



Repositorio Digital Institucional  
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús  
Secretaría Académica  
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

Romina Carril

[romi.carril@yahoo.com.ar](mailto:romi.carril@yahoo.com.ar)

Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el Hospital N. López de Lanús

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

**Director de Tesis**

Pablo Javier Schambler

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

**Cita sugerida**

Carril, R. (2017). *Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el Hospital N. López de Lanús* (Tesis de Maestría) Universidad Nacional de Lanús. Departamento de Salud Comunitaria. Disponible en <https://doi.org/10.18294/rdi.2018.175359>

**Condiciones de uso**

[www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso)



[www.unla.edu.ar](http://www.unla.edu.ar)  
[www.repositoriojmr.unla.edu.ar](http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar)  
[repositoriojmr@unla.edu.ar](mailto:repositoriojmr@unla.edu.ar)



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
Cohorte N° 15 / 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado  
en el hospital "N. López" de Lanús

MAESTRANDA  
Lic. Romina Carril.

DIRECTOR  
Dr. Pablo Schamber.

FECHA DE ENTREGA:

Diciembre, 2017.

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS  
Departamento de Salud Comunitaria

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA,  
GESTIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD  
Cohorte N° 15 / 2012-2014

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO:

Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado  
en el hospital "N. López" de Lanús.

MAESTRANDA  
Lic. Romina Carril.

DIRECTOR  
Dr. Pablo Schamber.

INTEGRANTES DEL JURADO  
Mg. Damián Herkovits.  
Dr. Hugo Alazraqui.  
Dra. Laura Belli.

FECHA DE APROBACION:  
19/07/2018

CALIFICACION  
8 (ocho)

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a todos los que colaboraron en la elaboración de este trabajo. A mi Director de Tesis Dr. Pablo Schamber, quien confió en mí a pesar de todas las dificultades. A la Dirección del Hospital "Vecinal", a la Sala de Docencia e Investigación y cada uno de mis compañeros de trabajo. A mi extensa y hermosa familia y en especial a Marcos y a Juana que bancaron los domingos en casa "porque mamá estaba estudiando".

## RESUMEN

En Argentina, la ley de Derechos del Paciente y su relación con las instituciones de salud fue sancionada en octubre del 2009, y modificada por la ley 26.742 en mayo de 2012. Los derechos de los pacientes incluyen, entre otros, el derecho de ser informado respecto a su estado de salud-enfermedad, los tratamientos que se le proponen y los riesgos probables ante los mismos. Además, el paciente debe consentir dicho tratamiento a través de la firma de un documento de consentimiento informado.

Esta investigación tiene como objetivo analizar los procesos de transmisión de la información sanitaria y el registro del consentimiento informado en el marco de la nueva ley. Se trata de una investigación cualitativa realizada en un hospital público del conurbano bonaerense en el año 2017 en base a entrevistas a pacientes internados y profesionales médicos. Además se realizaron observaciones y un relevamiento de las historias clínicas para analizar los documentos de consentimiento informado.

Los documentos de consentimiento informado analizados en el marco de esta investigación, no cumplen con los requisitos establecidos por la ley de derechos del paciente. Son textos poco claros y que no resguardan el derecho del paciente a plasmar su voluntad en forma escrita ni describen el proceso de obtención del consentimiento. Además, existe un gran desconocimiento de la ley entre los profesionales de la salud y entre los pacientes.

En conclusión, luego de más de cinco años de reglamentación de la ley, parecería ser que el pasaje del modelo paternalista hacia el modelo informativo pretendido por la nueva legislación sería apenas incipiente.

**PALABRAS CLAVES:** Derechos del paciente; Consentimiento informado; Hospital; Relaciones médico-paciente.

## **ABSTRACT**

In Argentina the patient's rights law was sanctioned in October 2009, and modified by law 26.742 in May 2012. Patients' rights include, among others, the right to be informed of their state of health-disease, the treatments that are proposed and the probable risks. In addition, the patient must consent this treatment by signing an informed consent document.

The objective of this research is to analyze the processes of transmission of health information and the registration of informed consent with new law paradigm. This is a qualitative research carried out in a Hospital located in Lanus city during 2017. It is based on semi-structured interviews conducted with inpatients and medical professionals, planned observations and an analysis of the consent document found in the clinical histories.

The informed consent documents analyzed do not meet the requirements established by the patient rights law. They are unclear texts and do not protect the patient's right to express their will in written form or describe the process of obtaining consent. There is a great ignorance of the law among health professionals and among patients.

In conclusion, after more than five years of regulation of the law, it would seem that the passage from the paternalistic model to the informative model intended by the new legislation would only be incipient.

**KEY WORDS:** Patients' rights; Informed consent; Hospitals; Physician-Patient Relations.

## **LISTADO DE CUADROS**

Cuadro 1. Distribución de pacientes internados en la sala de cuidados mínimos.....	28
Cuadro 2. Registro de los documentos de consentimiento informado.....	30

## **LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS**

Documento de consentimiento informado (D.C.I)

Entrevista (E.)

Historia Clínica (H.C.)

Hospital Zonal General de Agudos (H.Z.G.A)

Organización Mundial de la Salud (O.M.S)



## CONTENIDO

1- INTRODUCCIÓN.....	9
1.1 <i>Derechos sociales. Derecho a la salud. Derechos del paciente</i> .....	13
1.2 <i>Consentimiento informado como proceso y como registro</i> .....	17
2- METODOLOGÍA.....	22
2.1 <i>Primera etapa</i> .....	23
2.2 <i>Segunda etapa</i> .....	25
3- RESULTADOS.....	28
3.1 <i>Descripción y relevamiento de los D.C.I</i> .....	28
3.2 <i>Entrevistas a pacientes internados</i> .....	33
3.2.1 <i>Información sobre el motivo de internación</i> .....	34
3.2.2 <i>Comunicación y relación con los profesionales médicos</i> .....	35
3.2.3 <i>Firma del documento de consentimiento informado</i> .....	36
3.2.4 <i>Derechos del paciente</i> .....	37
3.3 <i>Entrevistas a profesionales médicos</i> .....	37
3.3.1 <i>Comunicación del diagnóstico y del tratamiento</i> .....	39
3.3.2 <i>Documento del consentimiento informado</i> .....	40
3.3.3 <i>Derechos del paciente</i> .....	41
3.4 <i>Observaciones</i> .....	42
4- DISCUSIONES.....	44
5- CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	51
ANEXOS.....	55

## 1- INTRODUCCIÓN

En Argentina, la ley de derechos del paciente en relación con las instituciones de salud fue reglamentada en el año 2012. Esto permitió comenzar a transitar el cambio de un modelo paternalista-asimétrico, basado en el profesional buscando desde su formación lo que considera como más beneficioso para el paciente, hacia un modelo informativo donde la toma de decisiones está presidida por el principio de autonomía de la persona.

Este nuevo paradigma encamina a los pacientes a no dejar en manos de los profesionales de la salud el derecho que les compete. La Dra. Marisa Aizenberg, directora académica del Observatorio de Salud de la Universidad de Buenos Aires, en su texto "*Los Derechos del paciente; Análisis de la ley 26.529*" reflexiona acerca de la relación médico-paciente-familia bajo el nuevo contexto legal determinado por la promulgación de esta nueva ley. Considera que la reciente norma estimula a los pacientes a que investiguen, pregunten y consulten acerca de su estado de salud-enfermedad y de las posibles alternativas de tratamiento (Aizenberg, 2015).

Los derechos de los pacientes enumerados en la ley nacional, incluyen entre otros el derecho a ser informado respecto de su estado de salud-enfermedad, los tratamientos que se le proponen y los riesgos probables ante los mismos. Además, el paciente debe consentir dicho tratamiento a través de la firma de un documento de consentimiento informado (D.C.I)

La comunicación es una pieza fundamental en la relación médico-paciente. Un estudio realizado por médicos generalistas en España titulado "*La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas*", fue realizado con el objetivo valorar la información aportada por el médico en la consulta, la información solicitada por el paciente y su participación en la toma de decisiones (Barca Fernández et al., 2004). A través de un estudio descriptivo transversal y basado en la observación en las consultas y la posterior entrevista telefónica a 152 pacientes, se concluyó que la información que el médico proporciona no es todo lo completa que debiera ser. El paciente suele realizar pocas preguntas al médico y un alto porcentaje no pregunta y/o no comprende totalmente la información otorgada. En conclusión, la participación del paciente en la toma de decisiones es escasa.

Otro estudio, de similares características al mencionado anteriormente, concluye que algunos pacientes no recibieron o no pudo verbalizar información relevante para la toma de decisiones. En el artículo "*Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación*", profesores de la Facultad de Medicina de la República de Uruguay intentaron determinar si los pacientes conocían el diagnóstico

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

preoperatorio, el tratamiento quirúrgico y sus posibles complicaciones luego de haber firmado el consentimiento informado. El método elegido fue la selección de una muestra de 60 pacientes ingresados para cirugía mayor o alta que habían recibido información aplicando un cuestionario de 5 preguntas. Los resultados revelaron que 11 pacientes no pudieron verbalizar su diagnóstico, y que 13 pacientes desconocían el tratamiento propuesto. Los autores concluyeron que un porcentaje considerable de la población estudiada no contaba con la información adecuada y suficiente luego de haber consentido y documentado por escrito el procedimiento quirúrgico. (González, Rodríguez Almada & Ruso 2010)

La información sanitaria que le brinde el profesional al momento de la internación es crucial. Si no se brinda información de manera clara y entendible, el paciente no puede declarar su voluntad con total independencia. Esto supone una estrecha relación entre el derecho a la información sanitaria y el consentimiento informado, donde la manera de comunicar la información juega un papel muy importante.

El trabajo "*La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujetos de derecho*", fue realizado por especialistas en comunicación de la Universidad de Buenos Aires y tuvo como objetivo de presentar herramientas para una comunicación provechosa en las diferentes circunstancias por las que atraviesan profesionales, padres y pacientes (Braga & Tarantino, 2011). Las autoras luego de las observaciones realizadas, arribaron a las siguientes conclusiones: el profesional necesita tener una actitud activa al momento de comunicarse con el paciente y debe recibir mensajes, comprenderlos e interpretarlos y actuar a partir de los mismos. La comunicación es un aspecto fundamental a tener en cuenta para la valoración de cada paciente como sujeto de derecho.

Mejorar los procesos de información es una forma de resguardar los derechos de los pacientes y el consentimiento informado es más que un documento legal. Estas son de las conclusiones a las que arriban los profesionales médicos cirujanos de la Universidad Nacional del Nordeste en su estudio "*La relación médico paciente y el consentimiento informado en Cirugía*". En ese estudio encuestaron a 101 pacientes de los servicio de cirugía de dos hospitales de la provincia de Corrientes que habían firmado el consentimiento informado. (Aranda et al, 2011).

Con respecto al respecto al D.C.I. se encontraron estudios españoles evaluando la legibilidad de los documentos para comprobar si cumplen su función como vehículo de información comprensible y suficiente que capacite al paciente para participar en sus decisiones respecto al tratamiento, (Rubiera, 2003) (Mariscal Crespo et al, 2017). A través de índices de legibilidad analizan lo plasmado en el documento y la probabilidad de comprensión de los mismos.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

El entorno donde se brinda la información para obtener el consentimiento es de suma importancia para la eficacia (en términos de producir el efecto deseado) del mensaje que se quiere transmitir. Este mensaje debe ser claro, sencillo, breve, con palabras simples, no coloquiales y orientadas a un objetivo bien definido (Artus, Beaux & Pérez, 2012).

El rol del profesional médico al momento de transmitir la información es clave. Menéndez define como modelos de atención a toda actividad relacionada con la atención de los padecimientos en términos intencionales. Incluye la prevención, otorgar tratamiento, controlar, aliviar o curar. (Menéndez, 2008). Partiendo del comportamiento de los sujetos y grupos atravesados por sus condiciones ocupacionales, económicas, étnicas, religiosas, etc., enumera diversas formas de atención (biomédica, del tipo popular y tradicional, alternativas, centradas en la autoayuda). Con forma de atención de tipo biomédica se refiere a "médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedades" (Menéndez, 2008, p.16)

Esta forma de atención se expresa en las instituciones oficiales y privadas. El hospital, como institución pública de salud, es el lugar donde predomina ampliamente la forma de atención biomédica. Los hospitales tienen un origen determinado por cuestiones humanas, su función es atender personas. Roxana Onocko Campos realiza un análisis en su texto "*Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria*" (Onocko Campos, 2008) en el que sugiere que los usuarios de los hospitales fueron reducidos por la medicina a la categoría de objetos.

El hospital moderno masacra a sus sujetos. A todos sus sujetos. Y a todos ellos de manera diferente, según su inserción institucional. Los usuarios fueron reducidos a objeto hace bastante tiempo por la medicina, pero en ningún espacio de atención de la salud eso es tan fuerte y evidente como en la máquina hospitalaria. En el hospital contemporáneo, los equipamientos tecnológicos (incluyo aquí desde aparatos de resonancia magnética hasta el saber médico) subsumieron el valor de las preguntas más básicas ¿Cuánto vale una vida? ¿Y cuánto cuesta? (Onocko Campos, 2008, p.104)

Además considera que los trabajadores de los hospitales se fueron desgastando debido a la necesidad constante de sobreponerse al sufrimiento y a la muerte a la que se exponen diariamente. Estos trabajadores desgastados son los que en la maquinaria hospitalaria transforman a los usuarios en objetos que son sometidos a intervenciones técnicas, dejando de lado su propia humanidad y la de los otros.

La mayoría de los trabajadores de los hospitales están formados desde la biomedicina. El principal rasgo de la misma es el biologicismo, que identifica y diferencia al profesional médico. La formación médica se hace a partir de contenidos puramente

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

biológicos y los procesos sociales y culturales quedan en el terreno de lo anecdótico. En su texto *"Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas"* Menéndez caracteriza la relación médico-paciente por:

[...] la duración cada vez menor del tiempo de la consulta, por reducir cada vez más la palabra del paciente, pero también por reducir cada vez más la palabra del propio médico. En la mayoría de las instituciones médicas oficiales ya no se realizan historias clínicas en el primer nivel de atención o han sido reducidas a enumerar algunos datos económico-demográfico y algunas características del tratamiento - generalmente la enumeración de los tipos de fármacos- consignándose muy escasa información de tipo diagnóstica y de evolución de padecimientos. (Menéndez, 2008, p. 27)

Además de observar una reducción del tiempo que el médico le brinda al paciente en la consulta, se está dejando a un lado la observación y la detección del síntoma. El profesional médico, más bien, apela a establecer diagnósticos y tratamiento por los diferentes tipos de análisis y/o estudios complementarios, los cuales a medida que la tecnología avanza aumentan en cantidad y en especificidad. Sin la intención de negar la importancia de los indicadores diagnósticos objetivos, Menéndez analiza la implicancia del desarrollo de estos procesos en la relación con el médico-paciente. Este vínculo actualmente se basa solo en la prescripción de tratamiento (en general de medicamentos) y deja de lado las cuestiones del orden social y cultural, abordado al paciente desde la enfermedad y no desde el concepto integral de salud. (Menéndez, 2008)

Las preguntas que guiaron esta investigación surgen en este contexto, en el cual la forma de atención biomédica reduce cada vez más la palabra del paciente y del propio médico y la legislación vigente establece que es de vital importancia como se transmite la información del estado de salud y tratamientos a los pacientes para poder resguardar sus derechos.

- ¿Qué piensan los pacientes respecto a la manera que le transmiten la información sobre sus motivos de internación?
- ¿Reconocen los profesionales de la salud y los pacientes que brindar la información sobre el estado de salud de una persona es un derecho de los últimos y una obligación de los primeros?
- ¿Cuál es la opinión de los profesionales de la salud y los pacientes sobre el documento de consentimiento informado?
- ¿El documento de consentimiento informado que se utiliza el Hospital cumple con los requisitos establecidos por la ley?

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Asimismo, se postularon las siguientes hipótesis:

- El documento del consentimiento informado utilizado en el hospital "N. López" de Lanús no cumple con los requisitos establecidos en la ley nacional de derechos del paciente.
- Los profesionales médicos y los pacientes desconocen los derechos de los pacientes en general.
- Los pacientes desconocen la función del documento del consentimiento informado.

A continuación, realizaré una breve conceptualización sobre los derechos sociales, el derecho a la salud enfatizando en la ley de derechos del paciente y su contenido. Definiré el concepto de consentimiento informado diferenciando el proceso de la obtención del mismo y el registro en el documento en papel.

### **1.1 Derechos Sociales. Derecho a la salud. Derechos del paciente.**

Cotidianamente utilizamos el concepto de "derecho" como una pretensión de algo o como una reivindicación justificada. Frases como "*no hay derecho a tal cosa...*" forman parte de nuestro lenguaje diario cuando queremos expresar que alguien pretende alguna cosa injustificadamente. En sentido legal, el término derecho refiere a que un ordenamiento jurídico le reconoce al sujeto una potestad de hacer o no hacer algo y la de reclamar que otros sujetos hagan o no hagan algo.

Una norma determinada convierte a un sujeto en titular de un derecho y crea en otros la obligación de otorgarlo. Una de las características que tiene un derecho es su rasgo de "*exigencia de justiciabilidad*" que es la posibilidad de reclamar que se cumpla la obligación (a través de una demanda, queja o denuncia) ante una autoridad independiente del sujeto obligado. Otra característica es el *carácter escalonado*, que remite a la existencia de normas de diferente jerarquía. La Constitución Nacional es la norma de mayor jerarquía, estando las leyes, decretos y resoluciones subordinadas a ésta.

Los derechos sociales pretenden asegurar a todas las personas niveles de satisfacción de condiciones básicas. No existe un tipo único de derecho social, sino muchos de distintas formas. Algunos con prestaciones dinerarias, acceso a servicios y otros son reconocimientos de organización o negociación colectiva (Abramovich & Courtis, 2006).

Los derechos sociales se caracterizan por dos principios, el de realización progresiva y el no regresividad. Ambos principios obligan a los Estados a diseñar y adoptar políticas que mejoren la situación de los derechos. El principio de no regresividad obliga a los

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Estados, una vez reconocido determinado alcance de un derecho, a no poder volver atrás y el principio de realización progresiva determina la obligación de avanzar hacia la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales. (Ronconi, 2012)

Quando los titulares hayan ya accedido al bien que constituye el objeto de esos derechos- salud, vivienda, educación, seguridad social- el Estado tiene la obligación de abstenerse de realizar conductas que lo afecten. (Abramovich & Courtis, 2006, p.2)

El derecho a la salud es uno de los derechos humanos fundamentales. La salud es un derecho colectivo, público y social anclado en el artículo 42 de nuestra constitución nacional que dice que

Los consumidores de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e interés económicos, a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno. (Art.42.C.N.)

En nuestra constitución nacional no se encuentra sistematizado el derecho a la salud pero la doctrina y la jurisprudencia lo han reconocido como derecho fundamental (Donato, 2016). El derecho a la salud incluye libertades (derechos sexuales y reproductivos) y derechos de acceso a un sistema de protección que garantice las mismas oportunidades a las personas para lograr el grado máximo de salud.

Teniendo en cuenta lo expresado por Abramovich & Courtis respecto al rol del estado, no solo éste no debe realizar conductas que afecten el derecho a la salud, sino que está obligado a establecer un plan de acción progresivo y gradual para garantizar el más alto nivel posible alcanzable.

En el texto "*La Estrategia de la atención primaria de Salud*" (Asé & Burijovich, 2009) explica uno de los aportes que ha realizado este enfoque de derechos:

Según el enfoque de derechos, los derechos sociales, y entre ellos el derecho a la salud, son universales. La canasta básica de servicios se asocia con lecturas minimalistas de los derechos sociales. Sin embargo, el enfoque de derechos cuando garantiza contenidos mínimos esenciales no los considera un techo, sino tan solo un piso a partir del cual se va desarrollando progresivamente el más alto nivel de satisfacción del mismo. (Ase & Burijovich, 2009, p.5)

Un derecho que no tenga mecanismos para poder ejercerlo es un derecho incompleto. Para poder evaluar la relación entre los derechos humanos y la salud se debe observar el grado en que se encuentra la legislación nacional y provincial y como se adecua

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

a las normativas internacionales. Las normas que se sancionen deben tener obligaciones procedimentales, o sea, aspectos que incluyan los mecanismos para garantizar la efectividad del derecho a la salud. (Ase & Burijovich, 2009)

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) distingue tres modos de incorporar los derechos del paciente a las legislaciones nacionales: la promulgación de una ley única integral, la inclusión de derechos de los pacientes en las legislaciones que reglamentan el sistema de salud o en varias leyes sanitarias, y la incorporación de declaraciones en los reglamentos por los que se rigen las instituciones públicas de salud (Zuñiga Fajuri, 2008).

En nuestro país se sancionó la ley N° 26.529 de derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado en octubre de 2009 y se publicó en el boletín oficial en noviembre de ese mismo año. La norma entró en vigencia a partir de los 90 días de su publicación y debía ser reglamentada por el Poder Ejecutivo 90 días después (según lo refiere el art. 24 de la norma). Pero sin ser reglamentarla, fue modificada un año y medio más tarde por otra ley, la N° 26.742. Esta nueva ley conocida como de "muerte digna" modificó varios artículos de la ley 26.529 introduciendo transformaciones concretas en el conjunto de derechos individuales y ampliando los derechos que tienen las personas de ejercer su autonomía de voluntad respecto a las medidas y decisiones médicas a tomarse al final de sus vidas.

Finalmente el 06 de julio de 2012 fue publicado el Decreto Reglamentario 1.089/12 de la ley de derechos del paciente y sus modificatorias. El mismo dispone que en el ámbito de la jurisdicción nacional, la autoridad de aplicación de la ley es el Ministerio de Salud de la Nación y en cada una de las jurisdicciones provinciales y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, es la máxima autoridad sanitaria local (art. 22).

En el capítulo I, art. 2 se determinan los siete derechos esenciales de los pacientes en relación con los profesionales e instituciones de la salud:

- Derecho a la asistencia: derecho a ser asistido por parte de los profesionales de la salud sin distinción alguna producto de sus ideas, religión, sexo, creencias políticas, condición socioeconómica, raza, orientación sexual, o cualquier otra condición.
- Derecho al trato digno y respetuoso: los pacientes tienen derecho a que los agentes de salud los traten dignamente y con respeto a sus convicciones personales y morales, cualquiera sea el padecimiento que presente.
- Derecho a la intimidad: toda acción realizada por el profesional debe guardar estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad así como también el resguardo de la intimidad. En este párrafo se hace mención a la ley 25.326 de protección de datos personales que establece los principios de resguardo de los datos de cada persona y las acciones de protección de los mismos.



Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

- Derecho a la confidencialidad: salvo autorización del paciente o expresa indicación de un organismo judicial, el paciente tiene derecho a que toda persona que manipule la documentación clínica o tenga acceso a esta, guarde la debida reserva.
- Derecho a la autonomía de la voluntad: aceptar o rechazar determinada terapia o procedimiento médico, con o sin expresión de causa, es un derecho del paciente enunciado por esta ley en primer lugar y modificado por la ley 26.742. En dicha modificación se establece que el paciente que presenta una enfermedad irreversible, incurable o se encuentre en estadio terminal tiene el derecho a manifestar su voluntad en cuanto al rechazo de procedimientos quirúrgicos, de reanimación artificial o el retiro de medidas de soporte vital cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación con la perspectiva de mejoría.
- Derecho a la información sanitaria: es el derecho a recibir la información sanitaria necesaria respecto a su estado de salud.
- Derecho a la interconsulta médica: el paciente puede solicitar la información en forma escrita para poder realizar una segunda opinión respecto al diagnóstico, pronóstico o tratamiento.

Estos derechos se determinaron producto de una observación en los problemas que se daban en la relación médico-paciente. La ley define al paciente como el sujeto que requiere cuidado sanitario y establece que los derechos enunciados deben ser respetados por todos los profesionales de la salud y agentes del seguro de salud (obras sociales) y cualquier efector de que se trate. El decreto reglamentario aclara que se considera efector a toda persona física o jurídica que brinde prestaciones vinculadas a la salud con fines de promoción, prevención, atención y rehabilitación.

En determinados derechos que menciona la ley se percibe el cambio de paradigma en el cual la palabra del médico ya no es sagrada y se re-jerarquiza al paciente en la relación con el profesional de la salud haciendo más igualitaria esa relación. Este conjunto de derechos promueven que la persona pregunte, cuestione, afiance su sabiduría popular y valide las de terapias alternativas (Galati, 2010).

En el capítulo II, art. 3 se define al derecho a la información sanitaria como el derecho del paciente a recibir la información necesaria vinculada a su salud definiéndola como aquella información que de manera clara, suficiente y adecuada a la comprensión del paciente informe al mismo sobre su estado de salud, los estudios y/o tratamientos que debieran realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos. El art. 4 determina que la información solo podrá ser brindada a terceras personas con la expresa autorización del paciente y en el caso de incapacidad psíquica o física del mismo, el tutor del derecho será aquella persona que tenga la representatividad legal, o

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

cónyuge o conviviente a cargo de la asistencia o cuidado del paciente y los familiares hasta 4to grado de consanguinidad.

La reglamentación de la ley indica que en caso que se autorice a brindar información a terceras personas, deberá dejarse constancia en la historia clínica. También establece que los centros de salud públicos y privados, deben adoptar las medidas necesarias para garantizar los derechos de los pacientes en materia de información sanitaria.

## ***1.2 El consentimiento informado como proceso y registro.***

El reconocimiento del derecho de los pacientes a recibir información y a consentir los tratamientos propuestos no surge desde la ciencia médica. Es el ámbito de la justicia, el que ha forzado a la biomedicina a aceptar estos derechos. Realizando un breve recorrido histórico, encontramos que el Código de Núremberg (1946) es el primero en hacer referencia al consentimiento voluntario del sujeto. Este código publicado luego de los Juicios de Núremberg, determina que un sujeto potencial de investigación debe ser capaz para consentir, estar libre de presión, fraude, engaño, coacción o compulsión y disponer de la información suficiente para tomar una decisión.

La expresión consentimiento informado se utilizó por primera vez en Estado Unidos en el año 1957, tras una sentencia judicial que obligaba al cuerpo médico a obtener el consentimiento del enfermo y a informar adecuadamente antes de que proceda a tomar una decisión. En la ciudad de Helsinki en 1964, la Asociación Médica Mundial dio a conocer una recomendación para guiar el curso de las investigaciones médicas. En esta recomendación se hicieron referencias directas al consentimiento libre y esclarecido y al consentimiento libre y lucido del paciente o de sus representantes legales (Cechetto, 2001). En 1982, la OMS propone la expresión consentimiento informado y dado libremente luego de haber sido informado adecuadamente. Y reafirma el proceso informar-consentir.

En Argentina, varias leyes marcaron el desarrollo legal del consentimiento informado. La primera es la ley nacional N° 17.132 (año 1967) que regula el ejercicio de la medicina y profesiones afines, que reconoce el respeto a la voluntad de los pacientes en cuanto a la negativa a querer internarse o a tratarse. La ley nacional N° 23.798 de lucha contra el SIDA (año 1990/1) que menciona el derecho a la información y a recibir asistencia. Y, la ley nacional N° 24.193 de transplantes de órganos y materiales anatómicos (año 1993) que establece la obligación de informar a cada paciente ya sea dador o receptor de órganos de manera clara y adaptada a su nivel cultural para lograr la libre voluntad de cada uno de ellos.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Retomando la ley de derechos del paciente, encontramos en el capítulo III, artículo 5, la definición de consentimiento informado como una declaración de la voluntad suficiente efectuada por el paciente o por sus representantes legales emitida luego de recibir por parte del profesional interviniente información clara, precisa y adecuada respecto a:

- El estado de salud del paciente.
- El procedimiento que se le propone, especificando los objetivos perseguidos
- Aquellos beneficios esperados en el tratamiento.
- Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles.
- Cuáles son los procedimientos alternativos y sus riesgos y los beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento que le han propuesto.
- Cuáles son las consecuencias previsibles si se opta por la no realización de los procedimientos propuestos o alternativos.
- El derecho que le compete en caso de padecer alguna enfermedad irreversible, incurable o en estado terminal, en cuanto al rechazo de cualquier tipo de procedimiento que sea extraordinario o desproporcionado en relación con la perspectiva de mejoría.
- El derecho de recibir cuidados paliativos integrales en el proceso de atención de su enfermedad o procedimiento

El consentimiento informado es o debería ser un proceso gradual en virtud del cual el paciente acepta o no acepta someterse a un procedimiento diagnóstico o terapéutico luego de la información recibida por el médico. Es importante no confundir al D.C.I. con el proceso para obtener el consentimiento del paciente. El documento es el soporte institucional formal donde se verifica si el paciente ha recibido y ha entendido la información que le otorgó el profesional verbalmente. Este documento es de gran utilidad si está bien diseñado y redactado ya que funciona como disparador para aclarar dudas al paciente y a su familia (González, Rodríguez Almada & Ruso 2010)

La noción de proceso del consentimiento se incorpora con la reglamentación de la ley en el año 2012 ya que el artículo 5 determina que el profesional debe considerar las circunstancias de autonomía, evaluar la competencia y comprensión de la información otorgada. Dicho de esta manera, los pasos que conforman el consentimiento serían por lo menos tres:

- 1) Comprobar que el paciente y/o su familia puede/n comprender la información que se le/s va a otorgar y disponer libremente de la misma.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

- 2) Suministrar información referida al plan de diagnóstico, terapéutico, quirúrgico o investigación científica o paliativo.
- 3) Declaración de la voluntad del paciente o sus representantes.

Aizenberg (2015) resalta la importancia de que los profesionales de la salud estén capacitados para suministrar la información teniendo en cuenta variables de edad, condiciones socioculturales, idioma y creencias religiosas, como para que el proceso de implementación del consentimiento informado sea posible en toda su dimensión. El consentimiento informado debe ser una garantía de la autonomía del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica.

En su estudio *"El consentimiento informado y la relación médico-paciente"*, la autora cubana Ana María Sánchez Santisteban realiza una revisión bibliográfica de los aspectos fundamentales del consentimiento, partiendo de la idea del cambio en la relación "médico-paciente" relacionada con una mayor autonomía de este último. Enfatiza la importancia de la información veraz y clara y que la transmisión de información no se realiza en un simple acto, sino que es un proceso oral, un diálogo. Desde una perspectiva ética, la autora, formula que el consentimiento es siempre oral y que ningún documento leído y firmado puede sustituir nunca al dialogo y que el paciente necesita tiempo para aceptar la información, expresar dudas y realizar preguntas (Sánchez Santiesteban, 2009)

El art. 6 de la mencionada ley, impone la obtención del consentimiento previo a toda intervención profesional médica, inclusive para aquella con fines académicos ya sea en el ámbito público como en el privado. En cuanto a la forma del consentimiento, la ley prevé en su art. 7 que será de forma verbal salvo las siguientes excepciones: internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimiento que implican riesgos y revocación del consentimiento.

El consentimiento escrito tendrá que constar de una explicación completa por parte del profesional de las actividades que se realizaran al paciente y tendrá que estar redactado en forma concreta, precisa y clara y con términos que el paciente o quien corresponda por ley pueda comprender, omitiendo todo tipo de metáforas o sinónimos que hagan ambiguo el contenido. Deberá ser firmado por el paciente y por el profesional. En caso que el consentimiento sea verbal, el profesional deberá dejar por escrito en la historia clínica la fecha y el alcance del mismo, quedando eximido de solicitarlo en las situaciones de riesgo de vida del paciente.

Durante la lectura de este trabajo se va a poder observar el documento de consentimiento informado utilizado en el hospital y un análisis del mismo. Asimismo, se conocerán las apreciaciones de los profesionales médicos y de los pacientes respecto al

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

documento (su función y su relevancia) y respecto a la transmisión de información sanitaria (la percepción de los pacientes y de los médicos de la cantidad y calidad de información brindada y recibida)

La idea de realizar esta investigación surge del propio trabajo hospitalario. Me desempeño hace más de cinco años como trabajadora social en la sala de internación de cuidados mínimos del hospital Narciso López de Lanús y he observado muchas veces que los pacientes a los cuales tuve que entrevistar como parte de mi tarea diaria, se les dificultaba poder explicar el motivo por el cual estaban internados. Tampoco tenían en claro los procedimientos y el tratamiento a realizar y al cual se iban a someter durante el proceso de internación.

Además de la motivación personal de la realización de esta investigación, considero que la misma puede realizar aportes a los actores intervinientes en la relación médico-paciente y a la institución donde se realizó la misma. A los profesionales médicos, puede aportar una reflexión respecto a la forma de transmitir información sobre el diagnóstico y alternativas de tratamiento en el momento de internación hospitalaria y la posibilidad de expresar su opinión respecto al tipo de D.C.I utilizado en el hospital. Durante el trabajo de campo se pudo observar el interés de los profesionales sobre el tema y se les informo durante las entrevistas que se realizará un informe con los resultados obtenidos como devolución.

En cuanto a los pacientes, considero que el estudio puede contribuir a empoderar al paciente para exigir que la información sea clara, suficiente y comprensible y así poder declarar su voluntad con total autonomía. Respecto a la institución, se podría considerar a esta investigación como una pequeña evaluación sobre el cumplimiento de las normativas acerca del registro escrito del consentimiento informado expresadas en la ley de derechos de pacientes.

Tal como se puede observar a lo largo de esta introducción, existen varias investigaciones realizadas en torno a la temática del consentimiento informado y la transmisión de información sanitaria. En nuestro país, los estudios se centran en la calidad de información que se otorga al paciente y en España, en la legibilidad del documento. Así también, algunos profesionales abogados realizaron análisis de la ley de derechos de paciente y su reglamentación, concluyendo lo novedoso del cambio de un modelo tutelar a un modelo informativo.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Lo interesante del presente estudio es que nos permite conocer cómo se utiliza el documento del consentimiento informado y que piensan los pacientes y los profesionales médicos del mismo en un hospital del conurbano bonaerense a casi cinco años de reglamentada la ley de derechos del paciente.

## **2- METODOLOGÍA**

La presente investigación es un estudio descriptivo del tipo cualitativo, que se realizó durante el último semestre del año 2017. Tiene como propósito contribuir a la discusión y profundizar en el conocimiento sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud. Apunta a indagar y reflexionar sobre el modo en que los profesionales de la salud transmiten la información sanitaria (estado de salud y tratamientos propuestos) y cómo se registra la declaración de voluntad de los pacientes en el consentimiento informado escrito.

El lugar donde se realizó fue el Hospital Zonal General de Agudos "Narciso López", el mismo se encuentra ubicado en la localidad de Lanús Este. Pertenece a la Región Sanitaria VI y depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Es uno de los cuatro hospitales de dependencia provincial que se encuentran en el partido de Lanús.

El hospital es conocido en la comunidad por el nombre de "Hospital Vecinal" ya que fue fundado por los vecinos del barrio en el año 1937. Tiene atención de urgencias y consultorios externos con una diversidad de especialidades de un hospital zonal de segundo nivel. Para el área de internación cuenta con 98 camas de internación distribuidas en los servicios de tocoginecología, pediatría, unidad de terapia intensiva de adultos y de neonatos, unidad coronaria y cuidados mínimos.

La sala de internación de cuidados mínimos cuenta con 29 camas representando casi el 30% de la capacidad de internación del hospital. En la sala de cuidados mínimos se internan pacientes de cualquier sexo, que sean mayores de edad y que padezcan diversas patologías que requieren la atención de diferentes especialidades médicas. La sala fue reformada en el año 2007 y se encuentra en buen estado. Está dividida en una habitación con tres camas, varias con dos camas y algunas habitaciones individuales. Todas las habitaciones tienen baño.

Para esta investigación, se delimitaron los siguientes objetivos:

Objetivo General:

- Analizar los procesos de transmisión de la información sanitaria y el registro del consentimiento informado en los profesionales médicos y pacientes de la sala de cuidados mínimos del hospital "N. López" de Lanús.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Objetivos Específicos:

- 1- Analizar el registro del documento del consentimiento informado en la historia clínica de los pacientes internados en la sala de cuidados mínimos del hospital.
- 2- Conocer la información que el paciente internado puede transmitir sobre el tratamiento propuesto luego de haber firmado el consentimiento informado.
- 3- Relevar las nociones de los profesionales médicos respecto al documento del consentimiento informado utilizado en el hospital.
- 4- Conocer las nociones de los pacientes y de los profesionales médicos respecto a los derechos de los pacientes.

Antes de comenzar con el trabajo de campo, se entregó el proyecto de tesis al director ejecutivo del hospital, quien solicitó la aprobación de la sala de docencia e investigación del hospital. Luego de haber defendido y aprobado el proyecto se presentó la metodología a jefe de docencia y se obtuvo la aprobación por parte del mismo (Anexo A).

El trabajo de campo se realizó en dos etapas: una primera etapa enfocada en los pacientes internados donde se describió el documento utilizado en el hospital, se realizó el relevamiento de las historias clínicas y se analizaron los D.C.I encontrados en cada historia clínica. Además, se realizaron las entrevistas a los pacientes que habían firmado dicho documento.

La segunda etapa estuvo enfocada en los profesionales médicos. Incluyó observaciones y entrevistas a los médicos que intervienen en la sala de cuidados mínimos.

## **2.1 Primera etapa**

En esta etapa del trabajo de campo, se realizó la búsqueda del documento de consentimiento informado en el sector de imprenta del hospital (Anexo B) Se chequeó por los servicios del hospital que este formato de documento sea el único utilizado entre los profesionales (suele suceder en el desarrollo de las distintas prácticas que se utilicen dos o más tipos de formularios y/o documentos para un mismo fin).

Se realizó una revisión de las historias clínicas (H.C) de los pacientes que se encontraban internados en la sala de cuidados mínimos del Hospital con el objetivo de analizar el D.C.I en la historia clínica del paciente internado (Objetivo N° 1 de la investigación). Se establecieron como días de relevamiento de las historias clínicas, los días miércoles 20 y jueves 21 de septiembre de 2017.



Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Para analizar si el documento estaba completo, se utilizó una planilla de elaboración propia (Anexo C) con los siguientes ítems a valorar:

- Datos personales: Consta de seis agregados a completar. Se consideró completo si se cumplían los seis (6/6), Parcialmente Completo (5/6 y 4/6), Parcialmente incompleto (3/6), Incompleto (2/6 y 1/6), Sin registro (0/6).
- Registro del Diagnostico: SI / NO
- Registro del tratamiento y/o practica propuestos: SI / NO
- Registro de resultados esperados: SI / NO
- Registro del riesgo de tratamiento o practica propuestos: SI / NO
- Registro de las alternativas al tratamiento o practica propuestos: SI / NO

Luego del relevamiento se realizaron entrevistas semiestructuradas a aquellos pacientes que firmaron el DCI. Se optó por realizar este tipo de entrevistas para tener una guía de preguntas que garanticen el abordaje de todos los ejes temáticos. Previamente a la realización de las entrevistas se les informó a los pacientes sobre los objetivos de esta investigación en general y sobre los de la entrevista en particular. Luego de esta explicación se procedió a la firma del formulario de consentimiento informado elaborado para la presente investigación (Anexo IV).

Se determinaron los siguientes criterios de inclusión además de haber firmado el D.C.I: hombres y/o mujeres, mayores de 18 años de edad que se encuentren internados por más de 48 horas en el sector de cuidados mínimos del hospital.

Las entrevistas se realizaron los días miércoles 20, jueves 21 y viernes 22 de septiembre con el objetivo de conocer la información que el paciente puede transmitir sobre el diagnóstico y el tratamiento propuesto luego de haber firmado el D.C.I (Objetivo específico N°2) . Además se intentó conocer, a través de las entrevistas, que conocen o creen conocer los pacientes respecto al documento del consentimiento informado y a la información que recibió por parte del profesional respecto al diagnóstico y tratamiento (Objetivo específico N°3 y objetivo específico N° 4).

La realización de las entrevistas fue por la tarde ya que durante ese horario hay menos circulación de personas. Las características de la sala de internación permiten que el paciente esté acompañado (si así lo desea) por una persona. Al momento de las entrevistas, se solicitó a la persona acompañante que espere afuera de la habitación para poder lograr un ámbito de mayor intimidad y empatía con el entrevistado. Las entrevistas se realizaron en la habitación donde se encontraba internado cada paciente. Se grabaron en

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

dispositivo celular Samsung J1 aplicación grabadora de voz y se desgrabaron y pasaron a archivo Microsoft Word.

Se construyeron los siguientes ejes temáticos en una secuencia de preguntas que sirvieron como guía durante las entrevistas

- **Tiempo de internación:** ¿Hace cuánto tiempo que está internado/a? ¿Tuvo internaciones anteriores? ¿Cuánto duraron las internaciones anteriores?
- **Diagnóstico:** ¿Por qué está internado? ¿Cuál es su diagnóstico? ¿En qué momento se le comunicaron? ¿Cuántos profesionales lo están tratando? ¿Recuerda su/s nombre/s? ¿Puede reconocer un profesional que esté a cargo de comunicarle lo referido a su enfermedad?
- **Tratamiento y alternativas al tratamiento:** ¿Le informaron el tratamiento que va a seguir? ¿Conoce si tiene algún riesgo o alternativa dicho tratamiento?
- **Firma del consentimiento:** ¿Cuándo firmó el documento, lo leyó y estaba completo? ¿Pudo entender lo que decía el documento? ¿En qué momento se lo dieron para firmar? ¿Le explicaron porque tenía que firmar dicho documento?
- **Derechos:** ¿Cuáles considera que son sus derechos como paciente? ¿Cómo considera que fue la información que recibió respecto a su enfermedad?

## **2.2. Segunda etapa**

En esta segunda etapa se planificaron y realizaron las entrevistas con los profesionales médicos y las observaciones. Teniendo en cuenta las recomendaciones realizadas por el jurado al momento de la calificación del proyecto de tesis se incluyó a la observación como estrategia metodológica complementaria.

La observación participante puede ser considerada una parte esencial del trabajo de campo en la investigación cualitativa. Su importancia es de tal orden que algunos estudiosos la toman no solo como una estrategia en el conjunto de la investigación, sino como un método en sí mismo, para la comprensión de la realidad. (de Souza Minayo, 2013. p.225)

Reflexionando al momento de la defensa del proyecto se pensó la posibilidad de hacer observaciones en el denominado "pase de sala" (recorrido diario que realizan los profesionales de cada especialidad con cada paciente internado) para poder observar uno de los momentos en que los médicos se comunican con el paciente. El otro momento que hubiera sido interesante poder observar era el momento de la firma del documento del

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

consentimiento. Lamentablemente, este momento fluctúa según día y horario de internación y/o de intervención quirúrgica, lo cual dificultaba enormemente poder pactar una observación de tal tipo.

Las observaciones se realizaron los días 01 y 08 de noviembre de 2017, teniendo en cuenta los siguientes aspectos a observar: entorno en que se realiza el informe médico, tiempo de duración del informe y cantidad de preguntas que realizan los pacientes. Fueron acordadas con los jefes de los servicios de cirugía y traumatología poder participar como observadora. El servicio de clínica médica no realiza pase de sala, por lo cual, no se pudo pactar la misma.

Según la antropóloga argentina Nélide Barber, algunos autores plantean ciertos problemas en el aspecto participativo de la observación en los hospitales. Determina tres posibilidades para realizarlas (uniéndose al staff médico, haciéndose pasar como paciente o presentándose como un visitante). Para este trabajo, se utilizó la estrategia de unirme al equipo médico utilizando una chaqueta blanca y pasando desapercibida, entre ellos. Estas observaciones me permitieron tener una perspectiva del paciente escuchando y preguntando al profesional sobre diferentes aspectos de su internación. (Barber, 2009)

Con respecto a las entrevistas realizadas a los profesionales médicos, las mismas se realizaron los días 23, 24 y 25 de octubre a aquellos médicos que intervienen en el sector de cuidados mínimos del hospital. Estuvieron orientadas a obtener información sobre el conocimiento acerca del derecho a la información sanitaria y al registro en el DCI (Objetivo específico N° 3 y objetivo específico N° 4). Las entrevistas se pactaron de acuerdo a la disponibilidad de tiempo de los profesionales. Se grabaron en dispositivo celular Samsung J1 aplicación grabadora de voz y se desgrabaron y pasaron a archivo Microsoft Word. El criterio de selección de la cantidad de entrevistas no fue numérico, privilegiando a los sujetos sociales que tengan los atributos que se pretende investigar (de Souza Minayo, 2013)

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: profesionales médicos, hombres y/o mujeres de cualquier especialidad siempre que tenga injerencia en la sala de internación de cuidados mínimos. Quedan excluidos profesionales no médicos (psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, etc.) ya que al ser un hospital general de agudos, los motivos de internación en la sala de cuidados mínimos son mayormente patologías que requieren de un profesional médico y son estos últimos los encargados de informar el diagnóstico y el tratamiento a seguir. Quedan excluidas las especialidades de pediatría y tocoginecología por tener áreas de internación propias dentro de la institución.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Se construyeron los siguientes ejes temáticos en una secuencia de preguntas que sirvieron como guía durante las entrevistas

- **Comunicación del diagnóstico y del tratamiento:** ¿Quiénes se encargan en el servicio de comunicar el diagnóstico y el tratamiento a los pacientes internados? ¿Los pacientes realizan preguntas? ¿Cuestionan el tratamiento? ¿Nota algún cambio en el acceso a la información de los pacientes?
- **Documento de consentimiento informado:** ¿Cuáles son los pacientes que tienen que firmar el DCI? ¿Quiénes son los encargados de completar el D.C.I? ¿Recibió alguna capacitación para completar el documento? ¿Conoces lo que expresa la ley respecto a cómo tiene que ser el DCI? ¿Conoce los DCI en otras instituciones de salud? ¿Qué cambios le realizaría al DCI utilizado en el hospital?
- **Firma del consentimiento:** ¿Cómo es el mecanismo habitual al momento de la firma del consentimiento? ¿Cuál considera que es la función del DCI?
- **Derechos:** ¿Cuáles considera que son los derechos del paciente? ¿Conoce la existencia de la ley de derechos de paciente? ¿Considera que se respetan esos derechos en la internación del paciente en el hospital?

### **3- RESULTADOS**

Esta sección de resultados se subdivide en cuatro partes. En la primera se describirá el documento de consentimiento informado utilizado en el H.Z.G.A "N. López" y se detallará el relevamiento de las historias clínicas junto con el análisis de los D.C.I. encontrados.

La segunda y tercera parte corresponde a las entrevistas efectuadas a pacientes internados y a profesionales médicos. Se realizaron las transcripciones textuales de lo dicho por los entrevistados según los ejes que se mencionaron en el apartado metodológico. Se seleccionaron las frases y párrafos más relevantes de cada entrevista, tanto la de pacientes como la de profesionales.

Por último, la cuarta parte corresponde al relato de las observaciones realizadas. Durante las mismas, se registraron los pareceres en un cuaderno de campo. Lo plasmado en esta sección es un resumen de lo observado en ambos días

#### **3.1 Descripción y relevamiento de los D.C.I**

El documento de consentimiento informado utilizado en el hospital Narciso López es una hoja oficio pre impreso con el logo del hospital tal como se puede observar en el Anexo B. Comienza con el siguiente texto en su parte superior donde se describe la información que debe contener el mismo y enumeran las leyes que lo respaldan:

Este formulario contiene la información que suministra el médico sobre el estado de salud del paciente (su diagnóstico presunto o de certeza), el tratamiento que se aconseja o indica; los riesgos que presenta ese tratamiento, algún tratamiento o ningún tratamiento; finalmente la aceptación de la propuesta y su autorización para llevarla a cabo o su rechazo. El presente formulario será firmado por el paciente, si no pudiese el pariente más cercano o personal autorizado (Ley 26529/2009-26742/2012-26812/2013 derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado (D.C.I. Hospital N. López)

Luego de estos párrafos pre impresos hay seis ítems El espacio de llenado de cada ítem es de por lo menos cuatro renglones, salvo del ítem A donde el espacio es más reducido.

- A- Datos del paciente: Nombre y Apellido, Domicilio, Teléfono, DNI, Nivel de Instrucción y Edad.
- B- Diagnósticos.
- C- Tratamiento y/o práctica propuestos.
- D- Resultados esperados.
- E- Riesgo de tratamiento o prácticas propuestos.
- F- Alternativas al tratamiento o prácticas propuestos.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Los ítems A, B, C, D, E y F son para completar por el profesional interviniente. Luego viene un espacio para completar por el paciente respecto a la aceptación o no de lo propuesta de tratamiento y continúa con las siguientes frases pre impresas:

He tenido en mis manos este formulario, he leído la información (o me la han leído). He tenido la oportunidad de hacer preguntas acerca de ello y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. Consiento voluntariamente y entendiendo el derecho de retirar el consentimiento sin que esto afecte la continuidad de mi atención médica. (D.C.I. Hospital N. López)

El documento finaliza con la firma del paciente o familiar, DNI y tipo de parentesco y firma y sello del profesional interviniente. Es de destacar que los ítems que figuran en el documento pre impreso son los que están expresados en la ley de derechos del paciente.

Los días jueves 21 y viernes 22 de septiembre de 2017 se realizó el relevamiento de historias clínicas en la sala de cuidados mínimos. Se tuvo acceso al fichero, ubicado al lado de la oficina de enfermería, donde se pueden encontrar las historias clínicas ordenadas por número de cama (106 al 129). Las H.C deben estar accesibles al personal del hospital que interviene de alguna manera con los pacientes internados en la sala (profesionales de diferentes especialidades, enfermeros, administrativos, etc.)

Al momento del relevamiento, de las veintinueve camas del sector, cuatro estaban en reparación y una estaba vacía. O sea, de las veinticinco camas disponibles para la internación, veinticuatro estaban ocupadas por pacientes internados con diferentes patologías. El porcentaje ocupacional de la sala el primer día del relevamiento era del 96%. El segundo día pactado para el relevamiento no hubo modificaciones en la sala.

Cuando se comenzó con la búsqueda de historias clínicas en el sector asignado, tres H.C. no se encontraban en el lugar asignado. Por lo que se pudo lograr un relevamiento y análisis de veintiuna historias clínicas.

Las historias clínicas eran de pacientes internados por los servicios de cirugía, clínica médica y traumatología. Cinco eran de pacientes atendidos por el servicio de cirugía, nueve por el servicio de clínica médica y siete por el servicio de traumatología.

El promedio de edad de los pacientes internados al momento del relevamiento era de 55 años, siendo los extremos de 20 años y 93 años.

El promedio de días de estada (total de días que el paciente había estado internado en el hospital hasta el momento del relevamiento) era de 16.5 días.

Seis pacientes se habían realizado intervenciones quirúrgicas al momento del relevamiento. De estas intervenciones, tres fueron realizadas por cirujanos y tres por traumatólogos.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

El cuadro N° 1 muestra la distribución de los pacientes en la sala y si se tuvo acceso a su historia clínica. También muestra que diagnóstico e intervención quirúrgica figuraba en la historia, que especialidad médica trataba al paciente, la edad del mismo, los días de internación al momento del relevamiento y si se encontró el documento de consentimiento informado.

**Cuadro 1. Distribución de pacientes internados en la sala de cuidados mínimos según diagnóstico y especialidad interviniente.**

CAMA	H.C	DIAGNOSTICO EN H.C.	SERVICIO TRATANTE	EDAD	DDE	D.C.I.	IQ
106	SI	HERIDA GRAVE EN PIE. AMPUTACION TRAUMATICA DE DEDO	TRAUMATOLOGIA	25	28	SI (3)	SI
107	SI	TROMBOFLEBITIS	CIRUGIA	54	54	NO	NO
108	SI	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	CLINICA MEDICA	81	33	NO	NO
109	NO	NO SE ENCONTRO HISTORIA CLINICA					
110	SI	ESPLENOMEGALIA (ESPELENCTOMIA)	CIRUGIA	62	50	SI	SI
111	SI	FRACTURA DE DIAFISIS DE TIBIA Y PERONE	TRAUMATOLOGIA	39	6	NO	NO
112	SI	HERIDA INFECTADA EN MANO DERECHA	TRAUMATOLOGIA	20	3	SI	SI
113	SI	OBSTRUCCION SEVERA. TUMOR CUELLO	CIRUGIA	64	32	NO	SI
114	NO	CAMA VACIA					
115	SI	DOLOR HEMOTORAX DERECHO	CIRUGIA	28	2	NO	NO
116	SI	DFRACTURA DE FEMUR TERCIO PROXIMAL	TRAUMATOLOGIA	21	36	NO	NO
117	SI	NEGATIVISMO A LA INGESTA	CLINICA MEDICA	64	3	NO	NO
118	SI	CA DE COLON	CIRUGIA	63	8	SI	SI
119	SI	FA DE ALTA RESPUESTA	CLINICA MEDICA	53	8	NO	NO
120	SI	INSUFICIENCIA RENAL CRONICA	CLINICA MEDICA	28	11	NO	NO
121	SI	FRACTURA PILON TIBIAL	TRAUMATOLOGIA	56	7	NO	NO
122	NO	NO SE ENCONTRO HISTORIA CLINICA					
123	NO	NO SE ENCONTRO HISTORIA CLINICA					
124	SI	FRACTURA SUBTROCANTERICA	TRAUMATOLOGIA	93	14	SI	NO
125	SI	SAE EN REMISION	CLINICA MEDICA	40	4	NO	NO
126	SI	DETERIORO DEL SENSORIO.ITU	CLINICA MEDICA	66	17	NO	NO
127	SI	FRACTURA LATERAL CADERA DERECHA	TRAUMATOLOGIA	70	8	SI	SI
128	NO	CAMA EN REFACCION					
129	NO	CAMA EN REFACCION					
130	NO	CAMA EN REFACCION					
131	NO	CAMA EN REFACCION					
132	SI	NEUMONIA	CLINICA MEDICA	85	13	NO	NO
133	SI	SINDROME ANEMICO	CLINICA MEDICA	77	5	NO	NO
134	SI	MAL ESTADO GENERAL/NEGATIVISMO	CLINICA MEDICA	62	5	NO	NO

**Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Sistema de Información SICS del Hospital Narciso López de Lanús**

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

**H.C= historia clínica**

**DDE = días de estada**

**DCI = documento de consentimiento informado**

**IQ = intervención quirúrgica**

Se pudieron identificar ocho documentos de consentimiento informado (cuatro de pacientes internados por el servicio de traumatología y dos de pacientes internados por el servicio de cirugía). Uno de los pacientes internados había firmado tres ejemplares diferentes de consentimiento informado.

Una vez identificados los D.C.I se procedió al análisis de los mismos según lo indicado en la parte metodológica. Utilizando la plantilla creada para el análisis se comenzó a observar cada documento y se indicó según ítem registrado o no registrado, datos personales completos, parcialmente completos, parcialmente incompletos o incompletos y registro de las firmas realizado tanto de paciente como de profesionales.

De los ocho documentos, uno solo tenía todos los datos personales completos, cuatro parcialmente completos, dos parcialmente incompletos y uno estaba incompleto.

El ítem de diagnóstico y el de riesgos de tratamientos o prácticas propuestas fueron los dos únicos ítems que estaban completos en los ocho documentos analizados.

El punto de tratamiento propuesto se encontró completo en siete de los ocho documentos al igual que el registro de la firma del paciente.

En cuanto a la opción de resultados esperados en dos de los ocho documentos no se escribieron los mismos.

Ningún documento tenía asentada la opción de un tratamiento alternativo al propuesto y la firma de los profesionales tampoco se encontró en ninguno de los ocho documentos de consentimiento informado.

En el cuadro N°2 se pueden observar el registro de los documentos de consentimiento informado según los ítems completos o incompletos.

**Cuadro 2. Registro de documentos de consentimiento informado.**

	DCI 1	DCI 2	DCI 3	DCI 4	DCI 5	DCI 6 a	DCI 6 b	DCI 6 c
Datos personales	Incompletos	Parcial Incompletos	Parcial Completos	Completos	Parcial Incompletos	Parcial completos	Parcial completos	Parcial completos
Diagnóstico	Si	Si	Si	Si	Si	Si	si	si
Tratamiento	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
Resultados esperados:	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si



Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Riesgos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Tratamiento alternativo	No	No	No	No	No	No	No	No
Aceptación	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Registro de firma del paciente	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Registro de la Firma del Médico	No	No	No	No	No	No	No	No

**Fuente: Elaboración propia en base a la observación de los documentos informados encontrados en las historias clínicas del hospital N. López.**

#### DCI = documento de consentimiento informado

Respecto al contenido de los documento, se transcribirán en forma textual las frases que escribieron los profesionales. No se realizaron recortes ni se suprimieron palabras. Las frases que siguen a continuación son exactas a lo que se encontraba inscripto en cada ítem de los ocho documentos de consentimiento informado.

En el ítem de diagnóstico se puede observar frases como:

- Esplenomegalia (D.C.I.1)
- Cáncer de colon derecho (D.C.I. 2)
- F.x lateral de cadera (D.C.I. 3)
- F.x. de cadera (D.C.I. 4)
- Infección en mano derecha (D.C.I.5)
- Herida en pie (D.C.I. 6 a, 6 b y 6 c)

En el ítem de tratamiento propuesto predominan las denominaciones de las intervenciones quirúrgicas y también las siglas:

- Esplenectomía (D.C.I.1)
- Colectomía derecha (D.C.I.2)
- Osteosíntesis (D.C.I.3)
- T.M.Q (D.C.I. 5)
- Toilette quirúrgico (D.C.I. 6 a)
- T. qx (D.C.I. 6 b)
- Toilette (D.C.I. 6 c)

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Al momento de observar los términos utilizados en el ítem de resultados esperados se encontraron frases como:

- Resolución del cuadro (D.C.I. 1)
- Fijación y reducción (D.C.I.3)
- Reducción y fijación de la fractura (D.C.I. 4)
- Disminución del riesgo de infección (D.C.I. 6 a, 6 b y 6 c)

En cuanto a los riesgos al tratamiento propuesto predominan las frases

- Mala tolerancia al procedimiento (D.C.I. 1)
- Infección, hemorragia, mala tolerancia a la cirugía y a la anestesia (D.C.I. 2)
- Propios de la anestesia, fracturas, hemorragias, lesiones vasculares, lesiones estéticas, muerte (D.C.I.3)
- Anestésico: propios de la anestesia. Quirúrgicos: fractura, lesiones neuromusculares, lesión vascular, hemorragia, infección, muerte. (D.C.I.4)
- Los propios de la anestesia. (D.C.I 5)
- Anestésicos y de la cirugía (D.C.I. 6 a, 6 b y 6 c)

Todas las frases transcritas fueron escritas de puño y letra de los profesionales. Cabe destacar que en la mayoría de los documentos llevo bastante trabajo poder entender lo letra de los médicos y se logró debido a la experiencia en el trabajo cotidiano. Para las personas que no están acostumbradas a ver usualmente esta caligrafía seguramente es mucho más dificultoso comprenderla.

### **3.2 Entrevistas a pacientes internados.**

Se realizaron las entrevistas planificadas a cinco de los seis pacientes que habían firmado el documento del consentimiento informado. Una entrevista no se pudo realizar porque minutos antes de la misma el paciente fue trasladado a la unidad de terapia intensiva.

Todas las entrevistas se realizaron en la habitación de cada paciente dentro de la sala de cuidados mínimos. El tiempo promedio de las mismas fue de 25 minutos aproximadamente. Fueron grabadas y transcritas íntegramente para su posterior análisis.

Los entrevistados fueron informados previamente de los objetivos de la investigación y accedieron voluntariamente a la entrevista (E.) firmando un formulario de consentimiento que se adjunta como Anexo D.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

- E.1: Fecha: 21/9. Sexo: Masculino. Edad: 62 años. Días de Internación: 50 días.
- E.2: Fecha: 21/9. Sexo: Masculino. Edad: 25 años. Días de internación: 31 días.
- E.3: Fecha 22/9. Sexo: Femenino. Edad: 95 años. Días de internación: 14 días.
- E.4: Fecha 22/9. Sexo: Femenino. Edad: 70 años. Días de internación: 8 días.
- E.5: Fecha 23/9. Sexo: Masculino. Edad: 20 años. Días de internación: 3 días.

La predisposición de los pacientes a la entrevista fue en general, buena. Considero que presentarme como profesional que trabaja en el hospital fue una fortaleza al momento de que aceptaran la entrevista. Como debilidad, imagino que el proceso de internación no es fácil y sobre todo en los adultos mayores entrevistados encontré mayores dificultades para lograr una respuesta orientada a los objetivos de la investigación. Las personas más jóvenes, aunque las respuestas eran más breves, eran más adecuadas a las preguntas realizadas.

El promedio de edad de los pacientes entrevistados fue de 54 años y el promedio de días de internación de 21 días.

A continuación, se presentarán los fragmentos textuales y el análisis de contenido de las entrevistas a los pacientes según cuatro ejes temáticos: 1- Información sobre el motivo de internación y tratamiento. 2- Comunicación y relación con los profesionales médicos. 3- Documento de consentimiento informado y firma. 4- Derechos de los pacientes.

### **3.2.1 Información sobre el motivo de internación.**

En este apartado se enunciará aquello que el paciente pudo decir respecto al motivo de su internación y si podía decir cuál era su diagnóstico. Se podrá observar, en las distintas respuestas, que la mayoría de los entrevistados conocían su diagnóstico, con más o menos detalle, pero todos podían verbalizar el motivo por el cual estaban internados.

El primer entrevistado relató con mucho detalle el motivo de su internación.

*Acá yo vine con un dolor abdominal, el bazo estaba tremendamente agrandado. Yo le informe que había tenido el problema ese de cáncer en los riñones y bueno ahí empezaron los análisis para ir descartando todo lo sea para saber si se había despertado e otro lado Y eso tardo como dos semanas, después me hicieron una biopsia de medula y eso tardo como 20 días. Tuve muchísimo tiempo internado antes de la operación y ahora mañana van a ser dos semanas de la operación. Mientras estaban descartando que hubieran células cancerígenas en la región donde me habían sacado el riñón, que no hubieran problemas con la medula que podría tener*

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*células cancerígenas ahí también, entonces mandaba los glóbulos rojos al bazo y el bazo las tomaba (esa es la función del bazo). Fueron pasando días y días y días hasta que lograron saber de qué no tenía células cancerígenas en la medula, que no tenía células cancerígenas en la zona donde estaba el riñón y que era un problema de que el bazo agarraba todo lo que pasaba por ahí, por eso se había agrandado tanto (E. 1)*

Los entrevistados N° 2 y N° 5 (ambos hombres jóvenes) relataron los motivos de su internación de forma concisa pero exacta.

*Tuve un accidente de tránsito. No tuve internaciones anteriores. Es la primera vez que estoy en un hospital. Perdí la masa muscular del pie. De la planta del pie. Perdí el quinto metatarso y me están reconstruyendo el pie y estoy esperando que me traigan un injerto para poder caminar de vuelta. (E. 2)*

*Tengo una infección en la mano derecha. Yo trabajo de albañil. Tenía un cortesito y se ve que entro alguna bacteria, lo que hizo que se me hinchara muchísimo la mano y tenga mucho mucho dolor. (E. 5)*

Las mujeres adultas mayores, entrevistadas (ambas internadas por fractura de cadera) pudieron relatar con detalle el porqué de su internación.

*Porque me caí y me rompí la cadera. Estaba en mi casa, tomando mate, y me levante de la silla para ir al baño y no sé cómo pero me caí. Estuve en el suelo hasta que llegara mi nieta. Yo vivo sola con ella y ella trabaja todo el día. Cuando llego tuvo que llamar a la ambulancia y me trajeron acá (E. 3)*

*Me resbale y me caí. Tengo en lastimada la pierna. Me tuvieron que operar me pusieron un clavo. Y ahora me iban a operar hoy de la cadera tenían todo. Pero me empezó a levantar fiebre ayer y tenía una infección urinaria. Pero lo mejor que tengo es que me siento bien. (E. 4)*

### **3.2.2 Comunicación y relación con los profesionales médicos.**

Al indagar respecto al vínculo con los profesionales médicos y a como le habían informado el diagnóstico y el tratamiento a seguir, todas las respuestas fueron positivas respecto al trato admitido y a la cantidad y calidad de información recibida. Todos los pacientes percibían que tenían la información completa respecto a su diagnóstico

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*Desde que llegue acá me hicieron de todo. Yo estoy maravillada con la cantidad de estudios que te hacen. Y me tratan divinos. Son divinos todos. Un amor, muy amable, muy agradable. Me dicen todo lo que yo tengo y a veces hasta hablan con mi hija por teléfono. Yo la llamo cuando el médico viene a la mañana porque ella trabaja. (E. 4)*

*Siempre me contestaron bien, me trataron bien y me fueron sinceros. Yo siempre entendí todo. Y a mi familia yo le fui explicando. Bah cuando salgo del quirófano les explican a ellos porque yo no entiendo nada en ese momento. Salgo medio bobo por la anestesia (E. 2)*

*La doctora que me atiende habla mucho conmigo y me da toda la información que tiene. Me dice -al contrario, yo te tiro todo lo que yo sé, lo que no se no quiero que te empieces a dar máquina. Para máquina estoy yo. Yo cuando te hablo algo es porque ya tengo los resultados en un papel. Porque no te voy a decir esto puede ser esto, esto o esto, porque no te voy a dar una información que no es y vos vas a andar mirando por internet e internet lo que va a hacer es dar un resultado y diez preguntas más. Así que hasta que no tengamos los resultados no te lo voy a decir, cuando lo tenga al primero al que se lo voy a decir es a vos, después a algún familiar que este con vos. Pero vos tenés que estar sabiendo que es lo que tenes porque es la única manera que después sigas el tratamiento (E. 1)*

*Entendí todo claro. Los médicos me explicaron bien y yo entendí, No pregunto mucho porque no sé qué preguntar. Ellos saben lo que hacen. (E. 5)*

### **3.2.3 Firma del documento de consentimiento informado**

Una de las preguntas de las entrevistas estaba vinculada a como había sido el momento de la firma del documento de consentimiento informado y que pensaban los pacientes que era la función del mismo. Se obtuvieron diversas respuestas.

*Yo no leí el documento porque tenía la información que yo precisaba, sabía los riesgos que me daba la operación y los riesgos que tenía sin la operación. Pero como yo ya venía de una operación con una ablación yo lo tome de una forma natural. Firme con total consentimiento la operación pero la verdad es que no me detuve a leer lo que decía el documento. Solo firme. No sé muy bien para que sirve pero sé que es necesario firmarlo (E.1)*

*Estaba muy dolorido cuando me hicieron firmar el consentimiento, igual ellos me explicaron que necesitaban que firme el papel por si llega a haber alguna secuela complicación o algo de eso. Eso es lo que dice ahí, pero no te vamos a dar para que lo leamos porque no te sentís bien, pero podés confiar en nosotros en que lo firmas. Supongo que sirve por si me pasa algo en la cirugía (E 2)*

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*Yo lo firme. Me dijo el doctor que tenía que firmarlo para operarme. Lo leí por arriba. Me explicaron de la anestesia pero como no soy alérgico a nada no pasa nada. Yo firme. Que iba a hacer me tenía que operar. No sé para qué sirve tampoco me preocupa. (E.5)*

*Yo firme con mi nieta. Ella lo debe haber leído. No sé. Ella me dijo firma acá abuela. Creo que lo leyó. Los médicos se lo mostraron y ella me dijo todo lo que tenía que hacer. Y yo firme. A ella le explican cuando viene y ella me dice que tengo que hacer. (E. 3)*

*Si firme un papel. No lo leí. No me lo leyeron. Yo firme. Que se haga la voluntad de Dios. No me hago mucho problema. Lo que tenga que pasar va a pasar. Dios ya tiene un camino indicado para nosotros, Yo me encomiendo a él y pienso en las cosas lindas que hago con mis nietos y nietas. (E.4)*

### **3.2.4 Derechos del paciente**

Este momento de la entrevista fue el más dificultoso. Las preguntas estaban orientadas a conocer que sabían los pacientes respecto a los derechos de los pacientes. Las personas entrevistadas primero decían no saber los derechos pero luego aventuraban a alguna respuesta.

*No se los derechos de los pacientes. Supongo yo que firmar era una conformidad para asumir los riesgos de la operación. (E. 1)*

*Para mí los derechos del paciente son el derecho de una buena atención, que te expliquen todo y que te sean sinceros (E. 2)*

*Ahh que se yo. No sé. Que te respeten y te traten bien. Que te digan lo que tenes y lo que van a hacer (E.3)*

*No se los derechos que tiene el paciente. Yo me siento muy bien atendida. Yo confío en Dios padre hijo y espíritu santo. Yo no sé cómo serán los mejores hospitales. Pero yo voy al de mi barrio que es el que yo me siento cómoda. Yo creo en Dios y sé que va a hacer bien las cosas" (E. 4)*

*No se los derechos del paciente supongo que es que me traten bien (E. 5)*

### **3.3 Entrevistas a los profesionales médicos.**

Se realizaron ocho entrevistas planificadas a profesionales médicos que intervienen en la sala de cuidados mínimos. El tiempo promedio de la entrevista fue de 15 minutos

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

aproximadamente. Fueron grabadas y transcritas íntegramente para su posterior análisis. Se realizaron en la sala de médicos que tiene cada especialidad. Los entrevistados fueron informados previamente de los objetivos de la investigación y accedieron voluntariamente a la entrevista firmando el mismo formulario de consentimiento que se utilizó en las entrevistas a los pacientes internados.

- E. 6: Fecha: 23/10. Sexo: Masculino. Edad: 39 años. Especialidad: Traumatología. Años que trabaja en el hospital: 6 años. Cargo: Medico de planta.
- E. 7: Fecha 23/10. Sexo: Masculino. Edad: 34 años. Especialidad: Traumatología. Años que trabaja en el hospital: 7 años. Cargo: Becario.
- E. 8: Fecha 23/10. Sexo: Masculino. Edad: 40 años. Especialidad: Traumatología. Años que trabaja en el hospital: 6 meses. Cargo: Residente de 1° año.
- E.9: Fecha 23/10. Sexo: Masculino. Edad: 32 años. Especialidad: Traumatología. Años que trabaja en el hospital: 18 meses. Cargo: Residente de 2° año.
- E.10: Fecha 24/10. Sexo: Femenino. Edad: 51 años. Especialidad: Clínica Medica. Años que trabaja en el hospital: 17 años. Cargo: Medico de planta.
- E.11: Fecha 24/10. Sexo: Masculino. Edad: 58 años. Especialidad: Clínica Medica. Años que trabaja en el hospital: 25 años. Cargo: Medico de planta.
- E.12: Fecha 25/10. Sexo: Femenino. Edad: 41 años. Especialidad: Cirugía. Años que trabaja en el hospital: 7 años. Cargo: Medico de planta.
- E.13: Fecha 25/10. Sexo: Masculino. Edad: 35 años. Especialidad: Cirugía. Años que trabaja en el hospital: 6 meses. Cargo: Residente de 1° año.

Las respuestas obtenidas en general fueron cortas, pero adecuadas a las preguntas que se realizaban y orientadas a los objetivos propuestos. Se realizaron cuatro entrevistas a médicos traumatólogos, dos a cirujanos y las últimas dos a médicos clínicos.

Realizando una comparación entre las entrevistas con los pacientes y los profesionales, estas últimas fueron más difíciles de realizar. Como trabajadora social estoy acostumbrada a realizar entrevistas con pacientes (aunque realizar entrevistas para una investigación es un practica totalmente distinta), pero entrevistar a compañeros de trabajo de otra profesión fue un proceso por lo menos interesante.

El promedio de edad de los médicos entrevistados fue de 41 años. Predominaron las entrevistas a profesionales del sexo masculino (seis de ocho eran hombres). En cuanto a los años que hacía que trabajaban en el hospital, el promedio fue de 10 años, siendo el más antiguo con 25 años de trabajo en el hospital y el menos antiguo de 6 meses.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

Tres de los médicos entrevistados eran residentes (profesionales en formación para lograr obtener el título de especialista), cuatro eran médicos de planta y uno era becario (contratado por el ministerio sin estabilidad laboral)

Los resultados de las entrevistas realizadas, se presentarán con las frases textuales de las entrevistas bajo tres ejes: 1- comunicación del diagnóstico y del tratamiento. 2- documento de consentimiento informado y 3- derechos del paciente.

### 3.3.1 Comunicación del diagnóstico y del tratamiento

En este apartado se les consulto a los profesionales respecto a quienes los encargados de comunicar el diagnóstico. Todos coincidieron en que es el médico tratante es quien comunica el diagnóstico y el tratamiento a seguir.

*El médico tratante es el encargado de informar al paciente su posible diagnóstico y las alternativas de tratamiento (E.8)*

*Generalmente el médico tratante, que es un médico de planta (E.6)*

*Los médicos de planta son los que informan al paciente. (E.13)*

*El médico tratante, cuando el paciente ingresa al servicio se designa un médico de planta que va a ser quien siga al paciente durante el proceso de internación. Este profesional es quien va a comunicar el diagnóstico probable solicitar los estudios complementarios y definir las alternativas de tratamiento. (E.9)*

Además, se les pregunto si habitualmente los pacientes hacían preguntas y/o cuestionaban el tratamiento. En este punto también coincidieron en sus respuestas.

*El 99% de los pacientes no cuestionan el tratamiento. Asumen que el médico tratante decidirá lo mejor para su tipo de patología. Realizan preguntas respecto a su diagnóstico pero no a su tratamiento (E. 7)*

*Habitualmente realizan preguntas, pero no cuestionan el tratamiento. Los pacientes con los que intervenimos nosotros, los cirujanos, generalmente tienen tratamiento quirúrgico, cuando uno le dice que lo tiene que operar, los pacientes no cuestionan mucho (E.12)*

*Los pacientes cuando llegan a la sala de internación, ya pasaron por la guardia y ya algún médico le informo algo sobre su posible diagnóstico. Cuando nosotros le informamos el diagnóstico ya más o*



Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*menos saben lo que les pasa. Realizan algunas preguntas, no muchas. Nunca me paso en mis años de hospital que cuestionaran el tratamiento que indique (E.10)*

*Son muy pocos los que realizan preguntas. Sobre el tratamiento casi nadie. Tal vez, alguna duda respecto al diagnóstico. Yo una vez tuve una paciente que opere tres veces. Fue mi paciente durante diez años. Falleció de un cáncer de mama, pero nunca en diez años que la trate nombre la palabra cáncer. Yo me di cuenta que ella no quería que nombre esa palabra. Y sé que me lo agradeció. (E.11)*

### 3.3.2 Documento de consentimiento informado.

En este ítem se les consulto acerca de los pacientes que deberían tener que firmar el D.C.I., quienes son los encargados de hacerlo firmar y si recibieron alguna capacitación para completar el documento. Aquí no hubo coincidencia entre los entrevistados. Algunos consideran que todo paciente internado debe firmar el documento y otros que solo los pacientes que serán sometidos a alguna intervención quirúrgica deben hacerlo. Respecto a la capacitación, ninguno de los entrevistados fue capacitado en cuanto al llenado del D.C.I.

*Todos los pacientes internados deberían firmar el consentimiento pero en este hospital no pasa. Acá solo lo hacen firmar a los pacientes que entran a quirófano. Nadie lee, eso es lo que pasa. A mí me intereso el tema en un momento y me puse a leer. Ahí descubrí que debían firmarlo todos los pacientes que se internan. Pero como acá nadie controla, siguen haciendo lo que quiere cada uno. (E. 11)*

*Solo los pacientes quirúrgicos. O sea, los que entran a quirófano. No recibí ninguna capacitación para completar el consentimiento, solo lleno los ítems según lo que me parece. Nunca me dijeron si está bien o está mal como lo hago" (E. 6)*

*A los que se le realizan alguna intervención quirúrgica. Aprendí de mirar cómo lo hacían los demás. No leí ni me capacite al respecto. (E.8)*

*Todos deben firmar el consentimiento. Pero acá solo lo hacen los que entran al quirófano. Sé que en algún momento alguien, no me acuerdo quien, comenzó a trabajar el tema. Creo que algún cirujano, pero no me acuerdo bien. ¿Hay que capacitarse para llenar un consentimiento? Hay que completarlo y hacer que lo firmen. (E. 10)*

Respecto al documento que se usa en el hospital y cuál es la función que cumple las opiniones fueron similares. No le realizarían ningún cambio al que está en uso y reconocen como función del documento la cobertura legal de las practicas que van a realizar.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*No sé, no le cambiaría nada. Yo escribo el documento y se lo explico mientras se lo leo. Su función es informar sobre los riesgos de la cirugía y cubrir legalmente al médico. A ver, si yo voy a hacer una colecistectomía laparoscópica a un paciente con un problema en la vesícula. Completo el formulario, le cuento cuales son los riesgos y le comento que pasa si no se opera. El paciente firma el consentimiento y en caso que suceda algo en la cirugía. Siempre hay posibilidades de que suceda algo, uno puede presentar ante un eventual juicio el documento donde dice que el paciente acepto que le realizaran esa intervención. (E. 13)*

*Al consentimiento lo lee el paciente y el medico despeja toda duda que pueda quedar. Yo no le haría cambios al que estamos usando. Antes usábamos otro que tenía un montón de palabras y terminología médica que no se entendía. Este me parece que es más sencillo, aunque a veces no se completa lo suficiente. La función es una protección legal para el médico y para el paciente. (E. 9)*

*Algunos se lo hacen leer al paciente, otros lo leen, otros que están apurados primero se lo hacen firmar y después lo completan. No hay una normativa ni se completa el consentimiento como corresponde. Yo creo que a veces hasta molesta completarlo y hacerlo firmar. Pero legalmente es necesario por si pasa algo. (E.7)*

*Lo lee el paciente y lo firma. No le cambiaría nada, su función es legal. (E.6)*

### **3.3.3 Derechos del paciente.**

Al igual que en las entrevistas a los pacientes internados, las preguntas de este eje temático, por decirlo de alguna manera, generaron más tensión. Las mismas estaban orientadas a conocer que saben de los profesionales médicos sobre la ley de derecho del paciente, cuales son los derechos que conoce y si considera que se respetan en el hospital.

Llamativamente, ninguno de los entrevistados consideró que se respetaban los derechos de los pacientes en el hospital (seis contestaron que no se respetaban y dos que se respetaban "más o menos").

Respecto al conocimiento de la ley cinco profesionales conocían la ley (ninguno pudo decir el número de la ley ni como se llama o de que se trataba) y tres profesionales, directamente no conocían la existencia de la ley. A continuación se transcriben los derechos que pudieron enumerar los profesionales.

*Derecho a ser informado, derecho a no discriminar y no me acuerdo más (E.6)*

*Derecho a la información (E. 7)*

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

*Uhh no sé, no me acuerdo. Puede ser derecho a la atención sin que se discrimine, a recibir información y a elegir tratamiento (E.8)*

*No se ninguno (E.9)*

*Derecho a la información, trato justo, atención médica y de enfermería constante (E.10)*

*Derecho a la información y a la toma de decisión (E.11)*

*Derecho a un trato digno y a que le informen su diagnóstico (E.12)*

*Que pregunta! No sé nada de leyes yo. Puede ser derecho a una atención adecuada y a tener acceso a las instituciones públicas (E.13)*

### **3.4 Observaciones.**

Se realizaron dos observaciones. La primera el día miércoles 01 de noviembre con el servicio de cirugía y la segunda el día miércoles 08 de noviembre con el servicio de traumatología. El horario de las mismas fue por la mañana en el denominado pase de sala médico. Al consultar respecto al objetivo de este pase a los jefes de los servicios, ambos coincidieron en que el pase de sala medico es una instancia de aprendizaje y puesta en común entre los profesionales médicos del servicio con el fin de socializar las intervenciones en los pacientes internados. En ambas observaciones se pudieron distinguir varios puntos similares respecto a la forma de comunicarse con los pacientes.

Ambos servicios comienzan el recorrido desde la sala en común que tienen los médicos de cada servicio. Recorren cada paciente que se encuentra internado en el hospital. Cuando se realizó la observación del servicio de cirugía había cinco pacientes internados con patologías quirúrgicas. A la semana siguiente, al realizarse el recorrido con el servicio de traumatología se encontraban internados seis pacientes atendidos por el servicio.

Respecto al desarrollo de los pases de sala, llama la atención que los profesionales médicos caminan hasta llegar al paciente en fila. Al principio de la fila va el jefe del servicio y el jefe de sala, en el medio se puede identificar los médicos de planta y luego al final los residentes. Esta diferenciación entre los cargos que tiene cada médico pudo lograrse gracias a trabajar en el hospital. Un observador de otra institución no podría haber diferenciado esta secuencia jerárquica.

Durante el trayecto hasta llegar al primer paciente internado y durante el recorrido entre pacientes hablaron de distintos temas, algunos relacionados con temas médicos y

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

otros no. Cuando llegan al paciente; un médico (que no se identifica como jefe) comienza a relatar en voz alta el motivo de internación del paciente, la fecha probable de cirugía o si se encuentra o no esperando la prótesis. Entre los pacientes de traumatología cuatro de los seis pacientes estaban esperando prótesis, por lo cual solo pasaban por delante del paciente y decían "todavía no llegó la prótesis" y continuaban.

Los pacientes preguntaron poco, uno refirió dolor y el médico jefe indicó al médico residente que cambiara la dosis de analgésicos. Un familiar solicitó hablar con uno de los jefes y el mismo lo citó una hora más tarde en la sala de médicos. Los pacientes que esperaban para ser intervenidos quirúrgicamente (dos de los cinco de cirugía) preguntaron sobre su fecha y horario de quirófano y si los familiares podían esperar fuera del quirófano.

No pude presenciar ningún paciente que haya sido internado en el mismo día, por lo cual los pacientes supongo que ya conocerían su diagnóstico y presumo que por eso no realizaron demasiadas preguntas.

Uno de los pacientes del servicio de cirugía se iba de alta ese día. Presencie el momento de las indicaciones. El médico que se presentó como jefe del servicio dio la indicación del alta y luego los médicos residentes le dieron las indicaciones, los medicamentos que debía seguir tomando y las pautas de alarma que tenía que tener en cuenta. El residente habló pausado y en tono de voz elevado (el paciente era un adulto mayor y su familiar acompañante también). Ambos agradecieron la atención brindada y se los observaba contentos por su inminente alta a su domicilio.

El entorno donde se realiza la comunicación es en la misma cama donde está internado el paciente, algunos en habitaciones compartidas, en presencia de los familiares del paciente con el que comparte habitación o en presencia de enfermeros o personal de limpieza de la institución.

## 4- DISCUSIONES

Antes de comenzar las discusiones, quisiera destacar la importancia de ser parte de la institución hospitalaria donde se realizó la investigación para poder acceder a las entrevistas y algunas preguntas que fueron surgiendo a medida que realizaba el trabajo de campo en la misma institución donde desempeñé mis tareas como trabajadora social.

El hospital puede resultar un espacio de difícil acceso para realizar trabajos con metodología cualitativa. Las investigaciones que se realizan desde la biomedicina son de tipo cuantitativo focalizadas en casos y con preguntas formales. Lograr una entrevista con el profesional médico (luego de previamente lograr la aprobación de los espacios de docencia e investigación de los hospitales, los cuales están mayormente integrados por médicos) puede ser una tarea bastante dificultosa. Además, existe una resistencia de los médicos a ser observados en sus prácticas cotidianas y la resistencia es mayor si van a ser observados por alguien que no pertenece a su campo profesional. (Barber, 2009)

Con respecto a esto, debo decir que la predisposición de los médicos entrevistados fue muy buena. Las entrevistas pudieron ser acordadas con facilidad dada la confianza y cotidianidad de ser compañeros de trabajo y parte de la institución. Pude percibir interés en la temática y la mayoría de los entrevistados escuchó atentamente los objetivos de la investigación. Algunos solicitaron una devolución de los resultados de este trabajo y se interesaron en la opinión de los pacientes internados respecto al vínculo con los profesionales.

Rosana Guber (2001), antropóloga argentina, considera que el investigador sólo puede conocer otros mundos a través de su propia exposición a ellos. En este trabajo el otro mundo era mi mundo. Trabajo en el hospital hace más de diez años y como trabajadora social hace más de cinco. He realizado muchas entrevistas a pacientes con la intención de generar estrategias de intervención. Pero muy diferente es realizar entrevistas de investigación. Al comienzo, me sentí extraña en una técnica que creía dominar. A medida que pasaban las entrevistas comencé a sentir más confianza. Intenté seguir al pie de la letra las consideraciones teóricas sobre los momentos de la entrevista: presentación, explicación de los motivos de la investigación, justificación de la elección del entrevistado, garantías de anonimato y confidencialidad (de Sousa Minayo, 2009)

Los principales criterios éticos relacionados con la investigación cualitativa están relacionados con la aplicación del consentimiento informado y el manejo de la confidencialidad a los que se enfrentan los participantes del estudio. Estos últimos deben conocer sus derechos y sus responsabilidades dentro de la investigación. (Noreña, et al,

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

2012). Lograr obtener el consentimiento para la entrevista, explicar los objetivos de las mismas y de la investigación fue un proceso interesante. Dar información clara acerca del carácter voluntario y anónimo de las entrevistas y garantizar la confidencialidad, me situó en un lugar como investigadora donde por momentos reproducía el proceso que estaba investigando. No puedo negar que a veces resulto tedioso el leer el documento del consentimiento (o esperar a que lo lean los entrevistados, según el caso) antes de comenzar cada entrevista. Pero continuamente, revisaba mi accionar tanto en las entrevistas como en la elaboración de los resultados para garantizar el respeto la confidencialidad y el anonimato de los participantes.

Comenzaré esta sección de discusiones con la descripción del objetivo N°1: analizar el registro del documento del consentimiento informado en la historia clínica de los pacientes internados.

La ley en su capítulo III, artículo 5, establece que el consentimiento debe ser escrito en las siguientes situaciones: internación, intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, procedimientos que implican riesgos. Por lo cual, todas las historias clínicas de los pacientes internados que fueron relevadas en el trabajo de campo deberían tener el documento escrito. Sin embargo, de las 21 historias observadas, solo 6 tenían el documento del consentimiento informado. Menos del 30% de las historias cumplían con la ley de derechos del paciente.

En el D.C.I. debiera constatar, con palabras claras y de forma concreta, el tratamiento terapéutico y /o quirúrgico y los riesgos que estos conllevan, declarando la voluntad del paciente o su representante. Observando los documentos encontrados en las historias, se puede decir que no reflejarían el proceso de obtención del consentimiento del paciente. Las palabras utilizadas no son claras ni precisas. Es más, muchas veces, son inentendibles con siglas y abreviaciones.

Ninguno de los documentos observados se encontraba completo. Ninguno tenía la firma ni el sello del profesional que lo completó. Uno de los documentos no tenía la firma del paciente pero si el registro de aceptación y dos no tenían el registro de la aceptación, pero si la firma. El ítem de "Alternativas al tratamiento o prácticas propuestas" no fue registrado en ninguno de los documentos analizados, dejándose entender que no habría ninguna alternativa posible al tratamiento ofrecido por los profesionales en cada caso.

Es de destacar, que una de las historias clínicas tenía tres documentos de consentimiento firmados por el paciente. De la lectura de los mismos se infiere que se firmó un documento por cada intervención quirúrgica realizada, ya que la persona había sido sometida a tres cirugías. Se puede concluir y luego lo reafirmaremos en el análisis de las entrevistas a los médicos que usualmente en el hospital se firma el D.C.I. solo si el paciente

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

va a someterse a intervenciones quirúrgicas, aunque la ley expresa claramente que el consentimiento debe ser escrito en el proceso de internación en sí.

Como ya hemos descripto a lo largo de este trabajo, es muy importante la manera en que se transmite la información a los pacientes para que estos puedan declarar su voluntad y consentir al tratamiento indicado por los profesionales. Durante las observaciones y las entrevistas realizadas se pudo observar que el paciente pregunta poco, no cuestiona el tratamiento indicado y sigue confiando en el profesional sin cuestionar en demasía.

Los profesionales médicos tampoco se toman mucho tiempo para comunicarse con el paciente. Hablan poco con el paciente y hablan entre ellos de los pacientes. Mientras realizaba las observaciones recordé un texto que leí durante la cursada de la maestría del relato de Mario Testa *"El hospital. Visión desde la cama del paciente"*. En donde el autor describe la percepción del enfermo en primera persona cuando los médicos visitan a los pacientes en sus camas y hablan entre ellos sobre el paciente sin siquiera mirarlo. Como si no estuviera ahí, delante de ellos, escuchándolos (Testa, 1993)

Lo observado durante el trabajo de campo coincide con las conclusiones de los estudios citados en la introducción y con lo que planteado por Menéndez: la actual relación médico-paciente reduce cada vez más la palabra del paciente y la del propio médico (Menéndez, 2008)

Respecto al objetivo N° 2 que consistía en conocer la información que el paciente puede transmitir sobre el tratamiento propuesto luego de haber firmado el consentimiento informado, podemos describir que durante las entrevistas a los pacientes se los observó con tranquilidad al momento de contar su padecimiento, con conceptos claros respecto a su enfermedad y al porqué de su internación.

Algunos manejaban conceptos y terminología médico-académica *"me hicieron una esplenectomía, significa que me sacaron el bazo"* (E.1), *"Perdí el quinto metatarso y me están reconstruyendo el pie"*(E.2). Todos los pacientes entrevistados pudieron relatar su diagnóstico y tratamiento. Coincidieron en que los profesionales les informaban diariamente las cuestiones vinculadas con su internación y que percibían que estaban bien informados. *"Siempre me fueron sinceros. Yo siempre entendí todo"* (E.2) *"la doctora habla mucho conmigo y me da toda la información"* (E.1) *"Entendí todo claro"* (E.5)

Del relevamiento bibliográfico se desprende que mejorar los procesos de comunicación es una forma de resguardar los derechos de los pacientes. Se pudieron distinguir dos momentos principales en los cuales los profesionales se comunican con los pacientes: durante los pases de sala y luego comunicaciones individuales *"mi medica viene todas las tardes cuando termina el consultorio"* (E.1) *"los médicos más jóvenes vienen muy temprano, a las siete y después vuelven en grupo todos juntos más tarde"* (E.2) Durante las

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

observaciones en el pase de sala los pacientes preguntaron poco, pero refirieron durante las entrevistas comunicarse con sus médicos en forma personalizada luego de los pases.

Este proceso de comunicación debe hacerse gradual y una parte del mismo culmina (o debería culminar) con la firma del documento del consentimiento. Con respecto al momento de la firma del D.C.I y en relación al papel del documento, los pacientes parecerían desestimar el momento de la firma como algo importante o como constancia de su aceptación. Algunos refirieron que no leyeron el documento "*Yo no lo leí...*" (E.1), otros que lo hicieron en un momento poco indicado "*estaba muy dolorido cuando me lo hicieron firmar...*" (E.2) "*me dijo el doctor que tenía que firmarlo...*" (E.3). Pero ninguno pareció darle importancia al documento que debían firmar y no pudieron decir con total certeza para que habían firmado ese documento.

El objetivo propuesto N° 3 fue relevar las nociones de los profesionales de la salud respecto al documento del consentimiento informado utilizado en el hospital. La intención de plantear este objetivo se relacionaba con conocer que piensan los profesionales sobre la utilidad del documento en sí. En sus respuestas coincidieron que el encargado de comunicarle el diagnóstico y mantener el dialogo con el paciente para obtener el consentimiento y hacerle firmar el documento es el médico tratante, el médico de cabecera o referente. A veces es un solo médico, a veces es un equipo. Cabe destacar que cuando se les pregunto a los pacientes si podían identificar a los médicos tratantes, todos pudieron hacerlo ya sea por nombre o por características físicas o de nacionalidad.

Una de las preguntas que me pareció clave, en las entrevistas a los profesionales es saber si alguien los había asesorado o capacitado para completar el documento. Las respuestas fueron unánimes. Nadie recibió capacitación o charla alguna sobre como completarlo. Alguno de los entrevistados eran residentes (en la carrera hospitalaria aquellos médicos que se están formando para obtener la especialidad) y a ellos tampoco les habían enseñado a llenarlo. Claramente al ver el documento, uno podría decir que no es necesario capacitar, "*¿Hay que capacitarse para llenar un consentimiento? Hay que completarlo y hacer que lo firmen*" (E.10) Pero considero que poder transmitir como realizar una práctica es darle una mayor entidad a lo que se está haciendo. Aizenberg (2015), enfatiza en la capacitación de los profesionales para comunicarse con los pacientes y así mejorar su vínculo.

Con respecto a la función del D.C.I. todos los entrevistados refirieron como única función del mismo la de resguardo legal. Aizenberg (2015), también plantea que el consentimiento informado debe ser una garantía de la autonomía del paciente y no un expediente para eximir una responsabilidad jurídica. Sin embargo, para los profesionales del hospital la única función del D.C.I. es de protección legal por si algo pasa durante las



Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

intervenciones quirúrgicas que le realizan al paciente. Será desde esta noción de la función del documento que en el hospital sólo se solicita la firma del mismo a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente y no a todos los paciente que se internan, tal cual lo expresa la ley.

Más allá de las preguntas elaboradas y lo diferente de cada entrevista ningún profesional médico pudo relacionar al papel del documento con otra función que la legal. En ningún momento, durante las entrevistas, se pudo relacionar al documento como reflejo de la comunicación con el paciente o como disparador para aclarar dudas al paciente y a su familia, tal cual señalan algunos autores, tal como es planteado por la autora Sánchez Santiesteban en si análisis de la función del D.C.I.

Como última reflexión nos queda el objetivo N°4: conocer las nociones de los profesionales y pacientes respecto a los derechos de los pacientes. Ya mencionamos que la existencia de una ley no asegura el conocimiento de la misma por parte de los involucrados, ni su cumplimiento y/o aplicación. Esto se aplica entre los entrevistados para esta investigación. De las trece entrevistas realizadas entre médicos y pacientes, solo cinco (médicos) conocían la existencia de la ley.

Respecto a la enumeración de los derechos de los pacientes, las respuestas de los pacientes se relacionaron con el derecho al trato digno y respetuoso. Los profesionales sin embargo, enumeraron el derecho a la información y a la atención. Esta pregunta en los dos grupos de entrevistados fue la más difícil de responder. Se percibió, sobre todo en los profesionales, que se sintieron evaluados y fue la pregunta que menos posibilidad de diálogo y de repregunta tuvo.

En este punto quiero aclarar, que antes de las entrevistas se firmó el documento de consentimiento informado para cada entrevista en la cual se enunciaba el título de esta investigación "Derechos del paciente: derecho a la información sanitaria y consentimiento informado". Claramente, esta lectura previa a la entrevista influyo, en los profesionales, sobre qué derechos tenían los pacientes pudiendo enumerar principalmente el derecho a la información.

Más allá de que puedan verbalizar que derechos creen que tienen los pacientes en su vínculo con los profesionales y las instituciones de salud, es importante destacar que más de mitad de los médicos considera que en el hospital no se respetan los derechos de los pacientes. En contraposición los pacientes entrevistados, expresaron sentirse respetados, informados y contenidos en su proceso de internación.

## 5- CONCLUSIONES

Los documentos de consentimiento informado analizados en el marco de este trabajo, no cumplen los requisitos establecidos por la ley de derechos del paciente. Son textos que resultan ser muy poco claros y que no resguardan el derecho del paciente a plasmar su voluntad en forma escrita ni describen el proceso de la obtención del consentimiento.

Al observar y analizar los D.C.I utilizados en el hospital Narciso López, podemos concluir que no es de gran interés del profesional médico el correcto y preciso llenado de los mismos. La mayor preocupación de los profesionales es el resguardo legal, según lo expresan ellos mismos, pero es una preocupación que podría percibirse como contradictoria.

Si acaso el documento que le están haciendo firmar al paciente debería ser una prueba legal de las intervenciones realizadas con los mismos, muy poco serviría un papel con letra ilegible, incompleto, cargado de abreviaciones poco entendibles y hasta algunas veces sin la firma de aceptación del paciente. La falta de capacitación en los servicios respecto a la función y al llenado del documento de consentimiento informado, sólo es un reflejo más del poco interés que despierta el registro del mismo, entre los médicos en particular y en la institución hospitalaria en general.

Podría decirse, a su vez, que el interés de los pacientes por el documento de consentimiento informado es similar al de los profesionales médicos, casi nulo. Los pacientes de la sala de cuidados mínimos desestimaron al D.C.I. y le restaron importancia al momento de la firma y al papel en sí. También consideran que su función es puramente legal y que era necesario firmarlo para que le pudieran realizar la intervención quirúrgica.

Sabemos que en el campo de la salud intervienen diversos actores y como diría Onocko Campos en la maquinaria hospitalaria determinadas situaciones pudieran parecer inamovibles. Otorgarle al documento del consentimiento informado la relevancia que merece y que pretende la ley de derechos del paciente es realizar una pequeña acción en las múltiples tareas en un hospital. Esas pequeñas acciones que modifican nuestras prácticas, impactan en el resguardo de los derechos de los pacientes y equilibran un poco más la relación entre el profesional de la salud y el paciente.

La existencia de una ley no asegura el conocimiento de la misma por parte de los involucrados, ni su cumplimiento y/o aplicación. En el hospital hay un gran desconocimiento de la ley de derechos de paciente entre los profesionales de la salud y entre los mismos pacientes. Fue muy dificultoso que pudieran describir algún derecho y esa pregunta generó incomodidad en ambos grupos.

Carril, R. Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital "N. López" de Lanús. [Tesis de Maestría]. Maestría en Epidemiología, Gestión y Política de salud. Universidad Nacional de Lanús. 2017.

En conclusión, tendremos que trabajar arduamente los profesionales de la salud, en llevar a la práctica el espíritu de la ley, resguardando los derechos de los pacientes, empoderándolos a que los internalicen y los defiendan. Aprendiendo a comunicar, a dialogar y a escuchar. Y también, aprendiendo a registrar. Es nuestra obligación poder plasmar en un papel lo que trabajamos y realizamos en nuestra labor profesional y darle la importancia debida o, por lo menos, la pretendida por la ley.

La ley de derechos del paciente reconoce derechos y reglamenta acciones. Según Galatti, en el texto de la misma podemos evidenciar el cambio de paradigma, en el cual la palabra del médico ya no es sagrada y se re-jerarquiza al paciente en la relación con el profesional de la salud haciendo más igualitaria esa relación. No obstante, en la práctica, esta pretendida igualdad en el vínculo médico-paciente estaría bastante lejos de poder evidenciarse. El médico sabe que el paciente no cuestiona en demasía el tratamiento que le ofrecen. El paciente no pregunta y se considera bien informado.

Luego de casi cinco años de la reglamentación de la ley, en base a lo analizado respecto del proceso de obtención y registro del consentimiento informado en un hospital del conurbano bonaerense parecería ser que el pasaje del modelo paternalista hacia el modelo informativo sería apenas incipiente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ABRAMOVICH, V., COURTIS, C. Los derechos sociales como derechos exigibles. Teoría y realidad constitucional [Internet]. 2006 [citado 03-08-2016]691-697 Disponible en: <https://revistas-colaboracion.juridicas.unam.mx/index.php/teoría-realidad/article/view/22581/20169>

AIZENBERG, M. Los derechos del paciente: Análisis de la ley 26.529. CEDIQUIFA; [Internet]. 2015 [citado 04-08-2016] 15-34 Disponible en: [http://www.cedi.org.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=324:derechos-de-los-pacientes-ley-26529&catid=44:novedades&Itemid=28](http://www.cedi.org.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=324:derechos-de-los-pacientes-ley-26529&catid=44:novedades&Itemid=28)

ARANDA, E., GÜNTER, P., ACUÑA, N., AGUIRRE, P. y DÁNGELO, W. La relación médico paciente y el consentimiento informado en cirugía. Revista de Posgrado de la Vía Catedra de Medicina [Internet]. 2011[citado 03-08-2016] 1-4 Disponible en: <http://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/revista/posgrado%20medicina%20VI/206.pdf>

ARTUS, A, BEUX, V y PEREZ, S. Comunicación de malas noticias. Revista Biomedicina [Internet] 2012 [citado 14-10-2016](1) 28-33 Disponible en: [http://www.um.edu.uy/docs/malas\\_noticias.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/malas_noticias.pdf)

ASE, I, BURIJOVICH, J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿Progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Revista Salud Colectiva [Internet] 2009 [citado 14-07-2016] v. 5, n. 1, p. 27-47,[citado 14/07/2016] Disponible en: <http://revistas.unla.edu.ar/saludcolectiva/aeticle/view/229/218>

BARBER, N. ¿Dilemas?: metodológicos y éticos en la investigación antropológica en Servicios de salud. [Internet]. 2009. [citado 2017-12-14], n 15 pp. 134-150. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-16942009000200013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-16942009000200013&lng=es&nrm=iso). ISSN 1851-1694.

BARCA FERNANDEZ, I. La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. Revista Atención Primaria [Internet] 2004. [citado 10-10-2016] 33(7): 361-367 Disponible en : <http://www.m.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-informacion-al-paciente-su-participacion-toma13060760>

BRAGA, ML., TARANTINO, MG. La comunicación en Pediatría: niñas, niños y adolescentes, sujeto de derecho. [Internet] Revista Sociedad Argentina de Pediatría / 2011; 109 (1): 36-41 [citado 01-09-2016] Disponible en:  
[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000100009](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000100009)

CECCHETTO, S. Teoría y práctica del consentimiento informado en el área neonatal / 2001. Mar del Plata: Ediciones Suarez.

DE SOUZA MINAYO, MC. La artesanía de la investigación cualitativa. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.

GALATTI, E. Un cambio paradigmático en la salud. Consideraciones sociales de la ciencia jurídica a partir de la ley argentina de derechos del paciente. Revista eä-journal [Internet] 2011 [citado 24-07-2016] 2 (3) 1 -30 Disponible en:<https://issuu.com/eajournal/docs/un-cambio-paradigmatico-en-la-salud>

GONZALEZ, D, RODRIGUEZ ALMADA, H & RUSO, L. Cantidad y calidad de la información conocida por pacientes que consintieron cirugías de coordinación. Revista Médica Uruguay [Internet] 2010 [citado 06-07-2016] 26 (1): 25-31. Disponible en:  
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v26n1/v26n1a04.pdf>

GUBER, R. La etnografía, método, campo y reflexividad. Bogotá. Grupo Editorial Norma, 2001 11-40 [citado 24-03-2017]. Disponible en:  
<https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/guber-r-2001-la-etnografia.pdf>

MARISCAL CRESPO, MI. CORONADO-VAZQUEZ, MV. RAMIREZ-DURAN, MV. Análisis global de la legibilidad de los documentos de consentimiento informado utilizados en los hospitales públicos de España. Revista de Calidad Asistencial 2017 [citado 06-11-2017] 32(4): 200-208. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X17300064-S300>

MENENDEZ, E. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008.

NOREÑA, AL, ALCARAZMORENO, N, ROJAS JG, REBOLLEDO-MALPICA, D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. Aquichan [citado

28-03-2018]. 2012; 12 (3):263-274. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>

ONOCKO CAMPOS, C. Humano, demasiado humano: un abordaje del mal-estar en la institución hospitalaria en Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2008

RONCONI, L. Derecho a la salud: un modelo para la determinación de los contenidos mínimos y periféricos. Salud colectiva [Internet]. 2012, [citado 2017-12-14],8, (2) pp. 131-149. Disponible en:[http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652012000200003&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652012000200003&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 1851-8265.

RUBIERA, G. La legibilidad de los documentos de consentimiento informado en los hospitales de Asturias. Med. Clin. [Internet]. 2003[Citado 5-11-2017], vol.18, n.2, pp.153-158. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112004000200012](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000200012)

SANCHEZ SANTIESTEBAN, A. "El Consentimiento Informado y la relación médico-paciente" Rev. Digital Bioética [Internet] 2009 [Citado 2016-08-31]9 (3): 4-8 Disponible en: <http://www.cbioetica.org/revista/93/930407.pdf>

TESTA, M. "El hospital. Visión desde la cama del paciente" Salud, problema y debate. [Internet] 1993 [Citado 4-12-2017] Disponible en: [http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/El\\_Hospital\\_Mario\\_Testa.html](http://www.altaalegremia.com.ar/contenidos/El_Hospital_Mario_Testa.html)

ZUÑIGA FAJURI, A. Patient's rights and euthanasia in Chile. Revista Derecho[Internet]. 2008, [citado 2017-12-14], vol.21, n.2 pp.111-130. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-09502008000200005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-09502008000200005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0718-0950. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502008000200005>.

Constitución Nacional Argentina.

Ley Nacional N° 26.529/2009 “Derechos del paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado”

Ley Nacional N° 26.742: Modificatoria Ley Nacional N° 26.529/ 2012

Decreto Reglamentario 1089/12 de la Ley de Derechos del Paciente y sus modificatorias.

## **ANEXOS**

Anexo A – Nota de autorización de la Sala de Docencia e Investigación.....	51
Anexo B – D.C.I utilizado en el hospital.....	52
Anexo C – Ficha de elaboración propia para el análisis de los D.C.I.....	54
Anexo D – Formulario de consentimiento de la investigación.....	55



Anexo A



Hospital Zonal Gral. de Agudos

“Narciso López”

Lanús

Docencia e Investigación

Jefe: Dr. Claudio a. Rosón



Hospital  
Narciso López

Lanús, 2 de Octubre de 2017

Lic. Romina Carril

S / D

De mi mayor Consideración:

Por la presente autorizo a usted, al desarrollo en el ámbito del Hospital Narciso López, del proyecto de tesis para la obtención del Título de “Magister en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud”, aprobado en su oportunidad por la Universidad Nacional de Lanús.

Sin otro saludo a Ud. atentamente.



Dr. ROSON CLAUDIO ALBERTO

MÉDICO

M.N. 77.203 M.P. 220.956

JEFE INTERINO DE SALA DE

DOCENCIA E INVESTIGACION

HTAL. G.Z.A. "NARCISO LOPEZ"

Anexo B



Hospital Narciso López de Larás  
Consentimiento Informado

H. Clínica N°

Hora:

Este formulario contiene la información que suministra el médico sobre el estado de salud del paciente (el diagnóstico presunto o de certeza), el tratamiento que se aconseja o indica; los riesgos que presenta ese tratamiento, algún tratamiento o ningún tratamiento; finalmente la aceptación de la propuesta y su autorización para llevarlo a cabo o rechazo. El presente formulario será firmado por el paciente, si no pudiera, el pariente más cercano o persona autorizada.  
(Ley N° 26529/2009 - 26742/2012 - 26812/2013 derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado)

A Datos del paciente:

Nombre y apellido:.....

Domicilio:..... Tel:..... DNI:.....

Nivel de instrucción:..... Edad:.....

B Diagnósticos:

C Tratamiento y/o práctica propuestos:

D Resultados esperados:

E Riesgo de tratamiento o práctica propuestos:

F Alternativas al tratamiento o práctica propuestos: .....

.....

.....

.....

.....

G

ACEPTO

NO ACEPTO

I He leído o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento al participante potencial, y el paciente ha tenido la oportunidad para hacer preguntas. Confirmo que el paciente ha dado el consentimiento libremente.

\_\_\_\_\_  
Firma del Testigo

\_\_\_\_\_  
D.N.I

J

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Profesional  
del equipo tratante

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello de Jefe de Servicio

## Anexo C

Fecha:  
 Cama:  
 Especialidad:  
 Diagnóstico en HC:  
 Intervención quirúrgica:

**DOCUMENTO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO**

---

<u>Presencia de DCI</u>	SI	<input type="checkbox"/>	
	NO	<input type="checkbox"/>	

**REGISTRO**

<u>Datos personales</u>	Completos		<input type="checkbox"/>
	Parcialmente Completos		<input type="checkbox"/>
	Parcialmente Incompletos		<input type="checkbox"/>
	Incompletos		<input type="checkbox"/>

<u>Diagnostico</u>	Registro del diagnostico	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
<u>Tratamiento y/o practica propuesta</u>	Registro del tratamiento	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>

<u>Resultados</u>	Registro de los resultados	SI	<input type="checkbox"/>
<u>Esperados</u>		NO	<input type="checkbox"/>
<u>Riesgo del tratamiento o practica propuesta</u>	Registro del trat. o practica Propuesta	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
<u>Alternativas</u>	Registro de alternativas	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>
<u>Aceptación</u>	Registro de aceptación	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>

<u>Firmas</u>	Registro de la firma	SI	<input type="checkbox"/>
		NO	<input type="checkbox"/>

## Anexo D

### FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

A través del presente, acepto participar voluntariamente respondiendo los instrumentos de la investigación **“Derechos del paciente: información sanitaria y consentimiento informado en el hospital “N. López” de Lanús”**, cuyo propósito es profundizar en el conocimiento sobre los derechos del paciente en su relación con los profesionales y las instituciones de salud en el marco de la Ley Nacional N°: 26.529 (de derechos del paciente)

He sido informado por los investigadores que mi participación contribuirá para producir información novedosa respecto al modo en que los profesionales de la salud transmiten la información sanitaria (estado de salud y tratamientos propuestos) y cómo se registra la declaración de voluntad de los pacientes en el consentimiento informado escrito.

Reconozco que la tarea que los investigadores me encomiendan es responder una serie de preguntas en el marco de una entrevista semiestructurada. Sé que mis respuestas a estos instrumentos sólo serán conocidas por el equipo de investigación y que ellas serán analizadas científicamente dentro del conjunto total de respuestas proporcionadas por las personas que participen, sin hacer referencia a la información entregada por ninguna persona en particular.

Declaro haber sido informado(a) que mi participación en este estudio será completamente voluntaria y anónima y que no recibiré ningún tipo de retribución económica por ella. Entiendo, además, que tengo derecho a negarme a participar o a suspender y dejar inconclusa mi participación cuando así lo desee, sin que deba explicar tal acción.

Manifiesto tener conocimiento de los riesgos y beneficios que la participación implica para mi persona. He sido informado además que si lo deseo, podré conocer los resultados globales del estudio, una vez terminado.

En caso que lo estime necesario, durante cualquier etapa del estudio, podré contactarme con el/la investigador/a responsable. Lic. Romina Carril, al teléfono 1561579777 e-mail [rominacarril@hotmail.com](mailto:rominacarril@hotmail.com), para plantear cualquier pregunta o duda sobre este estudio.

En consecuencia, por el presente documento, otorgo mi consentimiento voluntario e informado para participar en el estudio arriba descrito.

Nombre y Apellido:.....

Firma:.....Fecha:.....