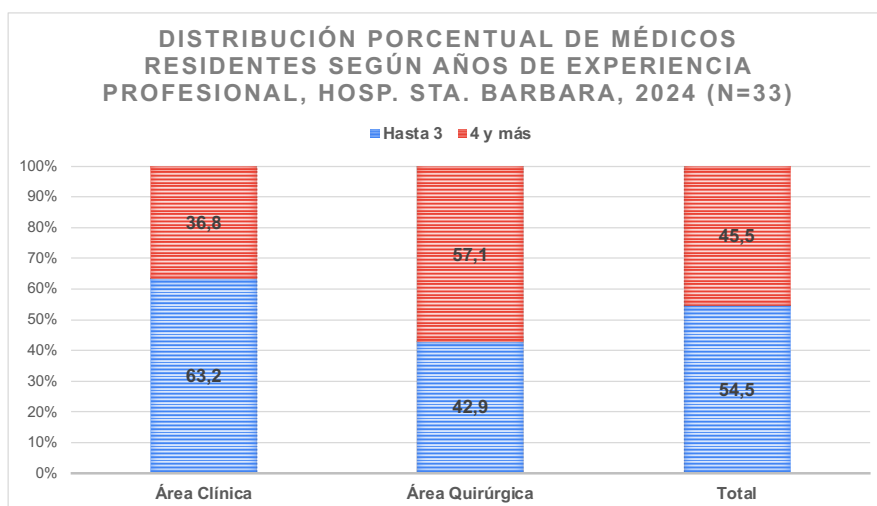


Figura 4. Distribución porcentual de médicos residentes según años de experiencia profesional, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

II.1.5 Antecedentes de capacitación en bioética

En las figuras 5 y 6, se puede apreciar la representación gráfica de la información relacionada a los antecedentes de capacitación en bioética y consentimiento informado de los participantes. Llama fuertemente la atención el hecho de que una gran mayoría de participantes reporta no haber recibido capacitación en bioética, ni en consentimiento informado (87,9% y 84,8% respectivamente).

El porcentaje de participantes que reportan no haber sido capacitados en estos temas aumenta en el área clínica en comparación al área quirúrgica, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa ($F=0,29$ y $F=0,63$ para bioética y consentimiento informado respectivamente).

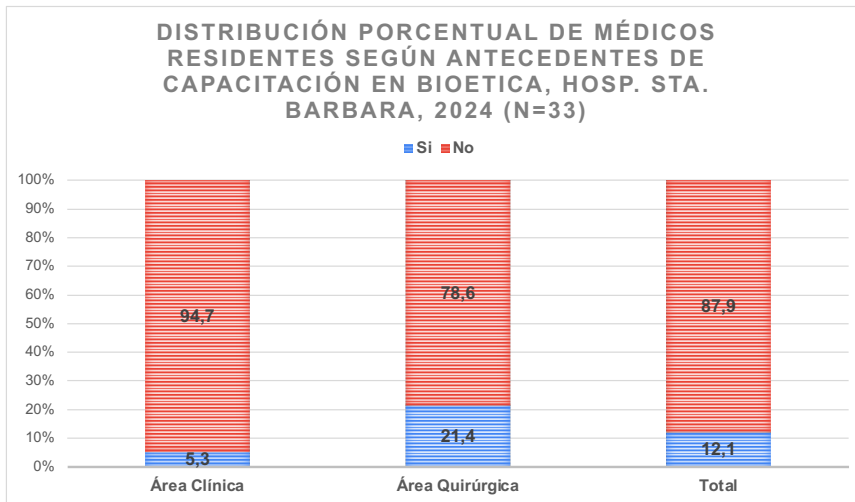


Figura 5. Distribución porcentual de médicos residentes según antecedentes de capacitación en bioética, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

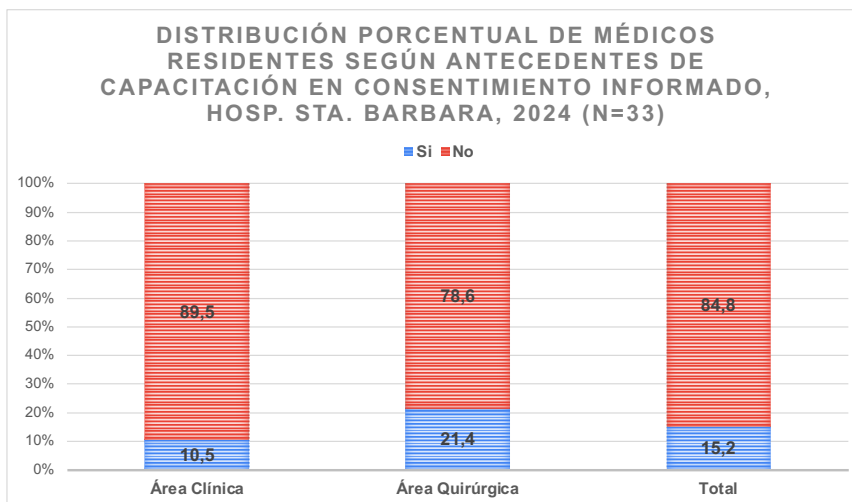


Figura 6. Distribución porcentual de médicos residentes según antecedentes de capacitación en consentimiento informado, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Si bien los valores respecto a la falta de capacitación son preocupantes, y reflejan una importante necesidad que debe ser abordada desde diferentes enfoques, cabe resaltar que esta situación es similar en diferentes contextos en los que la insuficiente o inexistente capacitación sobre el CI se constituye en una barrera importante para la adecuada implementación del mismo ^{16,60}, resultando que en diversos contextos es común que un amplio porcentaje de los médicos residentes no hayan recibido capacitación en bioética o implementación del consentimiento informado ⁵⁴.

II.2 Conocimientos de médicos residentes sobre la implementación del consentimiento informado

Para la evaluación de los conocimientos de los médicos residentes se hicieron ocho preguntas sobre características clave de la implementación del CI. El detalle de las diferentes opciones de respuesta y la distribución de las frecuencias absolutas y relativas para cada pregunta puede consultarse en el Anexo 2. En esta sección se ha recategorizado la información recogida para presentar cada característica evaluada en función del número y porcentaje de sujetos que respondieron correcta o incorrectamente a cada pregunta, esta información se presenta en la Tabla 2. A continuación se describirán los hallazgos más relevantes de esta sección.

Tabla 2. Resultados de evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado de médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Característica evaluada		Área clínica n(%)	Área quirúrgica n(%)	Total n(%)	Valor de p*
1. Objetivo del consentimiento informado	Correcto	5 (26,3)	3 (21,4)	8 (24,2)	F 1,00
	Incorrecto	14 (73,7)	11 (78,6)	25 (75,8)	
2. Significado del respeto de las preferencias del paciente	Correcto	11 (57,9)	10 (71,4)	21 (63,6)	0,42
	Incorrecto	8 (42,1)	4 (28,6)	12 (36,4)	
3. Características de la información del consentimiento informado	Correcto	3 (15,8)	3 (21,4)	6 (18,2)	F 1,00
	Incorrecto	16 (84,2)	11 (78,6)	27 (81,8)	
4. Identificación de factores que dificultan al paciente participar en la toma de decisiones	Correcto	2 (10,5)	2 (14,3)	4 (12,1)	F 1,00
	Incorrecto	17 (89,5)	12 (85,7)	29 (87,9)	
5. Valores que promueve el consentimiento informado	Correcto	7 (36,8)	4 (28,6)	11 (33,3)	F 0,72
	Incorrecto	12 (63,2)	10 (71,4)	22 (66,7)	
6. Situación en que la obligación de informar es mayor	Correcto	3 (15,8)	1 (7,1)	4 (12,1)	F 0,62
	Incorrecto	16 (84,2)	13 (92,9)	29 (87,9)	
7. Situación en la que se justifica ocultar información	Correcto	6 (31,6)	9 (64,3)	15 (45,5)	0,62
	Incorrecto	13 (68,4)	5 (35,7)	18 (54,5)	
8. Conducta frente al rechazo del consentimiento en situación de peligro de vida	Correcto	7 (36,8)	5 (35,7)	12 (36,4)	0,95
	Incorrecto	12 (63,2)	9 (64,3)	21 (63,6)	

* el valor de p fue calculado para la prueba χ^2 , y el test de Fisher (F) cuando no se cumplieron los requisitos para χ^2 .

De manera general, y como se puede apreciar en la Tabla 2, y en la Figura 3, los residentes de ambas áreas (clínica y quirúrgica) respondieron de forma correcta en bajas proporciones. En siete de las ocho preguntas el porcentaje de acierto en las preguntas alcanzó un 46% o menos; mientras que la pregunta relacionada al “Significado del respeto de las preferencias del paciente” fue la única con un porcentaje de mayor acierto (63,6%). También es pertinente destacar que los porcentajes de menor acierto correspondieron a las preguntas relacionadas a: el “Objetivo del consentimiento informado” (24,2%), las “Características de la información del consentimiento informado” (18,2%), la “Identificación de factores que dificultan al paciente participar en la toma de decisiones” y la “Situación en que la obligación de informar es mayor”, ambas con 12,1% de acierto.

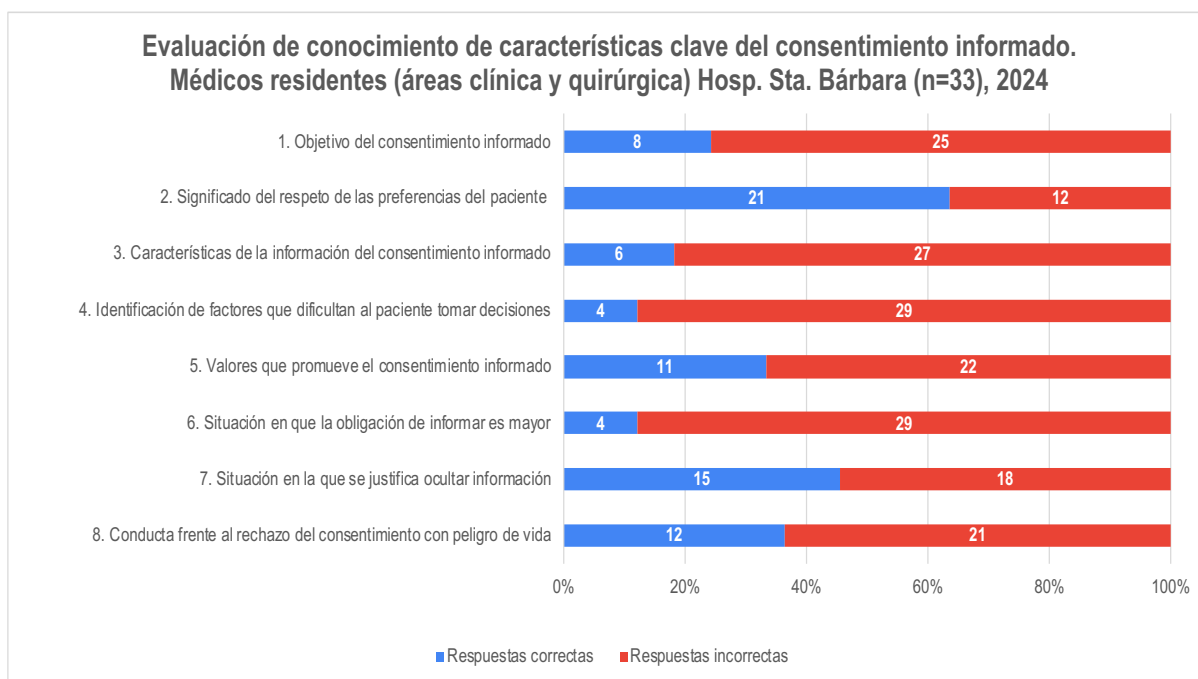


Figura 7. Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado, de médicos residentes (área clínica y quirúrgica) Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Al describir la información en función del área de especialización, se puede apreciar según los datos de la tabla 2, y Figuras 4 y 5, que el comportamiento general en ambas especialidades es parecido, y al evaluar algunas diferencias aparentes a través de la prueba de Chi² y Test de Fisher, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. A continuación, se describen los patrones de comportamiento de estas diferencias.

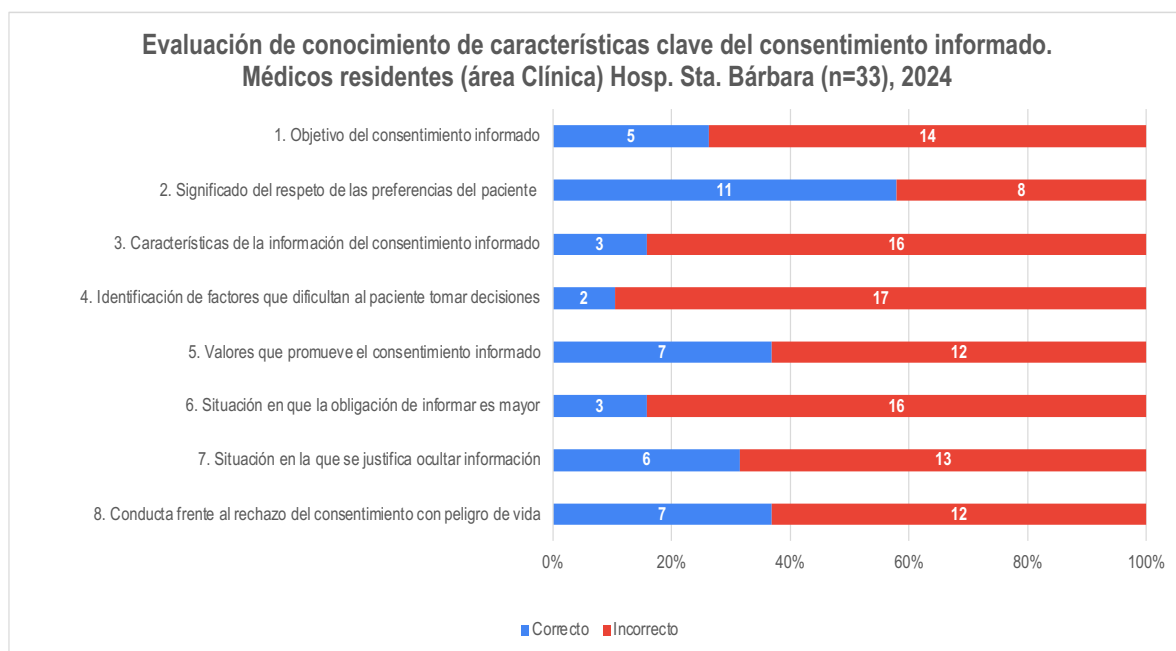


Figura 8. Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado de Médicos residentes del área Clínica, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Las características del CI en las que los residentes del área clínica obtuvieron un mayor porcentaje de acierto fueron: Identificación del “Objetivo del consentimiento informado” (26,3% vs 21,4%), identificación de “Valores que promueve el consentimiento informado” (36,8% vs 28,6%) y la identificación de la “Situación en que la obligación de informar es mayor” (15,8% vs 7,1%); por otra parte, las características en las que los residentes del área quirúrgica obtuvieron mayores porcentajes de acierto fueron: “Significado del respeto de las preferencias del paciente” (71,4% vs 57,9%), “Situación en la que se justifica ocultar información” (64,3 vs 31,6), “Características de la información del consentimiento informado” (21,4% vs 15,8%) y la “Identificación de factores que dificultan al paciente participar en la toma de decisiones” (14,3% vs 10,5%). Si bien estas diferencias pueden reflejar alguna tendencia, se reitera que no son estadísticamente significativas (Tabla 2).

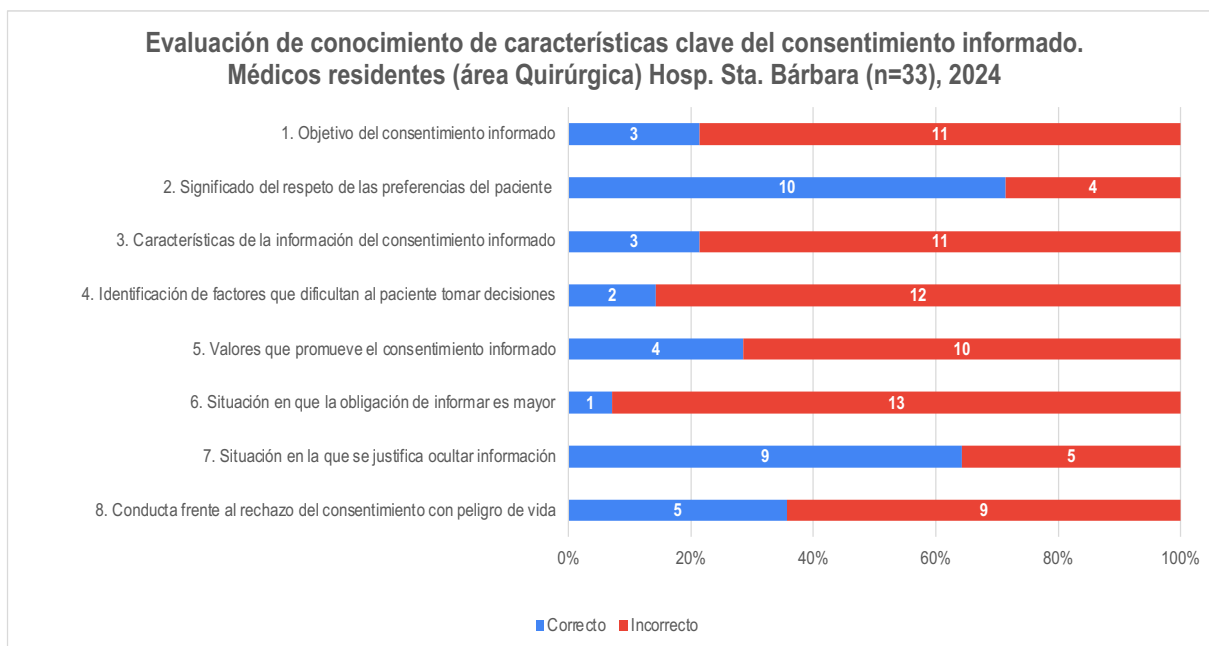


Figura 9. Evaluación de conocimiento de características clave del consentimiento informado de médicos residentes del área Quirúrgica, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

De manera general, se puede señalar que el nivel de conocimiento de los residentes sobre el CI es insuficiente, puesto que existen aspectos de gran importancia al respecto de los cuales los niveles de conocimiento y familiaridad son lejos de los ideales. Esta situación aunque preocupante, es coherente con experiencias previas en las que se evaluó el conocimiento de médicos residentes sobre diferentes características del CI, y que han evidenciado importantes vacíos en los conocimientos de los residentes, así por ejemplo, el reporte realizado por Weiss en los Estados Unidos de América, que describió que los residentes indicaron la necesidad de prestar más atención al entrenamiento de varios aspectos relacionados a la implementación del CI, en temas como: la obtención del CI de pacientes con capacidad de decisión comprometida, sustitutos de toma de decisiones, pacientes que no hablan inglés y pacientes que rechazan el tratamiento recomendado⁶¹; mientras que, el estudio realizado por Koller, en el que se evaluó el conocimiento de los médicos residentes en relación a la implementación del CI, se reportó que: la mayoría de los residentes creían que obtendrían el consentimiento informado de los pacientes diariamente (59,4%), seguido de unas cuantas veces por semana (37,5%) y unas cuantas veces por mes (3,1%), demostrando un conocimiento deficiente sobre el proceso del CI⁶². De forma similar, Bean reporta que más del 80% de residentes quirúrgicos no cree poseer conocimientos ni entrenamiento para implementar el CI⁶³.

II.3 Prácticas de médicos residentes sobre la implementación del consentimiento informado

La descripción de las prácticas de los residentes al respecto de la implementación del CI fue realizada a partir de tres grupos de variables: en primer lugar, se abordó el rol de los residentes y otros actores en la práctica de la “Explicación del CI”, identificando al responsable de esta práctica en tres diferentes escenarios (Procedimientos clínicos, cirugías programadas y cirugías de emergencia), al respecto de esta práctica, se exploró la frecuencia en la que los residentes reportaban ser ellos mismos quienes llevaban adelante esta acción, y también se exploró que otros actores cumplían con esta acción (médico tratante, médico especialista no tratante, enfermeras, internos o varios de estos sujetos).

En segundo lugar, se abordó el rol de los residentes y otros actores en la práctica del “Recojo de la firma del CI”, identificando al responsable de esta práctica en los tres mismos escenarios descritos para la anterior práctica, reportando la frecuencia en la que los residentes llevan adelante esta acción, así como la frecuencia en la que otros sujetos la realizan. En tercer lugar, se presenta la información relacionada con el cumplimiento de prácticas clave para la implementación del CI, en tres fases de su implementación según la normativa vigente: La “Anticipación de la entrega del CI a la realización de una cirugía programada” para la fase de “Interacción con paciente y/o familiares”; la “Frecuencia de explicación completa y detallada del proceso del CI” para la fase de “Entrega de información”; y la “Frecuencia de registro en expediente clínico de datos según normativa” para la fase de “Registro y manejo del CI”.

A continuación, se describirá cada una de las tres secciones de reporte de prácticas de médicos residentes en relación a la implementación del CI, describiendo el comportamiento del total de participantes, así como el comportamiento de cada grupo de residentes según su área de especialización (clínica y quirúrgica), respecto de cada una de las prácticas ya señaladas. Es necesario señalar que, no se pudo evaluar las diferencias estadísticas entre las áreas de especialidad por el escaso número de casos observados en las categorías de análisis.

II.3.1 Rol de residentes y otros sujetos en la práctica de la explicación del consentimiento informado

Como se puede apreciar en la tabla 3, en los tres escenarios evaluados se reporta una importante participación de los médicos residentes en la práctica de la explicación del consentimiento informado al paciente (mayor al 43% en todos los escenarios). En dos escenarios los residentes reportaron un porcentaje de participación en esta práctica mayor al 50%: en “Procedimientos clínicos” (54,8%) y en las “Cirugías programadas” (56,3%).

Tabla 3. Frecuencia de realización de la explicación del consentimiento informado por médicos residentes y otros sujetos en distintos escenarios, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Escenario	Sujetos	Área Clínica n (%)	Área Quirúrgica n (%)	Total n (%)
Procedimientos clínicos	Residentes	9 (50,0)	8 (61,5)	17 (54,8)
	Médico tratante	1 (5,6)	1 (7,7)	2 (6,5)
	Médico especialista	2 (11,1)	1 (7,7)	3 (9,7)
	Internos	2 (11,1)	0 (0,0)	2 (6,5)
	Enfermeras	0 (0,0)	1 (7,7)	1 (3,2)
	Varios actores	4 (22,2)	2 (15,4)	6 (19,4)
Cirugías programadas	Residentes	11 (61,1)	7 (50,0)	18 (56,3)
	Médico tratante	1 (5,6)	1 (7,1)	2 (6,3)
	Médico especialista	2 (11,1)	1 (7,1)	3 (9,4)
	Internos	1 (5,6)	1 (7,1)	2 (6,3)
	Enfermeras	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Varios actores	3 (16,7)	4 (28,6)	7 (21,9)
Cirugías de emergencia	Residentes	9 (50,0)	5 (35,7)	14 (43,8)
	Médico tratante	1 (5,6)	1 (7,1)	2 (6,3)
	Médico especialista	4 (22,2)	2 (14,3)	6 (18,8)
	Internos	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Enfermeras	1 (5,6)	0 (0,0)	1 (3,1)
	Varios actores	3 (16,7)	6 (42,9)	9 (28,1)

Al respecto de la participación de otros sujetos en el cumplimiento de esta práctica, es necesario resaltar que los residentes reportaron que varios de los actores pueden realizar la explicación del CI al paciente, siendo esta categoría (varios actores) la segunda en frecuencia después de la de residentes. El escenario con mayor porcentaje de participación de varios actores a cargo de la explicación del CI al paciente, es el de la “Cirugía de emergencias” (28,1%), seguido por las “Cirugías programadas” (21,9%) y finalmente los “Procedimientos clínicos” (19,4%), como se muestra en la tabla 3.

Por otra parte, se puede mencionar que, en los tres escenarios se reportó un porcentaje poco mayor al 6% de participación de los médicos tratantes en la explicación del CI; mientras que, se reportó que los internos tienen una participación variable, que va desde la nula participación (en el caso de cirugías de emergencia), hasta un 6,5% de participación en la explicación del CI (en el escenario de procedimientos clínicos) como se parecía en la tabla 3 y figura 6.

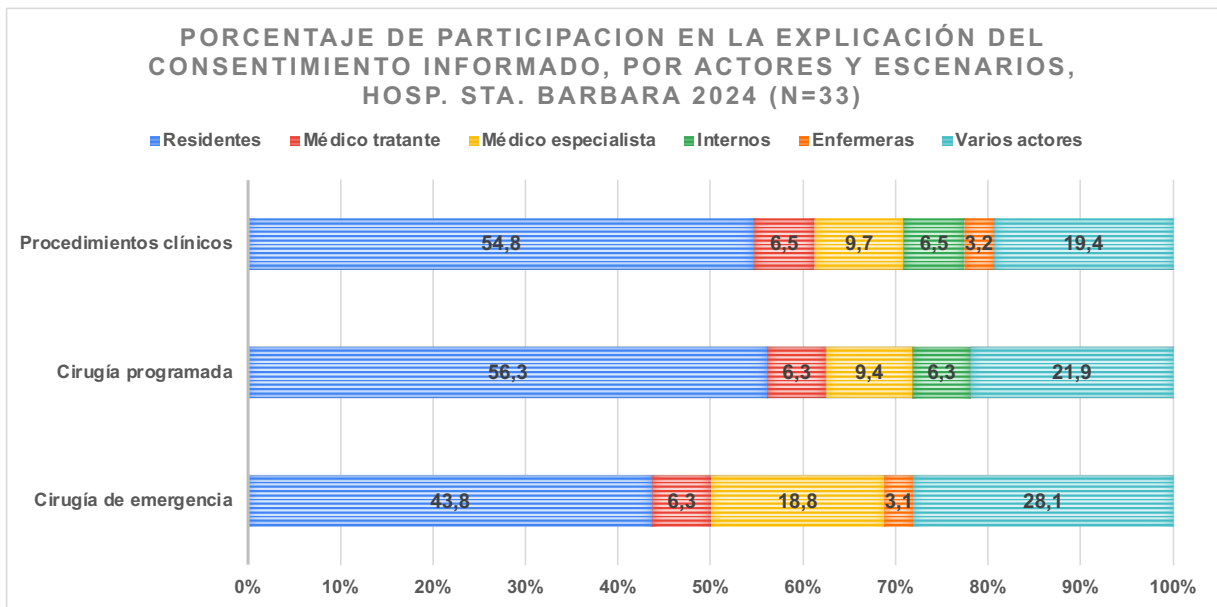


Figura 10. Porcentaje de participación en la explicación del Consentimiento Informado, por diferentes actores y escenarios, según residentes del Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

En función de la información presentada se puede apreciar que, de forma contraria a lo establecido en la normativa nacional, los residentes reportan realizar prácticas que deben realizarse por el médico tratante. Adicionalmente, y de forma preocupante, también existe el reporte de que estas prácticas serían realizadas por otros actores del equipo de salud, o incluso por diferentes actores, señalando una falta de implementación de la normativa, lo cual ha sido identificado como una falta profesional por médicos en diferentes contextos^{64, 65}. A continuación, se presenta un análisis de la información obtenida, desagregada por las áreas de especialidad de residencia.

II.3.1.1 Comparación de explicación del CI entre áreas de especialidad

Al comparar el comportamiento de las áreas de especialidad (clínica y quirúrgica), en base a la información disponible en la Tabla 3, se pueden señalar algunas diferencias en cuanto a la frecuencia de reporte de participación de los distintos sujetos en la explicación del CI en algunos escenarios. Al respecto de estas diferencias, es importante recordar que no se pudo evaluar diferencias estadísticas entre los grupos por el bajo número de casos observados en las diferentes categorías de análisis. A continuación, se presenta la información por cada escenario de explicación del CI.

Escenario: Procedimientos clínicos

Para iniciar la comparación entre áreas de especialidad, y en base a la información de la tabla 3 y su representación gráfica en la figura 7, se puede observar que, el porcentaje de participación de residentes reportado para el escenario de “Procedimientos clínicos” fue mayor para el área quirúrgica (61,5%), en comparación al área clínica (50,0%). Adicionalmente, los residentes del área quirúrgica reportaron mayor participación de médicos tratantes en esta práctica (7,7%), en comparación a los del área clínica (5,6%); situación que se invierte en relación a la participación de médicos especialistas, mayormente reportada por residentes del área clínica (11,1%) en comparación a los del área quirúrgica (7,7%).

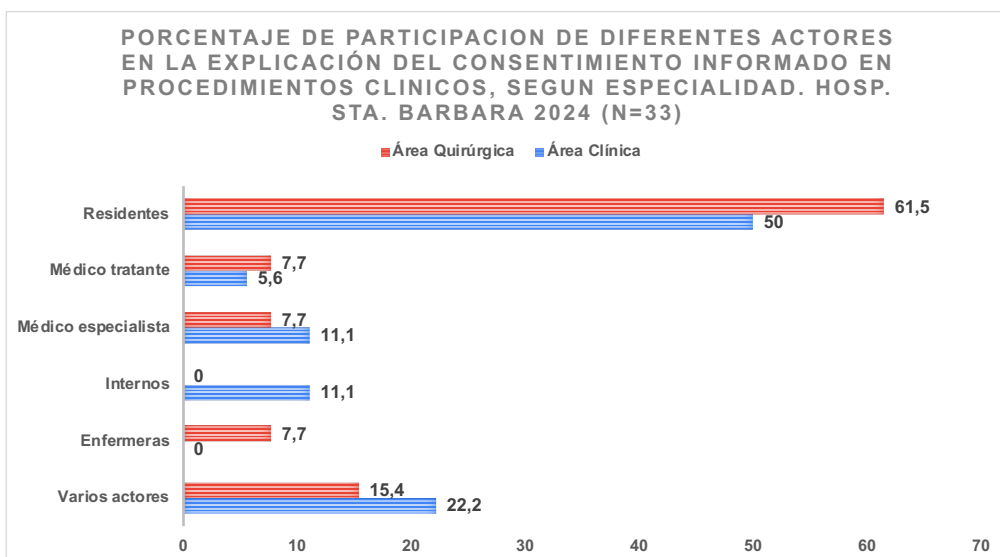


Figura 11. Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en procedimientos clínicos, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Por otra parte, los residentes de área quirúrgica señalan la participación de las enfermeras en esta práctica (7,7%), participación que no es mencionada por residentes del área clínica; en tanto que, la participación de los internos se reporta solamente por parte de los residentes del área clínica (11,1%). Finalmente, la participación de varios de estos actores es mayormente reportada por residentes del área clínica (22,2%) en comparación a los del área quirúrgica (15,4%).

Escenario: Cirugías programadas

Como se puede apreciar en la figura 8, al respecto de la explicación del CI en el escenario de “Cirugías programadas”, los residentes del área clínica reportaron mayores porcentajes de participación de residentes (61,1%), que los residentes del área quirúrgica (50,0%). Adicionalmente, se evidencia el reporte de una escasa participación de los médicos tratantes (7,1% según área quirúrgica y 5,6% según área clínica) y médicos especialistas (7,1% según área quirúrgica y 11,1% según área clínica) en la explicación del CI.

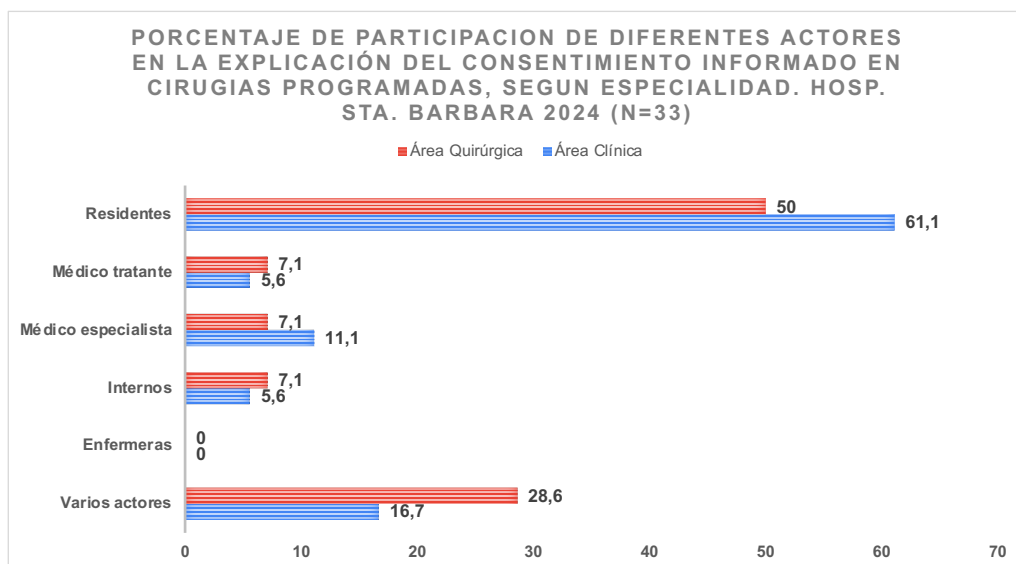


Figura 12. Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en cirugías programadas, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

No existe reporte de participación de enfermeras en la explicación del CI en este escenario, aunque si se reportó la participación de los internos (7,1% según área quirúrgica y 5,6% según área clínica). Finalmente, la participación de varios de estos actores es mayormente reportada por residentes del área quirúrgica (28,6%) en comparación a los del área clínica (16,7%).

Escenario: Cirugías de emergencia

En la figura 9 se observa que los residentes del área clínica, en comparación a los del área quirúrgica, reportaron mayores porcentajes de participación de residentes en la “Explicación del CI” en el escenario de “Cirugías de emergencia” (50,0% vs 35,7% respectivamente). Además, se puede observar que se reporta una participación de “médicos especialistas” mayor a la de los anteriores escenarios, especialmente por los residentes del área clínica en comparación a los del área quirúrgica (22,2% y 14,3% respectivamente); mientras que, al respecto de la participación de los médicos tratantes se reporta una participación mayor por parte del área quirúrgica, que del área clínica (7,1% y 5,6% respectivamente).

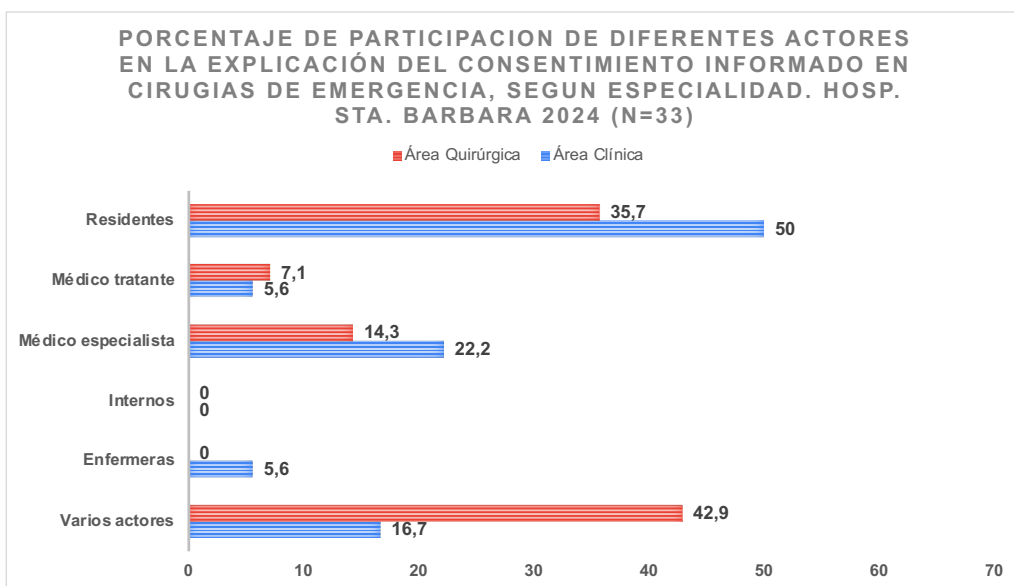


Figura 13. Porcentaje de participación de diferentes actores en la explicación del Consentimiento Informado en cirugías de emergencia, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Por otra parte, en este escenario no se reporta participación de los internos, aunque sí se reporta participación de las enfermeras por parte de los residentes del área clínica (5,6%). Al respecto de la participación de varios actores en esta práctica, esta es mayormente reportada por residentes del área quirúrgica (42,9%), en comparación a los del área clínica (16,7%).

II.3.1.2 Participación de los residentes en la explicación del CI en los tres escenarios

Después de revisar la información brindada en estos tres escenarios, se puede resaltar que los residentes del área quirúrgica reportan que su participación en la explicación del CI es mayor en procedimientos clínicos (61,5%), y de forma paradójica esta participación (de residentes) disminuye en el escenario de cirugías programadas (50,0%) a costa de aumentar el reporte de participación de “varios actores”, para finalmente obtener el menor porcentaje de participación de residentes (35,7%) en el escenario de cirugías de emergencia, mientras que la participación de “varios actores” alcanza un reporte de 42,9%.

En cuanto a los residentes del área clínica, se aprecia un reporte diferente a los del área quirúrgica en relación a la práctica de la explicación del CI por parte de los mismos residentes, así por ejemplo, en el escenario de procedimientos clínicos se reporta la participación de residentes en un 50,0% y con un reporte de participación de “varios actores” incluso mayor al de los residentes del área quirúrgica; posteriormente, el reporte de participación de residentes en el escenario de los cirugías programadas aumenta (a diferencia de lo reportado por residentes del área quirúrgica) hasta un 61,1%, disminuyendo el reporte de participación de “varios actores”; y finalmente, el reporte de participación de residentes vuelve a tomar un valor de 50,0% para el escenario de cirugías de emergencia, aumentando a su vez el reporte de participación de “varios actores”.

En vista de la información descrita, se puede apreciar indicios de correlación entre el reporte de participación de residentes y el reporte de participación de varios actores en la práctica de la explicación del CI, es decir que, aparentemente, cuando los residentes no asumen la práctica de explicación del CI esta tarea es absorbida por diferentes actores dentro del equipo de salud. Esta situación no sólo debe preocupar puesto que refleja una completa arbitrariedad en cuanto a quienes deben ser los sujetos a cargo de este importante proceso, sino que el hecho de que los residentes sean mayormente quienes se encargan de esta práctica implica una vulneración importante a la normativa vigente en relación a la implementación del CI, que además va en contra de las prácticas relacionadas a la responsabilidad profesional en diferentes lugares del mundo ⁶³⁻⁶⁵, y respecto de la cual se ha demostrado en diferentes contextos que los residentes no cumplen con el proceso adecuado de explicación del CI ⁶⁶, determinando, como reporta Cawich en Jamaica, que más del 60% de los pacientes se sientan insatisfechos con el proceso del CI ⁶⁷.

II.3.2 Rol de residentes y otros sujetos en la práctica del recojo de la firma del consentimiento informado

Como se puede apreciar en la tabla 4, en los tres escenarios evaluados se reporta una importante participación de los médicos residentes en la práctica del recojo de la firma del consentimiento informado, siendo el escenario en el que se reportó un mayor porcentaje de participación el de “Cirugías programadas” (71,9%); y el de menor porcentaje, el de “Procedimientos clínicos” (60,0%).

Tabla 4. Frecuencia de realización del recojo del consentimiento informado por médicos residentes y otros sujetos en distintos escenarios, Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Escenario	Sujetos	Área Clínica n (%)	Área Quirúrgica n (%)	Total n (%)
En procedimientos clínicos	Residentes	12 (66,7)	6 (50,0)	18 (60,0)
	Médico tratante	0 (0,0)	1 (8,3)	1 (3,3)
	Médico especialista	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Internos	3 (16,7)	2 (16,7)	5 (16,7)
	Enfermeras	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Varios actores	3 (16,7)	3 (25,0)	6 (20,0)
En cirugías programadas	Residentes	14 (77,8)	9 (64,3)	23 (71,9)
	Médico tratante	0 (0,0)	1 (7,1)	1 (3,1)
	Médico especialista	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Internos	1 (5,6)	1 (7,1)	2 (6,3)
	Enfermeras	1 (5,6)	0 (0,0)	1 (3,1)
	Varios actores	2 (11,1)	3 (21,4)	5 (15,6)
En cirugías de emergencia	Residentes	13 (76,5)	9 (64,3)	22 (71,0)
	Médico tratante	0 (0,0)	1 (7,1)	1 (3,2)
	Médico especialista	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Internos	1 (5,9)	1 (7,1)	2 (6,5)
	Enfermeras	1 (5,9)	0 (0,0)	1 (3,2)
	Varios actores	2 (11,8)	3 (21,4)	5 (16,1)

Al respecto de la participación de otros actores en el cumplimiento de esta práctica, y tal como se puede apreciar en la Tabla 4, y la figura 10, los datos muestran que los residentes reportaron que “varios actores” se hacen cargo del recojo de la firma del CI, siendo esta categoría la segunda con mayor frecuencia después de la categoría “residentes”. El escenario con mayor porcentaje de participación de varios actores en el recojo de la firma del CI, fue el de “Procedimientos clínicos” con un 20,0%, seguido por el escenario de “Cirugías de emergencia” con 16,1% y el de “Cirugías programadas” con 15,6%.

Por otra parte, también resalta el hecho de que se reportó una escasa de participación de los médicos tratantes en el recojo de la firma del CI, con sólo un residente (3%) mencionando la participación de los médicos tratantes en los tres escenarios. También es importante señalar que los residentes no reportaron participación alguna de los médicos especialistas del Hospital en el recojo de la firma del CI (Tabla 4).

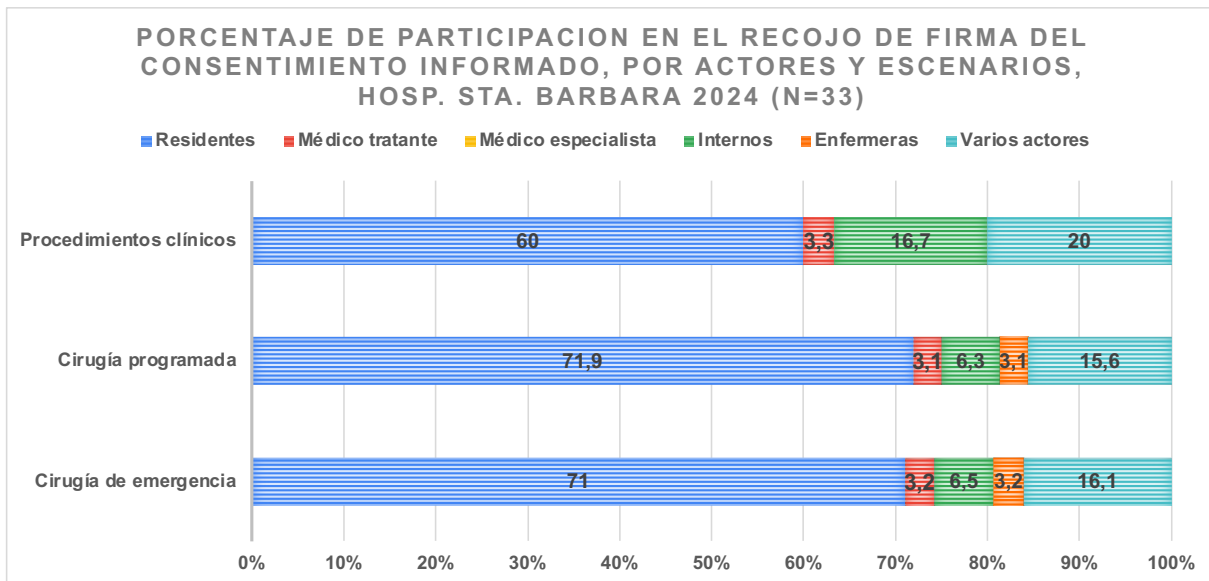


Figura 14. Porcentaje de participación en el recojo de firma del Consentimiento Informado, por diferentes actores y escenarios, según residentes del Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Al respecto de la participación de los internos, se observa en la tabla 4 y figura 10 que se reportó un porcentaje mayor de participación en el escenario de “Procedimientos clínicos” (16,7%) que, en los otros escenarios, en los que la participación fue alrededor del 6%. Finalmente, la participación del personal de enfermería fue descrita sólo en los escenarios “Cirugía programada” y “Cirugía de emergencia” con un porcentaje de participación del 3%.

II.3.2.1 Comparación de práctica de recojo de firma del CI entre áreas de especialidad

Como se puede apreciar en la tabla 4, el reporte de los residentes de las áreas de especialidad (clínica y quirúrgica) tiene algunas diferencias en cuanto a la frecuencia de reporte de participación de los distintos sujetos en la explicación del CI en algunos escenarios; sin embargo, nuevamente se hace necesario resaltar que no se evaluaron diferencias estadísticas

entre los grupos por el bajo número de casos observados en las categorías de análisis. A continuación, se presenta la información por cada escenario de explicación del CI.

Escenario: Procedimientos clínicos

En base a la información presentada en la Tabla 4 y la Figura 11, se puede señalar que, el porcentaje reportado de participación de residentes en la práctica del recojo de la firma del CI en el escenario de “Procedimientos clínicos” fue mayor para el área clínica (66,7%), en comparación al área quirúrgica (50,0%), esto probablemente pueda estar relacionado a que los procedimientos clínicos son más comunes en el área clínica.

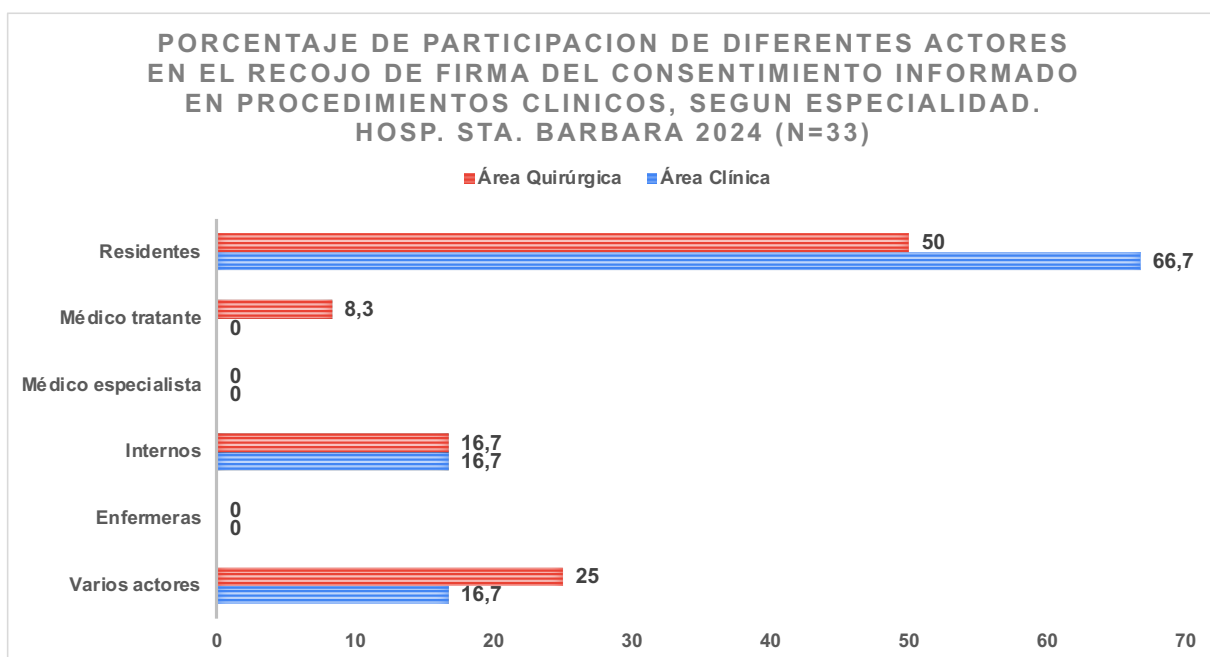


Figura 15. Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en procedimientos clínicos, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Por otra parte, se observa que la participación del médico tratante en la práctica de recojo de firma en este escenario fue reportada solamente por residentes del área quirúrgica (8,3%). Adicionalmente, se reporta la participación de internos por parte de ambos grupos de áreas de especialidad (16,7% en ambos grupos). Y finalmente, la participación de “Varios actores” es reportada tanto por residentes del área quirúrgica (25,0%), como por los del área clínica (16,7%).

Escenario: Cirugías programadas

Al respecto del recojo de la firma del CI en cirugías programadas, los residentes del área clínica reportaron mayores porcentajes de participación de los residentes (77,8%), que los reportados por los del área quirúrgica (64,3%). Adicionalmente, en este escenario se repite el reporte de participación de médicos tratantes solamente por parte de residentes del área quirúrgica (7,1%), y nula participación de otros médicos especialistas como se parecía en la tabla 4 y figura 12.

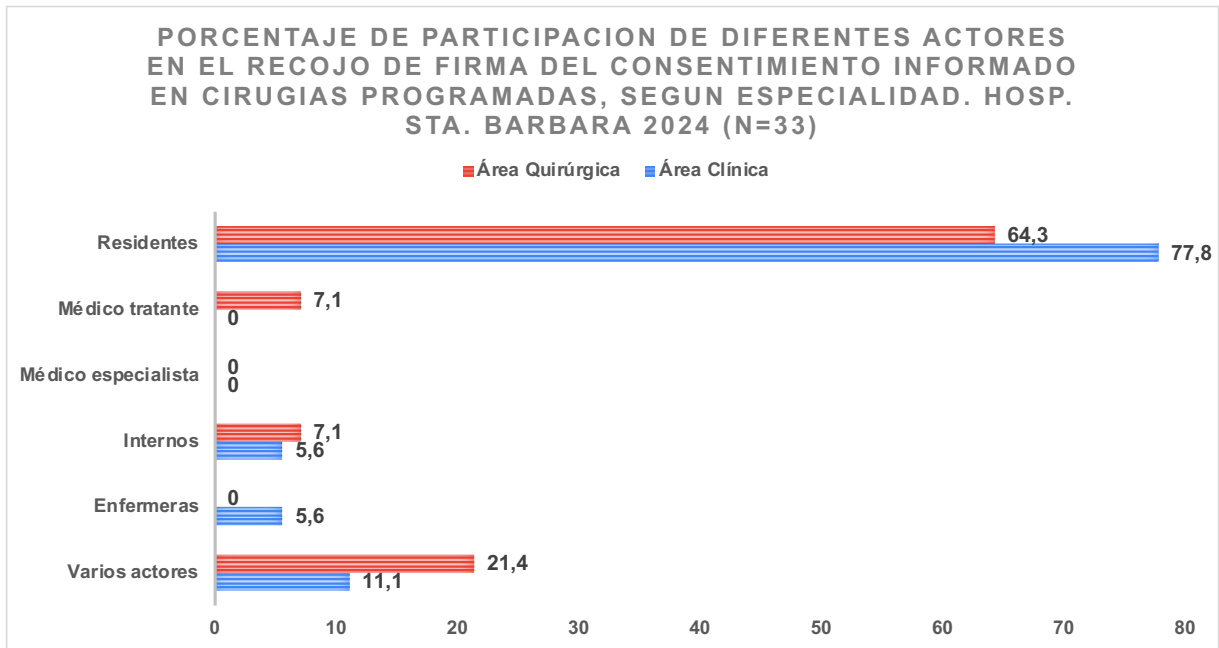


Figura 16. Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en cirugías programadas, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Adicionalmente, se puede resaltar el reporte de la participación de internos fue reportada mayormente por residentes del área quirúrgica (7,1%) en comparación a los del área clínica (5,6%); por otra parte, la participación de enfermeras sólo es reportada por residentes del área clínica (5,6%); mientras que la participación de varios de estos actores es mayormente reportada por residentes del área quirúrgica (21,4%) en comparación a los del área clínica (11,1%).

Escenario: Cirugías de emergencia

En lo que respecta al recojo de la firma del CI en cirugías de emergencia, los residentes del área clínica reportaron mayores porcentajes de participación de residentes (76,5%), que los reportados por los residentes del área quirúrgica (64,3%). En este escenario se repite el reporte de participación de médicos tratantes solamente por parte de residentes del área quirúrgica, y nula participación de otros médicos especialistas.

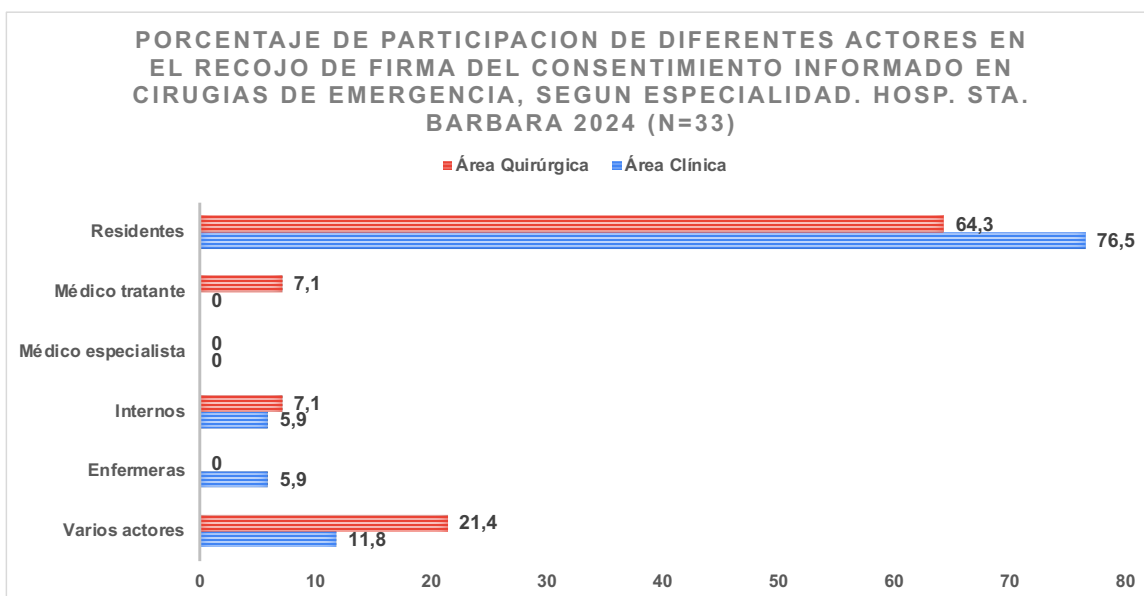


Figura 17. Porcentaje de participación de diferentes actores en el recojo de la firma del Consentimiento Informado en diferentes escenarios, por áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Complementariamente, la participación de los internos en el recojo de la firma del CI, es reportada mayormente por residentes del área quirúrgica (7,1%) en comparación a los del área clínica (5,6%); la participación de enfermeras sólo es reportada por residentes del área clínica (5,9%); y la participación de varios de estos actores es mayormente reportada por residentes del área quirúrgica (21,4%) en comparación a los del área clínica (11,8%).

II.3.2.2 Participación de los residentes en el recojo de firma del CI en los tres escenarios

Después de revisar la información brindada en estos tres escenarios, se puede resaltar que los residentes del área quirúrgica reportan que su participación en el recojo de la firma del CI es menor en el escenario de procedimientos clínicos (50,0%), para posteriormente aumentar

la participación reportada, hasta un valor de 64,3% en los siguientes dos escenarios: cirugías programadas y cirugías de emergencia, de forma coherente con la naturaleza de los escenarios y el área de especialidad. Es importante señalar que el aumento del porcentaje de participación de los residentes se da principalmente, a partir de la reducción del reporte de participación de internos y de “varios actores”.

En cuanto a los residentes del área clínica, el reporte de participación de residentes en el recojo de la firma del CI se comporta de forma parecida a lo observado en el reporte de los residentes del área quirúrgica. Así, en el escenario de procedimientos clínicos se parte de un reporte de participación de residentes en un 66,7%, para posteriormente alcanzar un porcentaje de 77,8% en el escenario de cirugías programadas, y finalmente un porcentaje de 76,5% en el escenario de cirugías de emergencia. Si bien el porcentaje aumenta de forma importante en los últimos dos escenarios, en coherencia con el comportamiento del reporte de residentes del área quirúrgica, los porcentajes reportados por el área clínica son mayores. Adicionalmente, y tal como ocurrió en el área quirúrgica, el aumento del porcentaje de reporte de participación de residentes en los últimos escenarios se da a partir de la reducción del reporte de participación de internos (principalmente) y de “varios actores” en el recojo de firma del CI.

En vista de la información descrita, se puede apreciar indicios de correlación entre el reporte de participación de residentes y el reporte de participación de internos y varios actores en la práctica del recojo de firma del CI, es decir que, aparentemente, cuando los residentes no asumen la práctica de explicación del CI esta tarea aparentemente es absorbida por los internos y diferentes actores dentro del equipo de salud. Teniendo en cuenta lo descrito anteriormente al respecto de la práctica de explicación del CI, también en el caso específico del recojo de firma del CI, la información presentada es preocupante por la arbitrariedad en cuanto a quienes deben ser los sujetos a cargo de este proceso, así como por la vulneración a la normativa vigente en relación a la implementación del CI, puesto que, como se ha descrito en diferentes estudios, los residentes (y mucho menos otros actores) no cuentan con la formación necesaria para la adecuada implementación del CI ^{65, 68}, lo que puede determinar niveles bajos de satisfacción con el proceso del CI como reporta Basukala en Nepal ⁶⁹ y Ochieng en Uganda ⁷⁰ (16% y 20% de satisfacción respectivamente), puesto que los pacientes desconocen información de gran relevancia debido a un proceso de CI mal ejecutado.

II.3.3 Cumplimiento de prácticas clave en la implementación del consentimiento informado

El tercer ámbito en el que se describieron las prácticas reportadas por los médicos residentes al respecto de la implementación del CI, abordó el cumplimiento de prácticas claves en su implementación. Estas prácticas se relacionan con cada una de las fases de implementación del CI descritas en la normativa vigente (Interacción con pacientes y/o familiares, Entrega de información y Registro y manejo del CI). En la Tabla 6 se encuentra el detalle de la información relacionada con el cumplimiento de estas prácticas según los residentes de ambas áreas de especialidad. Se hace notar que, no fue posible evaluar las diferencias estadísticas entre las áreas de especialidad por el escaso número de casos observados en las categorías de análisis. A continuación, se describen los resultados para cada característica evaluada.

Tabla 5. Frecuencia de cumplimiento de aspectos clave del consentimiento informado, según médicos residentes del Hospital Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Característica evaluada		Área clínica n (%)	Área quirúrgica n (%)	Total n (%)
Anticipación en la entrega del Consentimiento informado a la realización de una cirugía programada	Más de 24 horas antes	9 (47,4)	6 (42,9)	15 (45,5)
	Entre las 24 horas antes, pero no el mismo día de la cirugía	7 (36,8)	8 (57,1)	15 (45,5)
	La mañana de la cirugía, pero no antes de entrar a quirófano	3 (15,8)	0 (0,0)	3 (9,1)
	Momentos previos a entrar a quirófano	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Frecuencia con la que se realiza una explicación completa y detallada del proceso	Siempre	5 (26,3)	5 (35,7)	10 (30,3)
	Muchas veces	9 (47,4)	4 (28,6)	13 (39,4)
	Algunas veces	5 (26,3)	5 (35,7)	10 (30,3)
	Nunca	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Frecuencia de registro en expediente de la fecha, hora, nombres de presentes, circunstancias de aplicación del CI	Siempre	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	Muchas veces	4 (21,1)	7 (50,0)	11 (33,3)
	Algunas veces	12 (63,2)	6 (42,9)	18 (54,5)
	Nunca	3 (15,8)	1 (7,1)	4 (12,1)

II.3.3.1 Anticipación en la entrega del Consentimiento informado a la realización de una cirugía programada

Tal como puede apreciarse en la tabla 5 y en la figura 16, la información reportada al respecto de la anticipación con la que se entrega el CI para una cirugía, muestra que las opciones de “Más de 24 hs. antes” y “Entre las 24 horas antes, pero no el mismo día de la cirugía” fueron las más reportadas para el total de la muestra con un 45,5% para cada una de estas opciones; mientras que la opción de “La mañana de la cirugía, pero no antes de entrar a quirófano” obtuvo tan solo un 9,1% del total de respuestas.

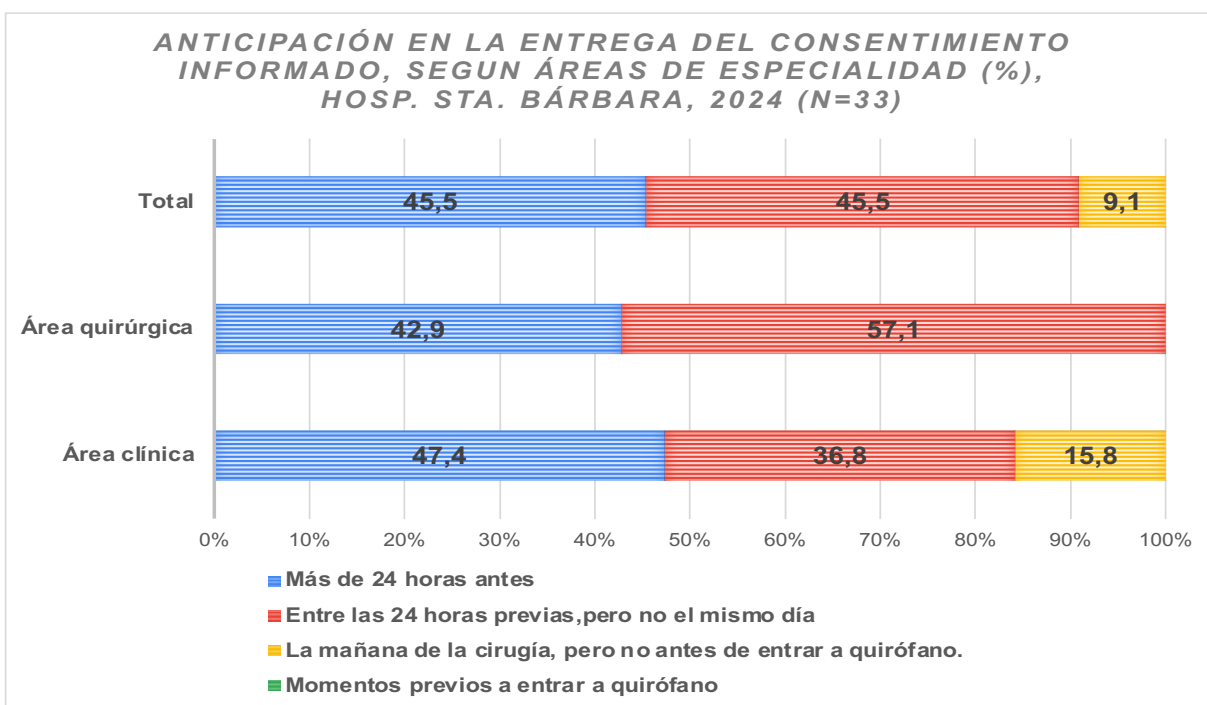


Figura 18. Anticipación en la entrega del consentimiento informado, según áreas de especialidad (%), Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Teniendo en cuenta que la normativa señala que en los procedimientos electivos se debe entregar el CI con “por lo menos 24 hs. de anticipación”, la información presentada evidencia que, al combinar las respuestas de quienes reportan la entrega del CI entre las 24 horas previas y la mañana de la cirugía se reúne un 54,6% de las respuestas, por lo que la mayoría de los residentes reportan que no se cumple con la normativa vigente al respecto de esta práctica. Esta situación evidentemente es preocupante, porque no sólo vulnera el cumplimiento de la normativa vigente, sino que también afecta el proceso idóneo de

consideración de información para la toma de decisiones por parte de los pacientes, vulnerando su autonomía, a la vez que afecta la calidad de atención sanitaria.

Al comparar la información reportada por residentes de cada área de especialidad, se puede apreciar que los residentes del área quirúrgica sólo reportaron la entrega del CI en las opciones de “Más de 24 hs. antes” (42,9%) y “Entre las 24 horas antes, pero no el mismo día de la cirugía” (57,1%), siendo esta la más reportada en este grupo. Por otra parte, en el área clínica se reportaron tres opciones, la opción de “Más de 24 hs. antes” fue la más reportada en este grupo con un 47,4%, seguida por la opción “Entre las 24 horas antes, pero no el mismo día de la cirugía” (36,8%), y la opción de “La mañana de la cirugía, pero no antes de entrar a quirófano” (15,8%).

Es llamativo el hecho de que los residentes del área clínica reporten un porcentaje mayor de entrega del CI dentro del plazo señalado por la normativa que los del área quirúrgica, puesto que se esperaría que estos últimos cumplieran de mejor forma con la normativa por su frecuente exposición a las cirugías y el cumplimiento de sus requerimientos administrativos, clínicos y éticos. En este punto es necesario resaltar que no se pudo evaluar estadísticamente las diferencias entre ambos grupos por la magnitud insuficiente de los casos observados en algunas categorías de análisis.

II.3.3.2 Frecuencia de realización de una explicación completa y detallada del procedimiento al que se someterá al paciente.

Al describir los resultados obtenidos en relación a esta práctica, y tal como puede apreciarse en la tabla 5 y figura 17, sólo un 30,3% reporta que esta práctica se realiza “Siempre”, un 39,4% de los residentes (la mayoría) reportan que se cumple con esta práctica “Muchas veces”, mientras que un 30,3% reporta que esta práctica se realiza “Algunas veces”.

Evidentemente, la descripción de la frecuencia de esta práctica es preocupante, debido al relativo bajo porcentaje de cumplimiento reportado, y esto a la luz de que la explicación completa y detallada de la información de los procedimientos a los que se someterá a un paciente es un requisito imprescindible que permita a los pacientes disponer de la suficiente información para ejercer su autodeterminación y autonomía en conformidad a la normativa y a los imperativos éticos del CI, lo que claramente afecta la calidad de la atención sanitaria.

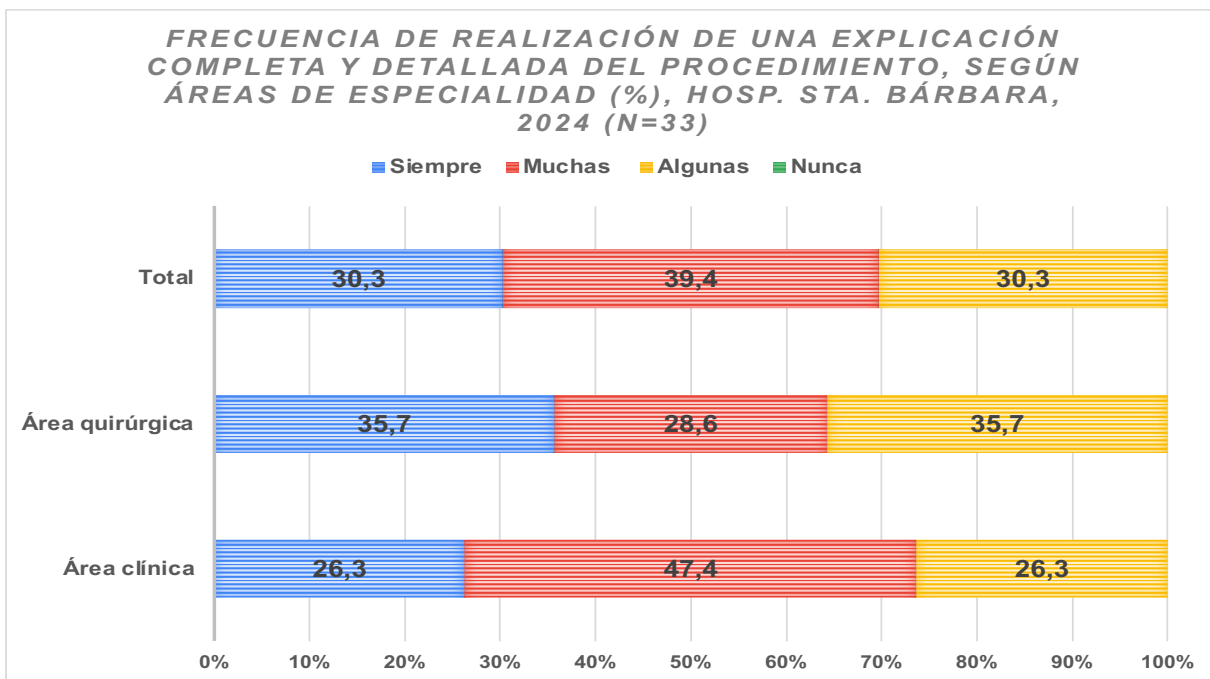


Figura 19. Frecuencia de realización de una explicación completa y detallada del procedimiento, según áreas de especialidad (%), Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

Al comparar la información reportada por residentes de cada área de especialidad, se evidencia que los residentes del área quirúrgica reportan en mayor porcentaje el cumplir “Siempre” con la práctica de explicación completa y detallada del procedimiento (35,7%), que los residentes del área clínica (26,3%). Adicionalmente, se puede señalar que la frecuencia mayormente reportada por los residentes del área clínica es la de “Muchas veces” (47,4%), mientras que, en el área quirúrgica, las frecuencias más reportadas son “Siempre” y “Algunas veces” con un 35,7% en cada una de estas frecuencias. Es necesario señalar que, debido al bajo número de casos observados en las categorías de análisis, no fue posible evaluar las diferencias estadísticas entre ambos grupos de áreas de especialidad.

II.3.3.3 Frecuencia de registro de datos del Consentimiento informado en expediente clínico según normativa.

Respecto de esta práctica, la información obtenida muestra que, tal como puede apreciarse en la tabla 5 y figura 18, en relación al total de la muestra del estudio lo más llamativo es que ningún residente reportó cumplir con la práctica del registro de datos según lo señalado por la normativa vigente “Siempre”, y de hecho un 12,1% que reporta que “Nunca” se cumple con la

práctica. De forma adicional se puede señalar que la mayoría de los residentes (54,5%) reportan que esta práctica se realiza “Algunas veces”, seguido por un 33,3% que reporta que esta práctica se realiza “Muchas veces”. Los datos reportados para el total de la muestra, son preocupantes puesto que, reflejan una clara falta de adherencia al cumplimiento de la normativa vigente, lo que claramente afecta la calidad del manejo del expediente clínico y su integridad.

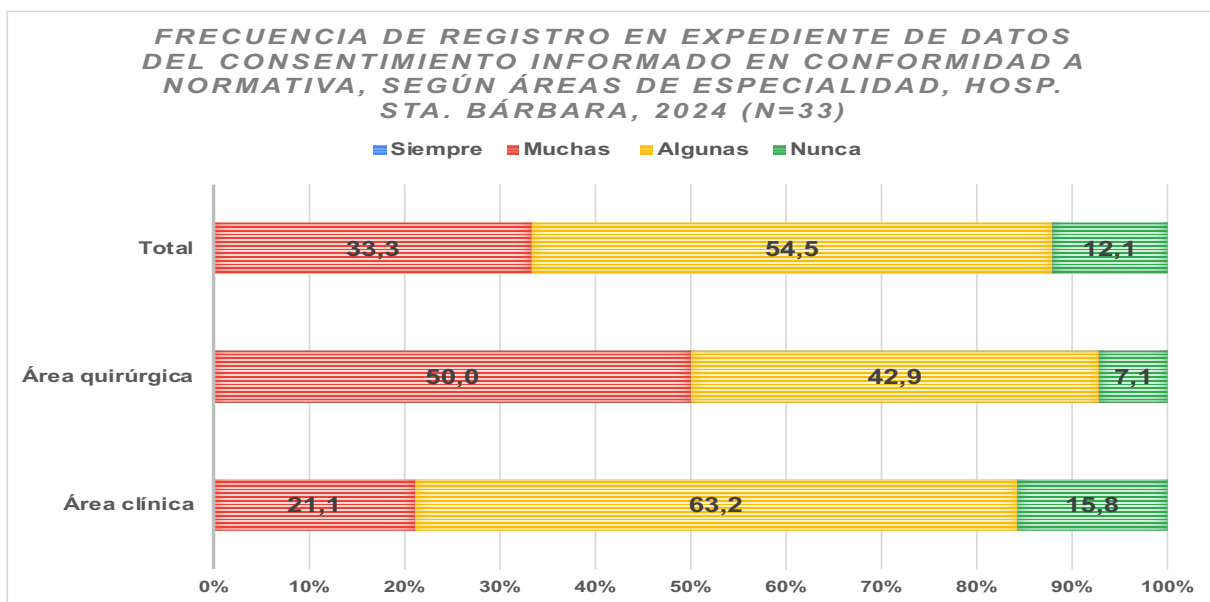


Figura 20. Frecuencia de registro en expediente de datos del Consentimiento informado en conformidad a normativa (%), según áreas de especialidad, Hosp. Sta. Bárbara, 2024 (n=33)

La falta de documentación y registro de los datos requeridos por norma vigente, puede determinar que los pacientes no tengan acceso a la información completa sobre su atención, generando incertidumbre y desconfianza hacia el personal de salud, particularmente en caso de complicaciones, en las que la falta de documentación completa puede dificultar la defensa de sus derechos. Por otro lado, al no quedar un registro completo del cumplimiento del proceso del CI, el propio profesional de salud queda expuesto a consecuencias legales al no quedar pruebas del cumplimiento de sus obligaciones para con el paciente.

La falta de cumplimiento de esta práctica, implica un alto riesgo de que los pacientes no reciban un adecuado proceso de CI, por lo que podrían no estar suficiente informados para tomar decisiones sobre los procedimientos que se les realizan, lo que no sólo vulnera sus derechos

y los principios éticos reconocidos a nivel internacional, sino que puede determinar importantes riesgos de complicaciones, malos entendidos y posibilidad de errores en la atención que afecten su salud y su vida.

Al comparar los reportes de los residentes según áreas de especialidad, se puede apreciar que para esta práctica en el área quirúrgica existe un predominio del reporte de realización de la práctica “Muchas veces” (50,0%), seguido por la opción “Algunas veces” (42,9%); en cambio, en el área clínica se presentó la situación inversa, con el predominio de la opción “Algunas veces” (63,2%), seguido por la opción “Muchas veces” (21,1%).

Finalmente, se puede señalar que la opción de “Nunca” realizar la práctica del registro de datos del CI en el expediente clínico se reportó por un 15,8% de los residentes del área clínica, siendo mayor que el porcentaje reportado en el área quirúrgica (7,1%). Es posible que esta diferencia entre áreas de especialidad pueda deberse a que en el área quirúrgica se requiere un mayor manejo del CI en comparación a las especialidades del área clínica. Nuevamente, es necesario resaltar que las diferencias estadísticas entre ambos grupos no pudieron ser evaluadas por el bajo número de casos observados en algunas categorías de análisis. Todos estos aspectos pueden afectar de forma importante el desarrollo del proceso de implementación del CI, determinando bajos niveles de comprensión de aspectos clave de los procedimientos y tratamientos que los pacientes recibirán, lo que se ha reflejado los bajos niveles de satisfacción de los pacientes con el proceso del CI en múltiples estudios en diferentes contextos⁶⁷⁻⁷⁰, lo que a su vez disminuye el nivel de ejercicio de la autonomía de los pacientes afectando de forma crítica la calidad de la atención en salud brindada a los pacientes.

II.4 Consideraciones sobre los hallazgos

Los hallazgos del presente estudio evidencian deficiencias importantes en el proceso de implementación del consentimiento informado (CI) por parte de médicos residentes en formación. Estos resultados no solo reflejan vacíos en la comprensión teórica y la aplicación práctica del CI, sino también una preocupante desconexión entre la normativa vigente, los principios éticos fundamentales y la realidad clínica cotidiana. A continuación, se presentan

las consideraciones principales, articuladas desde una perspectiva crítica y reflexiva, en diálogo con otras investigaciones.

Uno de los hallazgos más consistentes del estudio es el bajo nivel de conocimiento que presentan los médicos residentes respecto del consentimiento informado, sus fundamentos ético-legales, objetivos y correcta implementación. Esta situación es particularmente grave, ya que el CI no constituye un trámite administrativo más, sino un componente esencial de la práctica médica respetuosa de los derechos del paciente. La evidencia empírica recogida en esta investigación coincide con estudios realizados en otros contextos. Por ejemplo, Weiss, en Estados Unidos, documentó que los residentes requieren mayor entrenamiento en situaciones complejas relacionadas con el CI, como la atención a pacientes con capacidad de decisión comprometida, barreras idiomáticas o negativa al tratamiento (Weiss, EE. UU.)¹. Koller también evidenció una comprensión deficiente del CI entre residentes, quienes sobrestimaban su propia participación diaria en el proceso, sin una clara conciencia de lo que este implica en términos éticos y legales². Asimismo, Bean³ reportó que más del 80% de residentes quirúrgicos no se consideran preparados para llevar a cabo correctamente este proceso. Estas constataciones permiten afirmar que el conocimiento sobre el CI sigue siendo superficial y fragmentado entre los médicos en formación, lo que supone una grave deficiencia en su desarrollo profesional y ético. La ausencia de formación integral sobre el CI compromete no solo la autonomía de los pacientes, sino también la calidad y legalidad del acto médico.

En relación con las prácticas observadas, los datos evidencian una tendencia preocupante: los residentes están asumiendo responsabilidades que corresponden al médico tratante, especialmente en la explicación y la recolección de la firma del CI. Esta situación contraviene abiertamente la normativa nacional e internacional que establece que el acto de informar al paciente debe ser realizado por quien tiene la responsabilidad clínica del procedimiento. Más aún, cuando los residentes no cumplen esta función, esta es asumida por otros actores del equipo de salud –como internos o personal no médico–, lo que introduce un nivel de arbitrariedad inaceptable en un proceso tan delicado como el consentimiento informado. Experiencias similares han sido documentadas en la literatura. Por ejemplo, Cawich, en Jamaica, reportó que más del 60% de los pacientes se sienten insatisfechos con el proceso de CI, en gran parte debido a la falta de claridad y de contacto directo con el médico responsable⁴. La delegación impropia del CI ha sido identificada como una falta profesional en

múltiples estudios, dado que compromete el principio de responsabilidad y puede dar lugar a errores, malentendidos y pérdida de confianza por parte del paciente⁵⁻⁷.

Otra dimensión crítica identificada en este estudio es la falta de cumplimiento con los plazos establecidos para la entrega del consentimiento informado antes de una cirugía programada. La normativa vigente exige que este sea entregado al menos 24 horas antes del procedimiento para permitir una adecuada deliberación por parte del paciente. Sin embargo, el 54,6% de los residentes reportó que el CI se entrega dentro de las 24 horas previas o incluso la misma mañana de la cirugía. Esto es coherente con lo descrito por Biyazin⁷¹ en Etiopía, cuando señala que un 79% de pacientes refiere haber recibido el consentimiento informado dentro del plazo de las 24 horas antes del procedimiento, así como el reporte de Teshome⁷², que señala que el 88% de los pacientes recibieron el consentimiento informado el mismo día del procedimiento. Este hallazgo es preocupante por múltiples razones. Primero, porque limita el tiempo disponible para que el paciente reflexione, consulte dudas o considere otras opciones, lo que compromete el principio de autonomía. Segundo, porque contribuye a una percepción de improvisación y falta de respeto hacia el paciente como sujeto activo en el proceso de atención. En términos de calidad, esta práctica reduce la posibilidad de una toma de decisiones informada y compartida, debilitando el vínculo de confianza entre el equipo médico y el paciente.

La explicación detallada de los procedimientos es uno de los pilares del consentimiento informado. Sin embargo, los datos del estudio revelan que solo el 30,3% de los residentes reporta realizar esta práctica "siempre", mientras que un 39,4% lo hace "muchas veces" y otro 30,3% "algunas veces". Estos valores son coherentes con lo reportado por Jukic⁷³ en Croacia, donde se reportó la entrega de información detallada a pacientes en sólo un 33% de los casos. Estas cifras sugieren que una gran proporción de pacientes podría estar recibiendo información parcial o insuficiente sobre los procedimientos a los que serán sometidos. Desde una perspectiva bioética, esta situación representa una vulneración directa del principio de autonomía, pues sin información suficiente, clara y comprensible, el consentimiento no puede considerarse verdaderamente informado. Además, este déficit informativo impacta negativamente en la calidad de la atención, ya que limita la participación del paciente y puede influir en su adherencia a los tratamientos y en su satisfacción general con el sistema de salud.

Uno de los hallazgos más alarmantes del estudio es la escasa frecuencia con que se registra adecuadamente el proceso de CI en la historia clínica del paciente. Sorprendentemente, ningún residente reportó realizar esta práctica de manera sistemática ("siempre"), y un 12,1% reconoció no hacerlo nunca. La mayoría indicó hacerlo solo "algunas veces" (54,5%) o "muchas veces" (33,3%). La falta de documentación adecuada no solo representa un incumplimiento normativo, sino que también afecta gravemente la seguridad jurídica del proceso médico, tanto para el paciente como para el profesional. En caso de complicaciones, la ausencia de un registro detallado del consentimiento puede dificultar la defensa de derechos, generar desconfianza, y exponer al profesional a posibles consecuencias legales. Tal como señalan estudios realizados por Basukala⁸ en Nepal y Ochieng⁹ en Uganda, la falta de información clara y de registro adecuado se asocia con bajos niveles de satisfacción de los pacientes con el proceso del CI (16% y 20% de satisfacción, respectivamente).

Los resultados de esta investigación reflejan una serie de factores que no se alinean con los principios bioéticos fundamentales ni con los estándares mínimos de calidad en salud. La vulneración de las características fundamentales del CI tiene consecuencias en el ámbito ético, así como en el ámbito legal, como se evidencia en la jurisprudencia que existe en el sistema judicial de Bolivia^{74, 75}, y la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en Bolivia y otros países⁷⁶. En estos casos se vulneró de diferentes formas el CI, con consecuencias devastadoras para la autonomía e integridad de las personas afectadas, lo que ha llevado a resoluciones y nuevos estándares para el fortalecimiento de la implementación del consentimiento informado.

En vista de todo lo anterior, se puede señalar que el consentimiento informado, lejos de ser una formalidad, constituye un derecho del paciente y una obligación profesional. Su implementación inadecuada afecta la autodeterminación de los pacientes, socava la confianza en el sistema de salud, y compromete la seguridad, legalidad y calidad de la atención.

CAPITULO III – PROPUESTA

Programa de Formación y Actualización en Bioética y Aplicación del Consentimiento Informado para Médicos en Formación

III.1 Antecedentes

La implementación del consentimiento informado es esencial para garantizar la calidad de la atención médica y el respeto a la autonomía del paciente. La investigación realizada en el hospital Sta. Bárbara ha revelado deficiencias significativas en el conocimiento y la práctica de aspectos clave del consentimiento informado entre los médicos en formación. Para abordar estas deficiencias, y en atención a la predisposición de las autoridades del Hospital Sta. Bárbara para intervenir esta situación, se propone un programa integral de formación y actualización en bioética y aplicación del consentimiento informado, el cual no sólo incluya los aspectos clave investigados, sino que aborde de forma amplia y completa todo el proceso de implementación del consentimiento informado. Esta propuesta, fundamentada en los resultados obtenidos a través de la investigación antes descrita, está diseñada para mejorar el entendimiento teórico y práctico de los principios para la implementación del consentimiento informado, fortalecer las competencias necesarias y asegurar la implementación efectiva de este importante proceso en la práctica clínica.

III.2 Objetivos del programa

Objetivo general

Desarrollar un programa de formación y actualización en bioética y aplicación del consentimiento informado dirigido a médicos en formación, con el fin de mejorar su comprensión teórica y habilidades prácticas, y garantizar la conformidad con los estándares éticos y legales en la práctica clínica.

Objetivos específicos

1. Aumentar el conocimiento teórico: Proveer a los médicos en formación con un conocimiento sólido sobre los principios éticos del consentimiento informado, su origen, evolución, y las normativas legales correspondientes.

2. Desarrollar competencias prácticas: Capacitar a los médicos en habilidades prácticas para la aplicación efectiva del consentimiento informado, incluyendo la comunicación clara y la documentación adecuada.

3. Mejorar la implementación clínica: Facilitar la integración del consentimiento informado en la práctica clínica diaria mediante la aplicación de protocolos estandarizados y la evaluación continua.

4. Promover una cultura ética: Fomentar una cultura organizacional que valore y respete el consentimiento informado y los principios éticos en la atención al paciente.

III.3 Contenidos generales y competencias por áreas temáticas

El programa se estructura en cuatro áreas temáticas que abarcan tanto aspectos teóricos como prácticos del consentimiento informado. Cada área temática incluye competencias específicas que se desarrollarán a través de sesiones de capacitación, talleres prácticos, y evaluaciones continuas.

Tabla 6. Contenidos y competencias según áreas temáticas

Área temática	Contenidos	Competencias
1. Fundamentos del Consentimiento Informado	<ul style="list-style-type: none"> - Historia y evolución del consentimiento informado. - Principios éticos y legales del consentimiento informado. - Derechos del paciente y autonomía. - Normativas locales e internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprender los principios éticos y legales del consentimiento informado. - Conocer la historia y evolución del consentimiento informado en la práctica médica. - Identificar y aplicar normativas y regulaciones relevantes.
2. Comunicación efectiva y documentación	<ul style="list-style-type: none"> - Técnicas de comunicación clara y efectiva. - Estrategias para explicar riesgos, beneficios y alternativas. - Procedimientos para la documentación del consentimiento informado. - Uso de herramientas tecnológicas en la comunicación del consentimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar técnicas de comunicación efectiva con pacientes. - Explicar de manera clara y comprensible los riesgos, beneficios y alternativas del tratamiento. - Documentar adecuadamente el proceso de consentimiento informado. - Utilizar herramientas tecnológicas para mejorar la comunicación del consentimiento.

3. Aplicación práctica y protocolos clínicos	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo y aplicación de protocolos estandarizados para el consentimiento informado. - Simulaciones de escenarios clínicos para la obtención del consentimiento. - Evaluación y retroalimentación sobre prácticas de consentimiento informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar protocolos estandarizados para el consentimiento informado en la práctica clínica. - Realizar simulaciones y aplicar conocimientos en escenarios clínicos. - Evaluar y mejorar las prácticas de consentimiento informado basándose en retroalimentación.
4. Cultura ética y mejora continua	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de una cultura ética en la práctica clínica. - Estrategias para la mejora continua en la implementación del consentimiento informado. - Evaluación del impacto del programa de formación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar una cultura organizacional que valore el consentimiento informado. - Aplicar estrategias para la mejora continua en la práctica del consentimiento informado. - Evaluar el impacto del programa y realizar ajustes según sea necesario.

III.4 Estrategias y Recursos Didácticos

Las estrategias didácticas a utilizar son las siguientes:

- Método Expositivo: Utilización de conferencias y presentaciones para introducir y explicar conceptos teóricos.
- Aprendizaje Basado en Casos: Análisis de estudios de caso y simulaciones para aplicar conocimientos en contextos reales.
- Juego de roles: Actividades prácticas para simular el proceso de consentimiento informado y recibir retroalimentación.
- E-learning: Uso de plataformas en línea para proporcionar materiales educativos adicionales y facilitar el aprendizaje autónomo.
- Mentoría: Asignación de mentores para guiar y apoyar a los médicos en formación durante el proceso de aprendizaje.

Los recursos didácticos a utilizar son las siguientes:

- Materiales educativos: Manuales, guías, y artículos sobre bioética y consentimiento informado.
- Herramientas tecnológicas: Plataformas de e-learning (Moodle), videos educativos.
- Simulaciones: Recursos para realizar simulaciones prácticas y talleres de juego de roles.

- Evaluaciones y retroalimentación: Herramientas para la evaluación de conocimientos y habilidades, así como mecanismos para proporcionar retroalimentación constructiva.

III.5 Cronograma de ejecución

El programa se desarrollará a lo largo de 12 semanas, con sesiones semanales y actividades complementarias. La duración total es de 60 horas, distribuidas según el siguiente cronograma de ejecución:

Tabla 7. Cronograma de ejecución del programa de formación y actualización en bioética y consentimiento informado

Semanas	Actividades
1 y 2	- Introducción al programa y fundamentos del consentimiento informado. - Primeras sesiones teóricas y actividades complementarias.
3 y 4	- Continuación de las sesiones teóricas sobre principios éticos y legales. - Inicio de talleres prácticos sobre comunicación y documentación.
5 y 6	- Desarrollo de protocolos clínicos y simulaciones de consentimiento informado. - Evaluaciones formativas y retroalimentación.
7 y 8	- Revisión y mejora continua de prácticas basadas en retroalimentación. - Sesiones adicionales de juego de roles y simulaciones.
9 y 10	- Aplicación de protocolos y evaluación de casos reales. - Preparación para la evaluación sumativa y actividades complementarias.
11 y 12	- Evaluación sumativa y discusión de resultados. - Reflexión final, cierre del programa, y ajuste de estrategias para la mejora continua.

III.6 Presupuesto

En función de las características anteriormente descritas, se presenta a continuación el detalle del presupuesto para la ejecución del programa de intervención, con la descripción de las dimensiones, ítems y el presupuesto correspondiente, alcanzando un presupuesto global de veintiún mil setecientos ochenta Bs. (21780).

Tabla 8. Presupuesto para la ejecución del programa de formación y actualización en bioética y consentimiento informado

Dimensión	Item	Presupuesto (Bs.)
1. Materiales Educativos	- Libros y manuales sobre bioética y consentimiento informado	0.00
	- Materiales impresos.	600.00
2. Herramientas tecnológicas	- Mantenimiento de plataforma.	1500.00
3. Simulaciones y escenarios clínicos	- Desarrollo de simulaciones y recursos para el juego de roles.	0.00
4. Evaluaciones y retroalimentación	- Herramientas para la evaluación de conocimientos y habilidades.	0.00
	- Formularios y sistemas para la retroalimentación.	0.00
5. Costos de capacitación	- Honorarios de los instructores y facilitadores.	15000.00
	- Costos de logística y administración de talleres.	4680.00
Total		21780.00

III.7 Conclusión

La implementación de este programa de formación y actualización en bioética y consentimiento informado para médicos en formación tiene el potencial de abordar de manera efectiva las deficiencias identificadas en la investigación. Al proporcionar una formación integral que abarca tanto el conocimiento teórico como las habilidades prácticas, se busca mejorar significativamente la práctica del consentimiento informado y fomentar una cultura ética en la atención médica. La propuesta incluye un enfoque basado en competencias, estrategias didácticas variadas y un cronograma detallado para asegurar una capacitación efectiva y sostenible. La inversión en este programa contribuirá a la mejora continua de la calidad de la atención y al respeto de los derechos de los pacientes.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La investigación realizada sobre la implementación del consentimiento informado clínico por parte de médicos en formación revela una serie de deficiencias significativas en la comprensión y aplicación de este proceso crucial. Los resultados demuestran que los médicos en formación presentan un conocimiento limitado sobre las características, fundamentos y objetivos del consentimiento informado clínico. Además, las prácticas observadas en el ámbito clínico no se alinean adecuadamente con las recomendaciones y estándares establecidos para su implementación.

1. Falta de conocimiento adecuado. La falta de conocimiento entre los médicos en formación sobre el consentimiento informado es una preocupación central. Los resultados indican que muchos médicos no comprenden completamente los principios fundamentales del consentimiento informado, incluyendo su base ética y legal, así como su importancia en la protección de la autonomía del paciente. Este déficit en el conocimiento básico sugiere que la formación recibida durante la educación médica no está preparando adecuadamente a los futuros profesionales para cumplir con los requisitos del consentimiento informado en la práctica clínica.

2. Desviación de las prácticas recomendadas. Las prácticas observadas en la implementación del consentimiento informado también muestran una falta de coherencia con las recomendaciones establecidas. Los médicos en formación a menudo no siguen de manera rigurosa los protocolos para la obtención del consentimiento informado, lo que puede implicar la falta de comunicación efectiva con los pacientes, omisiones en la explicación de los riesgos y beneficios de los procedimientos, y una insuficiente documentación del proceso. Esta desviación de las prácticas recomendadas compromete tanto la calidad de la atención como la seguridad del paciente, dado que el consentimiento informado es esencial para una toma de decisiones adecuada y fundamentada por parte de los pacientes.

3. Impacto en la relación médico-paciente. La falta de alineación entre el conocimiento y las prácticas del consentimiento informado también afecta la relación médico-paciente. Un

proceso de consentimiento informado deficiente puede generar desconfianza y malestar en los pacientes, quienes pueden sentir que no están completamente informados o que su autonomía no está siendo respetada. Esta situación puede deteriorar la relación entre el médico y el paciente, afectando la satisfacción del paciente y, potencialmente, su adherencia a los tratamientos recomendados.

4. Necesidad de Intervenciones Educativas y Organizativas. Las conclusiones de la investigación subrayan la necesidad urgente de intervenciones educativas y organizativas para mejorar la formación de los médicos en formación sobre el consentimiento informado. Es esencial abordar las lagunas en el conocimiento y asegurar que las prácticas clínicas sean coherentes con los estándares éticos y legales del consentimiento informado.

Recomendaciones

A partir de la información presentada y las conclusiones reportadas, se presentan las siguientes recomendaciones para su consideración en diferentes niveles de agencia y decisión para el mejoramiento de la situación diagnosticada:

1. Fortalecer la formación en consentimiento informado. Una de las recomendaciones más importantes es mejorar la formación sobre el consentimiento informado en los programas de educación médica. Esta formación debe incluir tanto la teoría como la práctica, asegurando que los médicos en formación comprendan los principios éticos y legales, así como las habilidades necesarias para implementar el consentimiento informado de manera efectiva. Los cursos y talleres deben incorporar simulaciones y casos prácticos que reflejen escenarios reales para proporcionar a los estudiantes una comprensión profunda y aplicable del consentimiento informado.

2. Implementar protocolos estandarizados. Es fundamental desarrollar e implementar protocolos estandarizados para el consentimiento informado en las instituciones de salud. Estos protocolos deben guiar a los médicos en formación en la obtención del consentimiento, garantizando que se sigan prácticas consistentes y de alta calidad. Los protocolos deben incluir directrices claras sobre cómo comunicar la información al paciente, cómo abordar sus preguntas y preocupaciones, y cómo documentar adecuadamente el proceso.

3. Integrar la evaluación y retroalimentación continua. La integración de sistemas de evaluación y retroalimentación continua es clave para mejorar las prácticas de CI. Se deben establecer mecanismos para revisar regularmente el proceso de CI, proporcionando retroalimentación constructiva a los médicos en formación. Una forma de realizar estas actividades sería incluir las mismas dentro de los procesos de auditoría de la Unidad de Gestión de Calidad del Hospital. La evaluación debe incluir la revisión de documentación de consentimiento, entrevistas con pacientes y observación directa de las prácticas.

4. Promover la conciencia y la cultura organizacional de calidad. Es esencial fomentar una cultura organizacional que valore el consentimiento informado y promueva la ética en la práctica clínica y su importancia para la Gestión de la Calidad. El hospital debe promover la importancia del CI a través de campañas de concienciación, talleres y reuniones. Crear un entorno en el que se aprecie y se respete el CI podría promover que el personal de salud, incluyendo los médicos en formación, prioricen estos principios en su práctica diaria.

5. Desarrollar otros estudios adicionales. Se recomienda diseñar e implementar estudios cualitativos que profundicen en la exploración de percepciones y experiencias de los residentes al respecto de la implementación del CI; estos estudios junto con otros de tipo cuantitativo o mixto permitirán no sólo identificar otras barreras para una correcta implementación del CI, sino que además pueden abrir nuevos espacios de trabajo o investigación para la mejora de la calidad del proceso asistencial con respeto a las consideraciones éticas pertinentes. Así mismo, sería importante realizar este estudio con residentes de otros hospitales para comparar sus resultados y evaluar opciones de intervención en diferentes escenarios.

En conclusión, para mejorar la implementación del consentimiento informado clínico, es necesario abordar las deficiencias en el conocimiento y las prácticas observadas a través de una combinación de mejor formación, protocolos estandarizados, evaluación continua, y una cultura organizacional que apoye estos principios. Estas recomendaciones están orientadas a asegurar que los médicos en formación puedan cumplir con los estándares éticos y legales del consentimiento informado, protegiendo así los derechos de los pacientes y mejorando la calidad de la atención médica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Bazzano LA, Durant J, Brantley PR. A Modern History of Informed Consent and the Role of Key Information. *Ochsner J.* 2021;21(1):81-5.
2. Association GAotWM. World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American College of Dentists.* 2014;81(3):14-8.
3. Sciences CflOoM. International ethical guidelines for health-related research involving humans. (No Title). 2016.
4. Santillan-Doherty P, Cabral-Castañeda A, Soto-Ramírez L. Informed consent in clinical practice and medical research. *Revista de Investigacion Clinica; Organo del Hospital de Enfermedades de la Nutricion.* 2003;55(3):322-38.
5. Bottrell MM, Alpert H, Fischbach RL, Emanuel LL. Hospital informed consent for procedure forms: facilitating quality patient-physician interaction. *Archives of Surgery.* 2000;135(1):26-33.
6. Zhang D, Hu Z, Wu Z, Huang T, Huang T, Liu J, et al. Compromised informed consent due to functional health literacy challenges in Chinese hospitals. *BMC Med Ethics.* 2024;25(1):91.
7. White EM, Esposito AC, Kurbatov V, Wang X, Caty MG, Laurans M, et al. How I Learned is How I Teach - Perspectives on How Faculty Surgeons Approach Informed Consent Education. *J Surg Educ.* 2022;79(6):e181-e93.
8. Waisel DB, Ruben MA, Blanch-Hartigan D, Hall JA, Meyer EC, Blum RH. Compassionate and Clinical Behavior of Residents in a Simulated Informed Consent Encounter. *Anesthesiology.* 2020;132(1):159-69.
9. Alomar AZ. Confidence level, challenges, and obstacles faced by orthopedic residents in obtaining informed consent. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research.* 2021;16(1):390.
10. Okonta P. Obstetrics and gynaecology residents' knowledge of the informed consent process and its practice in their training institutions. *Nigerian Journal of Clinical Practice.* 2015;18(4):445-52.
11. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Obtención del Consentimiento Informado. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes Bolivia,; 2008.
12. Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Bases para la organización y funcionamiento del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS). La Paz, Bolivia; 2008.
13. Ticona Quisbert JB. Consentimiento Informado en la Atención Clínica. *Revista de Actualización Clínica Investiga.* 2013;32:1648-53.
14. Canaviri Delgado JKI, Ramirez Montaña I. Importancia del consentimiento informado. *Revista Científica Ciencia Médica.* 2016;19:74-.
15. Eftekhari K, Binenbaum G, Jensen AK, Gorry TN, Sankar PS, Tapino PJ. Confidence of ophthalmology residents in obtaining informed consent. *J Cataract Refract Surg.* 2015;41(1):217-21.
16. Koller SE, Moore RF, Goldberg MB, Zhang J, Yu D, Conklin CB, et al. An Informed Consent Program Enhances Surgery Resident Education. *J Surg Educ.* 2017;74(5):906-13.

17. Pang JH, Finlay E, Fortner S, Pickett B, Wang ML. Teaching Effective Informed Consent Communication Skills in the Virtual Surgical Clerkship. *J Am Coll Surg*. 2021;233(1):64-72.e2.
18. Srinivasan J. Observing communication skills for informed consent: an examiner's experience. *Ann R Coll Physicians Surg Can*. 1999;32(8):437-40.
19. Ortega Moreno A. [Patient autonomy]. *Neurologia*. 2004;19 Suppl 4:30-6.
20. Pallocci M, Treglia M, Passalacqua P, Tittarelli R, Zanovello C, De Luca L, et al. Informed Consent: Legal Obligation or Cornerstone of the Care Relationship? *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(3).
21. Agarwal BB. Informed consent-'da Vinci code' for our safety in empowered patient's safety. *Surgical Endoscopy*. 2009;23(5):1158-60.
22. The Joint Commission. Quick Safety 21: Informed consent: More than getting a signature 2022 [Available from: <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/newsletters/newsletters/quick-safety/quick-safety--issue-21-informed--consent-more-than-getting-a-signature/informed-consent-more-than-getting-a-signature/>].
23. Pineda E, Alvarado E. Metodología de la investigación OPS. OMS. 1994.
24. Zavala S, Sogi C, Delgado A, Cárdenas M, editors. Conocimiento sobre consentimiento informado de médicos en formación. *Anales de la Facultad de Medicina*; 2010: UNMSM. Facultad de Medicina.
25. Cartagena-Torres É, Vargas-Hernández Y, Cuevas-Rodríguez GN, Rubio-Rincón GS. Validación de un instrumento para la evaluación del consentimiento informado y su uso en investigación en estudiantes universitarios. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*. 2022;19(2):55-60.
26. Kaliyaperumal K. Guideline for conducting a knowledge, attitude and practice (KAP) study. *AECS illumination*. 2004;4(1):7.
27. Bailey RL. Overview of dietary assessment methods for measuring intakes of foods, beverages, and dietary supplements in research studies. *Curr Opin Biotechnol*. 2021;70:91-6.
28. Willis L. Nuffield Council on Bioethics. The ethics of research related to healthcare in developing countries. *MEDICINE CONFLICT AND SURVIVAL*. 2003;19(1):74-.
29. The Belmont Report. Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *J Am Coll Dent*. 2014;81(3):4-13.
30. Robertson L. Contemporary interpretation of informed consent: autonomy and paternalism. *Br J Hosp Med (Lond)*. 2016;77(6):358-61.
31. Will JF. A brief historical and theoretical perspective on patient autonomy and medical decision making: part I: the beneficence model. *Chest*. 2011;139(3):669-73.
32. Faden RR, Beauchamp TL. *A history and theory of informed consent*: Oxford University Press; 1986.
33. American Medical Association. Informed consent 2024 [Available from: <https://www.ama-assn.org/delivering-care/ethics/informed-consent>].
34. Real Academia Española. Consentimiento informado 2024 [Available from: <https://dle.rae.es>].
35. Merriam-Webster. Informed consent: Merriam-Webster.com dictionary; 2024 [Available from: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/informed%20consent>].

36. Albrecht TL, Franks MM, Ruckdeschel JC. Communication and informed consent. *Curr Opin Oncol.* 2005;17(4):336-9.
37. Kaushik JS, Narang M, Agarwal N. Informed consent in pediatric practice. *Indian Pediatr.* 2010;47(12):1039-46.
38. Schenker Y, Fernandez A, Sudore R, Schillinger D. Interventions to improve patient comprehension in informed consent for medical and surgical procedures: a systematic review. *Med Decis Making.* 2011;31(1):151-73.
39. Muskens IS, Gupta S, Robertson FC, Moojen WA, Koliass AG, Peul WC, et al. When Time Is Critical, Is Informed Consent Less So? A Discussion of Patient Autonomy in Emergency Neurosurgery. *World Neurosurg.* 2019;125:e336-e40.
40. McCabe M, Morgan F, Curley H, Begay R, Gohdes DM. The informed consent process in a cross-cultural setting: is the process achieving the intended result? *Ethn Dis.* 2005;15(2):300-4.
41. Chima SC. Evaluating the quality of informed consent and contemporary clinical practices by medical doctors in South Africa: an empirical study. *BMC Med Ethics.* 2013;14 Suppl 1(Suppl 1):S3.
42. Plaiasu MC, Alexandru DO, Nanu CA. Physicians' legal knowledge of informed consent and confidentiality. A cross-sectional study. *BMC Med Ethics.* 2022;23(1):93.
43. Thompson BM, Sparks RA, Seavey J, Wallace MD, Irvan J, Raines AR, et al. Informed consent training improves surgery resident performance in simulated encounters with standardized patients. *Am J Surg.* 2015;210(3):578-84.
44. Tait AR. Consent Obtained by Residents: Informed by the Uninformed? *J Clin Ethics.* 2019;30(2):163-6.
45. Tan JY. Electronic documentation of informed consent according to the Montgomery ruling in the surgical emergency unit setting. *Clin Med (Lond).* 2021;21(Suppl 2):39.
46. Toy A. The clinical governance of consent. *Prim Dent J.* 2015;4(1):26-9.
47. Shafique MU, Saleem MS, Saghir M, Javaid MS, Saad M, Sadiq A, et al. An Audit of Preoperative Informed Consent in Surgical Patients at a Tertiary Care Hospital in Lahore, Pakistan. *Cureus.* 2023;15(12):e50122.
48. Oh KE, Vasandani N, Anwar A, Meshkat B. Informed Written Consent for Emergency and Elective General Surgery at a Model 4 Hospital: A Closed-Loop Audit. *Cureus.* 2023;15(11):e49480.
49. *Medicins du monde.* The kap survey model (knowledge, attitude & practices). *Medicins du monde;* 2011.
50. Gupta G, Singh AN, Bansal N, Wander GS. Knowledge about Informed Consent among Doctors of Various Specialities: A Pilot Survey. *J Assoc Physicians India.* 2018;66(10):57-62.
51. Jukic M, Kvolik S, Kardum G, Kozina S, Tomic Juraga A. Knowledge and practices of obtaining informed consent for medical procedures among specialist physicians: questionnaire study in 6 Croatian hospitals. *Croat Med J.* 2009;50(6):567-74.
52. Akyüz E, Bulut H, Karadağ M. Surgical nurses' knowledge and practices about informed consent. *Nursing Ethics.* 2019;26(7-8):2172-84.

53. Okonta PI. Obstetrics and gynaecology residents' knowledge of the informed consent process and its practice in their training institutions. *Niger J Clin Pract.* 2015;18(4):445-52.
54. Gaeta T, Torres R, Kotamraju R, Seidman C, Yarmush J. The need for emergency medicine resident training in informed consent for procedures. *Acad Emerg Med.* 2007;14(9):785-9.
55. Jochum SB, Venkatramani M, Ritz EM, Favuzza J, Hayden DM, Saclarides TJ, et al. Surgical Residents' Perspective on Informed Consent-How Does It Compare With Attending Surgeons? *J Surg Res.* 2021;260:88-94.
56. Sullivan GA, Harmon K, Gill-Wiehl GF, Kim S, Velasco JM, Chan EY, et al. Measuring Impact of Simulation-Based Informed Consent Training on Surgical Intern's Long-Term Confidence. *J Surg Educ.* 2023;80(6):884-91.
57. INE Bolivia. Bolivia: Proyecciones de población, según departamento y municipio, 2012-2022 2024 [Available from: <https://www.ine.gob.bo/index.php/censos-y-proyecciones-de-poblacion-sociales/>].
58. Gobierno autónomo municipal de Sucre. Plan territorial de desarrollo integral. Municipio de Sucre, 2016-2020 2022 [Available from: <https://sucre.bo/plan-territorial-de-desarrollo-integral-2016-2020/>].
59. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Comité Nacional de Integración Docente Asistencial e Investigación (CNIDAI). Norma Boliviana de Integración Docente Asistencial e Investigación. La Paz, Bolivia; 2021.
60. Tait AR, Hutchinson RJ. Informed consent training in pediatrics—are we doing enough? *JAMA pediatrics.* 2018;172(3):211-2.
61. Weiss Roberts L, Geppert CMA, Warner TD, Green Hammond KA, Prosen Lamberton L. Bioethics Principles, Informed Consent, and Ethical Care for Special Populations: Curricular Needs Expressed by Men and Women Physicians-in-Training. *Psychosomatics.* 2005;46(5):440-50.
62. Koller SE, Moore RF, Goldberg MB, Zhang J, Yu D, Conklin CB, et al. An Informed Consent Program Enhances Surgery Resident Education. *Journal of Surgical Education.* 2017;74(5):906-13.
63. Bean S, Magwood B, Abdoh AA, Chen J, Hochman J. Informed consent: exploring surgical residents' beliefs, attitudes and practices. *Healthc Q.* 2010;13(4):68-73.
64. White EM, Esposito AC, Yoo PS. Should Obtaining Informed Consent Be Considered an Entrustable Professional Activity? Insights From Whether and How Attendings Entrust Surgical Trainees. *Acad Med.* 2024;99(8):897-903.
65. Angelos P, DaRosa DA, Bentram D, Sherman H. Residents seeking informed consent: Are they adequately knowledgeable? *Curr Surg.* 2002;59(1):115-8.
66. Lamb M, Woodward JM, Quaranto B, White BAA, Harris LM, Lukan JK, et al. Do Interns Learn On-The-Job How to Obtain Proper Informed Consent for Surgical Procedures? *J Surg Educ.* 2024;81(9):1215-21.
67. Cawich SO, Barnett AT, Crandon IW, Drew SD, Gordon-Strachan G. From the patient's perspective: is there a need to improve the quality of informed consent for surgery in training hospitals? *Perm J.* 2013;17(4):22-6.

68. Propst K, O'Sullivan DM, Ulrich A, Tunitsky-Bitton E. Informed Consent Education in Obstetrics and Gynecology: A Survey Study. *J Surg Educ.* 2019;76(4):1146-52.
69. Basukala S, Shrestha O, Thapa N, Karki S, Pandit A, Thapa BB, et al. How informed is informed consent?-Evaluating the quality of informed consent among surgical patients in a tertiary care hospital in Nepal. *PLoS One.* 2023;18(7):e0288074.
70. Ochieng J, Buwembo W, Munabi I, Ibingira C, Kiryowa H, Nzarubara G, et al. Informed consent in clinical practice: patients' experiences and perspectives following surgery. *BMC Res Notes.* 2015;8:765.
71. Biyazin T, Taye A, Belay Y. Patient satisfaction with surgical informed consent at Jimma Medical Center, Ethiopia. *BMC Med Ethics.* 2022;23(1):103.
72. Teshome M, Wolde Z, Gedefaw A, Asefa A. Improving surgical informed consent in obstetric and gynaecologic surgeries in a teaching hospital in Ethiopia: A before and after study. *BMJ Open.* 2019;9(1):e023408.
73. Jukić M, Kvolik S, Kardum G, Kozina S, Tomić Juraga A. Knowledge and practices of obtaining informed consent for medical procedures among specialist physicians: questionnaire study in 6 Croatian hospitals. *Croatian medical journal.* 2009;50(6):567-74.
74. jurisprudencia Ud. AS/1530/2024-RRC del 20-08-2024. La Paz, Bolivia: Tribunal Supremo de Justicia; 2024.
75. jurisprudencia Ud. S/0278/2023 del 24-07-2023. La Paz, Bolivia: Tribunal Supremo de Justicia; 2023.
76. Carrasco GH, Ávila CAC, Ávila LDC. Jurisprudencia interamericana en consentimiento informado. *Revista Médica Hondureña.* 2024;92(2):153-7.

BIBLIOGRAFIA

1. Beauchamp T, Childress J. Principles of biomedical ethics: marking its fortieth anniversary. Taylor & Francis; 2019. p. 9-12.
2. Hernández-Sampieri R, Mendoza C. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-hill México; 2020.
3. McClean KL, Card SE. Informed consent skills in internal medicine residency: how are residents taught, and what do they learn? *Academic Medicine*. 2004;79(2):128-33.
4. O'Neill O. Accountability, trust and informed consent in medical practice and research. *Clinical Medicine*. 2004;4(3):269-76.
5. Parra Senfet SM. La obligación internacional de los estados de obtener el consentimiento informado en la realización de actos médicos: el caso " IV c. Bolivia". 2018.
6. Paterick TJ, Carson GV, Allen MC, Paterick TE, editors. *Medical informed consent: general considerations for physicians*. Mayo Clinic Proceedings; 2008: Elsevier.
7. Portillo B, Bernardet R. La responsabilidad médica. *Revista Médica La Paz*. 2014;20(2):3-4.
8. Rutherford BR, Aizaga K, Sneed J, Roose SP. A survey of psychiatry residents' informed consent practices. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2007;68(4):558-65.
9. Sherman KA, Kilby CJ, Pehlivan M, Smith B. Adequacy of measures of informed consent in medical practice: a systematic review. *Plos one*. 2021;16(5):e0251485.
10. Swanborn PG. A common base for quality control criteria in quantitative and qualitative research. *Quality and quantity*. 1996;30(1):19-35.
11. Thompson BM, Sparks RA, Seavey J, Wallace MD, Irvan J, Raines AR, et al. Informed consent training improves surgery resident performance in simulated encounters with standardized patients. *The American Journal of Surgery*. 2015;210(3):578-84.
12. Zolkefli Y. The Ethics of Truth-Telling in Health-Care Settings. *Malays J Med Sci*. 2018;25(3):135-9.

ANEXOS

ANEXO 1

Cuestionario de conocimientos y prácticas de médicos residentes respecto de la implementación del consentimiento informado

Muchas gracias por aceptar participar en este estudio. Por favor, a continuación, lea atentamente cada una de las preguntas y sus opciones de respuesta, y seleccione o complete con la opción o información más adecuada para su caso particular.

I Características generales

1. Sexo:
 - a) Masculino
 - b) Femenino

2. Edad (en años cumplidos): _____

3. Especialidad en la que hace residencia: _____

4. Año de residencia médica:
 - a) Primer año
 - b) Segundo año
 - c) Tercer año

5. Años de experiencia profesional desde el egreso de la carrera: _____

6. ¿Ha tenido alguna capacitación en Bioética durante su formación de residencia?
 - a) Si
 - b) No

7. ¿Ha tenido alguna capacitación sobre la aplicación del consentimiento informado en la práctica asistencial durante su formación de residencia?
- c) Si
 - d) No

II Conocimiento sobre consentimiento informado

(Las opciones marcadas en negrilla son las correctas, este detalle no se incluyó en el cuestionario implementado)

8. La obtención del consentimiento informado en el campo de la salud tienen como objetivo prioritario:
- a) Proteger legalmente a los profesionales de la salud de resultados negativos en salud
 - b) Mejorar la calidad ética de las relaciones clínicas a través de la información**
 - c) Promover la equidad en la atención de salud
 - d) Dar prioridad de la atención de salud a los más necesitados
9. Respetar las preferencias (autonomía) del paciente significa:
- a) Considerar que el paciente es incapaz de tomar decisiones de salud
 - b) Considerar que el paciente no tiene información técnica
 - c) Mejorar la comunicación entre el médico y el paciente**
 - d) Evitar causarle angustia al paciente
10. La información en la obtención del CI debe ser aquella que:
- a) Daría un médico razonable y prudente
 - b) Necesita todo paciente en forma general
 - c) Un paciente razonable necesita para tomar decisiones razonables**
 - d) La familia exige para su paciente

11. ¿Cuál de las siguientes opciones dificultaría la participación del paciente en la toma de decisión médica?
- a) Preparar a los profesionales de la salud para el proceso del consentimiento informado
 - b) Evaluar la comprensión de la información del paciente
 - c) Establecer una buena relación médico paciente
 - d) Dar toda la información médica posible**
12. El consentimiento informado promueve dos valores: el bienestar personal y la autodeterminación, por consiguiente, su realización es en esencia y de forma prioritaria:
- a) Un imperativo legal
 - b) Un imperativo ético**
 - c) Una norma institucional
 - d) Una virtud
13. ¿La obligación ética y legal de proporcionar información es mayor en cuál situación?:
- a) Situación de emergencia**
 - b) Tratamiento electivo
 - c) Tratamiento experimental
 - d) Tratamiento de mantenimiento
14. Se justifica éticamente ocultar el diagnóstico y el tratamiento cuando:
- a) El paciente tiene riesgo suicida**
 - b) El paciente rechaza tratamiento
 - c) Lo solicita la familia
 - d) Lo solicita el juez
15. Si el consentimiento informado es rechazado, pese a la situación de vida o muerte:
- a) Busco una decisión sustituta
 - b) Busca acogerse a la excepción del consentimiento informado (explicito)
 - c) Pido apoyo del comité de ética asistencial**
 - d) Evito procedimiento

III Prácticas relacionadas al consentimiento informado

Actualmente en el Hospital, ¿Cuáles personas son las que **realizan la explicación del consentimiento informado** a los pacientes en los siguientes escenarios? **Puede señalar más de una opción en cada escenario**

Escenarios	Residentes	Médico tratante	Médico especialista (diferente al médico tratante)	Internos	Enfermeras
16. Procedimientos clínicos					
17. Cirugías programadas					
18. Cirugías de emergencia					

Actualmente en el Hospital, ¿Cuáles personas **recogen la firma (o huella digital)** en el consentimiento informado de los pacientes en los siguientes escenarios? **Puede señalar más de una opción en cada escenario**

Escenarios	Residentes	Médico tratante	Médico especialista (diferente al médico tratante)	Internos	Enfermeras
19. Procedimientos clínicos					
20. Cirugías programadas					
21. Cirugías de emergencia					

22. En función de la práctica del consentimiento informado en el Hospital de la cual ha sido testigo o que Ud. mismo ha realizado: ¿Para una cirugía programada, usualmente **con qué anticipación se entrega el consentimiento informado** a pacientes y/o familiares para su revisión, de forma previa a la solicitud de firma del documento?

- a) Más de 24 horas previas a la cirugía.
- b) Entre las 24 horas previas a la cirugía, pero no el mismo día de la cirugía.
- c) En la mañana del día de la cirugía, pero no antes de entrar a quirófano.
- d) Momentos previos a entrar a quirófano.

23. En función de la práctica del consentimiento informado en el Hospital de la cual ha sido testigo o que Ud. mismo ha realizado: ¿Con qué frecuencia la persona encargada de explicar el proceso del consentimiento informado lo hace de forma **completa y detallada**?

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Algunas veces
- d) Nunca

24. En función de la práctica del consentimiento informado en el Hospital de la cual ha sido testigo o que Ud. mismo ha realizado: ¿Con qué frecuencia (sin importar quien haya implementado el consentimiento) **se hace el registro del proceso del consentimiento informado en el expediente clínico**?

- a) Siempre
- b) Muchas veces
- c) Algunas veces
- d) Nunca