



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL MÉDICO EN
UN SERVICIO CLÍNICO DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN
METROPOLITANA.**

Andrea María Mesina Araos

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN BIOÉTICA

Director de Tesis: Prof. Dr. Patricio Michaud Chacón

2018



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA PERCEPCIÓN DEL PROCESO
DE CONSENTIMIENTO INFORMADO POR PARTE DEL MÉDICO EN
UN SERVICIO CLÍNICO DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN
METROPOLITANA.**

Andrea María Mesina Araos

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAGISTER EN BIOÉTICA

Director de Tesis: Prof. Dr. Patricio Michaud Chacón

2018

**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
FACULTAD DE FILOSOFÍA Y HUMANIDADES
ESCUELA DE POSTGRADO**

INFORME DE APROBACIÓN TESIS DE MAGISTER

Se informa a la Comisión de Grados Académicos de la Facultad de Medicina, que la
Tesis de Magíster presentada por la candidata

Andrea María Mesina Araos

**ha sido aprobada por la Comisión Informante de Tesis como
requisito para optar al Grado de Magister en Bioética**

**Prof. Dr. Patricio Michaud Chacón
Director de Tesis
Facultad de Medicina
Universidad de Chile**

COMISIÓN INFORMANTE DE TESIS

Prof. Dra. Adela Montero V.

Prof. Dr. Armando Ortiz P.

**Prof. María Luz Bascuñán R.
Presidente Comisión**

DEDICATORIA

A MI HIJO

Por aquellos momentos que me reste de estar

Por acompañarme en algunas largas jornadas

Por interesarse por la Bioética

Por alegrarse de mis avances y logros

Por enseñarme a debatir

Por darme su mano

A MI HERMANO

Por dar la batalla y hacerme vivir la experiencia de un otro.

AGRADECIMIENTOS

Por sobre todo a quien me dio la hermosa oportunidad de introducirme es este fascinante mundo de la Bioética, confió en mí y aceptó guiarme en esta Tesis, siempre tuvo tiempo para cada consulta, para cada relato, para comentar cada libro leído y por sobre todo por esas grandes y hermosas conversaciones, que me llenaron de emoción y el conocimiento que solo puede ser entregado por la experiencia.

A mi gran Profesor, maestro y director de Tesis, Dr. Patricio Michaud Chacón.

Al Comité Ético Científico del SSMSO, al cual pertenezco, grandes personas que generan grandes debates que motivaron mi decisión para realizar este Magister.

A mi familia, por respetar y apoyar esta decisión.

A la Sra. Mónica Videla, secretaria del departamento de Bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, por su gentil y gran disposición por cada cosa requerida.

A la Sra. María Inés Borges, secretaria de la Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile, por su gentileza, cuidados y cariño.

A mi jefe Dr. Roberto Fernández G., por autorizar y apoyar que realizara este Magister, y al Servicio Clínico que dirige, por cooperar para la realización de esta Tesis.

A mis compañeros de trabajo, que de una u otra forma colaboraron conmigo en la realización de esta Tesis, en especial a Álvaro.

A la Srta. Roxana Soto, secretaria del Comité Ético de la Investigación SSMSO, por su enorme y constante colaboración y apoyo.

INDICE

Resumen	12
Abstract	12
Introducción	13
Marco Teórico	16
Antecedentes y etapas de formación del Consentimiento Informado ----	16
Consentimiento Informado definición y conceptos	18
Etapas de formación y fundamentación del Consentimiento Informado -	21
Relación Clínica definición y conceptos	22
Aspectos fundamentales a considerar del Consentimiento Informado y de la relación clínica	27
Autonomía	27
Dignidad	28
Visión desde el Derecho	30
Algunos aportes del Derecho hacia la Ética	31
Normativa vigente y aspectos Legales	32
Consideraciones, elementos y factores referentes al proceso de consentimiento Informado.....	37
Elementos	38
Factores.....	39

Consideraciones -----	40
Información y lenguaje del Consentimiento Informado-----	41
Mitos y objeciones del Consentimiento Informado -----	43
Mitos -----	43
Objeciones -----	44
Algunos Modelos de Consentimiento Informado y Relación Clínica -----	44
Consideraciones de la Bioética al respecto -----	45
Estilo comunicativo -----	49
La narración -----	49
Consideraciones de la narración en la Relación Clínica -----	54
El relato -----	56
Valor de la investigación -----	62
Pregunta de investigación -----	65
Hipótesis -----	65
Objetivos-----	66
Objetivo General -----	66
Objetivos Específicos -----	66
Metodología -----	67
Técnica de recolección de datos -----	67
Muestra -----	68

Instrumento -----	69
Modalidad -----	70
Resultados -----	71
Gráficos -----	71
Descripción de resultado y algunos comentarios -----	75
Discusión -----	79
Conclusiones -----	84
Recomendación -----	84
Bibliografía -----	88
Anexos -----	93
Encuesta (Anexo 1) -----	93
Consentimiento Informado (Anexo 2) -----	95

RESUMEN

Con frecuencia, mayor a la habitual, en los últimos años se nos habla recurrentemente de la Relación Clínica, y de los aspectos en que esta se debe enmarcar y lo que debe contener, pero el deber, el hacer y el saber hacer son peldaños, si bien de una misma escala, no todos transitan por ella.

Trabajar hace mucho más de dos década en el Servicio de Salud Pública, específicamente en un hospital base, en un servicio de especialidad, de atención transversal de alta afluencia, me ha mostrado la realidad de algunos aspectos relevantes y fundamentales de la Relación Clínica, que como menciona el primer párrafo de este escrito inspiran mi libertad y por sobre todo mi deber de observar, analizar y buscar caminos de resolución.

Mi principal interés en forma inicial, es intentar explorar el Proceso del Consentimiento Informado en la Relación Clínica, en un servicio clínico de la Región Metropolitana, en donde un porcentaje de alrededor del 30 al 40% de un total de más de 150 atenciones diarias tienen indicación quirúrgica y conocer la percepción del médico (tratante) en este tema.

ABSTRACT

Frequently, greater than the usual, in recent years, speaks to us repeatedly of the **clinical relationship**, and what it should contain, but the duty, the make and know-how are steps, while the same scale, not el pass through it.

Work for much more than two decade in the Public Health Service, specifically in a hospital **basis**, in a specialty service, cross-sectional care of high influx, has shown me the reality of some relevant aspects and fundamental rights of the clinical relationship, which as mentioned in the first paragraph of this tesis inspire my freedom and above all, my duty to observe, analyze and find ways of resolution.

My main interest in initial form, is to try to explore the process of Consent Informed in clinical relationship, in a clinical service of the Metropolitan Region, where a percentage of around 30% to 40% of a total of more than 150 daily attention have an indication for surgery, and to know the perception of the main doctor in this topic.

INTRODUCCIÓN

“El desencadenante para planificar y ejecutar un acto es la motivación o intención, es decir, aquella experiencia interna al sujeto que la hace inclinarse por hacer o dejar de hacer algo, y por hacerlo de uno u otro modo. La intención solo es tal si es libre, y la libertad implica la capacidad racional de dar cuenta de dicha intención, asumiéndola como un deber.”¹

Partir la introducción con estas palabras, para mí, hace el sentido del porque quiero y debo llevar a cabo esta investigación.

Con frecuencia, mayor a la habitual, en los últimos años se nos habla recurrentemente de la Relación Clínica, y de los aspectos en que esta se debe enmarcar y lo que debe contener, pero el deber, el hacer y el saber hacer son peldaños, si bien de una misma escala, no todos transitan por ella.

Trabajar hace mucho más de dos década en el Servicio de Salud Pública, específicamente en un hospital base, en un servicio de especialidad, de atención transversal de alta afluencia, me ha mostrado la realidad de algunos aspectos relevantes y fundamentales de la Relación Clínica, que como menciona el primer párrafo de este escrito inspiran mi libertad y por sobre todo mi deber de observar, describir y buscar caminos de resolución.

Mi principal interés en forma inicial, es intentar describir en esta relación el Proceso de Consentimiento Informado, y explorar la percepción del médico en este tema, en un servicio clínico de la Región Metropolitana, en donde un porcentaje de alrededor del 30 al 40% de un total de más de 150 atenciones diarias tienen indicación quirúrgica, donde el Consentimiento Informado y el proceso que este implica debiesen estar en la Relación Clínica como un imperativo categórico.

¹ Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética. Capítulo 1. Mediterraneo*. Pág. 28

Motivación que se da en el área clínica, ya que, en lo que se refiere a investigación biomédica esto está muy regulado y normado, lo que evidencia que aunque esto sea una norma o ley, el deber y el hacer no siempre van de la mano, es importante hacer alusión que en literatura a este respecto, se menciona que el Consentimiento Informado tiene perfiles diferentes en el ámbito de la investigación y en el ámbito de la asistencia sanitaria.²

Toda investigación científica en un ser humano deberá contar con su consentimiento previo, expreso, libre e informado, o, en su defecto, el de aquel que deba suplir su voluntad en conformidad con la ley.³

Referente a la Ley 20.584, que regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con su atención en salud, menciona que toda persona tiene derecho a ser informado en forma clara y comprensible, por parte del médico u otro profesional tratante, de su estado de salud.

Proponer caminos éticos- bioéticos para hacer del proceso del Consentimiento Informado , no un procedimiento administrativo, no un papel más, es lo que considero un deber y no deber de otros sino también mi deber . Pero actuar bajo un supuesto no basta, hay que evidenciar, y buscar el camino para tal efecto, visualizar, describir para un actuar ético y más que como una acción valorada como correcta o incorrecta, conocer la acción del diario vivir en la atención de salud.

La Bioética es un diálogo plural entre diversas ciencias y entre diferentes corrientes de pensamiento presente en la sociedad acerca de los aspectos éticos de la atención en salud y el cuidado de la vida humana en el ámbito biomédico⁴, es entonces bajo la visión de este diálogo plural, el cómo se deben abordar los procesos y acontecimientos humanos y en este caso en particular los vividos en la Relación Clínica.

² Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Capítulo 2*. Madrid: Tricastela. Pág. 176

³ Ley Núm. 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación. Art. 11 (extracto).

⁴ León Correa, F. J. (2008). Bioética y Religión Cristiano-Católica. Dos racionalidades complementarias. *ARS Médica .Revista Ciencia Médica*.

Un trabajo que se propondrá como inicial, abordado desde el ángulo del tratante y su apreciación sobre este tema.

Considero es necesario describir el Proceso de Consentimiento Informado, desde esa perspectiva, que nos dará luces de lo que ocurre con el Proceso de Consentimiento Informado en la Relación Clínica, en un servicio clínico de la región metropolitana.

En caso de encontrar algunas falencias al respecto, buscar un camino sustentado en la Bioética, en donde no sólo se respete el Proceso de Consentimiento Informado en la Relación Clínica sino más allá, lo humano de respetar un derecho fundamental, y desde esta perspectiva ser un aporte.

Se incluye en esta tesis, personal médico solamente, la justificación para ello, es que, se abordará el aspecto quirúrgico, en un servicio clínico, en donde sólo médicos se dedican a esta actividad.

Interesante será con posterioridad, en otra investigación, incluir otros servicios de atención clínica y otros profesionales del equipo de salud, en donde las actividades, procedimientos e intervenciones clínicas requieran del proceso de Consentimiento Informado.

Debo referirme brevemente, con relación, al título de esta tesis, en la que no se identificará con nombre, ni al servicio clínico en donde se desarrollará investigación, ni al hospital al cual pertenece este, debido a que se requiere que los médicos participantes se sientan en libertad de contestar libremente, respetando el anonimato y la confidencialidad.

Palabras claves: Consentimiento Informado, Relación Clínica, Narración.

MARCO TEÓRICO

Pablo Simón, en su libro *El consentimiento Informado*, tiene un punto de un capítulo llamado *Consentimiento Informado y Medicina: una historia de desencuentros*, tomando este punto relevante, yo actualmente le llamaría una historia de permanente desencuentro, en donde constantemente evidenciamos que hay una brecha entre la significancia del Consentimiento Informado, lo que se espera de él y lo que realmente sucede en el diario vivir de la Salud Pública Chilena.

Antecedentes y etapas de formación del Consentimiento Informado

Algunos puntos importantes que se mencionan en diferentes textos referente al Consentimiento Informado son los relacionados con sus etapas de formación y fundamentación se debe mencionar la etapa del “Consentimiento Voluntario”(1947), a partir de las conclusiones y principios contenidos en el Código de Núremberg”, etapa del “Consentimiento Informado” (1957), luego la etapa de “Consentimiento Valido” (1982), etapa del “Consentimiento Auténtico” (1990) caracterizado por la decisión auténtica del paciente, esto es aquella que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo, importante destacar que en esta etapa se consagra e incorpora la libertad de conciencia del paciente.⁵ .

Los primeros códigos de ética médica (Gregory, Beddoes, Percical), enfatizaron que la profesión médica debía ganarse la confianza pública en su eficacia clínica y prestancia ética, se piensa al Consentimiento Informado como robustecedor de la autonomía del paciente, ya que, la Relación Clínica se vio carente de confianza, de parte del paciente, cuestionando la entereza técnica de los servicios que solicita, en la Relación Clínica de los países latinoamericanos, el

⁵ Astorga Tobar, J. (2001). *El Consentimiento Informado en el Acto Médico*. Santiago.Pág. 13-15

Consentimiento Informado está en la Relación médico- paciente en una forma más relacional que contractual, dando el énfasis en la protección, mientras un objetivo más cercano en la práctica médica, visualiza al Consentimiento Informado como un instrumento que enfatiza la relación fiduciaria entre pacientes y médicos y restablece o restituye las confianzas al realizar el proceso Consentimiento Informado a cabalidad ética, veraz y relevante más que técnicamente exhaustivo, fortaleciendo el vínculo médico-paciente.⁶

La literatura, referido a estos temas, revisa cuidadosamente tanto el tema de la Relación Clínica como al Consentimiento Informado, sugiere aspectos para que sea realizada de mejor manera, y sumando mucha literatura y artículos que se refieren al Consentimiento Informado, sin duda todos y cada uno definen cuidadosamente ambos aspectos, y los relaciona en cuanto el Consentimiento Informado sería visto como un proceso parte de la Relación Clínica.

Los nuevos modelos apoyan el encuentro clínico como una relación contractual, en donde se ha favorecido una relación de contrato, por la juridización, en donde cada parte reconoce límites, obligaciones y mutuas responsabilidades, en y la firma de un Consentimiento Informado por ambas partes reafirma lo característico de un pensamiento contractual.⁷

⁶ Kottow, M. (2016). El Consentimiento Informado en Clínica: inquietudes persistentes. *Revista Médica de Chile*, 1461-1462.

⁷ Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética. Pág. 57

Consentimiento Informado definición y conceptos

Entendiendo por Consentimiento Informado “la aquiescencia alcanzada a través de un proceso de comunicación y formalizada a través de un acta escrita⁸, lo anterior hace alusión a la investigación científica, pero como base o definición aplica también a lo clínico, en donde apunta a una mención explícita al conocimiento que el paciente tiene acerca de los aspectos esenciales de una investigación, homologable a un procedimiento clínico, donde debe estar la información explícita de la finalidad, beneficios, riesgos potenciales, procedimientos o tratamientos alternativos.

Resaltando la dicotomía de significado que son mencionados por María Nieves Martín Espíndola, aludiendo a Beauchamp que como primer significado lo considera “una autorización autónoma de intervención médica o de participación en una investigación realizada por pacientes o sujetos individuales” y agrega, que esta autorización no sólo requiere ser autónoma, sino sería validado lo anterior por una persona (paciente) con el conocimiento sustancial en ausencia de control de otros⁹, de lo antes expuesto daría como resultado un consentimiento o rechazo informado.

El segundo significado del Consentimiento Informado, se refiere a un tema legal, tanto para y con el paciente como así también de normas y reglas que son deberes y derechos de la Institución, apuntando a la “aprobación válida y efectiva”, que serían las que rigen en torno a las instituciones⁸.

Lo medular parece estar en considerar al Consentimiento Informado como un modelo de Relación Clínica, que como señala P. Simón “ el Consentimiento Informado es un modelo de Relación Clínica que consiste en un proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional sanitario y el paciente capaz, en el curso del cual toman conjuntamente decisiones acerca de la manera más adecuada de abordar el problema de salud”¹⁰ considerándolo como un acto, un proceso que requiere continuidad e información y el marco para este completo y efectivo desarrollo sería la Relación Clínica.

⁸ CEMEIS, 2013 Circular 15 MINSAL. Abril 2013.

⁹ Martín Espíndola M.N. Tesis de Master en Bioética. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, Zaragoza. Pág. 4

¹⁰ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Historia y Teoría Práctica*. Madrid: Tricastela. Pág.4

No puedo dejar de mencionar que el concepto de “decisión informada”, acuñado por la Bioeticista Dra. L. Luco, me hace mucho más sentido a la luz de lo expuesto, tal vez este concepto sea el que realmente defina o represente este proceso, en la medida que la decisión se ejerce en este caso como un acto voluntario luego de haber realizado un proceso de contraposición de información visualizando los pro y los contra de determinada situación, es un concepto más profundo e interno, que a mi parecer involucra una reflexión que le da validez al proceso, bueno en este escrito, este no es precisamente el punto a tratar, pero es valioso de rescatar.

Una descripción sobre el Consentimiento Informado, que me parece muy clara y asertiva, es que este “es una relación dialógica de entrega de información sobre el curso a seguir, en lo referente a su patología reconociendo en él, su derecho a decidir y a consentir o no referente a estas, cuyo contenido ético mínimo, es aceptar la autonomía del otro”¹¹, lo implícito en esto es que la información que se le proporcione a la persona por el tratante debe ser adecuada, suficiente y comprensible para el paciente, estos tres requisitos deben ser evaluados como satisfactorios por el paciente, que sobre la base a esto deberá tomar decisión.

La autora menciona sobre las objeciones de los profesionales ante el tema del Consentimiento Informado, es que estos consideran, que la mayoría de los pacientes son incapaces de entender el lenguaje médico y que por esta razón los pacientes preferirían que el tratante tome la decisión¹², de lo que se desprende que el lenguaje debe ser apropiado para que la información entregada cumpla el requisito de comprensible por parte del paciente, alude también a que el Consentimiento Informado “fomenta un estilo de medicina defensiva y que requiere un tiempo del que no se dispone en la consulta”.¹⁴

¹¹ Martín Espíldora M.N. Curso Online unidad 5. Ética clínica en atención primaria, pág. 15

¹² Martín Espíldora M.N. Curso Online unidad 4. Ética clínica en atención primaria, pág. 20-32

Visualización echa en la Europa de este siglo, lo cual, podría no estar tan distante de nuestra realidad, lo anterior es un tema, que si bien no es el central de esta tesis, apunta a la visión del personal sanitario y su “prejuicio” referente a este tema, que per se sería un obstáculo que debe ser franqueado.

Valioso también de mencionar que se rescató información referente al escrito del Consentimiento Informado y es que “no equivale a un papel firmado, se da en la interrelación médico-paciente, y el impreso que se firma es un registro del proceso de comunicación”.¹⁴

Es vital mencionar que, la información verbal que el profesional debe dar al paciente es un proceso gradual y que no puede ser sustituido por ningún documento o papel “el documento del Consentimiento Informado tan sólo prueba que el profesional ha facilitado la información y que el paciente la ha recibido y está de acuerdo con lo que se le ha propuesto”.¹³

Importante es entonces elaborar un sistema normativo que estructure la teoría del Consentimiento Informado de acuerdo con el marco de fundamentación, mirando al Consentimiento Informado como acción sustancialmente autónoma.¹⁴

“El Consentimiento Informado no es sino un modelo de Relación Clínica, fruto del resultado de la introducción de la idea de autonomía psicológico y moral de las personas en el modelo clásico de la relación médico-paciente”.¹⁵

Definiciones

- Robustecedor e la autonomía de los pacientes.
- Instrumento que enfatiza la relación fiduciaria, restituyendo las confianzas entre paciente y tratante. (Kottow)
- Modelo de Relación Clínica. (Simón)

¹³ Ortiz, A., & Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26

¹⁴ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Capítulo 2. Fundamentación Ética y Jurídica*. Madrid: Tricastela. Pág. 207

¹⁵ Simón Lorda, P. (Volúmen 28, N°102. 2008). Capacidad de los pacientes para tomar decisiones, una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. , (327-348) 329.

- Proceso comunicativo y deliberativo entre el profesional sanitario y paciente capaz.(Simón)
- Relación dialógica de entrega de información sobre el curso a seguir, en lo referente a su patología, reconociendo en él su derecho a decidir.(Martin)
- Promotor del encuentro entre paciente y tratante. (Lolas)
- Adquisiciones alcanzada a través de un proceso de comunicación y formalizada a través de un acta escrita. (Kottow)
- Es un proceso que constituye una exigencia ética y un poderoso instrumento mediante el cual se materializa el respeto por las personas. (Rueda)

Etapas de formación y fundamentación del Consentimiento Informado

Algunos puntos importantes que se mencionan en diferentes textos referente al Consentimiento Informado son los relacionados con sus etapas de formación y fundamentación se debe mencionar la etapa del “Consentimiento Voluntario”(1947), a partir de las conclusiones y principios contenidos en el Código de Núremberg”, etapa del “Consentimiento Informado” (1957), luego la etapa de “Consentimiento Valido” (1982), etapa del “Consentimiento Auténtico” (1990) caracterizado por la decisión auténtica del paciente, esto es aquella que se encuentra plenamente de acuerdo con el sistema de valores del individuo, importante destacar que en esta etapa se consagra e incorpora la libertad de conciencia del paciente.¹⁶.

¹⁶ Astorga Tobar, J. (2001). *El Consentimiento Informado en el Acto Médico*. Santiago.Pág 13-15

Relación Clínica definición y conceptos

Contextualizando, es frecuente al hablar de Relación Clínica mencionar conceptos como el respeto de la autonomía del paciente, y que en este contexto se desarrollaría la práctica clínica, que como menciona P. Beca, “enfrenta diariamente a problemas diagnósticos terapéuticos que exigen decisiones en base a hechos que son también contextuales y que ponen en juego valores que necesitan ser debidamente ponderados, por lo tanto, parece lógico considerar las decisiones de la práctica clínica son científicas y técnicas, pero son además, decisiones morales en cuanto a elegir el “mejor” camino para cada situación, constituyendo de hecho una ponderación de valores, lo cual, implica un juicio moral que exige un análisis de hechos, valores y deberes”.¹⁷

Es entonces en el marco de la Relación Clínica, en donde se reconoce la dignidad de la persona humana (paciente), Beca relata que se debería aplicar jerárquicamente los principios de la Bioética, siguiendo los lineamientos dados por Diego Gracia utilizando la deliberación, en que, primero se debe “analizar los hechos clínicos, la calidad de vida, la voluntad del enfermo y el contexto particular del caso”, confrontando de esta manera en último término valores y fundamentos para la acción clínica.

En la Relación Clínica el paciente tiene el derecho a recibir información sobre o referente a su diagnóstico y pronóstico, en la medida que establecer este último o ambos sea posible, posibilidades en el alcance terapéutico y ser informado también, de aquellas que estén fuera de este, es en este escenario en donde el médico o tratante debe facilitar su entendimiento utilizando para ello un lenguaje apropiado y menos tecnificado.¹⁸

La información que el paciente reciba debe ser concreta y continuada, en forma verbal y escrita, mediante un lenguaje verbal y escrito comprensible.” El

¹⁷ Beca, J. P. (2011). La toma de decisiones en Ética Clínica. *Conferencia en Seminario de Ética Clínica*.

¹⁸ IBID

Consentimiento del paciente debe ser informado para ser válido”¹⁹, aludiendo a que el paciente no estaría en condiciones de ejercer a cabalidad su derecho a decidir si la información es omitida o no comprendida.

Ferrer, bioeticista, menciona que en la Relación Clínica, se establece o debe establecer un vínculo de confianza y confidencia entre médico y paciente, condición que sería esencial para un desarrollo adecuado y eficaz de esta, este vínculo puede tardar en formarse, de ahí la importancia de que ambas partes debe aportar a la relación la cuota correspondiente, que a través de las visitas al tratante se debe ir fortaleciendo.²⁰

La Relación Clínica entonces, sería mucho más que una visita o consulta al médico, será dada en un contexto de interacción permanente, informada y de mutua confianza.

Es en esta entonces donde, se enfrentan básicamente dos personas las cuales representan intereses personales muy diferentes y que se unen en una intención común, considerando entonces, la Relación Clínica, como el hecho más trascendente del acto médico.²¹

El rol del médico, en esta relación, entonces, sería activo, para no ser un simple expositor de enfermedades y datos, debido que este, cuenta con lo que en esta simbiosis será vital, la competencia y responsabilidad inherente a su profesión, brindando información, aclarando dudas y orientando acerca de las opciones de tratamiento o terapéuticas que corresponda.

Si el paciente, en el marco de esta relación, y dada las condiciones antes expuestas, decide rechazar tratamiento o línea terapéutica, es importante que el médico analice la calidad de esta relación y si este rechazo, valido por lo demás, estaría dado por una falta de información, o temor, que en virtud del paciente

¹⁹ Tomas y Garrido, G. M. (2001). *Manual de Bioética. Bioética y Derecho. Capítulo 3. Bioética y Derecho* . Ariel. Pág.63

²⁰ Tomas y Garrido, G. M. (2001). *Manual de Bioética. Bioética y Derecho. Capítulo 3. Bioética y Derecho* . Ariel. Pág. 133

²¹ Escribar, A., Perez, M., & Villarroel, R. (2004). *Bioética .Fundamentos y Dimensión Práctica*. Santiago: Mediterraneo. Pág.188

puede alterar o cambiar su decisión, respetando absolutamente su autonomía, sólo con el afán de mejorar la falencia, si es que esta existiera. De no ser así, el médico o tratante debe aceptar esta decisión como válida y acompañar en la búsqueda de otro esquema de tratamiento si fuese el caso.

Kottow, hace alusión a que, si la medicina quiere recuperar confianza y volver al “encargo terapéutico”, y vencer la barrera establecida entre el médico y paciente, se debe entonces, desechar las barreras del lenguaje orgánico, y así, reconocer la interacción y la interlocución por sobre el discurso paternalista y el ejercicio de la práctica médica busque reconocer en ese discurso los requerimientos y necesidades de las personas enfermas.²²

Siendo necesario, además, caracterizar al enfermo y contrarrestarlo con el sujeto sano, apuntando que es ahí en donde aparecerá la característica propia de este enfermo.

Importante es mencionar una visión enriquecedora referente a la Relación Clínica hecha por el filósofo y bioeticista contemporáneo. Villarroel , quien hace alusión a que la perspectiva que hoy se tiene del vínculo establecido entre médico-paciente se ven desde un ángulo distinto “ ahora se entiende que la ciencia y la práctica del arte de cuidar transcurren, mucho más que la proliferación de las técnicas y los saberes específicos, en el estrecho corredor que separa al conocimiento científico que busca dominar a la naturaleza, del inefable misterio de la realidad mental y espiritual de lo humano que enfrenta la enfermedad” .²³

Interesante de rescatar, es la que hace mención a que, la Relación Clínica, es un tipo de relación que incluye, asociación, no asociación y disociación, en donde paciente y tratante establecerían compromisos y límites, no bastando sólo con establecerlos, sino además, entenderlos, describiendo los compromisos de esta relación como puntuales y no globales, la relación también, según el autor, incluiría

²² Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado. Relación médico-paciente*. Red Bioética. Pág. 30-33

²³ Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. España: Paidós. Pág.309-311

un grado de desobediencia a las instrucciones médicas. Esta relación llamada clínica, no se debiera estructurar de forma o modo único, debido a las diferentes necesidades, la diversidad de individuos, y lo que cada uno establece como vida buena, que en el ámbito de la sanitario llamamos calidad de vida, la suma de esto dará distintos tipos de relaciones clínicas en donde el paciente expresa o debe hacerlo y forma es mediante el Consentimiento Informado.

Esta forma de apreciar el Consentimiento Informado es una visión importante de tomar en consideración, ya que la expresión de la voluntad informada y libre se mira por sobre la legalidad, es mirada, más bien, como una “expresión de voluntad”, en donde reconcilian aspectos e interpretaciones que conducen a una buena calidad de vida, o por lo menos, a las mínimas expectativas de que así ocurra.

Apelando a que los diferentes puntos de vista e interpelaciones, discrepancias entre médico y paciente, buscan un punto de encuentro, es vital que así sea, y que este sea en el seno de la Relación Clínica.

Por tanto la expresión de voluntad libre e informada verbal y escrita debe también darse en este contexto, como fruto de la misma relación.

“El Consentimiento Informado libre e informado es crucial en este proceso, los individuos deben comunicarse y valorar lo que desea cada una de las partes para llegar a un entendimiento”²⁴

Dándole una razón e importancia moral, debido, a que, el establecer en forma autoritaria la visión, o lo entendido por una vida buena, o no tomar en cuenta creencias o expectativas, transgredirían valores. Esto da potencia al fundamento, de que, los individuos que participan en esta Relación Clínica deben comunicarse, escuchar y estimar lo que el otro desea o dispone para sí, en este caso paciente, es lo que entonces podría valorarse como una voluntad informada, cuya expresión se concretiza por medio de un Consentimiento Informado. Proceso que lleva a un acuerdo formal.

²⁴ Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. España: Paidós. Pág. 310

“Cuanto más extraños sean médicos y enfermos a las valoraciones y objetivos del otro, más necesidad habrá de configurar normas explícitas que rijan el Consentimiento Informado” ²⁵

Lo referente , a que, el Consentimiento sea “informado” ha sido detallado con anterioridad, en tanto, a que este sea “libre” es necesario explicitar y entender su significado, concepto que estaría dirigido a que esta decisión debe, sin lugar a dudas, ser sin coacción, ni cohecho, y por tanto implica que el rechazo de este debe ser de la misma forma.

Definiciones

- En el marco de la Relación Clínica, en donde se reconoce la dignidad de la persona humana. (Beca)
- En la Relación Clínica el paciente tiene el derecho a recibir información sobre o referente a su diagnóstico y pronóstico. (Beca)
- En la Relación Clínica, se establece o debe establecer un vínculo de confianza y confidencia entre médico y paciente. (Ferrer)
- La Relación Clínica, es un tipo de relación que incluye, asociación, no asociación y disociación, en donde paciente y tratante establecerían compromisos y límites. (Engelhardt.)

²⁵ Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. España: Paidós. Pág. 311

Aspectos fundamentales a considerar del Consentimiento Informado y de la Relación Clínica

Los aspectos fundamentales a considerar, en ambos, sin lugar a duda son la Autonomía y la Dignidad.

Autonomía

La Autonomía, considerada como un principio, se define, como la capacidad de decidir y actuar según las normas propias, pero socialmente válidas, siendo un atributo antropológico inherente a todo ser humano, y su ejercicio en las prácticas biomédicas, rompen con el paternalismo médico.²⁶

La actitud en la historia de la medicina, fue tan paternalista, que la autonomía del paciente sólo se establece a nivel corporal muy tardíamente.²⁷

Esta ingresó a la Bioética a través del Informe Belmont, como respeto de las personas.²⁸

Y como respeto a esta se entiende como “el autogobierno, derechos de libertad, intimidad, elección individual. Es la libre voluntad de elegir el propio comportamiento y ser dueño de uno mismo”²⁹

²⁶ Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética. Pág.28-29

²⁷ Escribar, A., Perez, M., & Villarroel, R. (2004). *Bioética .Fundamentos y Dimensión Práctica*. Santiago: Mediterraneo. Pág 190

²⁸ Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética. Pág.25

²⁹ Beauchamp&Childress. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. Pág.247-250

La Autonomía, como expresión de tal libertad personal en todas las decisiones, aparece inicialmente como la posibilidad de elección de culto, religión o libertad de conciencia.³⁰

Esta no debe ser entendida como liberación, sino más bien como compromiso y responsabilidad.³¹

Autonomía y Bioética estarían unidas firmemente, porque, la Autonomía para ser ejercida, debe ser, en consideración y respeto a los demás.³²

Para Diego Gracia, la autonomía requiere de tres condiciones sin ecuanón, para que su configuración sea adecuada, la intencionalidad, que sería la acción concordante con un plan u objetivo, y el conocimiento que alude que es la comprensión de una acción siendo capaces de entender su naturaleza y prever las consecuencias con ausencia de control externo.³³

En lo que se refiere a Autonomía, expresada en el Consentimiento Informado, pretende, nivelar la Relación Dialógica entre médico y paciente.³⁴

Dignidad

La dignidad humana es un derecho fundamental, considerada como una constante, a lo largo de toda la vida y muerte del ser humano, no negando las desigualdades, pero ameritando equidad, se dibujaría dentro de este marco la autonomía y el concepto y significado que Beauchamp y Childress tienen de esta, “la regulación personal de uno mismo libre, sin interferencias externas que

³⁰ Escribar, A., Perez, M., & Villarroel, R. (2004). *Bioética .Fundamentos y Dimensión Práctica*. Santiago: Mediterraneo.Pág. 189

³¹ Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética.Pág.24

³² Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética.Pág. 22

³³ Gracia D. (1989). “Fundamentos en Bioética”. Madrid, España. Editorial Tricastella 3er edición, Pág. 183-185.

³⁴ Escribar, A., Perez, M., & Villarroel, R. (2004). *Bioética .Fundamentos y Dimensión Práctica*. Santiago: Mediterraneo.Pág.191

pretendan controlar, y sin limitaciones personales, como por ejemplo una comprensión inadecuada, que impidan hacer una elección”.³⁵

La dignidad de las personas, aparece entonces como una premisa para así entender que una decisión informada llevará a un Consentimiento Informado, entendiendo que es este proceso en donde aparece como un imperativo categórico, resultando así un derecho inherente e inalienable del ser humano, que se refleja como la característica de equidad con otros y ante otros, brindando “ la libertad de determinarse como seres individuales dentro del colectivo, con la posibilidad de ser, según nuestros deseos”³⁶, moviéndose en el marco de una sociedad que no le hace perder la característica humana de ser individual.

“ En el marco de la Relación Clínica es en donde se reconoce la dignidad de la persona humana” (Beca)

³⁵ Beauchamp&Childress. (2002). *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. PÁG. 113-114

³⁶ Beca, J. P. (2011). La toma de decisiones en Ética Clínica. *Conferencia en Seminario de Ética Clínica*.

Visión desde el derecho

Considero necesario incluir una visión desde la óptica del derecho, y desde esta se menciona que “la teoría del Consentimiento Informado presenta una evidente relevancia en el derecho comparado como manifestación en el ámbito sanitario de los derechos de las personas”³⁷.

Si bien se reconoce en este ámbito y en específico en este texto, que la figura del Consentimiento Informado es un gran aporte que el derecho ha realizado a la medicina, también se hace mención a el quiebre en la relación médico – paciente producto de la judicialización de esta, en cuya virtud los pacientes ya no permanecen pasivos respecto de las actuaciones médicas que causa daño, poniendo el énfasis que el Consentimiento Informado es considerado dentro de la práctica médica como elemento integrante y fundamental de la llamada Lex Artis, y que su omisión en dicha relación es irreprochable.³⁸

También me parece importante visualizar este proceso desde la perspectiva legal, como ha ocurrido constantemente, pero este aspecto es sólo una parte que tiene más que ver con productos y aspectos de la judicialización, más que aspectos humanos.

Se establecen relaciones con el derecho y las prácticas de este con la Bioética, y en algunos casos, erróneamente se pretende que lo jurídico y lo legislativo pueden solucionar dilemas éticos.

Lo jurídico tiene una formación diferente de tipo imperativo cuyo fin es la explicitación de la norma más que tomar en cuenta o aclarar principios.³⁹

³⁷ Astorga Tobar, J. (2001). *El Consentimiento Informado en el Acto Médico*. Santiago. Pág. 113

³⁸ Astorga Tobar, J. (2001). *El Consentimiento Informado en el Acto Médico*. Santiago. pág. 3-4

³⁹ Lolás Stepke, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Mediterraneo. Pág. 62

Algunos aportes del Derecho hacia la Ética

Dentro de los aportes hechos por el derecho a ética, se menciona, que se construiría una juridificación de lo que se considera un mínimo ético, que no sólo sería exigido en la legislación, sino también, sería visto e identificado como un referente común, considerando, más que, las singularidades, centrada en las conductas exigibles de grupos en una interacción con otros, lo cual, se incluye el declaraciones y legislaciones.

De esta forma, “el Derecho en su sentido moderno, está sometido permanentemente al examen de su respeto a la dignidad del hombre”.⁴⁰

No es un camino juridificar la relación médico- paciente, se debe derribar el mito que apunta a que lo biojurídico es lo legislado y lo biomédico es lo no legislado. La intención del derecho hacia lo biomédico, ha sido, apuntando a dos factores de la relación médico-paciente. Una es la referente a la protección de la voluntad y por el lado médico, lo referente a la Objeción de Conciencia.

Importante mirada desde la sociología podemos encontrar en las palabras que se refieren a los derechos,” los ciudadanos tienden a exigir la vigencia y el respeto de sus propios derechos, sobre todo si son los así llamados Derechos Humanos Universales, la existencia de un derecho exige, al mismo tiempo, el reconocimiento de un deber de respeto por los derechos del otro”⁴¹

En Octubre del 2005, la Conferencia General de la Unesco aprobó la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, estableciendo con esto, entre otras cosas, una potente relación entre Bioética y Derechos Humanos, apuntando al respeto de la dignidad de la persona, los Derechos Humanos y los Derechos Fundamentales.⁴²

⁴⁰ Tomás Garrido, G. M. (2001). *Manual de Bioética*. España: Ariel. Pág.63

⁴¹ Daros, W. (2007). *La percepción social de los derechos del otro*. Rosario . Argentina. Pág. 15

⁴² UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos., Artículos 5-6.

Dentro de las disposiciones generales en los artículos 5 y 6 denominados Autonomía, Responsabilidad individual y Consentimiento Informado, mencionan a este, que si bien apunta a las intervenciones médicas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas también en lo concerniente a la investigación científica, dando por entendido implícito que este proceso debe darse en el seno de la Relación Clínica.⁴³

Normativa vigente y aspectos legales

Que el consentimiento informado es un imperativo ético parece no estar ya en discusión, que sea un proceso que debe darse en el seno de la Relación Clínica tampoco parece discutirse, a mi parecer el tema está dado en el deber y el hacer, con esto me refiero a que si bien lo referente al Consentimiento Informado está incluido en la ley de Deberes y Derechos de pacientes, mencionado como un derecho humano⁴⁴, como el derecho del paciente, aun así en los servicios de salud pública no se cumple esto a cabalidad, tal vez, no baste con la mejor intención de lograr una buena Relación Clínica, sino además, se debe buscar la manera más ética y eficaz de lograrlo.

Los principios inspiradores de la ley son entre otros la dignidad de las personas y el derecho de las personas a decidir informadamente, como se señala en el artículo número 2 de la ley 20.584., donde se hace mención que, “la información señalada sobre procedimientos, en forma clara y oportuna, debe entregarse por regla general en forma verbal y se proporcionará en términos claros para la capacidad de comprensión del paciente considerando su edad y el entendimiento que demuestre en las materias técnicas involucradas. No obstante podrá acompañarse de documentos escritos en que conste lo explicado, agregando, o no, mayores antecedentes, destinados a dejar la constancia de la recepción de dicha información.”⁴⁵

⁴³ UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos., Artículos 5-6.

⁴⁴ Anguita, V. *Guías de Consentimiento Informado*. Santiago. Pág.9

⁴⁵ Ley Núm. 20.584. Decreto 31. Reglamento sobre la entrega de información y expresión de Consentimiento Informado en las acciones de salud. .Art. Núm. 2. <http://www.leychile.cl/N?i=1046012&f=2012-11-26&p=>

Es importante entonces mencionar que dice la normativa chilena referente al Consentimiento Informado, establecido en la ley 20.584, vigencia 1° Octubre año 2002, que regla los derechos y deberes de las personas.

Los artículos:

- **Art.2-** que establece “La información señalada sobre procedimientos, debe ser en forma clara y oportuna, debe entregarse por regla general, en forma verbal y en términos claros para la capacidad de comprensión del paciente”.⁴⁶
- **Art.10-** que establece “Toda persona tiene derecho a ser informado en forma clara y comprensible por parte del médico u otro profesional tratante de su estado de salud, del posible diagnóstico de su enfermedad y alternativas para su tratamiento”.⁴⁷
- **Art.14-** que establece “Toda persona tiene derecho a otorgar o denegar su voluntad para someterse a cualquier procedimiento o tratamiento vinculado a su atención de salud”⁴⁸, apelando que esta decisión se haga informadamente, libre y expresa, dejando además claridad en que las decisiones que el paciente tome, deben ser posteriores a la entrega de información adecuada, oportuna, clara, expresa y comprensible, agregando además suficiente.

Lo antes expuesto da una fuerte responsabilidad al tratante, una vez que, habla de “información suficiente”, término, que a mi parecer es ambiguo, dejando a criterio del tratante lo que sería suficiente para el paciente, para que este tome una decisión informada.

⁴⁶ Ley Núm. 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>

⁴⁷ IBID.

⁴⁸ IBID.

En la carta de los derechos y deberes de los pacientes, expuesta en los servicios clínicos, se dan a conocer 15 derechos y 6 deberes.

Mencionaré, los que, a mi parecer, tienen relación con lo expuesto.

- **Derecho 1**-“El paciente tiene derecho a la información en forma oportuna y comprensible de su salud, de sus exámenes, de su enfermedad, trámites a realizar y de las alternativas de tratamiento”.

- **Derecho 6**-“El paciente tiene derecho a que su información no se entregue a personas no relacionadas”.

- **Derecho 10**- “El paciente tiene derecho a ser incluido en estudios de Investigación Científica, sólo si el paciente lo autoriza por escrito y respetando protocolos”.

- **Derecho 14**- “El paciente tiene derecho a que el médico, tratante, le entregue un informe con la atención recibida durante su hospitalización”
Este informe debe contener Diagnóstico, nombre del profesional, exámenes realizados, medicamentos administrados y tiempo de permanencia.

En tanto a deberes, mencionaré:

- **Deber 2**- “El paciente tiene el deber de entregar información veraz acerca de su enfermedad, su identidad o dirección”

Los compromisos de gestión 2002, señalan que, los Servicios de Salud en Chile deben elaborara formularios de Consentimiento Informado, introduciendo a este como una herramienta imprescindible de la Relación Medico paciente, siendo la aceptación o el rechazo a consentir opciones del paciente, que no significa que este no desee continuar con su atención.

En la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, no existe punto referido a este tema.

La realidad dada en los servicios públicos de salud, como el de este estudio, suelen alejar este valioso proceso de la Relación Clínica y lo reducen en un contexto administrativo- legal, que a mi parece el sólo pensarlo de esta forma, minimiza a punto cero el proceso, y “no debe ser visto como para que el médico se libere de sanciones, lo que apunta a no encontrar o ver en el paciente un supuesto adversario.”⁴⁹

Reconocido en La Declaración de los Derechos Humanos y Genoma Humano (2000), como un derecho tanto en el campo de la asistencia clínica (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), como en la investigación (Art.5)⁵⁰ mencionando en el texto, que el Consentimiento Informado es una de las manifestaciones más relevantes de la autonomía, exigible tanto para las intervenciones médicas como para las investigaciones.

Para ir más allá en el artículo número 6 del Reglamento de la Ley 20.584, se refiere a que “los establecimientos asistenciales y lugares en que se otorguen atenciones de salud, dispondrán de lugares apropiados para la entrega de la información, de manera de resguardar que ello se efectúe en condiciones de reserva y confidencialidad.”⁵¹, entonces se debe dar como entendido que es necesario humanizar los procesos en el marco del respeto.

Pablo Simón hace una especial mención a quien, según su apreciación, tuvo el mérito de plantear claramente “ la necesidad de fundamentar éticamente y de modo coherente, y no sólo legalmente, y de modo disperso la teoría del Consentimiento Informado” (Freedman), indicando con esto además que el Consentimiento Informado debe ser visto como un derecho de los pacientes que debe generar un respeto en los médicos y en los investigadores, dando a mi

⁴⁹ Anguita, V. *Guías de Consentimiento Informado*. Santiago. Pág.7

⁵⁰ Bellver Capella, V. (s.f.). *Derechos Humanos y Bioética. Enciclopedia de Bioética*. Pág. 4.

⁵¹ Reglamento de la Ley 20.584. Sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Art. Núm. 6

parecer, una arista distinta de ver este proceso, quitándole la unidireccionalidad médico-paciente, lo cual enriquecería la Relación Clínica.

El Consentimiento Informado es un derecho del paciente que en ningún caso representa una salvaguarda para que el médico se libere de responsabilidad o de posibles sanciones en caso de falta.⁵² E(Higuera Cancino, 2009 Volumen 4, N° 20)s en este punto donde se hace necesario e imperativo entender que el Consentimiento Informado forma parte de la Lex Artis ad hoc, y en consecuencia su no obtención genera responsabilidad, que puede ser subjetiva, penal o civil.⁵³

Si bien el derecho ha sido un gran aporte a algunas instancias de la medicina, no debemos dejar que esta visión deshumanice ni protocolice lo que se establece en la diada médico-paciente en el marco de la Relación Clínica.

⁵² Ortiz, A., & Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27.

⁵³ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Capítulo 2. Fundamentación Ética y Jurídica*. Madrid: Tricastela. Pág. 206

Consideraciones, elementos y factores referente al Proceso de Consentimiento Informado

Simón menciona que Freedman distingue tres elementos básicos que debe contener la teoría del Consentimiento Informado, esto son la obligación de proporcionar información y el análisis de lo que debe entenderse por decisión responsable y la voluntariedad.⁵⁴ Este mismo Bioeticista menciona en un artículo sobre el Consentimiento Informado que el tema se refiere al grado usuario en Servicios Sanitarios públicos, en atención primaria y de urgencia, arrojando datos muy decisivos de la realidad en relación al tema, en especial mencionaré lo referente al flujo de información desde el tratante al usuario, calificada de insatisfactoria, ya que, las necesidades de los pacientes serían superiores a la que se les da, “las necesidades de información de los pacientes son por tanto mucho mayores de la que habitualmente estiman los médicos”, considerando unos párrafos más adelante que la información hacia el paciente “es un derecho y no como una ficción legal, sino que ha sido considerado como un derecho humano”³⁷, si bien menciona al Consentimiento Informado como un “patrimonio”, así también, alude que los cambios sociales y tecnocientíficos ponen en crisis el modelo paternalista e irrumpe con fuerza el modelo basado en la autonomía del paciente, “el corazón de ese nuevo modelo va a ser precisamente la Teoría del Consentimiento Informado”, abordando la idea que se deben cumplir los mínimos éticos y los máximos legales.⁵⁵

Sin razón a duda las mínimas condiciones para que este proceso se lleve a cabo, cumpliendo la finalidad, desde el clínico apuntan al grado de conocimiento científico, experiencia, intencionalidad y rectitud, la disponibilidad de tiempo imprescindible, sobre todo en el modelo de medicina que hoy en día impera, estilo comunicativo flexible y claro, una actitud empática y un grado de contención, mencionadas por P. Simón como condiciones que deben estar enmarcadas en la Relación Clínica, lo cual permitiría según él “el crecimiento personal de todos los participantes”.

⁵⁴ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Las propuestas de fundamentación de la teoría del Consentimiento Informado..* Madrid: Tricastela. Pág. 146

⁵⁵ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Teoría y Práctica(1)* Madrid: Tricastela. Pág 659

Cuando se asume que el Consentimiento Informado es un proceso y que enriquece a todos los involucrados en esta Relación Clínica, se da un paso muy importante y trascendental, a mi parecer, como factores importantes para que esto suceda es que el tratante equipare mediante el lenguaje apropiado el nivel de asimetría de conocimiento que existe entre él y el paciente, otro factor dice relación con reconocer la ubicación del Proceso de Consentimiento Informado dentro de la Relación Clínica, que como requisito y condición sin ecuanón se requiere de lugar y tiempo.⁵⁶

Elementos

Diversos autores mencionan elementos normativos, que deben estar presentes en el Consentimiento Informado.

Freedman (1975) menciona como elementos fundamentales, del Consentimiento Informado, la información, la voluntariedad, la decisión responsable.

Meseel Roth y Lidz (1977), desde una perspectiva legal, mencionan, la voluntariedad, suministro de información, la capacidad, comprensión, decisión.

Belmont (1978), menciona, la información, comprensión, voluntariedad.

President Commission (1982), en tanto, menciona la capacidad, voluntariedad, proceso de comunicación.

Beauchamp y Childress (1999), hacen referencia a que el Consentimiento Informado debe estar compuesto por tres bloques y siete elementos; como lo son:

⁵⁶ Higuera Cancino, M. (2009 Volumen 4, N° 20). Consentimiento Informado e Intervención Fonoaudiológica del Consentimiento al compromiso. *Revista de Filosofía y Psicología*, 164.

- Precondiciones; compuesto por capacidad y voluntad.
- Elementos primarios; como lo son la revelación de información, la recomendación y la comprensión.
- Elementos del Consentimiento Informado, propiamente tal, que son la decisión y la autorización.⁵⁷

Factores

Dentro de los factores mencionados podemos encontrar:

- Factores subjetivos; que corresponderían a las características propias del paciente (edad, nivel cultural, situación personal, familiar, social, profesional).
- Factores objetivos; estos estarían relacionados con el procedimiento médico (necesidad, urgencia, peligrosidad, gravedad, excepciones terapéuticas). (Galan)

Un efecto social importante de la Bioética es horizontalizar los discursos técnicos , caracterizar al Consentimiento Informado como un modelo de relación que promueve el encuentro dentro del proceso terapéutico y a la vez un contrato que permite prescribir y regular deberes, derechos y funciones de los involucrados en cada acto terapéutico en particular”.⁵⁸, esto parece ser una caracterización concreta y atingente que da un matiz promotor, facilitador del Consentimiento Informado, que sería un valor agregado de real importancia., interesante resulta esta visión de “promotor del encuentro entre paciente y tratante”.

⁵⁷ Simón, P. (2000). *El Consentimiento Informado. Capitulo 3. Los Elementos*. Madrid: Tricastela. Pág. 210-211

⁵⁸ Lolás Stepke, F. (2001). *Bioética. El dialogo moral en las ciencias de la vida*. Santiago: Mediterraneo. Pág. 44

De relevancia es lograr incorporar que el desarrollo de la teoría y práctica del Consentimiento Informado, ha llegado a constituirse en una forma de Relación Clínica, en la que el mejor interés del paciente será establecido como propósito de una toma compartida de decisiones, entre profesional de la salud , paciente y familiares.⁵⁹

En este punto cabe la reflexión de que cuando se habla de relación compartida, creo, apunta a la aceptación o negación informada, de una alternativa médica, pero sin duda debe darse dentro de la Relación Clínica, como marco regulatorio, a su vez, destacar un punto que parece vital en este proceso, el cual, desarrollare más tarde que es el “estilo comunicativo”.

Consideraciones

Conceptos de Relación Clínica y Consentimiento Informado de diversos autores, son el pilar teórico referente a este tema, todos y cada uno sin duda alguna ubican al Consentimiento Informado parte de la Relación Clínica.

Parece ético entonces apuntar a visualizar realidades, más que a ocultarlas, disfrazarlas o mucho peor disculparlas, mirarlas desde un enfoque bioético que dará una reflexión crítica frente a relaciones o conflictos sociales, en este caso puntual médico-paciente, por eso parece vital para avanzar en este tema, saber que opinan los involucrados, en este caso el clínico, porque se actúa bajo el supuesto de creer que este sabe que es una Relación Clínica y que aspecto contiene, de no ser así hay gran trabajo, pero necesario y el punto de inicio es evidenciar esta falencia, no es intención de esta investigación protocolizar la Relación Clínica y transformarlo en algo rígido y estructurado, sino más bien, se intenta humanizar esta relación haciendo notar los aspectos que debe contener para que se cumpla la premisa de ser una Relación Clínica.

⁵⁹ Ortiz, A., & Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27.

Información y Lenguaje del Consentimiento Informado

Como concepto el Consentimiento Informado es un derecho exigible y una clara manifestación de la autonomía para tomar decisiones de parte del enfermo o su familia, en el caso de no ser competente, este concepto dice relación al proceso de entrega de información, buscando mecanismos que aseguren la comprensión de los contenidos de la información, lo que hace imperativo buscar la situación adecuada, para que el paciente pueda tomar una decisión responsable.⁶⁰

El Consentimiento Informado, en primer lugar, protege al paciente de sufrir una intervención que no desea, además el Consentimiento Informado protege el derecho de todo paciente a una información cuyo contenido y forma de transmisión depende de él, en respeto su derecho a ser distinto de los demás.⁶¹

Y como proceso comunicativo dentro de la Relación médico-paciente, se puede definir como “la culminación de un proceso gradual en el seno de la relación médico – paciente en virtud del cual este acepta o no someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico.⁶², se lee entre líneas el perfil que se le da desde el derecho al Consentimiento Informado, perfil que ha traspasado al ámbito médico, haciéndolo ver como una medida de protección, de resguardo para todos los involucrados en una Relación Clínica, no debiendo ser esa una primera intención, ya que, la Relación Clínica y el proceso del Consentimiento Informado, que es parte de esta, no son instrumentos y no debiesen ser planteados como instancias a la defensiva, sino más bien, instancias deliberativas y de búsquedas de camino de resolución, pero no de cualquier tipo, sino las que atañen al ser humano, por esto es importante también reconocer que el Consentimiento Informado tiene límites, y estos estarán dados por la no aceptación por parte del paciente a él o los procedimientos sugeridos, aun habiendo recibido toda la información respectiva , que al igual que la aceptación la negación de este debe sin excepciones ser informada, consiente y sin coacción.

⁶⁰ Anguita, V. *Guías de Consentimiento Informado*. Santiago. Pág.8-9.

⁶¹ Ortiz, A., & Burdiles, P. (2010). Consentimiento Informado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 27.

⁶² Astorga Tobar, J. (2001). *El Consentimiento Informado en el Acto Médico*. Santiago. Pág. 15-16.

Referente a la información y lenguaje del Consentimiento Informado, algunas frases y conceptos que me gustaría rescatar, de diferentes autores son:

- Se debe desechar las barreras del lenguaje orgánico y así reconocer la interacción y la interlocución por sobre el discurso paternalista. (Kottow)
- Un efecto importante de la Bioética es horizontalizar los discursos técnicos.(Lolas)
- La información proporcionada al paciente debe ser adecuada, suficiente y comprensible.(Martin)
- La información verbal que el profesional debe dar debe ser un proceso gradual.(Ortiz-Burdiles)
- En el tema de la información, se deben buscar los mecanismos que aseguren la comprensión de los contenidos de la información”. (Simón)
- La información que contiene el Consentimiento Informado debe ser inteligible, completa y apropiada.(Astorga)

Si bien hablamos de conceptos importantes del Consentimiento Informado, en lo referente a la información contenida en el Consentimiento Informado, debemos hablar también, de aquellos “conceptos malogrados”, referidos a las denominadas “palabras claves”, también a la “interpretación errada”, referido a la no comprensión de la información contenida.

La autora de la tesis, referida a esta información, propone para facilitar tanto la entrega como la comprensión de la información, “facilitadores culturales”, que cumplirían un rol de enlace derribando estos obstáculos que entorpecen el buen entendimiento.⁶³

⁶³ Rueda, L. (Vol. III.Nº1-2,2011). Adaptación Intercultural de documentos de Consentimiento Informado, en protocolos de investigación. *Revista Medicina y Humanidades*, 1-14.

Mitos y objeciones del Consentimiento Informado

Mitos

Por esta razón no se puede dejar de traer a colación lo referente a los mitos en torno al Consentimiento Informado, Pablo Simón, describe 10 mitos, que son una muestra clara que en torno a este concepto y proceso se entretajan algunas ideas que en ocasiones forman parte del pensamiento colectivo tanto del tratante como del paciente, estos entorpecen, distancian y alejan de la Relación Clínica, un proceso que debe estar como regla sin ecuanón dentro de esta.

Mencionaré los que a mi parece, son parte del diario, en el sistema público de salud.

MITO 1- “El Consentimiento Informado es un evento caprichoso y arbitrario de los abogados, jueces y legisladores, totalmente extraño a los deberes morales de los médicos y que no hace sino entorpecer el normal ejercicio de la medicina “.

MITO 2- “El Consentimiento Informado consiste en conseguir que los pacientes firmen el formulario escrito en el que autorizan la realización de una intervención “,

MITO 4- “El fundamento ético del Consentimiento Informado es el principio de la autonomía”.

MITO 5- “La obtención del Consentimiento Informado es una obligación de los profesionales que realizan las intervenciones y los que indican no tienen nada que ver con ello”.

MITO 6- “El Consentimiento Informado no tiene ningún sentido porque la mayoría de los pacientes no desean ser informados”.

MITO10- “La obtención del Consentimiento Informado es una responsabilidad de los médicos, pero no tiene nada que ver con la enfermería”.⁶⁴

Objeciones

Desde el derecho se menciona, que, “lo biojurídico es lo legislado y lo biomédico es lo no legislado” (Tomas), se menciona además, que “la mayoría de los pacientes son incapaces de entender el lenguaje médico y que por esta razón los pacientes preferirían, que el tratante, tome la decisión”. (Nieves Martín)

Algunos modelos de Consentimiento Informado y Relación Clínica

Describir la Relación Clínica, es referirse a las múltiples facetas y etapas de esta, muchos textos referidos, a la relación médico- paciente, describen que una de las formas clásicas de enfrentarlas es el paternalismo. En este modelo, el Consentimiento es no informado, incluso no solicitado, porque se presupone implícitamente otorgado, describiendo el proceso de Consentimiento Informado, en esta modalidad, como específico y limitado a la prestación médica solicitada, en cambio, el modelo participativo, crea un clima más adecuado para el Consentimiento Informado genuino, de esta forma la relación se transforma de contractual en un compromiso de mutuo respeto y cuidado.

Pero existe un modo más completo de esta relación, es el deliberativo, donde se establece un diálogo, en el que el médico sería un orientador que ayudaría en la

⁶⁴ Simón Lorda, P. (Vol. 29, Suplemento 3. 2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. *An.Sist. Saint. Navar.*, 29-40.

toma de decisiones por parte del paciente, planteando, algunos autores, el riesgo de caer en un paternalismo residual, o paternalismo encubierto como lo llama E. Emanuel. (Gracia, Cap. 4, Pág.88.2000)

Kottow concluye, referido al o antes expuesto, que la preferencia de relación médico paciente que se lleve a cabo, dependen gran medida, de la personalidad de los interlocutores, añade que sólo la participación del paciente puede quebrar el esquema del paternalismo, y que “los encuentros clínicos éticamente más depurados siguen el modelo participativo o el modelo deliberativo”.⁶⁵

Menciona, además, que en el modelo dialógico se desarrolla una relación entre médico y paciente, que se ciñe a cánones éticos de comunicación.⁶⁶

Modelos de esta, lo son, el Paternalista, el Participativo, el Deliberativo, el Imperativo.

La Relación Clínica conlleva la elaboración de compromisos y la fijación de límites, así como también la comprensión mutua de estos compromisos y de esos límites, de las autorizaciones y denegaciones que conforman una concreta relación.⁶⁷

Consideraciones de la Bioética al respecto

El nacimiento de nuevas eras enfrenta al paciente cada vez más “con un sistema médico que reduce y tecnifica el encuentro clínico interpersonal, la narrativa del paciente es desatendida, la semiología del cuerpo es reemplazada por la exploración técnica, las explicaciones médicas escasas, el factor tiempo reduce la duración del encuentro clínico, llevando a una medicina despersonalizada.”⁶⁸

⁶⁵ Kottow, M. (2007). *Participación informada en la clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado*. Red Bioética. Pág. 30-33

⁶⁶ IBID. Pág.30-33.

⁶⁷ Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. España: Paidós. Pág.310

⁶⁸ kottow, M. (2016). El Consentimiento Informado en Clínica: inquietudes persistentes. *Revista Médica de Chile*, 1461-1462.

Los humanos hemos empezado a exigir la capacidad de gestión sobre el propio cuerpo y en este entendido, todo aquello que atañe a nuestra corporalidad y espiritualidad, ejercicio de la autonomía, gestionando así en torno a estos valores, y como lo menciona Diego Gracia “el rearme moral precisamente cuando la autonomía crece y el espacio de decisión se torna más amplio, es necesaria una mayor y una exquisita sensibilidad moral”, dando los lineamientos de lo que él bien menciona, el ejercicio de la bioética como una disciplina.⁶⁹

La bioética fue proyectada como una nueva disciplina que combinaría el conocimiento de tipo biológico con el conocimiento y respeto de los valores humanos.⁷⁰

Definición que parece cobijar al proceso de relación humana en el contexto de la Relación Clínica, D. Gracia menciona que la Bioética “es, como toda ética, el intento de analizar racionalmente los deberes que como individuos y como miembros de la comunidad humana tenemos para con nosotros mismos y para con los demás”.⁷¹ Mencionada también por el mismo autor, como una nueva disciplina, y como todas pueden concebirse como un discurso y como todo discurso como un lugar de encuentro entre hablante, observador o narrador y una lengua o conjunto de símbolos usados en el intercambio social.⁷²

Tal vez, más que ver la bioética como una disciplina, es esperar que en su discurso provea o entregue “claves para el entendimiento”, para esto el establecimiento del diálogo como una herramienta de toma de decisiones, es vital, “la bioética dialógica ha establecido la praxis dialógica como núcleo de la vida social en aquello que importa todo y a todos”⁷³

⁶⁹ Gracia, D (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice. Cap. 4. Pág.88.

⁷⁰ Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice.Cap. 2.Pág.29.

⁷¹ Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice.Cap.3.Pág.51.

⁷² Lolas Stepke, F.(1997). *Más allá del cuerpo. La Construcción Narrativa de la Salud*. Santiago:Edit. Andrés Bello..Pág.27

⁷³ Lolas Stepke, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Mediterraneo.Pág.71

Llevando, así, la Bioética a lo cotidiano, en donde esta hace manifestaciones de lo vivido, en diferentes casos, conflictos, generando contraposiciones de miradas acerca de aquellos temas, que, hacen y se hacen en el diario vivir, proponiendo no perder el foco dirigido hacia lo humano, ya que, perderlo, distaría de buscar caminos de resolución de conflictos, o encontrar acuerdos, se aproximaría más a lo no deseable, que es, cosificar las personas.

Mencionar, lo que a mi entender, es un tránsito muy interesante en lo referente al Consentimiento Informado, considerarlo como una expresión sin ecuanón, en el ámbito sanitario, de autonomía, por ende en el ámbito personal y se traslada al ámbito público mediante la firma de un papel, expresado legalmente como un contrato, sensación de real expresión de autonomía pero también de deshumanización, teniendo presentes que la autonomía y la beneficencia no sólo nos permiten ser moralmente diferentes, sino que de cierta forma nos obligan a serlo, obligando también a los demás a respetar nuestra idea de vida buena y de cómo querer que esta sea.⁷⁴

Diferenciando entonces niveles de esta vida buena , una privada en donde los sujetos morales son los individuos, en donde la autonomía y la beneficencia se desarrollan a nivel de individuos y una a nivel público en donde el sujeto sería el estado, según D. Gracia, esto se construiría por la no maleficencia y la justicia, correspondiendo a la vida moral de cada uno , siendo diferente en cada uno de nosotros, debiendo ser respetada por la diversidad generada así como también por la individualidad que representa.

Considerando luego en un segundo nivel la beneficencia, todos debemos tener igual trato debido a la consideración de público, no siendo lo mejor tratar ese nivel con consideraciones de tipo individual, ya que, sería considerado como un acto de discriminación, Gracia argumenta que los deberes públicos tienen prioridad por sobre los privados.⁷⁵

⁷⁴ Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice.Cap.4.Pág.97.

⁷⁵ Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice.Cap.4.Págs.97-98.

El Consentimiento Informado se evidencia entonces como un acto privado, en donde se manifiesta la real expresión de libertad y para que esta así lo sea, paradójicamente hay que darle un contexto un marco de acción, este sería la Relación Clínica, de no ser de esta forma, se violaría un principio fundamental más que una legalidad.

Gracia, realiza una jerarquización dando prioridad a los principios de no maleficencia y justicia por sobre los principios de autonomía y beneficencia, dándose un conflicto privado y otro público en donde este último sería prioritario por sobre lo privado, en un sentido social y los llama “deberes de obligación perfecta o justicia y los deberes de obligación imperfecta o de beneficencia” ⁷⁶

Como se ha mencionado el Consentimiento Informado tiene un marco de regulación que no solo apunta a lo legal sino también a lo social.

⁷⁶ Gracia, D. (2000). *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*. Codice. Cap. 4. Pág.132.

Estilo comunicativo - La narración- y él porque

Con anterioridad toque el tema del estilo comunicativo, que será un punto relevante a considerar, que parece vital en este proceso.

Utilizar el estilo comunicativo adecuado actuará como facilitador, siempre y cuando se cumplan los requisitos previos antes mencionados, enfocarnos en esto es en el fondo unificar el canal de información, más que la información misma, lo que hará que la comunicación sea recíproca y no un monólogo sin sentido, en la búsqueda de esto, la opción a considerar con gran validez es el método narrativo.

La principal razón, es que este método nos permitirá comprender lo que queremos en este caso la vida humana que se nos presenta como ambigua y equivoca, este método será capaz de respetar esto, ya que, nos permitirá leer la vida desde su complejidad, dando respuesta al conocer, conocernos, y a la estructura narrativa de la vida humana, siendo narradores de nosotros mismos.⁷⁷

Introducimos en la Ética Narrativa es un camino que nos muestra y demuestra el acontecer de lo humano, humaniza la enfermedad y el bienestar, el movimiento actual de la “medicina narrativa” y de la ética narrativa, que procede de la tradición anglosajona.

Dar la importancia real que puede dar un relato, es valorar que estos pueden llevar a desarrollar una sana estima de actuar en el mundo, traer a este escrito el pensamiento de algunos filósofos y bioéticos entre otros referente a este tema, puede ser una aproximación al enfoque que es mi intención rescatar y mostrar del “estilo comunicativo”.

Así plantear la narrativa como una forma o formas de discurso que conjugan diferentes hablantes con diferentes contenidos y relatos en diferentes contextos,

⁷⁷ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág.12-19.

que darán la oportunidad al otro de visualizar, en este caso, una persona doliente, por su problema de salud.

Ortega y Gasset, mencionado como un gran pensador que ha brindado una dimensión relevante a la narrativa de la vida humana, como lo menciona L. Feito, hace un hincapié en que no somos realidades separadas del mundo, hay un diálogo con este, y la definición de la vida está hecha mediante un diálogo con el mundo y las circunstancias.⁷⁸

“yo soy yo y mi circunstancia, y si no la salvo a ella no me salvo yo”⁷⁹

Aludiendo a que la circunstancia sería el destino concreto del hombre, en donde como tarea tiene buscar el sentido de lo que nos rodea y por tanto nos hace o ayuda a ser personas.

La consideración que la vida humana es historia, da una perspectiva que es interesante de abrazar y desarrollar, ya que, la vida humana está compuesta por vivencias,” un diálogo entre lo externo y lo interno, lo biológico y lo biográfico”⁸⁰, que sería la suma de estas vivencias , entonces para hablar de lo humano es necesario relatar hechos, biografía, es en donde los autores T. Domingo y L. Feito acuñan la frase “La razón pura tiene que ser sustituida por la razón narrativa”⁵⁷, refiriéndose a encontrar el método o la forma de analizar las cosas humanas, las cuales están en constante cambio y que por esta razón requiere de integrar la biografía de cada paciente incorporando como camino, la narra

Guiándome por esta idea tan potente continuaré buscando el camino de la narración.

⁷⁸ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág.24.

⁷⁹ Ortega y Gasset 1914. *Meditaciones del Quijote*. Pág. 11.

⁸⁰ Ortega y Gasset 1914. *Meditaciones del Quijote*. Pág. 26

Análisis interesante es la que proporcionan los autores antes mencionados sobre Arendt referente al discurso y el obrar humano, distinguiendo formas de actividad "labor, trabajo y acción", definiendo cada una de estas de una forma en que pudiera guiarnos hacia el entendimiento de lo importante que es lo narrado. Los autores entonces, haciendo una interpretación de esto describen lo anterior de esta forma "la labor es la actividad dirigida al mantenimiento de la vida, el trabajo dirigida a la construcción de mundos útiles, y en tercer lugar se encuentra la más alta, la más humana, la acción, que es la que tiene que ver con el discurso y la convivencia social y política".⁸¹

Una descripción interesante, de los diferentes tipos de narrativa, es la que , hace Lolas, describiendo una "narrativa de persuasión", que apunta a emocionar y mediante esto generar acción-reacción, "la narrativa performativa o ejecutiva", intenta mediante esta dar reglas de que hacer, mencionado también, las narrativas que sólo se basan en lo oral, da énfasis en desarrollar una "metanarrativa", que reconoce discursos críticos, plurales, discrepantes y dialógicos, construyendo, así, una bioética acorde a las circunstancias, y que, permitiría discursos o relatos acordes y horizontales entre los que dialogan.⁸²

Cabe hacer notar, que, se habla de diálogo no de monólogo, punto de gran relevancia en la narrativa y en el encuentro clínico.

Entonces, si la narración nos permite introducirnos en el mundo social con la herramienta poderosa que nos otorga el relato, que es el comunicarnos, entendernos, agruparnos o no, es necesario que así también nos diferencie, ya que, nuestras perspectivas de la vida y de las cosas humanas y no humanas, pueden ser distintas, pero aún así el marco del discurso nos une, el contenido del discurso, la narración es la que nos hará distintos y a la vez únicos.

⁸¹ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág.32.

⁸² Lolas Stepke, F. (2000). *Bioética y Antropología Médica*. Santiago: Mediterraneo. Pág.66.

“Somos distintos, cada uno es único y tiene una historia particular, somos una perspectiva insustituible, pero, al mismo tiempo somos iguales , por eso los relatos, que serán particulares, concretos y singulares, , pueden hablar también de la igualdad-identidad humana, y por eso los relatos también pueden alcanzar cierta universalidad”⁸³

No cabe duda en que la narración, entonces, puede llegar a contener aspectos y relatos fundamentales para el reconocimiento de una identidad propia dentro de un grupo.

Por esta razón, indagar sobre esto y lo que opinan diferentes autores es vital para rescatar e instalar esto, en aquellos acontecimientos y procedimientos humanos.

Ana Escribar, menciona a que la narración nos da características de únicos “la unidad narrativa de una vida, que integra planes de vida, que a su vez integran prácticas, permite que la vida de un determinado ser humano-sin la necesidad del recurso de una metafísica- sea aprendida como una totalidad singular, como una identidad irrepetible.”⁸⁴

Ella apunta , en su opinión y la de otros autores , que la narración nos da una identidad única, individual, que hacen que la vida en sus diferentes aspectos pueda ser entendida como una narración y por una narración , en donde individuos y colectividades, incluyendo pueblos etc., mediante estas definen su identidad, y en muchos casos estas narraciones existen antes de ser contada, este valioso aporte hace reflexionar entonces, que si tenemos una construcción de narración , que delata nuestro sentir e identidad, entonces debemos generar los espacios para ser contadas.⁸⁵ Apuntando a lo humano, a la relación entre humanos, entre personas, es en esta narración en donde habitan las necesidades, lo vivido, lo visto, lo

⁸³ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.Pág.33.

⁸⁴ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.Pág. 67.

⁸⁵ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.Pág.71.

padecido, junto con tantas otras cosas, que solo se pueden dar a conocer brindando el espacio para que la narración tenga su momento. Este será sin duda alguna enmarcado por la Relación Clínica.

En el punto, que concierne a la Relación Clínica, la necesidad apunta, casi en la mayoría de las veces, a lo padecido, al dolor, el bienestar, la dicotomía enfermedad-salud, dar espacio en ésta entonces para lo narrado parece ser vital, entendiendo con esto que no es una enfermedad la que etiqueta o representa a una persona, sino más bien, una persona doliente por su enfermedad requiere el espacio para su narración y por medio de esta expresar su sentir, en donde la narración ejerce una mediación entre describir y prescribir.⁸⁶

“El ser humano es autor y personaje de esta narración que es su propia vida y, como tal, es responsable de las acciones y experiencias que configuran una vida narrable”⁸⁷

En el entendido que la narración puede identificarlos también nos da sentido, tanto individual como colectivamente, nos proporciona legitimidad, esto lo grafica muy bien Escribar al unificar o unir en sus dichos grandes filósofos y pensadores referidos a este tema, dando luces del positivismo de esta, así como también, de aquel aspecto que no lo sería tanto, haciendo notar las funciones que la narración tendría, estas serían: integración, la cual da el sentido o identidad, la legitimización que serían la explicaciones requeridas y el ocultamiento, que nos impide ver la realidad, alejándonos, tal vez de ella.⁸⁸

Es de entender, que como todo, tiene una función cuyo uso o no derivan en un distinto resultado, con nuestra narración tenemos un objetivo o intención, y con nuestra no narración también lo tenemos. En el ámbito clínico se debe ser muy cuidadoso con este aspecto, ya que, la no narración de un hecho o el ocultamiento

⁸⁶ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág.104.

⁸⁷ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág. 71.

⁸⁸ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág.74.

de tal ´ puede tener aristas complejas, el clínico entonces, debe estar atento a estas narraciones y a aquellas circunstancias en las que note ausencia de relato, no apuntando a una actitud paternalista sino a una actitud activa y empática.

Deben haber momentos en la Relación Clínica en donde el paciente omita información, ya sea, por dolor, por no sentir empatía o no encontrar en este monólogo tecnologizado de la medicina actual un espacio para algo tan íntimo, opinión que no quiero generalizar, tampoco intención de eso hay, sólo recoger lo que se muestra en el diario vivir de un Servicio de Salud con mayor frecuencia de lo habitual.

Consideraciones de la narración en la Relación Clínica

Establecer que la narración hace aflorar sentimientos entre otras cosas, no debería parecernos novedoso, pero tal vez sea importante mencionar que es un discurso descriptivo y subjetivo por tanto amarrado a sensaciones y emociones y es importante que así sea, ya que, las decisiones diarias y en especial las concernientes a la salud deben estar impregnadas de una cuota importante de lo íntimo, de lo propio, lo que al final construirá un relato único, siendo esta emocionalidad lo que nos hará notar, y en el mejor de los casos entender, que nivel de importancia o que tanto afecta la vida del paciente, no necesariamente debiendo ser así , porque debe haber pacientes en que esto no aflore de igual forma o no lo notemos, por lo cual nos hace entender que una narración no sólo puede estar cargada de contenido, existe un lenguaje no verbal en ella que le da forma y es necesario que estemos atento a él también.

Necesario es, por tanto, tener en consideración que dentro de una Relación Clínica podemos encontrar “extraños morales” permanentemente, personas que tienen distintas concepciones de la vida buena, con distintas creencias religiosas, filosóficas, políticas, entre otras y debemos convivir en lo particular en la Relación Clínica y en lo general en la sociedad.

Lo que nos puede permitir entender esto es la narración, este parece ser el camino, en la narración hecha por el paciente en la Relación Clínica, develará su dolencia , su malestar, su inquietud, sus creencias , que en muchos casos los guían bajo sus doctrinas , así como también lo hacen sus principios y valores, puntos que nos muestran este “extraño moral” y que debemos tener en cuenta y considerar tanto en la atención como en los caminos de resolución, nos harán entender también desde el punto de vista clínico las decisiones al respecto al tratamiento que estos tomen, que algunas veces no estarán dentro de lo que el clínico espera que el decida o elija.

Evocar el término tan relevante como el acuñado por Paul Ricoeur, “atestación”, que apunta a que los testimonios de otros completarían esta narración, dando el marco de una relación comunicativa, parece ser fundamental, entonces en partes de esta narración compartida debe tener parte no sólo lo requerido o lo necesitado por el paciente, sino también lo sugerido, lo indicado, los caminos , las opciones que el tratante pueda brindar, y lo que el paciente , como un otro, pueda o quiera para sí. Todo lo anterior, debe necesariamente estar enmarcado en y por la Relación Clínica, entonces a mi parecer, podría en este entendido reconocerse el Consentimiento Informado, en lo dialógico, en donde fluya por medio de la narración este proceso que una vez pactado en forma humana se traspase a un papel que alude a una forma jurídica.

En un análisis de escritos de P. Ricoeur, A. Escribar relata como el filósofo introduce “ la distinción entre la identidad comprendida como “mismidad(idem) o identidad sustancial, y la otra comprendida en el sentido de un “sí mismo”(ipse), dotado de una historia y, por lo tanto, poseedor de una estructura temporal y dinámica”⁸⁹

⁸⁹ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág. 97.

Entonces el “sí mismo” sería autor y personaje de esta narración y no de cualquier narración sino de la más importante, la de su propia vida, a través de esta entonces, construiría una identidad, es así como el “ídem” daría paso al “ipse”, que tiene la connotación de mostrar una forma de comportarse que lo hace, o debiese, ser responsable de sus acciones, estableciendo así un vínculo con otros desde lo dicho. El objetivo de la vida buena, considerada así, por el narrador, en este caso el paciente, se explicitaría por medio de la narración, de su narración.

El relato

Otro concepto utilizado por P. Ricoeur, de vital relevancia en este tema él es de “identidad narrativa”, apuntando a que uno accede a su propia identidad a través de lo narrado y muestra esto a otros, esto forma “una experiencia que incita a habitar mundos ajenos; representan una invitación a ser y actuar de otro modo y ello supone iniciar nuevas evaluaciones de sí mismo y del mundo”.⁹⁰

La narración explicita, lo hechos y lo por hacer, atribuyendo al narrador diversas acciones, que en la suma de su historia dará como resultado una identidad, su identidad, por ende genera responsabilidad de acción u omisión, abriendo el mundo de las interpretaciones para otros, que de alguna forma, generarán acuerdos o conflictos, mediante la narración pudiese entonces encontrarse formas de ser en el mundo, apuntando que debe haber en esto un término medio entre el ser y el deber ser, en donde los valores juegan un rol fundamental, guiando nuestro ser y nuestro deber ser.

No cabe duda que la narrativa es hermenéutica “porque la narración supone interpretación, e interpretar es apropiarse”⁹¹

Pero la narración, los relatos pueden guiarnos a encontrar la estimación personal “el relato configura nuestra vida y puede hacer que creamos en nosotros mismos, en nuestras posibilidades”⁹²

⁹⁰ Escribár Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág. 100.

⁹¹ Escribár Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales. Pág. 105.

Domingo y Feito en una descripción de la narración se refieren esta no sólo como un recurso o un ejemplo sino que lo esencial sería que mediante este se desarrollará un tipo diferente de lógica, la cual, articula lo casual y lo causado, para así encontrar coherencia, “la narración trata de lo contingente y no de lo arbitrario”⁹³, explicando esto como lo arbitrario dependiente de algo antojadizo y lo contingente es referido a lo que puede o no ser, distinguiendo para el relato de la narración dos momentos claves, estos son lo que se cuenta y como se hace esto.

El relato de la narración entonces otorga un sentido y direccionalidad de los datos, el interlocutor o receptor tiene la misión de capturar el verdadero sentido y direccionalidad de este por del dialogo, en el cual, el narrador, que en este caso es el paciente, podrá corroborar o no lo recibido.

“El relato de una enfermedad por un paciente, que constituye su propio relato, su propia narración, puede ser leído y reconstituido por otra persona”⁹⁴

Este otro se convierte en sintiente de lo que al otro le ocurrió, la emocionalidad que conlleva, esto la da en cierto modo vida a ese relato, a esa narración, esta emocionalidad, que en este caso corresponde al paciente nos hace saber qué peso tiene al acontecer para esta persona, transformando el relato de lo narrado en algo más que información, en algo humano, expresando conflictos, formas y caminos para actuar y resolver. Tal vez, en el ámbito clínico esta forma y camino para resolver o en algunos casos para aceptar, es la narración que debe de alguna forma ser completada por el tratante, no se puede, por lo antes expuesto dejar de mencionar una frase que hace y le da significación real y humana al conflicto, en este el problema de salud o enfermedad, “ la enfermedad no puede ser concebida como un mero hecho biológico, es además, un acontecimiento biográfico”⁹⁵

⁹² Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág.65.

⁹³ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág.69.

⁹⁴ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág. 70.

⁹⁵ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores. Pág. 12.

Mediante la narración el tratante, el clínico, obtiene del paciente, una visión distinta de enfermedad, tomando en consideración el clínico, o tratante pudiesen cambiar hacia algo positivo el encuentro clínico, acogiendo la vulnerabilidad en que se encuentra el paciente por su enfermedad, no como algo negativo, sino como una oportunidad de comprender desde otro ángulo esta vulnerabilidad y respetarla como una situación de fragilidad, de dudas, de disconfor, que puede acogerse no en forma paternal, sino con conocimiento, resolviendo aquellas dudas o inquietudes que el conocimiento permita , con prudencia en la entrega de información clara y oportuna , derribando la asimetría, horizontalizando la Relación Clínica, estableciendo confianza, y es en ese seno donde debe darse el Consentimiento Informado, no antes , no fuera, sino durante, a lo largo de la Relación Clínica, para que este sea válido en lo humano y no sólo dirigido a lo legal.

En lo narrado encontraremos una situación compartida de relatos, la que en este caso, se dará entre paciente y médico o tratante, en donde cada uno tiene un rol claramente asignado, se espera establecer una horizontalización en la Relación Clínica, pero no simetría, ya que, cada rol tiene una particularidad que la hace asimétrica lo queramos o no, el paciente busca en el ejercicio de la medicina las explicaciones, las respuestas, los caminos, las soluciones, la contención, y el médico tiene el conocimiento para dar explicaciones, respuestas, caminos , contención, aunque no siempre como un final de cuentos, pero el conocimiento, la entrega de información, la experiencia y la argumentación colaboran con satisfacer esa búsqueda.

Este conocimiento por parte del médico o tratante que hace la relación asimétrica, no puede ser tomada como una atribución o mandato para tomar decisiones por el paciente o imponer un determinado camino, se refiere más bien, a que la asimetría dada por el conocimiento fortalecería la Relación Clínica, entregando las herramientas necesarias para que el paciente decida en conocimiento, informado y libremente.

En cuanto al conocimiento este debe ser entregado en su justa medida, en un proceso comunicativo-dialógico, en donde existan además elementos pragmáticos que enriquecerán tanto la narración y por añadidura la Relación Clínica.

“El conocimiento narrativo utiliza medios cognitivos, simbólicos y afectivos para la comprensión del sentido y el significado de las historias. Este tipo de conocimiento proporciona una comprensión más rica de la situación personal de alguien”⁹⁶

Las competencias y las capacidades narrativas apuntan a una recepción adecuada por parte del que recibe la información (médico-tratante) y la entrega de un relato apropiado por parte del emisor (paciente), estableciendo el puente necesario, que como objetivo paralelo tiene el desarrollo de las confianzas, roles que no deben ser estáticos, estableciendo una continuidad en la relación terapéutica, los intercambios de relato serán los encargados de satisfacer las necesidades y expectativas de ambas partes.

El tratante, puede extraer, utilizando esta competencia narrativa, aquella información relevante que sea clave para determinar planteamientos de cursos a seguir, relación que apunta hacia una cooperación “ en el modelo dialógico se desarrolla una relación entre el médico y paciente, que se ciñe a los cánones éticos de la comunicación” ⁹⁷

Un término que es imprescindible traer a este escrito es el de “ la justa distancia”, que Ricoeur lo expresa como la capacidad de tratar a otro, sea quien sea, de igual a igual, buscando mantenerlo compensado respecto a sus necesidades, por el hecho de ser otro como si mismo.

La narración, expresa, se construye, va identificando al paciente y le va dando identidad moral, desde la misma narrativa se expresa el mismo a sí mismo,

⁹⁶ Domingo Moratalla, T., & Feito Grande, L. (2013). *Bioética Narrativa*. Madrid: Escolar y Mayo Editores.Pág.100.

⁹⁷ Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética. Capítulo 1*. Mediterraneo.P.240.

lo que Ricoeur denomina “mismidad”, además menciona, que el tratante debe mantenerse en la “justa distancia”, entre las partes y el conflicto imparcial, pero no menos atento a lo que ocurra.

Kottow refiere, a que si los diálogos establecidos tanto por pacientes como por tratantes-médicos ,son verdaderos, comprensibles, atingentes a lo solidario, utilizando un método entre ambos convenido, como puede ser el lenguaje oral, escrito, visual o todos, permitirá dar los lineamientos de una buena comunicación basada en el respeto en los mutuos intereses, conviniendo así una Relación Clínica éticamente correcta, con esto se potencia la fortaleza de esta relación , el autor apunta, a que si esto no se da puede derivar en una capacidad medica más incierta y riesgosa ,vitalizando con esto el concepto que la interpretación correcta de la narración enriquece la participación y por ende la Relación Clínica, a lo que Kottow llama “ encuentro clínico”.

Habrà entonces una descripción más clara y acertada de lo que un Consentimiento Informado significa, como surge que debe contener y un factor fundamental, donde debe darse.

A considerar

Villarroel, acuña el término “ el paciente como texto “, basado en los escritos de P. Ricoeur , que el filósofo propone para comprender y a su vez interpretar la acción humana significativa “ el hecho de que el paciente sea visto como un texto es sinónimo de que en su ser de enfermo pueden emerger palabras que están a la espera de nuevas interpretaciones que decidan su significación, palabras que, además están abiertas a los muchos que puedan leerlas (Ricoeur,1985, p57), a todas las instancias sociales que puedes proveer, en mayor o menor medida salud” .⁹⁸

⁹⁸ Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética. Capítulo 1.* Mediterraneo.Pág.29.

El porque

Por todo lo antes mencionado y expuesto se hace imprescindible explorar para tener antecedentes de lo que acontece y como es visualizado el proceso de Consentimiento Informado por parte del médico, tal vez, afloren factores o situaciones que no estén descritas, esto, a mi parecer, reviste un punto de interés relevante y necesario, además buscar caminos éticos para incorporar en el diario de la clínica y en la clínica médica el concepto de que el Consentimiento Informado como un proceso y como tal, debe ser enfrentado y respetado incorporando la narrativa del paciente como un habitual , así este proceso será un continuo en la Relación Clínica.

VALOR DE LA INVESTIGACIÓN

El valor de esta investigación, como requisito ético, es el deber de conocer en el cotidiano de la clínica lo que se refiere al proceso del Consentimiento Informado mostrando una realidad, puntual, un estudio de tipo exploratorio, que permitirá visualizar con más detención lo que ocurre en el día a día de un Servicio de atención clínico de la Región Metropolitana.

Mirando el Consentimiento Informado desde su sentido Bioético y su indisociable vinculación con la Relación Clínica, reconocer desde el tratante una situación que se supone o se induce, pero que es necesario explorar.

Una vez recolectada la información, se tendrán la visión de los médicos participantes, de un Servicio Clínico de la Región Metropolitana, acerca del proceso de Consentimiento Informado en la Relación Clínica y la ubicación de este proceso en ella, información valiosa y enriquecedora , que dará , una muestra de lo cotidiano de un Servicio puntual.

No intentando con ello generalizar, extrapolar o hacer un juicio de valor, sino sólo explorar y dar un paso inicial para continuar en esta línea investigativa.

Información que tiene real importancia en el diario acontecer, dar a conocer de alguna forma lo que ocurre, en este Servicio puntual, buscando significancias en un tema no menor, ya sea, para partir un camino investigativo, como para iniciar el camino de la intervención apropiada, siempre orientado a mejoras, y no de cualquier tipo, sino una que apunte a respetar un imperativo ético que es el Consentimiento Informado como proceso, cuya realización debiese generarse y realizarse en el seno de la Relación Clínica.

La idea de capacitar a los tratantes y el personal de salud en lo relativo al proceso que es el Consentimiento Informado, es una tarea permanente, quisiera integrar a esta la visión que la validez no está dada sólo por una firma, sino que hay

variados aspectos a considerar, e incorporar, la narrativa del paciente, enriquecerá la relación, y como un imperativo se respetará un derecho fundamental.

Llegar a entender e incorporar que el papel que se firma por el paciente y el médico es sólo parte de este proceso, que como tal es un continuo, una tarea de todos los profesionales de la salud, que de una u otra forma conforman los equipos.

Las partes de este proceso no tienen un sentido por sí solas, deben estar entrelazadas, para su sentido como para su validez, el nexo para las partes de este proceso puede ser la narrativa y su marco regulatorio la Relación Clínica.

Incorporar a la Bioética como ética aplicada, al cotidiano, aporta a la ciencia de la vida, a lo simple y complejo de esta, a la reflexión diaria y deliberación permanente de los acontecimientos humanos.

Por ser interdisciplinar, utiliza la deliberación y razonamiento, argumenta con responsabilidad y prudencia, busca el mejor camino para el bien mejor, tomando en cuenta y consideración los valores, creencias, deberes y derechos de cada uno como ser sintiente, necesario e imperioso, es entonces, que la visión desde la Bioética esté presente en el proceso de Consentimiento Informado, que se instala, como una relación, en este caso de tipo clínica y mirar, desde ese prisma, lo que en ella ocurra.

Utilizando la Bioética como una herramienta valiosa para establecer un puente en el que se respeten los derechos tanto como los deberes de las personas, ideologías y creencias en el entendido de ir hacia la vida buena., no haciendo juicios de valor, tampoco ser un mero observador, sino buscar vías de resolución de conflicto por medio de caminos éticos y apropiados, para cada paciente y situación.

Plantear la necesidad de dar un poco más de tiempo a la atención del paciente, apuntando brindar el espacio a la narrativa, y para que esta sea expresada, en el seno de la relación, haciendo notar que dándole sólo una mirada legal al Consentimiento Informado, le quita algo muy valioso que es el establecer un Proceso, y que este nos brindara la oportunidad de conocer la narrativa del paciente y por esta su sentir. De no considerarlo así, no sólo se transgrede un aspecto legal, sino mucho más allá de eso se transgrede un derecho fundamental, en tanto que, al respetarlo permite humanizar esta relación, porque aunque parezca obvio no podemos olvidar que se da que se da entre personas.

Cuando hablamos del Proceso de Consentimiento Informado, hablamos de un consentimiento en base a cierta información, una información organizada que llamamos conocimiento, incorporando en este entendido los conceptos de propósito e interés, considerando relevante el conocimiento, ya que, es la información entre personas.

Importante es destacar lo mencionado por F. Lolás, en lo referente a que “el puro saber y el puro hacer no constituyen conocimiento” ⁵³, el conocimiento, entonces, es un saber hacer cuyo objetivo principal es transmitir el conocimiento para que este sea eficiente, cumpliendo con lo socialmente solicitado.

Ese es el propósito de esta investigación, rescatar lo cotidiano de un servicio puntual, como inicio para una línea investigativa, que apunte a ser un aporte a la Relación Clínica, desde la mirada de la Bioética.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los médicos en un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana en relación al Consentimiento Informado en la Relación Clínica?

HIPÓTESIS

La percepción del médico de un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, es que, el Consentimiento Informado (quirúrgico), es un trámite administrativo, que está fuera de la Relación Clínica.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir la percepción de los médicos en un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana referente al proceso de Consentimiento Informado y su ubicación en la Relación Clínica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la ubicación que le da al Consentimiento Informado, un médico en un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, en la Relación Clínica.
- Describir en que ámbito ubica al Consentimiento Informado, un médico de un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana.
- Describir la descripción que da, un médico de un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, del Consentimiento Informado.
- Describir el parecer de, un médico de un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, referente a un caso quirúrgico, de quien debe realizar el Proceso de Consentimiento Informado.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Para responder a los objetivos planteados, se diseñó un estudio cuantitativo, descriptivo, transversal.

Técnica de recolección de datos

Encuesta escrita con 4 preguntas cerradas, de alternativas las cuales deben ser contestadas por medio escrito a través de una cruz (X) que identifique con claridad la respuesta.

Presentación de resultados

Obteniendo datos de tipo categóricos, los cuales serán presentados mediante un gráfico de barra cada variable y la frecuencia con que esta se presenta.

MUESTRA

Esta se recogerá en un servicio clínico del hospital de la Región Metropolitana.

- Los médicos que concurran a realizar labor asistencial al servicio clínico de lunes a viernes, en un hospital de la región Metropolitana, que voluntariamente y previa del Consentimiento Informado decidan participar

Espacio Muestral

- n= 20 médicos

Como estimación se espera que un 80% de ellos participe.

Se considera una muestra homogénea y representativa.

- Homogénea; los médicos participantes reúnen igualdad en condiciones y características.
- Representativa; los médicos participantes, tienen igualdad de características y condiciones que aquellos que no deseen participar.

Composición del espacio muestral

- Médicos con más de 20 años de ejercicio.
- Médicos con menos de 20 años y más de 10 años de ejercicio.
- Médicos con menos de 10 años y más de dos años de ejercicio.
- Constituida por mujeres y hombres en proporción similar.(11 mujeres y 9 hombres)

Condiciones que enriquecen la muestra y el levantamiento de información, ya que dará una gama de percepciones referente a este tema.

INSTRUMENTO

Se aplicará una encuesta de 4 preguntas cerradas.

Tipo de encuesta

Fin científico - Exploratoria.
Contenido - Encuesta referida a opinión personal.
Procedimiento de administración de la encuesta - Personal.
Dimensión Temporal - Transversal.

La encuesta (Anexo 1) es un instrumento creado para esta investigación por quien suscribe.

Consiste en una hoja de papel en cuya parte superior tiene nombre de esta tesis y timbre del Comité de Ética respectivo

Luego por escrito y en forma verbal se da instrucción básica de forma de responder.

Instrumento anónimo, sin folio, sin identificación ninguna del participante.

MODALIDAD

Encuesta escrita

La encuesta será realizada personalmente, por medio de un escrito posterior a la firma del Consentimiento Informado, anonimizadas, guardadas por quien suscribe en mueble con llave, para así mantener privacidad y confidencialidad de datos, con posterioridad y luego de tener todas las encuestas posibles, se recogerá información.

Las encuestas serán realizadas en su totalidad en el servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, mismo en el que se realiza la investigación, siempre en mismo box, con un tiempo estimado por encuesta de 15 min como máximo.

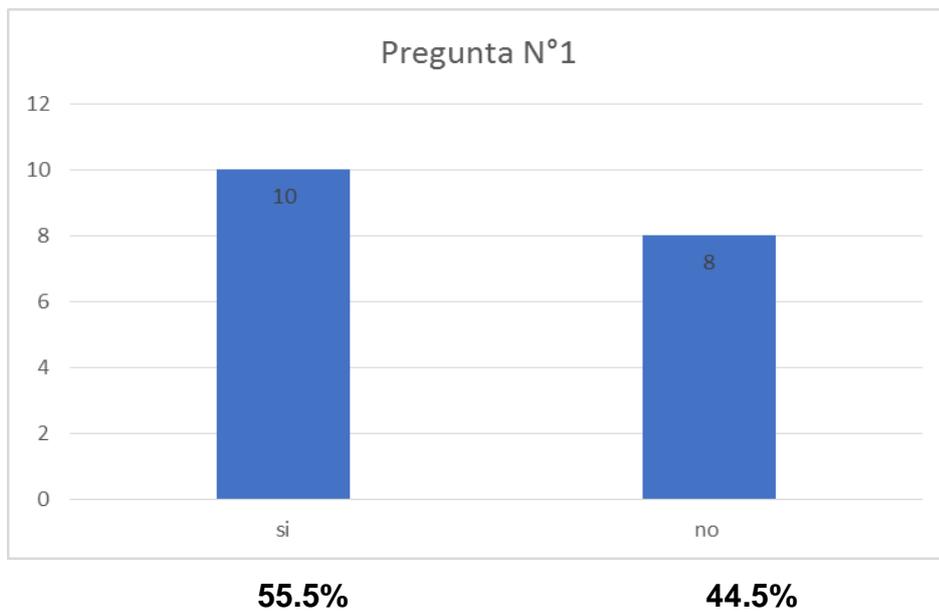
En el Consentimiento Informado se explicita entre otras cosas que si aun habiendo dado respuesta a la encuesta y entregada, el médico participante, puede retractarse y esta será eliminada.

RESULTADOS

Gráficos

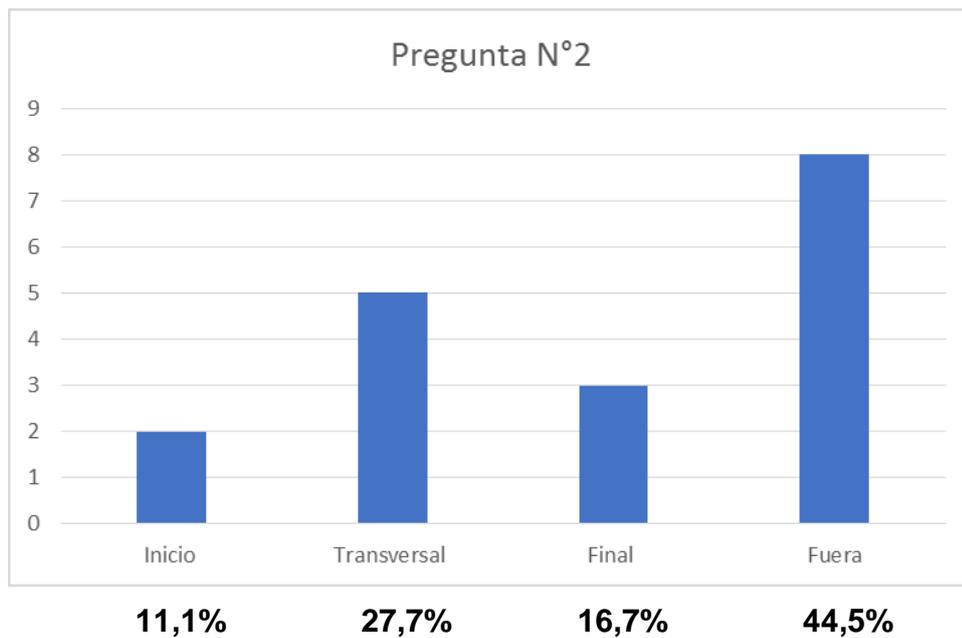
Pregunta 1

Considera que el Consentimiento Informado forma parte de la Relación Clínica (médico-paciente)



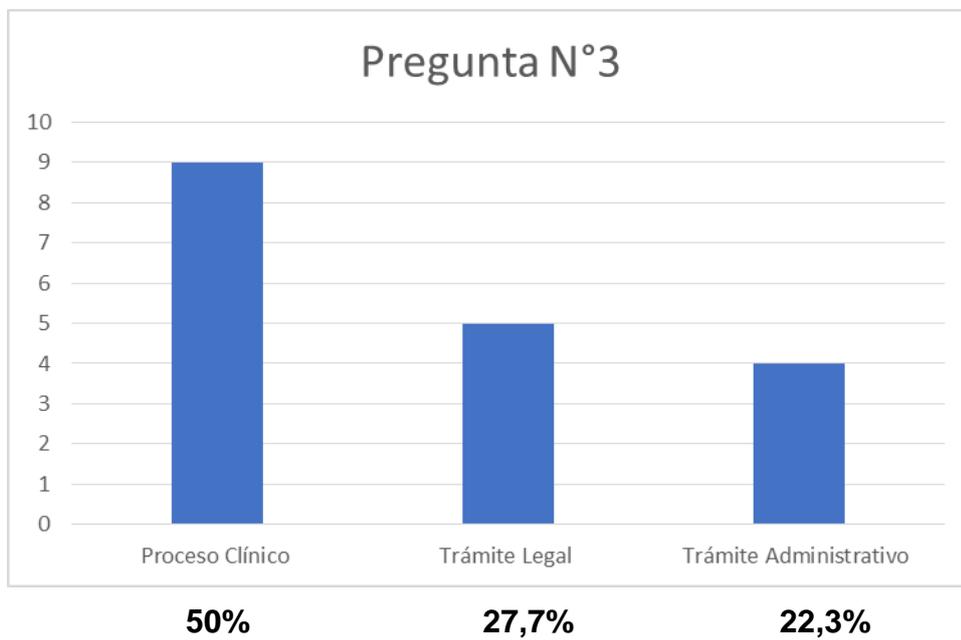
Pregunta 2

En qué lugar de la Relación clínica (médico-paciente), usted lo ubicaría.



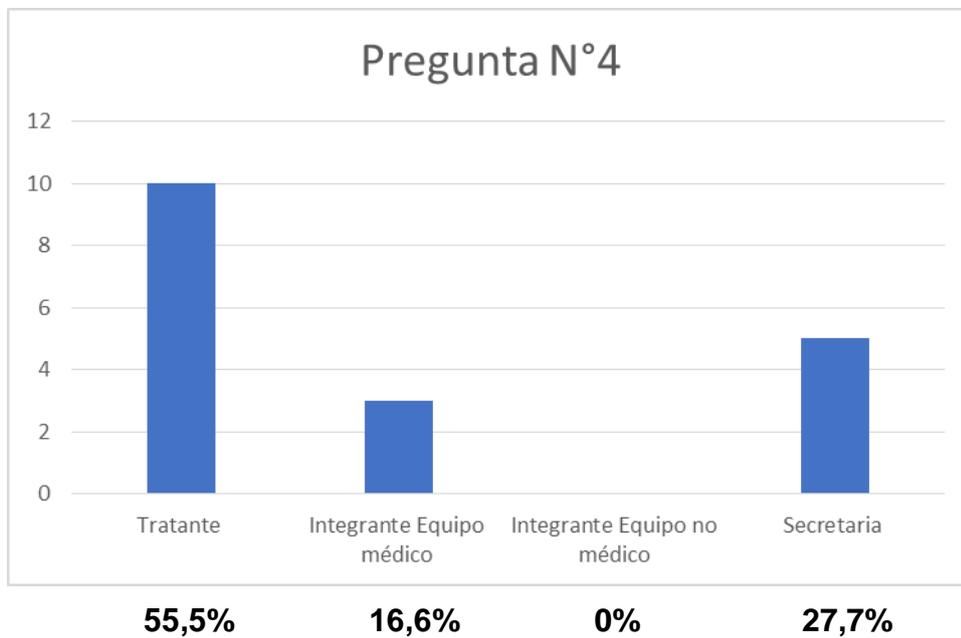
Pregunta 3

Cómo describiría al Consentimiento Informado



Pregunta 4

En caso de un procedimiento quirúrgico, quien, a su parecer, debe realizar el Consentimiento Informado



DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS Y ALGUNOS COMENTARIOS

En un **n** de 20 médicos, aceptan responder encuesta 18 médicos, lo cual corresponde a un 90%.

Lo primero que quisiera hacer notar, es la disposición a contestar esta encuesta, por los médicos que conforman este servicio clínico, esperando un 80% de aceptación y obteniendo un 90% de esta.

Realizaré breves comentarios de cada una de las respuestas obtenidas, con la finalidad, de promover una mejor discusión.

Respuestas y comentarios

En lo concerniente a la pregunta **1**, que dice:

“Considera usted que el Consentimiento Informado forma parte de la Relación Clínica (médico-paciente)”

Un total de 10 médicos contestaron que **SI**, que el Consentimiento Informado forma parte de la Relación Clínica (55.5%).

Un total de 8 médicos, contestaron que **NO**, que el Consentimiento Informado no forma parte de la Relación Clínica, médico paciente,(44.5%).

Más de la mitad de los médicos encuestados, del campo de estudio definido, consideran que el Consentimiento Informado forma parte de la Relación Clínica, sin embargo, 8 de ellos no lo considera así, dejando entonces el Proceso de Consentimiento Informado fuera de esta Relación, parece

preocupante pensar en que no sólo se lesionen principios bioéticos, como la autonomía, sino además se centraría la relación médico-paciente en un relato unidireccional de entrega de información sin incorporar la retroalimentación que este proceso requiere la aceptación o negación por parte del paciente, aún más, sin el valioso relato del porque su decisión, no con un motivo de cuestionar, sino más bien, de contener, informar y respetar.

En lo concerniente a la pregunta **2**, que dice:

“En qué lugar de la Relación Clínica, usted ubicaría el Consentimiento Informado”

Un total de 5 médicos, ubican este Proceso transversal a la Relación Clínica (27.7%), 3 de ellos lo ubica al final de la relación (16.7%), y 2 lo ubican al inicio de la Relación Clínica, (11.1%), y un total de 8 médicos ubican al Consentimiento Informado fuera de la Relación Clínica, (44.5%), esto concuerda con las respuestas dadas para la pregunta **1**.

Entonces un total de 10 médicos de este servicio (55.5%), ubican al Consentimiento Informado dentro de la relación, en alguna de las posibilidades planteadas (transversal, al inicio, al término de la Relación Clínica),

Punto interesante de detenerse es, el grupo de 2 que ubican este proceso al inicio, y de los 8 médicos que lo ubican fuera de la Relación Clínica, me provoca cierta inquietud, debido a, que se obviaría el proceso comunicativo previo, que es necesario para una toma de decisión informada, y pondría como eje de la Relación Clínica al Consentimiento Informado y no al paciente en el caso puntual, de ubicarlo, al inicio de esta.

En lo concerniente a la pregunta **3**, que dice:

“Cómo describiría usted al Consentimiento Informado”

Se encuentra, en las respuestas obtenidas, que un total de 9 médicos, considera al Consentimiento Informado como un proceso clínico (50%), lo cual es muy alentador y es un buen precursor de una adecuada Relación Clínica, pero así también, es inquietante, ver que 5 de ellos lo consideren en trámite legal (27.7%), y 4 de ellos un trámite administrativo (22.3%)

Se quiere dejar claro, que, si bien el Consentimiento Informado reviste una legalidad, es un Proceso Clínico por sobre esto.

La medicina de hoy, lleva a pensar, en el Consentimiento Informado, como un acto de protección, del médico, ante cualquier evento adverso, en este caso quirúrgico, que ocurra.

En ocasiones una beneficencia y no maleficencia, mal entendidas, que apunta a lo eventual y no al objetivo esencial.

Creando un eje egocéntrico de protección del tratante, o institución, y no direccionando la relación médico-paciente, a promover un lazo de comunicación y confianza.

Importante, es entonces, mencionar “Curar a veces, aliviar frecuentemente y confortar siempre”⁹⁹

De considerar al Consentimiento Informado como un trámite, se obvia el real sentido de este Proceso, el respeto por el otro, en este caso, un otro dolido, entrampado por la enfermedad, y que en la mayoría de los casos, no tiene o no cuenta con las competencias para entender un acto médico y su lenguaje, ambos absolutamente necesarios para decidir cómo se requiere, informadamente.

“el médico debe convertirse en un comunicador eficiente y desde un inicio ganarse la confianza del paciente”¹⁰⁰

⁹⁹ Beca, J. P., Astete, C., & Escobar, J. (2014). *Bioética Clínica*. Santiago: Mediterraneo. Pág.372.

¹⁰⁰ Escribar Wicks, A. (2013). *Ética narrativa: antecedentes al juicio moral*. Santiago: Ediciones Universidad Diego Portales.

En lo concerniente a la pregunta 4, que dice:

“En caso de un procedimiento quirúrgico, quien a su parecer, debe realizar el Consentimiento Informado”

De un total de 18 médicos de este servicio, 10 consideran que, el Consentimiento Informado debe ser tomado por el tratante (55.5%), 3 dice que puede ser tomado por cualquier integrante del equipo médico (16.6%) y 5 por la secretaria (27.7%).

Si bien, que el Consentimiento Informado, en este caso quirúrgico, sea tomado por otro integrante del equipo médico, no parece algo tan improcedente, desde el punto de vista de manejo de la información, ya que, está capacitado para ello, si hace que este proceso se exteriorice de la Relación Clínica, en donde se debe establecer este vínculo de confianza antes mencionado, y el nexo comunicativo, que permitirá el diálogo y deliberación que amerite.

Cuando se piensa, que, la secretaria deba ser quien realice el Consentimiento Informado, definitivamente, da señal de una Relación Clínica lesionada, en que el Consentimiento Informado se reduce a un trámite o requisito previo a la cirugía, lesión que recae principalmente sobre el paciente.

Por lo expuesto anteriormente en cada una de las respuestas, es que, se hace necesario una discusión referente a este tema, desde la mirada bioética, con un afán de generar algunas recomendaciones con la finalidad que estas sean un aporte a recomponer lo lesionado de la Relación Clínica, en este sentido.

DISCUSIÓN

Son muchos los ángulos por donde se puede abordar esta discusión, creo, que el principal, es aquel que los clínicos, no podemos dejar de lado nunca, es lo relativo al paciente, y este como eje fundamental de la atención sanitaria, abordar el tema de la Dignidad de la persona y en particular la del paciente.

Término que proviene del latín y cuyo significado es valoración.

La Dignidad es vista como algo positivo, como un derecho fundamental.

El concepto Dignidad Humana es una expresión eminentemente ética, se relaciona con el respeto absoluto a la persona humana.

En bioética, el término Dignidad, es utilizado en diversos modos y en diversos tópicos, pero como punto de encuentro, se menciona como “respeto a la persona”, o como Kant menciona como “un atributo antropológico”.¹⁰¹

Las deliberaciones bioéticas apuntan hacia el respeto por la Dignidad Humana, derecho fundamental y como tal inalienable.

En la Declaración Universal, de los Derechos Humanos (1948), se afirma, “todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derecho”.

Entendiendo a los DDHH. no sólo como la expresión ética más acabada del derecho, sino como la expresión jurídica de la Dignidad Humana.

La Dignidad debe ser vista como un valor único, insustituible e intransferible, de toda persona humana con independencia de su situación económica y social, de la edad, sexo, religión.

¹⁰¹ Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética. Capítulo 1*. Mediterraneo. Pág.86

La Dignidad tiene un valor moral y un valor jurídico, apelando en esta discusión al valor moral, es en ese entendido, que la Dignidad no debe ser vista como una barrera entre un yo y otro, no debe inspirar el afán de defensivo, sino más bien debe inspirar un afán de resguardo, de ella, en mí y en otros.

En el entendido que la Bioética atiende el valor de la vida en general, y como disciplina moral se concentra en valores fundamentales como la libertad, la autonomía, la igualdad y la dignidad humana como gran punto, es en el ámbito clínico, específicamente, en el tema referido en esta tesis y las respuestas encontradas, donde vemos que hay una lesión de este derecho fundamental.

“La Dignidad de la persona humana es el principio cardinal del derecho de la Bioética”¹⁰²

Importante es destacar en esta discusión, y cualquier otra que trate de temas del diario acontecer, ya sea, en el ámbito clínico, como también el social, que la Bioética no sólo trata de temas tan relevantes como el inicio y término de la vida, en el intertanto donde transcurre la vida, donde la Dignidad también sufre embates permanentes, es donde el debate bioético revelará la mejor forma de velar, actuar y proceder.

La Dignidad ha cobrado renovada presencia en los diversos debates referidos a temas de vida, de muerte, y en ocasiones se siente en el ambiente que somos capaces de otorgarla o denegarla.

No son sólo los adelantos tecnocientíficos los que, en ocasiones, tienden a cosificar a los seres humanos, somos nosotros, en nuestras relaciones, y en este caso en particular, que es el de la Relación Clínica, donde podemos ir

¹⁰² [https://doi.org/10.1016/S0041-8633\(13\)71121-9](https://doi.org/10.1016/S0041-8633(13)71121-9)Get rights and content Pág 63

por esa línea, sin la clara intención de ocasionarlo, la atención sanitaria en general está cada vez más llena de protocolos y actos protocolizados, que intentan establecer altos estándares de calidad, pero que tipo de calidad, la de los rendimientos en desmedro de la humana.

Es en ese entendido que no parece tan extraño exteriorizar elementos de la Relación Clínica, como en este caso el Consentimiento Informado y considerarlo un trámite, por parte del médico.

Urge entonces recomponer la Relación Clínica, alejado de este camino.

Es por este motivo que se presentan los resultados de la encuesta realizada, previa a esta discusión así entender de mejor forma cual es la intervención que se debe realizar.

En un análisis en sentido, de las respuestas obtenidas en la encuesta, que bajo ningún punto de vista se generalizan a otros servicios clínicos de las mismas características, sino más bien en el afán de describir un servicio puntual, sin menospreciar o dejar de lado el vaso medio lleno, refiriéndome a las respuestas dadas, que adscriben al Proceso de Consentimiento Informado como un proceso que se debe dar dentro de la Relación Clínica, compuesta de interlocutores médico-paciente, y que es él tratante, el indicado a llevar a cabo este proceso.

Si no más bien en atención a aquellas respuestas, que exteriorizan este proceso, y aquellas que aluden a que cualquiera puede realizarlo fuera de la Relación Clínica, además de ser considerado un trámite, es en estos puntos donde se debe establecer el debate.

Mi consideración es que la Bioética, nos debe ayudar a recomponer y reforzar constantemente a aquellos aspectos de la Relación Clínica lesionados, fortaleciendo los límites de esta, su tiempo y contenido, apuntando a cumplir con respetar un derecho fundamental, que es la Dignidad Humana, que viene a la par, con respetar a otro, en su autonomía y

derecho a decidir.

Estamos en tiempos donde parece inconcebible pensar, que el Consentimiento Informado, sea una formalidad, de tipo administrativo, legal, el incorporar esto en lo habitual de la actividad sanitaria, parece un directo camino a la burocratización de un proceso, que como primera intención tiene el respeto a la persona y la manifestación de su autonomía.

La pregunta que nos cabe, en este tema es ¿es la enfermedad la que lesiona la dignidad? , ¿O tal vez seamos los clínicos los que lo hacemos?

Interesante es el rescatar el concepto de “enfermo digno” , esta nos puede dar una luz potente de que en este se encuentra un otro, que debe reconocer en el acontecimiento o vicisitud impuesta llamada enfermedad, un replanteamiento de vida, tema no menor, ya que, no podrá hacerlo adecuadamente si no es acompañado de la información suficiente que le permita decidir.

“el enfermo digno detiene o reforma su proyecto de vida dentro de las limitaciones corpóreas que le impone su enfermedad”¹⁰³

Todo esto apunta a generar recomendaciones desde la Bioética para reconsiderar y recomponer el Proceso de Consentimiento Informado en la Relación Clínica.

¹⁰³ Kottow, M. (2005). *Introducción a la Bioética*. Santiago: Mediterraneo. Pág.86.

Para poder visualizar de mejor forma la problemática a intervenir, estableceré:

1. una premisa descriptiva, donde daré cuenta del hecho.
2. una premisa normativa, en donde se planteará un programa práctico de acción.
3. una deducción prescriptiva, en la que se introducirán lineamientos a seguir.

Como premisa descriptiva, se plantea : que el Proceso de Consentimiento Informado, es ubicado, en un porcentaje no menor por parte del médico de un servicio clínico de la región metropolitana, fuera de la Relación Clínica, haciendo que este sea realizado por personal administrativo.

Premisa normativa, plantea que: el Proceso de Consentimiento Informado es un proceso que sí o sí, debe estar al interior de la Relación Clínica.

Y la deducción prescriptiva, es normar y dice relación con que: en todos y cada uno de los casos, en donde, se deba realizar una intervención de tipo quirúrgica, el Proceso de Consentimiento Informado debe ser realizado por el tratante, dentro de la Relación Clínica.

Una vez hecho este cuadro, que aclara notoriamente, la circunstancia que se desea intervenir y estableciendo a su vez claramente lo esperado, quedando el cómo, y este se logrará generando el tipo de intervención apropiada.

CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en el desarrollo de esta tesis, permitió dar respuesta a los objetivos planteados y en relación a la Hipótesis planteada

“La percepción del médico de un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana, es que, el Consentimiento Informado (quirúrgico), es un trámite administrativo, que está fuera de la Relación Clínica.”

Si bien no se obtiene una totalidad de respuestas que sostengan esta Hipótesis, el resultado obtenido, 8 médicos, de un total de 20, refiere que el Consentimiento Informado está fuera de la Relación Clínica, y 4 consideran que es un trámite administrativo, se rechaza Hipótesis, debido a que se habló de generalidad en esta Hipótesis, sin embargo, resulta inquietante la cantidad de médicos que su respuesta concuerda con esta Hipótesis.

Por tanto, a pesar, de rechazar la Hipótesis, se realizarán recomendaciones con el afán de intervenir.

RECOMENDACIONES

Una de las formas, es sin duda, reabrir el debate bioético referente a este tema con los involucrados, los clínicos del servicio en cuestión, utilizando para ellos instancias que ya están generadas y planificadas, como son el caso de las reuniones clínicas, espacios dados para reunión de equipo y compartir conocimientos y experiencias.

Planificar, así, reuniones periódicas, a cargo de personal sanitario con nociones en temas bioéticos, que incorpore este tema no como una clase, sino generar el debate y la deliberación entre los integrantes del equipo, dando como guía tópicos de debate atinentes a tema expuesto.

Será de gran aporte generar este debate, ya que, dentro de los integrantes de este equipo, se encontraron respuestas disímiles en torno al Proceso de Consentimiento Informado y la Relación Clínica, es así como se generará este debate y de él surgirán planteamientos interesantes y visiones diversas, que aportarán a la discusión y a la deliberación, lineamientos para lograr acuerdos.

Acuerdos que darán normas de servicios, que serán cauteladas por el consenso.

No puedo dar por entendido, a priori, que existe un desinterés acerca de este tema, por lo tanto se debe intervenir sin prejuicios al respecto.

Tampoco se debe apuntar a un tema netamente institucional, ya que, es importante tener en cuenta que “las instituciones son cristalizaciones de la acción humana, realizada por sujetos humanos”¹⁰⁴

La recomendación, que sugiero, es una recomendación autoimpuesta, y es realizar una intervención, de tipo piloto, de carácter más práctico que teórico instalando el caso clínico como elemento de trabajo, actuando como un agente motivador y promovedor de la Bioética en el trabajo diario del personal sanitario.

Intervención que no será centrada en conceptos, sino más bien en aplicación concreta.

¹⁰⁴ Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades humanas. ISEGORIA/13*, 119-134. Pág. 130.

Intervención que se generará en el espacio de las reuniones clínicas, cada mes, el tema del Consentimiento Informado y la Relación Clínica, como punto de partida, con la mirada que da la Bioética, reconociendo así en ella, una herramienta de guía, para los acontecimientos cercanos del diario vivir del sistema sanitario y no sólo con una consideración punitiva.

Estas reuniones serán guiadas por quien suscribe, dando los tópicos de conversación, y guiando de alguna forma este debate, terminado este, se emitirá un folleto interno con los apreciaciones y acuerdos tomados, en el caso que ocurra, que estará visible en el lugar de la residencia médica, de no llegar a acuerdos en una primera instancia, se continuará mediante otros casos el tema a tratar en otra reunión.

Esta intervención se realizará mediante un cronograma por semestre.

Una vez que se haya realizado esta intervención, por un semestre completo, una vez al mes, con un tiempo de desfase de 1 a 2 meses, se realizará la misma encuesta inicial, para evaluar de alguna forma esta intervención.

Tengo plena conciencia, que hay muchos trabajos, estudios, tesis referidos a temas de Consentimiento Informado y Relación Clínica, también se puede sentir que la información levantada es escasa, pues bien, el debate da para todo, y a mi consideración y como trabajo preliminar, cuyo objetivo es acercar a los servicios clínicos a estos temas de forma práctica, es de gran relevancia la información obtenida, sin desconocer que en un futuro puede ser más.

No obstante, considero, que la ambición en estos casos puede no ser un buen aliado, creo que una de las visiones de la Bioética no es generalizar ni abordar un todo olvidando sus partes, es por eso que intento apuntar paso por paso a aquellos espacios de la atención sanitaria referida al tema del Consentimiento Informado como proceso, y como tal intentar describir e intervenir, en lo que a mi entender interfiera para que este proceso se lleve a cabo respetando la Dignidad de las personas, en este caso del paciente.

Se debe apuntar también a la Ética de las profesiones y a la misión institucional, punto de real importancia, en el momento de referirnos al quehacer sanitario.

Aquí es donde hace real sentido lo planteado por Adela Cortina, cuando se refiere a la Ética de las actividades sociales “se debe transitar de la lógica de la acción individual a la de la acción colectiva, es decir, “moralizar” las instituciones y las organizaciones, de suerte que las consecuencias sean beneficiosas”.¹⁰⁵

No puedo dejar de mencionar, en esta discusión, lo referente a la formación bioética, en las escuelas de pre grado, en donde las aptitudes y conocimiento son la base de la formación, la Bioética como disciplina aplicada, requiere actitudes, que se rescatan de modelos prácticos, es en ese terreno donde debemos redoblar nuestros esfuerzos, como agentes promotores de una Bioética activa.

Como punto final de esta discusión, referirme a la inspiración para hacer este Magister, es precisamente tener mejores herramientas para hacer lo que considero uno de mis deberes como profesional de la salud, intervenir con la prudencia y conocimiento apropiado, para aportar a recomponer aquellos aspectos lesionados de la actividad sanitaria pública, en relación con otro, que es el paciente.

¹⁰⁵ Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. *Hermenéutica crítica de las actividades humanas. ISEGORIA/13*, 119-134. Pág. 129.

BIBLIOGRAFIA

1. Anguita, V. Guías de Consentimiento Informado. Documento de trabajo. Santiago.
2. Astorga Tobar J. M. (2001). "El Consentimiento Informado en el Acto Médico". Santiago.
3. Astorga Tobar J.M. Banfi del Rio C. El Consentimiento Informado en el Acto Médico. (Memoria para optar al grado de Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales). Universidad de Chile.
4. Beauchamp & Childress (2002). Principios de Ética Biomédica. Barcelona: Masson.
5. Beca J.P.; Astete. C., & Escobar, J. (2014). Bioética Clínica. Santiago. Mediterráneo.
6. Beca, J. P. (2011). "La toma de decisiones en Ética Clínica". Conferencia presentada en seminario de Ética Clínica, 28 de septiembre de 2011.
7. Bellver Capella, V. Derechos Humanos y Bioética .Enciclopedia de Bioética.
8. CEMEIS, 2013 Circular 15 MINSAL. Abril 2013.
9. Cortina, A. (1996). El estatuto de la ética aplicada. Hermenéutica crítica de las actividades humanas./SEGORIA/13,119-134.
10. Daros, W.R. (2007). La Percepción Social de los Derechos del Otro. Los Derechos Sociales se encuentran dentro del marco de los DDHH. Rosario. Argentina.
11. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos .UNESCO. Octubre 2005. Artículos 5-6.

12. Domingo Moratalla, T; Feito Grande, Lydia. (2013). Bioética Narrativa. Madrid .Escolar y Mayo Editores.
13. Escribar Wick, A. (2013). Ética Narrativa: Antecedentes y posibles aportes al juicio moral. Santiago. Ediciones Universidad Diego Portales.
14. Escribar Wick, A.; Pérez, M; Villarroel, R. (2004). Bioética y Fundamentos. Dimensión Práctica. Santiago. Mediterráneo.
15. Gracia, D. (1989) Fundamentos en Bioética. Madrid. España. Tricastella 3 edición.
16. Gracia, D. (1989). Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Cap. 4. Ética y Gestión del Cuerpo. La Lógica del Valor. España. Tricastella.
17. Gracia, D. (1989). Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Cap. 2. El que y el porqué de la bioética .España. Tricastella.
18. Gracia, D. (2000). Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. La bioética en el centro del debate racional, plural y crítico.
19. Higuera Cancino, M. (2009) Límite, Revista de Filosofía y Psicología. Consentimiento Informado e Intervención Fonoaudiológica del Consentimiento al compromiso. Límite, Revista de Filosofía y Psicología. Vol. 4.Nº 20, 2009. ISSN 0718-1361 Versión en línea.
20. Kottow, M. (2005) Introducción a la Bioética. Tercera edición. Mediterráneo.
21. Kottow, M. (2016). El Consentimiento Informado en clínica: inquietudes persistentes. Revista Médica de Chile 2016: 144: 1459-1463.

22. Kottow, M. (2007). Participación informada en la clínica e investigación biomédica .Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado. Interacciones biomédicas: ¿contratos o pactos? .Red Bioética.
23. Kottow, M. (2007). Participación informada en la clínica e investigación biomédica .Las múltiples facetas de la decisión y el Consentimiento Informado. Relación médico- paciente. Red Bioética.
24. León Correa, F. J. (2008). Bioética y Religión Cristiano-Católica. Dos racionalidades Complementarias. ARS Médica. Revista Ciencia Médica.
25. Ley Núm. 20.120. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación. Art. 11 (extracto).
26. Ley Núm. 20.584. Decreto 31. Reglamento sobre la entrega de información y expresión de Consentimiento Informado en las acciones de salud. .Art. N°. 2.
<http://www.leychile.cl/N?i=1046012&f=2012-11-26&p=>
27. Ley Núm. 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
28. Ley Núm. 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
29. Ley Núm. 20.584. Regula los Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud.
<https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1039348>
30. [https://doi.org/10.1016/S0041-8633\(13\)71121-9](https://doi.org/10.1016/S0041-8633(13)71121-9) Get rights and content

31. Lolas Stepke, F. (2000). Bioética y Antropología Médica. Santiago. Mediterráneo.
32. Lolas Stepke, F. (1998). Discursos Técnicos. Bioética. Editorial Universitaria.
33. Lolas Stepke, F. (1997). Más allá del cuerpo. La Construcción Narrativa de la Salud. Santiago. Editorial Andrés Bello.
34. Martín Espíldora, M. N. Tesis de Master en Bioética. Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza. Pág. 4
35. Martín Espíldora, M. N. Curso Online Unidad 5. Ética clínica en atención primaria.
36. Martín Espíldora, M. N. Curso Online Unidad 4. Ética clínica en atención primaria.
37. Ortiz A., Burdiles P. (2010). Consentimiento Informado. Revista Médica Clínica Las Condes.
38. Ortega y Gasset. (1914). Meditaciones del Quijote.
39. Reglamento de la Ley 20.584. Sobre entrega de información y expresión de consentimiento informado en las atenciones de salud. Art. Núm. 6
40. Rueda, L. (2002). Adaptación Intercultural de documentos de Consentimiento Informado, en protocolos de investigación. Revista Medicina y Humanidades.
41. Simón, P. (2000). El Consentimiento Informado. Cap. 2 Fundamentación Ética y Jurídica. Tricastela.
42. Simón, P. (2000). El consentimiento Informado. Historia, teoría y práctica. Madrid. Editorial Tricastela.

43. Simón, P. (2008). Capacidad de los pacientes para tomar decisiones, una tarea todavía pendiente. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. Vol.28, N°102. (327-348).
44. Simón, P. (2000). El Consentimiento Informado. Cap. 3. Los Elementos.
45. Simón, P. (2006). Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Saint. Navarra
46. Simón, P. (2000). El Consentimiento Informado. Las propuestas de fundamentación de la teoría del consentimiento informado.
47. Simón, Pablo. El Consentimiento Informado: Teoría y Práctica (1) Artículo especial.
48. Tomas Garrido, G. M. (2001). Manual de Bioética. Bioética y Derecho. Ariel.
49. Tristram Engelhardt, H. (1995). Los Fundamentos de la Bioética. España. Paidós.
50. UNESCO. (2005). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos
51. Villarreal, Raúl. Ensayos Bioéticos y Biopolíticos. Ed. Universitaria.

Anexo 1

ENCUESTA

MARQUE CON UNA CRUZ LA RESPUESTA QUE USTED CONSIDERE

1- Considera que el Consentimiento Informado forma parte de la Relación Clínica (médico-paciente)

SI

NO

2- En qué lugar de la Relación clínica (médico-paciente), usted lo ubicaría.

INICIO DE LA RELACIÓN

FINAL DE LA RELACIÓN

TRANSVERSAL A LA RELACIÓN

FUERA DE LA RELACIÓN

3- Cómo describiría al Consentimiento Informado

TRÁMITE ADMINISTRATIVO

TRÁMITE HOSPITALARIO

TRÁMITE LEGAL

PROCESO CLÍNICO

4.-En caso de un procedimiento quirúrgico, quien, a su parecer, debe realizar el Consentimiento Informado

TRATANTE

CUALQUIER INTEGRANTE DEL EQUIPO MÉDICO

CUALQUIER INTEGRANTE DEL EQUIPO NO MÉDICO

SECRETARIA

CUALQUERA DE LAS ALTERNATIVAS ANTERIORES

Anexo 2



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: **Estudio exploratorio sobre la percepción del proceso de Consentimiento Informado por parte del médico en un servicio clínico de un hospital base de la Región Metropolitana**

Nombre del Investigador Principal: **Andrea María Mesina Araos.**

RUT 10.527.733-4

Teléfono: 90510791

Director de Tesis: **Sr. Dr. Patricio Michaud Chacón.**

Institución: **Universidad de Chile. Facultad de Medicina.**

Departamento de Bioética.

Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad de Chile.

Le invito a participar en este proyecto de investigación llamado “**Estudio exploratorio sobre la percepción del proceso de Consentimiento Informado por parte del médico en un servicio clínico de un hospital de la Región Metropolitana**”, que forma parte de la Tesis del mismo nombre para optar al título de Magister en Bioética de la Universidad de Chile.

Usted cumple el requisito requerido para ser parte de esta investigación, esta es ser médico de un servicio clínico de salud de un hospital base de la Región Metropolitana.

El objetivo de esta investigación, es conocer cuál es su percepción como médico de un servicio clínico de un hospital, referente al proceso del Consentimiento Informado.

Este estudio incluirá, como máximo, un total de 20 médicos, que formen parte del mismo servicio clínico, que previamente hayan firmado este Consentimiento Informado, esta investigación se realizará durante el año 2018.

El proceder es que usted en forma personal responderá una encuesta, la cual, debe ser contestada por escrito en el mismo servicio clínico en donde usted trabaja, consta de 4 preguntas, esto no tomará más de 15 min., esta será leída por usted y si lo requiere, luego en voz alta y frente a usted, una vez que la considere terminada, será leída, con el fin de para verificar que lo que usted contestó es lo que se desea expresar, puede si lo desea, modificar las respuestas la veces que estime conveniente, una vez terminada se le solicitará su aprobación, como señal de que es su encuesta final.

Esta investigación no reviste ningún potencial riesgo para usted.

Esta investigación no tendrá ningún costo para usted por participar en ella, así como tampoco habrá una compensación por su participación.

Referente a los beneficios, este está asociado con la obtención de conocimiento referente a un tema relevante en lo referente no sólo a la salud pública sino para la Bioética.

Su participación en este estudio es libre y voluntaria, y aun aceptando participar se puede retirar en el momento que usted lo quiera, retirando la información que usted ha entregado al responder encuesta.

Toda la información derivada de su participación en esta investigación será conservada en forma de estricta confidencialidad, el resguardo del anonimato de su identidad como de la información obtenida, para resguardar el anonimato no se utilizará, siglas de su nombre ni apellidos y en lo referente a la confidencialidad, las encuestas serán guardadas bajo llave en dependencias del Servicio, esta llave sólo será portada por quien suscribe como única Investigadora.

La publicación o comunicación científica de los resultados de la investigación será sólo y únicamente para el desarrollo de esta Tesis, cualquier otra presentación o comunicación de estos resultados, cualquiera que sea el medio, será sólo y únicamente con la autorización del Comité de Ética del Servicio de Salud Sur Oriente y explicitando con claridad su uso y destino.

Si usted requiere cualquier otra información referente a esta investigación puede contactarse con **Investigador Principal al 90510791** o al **Vice Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos Sr. Rafael Tellez al 225765163**, debido a que el presidente de este Comité es el Director de esta Tesis **Dr. Sr Patricio Michaud Chacón** , lo cual representa conflicto de intereses.

El **Servicio de Salud Sur Oriente** al que corresponde el servicio en el que se realizará esta investigación, aprobó en su realización, esta está domiciliado en **Avenida Concha y Toro 3459 en la comuna de Puente Alto**, correo electrónico es **comiteeticocientifico@ssmso.cl**, en donde usted puede recurrir o acceder para obtener información sobre sus derechos como participante tanto como datos respecto a la investigación.

Después de haber leído, entendido y haber hecho las preguntas que consideró atingentes e importantes para usted, debe firmar si acepta participar en esta investigación, dos ejemplares de los cuales uno es para usted.

Nombre persona participante

Firma

Fecha

Nombre Investigador

Firma

Fecha

Nombre Jefe de Servicio

Firma

Fecha