



UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADOS



**SITUACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE PACIENTES EN LOS SERVICIOS
DE SALUD EN PAISES DE LATINOAMERICA PERIODO 2015 – 2020.**

PRESENTADO POR:

LICDA. CATALINA ALVAREZ DE CARRANZA

LICDA. EVA LILIANA MARTINEZ CAMPOS

PARA OPTAR AL GRADO DE:

MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

ASESORA

MSP. REINA ARACELI PADILLA

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, JUNIO 2021

AUTORIDADES

Rector

MSc. Roger Armando Arias Alvarado

Vicerrector Académico

PhD. Raúl Ernesto Azcúnaga López

Vicerrector Administrativo

Ing. Juan Rosa Quintanilla

Autoridades de la Facultad de Medicina

Decana

Msc. Josefina Sibrian de Rodríguez

Vicedecano

Dr. Saúl Díaz Peña

Escuela de Posgrado

Director

Dr. Edwar Alexander Herrera Rodríguez

Jefa del Programa de Maestrías

Licda. Msp. Lastenia Dálide Ramos de Linares

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios todo poderoso que me ha fortalecido y me ha dado la sabiduría para seguir adelante durante todo este proceso de formación académica.

A mi familia, en particular mi esposo Misael por su acompañamiento en este proceso y animarme a seguir adelante cuando mis ánimos declinaban, a mis cuatro hijos, Bryan, Katherine, Harold y Byron por su apoyo incondicional.

De manera especial agradecer a mi asesora Msp. Aracely Padilla, quien con sus conocimientos me guio a través de las etapas de este proceso para alcanzar los resultados esperados.

A mi compañera de tesis Eva Liliana, que siempre estuvimos para apoyarnos y complementar los conocimientos durante todo este proceso el cual no fue fácil pero el compañerismo fue firme y básico para este logro, también a todos mis amigos y compañeros por sus palabras de motivación que me ayudaron para seguir adelante.

Un abrazo y mi cariño para todos.

Catalina Álvarez de Carranza

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Infinitamente, ya que sin el nada somos, porque por su infinita misericordia y su inmenso amor, el sentir su presencia en cada momento de mi vida, por brindarme la sabiduría para poder salir adelante en esta nueva etapa de preparación académica.

A mi familia

Mi madre, mi padre en la distancia pero que su apoyo se mantuvo en cada uno de mis proyectos, mis hermanas que son un ejemplo para seguir adelante, mis sobrinos que son mis amores.

A Leonel

Quien me ha dado todo su apoyo en cada instante, que con sus palabras de ánimo y con su compañía me permitieron seguir adelante en este proceso. Gracias Amor, porque siempre pude contar contigo.

A nuestra asesora, por guiarnos y proporcionarnos las herramientas necesarias para la culminación de nuestro posgrado.

Muchas gracias.

Eva Liliana Martínez Campos

ÍNDICE

Resumen	1
Introducción	3
CAPITULO I	
1.0 Planteamiento del problema: situación problemática y enunciado del problema	8
1.2 Objetivos: generales y específicos	13
CAPITULO II	
2.0 Marco Teórico	14
2.1 Estado de la cuestión o del arte	38
CAPITULO III	
3.0 Operacionalización de variables	93
CAPITULO IV	
4.0 Metodología	96
4.1 Método de la investigación	96
4.2 Tipo de estudio	96
4.3 Población del estudio y muestra;	96
4.4 Operacionalización de variables	97
4.5 Métodos y Técnicas para recolección de datos	98
4.6 Instrumentos y validación de los mismos (prueba piloto)	98
4.7 Plan de tabulación de la información Recursos	99
4.8 Plan de análisis de resultados	102
4.9 Consideraciones éticas	102
CAPITULO V	
5. Resultados	103
5.1 Discusión	117
CAPITULO VI	
6.1 Conclusiones	121
6.2 Recomendaciones	122
FUENTES DE INFORMACION	
ANEXOS	
ANEXO 1 Lista de Cotejo	
ANEXO 2 Resumen de la información	
ANEXO 3 Técnicas de investigación Documental (ficha documental)	

RESUMEN

En el marco de los derechos humanos el cuidado de los pacientes implica que, las expectativas de los pacientes y los proveedores de asistencia médica estén interrelacionadas y que los intereses de ambos estén protegidos; el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr quedó plasmado como derecho fundamental de todo ser humano en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hace más de cincuenta años.

Analizar la situación sobre los derechos y deberes de los pacientes que por derecho inalienable reciben una atención en salud, es una oportunidad de hacer notar si se está garantizando y en qué medida se proporciona, lo cual contribuye a tener una referencia a nivel latinoamericano de los servicios de salud que prestan las instituciones, ya que de la implementación de sus derechos y deberes depende el trato que reciben.

El estudio de tipo documental, cuyo objetivo fue analizar la situación de los derechos y deberes de los pacientes en los servicios de salud en países de Latinoamérica en el periodo de 2015 – 2020, basado en la sistematización de información, se realizó un análisis y síntesis para lograr la rigurosidad de la investigación. La búsqueda se efectuó en las diferentes fuentes y buscadores, tomando como referencia las variables del estudio (derechos, deberes, consentimiento informado, ejes comunes). Los países de Latinoamérica que conformaron la muestra, 3 de Sur América, 3 de Centro América y México que es un país localizado en el extremo meridional de América del Norte.

En el Marco de los deberes y derechos de los pacientes, en el caso de Latinoamérica específicamente Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y México, el 100% cuentan con una ley que establece los derechos obligaciones de los pacientes, Colombia lo establece en su Resolución número 0004343 de 2012.

El conocimiento de deberes y derechos, en relación a los estudios revisados se observa que 2 de los países del área sur del continente poseen el más alto porcentaje de conocimiento, estos son Chile (73.6%) y Argentina (60.3%). En el resto de los países de Latinoamérica, a pesar de que cuentan con legislaciones en las cuales se enmarcan los derechos y deberes de los pacientes, el reconocimiento de estos por parte de los pacientes es baja, e incluso para el personal de salud.

La relación, entre los resultados de cada uno de los estudios examinados, establece el nivel de aplicación y cumplimiento que en Latinoamérica se tiene sobre los derecho y deberes de los pacientes, dejando en evidencia que se tiene que seguir trabajando en ellos, para garantizar un trato digno a los pacientes y personal de salud.

INTRODUCCIÓN

Analizar la situación de los derechos y deberes de los pacientes en Latinoamérica, la figura del paciente, así como su forma de relacionarse con los profesionales de la sanidad y de participar en el proceso de toma de decisiones sobre su enfermedad, ha cambiado a lo largo de las últimas décadas, el paciente que tradicionalmente era considerado únicamente receptor de las decisiones que el médico tomaba unilateralmente para el tratamiento de su enfermedad, se ha ido convirtiendo en el transcurrir del tiempo en un agente de derechos bien definidos y con una amplia capacidad de decisión sobre las pruebas diagnósticas y los tratamientos que recibe.

Y el hecho que muchas legislaciones de los países de América Latina, contemplan la salud como un derecho, permite contar con bases que fundamenten el hecho de indagar sobre su aplicación en cuanto a derechos específicos para los pacientes, el reforzar el estudio en bases jurídicas de los países incluidos en esta investigación.

Pero también es importante reconocer que como pacientes tienen responsabilidades y obligaciones tales como: asistir puntualmente a las citas y procedimientos programados, tratar con respeto a la persona que lo atiende, utilizar correctamente las instalaciones y mantenerlas en buen estado, aportar la información necesaria para su atención y colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad, evitar comportamientos agresivos contra la persona que los atiende y cumplir con las instrucciones sobre las preparaciones para exámenes y procedimientos por parte de pacientes y usuarios de los servicios de salud, así como el derecho a que se informe y estar de acuerdo a todos los tratamientos, procedimientos y cuidados que recibe por parte de los prestadores de servicios de salud, lo cual crea un equilibrio entre las atribuciones que los pacientes tengan como las responsabilidades que conllevan.

El presente trabajo de investigación, de tipo documental sobre situación de derechos y deberes de pacientes de los servicios de salud en países de Latinoamérica de 2015 a 2020, tiene como objetivo analizar la situación de los derechos y deberes de los pacientes de países que conforman Latinoamérica, así como las perspectivas que se tiene de estos en cuanto a su cumplimiento, lo que ofrece una visión a la población y los trabajadores sanitarios que desean conocer acerca de estos aspectos en los diferentes ámbitos de acuerdo a las variables comprendidas en el estudio.

El análisis de la situación sobre los derechos y deberes de los pacientes que por derecho inalienable reciben una atención en salud, es una oportunidad de hacer notar si se está garantizando y en qué medida se proporciona, lo cual contribuirá a tener una referencia a nivel latinoamericano de los servicios de salud que prestan las instituciones, ya que de la implementación de sus derechos y deberes depende el trato que reciben.

El propósito es obtener insumos sobre la aplicación de las legislaciones existentes en los países de Latinoamérica, para futuras investigaciones sobre esta temática, así como el panorama en el abordaje que cada país en estudio da a los derechos y deberes de los pacientes, por otra parte, identificar en qué medida se da la aplicación del consentimiento informado a nivel de Latinoamérica, con esto se espera que permita fortalecer la atención de los servicios de salud, puesto que de acuerdo a los resultados los tomadores de decisiones implementaran acciones de mantenimiento o de mejora en esta atribución ya que los usuarios de los sistemas de salud que se informan proporcionan una mejor colaboración y se sienten participes de las atenciones que reciben.

La relevancia del estudio radica en que el grupo investigador, realizó un análisis documental, sobre la aplicación de los derechos y deberes de los pacientes resaltando la aplicación del consentimiento informado, así como se describe documentalmente la comparación de los ejes comunes en su aplicación, además de conocer la situación actual de las legislaciones en

materia de derechos y deberes de los pacientes, como también el avance de los mismos a nivel de países de Latinoamérica.

Una de las razones que justificaron la realización de esta investigación fue mostrar la importancia sobre el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes, cabe mencionar que los derechos y deberes de los pacientes es un tema de exploración ya que durante años han existido como parte del respeto a los derechos humanos y al énfasis de mejorar la calidad y calidez en los servicios de salud en los diferentes países y el Salvador no es la excepción, pero es importante destacar que no se ha realizado un estudio reciente con enfoque documental sobre ellos, también mencionar que el país no contaba con un marco jurídico que regulara las relaciones clínico asistenciales. Sin embargo, estos son reconocidos a nivel mundial por organizaciones promotoras del derecho a la salud las cuales se pronunciaron al respecto de los derechos humanos.

Otra de las razones que motivaron esta investigación es que la regulación del derecho a la protección de la salud, a la condición de sujetos de derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, es decir la acción de plasmar los derechos relativos a la información clínica, consentimiento, atención calificada, y la autonomía individual de los pacientes en lo relativo a su salud; como se menciona no están expresamente reguladas en un cuerpo normativo específico pero si algunas leyes de manera indirecta establecen disposiciones relacionadas con los derechos y deberes de los pacientes.

Este estudio proporciona información esencial, que servirán para establecer nuevas directrices de acuerdo al panorama latinoamericano en cuestión de derechos y deberes sanitarios, para la creación de nuevos programas y/o reforzar los ya existentes; su importancia radica en que las autoridades de las instituciones reguladoras de servicios de salud, dispondrán de conocimiento del análisis en cuestión sobre la aplicación de derechos y deberes de los pacientes a nivel latinoamericano; servirá de guía a los profesionales ya que a través de ello permitirán formular acciones que garanticen el fortalecimiento en el

cumplimiento de la leyes vigentes que aseguren reducción del riesgo de sanciones por incumplimiento. Como también servirá a los usuarios porque a través de este estudio les permitirá ampliar el conocimiento sobre sus derechos y deberes lo cual los volverá más activos en la toma de acciones en torno a su salud, de forma responsable e informada.

Por lo que conocer cómo son los derechos y deberes de pacientes en países de Latinoamérica periodo 2015-2020, mediante el análisis de éstos se vuelve una necesidad para fortalecer el conocimiento sobre esta situación; la cual se realizó a través de la revisión bibliográfica exhaustiva que se enmarque en aspectos como el conocimiento, la aplicación de los deberes y derechos la autonomía del paciente a través del consentimiento informado; el cotejar las legislaciones de los países Latinoamericanos su aplicabilidad, así como los diferentes derechos y deberes que se ofrecen a los pacientes.

La estructura capitular del estudio cuenta con seis capítulos. En el primero, se detallan los fundamentos históricos que hacen posible el reconocimiento de los derechos y deberes de los pacientes desde los derechos humanos hasta el propio reconocimiento de los mismos, las organizaciones promotoras del derecho a la salud tales como la OMS, y los tratados y pactos internacionales que juegan un papel importante, detallados en cada uno de los apartados como la situación problemática, la justificación, objetivos, general y específicos que servirán de guía en la investigación.

En el segundo capítulo, se detalló los elementos estructurales con el cual se construyó el marco teórico y estado del arte. Aplicando análisis y síntesis de la información recolectada a través de las diferentes fuentes de información encontradas en los sitios virtuales acerca de derechos y deberes de pacientes a nivel latinoamericano.

El tercer capítulo se describe la operacionalización de las variables en estudio, derechos del paciente, deberes de los pacientes, consentimiento informado y los ejes comunes.

Con el cuarto capítulo se describe la metodología de la investigación en el que se utilizó el método documental científico basado en análisis y síntesis, este nos permitió estudiar el fenómeno en forma sistemática y metodológica, a través del análisis se procedió a descomponer el problema en sus partes tomando en cuenta las variables y sus indicadores, presentando en forma sintetizada los datos relevantes de la investigación, también encontramos el tipo de estudio el cual es descriptivo y transversal, así como las estrategias del diseño metodológico que se utilizaran para recolectar la información de países de Latinoamérica que reúnan las componentes del fenómeno en estudio, también se detallan los instrumentos que se utilizaron, donde se describieron la sistematización de la información a través de técnicas que nos permitieron una búsqueda de la información especializada para la selección de las fuentes, el análisis de los documentos y sus contenidos para llegar a la obtención de los resultados. En los instrumentos de búsqueda se detallan las páginas electrónicas fuentes de información con bases científicas y confiables haciendo uso de elaboración de fichas documentales tipo Hemerográfica y de contenido electrónico, se han utilizaron las normas Vancouver, también se describe el plan de selección y análisis de la información en tres fases, como son búsqueda de fuentes de información, selección de fuentes, recolección y la organización de la información. También detalla las consideraciones éticas que se tomaron en cuenta en el estudio, siendo una investigación documental compete señalar el respeto a la autoría de los documentos e investigaciones que han permitido la elaboración del estudio.

En el capítulo cinco se presenta los resultados que se obtuvieron de la investigación, acorde a los objetivos del estudio, como la discusión de estos.

El capítulo seis detalla las conclusiones a las que el grupo investigador llegó, según los resultados y presenta las recomendaciones a los entes involucrados.

CAPITULO I

1.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

SITUACIÓN PROBLEMÁTICA Y ENUNCIADO DEL PROBLEMA

La atención sanitaria se percibe como un amplio grupo de servicios que se auxilian de la promoción y protección de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, atención y rehabilitación en un determinado país. Es por ello que el paciente se encuentra con una pluralidad de profesionales de la salud y desempeñando una gran variedad de roles, desde persona enferma y dependiente a ser un usuario que recibe consejo, o consumidor de productos sanitarios. Además, esta variedad de roles del paciente implica un continuo proceso de salud - enfermedad, que viene desde el bienestar total a la incapacidad permanente o enfermedad terminal en el peor de los casos.

Es por ello que se da parte a la designación de los derechos, deberes de los usuarios como un pilar fundamental conocer de primera mano las reglas y normas para brindar y recibir una atención de calidad y calidez. Resulta complejo establecer una única clasificación de los derechos de los pacientes ya que estos pueden variar según las leyes establecidas por cada país, sin embargo, las legislaciones coinciden conforme a tres conceptos básicos, a partir de los cuales se derivan los derechos del paciente: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía. A nivel mundial los derechos y deberes de los pacientes son reconocidos en diversos países, entre ellos países como España, Chile y México cuenta con un amplio marco jurídico para la protección de estos derechos.

Por otro lado, en cuanto a los deberes de los pacientes existe menor desarrollo; los deberes de los pacientes guardan relación con la colaboración que se debe entregar, algunas legislaciones solo establecen catálogos de derechos de pacientes excluyendo los deberes que posee el paciente, generando una desproporcionalidad para los prestadores de servicios de

salud; dando como resultado sin número de maltratos y violencia hacia el personal de salud, ya que los usuarios desconocen de alguna manera, los deberes que deben de cumplir estando en una institución de salud y recibiendo atención. Como pacientes tienen responsabilidades y obligaciones tales como: asistir puntualmente a las citas y procedimientos programados, tratar con respeto a la persona que lo atiende, utilizar correctamente las instalaciones y mantenerlas en buen estado, aportar la información necesaria para su atención y colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad, evitar comportamientos agresivos contra la persona que los atiende y cumplir con las instrucciones sobre las preparaciones para exámenes y procedimientos.

A la fecha, existen innumerables declaraciones y cartas de los derechos de las pacientes emanadas de diversos organismos internacionales, así como de asociaciones médicas; además de que muchos países cuentan con ordenamientos jurídicos e instancias gubernamentales o judiciales para la tutela de estas garantías.

Sobre la base de la diversidad de derechos y deberes establecidos en los diferentes países , se reconoce la necesidad de fortalecer los servicios de atención de salud, tomando en cuenta que éstos tienen una responsabilidad fundamental en cuanto a reducir la morbilidad y mortalidad de las poblaciones humanas; como acción primordial de las sociedades en vía de desarrollo y en las sociedades de la información, donde aún, hoy en día, hay poblaciones específicas que por razones diferentes presentan una mortalidad y una morbilidad superior a la de la población general.

Las Leyes Generales de Salud de Nicaragua, República Dominicana y México, incluyen la carta de derechos de los pacientes, la cual se describen los derechos que los usuarios poseen en cuanto su proceso salud – enfermedad respecta.

En otros países como Argentina, Panamá, Uruguay, el tema se regula por medio de leyes específicas sobre derechos de los pacientes. Perú tiene una norma sobre la obligación de los establecimientos de salud de brindar atención médica en caso de emergencias y partos que incluye una sección sobre derechos de los pacientes.

Si bien la mayoría de los países velan por el cumplimiento y aplicación de los derechos de los pacientes, no todos fijan sus deberes; lo cual es un error y causa para que el personal de salud sea violentado por usuarios o familiares. Lo cual es un problema ya que el personal de salud está expuesto a recibir violencia de todo tipo, incluso hasta la muerte, por no regularizar como también no dar la información a la población en general sobre los deberes que ellos deben de cumplir tanto en el establecimiento de salud en los cuales son atendidos; como también el respeto a cada profesionales que lo atienden en los centros de salud; es por ello que esto se puede evidenciar en el estudio publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, por P.J. Mendoza Arana, en donde describe: “En el estudio de Travetto C. et al. (2), realizado en personal de salud en América Latina, se identificó que un 67% había sufrido algún tipo de agresión en el último año, siendo este porcentaje mayor en enfermeros y médicos, llegando, incluso, a un 71%.” (1)

Por otra parte, sobre los deberes de los pacientes se prevé que las personas usuarias de los servicios de salud deban proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades. En algunos casos los países pueden compartir mecanismos de quejas y reclamos por parte de los pacientes, aunque algunos de ellos no son aplicables al conjunto de las instituciones que integran el sistema de salud. Ello guarda relación con el reparto de competencias entre la autoridad sanitaria nacional y otras instancias regulatorias;

y con el gran error que se evidencia es la falta de información hacia los usuarios del proceso de cumplimiento de los deberes y derechos.

Así como la Organización Mundial de la Salud, en su sitio web describe que los Gobiernos de los países han establecido documentos regulatorios basados en ley, como en el ejercer de los derechos humanos que han venido mostrando la importancia en una población o sociedad para que fluya de manera correcta; lo cual ellos citan de la siguiente manera: “Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población, como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.” (2)

Situación que abona el Banco Interamericano de Desarrollo, donde expresa en su libro *Desde el paciente: Experiencias de la atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe*: “En los sistemas de salud, la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud –los pacientes–, provee información valiosa y es fundamental para fortalecer el cuidado centrado en la persona; sin embargo, es todavía poco analizada en la región de América Latina y el Caribe (ALC).” (3)

Por otra parte, López Reyes en su trabajo de grado expone la historia en que los derechos de los pacientes en el país de El Salvador han venido transformándose desde una nulidad de los derechos a la salud, hasta un verdadero desarrollo sanitario describiendo: “En lo que se refiere a la legislación secundaria se puede indicar que desde 1821 hasta 1900 las cuestiones de salud fueron reguladas principalmente por leyes y ordenanzas de carácter municipal. A partir de 1900 la salud cobra la relevancia, en ese año se crea el Concejo Superior de Salubridad, inspirado en el Código de Sanidad que hizo promulgar el prefecto de París Dubois, el 6 de Julio de 1807, y que, en El Salvador, constituyó una verdadera revolución sanitaria.” (4). De

acuerdo a lo descrito en el país de El Salvador se han venido suscitando diferentes documentos de ley, en donde se van anteponiendo cada vez más claros los derechos de los pacientes, el derecho a salud como fin principal.

ENUNCIADO DEL PROBLEMA:

¿Cuál es la situación de los derechos y deberes de paciente en países de Latinoamérica periodo 2015-2020?

De igual manera, en la situación problema se realizan las siguientes interrogantes

¿De los países de Latinoamérica cuales presentan o expresan investigaciones relacionadas con la situación de los deberes y derechos de los pacientes en los servicios de salud?

¿Cuál es el conocimiento de los deberes y derechos de los pacientes en relación a su aplicación tienen los usuarios de los servicios de salud?

¿En el marco de la situación de los derechos y deberes de los pacientes como se está dando la aplicación del consentimiento informado dirigido a los pacientes de los países de Latinoamérica seleccionados?

¿Existen ejes comunes en la aplicación de los derechos y deberes de los pacientes en los países de Latinoamérica?

DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Este estudio tuvo una cobertura geográfica en los países de Latinoamérica entre los cuales se delimitaron siete, tomando una muestra por región, tres de Sur América, tres de Centro América y México que es un país localizado en el extremo meridional de América del Norte. Todos poseedores de características que en sus legislaciones se encontraron los derechos y deberes de pacientes, de esta forma fueron 13 estudios de investigación que cumplieron con criterios de inclusión, relacionados al tema y que están inmersos como parte de la población en estudio, el cual fue contemplado en el periodo de 2015 a 2020.

Se describieron aspectos relacionados a la situación problemática, detallando los derechos de los pacientes de cada país, así como los deberes que estuvieron presentes en algunas legislaciones.

Se tomaron las variables de la investigación como atributos de esta, acorde a los objetivos del estudio, aquellas propiedades que dieron respuesta a la pregunta de investigación, como el conocimiento de deberes y derechos, así como la aplicación del consentimiento informado, tomado en cuenta los ejes comunes entre los países que forman parte de la investigación.

1.2 OBJETIVOS

GENERAL

Analizar la situación de los derechos y deberes de los pacientes en los servicios de salud en países de Latinoamérica en el periodo de 2015 – 2020.

ESPECÍFICOS

1. Describir el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes en relación a su aplicación en los países de Latinoamérica para la promoción de éstos en los diferentes países estudiados.
2. Identificar la aplicación del consentimiento informado relacionado con los derechos y deberes de los pacientes en Latinoamérica, en la revisión documental realizada para conocer el nivel de profundización en el abordaje de la investigación.
3. Comparar ejes comunes de los derechos y deberes de los pacientes de los servicios de salud en países de Latinoamérica para retomar los aportes de cada uno en el país en aras de la salud pública

CAPITULO II

2.0 MARCO TEÓRICO

Desde la antigüedad, todas las personas tienen derechos sólo por pertenecer a un grupo, como son una familia o clase social. En el año 539 a.C., Ciro el Grande, posterior a conquistar la ciudad de Babilonia y dar libertad a los esclavos, proclamó que todos teníamos derecho a escoger nuestra propia religión. El cilindro de Ciro: una tablilla de arcilla con estas proclamaciones inscritas, es considerado la primera declaración de derechos humanos en toda la historia.

En el siglo XX, los derechos de la persona se originan en base a lo alcanzado por el establecimiento de los derechos humanos, desde el Código de Nuremberg en 1947 y la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, hasta la reforma de la Declaración de Helsinki del año 2000, junto al Tribunal Penal Internacional de La Haya en 2002, que ha permitido la transformación de los derechos humanos como fundamento de la bioética y se ha convertido en la prioridad normativa sobre los principios éticos (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) después de la segunda guerra mundial, por parte de la comunidad internacional se aprobó la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual establece que «...toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar". Reconocer la salud como un derecho humano, implica para los estados la obligación de garantizar mediante un conjunto de mecanismos sociales normas, instituciones, leyes y un entorno propicio el disfrute de este derecho (6), sin embargo: "Cuando los Estados estuvieron listos para dar a las disposiciones de la Declaración fuerza vinculante, la guerra fría ya había relegado los derechos humanos a segundo término y los había dividido en dos categorías. El mundo occidental argumentaba que los derechos civiles y políticos tenían prioridad y que los económicos y sociales eran

meras aspiraciones. Por el contrario, el bloque oriental afirmaba que el derecho a la alimentación, la salud y la educación eran de vital importancia, y los derechos civiles y políticos, secundarios. De ahí que en 1966 se crearan dos tratados distintos: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)” (7). Desde entonces se han adoptado diversos tratados, declaraciones e instrumentos jurídicos, en los que se recogen y estipulan los derechos humanos, por lo tanto, las obligaciones de los gobiernos con respecto a ellos, guardan relación en un sentido amplio con los principios de respetar, proteger y cumplir cada uno de los derechos.

De acuerdo a la discrepancia de la importancia de cada uno de los derechos, se dio a la elaboración e implementación de tratados internacionales; se cuenta con ocho tratados de derechos humanos internacionales básicos que contienen garantías en relación a la protección de los derechos humanos en la atención al paciente, según la Guía Práctica sobre Derechos Humanos en la Atención al Paciente 2015:

“Tratados

1. Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (PIDCP).
2. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC).
3. Convenio contra la Tortura y otras formas de Castigo o Trato Cruel, Inhumano o Degradante (CTCTCID).
4. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDM)
5. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CIEDR).
6. Convención Internacional sobre los Derechos del Niño (CIDN).
7. Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CIDPD).

8. Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de los Trabajadores Inmigrantes y sus Familias (CIPDTMF)” (8).

Si bien estos tratados sólo son vinculantes para los Estados que los han ratificado, sus normas tienen una gran fuerza moral y política, incluso para los países no ratificantes, donde se detallan las maneras de ejecutar las acciones para dar cumplimiento de los diferentes derechos que cada una de las personas tienen por derechos inalienables.

De igual forma la Asociación Europea de Escuelas de Salud Pública, en su “Guía Práctica sobre Derechos Humanos en la Atención al Paciente” 2015 describen que: “Existen una serie de instrumentos que, a pesar de no tener la fuerza vinculante de los tratados, han recibido el consenso internacional y ayudan a interpretar el contenido de los derechos de los pacientes”. (8) Entre los instrumentos más representativos de los derechos de los pacientes se encuentra la Declaración Alma – Ata, en donde esta insta la definición de salud decretada por la OMS en su artículo número 1, siendo un derecho humano fundamental centrándose en la importancia de la atención primaria en salud; siendo utilizada como una estrategia destinada a permitir el acceso a los servicios fundamentales de la salud a toda la población mundial bajo las condiciones de que fuera basada en métodos y prácticas, científicamente fundados y científicamente aceptados; puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país pudiera soportar.

La salud pública a nivel mundial ha surgido a partir de necesidades concretas y determinadas durante un proceso histórico en un país o países, pero en su desarrollo ha dado paso al derecho a la salud, al derecho de los pueblos a la salud, hasta convertirse en un derecho social inalienable reconocido por la carta de las Naciones Unidas y su Declaración de los Derechos Humanos. Durante los últimos años en el ámbito de las Naciones Unidas, han surgido organizaciones a nivel mundial que vigilan el derecho a la salud, las cuales se constituyen como entes garantes de la salud pública de los pueblos, entre estas se encuentran la

Organización Mundial para la Salud, (OMS), como también la Organización Panamericana de la Salud, (OPS); las cuales reconocen a la salud como un derecho humano.

Orígenes del concepto “derechos de los pacientes”.

S. Gómez (9). en su artículo Historia de los Derechos de los Pacientes en la Revista de Derecho UNED 2014, describe: “El término «derechos de los pacientes» se entendió en su origen como el logro de la autonomía que el paciente pasó a ostentar en el ámbito biomédico. Así el reconocimiento global de los derechos de los pacientes en la actualidad se muestra hoy en día como una afirmación indudable; no obstante, tal logro ha sido fruto de un largo y laborioso proceso histórico”.

La famosa «Carta de los derechos del enfermo» del 6 de enero de 1973, tuvo un fuerte impacto en la sociedad norteamericana, y por extensión en todo el mundo, al incorporar principios que debían ser respetados en todos los pacientes. Por el mismo tiempo, dos importantes obras trazan el rumbo de los derechos venideros, estamos hablando de la «Teoría de justicia», de Rawls, y «Bioética, un puente hacia el futuro», de Van Potter. Un año más tarde de la «Carta de los derechos del enfermo», se aprobó una declaración de los «Derechos de los enfermos», por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los EEUU. Y en 1979, se publica la «Carta del enfermo usuario de hospital», creada por la comisión de hospitales de la Comunidad Económica Europea, que tiene una notable incidencia en los derechos del paciente en todo el continente(10).

López Reyes IR, en su trabajo de grado para obtener el título de licenciado (a) en ciencias jurídicas, de la Universidad de El Salvador, El Salvador: Dificultades para la aplicación eficaz de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, describe que: “Desde una perspectiva eminentemente histórica pueden diferenciarse dos etapas o más bien, trascendentes situaciones producidas durante la evolución de la relación clínica, paciente a lo largo de la historia. Por una parte, la primera etapa que abarca desde la antigüedad hasta la culminación de la medicina como profesión. La otra etapa abarca desde

ese ejercicio de la medicina como profesión liberal hasta la propia reivindicación de los derechos de los enfermos. Aunque ambas etapas aparecen caracterizadas por el que se ha denominado “paternalismo médico”, los caracteres de otra divergen entre sí, aunque no así la esencia que permanece intacta. La tercera se considera como el logro y culminación de esos derechos.” (4). Si bien describe López Reyes, ha sido un proceso largo y extenuante en cuanto a la evolución de los derechos de los pacientes; existen múltiples diferencias entre los mismos, pareciendo emanar de diferentes principios o de otros derechos que los orientan o les sirven de sustento.

Como exponen R. Rey Gómez, DI. Parra, FA. Camargo en su artículo de la Revista de la Universidad Industrial de Santander: “Por su parte, el papel del paciente en los servicios de salud ha evolucionado en términos de exigir una buena atención técnica-científica, humana y ética. Esto implica, que cada vez tenga mayor participación en la toma de decisiones que compete a su salud y que además exija un trato respetuoso como persona e interlocutor válido”. (11). Por lo que es importante destacar que la persona en su calidad de paciente tiene diversos derechos, a la vez que asume también obligaciones. La determinación de estos derechos y deberes ha dado lugar a innumerables discusiones; lo cierto es que a lo largo de la historia han estado implícitamente reconocidos en los juramentos médicos y códigos de ética.

En cuanto al reconocimiento global de los derechos de los pacientes según S. Gómez-Ullate Rasines (12), en su artículo HISTORIA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES, aunque pareciera hoy en día una afirmación indudable y globalmente aceptada. Tal logro ha sido fruto de una prolongada y acuciante lucha histórica en aras a la reivindicación de una serie de derechos considerados incuestionables. No obstante, debemos anticipar que el reconocimiento de los que denominamos derechos de los pacientes se ha producido de un modo diferente al ocurrido en los derechos humanos, ya que no ha sido fruto de una reivindicación como la que aconteció en éstos.

“Y puesto que las atenciones proporcionadas por los profesionales de la salud no sólo deben desempeñarse muy bien desde lo técnico sino también desde lo ético y lo humano, logrando de esta forma brindar un cuidado holístico, más acorde a las necesidades de las personas enfermas. Lo que ha permitido que en varios países se promulguen leyes que garanticen sus derechos en las instituciones de salud y se promuevan entre los trabajadores de la salud y en los enfermos cuando son atendidos” (13).

Como bien se dice la profesión médica debe regirse no tan solo por valores éticos o morales, sino que hay que adoptar pautas coactivas de comportamiento para regular las conductas implicadas, puesto que están en juego no tan solo valores individuales, sino sociales.

El hecho de tener conocimiento sobre los derechos es indispensable, así como lo refleja en estudios realizados en la cual los enfermos consideran que es importante conocer los derechos y deberes durante la prestación de los servicios de salud, porque permite requerir una atención de calidad.

El derecho de los pacientes a recibir información sobre su salud está cada día más en boga en la ciudadanía y también, en los profesionales por su interés de algunos profesionales sanitarios por compartir la responsabilidad de las decisiones tomadas. El ejercicio del derecho a la información por parte de los pacientes se basa en un triple marco fundamental

Psicológico: la cantidad y la calidad de la información facilitada a los enfermos reduce su angustia, consiguiendo una mejor y más rápida recuperación.

Normativo y legal: este derecho a la información es recogido por la legislación de la mayoría de los países.

Ético: los códigos deontológicos de la profesión médica reconocen el derecho a la información de los pacientes.

Investigaciones acerca de la satisfacción con la información recibida, señalan que aproximadamente la mitad de los pacientes se sienten insatisfechos con la información que

se les ha dado; otros pacientes, además de la insatisfacción con la información recibida, señalan que querrían disponer de más tiempo para hablar con su médico.

“La información precisa, suficiente y comprensible es determinante de una mayor satisfacción, mientras que la carencia de estas cualidades se considera un obstáculo para que los pacientes traten abiertamente sus problemas. En este marco, la información proporcionada al usuario se configura como un elemento clave” (14).

Las TIC se han hecho presentes en el ámbito de la salud. La práctica clínica gira alrededor de datos, información y conocimiento. Internet es la mayor fuente de información sanitaria no solo para los profesionales sino también para los pacientes. Además, han surgido y siguen surgiendo multitud de iniciativas de aplicaciones médicas y sanitarias que, aparte de los servicios de información, contemplan la posibilidad de consulta a médicos: la segunda opinión, los grupos de apoyo entre pacientes, servicios de telemedicina y una amplia gama de posibilidades. El desarrollo de infraestructuras de redes digitales de comunicaciones de tipo corporativo y el acceso generalizado a internet están permitiendo el flujo de información entre todos los actores, usando historiales clínicos electrónicos en un entorno seguro, mejorando la calidad de los servicios y facilitando una gestión más eficiente y cómoda para los ciudadanos (15).

La información, considerada como un proceso de relación verbal de intercambio de información entre el profesional sanitario y el paciente, forma parte de todas las intervenciones sanitarias y constituye un deber más de los profesionales.

El titular del derecho a la información es el paciente. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida en el que el paciente lo permita. Esta es el exponente máximo del derecho a la autonomía, derecho subjetivo y uno de los cuatro principios en los que se fundamenta la ética de la asistencia sanitaria o bioética.

El consentimiento informado implica tanto valores sociales como individuales y puede definirse como «la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación para ser sometido a esos procedimientos» (16).

La Declaración de los Derechos del Paciente de la American Hospital Association de febrero de 1973 dice: "*El paciente tiene derecho a obtener de su médico toda la información disponible relacionada con su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, en términos razonablemente comprensibles para él. Cuando médicamente, no sea aconsejable comunicar esos datos al paciente, habrá de suministrarlos a una persona que lo represente*" (17).

De acuerdo a la Norma Oficial de Salud NOM-004 SSA3-2012, se entiende como consentimiento informado (CI), definido también como carta de consentimiento bajo información, a un documento escrito firmado por el paciente o por su representante legal en el que se acepta, bajo debida información por parte del médico acerca de los riesgos y beneficios esperados, de un procedimiento médico o quirúrgico ya sea con fines diagnósticos, terapéuticos, rehabilitatorios, paliativos o de investigación.

El paciente, o su responsable legal, tienen derecho a que el médico les otorgue dicha información y favorecer su conocimiento. También pueden rechazar o aceptar cada procedimiento ofrecido, y sus prioridades prevalecen sobre las del médico o la familia, siempre y cuando se trate de una persona mentalmente competente.

Actualmente los códigos de ética incluyen el término “consentimiento informado”, afirmando la importancia moral que radica en este. El consentimiento informado nace del reconocimiento mundial de los crímenes de lesa humanidad sucedidos en los campos de

concentración Nazi a mitad del siglo pasado durante la segunda guerra mundial, cuando una corte realiza el renombrado “Juicio a los médicos” donde se establece el Código de Núremberg, cuyo aporte principal para la comunidad médica dicta: “El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial.

La autonomía implica el respeto a las decisiones del paciente, como ser único e individual, y se manifiesta con la aceptación o rechazo de alguna intervención médica una vez que el paciente haya conocido, comprendido y apreciado su enfermedad. El ejercicio de la autonomía supone personas competentes, libres de coacción y con información suficiente.

D. M. Vizcaya Benavides en el estudio realizado acerca del Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general (México), en relación al conocimiento sobre el significado de lo que es CI, solamente 37% del total de la población estudiada afirmó conocer el término. Con respecto al grado de conocimiento acerca del CI, 26% de los pacientes no tenía conocimiento de lo que era, mientras que 63% tenía poco conocimiento (18).

El consentimiento informado además de reconocer el derecho de información de los pacientes es necesario para que en una forma libre, responsable e informada sobre su condición, procedimientos y riesgos a que tiene que someterse, pueda tomar una decisión de aceptación o rechazo, y viene en cierta medida a corregir un poco las imperfecciones del mercado de la salud, ya que indirectamente reduce la ignorancia del consumidor (19).

Legislaciones

“Las normas reglas, los principios y las teorías jurídicas, procuran la protección del paciente en su relación con el médico, donde se involucran derechos cardinales a la vida y a la integridad física y psíquica del usuario médico, potencial víctima en el contrato de prestación de servicios en salud” (20).

Según Luis Ernesto Arévalo, los *derechos humanos* desde el aspecto objetivo, son normas de derecho público constitucional, es decir, de la más alta jerarquía jurídica que protegen ciertos bienes jurídicos fundamentales que se consideran inherentes a la personalidad humana y cuya identificación y precisión son producto histórico del desarrollo de la conciencia humana y la organización social. Son normas jurídicas constitucionales, tanto por su jerarquía como por la materia, es decir, por la clase de relaciones sociales que regulan.

Algo que de ninguna manera se puede negar es que "cuando el Derecho establece deberes, (Gómez Adanero) está imponiendo al sujeto la obligación de comportarse en la manera en que la norma determina, bien porque la norma establezca el deber de realizar determinada conducta, bien porque la norma prohíba la realización de algún comportamiento. Es decir, las normas que establecen deberes exigen al sujeto la realización de conductas que pueden consistir en un hacer o en un no hacer algo, en realizar o no, determinada conducta (21).

El respeto a la dignidad humana, definida como "la calidad o estado de ser valorado y respetado", está en la base de la afirmación, tanto jurídica como política, de los derechos de las personas, los que, a su vez, limitan los avances de la ciencia y de la tecnología, que deben necesariamente respetarlos.

El respeto a la libertad y la autodeterminación de los individuos, y las medidas coercitivas emprendidas por los estados para proteger y promover la salud colectiva, la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud, o la salud, derecho y deber ciudadano, han ido ganando espacio en los debates que se generan en torno a las propuestas de reformas constituyentes y en el campo de la Salud Pública en varios países de América y el resto del mundo.

En la medida que la dignidad es propia de todos los seres humanos, es esencialmente democrática, no admite distintos niveles y no es enajenable. En consecuencia, nadie, bajo circunstancia alguna, puede quitarle la dignidad a la persona humana. Los derechos de los pacientes, tienen su razón de ser en esta aseveración. Si tuviéramos que señalar tres características o realidades con las que se enfrenta la medicina moderna deberíamos anotar las siguientes: 1. El progreso vertiginoso de la tecnología 2. La redefinición del rol del paciente en la toma de decisiones médicas, y, 3. Las presiones para reducir los costos de la atención médica(17)

Es abundante la legislación internacional, especialmente cuando hacemos alusión a las Declaraciones, Pactos y Convenios que aluden a los derechos y deberes del paciente y del personal sanitario. A ello, tenemos que sumar los diferentes Códigos Deontológicos médicos existentes en el mundo.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. Establece en su preámbulo que: «la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana». Se puede apreciar claramente la universalización de los derechos. Es la primera Declaración que reconoce la protección de la salud a todas las personas, al establecer en su

artículo 25 que: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida... y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica.

Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos. Destaca principalmente el artículo 7 «nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos». Establece la cláusula de conciencia como límite a la injerencia de un tratamiento médico, sin duda, es el hito que marca la posibilidad de una negativa del paciente a un tratamiento médico.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En el artículo 12, menciona el derecho al disfrute «del más alto nivel posible de salud física y mental»¹³, consiguiéndose con algunas medidas como: «d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad».

Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo XXI. Establece que «la salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico». Entre sus cinco prioridades se encuentra 1) promover la responsabilidad social para la salud; 2) aumentar las inversiones en el desarrollo de la salud; 3) consolidar y ampliar las alianzas estratégicas en pro de la salud; 4) ampliar la capacidad de las comunidades y empoderar al individuo, y 5) consolidar la infraestructura necesaria para la promoción de la salud.

Carta de Ottawa para la promoción de la Salud. El objetivo principal es alcanzar «salud para todos en el año 2000». Se analizaron los problemas que las regiones y países en vías de desarrollo presentan para alcanzar una «salud universal».

Declaración de Lisboa de la AMM sobre los Derechos del Paciente. Regula la relación médico-paciente, en aras del mejor interés del paciente de acuerdo a su conciencia, en busca de garantizar la autonomía y justicia, ante los cambios surgidos en los últimos años.

Una de las primeras referencias que encontramos en el continente americano, a los derechos de las personas a la prestación sanitaria es la creación de la Organización Panamericana de la Salud. En 1879.

La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre. En su artículo XI, establece: «Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondiente al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad». La igualdad en acceso a la sanidad, junto con la protección sanitaria es el primer paso para que todos los ciudadanos puedan reclamar sus derechos en materia sanitaria.

Protocolo Adicional a la Convención América sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, «Protocolo de San Salvador». Con la premisa de que los derechos del hombre no nacen de una nacionalidad o Estado, sino por ser persona humana, es necesario, proteger determinados derechos. El artículo 10, reconoce expresamente el Derecho a la Salud, «toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social».

Conferencia Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, «Declaración de Caracas». La preocupación de los Estados firmantes no recae solamente sobre la atención sanitaria física, sino también, la atención psíquica.(10).

De esta forma, mientras la protección de la salud como un derecho humano se encuentra consagrada en 19 de las 35 Constituciones de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (Bolivia, Brasil, Cuba, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Surinam, Uruguay y Venezuela), las Cartas Magnas de Bolivia, Brasil, Guatemala, Honduras, Perú, Uruguay y Venezuela contemplan, además, explícitamente el deber de los individuos de participar activamente en la promoción y defensa del derecho a la salud y la preservación del ambiente (22).

“La organización de los cuidados de salud institucionalizados especialmente en la Latinoamérica gira alrededor de sistemas políticos y sociales complejos, que muchas veces dejan de lado la verdadera razón de ser y existencia de tales empresas sanitarias: El paciente” (23).

La promoción y la protección de la salud son esenciales para el bienestar humano y para un desarrollo socio-económico sostenido. Así lo reconocieron hace más de 30 años los firmantes de la Declaración de Alma-Ata, Kazajstán, quienes señalaron que la Salud para Todos contribuiría a mejorar tanto la calidad de vida como la paz y la seguridad en el mundo. No es de sorprender que las personas también consideren la salud como una de sus mayores prioridades, situándose en la mayoría de los países sólo por detrás de problemas económicos como el desempleo, los salarios bajos y el coste de vida elevad (24).

Según la Organización Mundial de la Salud (2018), un sistema de salud es “una estructura social que está constituida por el conjunto de personas y acciones destinadas a mantener y

mejorar la salud de la población. Incluye por tanto diferentes elementos interrelacionados como instituciones, organismos y servicios que llevan a cabo, a través de acciones planificadas y organizadas, una variedad de actividades cuya finalidad última es la mejora de la salud”. Se conoce que un sistema de salud que sea ideal para cumplir con sus objetivos estipulados debe caracterizarse por “ser universal, ser equitativo, ser eficiente, ser flexible y ser participativo.

Seguí-Gómez, Toledo Atucha, & Juan Jiménez-Moleón (2013) resaltan tres modelos base para la configuración de los sistemas de salud actuales. El Modelo de Seguros sociales o Modelo Bismarck, en este modelo la salud se define como un derecho y adicionalmente es definido como un modelo mixto debido a que en este se presentan prestadores de salud tanto públicos como privados y permiten un gasto más flexible en cuanto a la asistencia sanitaria. El modelo de Servicio nacional de salud o Modelo Beveridge, en este modelo se considera como principio que la salud es un derecho o bien tutelado por los poderes públicos del país y es definido como un modelo público y finalmente el Modelo de Libre mercado o Modelo de seguro privado, este modelo califica la salud como un bien de consumo, siendo definido principalmente como un modelo privado.

Por lo que se evidencia que existen dos fundamentos clásicos de sistemas de salud, en el primero se encuentra la salud como un derecho de la población, mientras que en el segundo se tiene la salud como un bien de consumo (25).

Los servicios de salud tienen una responsabilidad fundamental en cuanto a reducir la morbilidad y mortalidad de las poblaciones humanas; como acción primordial de las sociedades en vía de desarrollo y en las sociedades de la información, donde aún, hoy en día, hay poblaciones específicas que por razones diferentes presentan una mortalidad y una morbilidad superior a la de la población general. Los sistemas de salud de América Latina se caracterizaron durante la década de 1980, por su ineficiencia, inequidad y por la baja cobertura de servicios y aseguramiento (26).

SISTEMAS DE SALUD

<p>Argentina</p>	<p>El gobierno nacional fija los objetivos centrales del sistema a través del MS que cumple una función de conducción y dirección política del sistema de salud en su conjunto. El MS tiene a su cargo las funciones de normalización, regulación, planificación y evaluación de las acciones de salud que se llevan a cabo en el territorio nacional.</p>	<p>El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores poco integrados entre sí y fragmentados también en su interior: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El sector público se financia con recursos fiscales. La administración central y los organismos provinciales descentralizados se financian fundamentalmente con recursos del presupuesto nacional. El INSSJyP, que cubre a los jubilados y los beneficiarios de pensiones no contributivas se financia con las contribuciones de los trabajadores asalariados y con recursos fiscales centrales. Este sector también se nutre de recursos que se recaudan en las provincias y municipios. El financiamiento de las OS nacionales proviene del pago de 8% del salario de los trabajadores activos; 3% lo aporta el trabajador y 5% el patrón. Alrededor de 60% de los hospitales eran privados, 38% públicos y el resto pertenecían a las OS. una razón de nueve hospitales por cada 100 000 habitantes (27).</p>
<p>Chile</p>	<p>El MINSAL ejerce la conducción del sector salud en su conjunto estableciendo las políticas, los planes y las normas de acuerdo con las directivas del gobierno y</p>	<p>El sistema de salud chileno consta de dos sectores, público y privado. El primero cubre a 80% de la población. Un 3% adicional está cubierto por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas y el 7% restante son trabajadores independientes y sus familias que no cotizan al FONASA y que, en caso de necesidad, utilizan los servicios del sector público.</p>

	siguiendo las reglas del Código Sanitario. Su tarea fundamental consiste en supervisar las actividades de las cinco organizaciones autónomas que componen al sector salud.	El sector privado está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que cubren aproximadamente a 17.5% de la población y proveen servicios a través de instalaciones tanto privadas como públicas. Un reducido sector de la población paga por la atención a la salud directamente de su bolsillo. Los servicios públicos de salud se financian con impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos hechos por los afiliados al FONASA. Los fondos del sector privado provienen de las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRE y de los pagos de bolsillo que los usuarios de los servicios privados realizan al momento de recibir la atención (28).
Colombia	Dirigido por el ministerio de salud en su nivel más alto como órgano rector	El financiamiento es por medio de aportes o cotizaciones de carácter obligatorio de trabajadores asalariados e independientes con capacidad de pago y pagos de bolsillo a entidades, instituciones o médicos privados, así como por la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social(29).
Perú	Según el Decreto Legislativo 584 (Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud), el MINSA es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud.	El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud)

		<p>y la provisión privada (EPS). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. El gasto de bolsillo sigue siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. El SIS se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general. El 6% restante de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regionales, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación. Las prestaciones de EsSalud se financian con aportaciones de los empleadores, que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, el aporte proviene de los asegurados y equivale a 4% de la remuneración asegurable(30).</p>
Ecuador	<p>En relación a la rectoría, que es la capacidad de conducción del sistema de salud a nivel nacional, la Constitución del 2008 enfatiza que es el Ministerio de Salud Pública (MSP) el organismo encargado de regular el sector salud</p>	<p>el financiamiento público en salud deberá de ser oportuno, regular y suficiente y que el mismo debe provenir del Presupuesto General del Estado. (REF) Actualmente existe también el Seguro General Obligatorio (SGO) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) cuyo fondo de financiamiento proviene de tres fuentes: 1. El aporte individual de los afiliados al mismo, 2. La aportación obligatoria de los empleadores y 3. La contribución del Estado(31).</p>

Bolivia	El MSD es la institución legalmente encargada de fungir como rector del sistema de salud y, en esa medida, normar la gestión de los servicios y formular estrategias, políticas, planes y programas a nivel nacional para el sistema nacional de salud	El sistema de salud de Bolivia incluye un sector público y un sector privado. El sector público comprende al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y al subsector social. El sector privado está constituido por compañías de seguros y proveedores de servicios de salud privados con y sin fines de lucro. El sector público se financia sobre todo con recursos del gobierno nacional y con recursos externos. Las Cajas de Salud se financian con contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el gobierno. La atención privada se financia sobre todo con pagos de bolsillo(32).
El Salvador	La Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud confiere la rectoría el sector al MINSAL	El MINSAL cubre formalmente a 80% de los habitantes del país. Sin embargo, la realidad es que sólo ofrece servicios de manera regular a 40% de la población. La mayor parte del financiamiento del MSPAS procede de recursos del gobierno central. Fondos adicionales se obtienen de préstamos que se gestionan ante la banca internacional y recursos provenientes de la cooperación internacional. El ISSS cubre a los trabajadores de la economía formal y sus familiares, que representan alrededor de 24% de la población (cuadro IV). El ISBM cubre a los maestros y sus familias (cónyuges e hijos hasta los 21 años). Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas, sus familiares y pensionados(33).
Costa Rica	El Ministerio de Salud (MS) como ente rector del sistema.	Los servicios personales de salud se prestan en el sector público, el sector privado y un difuso sector mixto. El sector público está dominado por la CCSS,

		principal proveedor de servicios personales. La CCSS se financia con cotizaciones tripartitas (empleadores, trabajadores y Estado)(34).
Honduras	La SS es la principal instancia rectora del sistema hondureño de salud. Para apoyarla en esa tarea se han creado diversos órganos colegiados de naturaleza consultiva, estructural y funcional.	El sistema de salud de Honduras está compuesto por un sector público y un sector privado. De acuerdo con el Código de Salud, el primero está constituido por las Secretarías de Salud (SS), Gobernación y Justicia, Trabajo y Previsión Social, Educación Pública, Recursos Naturales, Planificación, Coordinación y Presupuesto, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), Servicio Autónomo Nacional de Acueductos y Alcantarillados, y las Municipalidades. El sector privado cuenta con prestadores con y sin fines de lucro. El presupuesto asignado a la SS 76% proviene del Tesoro Nacional, 11% de créditos externos, 9% de donaciones y 4% del alivio de la deuda nacional (35).
Guatemala	El MSPAS es responsable de la rectoría del sistema de salud y se encarga de definir las políticas nacionales de salud. No obstante, su actividad está limitada, entre otras cosas, debido a la fragmentación del sistema nacional de salud.	El sistema de salud de Guatemala está compuesto por un sector público y otro privado. El sector público comprende, en primer lugar, al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el cual formalmente brinda atención a 70% de la población. ¹³ En segundo lugar está el Instituto Guatemalteco del Seguro Social (IGSS), que ofrece cobertura a menos de 17.45% de la población vinculada con el empleo formal. Finalmente, la Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y la policía, incluyendo a sus familias, menos de 0.5% de la población. Los recursos del MSPAS provienen de ingresos fiscales del Estado, de recursos externos en forma de asistencia, préstamos y donaciones internacionales y, de manera poco significativa, de cuotas por servicios (36).

Nicaragua	Según la Ley General de Salud de 2002, el MINSA es el rector del sector salud y responsable de elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas y formular las políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos	se establecieron tres regímenes: contributivo, no contributivo y voluntario. El régimen contributivo lo implementan el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), que administra, entre otros, los seguros de salud obligatorio y facultativo para los trabajadores del sector formal, los Ministerios de Gobernanza (MIGOB) y Defensa (MIDDEF), que cubren a los miembros de las fuerzas armadas y la administración pública, el Ministerio de Educación. El régimen no contributivo está a cargo del MINSA. Los servicios del régimen voluntario los presta el sector privado (37).
México	La coordinación del sistema nacional de salud está a cargo de la Secretaría de Salud; una dependencia del poder ejecutivo	El sistema nacional de salud en México se compone de las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local; de personas físicas y morales de los sectores social y privado que prestan servicios de salud y los mecanismos de coordinación de acciones entre dichos organismos. Paralelamente al sistema público de salud, México cuenta con un sistema privado. con 11.4 hospitales públicos y 28.6 hospitales privados con fines de lucro, por cada millón de habitantes(38).

Cuadros elaborados por grupo investigador: Eva Liliana Campos y Catalina Álvarez de Carranza, agosto 2020, con fuentes bibliográficas descritas, utilizando normas Vancouver.

Es importante acotar, que, en relación a las Leyes Generales de Salud de Nicaragua, República Dominicana y México, incluyen la carta de derechos de los pacientes, en las que se describen los derechos que los usuarios poseen en cuanto su proceso salud – enfermedad respecta.

En otros países como Argentina, Panamá, Uruguay, el tema se regula por medio de leyes específicas sobre derechos de los pacientes. Perú tiene una norma sobre la obligación de los establecimientos de salud de brindar atención médica en caso de emergencias y partos que incluye una sección sobre derechos de los pacientes.

Si bien la mayoría de los países velan por el cumplimiento y aplicación de los derechos de los pacientes, no todos fijan sus deberes; lo cual es un error y causa para que el personal de salud sea violentado por usuarios o familiares. Lo cual es un problema ya que el personal de salud está expuesto a recibir violencia de todo tipo, incluso hasta la muerte, por no regularizar como también no dar la información a la población en general sobre los deberes que ellos deben de cumplir tanto en el establecimiento de salud en los cuales son atendidos; como también el respeto a cada profesionales que lo atienden en los centros de salud; es por ello que esto se puede evidenciar en el estudio publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, por P.J. Mendoza Arana, en donde describe: “En el estudio de Travetto C. et al. (2), realizado en personal de salud en América Latina, se identificó que un 67% había sufrido algún tipo de agresión en el último año, siendo este porcentaje mayor en enfermeros y médicos, llegando, incluso, a un 71%” (1).

Por otra parte, sobre los deberes de los pacientes se prevé que las personas usuarias de los servicios de salud deban proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades. Algunos de los países revisados en este estudio comparten mecanismos de quejas y reclamos por parte de los pacientes, aunque algunos de ellos no son aplicables al conjunto de las instituciones que integran el sistema de salud. Ello guarda relación con el reparto de competencias entre la autoridad sanitaria nacional y otras instancias

regulatorias; y con el gran error que se evidencia es la falta de información hacia los usuarios del proceso de cumplimiento de los deberes y derechos.

Así como la Organización Mundial de la Salud., en su sitio web describe que los Gobiernos de los países han establecido documentos regulatorios basados en ley, como en el ejercer de los derechos humanos que han venido mostrando la importancia en una población o sociedad para que fluya de manera correcta; lo cual ellos citan de la siguiente manera: “Las políticas y los programas se han concebido para satisfacer las necesidades de la población, como resultado de los mecanismos de rendición de cuentas establecidos. Un enfoque basado en los derechos humanos identifica relaciones a fin de emancipar a las personas para que puedan reivindicar sus derechos, y alentar a las instancias normativas y a los prestadores de servicios a que cumplan sus obligaciones en lo concerniente a la creación de sistemas de salud más receptivos.” (2)

Situación que abona el Banco Interamericano de Desarrollo, donde expresa en su libro *Desde el paciente: Experiencias de la atención Primaria en Salud en América Latina y el Caribe*: “En los sistemas de salud, la perspectiva de los usuarios de los servicios de salud –los pacientes–, provee información valiosa y es fundamental para fortalecer el cuidado centrado en la persona; sin embargo, es todavía poco analizada en la región de América Latina y el Caribe (ALC).” (3)

En su artículo, A. Sojo, establece: “El cariz de las reformas de salud de la región emprendidas desde la década de las ochenta evidencian muchos matices. La reforma más radical en términos de socavar los principios de solidaridad y de universalidad la introdujo la dictadura militar en Chile, sistema cuyos grados de solidaridad han sido incrementados desde la última década. En su antípoda, desde la transición a la democracia el financiamiento en salud y no contributivo tuvo un claro ímpetu universal en Brasil; el horizonte universal fue importante en Colombia, donde desde un aseguramiento bajísimo (en torno al 20%) se dio un enorme salto con una ley que introduce competencia tanto en el nivel de aseguramiento como de la

prestación y contempla dispositivos para la solidaridad. La complejidad del financiamiento y de las combinaciones público privadas alerta a no originar "tierras de nadie" en lo preventivo, como lo demuestra la experiencia colombiana." (39)

Por otra parte, López Reyes en su trabajo de grado expone la historia en que los derechos de los pacientes en el país de El Salvador han venido transformándose desde una nulidad de los derechos a la salud, hasta un verdadero desarrollo sanitario describiendo: "En lo que se refiere a la legislación secundaria se puede indicar que desde 1821 hasta 1900 las cuestiones de salud fueron reguladas principalmente por leyes y ordenanzas de carácter municipal. A partir de 1900 la salud cobra la relevancia, en ese año se crea el Concejo Superior de Salubridad, inspirado en el Código de Sanidad que hizo promulgar el prefecto de París Dubois, el 6 de Julio de 1807, y que, en El Salvador, constituyó una verdadera revolución sanitaria." (4). De acuerdo a los descrito en el país de El Salvador se han venido suscitando diferentes documentos de ley, en donde se van anteponiendo cada vez más claros los derechos de los pacientes, el derecho a salud como fin principal.

Es por lo que en la Constitución Política de la República de El Salvador vigente se establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público; en donde el estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Y que en la legislación algunos derechos y deberes tanto de los pacientes como de los prestadores de servicios de salud, que se encuentran en varios cuerpos de ley, se ven en una dificultad de su respectivo conocimiento por lo que se vio la necesidad de dictar una ley que regule y garantice los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud, de acuerdo al decreto N° 307 en el tomo N° 411 del Diario Oficial publicado en diciembre de 2015, queda por decreto la aplicación de dicha ley.

Es por ello que, a partir de 5 de mayo 2016, entro en vigencia la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud cuyo objeto de la ley es garantizar y regular los derechos y deberes de los pacientes que solicitan y reciben atención en salud, así

como de los prestadores de servicios de salud, su ámbito de aplicación los pacientes y prestadores de servicios de salud, instituciones públicas, privadas, autónomas incluyendo seguro social.

El ente rector para el cumplimiento es el ministerio de salud y las autoridades sancionatorias de esta ley, serán las juntas de vigilancias y el consejo superior de salud pública.

2.1 ESTADO DE LA CUESTIÓN O DEL ARTE

Según Nancy Piedad Molina Montoya en su artículo en la revista DIALNET, Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular. El estado del arte es una modalidad de la investigación documental que permite el estudio del conocimiento acumulado (escrito en textos) dentro de un área específica. Sus orígenes se remontan a los años ochenta, época en la que se utilizaba como herramienta para compilar y sistematizar información especialmente el área de ciencias sociales, sin embargo, en la medida en que estos estudios se realizaron con el fin de hacer balances sobre las tendencias de investigación y como punto de partida para la toma de decisiones, el estado del arte se posicionó como una modalidad de investigación de la investigación. Hoy en día se considera que en general, el estado del arte puede abordarse desde tres perspectivas fundamentales. Sea cual fuere el abordaje del estado del arte, se considera que su realización implica el desarrollo de una metodología resumida en tres grandes pasos: contextualización, clasificación y categorización; los cuales son complementados por una fase adicional que permita asociar al estado del arte de manera estructural, es decir, hacer el análisis (sinónimo de investigación). De esta manera se observa que la realización de estados del arte permite la circulación de la información, genera una demanda de conocimiento y establece comparaciones con otros conocimientos paralelos a este, ofreciendo diferentes posibilidades de comprensión del problema tratado; pues brinda más de una alternativa de estudio (40).

A continuación, presentamos diferentes estudios de países de Latinoamérica, relacionados a derechos y deberes de los pacientes a fin de conocer la situación actual a través de diversas investigaciones.

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN ARGENTINA

En Argentina se amparan los derechos de los pacientes en la Ley N° 26529, llamada: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, en esta ley se definen los derechos de los pacientes de la siguiente manera: Derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate.

MN. Echegoyemberry y G. Castiglia en su artículo titulado: *Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos*, exponen que el sistema de salud en Argentina es uno de los más grandes de América Latina y la OMS, 2009 destaca que: Argentina es el país de Latinoamérica con mayor inversión en salud; invierte el 9,6% del producto bruto interno (pbi). Pero un mayor gasto total, no se traduce necesariamente en mayor salud para la población, ni en mejores indicadores. Del gasto total en salud, el subsector público sólo financia el 48%, y el resto entre privado y de obras sociales. Se puede mencionar que Estados Unidos es el país que más gasta de su producto bruto interno (15,3%), casi el 46% de este gasto se lo lleva el sector público, para la implementación de los sistemas Medicare y Medicaid.

Por lo consiguiente MN. Echegoyemberry y G. Castiglia en su artículo concluyen: “que la existencia del derecho a la salud en nuestra Constitución Nacional, es condición necesaria e ineludible, aunque no suficiente para garantizar la salud y accesibilidad al sistema, se necesitan políticas públicas y sistemas de salud basados en APS, capaces de suprimir las barreras y déficit de accesibilidad a los sistemas de salud. De esta manera, ampliar los espacios de participación ciudadana en la elaboración, implementación y evaluación de

políticas públicas de salud, que en definitiva redundará en una mayor y mejor democracia” (41).

A F. Toledo en su ponencia titulada como: *El derecho de la salud en la gestión pública. La experiencia del área de bioética del ministerio de salud de la provincia de Córdoba (Argentina) en algunas aplicaciones de este derecho*, en la Revista Derecho y Salud, describe que: “Según el Barómetro de la Deuda Social Argentina de la UCA, en un trabajo que abarca los años 2010 al 2016, analiza el acceso a la salud en población urbana argentina desde una mirada multidimensional de la pobreza. En este informe afirma “que 3 de cada 10 argentinos se atiende en la asistencia pública”, y que, si tomamos estos datos en el 2016, este porcentaje va en franco aumento. Asimismo, según sus resultados, el 70% de los pobres y el 80% de los indigentes, son atendidos por la asistencia pública. Asimismo, indica que la población que no está dentro de la línea de pobreza ni de indigencia, son cada vez más los que concurren a los hospitales públicos para su atención. Y los que tienen vulnerados uno de sus derechos, concurren cerca del 50%, y en los que tienen más de dos derechos vulnerados es superior al 50 %, aumentado su número si la medición se realiza cerca del 2016” (42).

Por otro lado, A F. Toledo expone en su ponencia: “En este contexto, es que, en el año 2019, se han implementado dos acciones que buscan expresar mejor cómo la bioética en instituciones públicas tiene relación directa a un hacer. Ellos son: (1) Los derechos y responsabilidades de los pacientes y (2) el formulario de consentimiento informado general de internación.” (42).

Esta primera propuesta surgió de una situación donde muchas veces se generan tensiones en la relación médico y paciente, terminando en algunas ocasiones en situaciones, de violencia, ya sea verbal o gestual. Así fue como varios comités de bioética institucional propusieron la necesidad de generar cartelera sobre estos derechos de los pacientes con sus correspondientes responsabilidades, para regular y poner orden de acuerdo a derechos y responsabilidades (deberes), lo cual describe de la siguiente manera:

Los derechos y responsabilidades de los pacientes en los hospitales públicos

“Una premisa fundamental para abordar este tema fue presentar los derechos y las responsabilidades de los pacientes, como binomios que se deben entender juntos y en mutua correlación. Por eso, como afirma David Ross y otros, que “no hay derechos sin deberes”, ni hay deberes que no impliquen algún tipo de derecho, por una cuestión de presentación léxica y Gráfica para esta iniciativa, se adoptó el término “responsabilidades” en vez de usar la palabra deberes” (42).

Esta primera propuesta surgió de una situación donde muchas veces se generan tensiones en la relación médico y paciente, terminando en algunas ocasiones en situaciones de violencia, ya sea verbal o gestual. Así fue como varios comités de bioética institucional propusieron la necesidad de generar cartelera sobre estos derechos de los pacientes con sus correspondientes responsabilidades, para regular y poner orden de acuerdo a derechos y responsabilidades (deberes), lo cual se describe de la siguiente manera:

Los derechos y responsabilidades de los pacientes en los hospitales públicos

“Una premisa fundamental para abordar este tema fue presentar los derechos y las responsabilidades de los pacientes, como binomios que se deben entender juntos y en mutua correlación. Por eso, como afirma David Ross y otros, que “no hay derechos sin deberes”, ni hay deberes que no impliquen algún tipo de derecho, por una cuestión de presentación léxica y Gráfica para esta iniciativa, se adoptó el término “responsabilidades” en vez de usar la palabra deberes” (42).

Cuadro N°1: *Derechos y responsabilidades de los pacientes en los hospitales públicos*

DERECHOS	RESPONSABILIDADES
<ol style="list-style-type: none"> 1. Derecho a recibir atención sanitaria adecuada, gratuita y sin discriminación. 2. Recibir un trato digno y respetuoso cuidando su intimidad. 3. Sus datos personales e historia clínica sean confidenciales. 4. Recibir información en un lenguaje claro y comprensible para tomar su propia decisión y luego a firmar su consentimiento informado. 5. Posibilidad de aceptar o rechazar cualquier tratamiento procedimiento que se le ofrezca 6. Contar en la compañía de algún familiar. 7. Tener visita y apoyo espiritual o religioso, como así también a realizar una consulta de carácter bioético al comité hospitalario de bioético 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tratar con respeto y sin violencia el personal de salud que lo atiende. 2. Cuidar la propia salud siguiendo las recomendaciones de profesionales de salud que te trate. 3. Preguntar y leer atentamente lo que se tiene antes de firmar el consentimiento informado. 4. Proporcionar al equipo de salud toda la información requerida, necesaria y cierta, sobre la identidad del paciente y su condición de salud. 5. Respetar, el paciente y sus familiares, las normas y reglamentos del establecimiento en el que se atiende. 6. Evitar conductas que molesten a otras personas. 7. Cuidar y hacer correcto uso de las instalaciones y equipamiento del establecimiento de salud.

Elaboración propia por grupo investigador, según: El Derecho de la Salud en la gestión pública. La experiencia del Área de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Argentina) en algunas aplicaciones de este Derecho. ”. (42)

Consentimiento informado para internación general en los hospitales públicos

Así mismo, A F. Toledo describe los componentes que contempla el formulario del consentimiento informado: “En el formulario de consentimiento informado general de internación, se le informa que la enfermedad que padece puede tener un curso cambiante de tratamiento y se le dice, que, en todo momento de su estadía internado, se le brindará la mejor atención posible, que también se guardará su intimidad y confidencialidad, que también podría haber -bajo supervisión experta- la visita de personal médico en formación y que puede recibir asistencia religiosa o de algún otro tipo según sus deseos. También se le informa que puede consultar a un comité de bioética y también que, en caso de gravedad, puede expresar sus directivas de voluntades anticipadas y con la opción de aceptar o rechazar tratamientos que sean útiles a nivel terapéutico y solo generan sufrimiento al paciente.” (43). Esta nueva disposición surgió ya que, en los hospitales públicos de la provincia, solo existía el consentimiento informado para tratamientos específicos, como cirugías o alguna práctica invasiva, donde el riesgo del paciente es alto. Es por ello que se vio la necesidad de proveer un consentimiento informado general de internación, sin reemplazar a los específicos que saben tener cada servicio médico.

Por otro lado, JA. Rossini en su trabajo final para la obtención de la especialidad en medicina legal titulada como: *Conocimiento y cumplimiento de los profesionales médicos del derecho del paciente a la información sanitaria en la ciudad de Santa Fe (Argentina)*, obtuvo resultados sobre el grado de conocimiento que tienen los profesionales médicos, tanto en el ámbito público como privado de la ciudad de Santa Fe, del derecho del paciente a la información sanitaria; los cuales son de mucha relevancia ante este estudio los cuales se describen a continuación:

“Resulta pertinente resaltar que, si bien solamente un 70/ de los profesionales afirmo conocer la existencia de normativas, casi la totalidad de los mismos (98.9%) respondió acorde a los que las normativas establecen. Posiblemente esta discordancia responda al sentido que cada una de las preguntas formuladas, ya que en la primera respuesta se basó sobre si sabían o

conocían mientras que en la segunda posiblemente la respuesta estuvo orientada a los que harían o hacían en la práctica clínica diaria.

En el presente trabajo el 16.3% de los profesionales no afirma que este derecho debe respetarse, cual demuestra que una proporción importante de los profesionales fracasa en reconocer que tanto el deseo de recibir información como el deseo de no recibirla constituyen un derecho. Este fracaso no debería ser pasado por alto debido a las consecuencias que podría ocasionar no solo en la relación médico- paciente sino también en las consecuencias legales para el profesional de Salud, puede concluirse afirmando que el conocimiento de las regulaciones legales es invalorable para la realización apropiada del ejercicio de la medicina. Desconocer las normativas legales que rigen la relación médico- paciente pueden dar origen a la judicialización del “acto médico”, y la implementación de medidas que atiendan a eliminar completamente la existencia de estas lagunas jurídicas podría implicar un beneficio no solamente para el médico, sino también para los pacientes a través del reconocimiento pleno de sus derechos” (44).

Gregorio M. J, Zarza E., Videla G., Gandolfo; realizaron un estudio observacional analítico de cohorte, sobre la población de empleados ley 7233, ley 7625 y pacientes del Hospital J.M. Urrutia, en donde obtuvieron resultados los cuales son relevantes ante esta investigación documental, los cuales son: “Cerca de un tercio de los profesionales, no informa al paciente sobre su patología, lo que presenta cierta coherencia, ya que tal información solo les corresponde a algunos grupos laborales, por otro lado, solo la mitad del grupo médico consensua el tratamiento, coincidiendo con la revisión bibliográfica, en que el derecho de autonomía del paciente es uno de los más vulnerados. Si tenemos en cuenta que en nuestro hospital no está implementado el CI (consentimiento informado), es comprensible que, si la mayoría de los profesionales responde conocer este instrumento, casi un 20% de ellos lo cree optativo” (45).

Por lo consiguiente se obtuvo los resultados de los pacientes los cuales fueron encuestados en el mismo estudio, lo cual arroja lo siguiente:

“Sin embargo se produce divergencia entre el 95% del trato digno expresado en aquel trabajo, cuando en nuestra encuesta se siente respetado siempre el 56%, y a veces el 39% de los pacientes, lo que nos acerca más a la investigación de Bepali et al., donde más del 30% de los pacientes reclamaban trato amable, con cortesía y respeto. Menos de la mitad de los pacientes conoce la importancia de su propia historia clínica como un documento. Nos pareció alto el porcentaje de pacientes que desconocían su derecho de autonomía, y creemos que al carecer de la información les impide plantear sus derechos como usuarios” (45).

Derechos y Deberes de los pacientes en Chile

Según el artículo de FJ. León, publicado en la Revista Médica de Chile describe que la ley entró en vigencia hace 8 años, donde lo detalla de la siguiente manera: “En abril de 2012 se promulgó la Ley 20.584, que regula "los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud"”(46). Esta Ley comienza a atender, aunque tímidamente, a la autonomía de los pacientes, pero debemos señalar que nos queda mucho por delante en la humanización de la atención en salud, en la excelencia de los cuidados con los pacientes, en la calidad asistencial y en un profesionalismo médico que tenga en cuenta la competencia, pero también los valores de servicio, beneficencia y solidaridad social.

Después de varios años de exponer los derechos fundamentales recogidos la constitución de la República como también la existencia de tratados internacionales, se dio parte al reconocimiento de un listado de derechos y deberes que, por disposición legal, son exigibles a todo prestador de salud público o privado, sea individual o institucional. Estos derechos y deberes quedaron en evidencia en la puesta en marcha de la ley N° 20.584, que “Regula los

derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud” (47). Esta ley establece un conjunto de derechos sobre los que se ha legislado, los cuales para fines de mayor comprensión se sistematizan, en los siguientes bloques:

Derechos de los pacientes según Ley N° 20.584

1. Derechos vinculados a la vida y a la integridad física y psíquica;
2. Derechos relacionados con la autonomía;
3. Derechos relacionados con la información necesaria para la toma de decisiones, en diferentes ámbitos relacionados con la atención;
4. Derechos relacionados con la intimidad. Todos los que en su conjunto protegen de un modo integral a la persona necesitada de atención en salud, y de un u otra forma convergen en un caso en concreto.
5. Derechos relacionados con la confidencialidad.

Elaboración propia por grupo investigador, según: derechos de los pacientes según ley N°20.584 (4).

Según EJ. Olguin en su tesina: *Análisis y Propuesta de Plan de Mejora en Relación a los Resultados de Evaluación del Respeto Efectivo de los Derechos de los Pacientes en el Hospital de Peñablanca durante el año 2016*, expone que la ley N° 20.584: “Se dirige a los prestadores institucionales de salud públicos y privados, a los profesionales del sector y a los propios usuarios: paciente, familia o acompañantes. Sin embargo, su centro, es el paciente en “su proceso de atención en salud”: período comprendido desde el primer contacto e ingreso a un establecimiento de salud hasta su egreso. Es al paciente en especial, sobre la base de su dignidad, a quien la ley asegura derechos no prestacionales vinculados a su atención en salud crea instituciones y entrega herramientas para ejercerlos, como también le prescribe deberes, de modo de fortalecer una sana relación asistencial (Milos et al, 2014)” (48).

Las autoras P. Bravo, A. Dois, A. Contreras, describen en su artículo en la Revista Scielo: “La participación de los usuarios chilenos de APS en las decisiones clínicas es aún escasa. De acuerdo a la experiencia de los participantes de este estudio, los profesionales siguen

manteniendo el poder, pero un trato personalizado y empático les permite confiar en el juicio y decisión del profesional. Promover el involucramiento de los usuarios es esencial para aumentar la satisfacción y promover un cuidado centrado en la persona. Desde la mirada de Alma-Ata, es importante potenciar las capacidades de las personas para asumir la responsabilidad que le compete en el cuidado de su salud. La APS es el punto de entrada de los usuarios al sistema sanitario, por lo que puede modelar la manera en que ellos se relacionarán con los profesionales y el rol que adoptarán en esa interacción. Por este motivo, establecer estrategias para la promoción de la participación en este nivel de atención es fundamental para generar un cambio en el modelo de salud hacia uno más democrático e inclusivo.” (49).

En el artículo *satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería*, por las autoras CL. Navarro, MJ. Cruz Osorio, EG García, representan en su estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal, cuyo objetivo fue determinar el grado de satisfacción usuaria respecto a la competencia de comunicación del profesional de enfermería, en el contexto hospitalario; los siguientes resultados: “Existe un alto grado de satisfacción global de la comunicación del profesional de enfermería percibida por los pacientes de los centros de salud estudiados, sin embargo, al realizar análisis desagregados de cada variable, el grado de satisfacción es menor, especialmente en lo referente a la comunicación no verbal (17-19, 23, 26). Llama la atención que, en un estudio realizado en Chile por la Superintendencia de Salud, medida la satisfacción usuaria en varias de sus dimensiones, los usuarios del sistema tanto público como privado, frente a la pregunta de cuál sería la "atención ideal" (sic), valoran en un nivel muy menor "que lo hagan sentir como persona", siendo superado ampliamente por el uso de tecnología de punta y la rapidez en la atención.” (50).

También las investigadoras CL. Navarro, MJ. Cruz Osorio, EG García evidencian que: “Dentro de los resultados encontrados, las mujeres perciben un mayor grado de insatisfacción de la comunicación enfermera-paciente, en relación a los hombres, esto podría deberse a que éstas son más participes en el proceso de salud-enfermedad, contribuyendo a que presenten

más conocimiento de los aspectos relacionados con éste, generando de esta manera una mirada más crítica hacia los profesionales y la calidad percibida de la atención.” (50).

Consentimiento informado

Según la Ley 20.584, sobre los Derechos y Deberes de los Pacientes, todas las personas tienen el derecho de otorgar o denegar su voluntad para ser sometido a algún procedimiento o tratamiento, de forma libre y voluntaria, luego que el profesional le entregue toda la información relacionada (9). Se señala que la información entregada por el profesional debe ser de forma verbal, pero debe quedar constancia de este consentimiento de forma escrita, en la ficha clínica, en caso de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos, o para la aplicación de cualquier procedimiento que conlleve un riesgo relevante y conocido para el paciente. Se excusan de este consentimiento escrito las personas en las que la falta de aplicación del procedimiento suponga un riesgo para la salud pública; cuando su condición de salud o cuadro clínico implique riesgo vital o secuela funcional grave si no se realiza la atención inmediata, y si el paciente no puede expresar su voluntad y su representante legal no se encuentre; o si la persona se encuentra en incapacidad de manifestar su voluntad y su representante legal no exista. En estos casos se deberán adoptar medidas para garantizar la protección de la vida. Chile ha suscrito en 1990 lo explicitado en la convención de los Derechos del Niño, dándole a los menores que estén en condiciones de formarse un juicio propio el derecho a su autonomía gradual, debiendo solicitar su asentimiento al realizar cualquier prestación en salud, en función a su edad y madurez.

Por su parte el Código de Ética del Colegio Médico de Chile, en el título III sobre las relaciones del médico con sus pacientes, destaca el secreto profesional, menciona que debe guardarse confidencialidad de la información verbal obtenida del paciente y de los registros, debiendo solicitar el consentimiento del paciente para transmitir dicha información si se requiere la asistencia de otro u otra profesional. Este secreto profesional se debe mantener

incluso al cesar los servicios médicos o se encuentre fallecido el paciente. Solo puede vulnerarse en caso de enfermedades de notificación obligatorias (ENO), solicitud de los tribunales de justicia, ante su requerimiento para certificados de nacimiento o defunción, si es imprescindible ante el perjuicio grave para el paciente o terceros, o si es necesario para su defensa ante tribunales. El Colegio de Cirujanos Dentistas ingresa el mismo concepto en su título I sobre disposiciones generales, de forma más sucinta, denominando “confidente” a quien le otorgue la información.

Con respecto a las ENO —Decreto 158 del MINSAL—, es obligatorio notificar la enfermedad junto con la identificación del paciente, incluyendo nombres, apellidos, RUT, ficha clínica, domicilio, teléfono, sexo y datos de la historia clínica (21). Solo en el caso de las enfermedades de transmisión sexual se reemplaza el nombre y apellido por el RUT, y el domicilio por la comuna de residencia (51).

Según WALLY OPPLIGER A. M. LUZ BASCUÑÁN R, en su estudio sobre Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo de un Servicio de Pediatría de un Hospital público de Santiago los resultados presentaron *que El 100% de los profesionales, tanto médicos como enfermeras, respondió que los tutores deben ser informados de la situación médica del niño. Las madres tienden a coincidir, señalando que ello es un deber y un derecho. Por su parte la totalidad de las madres indica haber recibido información por parte de algún médico y valorar positivamente este hecho. Un 48% de ellas señala haber sido informadas permanentemente, un 32% afirma haber recibido información sólo cuando lo solicitaban y un 20% indica haber sido informadas en una ocasión (ya sea al pedirla o al momento del ingreso o del alta del niño).*

En cuanto al consentimiento informado, *Un 50% de los tutores señala “conocer” o “saber algo”, un 29% refiere desconocer a qué se refiere y el 21% restante no respondió a la pregunta. Mientras la gran mayoría de los tutores indican desear la mayor cantidad de*

información posible, se observa una ausencia total de referencia a su posible participación en la toma de decisiones (52).

DEBERES Y DERECHOS EN COLOMBIA

De acuerdo a J L. Oliva en su estudio sobre LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DEL PACIENTE A TRAVÉS DEL DERECHO CONSTITUCIONAL, PROCESAL CONSTITUCIONAL Y EL DERECHO DE DAÑOS, Es relevante indicar que los sistemas normativos colombianos, están integrados por ordenamientos jurídicos de rango constitucional y legal, que se vinculan con la protección del derecho a la salud del paciente, con la implementación de normas reglas y normas principios, que salvaguardan los derechos fundamentales del paciente a la salud, integridad física y la reparación integral, en este último caso, cuando se exterioriza el hecho médico-sanitario generador de daños al usuario médico (53).

En el sitio web del ministerio de salud y protección social del gobierno de Colombia, en su folleto de la carta de derechos y deberes de los pacientes se han estipulado una lista de los derechos y responsabilidades que deben de aplicar y garantizar el cumplimiento en las instituciones de salud, los cuales son:

1. Acceder a los servicios sin que le impongan trámites administrativos adicionales a los de ley
2. Que le autoricen y presten los servicios incluidos en el Plan de Beneficios de manera oportuna, si requiere un servicio que no esté incluido, también lo puede recibir.
3. Que, en caso de urgencia, sea atendido de manera inmediata, sin que le exijan documentos o dinero.
4. Que solamente le exijan su documento de identidad para acceder a los servicios de salud.

5. Recibir los servicios de salud en condiciones de higiene, seguridad y respeto a su intimidad.
6. Obtener información clara y oportuna de su estado de salud, de los servicios que vaya a recibir y de los riesgos del tratamiento.
7. Recibir una segunda opinión médica si lo desea y a que su asegurador valore el concepto emitido por un profesional de la salud externo.
8. Que usted o la persona que lo represente acepte o rechace cualquier tratamiento y que su opinión sea tomada en cuenta y respetada.
9. Ser incluido en estudios de investigación científica, sólo si lo autoriza
10. Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
11. Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
12. Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.
13. Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
14. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
15. Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios.
16. Que se mantenga estricta confidencialidad sobre su información clínica.
17. Recibir durante todo el proceso de la enfermedad, la mejor asistencia médica disponible.
18. Recibir servicios continuos, sin interrupción y de manera integral.
19. Que le informen dónde y cómo pueden presentar quejas o reclamos sobre la atención en salud prestada.

20. Que como cotizante le paguen las licencias y las incapacidades médicas.
21. Tener protección especial cuando se padecen enfermedades catastróficas y de alto costo, sin el cobro de copagos.
22. Que atiendan con prioridad a los menores de 18 años.
23. Elegir libremente el asegurador, la IPS y el profesional de la salud que quiere que lo trate, dentro de la red disponible.

Deberes de los pacientes

1. Cuidar su salud, la de su familia y su comunidad.
2. Cumplir de manera responsable con las recomendaciones de los profesionales de salud que lo atiendan.
3. Actuar de manera solidaria ante las situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas.
4. Cumplir las normas y actuar de buena fe frente al Sistema de Salud.
5. Brindar la información requerida para la atención médica y contribuir con los gastos de acuerdo con su capacidad económica.
6. Respetar al personal de salud y cuidar las instalaciones donde le presten dichos servicios” (54).

El profesor JE..Pérez Cárdenas, en su artículo llamado: *Algunos comentarios sobre la ley 1751 del 2015 que regula el derecho fundamental a la salud*, expone: “En el artículo 6 de esta ley se establece el principio de la aceptabilidad en el cual se menciona que en la

aplicación de los servicios de salud se debe, respetar "las particularidades socioculturales y la cosmovisión de la salud de los usuarios de este sistema"; este principio plantea un problema con algunas comunidades como la indígena, que no aceptan la medicina occidental para el tratamiento de sus dolencias; lo cual implicaría además que el sistema de salud debería tener personas para la atención personalizada de estos individuos, que les garanticen la prestación de la salud de acuerdo con sus normas y principios. Pero otro problema adicional es que en esta ley se prohíbe el uso de procedimientos y medicamentos no validados científicamente que demuestren su eficacia en el tratamiento de alguna patología; esta prohibición ya sería un argumento para la negación de los servicios de salud a aquellas personas que no aceptan los procedimientos científicamente validados a menos que el mismo paciente, a pesar de sus principios, renuncie a los mismos y acepte las indicaciones médicas prescritas para diagnosticar y atender las patologías que lo aquejan" (55).

Por último, describe dos situaciones fundamentales que para él son de relevancia: "El primero es la definición de que en la prestación de los servicios de salud debe prevalecer la rentabilidad social y no la económica. Este aspecto implica que el estado debe garantizar la supervivencia de las EPS y ARS privadas; pero, además, también debe vigilar estrechamente a las mismas para evitar el lucramiento de los promotores de estas iniciativas, tal como ha ocurrido anteriormente. Si el Estado aplicara con rigurosidad esta vigilancia, me pregunto: ¿cuántas de las EPS que actualmente tenemos en Colombia permanecerían?"

El segundo aspecto final se refiere a las prebendas dadas por algunos prestadores al personal médico en desmedro de su actuación profesional y ética. La ley garantiza la autonomía profesional relacionada con el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, aspecto que a veces es limitado por las directivas de las empresas prestadoras y que seguirá siendo limitado mientras existan las condiciones de contratación que no garantizan una estabilidad laboral de los profesionales de la salud, pauperizando su ejercicio profesional de acuerdo con aquellos lineamientos soterrados dados por los entes que los contratan, dentro de los que se cuentan no solo prestadores privados, sino también públicos, que son los que deberían dar ejemplo en la aplicación de esta ley." (55).

En el año 2014 las investigadoras IY. Castillo Ávila; MP. Villarreal Villanueva; E. Olivera Correa, realizaron un estudio analítico con una muestra de 712 embarazadas de bajo riesgo atendidas en 25 instituciones públicas de Cartagena, titulado como: Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena, en donde se obtuvo resultados relevantes para esta investigación documental, los cuales son los siguientes:

“Percepción de cumplimiento de derechos y deberes.

De las 712 mujeres encuestadas el 52,3% (373) aseguran que no fueron informadas sobre sus derechos y deberes, mientras que el 64% (456) consideraron que sí fueron respetados sus derechos y el 63,1% (449) percibieron como bueno el cumplimiento de los mismos...

... En este estudio se encontró que más de la mitad de las usuarias encuestadas no reciben información sobre sus derechos y deberes, contrario a lo reportado por Guix y colaboradores (26), quienes en un estudio realizado en Barcelona encontraron que al 56,87% de los usuarios atendidos, le dieron a conocer sus derechos y deberes como paciente. Estos datos permiten cuestionar las debilidades que tienen las instituciones públicas de primer nivel de Cartagena en el sistema de información, siendo este un aspecto clave para garantizar la oferta de un servicio con calidad, lograr la consecuente satisfacción y favorecer la utilización” (56).

En Colombia, el consentimiento informado (CI) surgió en la atención médica hospitalaria, siguiendo las mismas trayectorias y recorridos de las sociedades occidentalizadas del siglo XX, que posicionan cada vez más criterios de autonomía individual, y se extienden en un comienzo a otras áreas y especialidades médicas no hospitalarias, involucrando otras profesiones, sobre todo en las dos últimas décadas. Aparece fundamentalmente como una exigencia legal y básicamente como documento escrito, un documento de conocimiento informado (DCI)

Según la investigación científica sobre el Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas ético-legales y dificultades en el lenguaje, de M.T Escobar López y E. Novoa Torres, El más alto cumplimiento por encima de 90% y sin llegar al total, se observa en categorías como: Enuncia que es un C.I; Nombre del paciente; Aceptación del tratamiento o procedimiento; Firma de paciente, con muy bajo cumplimiento por debajo del 10%; Riesgos; Ventajas y desventajas de las alternativas del tratamiento; y desventajas del tratamiento o procedimiento. Así refiere que el no cumplimiento de categorías imprescindibles, de parámetros legales o de principios bioéticos, como lo muestra por ejemplo la falta de información sobre riesgos o ventajas y desventajas de tratamientos, así como consecuencias en caso de negativa o tardanza en dar el consentimiento, revela que no existe un verdadero acompañamiento y conocimiento adecuado sobre el tema (57).

De acuerdo a la investigación “Percepción sobre consentimiento informado en pacientes de cuatro diferentes áreas de atención en salud en Bogotá, Colombia”, realizada entre febrero de 2013 y enero de 2014. por M.T. Escobar López y C. A. Carrera Celis, en cuanto a los beneficios, se establece una clara diferencia entre quienes reciben tratamientos prolongados de alto y bajo riesgo, mientras que las personas sometidas a procedimientos prolongados, en su mayoría aseguran que fueron informados; para los pacientes de bajo riesgo, no se brindó información al respecto. En los procedimientos puntuales, la mayoría tiene la percepción de ser informados en cuanto a beneficios. En relación con los riesgos, la mayor parte de los pacientes de los cuatro grupos señalan que si fueron informados sobre posibles riesgos de la intervención. menos de la mitad de los encuestados refieren que les explicaron riesgos o complicaciones y pocos las mencionan, sobre todo haciendo referencia a frases que les impactan especialmente por las implicaciones: “que no iba a quedar paralítico ni nada de esa vaina”, “así como al órgano malo, también daña otros órganos”. Los problemas más grandes en el proceso de consentimiento informado están alrededor de la información sobre alternativas de tratamientos, riesgos del tratamiento o problemas derivados y escasa información sobre la posibilidad de disentir. Así también citan que dos personas refieren no estar de acuerdo con lo que les hicieron, sin llegar a dar una respuesta clara del porqué (58).

Según el estudio cualitativo de corte transversal que contribuye a la comprensión de la forma como se entiende y se lleva a cabo en la práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile realizado por *C. Ovalle*, ella refiere que los hallazgos deben asumirse como un conocimiento en profundidad de las dos instituciones hospitalarias; sin embargo, no pueden verse como una conclusión generalizada. Pude entonces, identificar y comprender en profundidad algunos aspectos éticos, económicos, sociales, políticos y culturales directamente relacionados con la práctica del Proceso de Consentimiento Informado en las personas entrevistadas en cada una de las instituciones hospitalarias. En Chile, los sujetos informantes no conocen con exactitud la normatividad del hospital ni las políticas del país sobre la exigencia y cumplimiento del CI. Los médicos y médicas, en especial en Colombia, señalaron la escasez de tiempo, la sobrecarga de trabajo, y la cantidad de trámite administrativo que consideran adicional a su carga laboral, como las principales barreras que impiden el adecuado PCI.

En relación al conocimiento del CI como requisito legal por parte de todos los administrativos, enfermeras, enfermeros, médicas y médicos, de los dos países. Sin embargo, como dato sobresaliente, algunos de los sujetos pacientes entrevistados no tenían conocimiento de la existencia y obligación legal de la elaboración del CI, previamente a una intervención. En la institución chilena, es evidente la necesidad de respaldar el ingreso del paciente o de la paciente al hospital, y de comprometer al sujeto paciente ante los procedimientos que se deban adelantar durante su estadía en la institución (59).

De acuerdo a la investigación realizada por Rodolfo A. Cabrales-Vega. En su tema *¿Quién se informa con el consentimiento informado?* En su discusión describe. El Consentimiento Informado (CI) está catalogado como uno de los derechos humanos más importantes. Representa el paso de una medicina denominada “[pat]ernalista” a una medicina en donde prima el principio de autonomía. El CI es el proceso mediante el cual se le brinda información completa e imparcial a un paciente antes de un procedimiento quirúrgico de tal forma que

el/ella entienda las implicaciones del procedimiento antes de aprobar su realización. Como documento legal se ha convertido en una exigencia a los profesionales de la salud por parte de los tribunales de justicia (60).

Sin embargo, pese a la importancia del cumplimiento a cabalidad de este procedimiento como parte del acto médico, no existe claridad respecto a los límites de la información que debe ser suministrada al paciente y los formatos usados con frecuencia no reflejan adecuadamente la declaración de voluntad por parte del paciente.

Todo procedimiento quirúrgico es percibido como un evento amenazante para el cual el paciente muchas veces no se encuentra debidamente preparado. Es posible que el ejercicio actual de la medicina y la presión sobre el recurso humano en salud interfieran con el deber ético del médico de informar al paciente sobre todos los aspectos del procedimiento a realizar y sus alternativas de tal forma que el paciente pueda decidir si la terapia propuesta es razonable.

Los cirujanos han utilizado formatos de consentimiento informado durante el último siglo. Sin embargo, solo en las dos últimas décadas se ha comenzado a entender la diferencia entre un documento legal firmado y el proceso de comunicación significativa entre el médico y el paciente sobre las razones para considerar un procedimiento quirúrgico o invasivo.

El hallazgo más relevante del presente estudio muestra que aproximadamente uno de cada dos pacientes que firma el CI lo hace de manera deficiente o insuficiente. Esta falta de calidad en el diligenciamiento NO se correlaciona con el grado de escolaridad, ocupación o nivel socioeconómico del paciente, contrario a lo reportado en estudios similares.

Una revisión sistemática de la literatura de 44 estudios realizada en el 2010 sobre el consentimiento informado en pacientes quirúrgicos mostró que la comprensión de la información suministrada (riesgos y beneficios) fue calificada entre “inadecuada” y “moderada” por parte de los usuarios. Adicionalmente, la revisión concluye que esta valoración puede mejorarse mediante el uso de anexos informativos, intervenciones audiovisuales y de multimedia y discusiones con grupos de pacientes, entre otros. La participación de las enfermeras fue crucial para el entendimiento del procedimiento al permitir la explicación del proceso quirúrgico por parte del paciente en sus propias palabras.

Ortega y Cols reportan en su artículo que sólo el 61 % de los pacientes interrogados es consciente de la firma del documento, el 11,2 % refirió no haber recibido información alguna y el 9 % manifestó no haber entendido lo que le iban a hacer. Adicionalmente, una tercera parte (37 %) dijo no haber recibido explicaciones sobre los riesgos o complicaciones y el 39,8 % declaró que no fue informado sobre la posibilidad de rehusar la intervención (11). En el contexto latinoamericano la situación es similar. Meneguín en su estudio sobre consentimiento informado en ensayos clínicos reportó que el 50 % no comprendió correctamente el documento y un 32,9 % no leyó el formulario, pero lo firmó.

Pese a que en este estudio la totalidad de los pacientes firmaron el CI, se hace evidente por la calidad de la información consignada que es preciso implementar otras medidas que permitan que el CI sea un reflejo fiel de una buena comunicación entre el paciente y el equipo de salud.

Ross enumera en su artículo la información básica que debe incluir un consentimiento informado en cirugía y discute las implicaciones médicas y económicas de un Plan de revisión y seguimiento de las formas de aprobación de los hospitales del Reino Unido.

El uso de consentimientos informados por procedimientos específicos se está promoviendo cada vez más en las instituciones hospitalarias y el beneficio de su aplicación ya ha sido reportado.

Adicionalmente, se ha reportado por diferentes autores, el beneficio del uso de programas basados en tecnología multimedia sobre la información impresa en la mejor comprensión del CI, pero sólo como un complemento al proceso comunicativo directo entre el médico y su paciente. El hecho de que el médico tenga un inadecuado proceso comunicativo con el paciente tiene implicaciones legales.

“Si un profesional incumple con este deber se puede desencadenar un daño y el paciente tiene derecho a que se le repare el daño causado por omitir su deber de información, cuando el médico limita la capacidad de decidir al paciente, asume así los riesgos, de la intervención, en lugar del paciente, siendo responsable por una omisión culposa por la que se debe responder, pues no solo se necesita una firma sino también dar una información objetiva, veraz, completa y asequible” (Ley 23 de 1981).

Y no sólo es un problema de la percepción acerca del tiempo que el médico dedica a la explicación de los alcances del CI. Kang en su estudio sobre el consentimiento informado en pacientes sometidos a cirugía de glaucoma reporta las inconsistencias en la cantidad de tiempo dedicado a la explicación del procedimiento percibido por el médico tratante y por el paciente (91,8 % vs 68,5 %). Un poco más de la mitad de los pacientes (57,5 %) reportaron un entendimiento “moderado” de su problema quirúrgico y solo el 17,8 % calificó su comprensión como “buena”.

Lo anterior reviste especial importancia en el paciente electivo pues la doctrina penal considera que el grado de precisión con el que debe ser informado el paciente ha de estar en relación inversa a la urgencia con la que la intervención ha sido médicamente indicada.

Aunque éste estudio evaluó el consentimiento en cirugía electiva, sus resultados podrían hacerse extensivos a pacientes sometidos a cirugía urgente abdominal, tal y como parece indicarlo el estudio realizado por Kay y Cols. El dolor y la analgesia no interfirieron en la calidad de la respuesta al consentimiento.

El presente estudio es un interesante aporte en la vía de restablecer el acto médico y, en forma similar a otros reportes ayuda a esclarecer las diferentes lógicas de la autonomía presentes entre las indicaciones de cirugía y las expectativas de los pacientes sometidos a cirugía electiva (60)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN BOLIVIA

En Bolivia, la obligación de informar al paciente respecto a su proceso salud - enfermedad y los procedimientos médicos, clínicos y/o quirúrgicos se establece en: “la Ley 3131 del Ejercicio Profesional Médico promulgada el 8 de agosto del 2005 y su Decreto Supremo Reglamentario N° 28562 del 22 de diciembre de 2005” (61).

Dicha ley establece las acciones y funciones que tiene el médico tratante como las responsabilidades del paciente o usuario de decidir o no el tratamiento que el médico le indica, lo cual queda evidenciado por el Dr. AA. Hilari, en su propuesta de intervención optar al Título de Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica; donde describe dicha situación de la siguiente manera: “De esta forma la Ley Boliviana No de 3131 Del Ejercicio Profesional Médico, establece que el Consentimiento Informado constituye un documento medico oficial (cap.IV,art.10), en tanto que el decreto supremo No 28562 reglamentario de la ley, indica que el consentimiento expreso, se refiere (también) a la voluntad o decisión del

paciente a rechazar el tratamiento u hospitalización indicados por el médico tratante, registrado en la historia clínica y debidamente respaldado por la firma del paciente o de su familiar o responsable legal (Cap. VI, art. 14)” (62).

CE. F. Zuazo Oblitas, en su estudio para la obtención del título de: Especialista en Gestión de Calidad y Auditoría Médica; evidencia resultados obtenidos los cuales son de relevancia ante este estudio a nivel Latinoamericano en cuanto al consentimiento informado, los cuales son los siguientes:

“9 de los 10 médicos (90%) no tienen conocimiento que el Ministerio de Salud a través del Proyecto Nacional de Calidad en Salud (PRONACS), hubiese promulgado un documento de obtención del Consentimiento Informado que considera la ficha específica de Consentimiento Informado para las intervenciones quirúrgicas. Solo 1 de los 10 (10%) tiene conocimiento de este documento, pero no lo utiliza. 8 de 10 (80%) de los médicos encuestados están de acuerdo que una ficha de Consentimiento Informado debe existir y ser individualizada para cada paciente. Para 4 de los 10 médicos (40%) es poco importante que los pacientes estén informados respecto a la cirugía que se les practicará, que sepan que existen otras alternativas de tratamiento y de los riesgos que pudieran existir durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio. Un dato importante es que los 10 médicos encuestados (100% de los casos) utilizan fichas de Consentimiento Informado elaborados por ellos mismos o son propios de los establecimientos donde trabajan y donde se realizó la intervención quirúrgica, siendo el mismo formato para todos los/as pacientes y para todas las cirugías en general. Los/as médicos/as cirujanos plásticos que revelaron tener conocimiento de la ficha de Consentimiento Informado del PRONACS no la ponen en práctica” (63).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN PERÚ

En el reglamento de la Ley 29414, establecen los derechos de los usuarios de los servicios de salud y se designa a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD) como entidad encargada de velar por la aplicación del documento de ley antes mencionado; la cual cuenta con los artículos 29 al 30 mencionan el derecho a presentar reclamos, la solución de controversias y la responsabilidad frente a la vulneración de derechos, respectivamente. Es por ello que se describen los derechos estipulados en la ley a continuación:

"Artículo 15°. - Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

- a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3° y 39°, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.
- b) A elegir libremente al médico o el establecimiento de salud según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia.
- c) A recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico.
- d) A solicitar la opinión de otro médico, distinto a los que la institución ofrece, en cualquier momento o etapa de su atención o tratamiento, sin que afecte el presupuesto de la institución, bajo responsabilidad del usuario y con conocimiento de su médico tratante.
- e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa.

15.2 Acceso a la información

- a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad

de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.

- b) A conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento, así como el de las personas a cargo de la realización de los procedimientos clínicos. En caso de que se encuentre disconforme con la atención, el usuario debe informar del hecho al superior jerárquico.
- c) A recibir información necesaria sobre los servicios de salud a los que puede acceder y los requisitos necesarios para su uso, previo al sometimiento a procedimientos diagnósticos o terapéuticos, con excepción de las situaciones de emergencia en que se requiera aplicar dichos procedimientos.
- d) A recibir información completa de las razones que justifican su traslado dentro o fuera del establecimiento de salud, otorgándole las facilidades para tal fin, minimizando los riesgos. El paciente tiene derecho a no ser trasladado sin su consentimiento, salvo razón justificada del responsable del establecimiento. Si no está en condiciones de expresarlo, lo asume el llamado por ley o su representante legal.
- e) A tener acceso al conocimiento preciso y oportuno de las normas, reglamentos y condiciones administrativas del establecimiento de salud.
- f) A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Tiene derecho a recibir información de sus necesidades de atención y tratamiento al ser dado de alta.
- g) A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad.
- h) A ser informada sobre la condición experimental de la aplicación de medicamentos o tratamientos, así como de los riesgos y efectos secundarios de éstos.
- i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de

la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

15.3 Atención y recuperación de la salud

- a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.
- b) A recibir tratamientos cuya eficacia o mecanismos de acción hayan sido científicamente comprobados o cuyas reacciones adversas y efectos colaterales le hayan sido advertidos.
- c) A su seguridad personal y a no ser perturbada o puesta en peligro por personas ajenas al establecimiento y a ella.
- d) A autorizar la presencia, en el momento del examen médico o intervención quirúrgica, de quienes no están directamente implicados en la atención médica, previa indicación del médico tratante.
- e) A que se respete el proceso natural de su muerte como consecuencia del estado terminal de la enfermedad. El Código Penal señala las acciones punibles que vulneren este derecho.
- f) A ser escuchada y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se encuentre disconforme con la atención recibida, para estos efectos la Ley proveerá de mecanismos alternativos y previos al proceso judicial para la solución de conflictos en los servicios de salud.
- g) A recibir tratamiento inmediato y reparación por los daños causados en el establecimiento de Salud o servicios médicos de apoyo, de acuerdo con la normativa vigente.
- h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente.

15.4 Consentimiento informado

- a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:
- a.1) En la oportunidad previa a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como su interrupción. Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.
- a.2) Cuando se trate de pruebas riesgosas, intervenciones quirúrgicas, anticoncepción quirúrgica o procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- a.3) Cuando se trate de exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes, el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital.
- b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión. Si la persona no supiere firmar, imprimirá su huella digital” (64).

Es por ello que los autores H. Rebaza Iparraguirre, M. Vela López, J. Villegas Ortega, en su artículo científico; publicado en la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica describen datos estadísticos que se obtuvieron de acuerdo a quejas debido al incumplimiento o acción grave atentando la aplicación de la ley 29414, lo cual mencionan de la siguiente manera: “Entre septiembre de 2015 a marzo de 2016 se han presentado 455

quejas, según el servicio de atención, siendo las relacionadas con la consulta externa (214) y las derivadas de problemas administrativos del sistema (113) las más numerosas, sumaron ambas 327, de las 455 quejas. La mayor cantidad de quejas son presentadas en la región Lambayeque (365) y La Libertad (53), ello podría deberse a que la sede regional se encuentra en la región Lambayeque, teniendo mayor posibilidad de recabar quejas por proximidad. Según informes proyectados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lambayeque cuenta con población que supera el millón de habitantes, inferior a las regiones de La Libertad, Piura y Cajamarca, todas con porcentajes de filiación superiores al 80%, excepto La Libertad que presentó 75,7%, por lo que se esperaría cantidades similares de quejas, ello podría reflejar una recolección más eficiente en la región Lambayeque que en otras regiones. Finalmente, se indica que en promedio el porcentaje de solución de las quejas presentadas es de 86,6%, siendo menor en Amazonas” (65).

Las nuevas tecnologías de información y comunicación (TIC) brindan diversas posibilidades para diseminar información en salud y promover los derechos y deberes en salud, por lo que en esta era de crecimiento tecnológico incesante en la que se encuentra hoy en día el mundo, aparece el alfabetismo en salud electrónica; que se define como la: Habilidad de las personas de usar tecnologías de información y comunicación emergentes para mejorar la salud o a los cuidados de la salud; por lo que Perú ha desarrollado herramientas para promover e informar a su población en cuanto temas relacionados a la salud como sus derechos y deberes; donde lo mencionan W. Gil Quevedo, E. Agurto Távara, E. Espinoza Portilla, en su artículo científico de la siguiente manera: “A nivel local existen iniciativas para promover el uso de las TIC en la población, como mecanismo de empoderamiento. Por ejemplo, SUSALUD, además de la información que promueve a través de su página web y sus redes sociales, ha desarrollado una aplicación de descarga gratuita para celulares denominada "SUSALUD Contigo" que permite, además de conocer los derechos en salud establecidos en la Ley 29414, consultar qué seguros tiene una persona, buscar establecimientos de salud a nivel nacional, y también permite realizar consultas o quejas que son atendidas por personal especializado” (66).

En el 2018 YM. Reyes Vallasco en su tesis para optar al título de cirujano dentista titulada: *Nivel de conocimiento de la ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en internos de estomatología* describe que: “En Perú, La Ley N° 29414, Ley que modifica el Art 15 de la Ley General de Salud establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, precisando el alcance de los derechos al acceso a la atención integral de la salud que comprende promoción, prevención, tratamiento, recuperación y rehabilitación; así como, al acceso a la información y consentimiento informado. Asimismo, mediante el presente Reglamento se desarrolla el sistema nacional de protección de los derechos de los usuarios de los servicios de salud – SINAPRODESS, administrado por la Superintendencia Nacional de Salud – SUSALUD” (67).

Lima metropolitana, Perú 2014, por los autores X. Tuya Figueroa, E. Mezones Holguín, E. Monge, obtuvieron como resultado relevante lo siguiente: “La mayoría de médicos (59,6%) reportó haber sido testigo de violencia a sus colegas, 31,5% sufrieron violencia alguna vez durante su práctica profesional, 19,9% en los últimos doce meses y 7,6% durante el último mes. El turno en el que más agresiones se reportaron fue la mañana, y el lugar donde ocurrieron con más frecuencia fue la sala de emergencias. Los familiares de los pacientes fueron quienes amenazaron a los médicos con más frecuencia (75,3%), más de la mitad de agresores fueron varones y cerca de un décimo de los agresores estuvo bajo el efecto del alcohol u otras sustancias. El 65,4% de hechos estaba vinculado a pacientes estables.” (68).

En el Estudio descriptivo, observacional y prospectivo en 120 Médicos(as) y Enfermeros(as) titulados, realizado por M.F. Galván-Meléndez, L.Y. Castañeda-Martínez, M. Camacho-Sánchez, E. Ortiz-Jiménez, R.B. Meléndez-Hurtado Y J.J. Basio-Reyes, acerca del Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención, conocimiento sobre consentimiento informado (13 ítems) con base a artículos científicos nacionales e internacionales sobre consentimiento informado y la NOM 168. se observa las respuestas de los participantes sobre conocimiento del consentimiento informado, obteniendo los participantes del primer nivel de atención el

37.7% de aciertos y el segundo nivel de atención el 40.1% de aciertos. En cuanto a si se ha capacitado en consentimiento informado” los que contestaron “SÍ” el 65.3% refirió haber recibido capacitación en su unidad de trabajo, el 15.3% refirió en una universidad y menos del 20% respondió otros lugares esto para el primer nivel de atención. Para el segundo nivel de atención los que contestaron “Si” a la misma pregunta, el 66.6% recibió la capacitación en su unidad de trabajo, el 22.2% en institución diferente a la que labora y el 11.1% respondió que en una universidad (69).

En el estudio descriptivo, prospectivo, transversal y observacional en el Hospital Essalud III José Cayetano Heredia, sobre Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un hospital del norte del Perú, elaborado por C.E. Cochachin-Chuica, K.J. Cardoza-Jiménez C.E. Cochachin-Chuica, N. Purizaca-Rosillo Nelson, N. Baudry Rodríguez, V. Ocaña-Gutiérrez, en el cual se evaluó el cumplimiento del CIA, el 49,6% de la documentación revisada se calificó como malo, y sólo el 7,6% fueron calificados como buenos. Entre las faltas más frecuentes encontramos: en un 80,9% de los documentos revisados no existía fecha del consentimiento informado anestesiológico CIA, en un 68,7% de ellos, no consta escrito el diagnóstico quirúrgico y en un 62,6% de los documentos no se encontró la técnica anestésica a emplear. En la misma dimensión, un 72,5% manifestaron que el anestesiólogo no brinda información suficiente acerca de los riesgos y complicaciones (70).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN ECUADOR

En Ecuador se cuenta con la Ley N.º 77 de Derechos y Amparo del Paciente vigentes desde de 3 de febrero de 1995; la cual menciona los derechos que tienen los pacientes que reciben atención en las instituciones de salud en el país, los cuales se describen de la siguiente manera:

“DERECHOS DEL PACIENTE

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA. - Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. - Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Art. 4.- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD. - Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- DERECHO A LA INFORMACION.- Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.

Art. 6.- DERECHO A DECIDIR. - Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión” (68).

En Ecuador, a través de la Ley Orgánica de Salud, se establecen diversos artículos y capítulos acerca de una buena metodología sobre las transfusiones de sangre, deberes y derechos tanto del voluntario como del receptor, así como del profesional involucrado, el receptor siempre tiene que estar al tanto del procedimiento a través de un consentimiento informado, el estado en el que está la sangre que va a recibir, el nivel de esterilidad de los instrumentos a usarse y que el especialista esté dentro de sus plenas capacidades para hacer la intervención. En el capítulo 77 “La aceptación o negativa para transfusión de sangre y sus componentes debe

realizarse por escrito de parte del potencial receptor o a través de la persona legalmente capaz para ejercer su representación, exceptuándose los casos de urgencia” (71).

DM. Gómez Salgado (72), autora de la tesis Derechos del paciente y su relación con la atención de enfermería en el área de cirugía del Hospital Isidro Ayora, 2015; plantea en la discusión de los resultados obtenidos lo siguiente: “A pesar de que la Ley de Derechos y Amparo al Paciente se encuentra en vigencia desde el año 1995, en la actualidad, la mayoría de usuarios (81%) desconoce cuáles son sus derechos y deberes, peor aún, tan solo 5% de ellos recibió información por parte del personal de salud acerca de los mismos.” Es de mucha importancia que los usuarios conozcan con certeza cuáles son sus derechos, para que sean capaces de exigir un nivel de intervención de calidad por parte de los profesionales de salud, de esta forma se ofrecerá una atención segura y eficaz que cubrirá las necesidades y los deseos del paciente elevando su nivel de satisfacción y cumplimiento de los documentos de ley que así lo ampara.

Por otra parte, Sidar E. Solórzano-Solórzano en su artículo en la revista polo del conocimiento, *Responsabilidad Civil y Penal de la práctica de enfermería en Ecuador* nos relata los siguientes hallazgos El ejercicio de la enfermería como toda práctica profesional implica una serie de responsabilidades de tipo ético y legal, en ese sentido, los Organismos Internacionales y Nacionales de Salud han regulado dichas áreas a los fines de mantener una equidad entre el ejercicio de la profesión y el paciente, así como delimitar sus obligaciones y responsabilidades. El presente trabajo estudia las responsabilidades civiles y penales de los profesionales de la Enfermería en Ecuador. La metodología usada se basó en un estudio de tipo documental informativa en donde se recopiló una serie de documentos electrónicos e impresos para analizar el tema en cuestión. La responsabilidad tanto civil como penal viene dada por la mala práctica en el ejercicio de la profesión de la enfermería. Los delitos por mala práctica profesional, así como su sanción o pena, en Ecuador se encuentran establecidos en el Código Civil y la Ley Orgánica Integral Penal. Es importante para el enfermero y/o enfermera conocer las regulaciones en estas materias en principio para garantizar la

idoneidad del ejercicio de la profesión con el objeto de evitar demandas y al mismo tiempo ayudar a proteger los derechos de los pacientes. (73)

De acuerdo a la investigación sobre LA BIOÉTICA EN LA PRÁCTICA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO. ESTUDIO DE CASO HOSPITAL “SAN FRANCISCO DE QUITO” DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. ENERO A JULIO DEL 2015. Realizada por S.M. Gabriela Raquel, en sus hallazgos encontró que, el 59% de médicos indica que a veces la aplicación del consentimiento informado es correcta, el 28% señalan siempre y el 13% nunca. El 36% de médicos indica que el consentimiento informado no es aplicado por desconocimiento de la normativa, el 26% por falta de tiempo, el 18% por actitud negativa por parte del paciente, el 10% por preocupación de las consecuencias para el profesional, el 6% por emergencia vital, y el 4% por falta de interés del profesional. El 88% de pacientes indica que el médico que los atendió sí le explicó sobre su estado de salud y el tratamiento que requiere y el 12% señala que no. El 96% de pacientes señala que sí les dieron información sobre los procedimientos médicos que requería su atención y el 4% indica que no. El 100% de pacientes indica que le solicitaron que firme un documento en el cual aprobaba un procedimiento médico específico. A 57% pacientes de 68 encuestados no le explicaron el contenido del consentimiento informado y a 63% no resolvieron todas sus dudas. (74)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN GUATEMALA

En el país de Guatemala según DA. Prado García en su estudio titulado: *“Estudio jurídico de la iniciativa 4282 del congreso de la Republica que pretende regular los derechos del paciente y la creación de la defensoría del paciente en Guatemala”* describe que en el marco jurídico Guatemalteco no existen ninguna normativa que regule lo relativo a la protección de los derechos del paciente, más que la iniciativa de ley 4282 del congreso de la República de Guatemala donde: “El diputado Armando Enrique Sánchez Gómez titula tal iniciativa como:

“INICIATIVA QUE DISPONE APROBAR LEY DE LOS DERECHOS DEL PACIENTE Y CREACION DE LA DEFENSORIA DEL PACIENTE, PARA LA REPARACION INMEDIATA DE DAÑOS DERIVADOS DE LA ATENCION MEDICA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PUBLICOS Y PRIVADOS DE LA REPUBLICA GUATEMALA” (75).

Por otra parte, DA. Prado García expresa su punto de vista: “Desde otro punto de vista Guatemala tiene que estar a la altura de otros países de Latinoamérica donde este rubro de responsabilidad de los médicos ya está cubierto por el manto del estado de derecho y debidamente normada. Para con esto evitar arbitrariedades y malos discernimientos por parte de médicos.” (75)

Por último, por KA. CODD, concluyó en el resumen del estudio denominado *Aspectos éticos, médicos y legales del consentimiento informado, unidad de cirugía ambulatoria, hospital general san Juan de Dios, Guatemala, 2017*; los datos estadísticos que obtuvo mediante la ejecución de la investigación que realizó: “La mayoría de pacientes son de 31 - 50 años, femeninas, ladinos, de nivel primario, conocían al médico tratante, aplicó su voluntariedad 72.46%; comprendió la información 65.20%; la mayoría de los casos fueron por fístula arteria-venosa 44.90%; llenado por protocolo 100% de los casos; presencia de testigo 50.7%; firma de tutor por paciente menor de edad 1.40%; conoció los riesgos 87.10%; información del procedimiento 94.20%; de dieta detallada 94.20%; de actividad física 89.90%; de la cita posoperatoria 95.70%; del plan terapéutico 73.90%; efectos adversos 60.90%; beneficios del procedimiento 78.30%; de procedimientos alternativos 69.21%; de los efectos previsibles por no efectuar el procedimiento 78.3%; disposición del del médico 98.60%..” (76)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN HONDURAS

El Ministerio de Salud de Honduras, en conjunto con la secretaria de la Salud en su página web, han estipulado los derechos y deberes de los pacientes que son atendidos en cualquier institución de salud están obligados a cumplirlos y hacerlos cumplir, los cuales son:

“DERECHOS DEL PACIENTE

- El Usuario tiene el derecho a recibir sin discriminación, una atención medica asistencial integral de calidad.
- El Paciente tiene derecho al respeto de su personalidad dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral e ideológico.
- El Paciente tiene derecho a recibir, en forma verbal y/o escrita, información completa y continuada de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, y que sea facilitada en un lenguaje comprensible. En casos donde el paciente no pueda recibir la información, se proporcionará a los familiares o personas legalmente responsables.
- El Usuario tiene derecho a exigirle a la institución o Unidad de Salud el secreto de toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento, así como otra información confidencial, que solo se podrá dar a conocer salvo por orden Judicial que lo haga imprescindible.
- El Usuario tiene derecho a que se le asigne un médico cuyo nombre deberá conocer y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. Así mismo tiene derecho a conocer el nombre completo de la persona responsable del procedimiento o el tratamiento asistencial.
- El Usuario tiene derecho a la libre determinación entre las opciones que le presente el médico tratante, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación, excepto en los casos donde la urgencia no permita demorar, cuando el no tratamiento exponga un riesgo de muerte, o cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a los familiares o persona legalmente responsable.
- El Usuario tiene derecho a negarse al tratamiento. Excepto en los casos señalados en

el punto anterior debiendo para ello solicitar el consentimiento informado previa a la notificación de los riesgos significativos y las consecuencias del tratamiento.

- El Usuario tiene derecho a que no se realice en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre los métodos, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito y la aceptación por parte del médico responsable. Las actividades docentes requerirán así mismo, consentimiento del paciente.
- El Usuario tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y aceptables de habilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- El Usuario tiene derecho a esperar una continuidad razonable de atención. Conocer con anticipación que horas de consulta y que médicos están disponibles y donde el paciente tiene derecho a confiar en que el Hospital proveerá los medios para que su médico o alguien en que este delegue, le informe sobre sus necesidades de atención de salud posteriores a su alta.
- El Usuario tiene derecho a recibir educación sobre la salud, para la toma de decisiones informadas y sobre los servicios de salud disponibles, además de métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades.
- El Usuario tiene derecho a conocer los métodos formales y establecidos para presentar reclamaciones, quejas y sugerencias. Así mismo tiene derecho de recibir una respuesta por escrito.
- El Usuario tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.
- El Usuario tiene derecho a conocer las normas y reglamentos hospitalarios aplicables a su conducta como paciente

DEBERES DEL PACIENTE

- ❖ El Usuario tiene el deber de cuidar la propia salud, responsabilizándose de ella, cuando de no hacerlo se puedan derivar riesgos y prejuicios para la salud de otra persona.
- ❖ El Usuario tiene el deber de colaborar en el cumplimiento de las normas e

instrucciones establecidas por la institución.

- ❖ El Usuario tiene el deber de tratar con máximo respeto al personal de la institución, otros enfermos y acompañantes.
- ❖ El Usuario tiene el deber de brindar una identificación leal y veraz, facilitando los datos sobre el estado físico necesario para su proceso asistencial.
- ❖ El Usuario tiene el deber de hacer buen uso de los recursos, prestaciones y derechos, de acuerdo con sus necesidades de salud, a fin de facilitar el acceso a todos los usuarios en condiciones de igualdad.
- ❖ El Usuario tiene el deber de cumplir las Indicaciones Medicas, Sanitarias generales y específicas brindadas por el personal de salud.
- ❖ El Usuario tiene el deber de Firmar el consentimiento informado.
- ❖ El Usuario tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos” (77).

Por último, LA. Barahona Laínez, concluye de acuerdo a la satisfacción en su estudio de la siguiente manera: “La Satisfacción Global de las Usuaris de la Maternidad del Hospital del Sur es de un 81.44 % resultado por debajo del estándar mínimo de calidad establecido por la Secretaría de Salud que es 85 %, siendo el ideal de 100%, quedando de manifiesto una brecha de Insatisfacción de la satisfacción, Por último, LA. Barahona Laínez, concluye de acuerdo a la satisfacción en su estudio de la siguiente manera: “La Satisfacción Global de las Usuaris de la Maternidad del Hospital del Sur es de un 81.44 % resultado por debajo del estándar mínimo de calidad establecido por la Secretaría de Salud que es 85 %, siendo el ideal de 100%, quedando de manifiesto una brecha de Insatisfacción del 18.56 %.” (78).

Por otra parte, de acuerdo a las normas jurídicas en la rama de Salud de Honduras específicamente en el *CODIGO DE SALUD*, la salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

Que en su artículo 8 toda persona tiene derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar; y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad, evitando acciones y omisiones judiciales y cumpliendo estrictamente las disposiciones de este Código y de las demás normas de salud .Así como el derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas contundentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros en su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre práctica y uso de elementos técnicos y especiales. Y el derecho a solicitar y a que se le extienda constancia o tarjeta. Por otra parte, de acuerdo a las normas jurídicas en la rama de Salud de Honduras específicamente en el *CODIGO DE SALUD*, la salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

Que en su artículo 8 toda persona tiene derecho a la asistencia, rehabilitación y prestaciones necesarias para la conservación, promoción, recuperación de su salud personal y familiar; y el deber correlativo de contribuir a la salud de la comunidad, evitando acciones y omisiones judiciales y cumpliendo estrictamente las disposiciones de este Código y de las demás normas de salud .Así como el derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas contundentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros en su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre práctica y uso de elementos técnicos y especiales. Y el derecho a solicitar y a que se le extienda constancia o tarjeta de salud (79).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN NICARAGUA

En Nicaragua la LEY GENERAL DE SALUD descrita como LEY No. 423, aprobada el 14 de marzo del 2002, el objetivo es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud. En cuanto a los derechos de los pacientes, en Nicaragua se estipula en la Ley General de Salud en su artículo 8 el listado de derechos de los usuarios del sector de salud públicos y privados:

Derechos de los pacientes
1. Trato equitativo en las prestaciones y en especial la gratuidad de los servicios de salud públicos a la población vulnerable.
2. Gratuidad a los servicios en el sector público.
3. A ser informado de manera completa y continua, en términos razonables de comprensión y considerando el estado psíquico, sobre su proceso de atención incluyendo nombre del facultativo, diagnóstico, pronóstico y alternativa de tratamiento.
4. Confidencialidad y sigilo de toda la información, su expediente y su estancia en instituciones de salud pública o privada, salvo las excepciones legales.
5. Respeto a su persona, dignidad humana e intimidad sin que pueda ser discriminado por razones de: raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical, tipo de enfermedad o padecimiento, o cualquier otra condición
6. A que se le extienda certificado de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal, reglamentaria o por solicitud del interesado.
7. A que quede constancia en el expediente clínico de todo su proceso de atención, en todas y cada una de las instancias del sector salud. Al finalizar la atención del usuario en una unidad de salud, el paciente, familiar o personas con suficiente poder de representación legal, recibirá su informe de alta.
8. A efectuar reclamos y hacer sugerencias en los plazos previstos en la Ley y su Reglamento.
9. A exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud, cumplan

con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

Creación propia del grupo ejecutor según derechos de los pacientes en la Ley General de Salud de Nicaragua.
(4)

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN PANAMÁ

La Ley N.º 68 de 20 de noviembre de 2003 tiene como objeto, entre otros aspectos, garantizar el Derecho del paciente de tener acceso a toda la información que requiera sobre su condición de salud, diagnóstico, pronóstico y alternativas terapéuticas que se le pueden aplicar y en base a ello, *pueda tomar una decisión libre y debidamente informada*. En Panamá la Ley N.º 68 de 20 de noviembre de 2003, “Que regula los Derechos y Obligaciones de los Pacientes, en materia de Información y Decisión Libre e Informada”, regula los *derechos y obligaciones de los pacientes, personas sanas, profesionales, centros y servicios de salud públicos y privados en materia de información y decisión libre e informada*. La referida ley, fue reglamentada mediante el Decreto Ejecutivo N.º1458 de 6 de noviembre de 2012.

También, DE. Varela en su estudio titulado: Percepción de los usuarios y pacientes en cuanto a las ventajas y desventajas de la implementación del expediente clínico electrónico en el Centro de Salud de Río Abajo y el Policentro de Salud de Parque Lefevre,, expone las percepciones que los profesionales de la salud, poseen sobre la utilización del expediente clínico electrónico en relación a los deberes y derechos de los pacientes: En un 65% de funcionarios manifestaron que el expediente clínico electrónico respeta y preserva el derecho de los pacientes en cuanto a privacidad de diagnóstico y tratamiento.” (80)

Por último, la autora DE. Varela concluye en base a los deberes y derechos de los pacientes con lo siguiente: “Tanto los pacientes como los funcionarios manifiestan que el expediente clínico electrónico cumple con el derecho de seguridad en la privacidad de diagnóstico y

tratamiento de los pacientes, manifestando dicha seguridad como buena por parte de los usuarios internos, los cuales a se sienten cómodos con la utilización de esta nueva plataforma, y que la misma facilita el intercambio de información entre el personal de salud” (80).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN COSTA RICA

La asamblea legislativa de la República de Costa Rica Decrete en el año 2002, la ley 8239 de los DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS USUARIAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS. Esta Ley tiene por objeto tutelar los derechos y las obligaciones de las personas usuarias de todos los servicios de salud, públicos y privados, establecidos en el territorio nacional.

- Las personas usuarias de los servicios de salud tienen derecho a recibir información clara, concisa y oportuna, sobre sus derechos y deberes, así como sobre la forma correcta de ejercitarlos. A ser informadas del nombre, los apellidos, el grado profesional y el puesto que desempeña el personal de salud que les brinda atención.
- Recibir la información necesaria y, con base en ella, brindar o no su autorización para que les administren un determinado procedimiento o tratamiento médico, recibir un trato digno con respeto, consideración y amabilidad.
- Así como atención médica con la eficiencia y diligencia debidas.
- Ser atendidas sin dilación en situaciones de emergencia, puntualmente de acuerdo con la cita recibida, salvo situaciones justificadas de caso fortuito o fuerza mayor. Negarse a que las examinen o les administren tratamiento, salvo en situaciones excepcionales o de emergencia, previstas en otras leyes, en que prevalezcan la salud pública, el bien común y el derecho de terceros.
- Obtener el consentimiento de un representante legal cuando sea posible y legalmente pertinente, si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad. Si no se dispone de un representante legal y se necesita con urgencia la intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, con base en lo expresado.
- Aceptar o rechazar la proposición para participar en estudios de investigación clínica.

- Tener acceso a su expediente clínico y a que se le brinde una copia.
- Recibir atención en un ambiente limpio, seguro y cómodo.
- Hacer que se respete el carácter confidencial de su historia clínica y de toda la información relativa a su enfermedad.
- Disponer, en el momento que lo consideren conveniente, la donación de sus órganos.
- Presentar reclamos, ante las instancias correspondientes de los servicios de salud, cuando se hayan lesionado sus derechos.
- Recibir una cuenta con el detalle y la explicación de todos los gastos en que se ha incurrido en su tratamiento
- Indicar los nombres de las personas que tendrán prioridad para visitarlas. este derecho plasmado en la disposición descrita en referencia a centros de atención privada

- **Pero, así como cuenta con derechos, están también descritos los deberes como:**
 - ✓ el proporcionar la información más completa posible en relación con su estado de salud, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otras condiciones relacionadas con su salud.
 - ✓ Cumplir las instrucciones e indicaciones que les brinde, en forma adecuada, el personal de salud.
 - ✓ Responsabilizarse por sus acciones u omisiones, cuando no sigan las instrucciones de su proveedor del cuidado médico.
 - ✓ Respetar los derechos del personal y de los demás usuarios de los servicios de salud.
 - ✓ Contribuir de manera oportuna, cuando cuenten con los recursos, al financiamiento de los servicios de salud públicos de la República (81).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN MÉXICO

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, en el párrafo cuarto del artículo 4 garantiza para todas las personas el derecho a la protección de la salud; dicho párrafo ordena al legislador definir las modalidades para el acceso a los servicios de salud, así como disponer la concurrencia entre los distintos niveles de gobierno sobre la materia. Dicho artículo se establece así: “Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.” (82).

Es por ello que la Ley General de Salud, reformada en abril de 2001, estipula que los pacientes en México tienen 16 derechos orientados a favorecer una mejor calidad médica y fomentar el respeto a sus necesidades e intereses; también en el año 2001 se conformó un grupo coordinado por la 1 integrado por representantes de diversas instituciones de salud pública y privada, universidades, organizaciones no gubernamentales, representantes de la sociedad civil, asociaciones y colegios médicos. En diciembre de ese mismo año se elaboró un documento único para el usuario de los servicios de salud: «Carta de los Derechos Generales de los Pacientes», que resume en diez puntos los derechos de los pacientes. Fue presentada a la ciudadanía y a partir de esa fecha la carta debe estar a la vista de todos en hospitales, clínicas y consultorios.

En el sitio web de la Federación Mexicana de Enfermedades Raras (FEMEXER), describen los derechos y obligaciones que los pacientes tiene que exigir y poner en práctica en las instituciones de salud, las cuales son:

“Los derechos a la salud garantizados en la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos:

1. Recibir servicios integrales de salud.
2. Acceso igualitario a la atención.
3. Trato digno, respetuoso y atención de calidad.
4. Recibir los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios de salud.
5. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de la atención de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen.
6. Conocer el informe anual de gestión del Sistema de Protección Social en Salud.
7. Contar con su expediente clínico.
8. Decidir libremente sobre su atención.
9. Otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.
10. Ser tratado con confidencialidad.
11. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
12. Recibir atención médica en urgencias.
13. Recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica.
14. No cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que reciban.
15. Presentar quejas ante los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud o ante los servicios estatales de salud, por la falta o inadecuada prestación de servicios establecidos en este Título, así como recibir información acerca de los procedimientos, plazos y formas en que se atenderán las quejas y consultas.
16. Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

Obligaciones de los pacientes

1. Adoptar conductas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

2. Hacer uso de la credencial o póliza que te acredite como beneficiario (un documento de naturaleza personal e intransferible) y presentarla siempre que requieras un servicio de salud.
3. Informarte sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y servicios de atención médica.
4. Colaborar con el equipo de salud informando verazmente y con exactitud sobre tus antecedentes, necesidades y problemas de salud.
5. Cumplir las recomendaciones, prescripciones, tratamiento o procedimiento general al que hayas aceptado someterte.
6. Informarte acerca de los riesgos y alternativas de los procedimientos terapéuticos y quirúrgicos que se te indiquen o apliquen; así como los procedimientos de consultas y quejas.
7. Cubrir oportunamente tus cuotas familiares y reguladoras que, en su caso, se te fijen.
8. Dar trato respetuoso al personal médico, auxiliar y administrativo de los servicios de salud, así como a los otros usuarios y sus acompañantes.
9. Cuidar las instalaciones de los establecimientos de salud y colaborar en su mantenimiento.
10. Hacer uso responsable de los servicios de salud.
11. Proporcionar de manera fidedigna la información necesaria para documentar tu incorporación al Sistema de Protección Social en Salud (Seguro Popular) y para la definición del monto a pagar por concepto de la cuota familiar.

Acudir al módulo de Afiliación y Orientación en caso de necesitar alguna modificación o actualización en los datos de tu póliza de afiliación, tales como: cambio de domicilio, incorporación o baja de un integrante de la familia, cambio en la seguridad social de algún miembro, por ejemplo” (83).

Reglamento de la ley general de salud en materia de prestación de Servicios de atención médica. Encontramos la regulación de obligaciones y responsabilidades de los instituciones y profesionales prestadores de servicios de salud (84)

De acuerdo a *D.M. Vizcaya Benavides, F.A. Zúñiga Villarreal, P. Pérez Cortés, H. Cobos Aguilar* en su estudio descriptivo y transversal sobre el grado de conocimiento del Consentimiento Informado (CI) en los pacientes de un hospital general de zona de una institución de seguridad social en Nuevo León. El 89% de los encuestados refirieron que el médico, al momento de entregarle el CI, no les explico nada o les explico de manera insuficiente lo relevante a su padecimiento actual, procedimiento a realizarse, beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas terapéuticas. Al cuestionar directamente sobre el significado de lo que es CI, solamente 37% del total de la población estudiada afirmo conocer el término. Con respecto al grado de conocimiento acerca del CI, 26% de los pacientes no tenía conocimiento de lo que era, mientras que 63% tenía poco conocimiento. En cuanto a documentar el CI, solo 63% de los expedientes clínicos revisados contenían el CI; de todos estos, 89% respetaban las normas del llenado correcto de este documento, mientras que el 11% restante estaban incompletos. Solamente 56% de todos los CI revisados se encontraron (85).

DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN EL SALVADOR

En El Salvador considerando que de acuerdo al artículo 65 de la Constitución Política de la República de El Salvador, se establece que la salud de los habitantes de la República constituye un bien público; por lo tanto, el estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento. Y viéndose que en los diferentes documentos de ley se encontraban dispersos los derechos y deberes tanto de ellos pacientes como de los prestadores de la salud, se evidencio la necesidad de crear una ley que regulará y garantizará los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Por lo tanto, de acuerdo al decreto N° 307 en el tomo N° 411 del Diario Oficial publicado en diciembre de 2015, queda por decreto la aplicación la ley de derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud.

Por ser una ley relativamente nueva se suscitaron muchas dificultades mediante dar a conocer la información valiosa y sustancial que esta presenta en cuanto a los deberes y derechos de los pacientes como de los profesionales de salud en el país.

Esto viene a avalar IR. López Reyes y DE. Merino Velásquez, en su tesis sobre la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de la salud en El Salvador; mencionan parte de esta situación de la siguiente manera: “se convirtió desde el año 2016 en el régimen de protección jurídica de los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud, sin embargo para la aplicación eficaz de esta Ley se presentaron diversas dificultades como; la no socialización de la ley lo cual implica el desconocimiento de los derechos y deberes que posee el paciente, estos a su vez pueden ser vulnerados o incumplidos en el caso de los deberes, así también la inexistencia de la oficina tramitadora de denuncias OTD” (4).

Por otro lado, las autoras del estudio *Dificultades para la aplicación eficaz de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud*; describen datos numéricos relevantes en cuanto a las denuncias que se han suscitado en base a la ley, exponiéndolo así: “Según informe del CSSP desde que la LDDPYPSS entró en vigencia el Consejo ha recibido 18 denuncias en el año 2016, 47 denuncias en el año 2017 y 68 en lo que va del 2018, en total suman 133 casos, de ese total; 44 casos han sido archivados, 14 están dictamen de admisión, 13 se han remitido a la Junta con su respectivo dictamen, 27 se encuentran en la etapa de instrucción, 13 están en análisis final y 1 caso en la ejecución de la sanción.” (4)

El Ministerio de Salud de El Salvador, por medio de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de la salud; ha estipulado los derechos que toda la población posee en cuanto a su salud respecta:

“Derechos de la Población

- ❖ Derecho a ser atendido de manera oportuna, eficiente y con calidad, por un prestador

de servicios de salud cuando lo solicite o requiera, comprende acciones de promoción, prevención, curación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos de acuerdo a las normas existentes.

- ❖ Recibir en todo momento de su atención un trato digno, con respeto, esmero, cortesía, resguardando su dignidad humana e intimidad y sin ningún tipo de discriminación por razones de raza, sexo, religión, edad, condición económica, social, partidaria, política e ideológica.

- ❖ Derecho a una atención en salud con calidad y calidez, por profesionales y trabajadores de salud debidamente acreditados, certificados y autorizados por las autoridades competentes para el ejercicio de sus tareas o funciones, en el ámbito público y privado.
- ❖ Derecho a recibir en forma verbal y escrita, del prestador de servicios de salud, durante su atención, información, de manera oportuna, veraz, sencilla y comprensible de acuerdo a su problema.
- ❖ Derecho de Consentimiento Informado. Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.
- ❖ Derecho a garantizar la privacidad e intimidad durante su exploración clínica y estadía hospitalaria. El paciente podrá hacerse acompañar de un familiar si así lo estimare.
- ❖ Derecho a la Confidencialidad, a que se respete el carácter confidencial de su expediente clínico y toda la información relativa al diagnóstico, tratamiento, estancia, pronósticos y datos de su enfermedad o padecimiento.
- ❖ Derecho a formular sugerencias, consultas y reclamos que estimen pertinentes, en una oficina establecida localmente para tal fin, respecto de la atención de salud que reciban, y obtener respuesta por escrito conforme a los procedimientos y formas establecidos por el prestador de los servicios de salud.
- ❖ Derecho a solicitar una segunda opinión en cuanto al diagnóstico de su condición de

salud y a las alternativas terapéuticas, ante cualquier tipo de inquietud o duda.

- ❖ Derecho a medicamentos del listado oficial de medicamentos, insumos médicos, y exámenes de laboratorio y gabinete, indicados por el facultativo, de acuerdo al nivel de atención, basados en las normas y protocolos de atención de cada institución.
- 1. Derecho a ser visitado por sus familiares y personas conocidas, de conformidad al horario de atención regulado por las autoridades del establecimiento, permitiéndose el acompañamiento de una persona en horario nocturno cuando las necesidades del paciente o la gravedad de su estado de salud así lo ameriten.” (86).

Por otra parte, también el Ministerio de Salud de El Salvador, por medio de la ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de la salud; ha estipulado los deberes que toda la población debe de cumplir y acatar en las instituciones de salud como también con los profesionales que le atienden:

“Deberes de la Población

- Deber de Respetar al Equipo de Salud: Todo paciente, familiar, acompañante o representante legal, que solicite o reciba un tratamiento ambulatorio u hospitalario, deberá tratar respetuosamente a los integrantes del equipo de salud, sean estos profesionales, técnicos o administrativos; así como a otros pacientes que se encuentren solicitando o recibiendo servicios de salud.
- Deber de proporcionar información veraz y completa de sus datos personales, de sus antecedentes personales y familiares, y del motivo de su consulta u hospitalización.
- Deber de cumplir las indicaciones y prescripciones que les brinde el personal de salud y someterse a las medidas que se le indiquen, cuando su estado pueda constituir perjuicio a la salud pública.
- Deber de cuidar las instalaciones, equipo y mobiliario en que son atendidos al igual que sus familiares y visitas, así como colaborar con el mantenimiento, orden e higiene de las mismas.
- Deber de hacer uso adecuado y racional de las prestaciones farmacéuticas e incapacidad laboral.
- Deber de dejar constancia por escrito cuando se rehúse a seguir las prescripciones

médicas y los métodos de tratamiento del prestador de servicios de salud, o cuando cause alta voluntaria

Deber a que todo paciente, familiares o representante legal deberá asumir y cumplir con las prescripciones generales y específicas emanadas del prestador de servicios de salud, a fin de cumplir su tratamiento y restablecer su estado de salud; esto incluye aceptar el alta médica hospitalaria cuando haya finalizado su proceso asistencial.” (86)

Consentimiento informado.

La ley de deberes y derechos de pacientes de la Republica de el Salvador en su Art. 15. *Describe sobre el derecho de consentimiento informado.*

Todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el prestador de servicios de salud, luego de recibir información adecuada, suficiente y continua; lo que deberá constar por escrito y firmado por el paciente o su representante, en el formulario autorizado para tal fin.

Consentimiento Informado en Casos de Investigación Médica

Art. 16.- Todo paciente al que se le proponga ser parte de una investigación médica, deberá hacer constar por escrito su voluntad, en el formulario indicado, y recibir la información adecuada y suficiente, la cual debe cumplir con las siguientes condiciones:

a) Su diagnóstico, pronóstico, alternativas terapéuticas, intervenciones quirúrgicas y pruebas diagnósticas invasivas y no invasivas;

- b) Nombre de la investigación y objetivos de la misma en el que participará;
- c) Riesgos e inconvenientes presentes y futuros de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar;
- d) Derechos, responsabilidades y beneficios como participante en ese estudio;
- e) Recibir una copia de las normas éticas para investigaciones con sujetos humanos y pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos;
- f) Confidencialidad y manejo de la información, es decir, en el escrito se debe garantizar que sus datos no podrán ser vistos o utilizados por otras personas ajenas al estudio, ni tampoco para propósitos diferentes a los que establece el documento que firma; y,
- g) Retiro voluntario de participar en el estudio, sin que esta decisión repercuta en la atención que recibe en el instituto o centro en el que se atiende, por lo que no perderá ningún beneficio como paciente.

Otorgamiento del Consentimiento por Sustitución

Art. 17.- El consentimiento informado se otorgará por sustitución en los siguientes supuestos:

- a) Cónyuge o conviviente, o familiares, cuando el paciente esté circunstancialmente incapacitado para tomarlas. En el caso de los familiares, tendrá preferencia el de grado más próximo y, dentro del mismo grado, el de mayor edad. Si el paciente hubiera designado previamente una persona, a efectos de la emisión en su nombre del consentimiento informado, corresponderá a ella la preferencia;
- b) Cuando el paciente sea niña, niño o adolescente, o se trate de un incapacitado legalmente, el derecho corresponde a sus padres o representante legal, el cual deberá acreditar de forma clara e inequívoca, que está legalmente habilitado para tomar decisiones que afecten al paciente; y,

c) En el caso de otorgamiento del consentimiento por sustitución, éste podrá ser retirado en cualquier momento en interés del paciente, por el mismo paciente o la persona que lo otorgó.

Excepciones a la Exigencia del Consentimiento Informado

Art. 18.- Son situaciones de excepción a la exigencia del consentimiento informado, las siguientes:

- a) Cuando la no intervención suponga un riesgo epidemiológico para la salud pública, según determinen las autoridades sanitarias;
- b) Cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones y no existan familiares o representante legal, o estos últimos se negasen injustificadamente a prestarlo, de forma que ocasionen un riesgo grave para la salud del paciente y siempre que se deje constancia por escrito de estas circunstancias;
- c) Ante una situación de emergencia que no permita demoras por existir el riesgo de lesiones irreversibles o de fallecimiento, y la alteración del juicio del paciente no permita obtener su consentimiento; y,
- d) Ante una situación de urgencia de paciente abandonado sin pleno uso de sus facultades mentales, el profesional médico tomará las decisiones correspondientes con el fin de brindar el soporte médico adecuado.

La situación de abandono y las acciones médicas deberán quedar consignadas en el expediente.

En estos supuestos, se pueden llevar a cabo las intervenciones indispensables desde el punto de vista clínico a favor de la salud de la persona afectada, dando la facultad al médico la toma de decisiones.

Tan pronto como se haya superado la situación de emergencia o urgencia, deberá informarse al paciente lo ocurrido sin perjuicio de que mientras tanto se informe a sus familiares o representante legal (87).

Por otro lado, el Banco Interamericano de Desarrollo en su libro: Desde el paciente: experiencias con la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe, describe la situación de salud en Atención Primaria en Salud en El Salvador de la siguiente manera: “La mayoría de los salvadoreños informa un nivel medio de satisfacción con el sistema de salud, aunque el gradiente de complacencia entre los usuarios del sistema público, seguro social y el sistema privado vaya en aumento. La proporción de personas que señala barreras financieras de acceso es superior entre los usuarios del sistema público, seguida por los usuarios del seguro social. A pesar de reformas recientes que tuvieron como uno de sus pilares la gratuidad de los servicios públicos de salud, el número de personas que declaran haber incurrido en gastos de bolsillo continúa siendo elevado, así como los montos promedio indicados por los entrevistados. Posiblemente existan costos indirectos asociados a la utilización de los servicios de salud que puedan estar siendo informados como gastos de bolsillo” (3).

CAPITULO III

3.0 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

OBJETIVO: Describir el conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes en relación a su aplicación en los países de Latinoamérica para la promoción de éstos en los diferentes países estudiados.					
VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	VALOR
Derechos de los pacientes	Facultad que se tiene para comprender las actividades, actos y circunstancias que implican el ordenamiento jurídico que regula las relaciones establecidas para las personas que demanda servicios de salud en instituciones públicas, privadas y autónomas.	Aspectos legales que las pacientes poseen en relación a atención de calidad con oportunidad. Trato igualitario, digno y respetuoso. Información clínica completa Consentimiento informado, autonomía en los servicios de salud.	Conocimiento	Respuesta, proporcionada por los pacientes en relación con el conocimiento de atención de calidad con oportunidad. Trato igualitario, digno y respetuoso. Información clínica completa Consentimiento informado, autonomía en los servicios de salud.	Si No
Deberes de los pacientes	Actividades, actos y circunstancias que implican una determinada obligación moral o ética de parte de la persona que demanda servicios de salud en instituciones públicas, privadas y autónomas.	Requerimientos que las personas tiene al hacer uso de los servicios de salud, en América Latina, en cuanto al aportes de información necesaria para su atención. Respeto a los prestadores de servicios de salud. Hacer buen uso a las instalaciones. Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad	Conocimiento	Respuestas de los pacientes en las investigaciones relacionadas con el conocimiento de aportar información necesaria para su atención. Respeto a los prestadores de servicios de salud. Hacer buen uso a las instalaciones. Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad	Si No

OBJETIVO: Identificar la aplicación del consentimiento informado relacionado con los derechos y deberes de los pacientes en Latinoamérica, en la revisión documental realizada para conocer el nivel de profundización en el abordaje de la investigación

<p>Consentimiento Informado</p>	<p>Es el procedimiento médico formal, una exigencia ética, y un derecho reconocido por las legislaciones de todos los países, cuyo objetivo es aplicar el principio de autonomía del paciente, es decir, la obligación de respetar a los pacientes como individuos y hacer honor a sus preferencias en cuidados médicos</p>	<p>Proceso mediante el cual se le informa al paciente sobre procedimientos a seguir sobre su salud y enfermedad.</p> <p>Existencia de formatos de CI.</p> <p>Datos sobre llenados completos y correctos</p> <p>Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas.</p> <p>Alternativas de tratamiento</p> <p>Autonomía (Decisión libre e informada)</p> <p>Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación</p> <p>Acompañamiento y conocimiento adecuado del tema</p> <p>Firma de CI.</p>	<p>Derechos de los pacientes</p>	<p>Investigaciones consultadas reflejan resultados en relación al consentimiento Informado (CI)</p> <p>Existencia de formatos de CI.</p> <p>Datos sobre llenados completos y correctos</p> <p>Datos de Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas.</p> <p>Alternativas de tratamiento</p> <p>Autonomía (Decisión libre e informada)</p> <p>Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación</p> <p>Acompañamiento y conocimiento adecuado del tema.</p> <p>Firma de CI.</p>	<p>Si</p> <p>No</p>
---------------------------------	---	---	----------------------------------	--	---------------------

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	VALOR
OBJETIVO: Comparar ejes comunes de los derechos de los pacientes de los servicios de salud en países de Latinoamérica para retomar los aportes de cada uno en el país en aras de la salud pública.					
Ejes comunes	Líneas frecuentes sobre la facultad de para hacer legítimamente lo que conduce la persona que demanda servicios de salud en instituciones públicas, privadas y autónomas	<p>Ejes que comprendan derecho y deberes comunes entre países de Latinoamérica:</p> <p>Derechos atención de calidad con oportunidad. Trato igualitario, digno y respetuoso. Información clínica completa Consentimiento informado, autonomía (decisión libre e informada).</p> <p>Deberes Aportar información necesaria para su atención. Respeto a los prestadores de servicios de salud. Hacer buen uso a las instalaciones. Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad</p>	Derechos Deberes Consentimiento informado	<p>Investigaciones en las cuales describen aspectos de derechos, y deberes tales como:</p> <p>Derecho de atención de calidad con oportunidad. Trato igualitario, digno y respetuoso. Información clínica completa Consentimiento informado, autonomía (decisión libre e informada).</p> <p>Deberes Datos que reflejen aportes de información necesaria para su atención. Respeto a los prestadores de servicios de salud. Hacer buen uso a las instalaciones. Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad</p>	Si No

		<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Existencia de formatos de CI. Datos sobre llenados completos y correctos Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas. Alternativas de tratamiento Autonomía (Decisión libre e informada) Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación Acompañamiento y conocimiento adecuado del tema Firma de CI.</p>		<p>CONSENTIMIENTO INFORMADO</p> <p>Investigaciones reflejan datos sobre:</p> <p>Existencia de formatos de CI. Datos sobre llenados completos y correctos Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas y procedimientos Alternativas de tratamiento Autonomía (Decisión libre e informada) Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación Acompañamiento y conocimiento adecuado del tema Firma de CI.</p>	
--	--	--	--	---	--

CAPITULO IV.

4.0. METODOLOGÍA

4.1 MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

Para la elaboración y desarrollo de la investigación se utilizó un método de investigación Documental, basado en la sistematización de información realizándose análisis y síntesis a fin de lograr la rigurosidad de la investigación.

4. 2 TIPO DE ESTUDIO

Fue de tipo descriptivo y transversal.

Descriptivo

Ya que se describió la situación de los deberes y derechos de los pacientes identificados en la revisión documental y no se estableció hipótesis ni relaciones de asociación entre fenómenos.

Transversal

Las variables detalladas se abordaron simultáneamente. La investigación documental se realizó en el periodo comprendido de 2015- 2020, haciendo un corte en el tiempo, sin realizar ningún seguimiento posterior.

4.3. POBLACIÓN DEL ESTUDIO Y LA MUESTRA

De los países de Latinoamérica, agrupados en los países cuya lengua oficial es el español o el portugués como son (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Uruguay y Venezuela) (88)

De estos países que hacen un total de 21, se delimitara en 7, de los cuales se tomó una muestra por región, 3 de Sur América, 3 de Centro América y México que es un país localizado en el extremo meridional de América del Norte. Todos poseedores de características que en sus legislaciones se encontraron los derechos y deberes de pacientes, de esta forma fueron 30 estudios de investigación relacionados al tema y que están inmersos como parte de la población en estudio.

Agrupados por región

Nombre de países	Región
Argentina, Chile, Colombia	Sur América
El Salvador, Guatemala, Costa Rica	Centro América
México	Norte América, pero es clasificado como Latinoamericano por ser de habla hispana

Criterios de conveniencia para la selección de los países

1. Países que cuenten en sus legislaciones derechos y deberes de pacientes
2. Países latinoamericanos que contengan leyes comunes en sus sistemas de salud y se describen en las investigaciones
3. Países latinoamericanos con publicaciones en fuentes confiables, como Scielo, Ebsco, Hinari, Dialnet y otros
4. Países con publicaciones que contengan datos y describa la situación de los derechos y deberes de los pacientes.
5. Consentimiento informado identificados en las investigaciones revisadas.

4.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Las variables de la investigación como atributos de esta, se tomaron acorde a los objetivos del estudio, aquellas propiedades que darían respuesta a la pregunta de investigación, como el conocimiento de deberes y derechos, así como la aplicación del consentimiento informado, tomado en cuenta los ejes comunes entre los países que forman parte de la investigación.

Se realizó la conceptualización de las variables de una forma conceptual a través del enfoque teórico y operacional con la cual se crearon las dimensiones e indicadores a los cuales se proporcionó un valor el cual permitió estudiar el objetivo para llevar a cabo el análisis de la situación de los derechos y deberes de los pacientes en los países de Latinoamérica.

4.5 MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó resumen y síntesis de la información a través de técnicas de fichaje documentales de tipo Hemerográfica y electrónica, la cual sirvió para recopilar, ordenar y realizar un análisis crítico de la información seleccionada; tomando como base la revisión de investigaciones relacionadas con el cumplimiento de los derechos y deberes de los pacientes de los servicios de salud en países de Latinoamérica, además se implementó una búsqueda de la información especializada, con la cual se seleccionó las fuentes, que posteriormente se procedió a analizar los documentos en cuanto a contenidos.

4.6 INSTRUMENTOS Y VALIDACIÓN DE LOS MISMOS (PRUEBA PILOTO)

- Registro de páginas electrónicas

Para la búsqueda de información con bases científicas de fuentes confiables, se utilizaron las bibliotecas electrónicas en las cuales se obtuvo gran cantidad de información que ha sido digitalizada y almacenada en las distintas bases electrónicas de datos.

- Fichas Documentales.

Para la recopilación y selección de la información se utilizó fichas Hemerográfica y de Información Electrónica, en la cual se realizó la sistematización de la información.

- Lista de Cotejo (anexo)

Que permitió una revisión exhaustiva de la información evaluando los diferentes indicadores de las variables en estudio.

Para su validación, se hizo uso de ellas, introduciendo los datos de los estudios, para verificar la factibilidad en su utilidad, para la obtención de los informes, verificando el aporte en la recopilación de la información, su síntesis y análisis.

4.7. PLAN DE TABULACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECURSOS

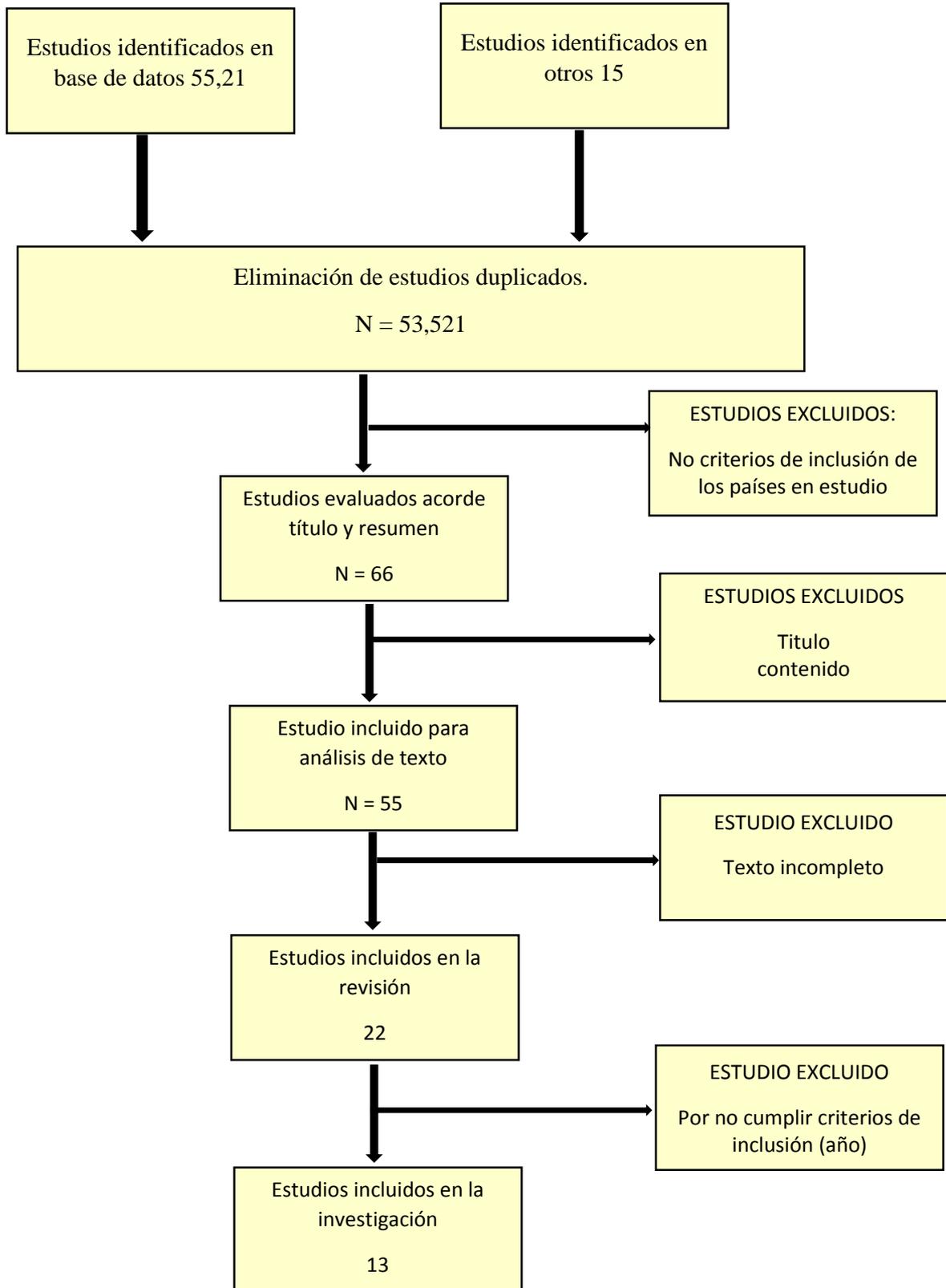
Se inicio a través de la selección de información, en diferentes fases:

Fase N°1: Búsqueda de fuentes de información

Se inició la búsqueda de fuentes de información, en buscadores como Scielo, EBSCO, Google académico, cuyo contenido estuvieran relacionado al tema de investigación: *“Deberes y derechos de pacientes de servicios de salud en Latinoamérica”*, entre las fuentes que se indagaron estuvieron: artículos de revistas, trabajos de grado,, informes de investigaciones de universidades e instituciones de gobierno de cada uno de los países de Latinoamérica inmersos en el estudio, Argentina ,Chile, Colombia, Costa Rica , el Salvador ,Guatemala ,Costa Rica y México, los cuales se seleccionaran tomando en cuenta las variables de la investigación (conocimiento, consentimiento informado, ejes comunes entre países) y que cumplieran con los criterios de conveniencia.

Fase N°2: Selección de las fuentes de información y recolección.

DIAGRAMA DE FLUJO PRISMA PARA LA BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS PRIMARIOS



De la búsqueda que se realizó en las diferentes fuentes y buscadores, tomando como referencia o palabras claves, las variables conocimiento, deberes, derechos, consentimiento informado, de los cuales se obtuvieron 53,521 se procedió a la selección de estos, excluyendo aquellos en un primer momento que se duplicaban en los diferentes buscadores, aquellos que no pertenecían a los países en estudio, que no cumplieran con los criterios de inclusión (país de estudio, y años en que llevo a cabo el estudio) y los que no contaban con información completa, a través de una lectura minuciosa de las fuentes de información y a través de un resumen para la valoración de la calidad de los estudios recopilados con los que se garantizó su autenticidad, veracidad y relevancia, se seleccionaron 13 estudios, que posteriormente se organizaron.

Fase N°3: Organización de la Información

Una vez seleccionada las diferentes fuentes y la información que se utilizó en el estudio, se organizó la información en tablas en Excel en la cual se resumió el contenido de las investigaciones tomando siempre las variables en estudio, se elaboraron fichas documentales para la sistematización de los contenidos; estas permitieron dimensionar la estructura e interpretación de la información en función a los resultados encontrados. Cabe mencionar que la elaboración de las fichas Homografías y de contenido electrónico se auxilió de herramienta informática de Word 2016.

Acorde a las categorías según variables en estudio y lista de chequeo, a cada país que forma parte de la investigación.

La tabulación de la información se presenta en tablas que presentan los resultados de la investigación, mediante la lista de chequeo, y se respectivo análisis de los resultados

4.8. PLAN DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de los datos se realizó mediante técnicas de lectura rápida, reflexiva y crítica, subrayando aspectos que respaldan el estudio, se realizaron comparaciones de aspectos comunes por cada variable en la investigación, describiendo la información de forma lógica las ideas claves, e relaciono los resultados de las diferentes fuentes de información, para la construcción de nuevo conocimiento acerca del tema en estudio, y así establecieron las conclusiones y recomendaciones del estudio.

4.9. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los principios éticos que guio al grupo investigador estuvo orientado a mantener el respeto a los derechos de autor, y de la propiedad de la información, responsabilidad y control sobre la información seleccionada, aplicando principios éticos universales como son el respeto, autonomía, beneficencia sobre derechos de autor de la información analizada, los datos obtenidos tendrán fines académicos y se entregan a Universidad de El Salvador, escuela de posgrado, con el fin de contribuir al conocimiento académico.

CAPITULO V

5.RESULTADOS

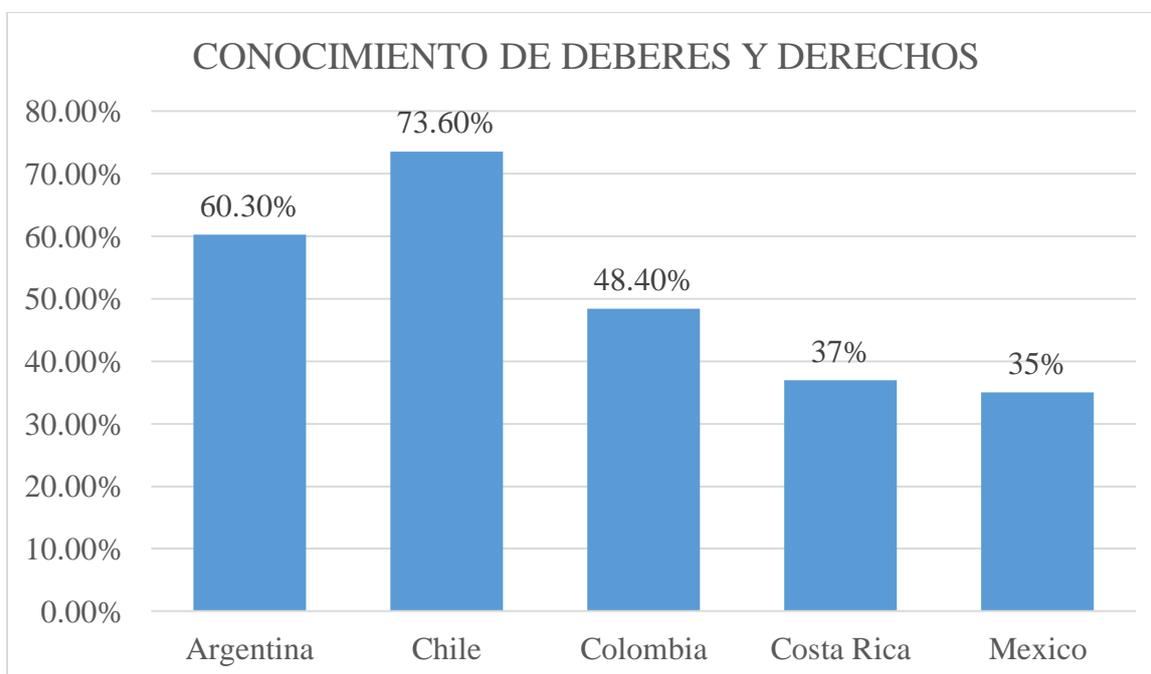
Los resultados obtenidos en el estudio acerca de los derechos y deberes de los pacientes en n los países de Latinoamérica específicamente de Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y México, dando respuesta a los objetivos de la investigación, basados en estudios de los países en mención sobre la situación de los derechos y deberes de los pacientes, así como el grado de conocimiento de estos y la aplicación del consentimiento informado, analizando los ejes comunes que poseen entre si los países sometidos a la investigación. Se detallan aspectos generales, como si dentro del estudio se cuentan con aspectos relacionado a:

<i>País</i>	Conocimiento de derechos	Conocimiento de deberes	consentimiento informado
<i>Argentina</i>	1	0	1
<i>Chile</i>	1	0	2
<i>Colombia</i>	2	1	2
<i>Costa Rica</i>	1	0	1
<i>El Salvador</i>	0	0	0
<i>Guatemala</i>	0	0	2
<i>México</i>	1	0	3

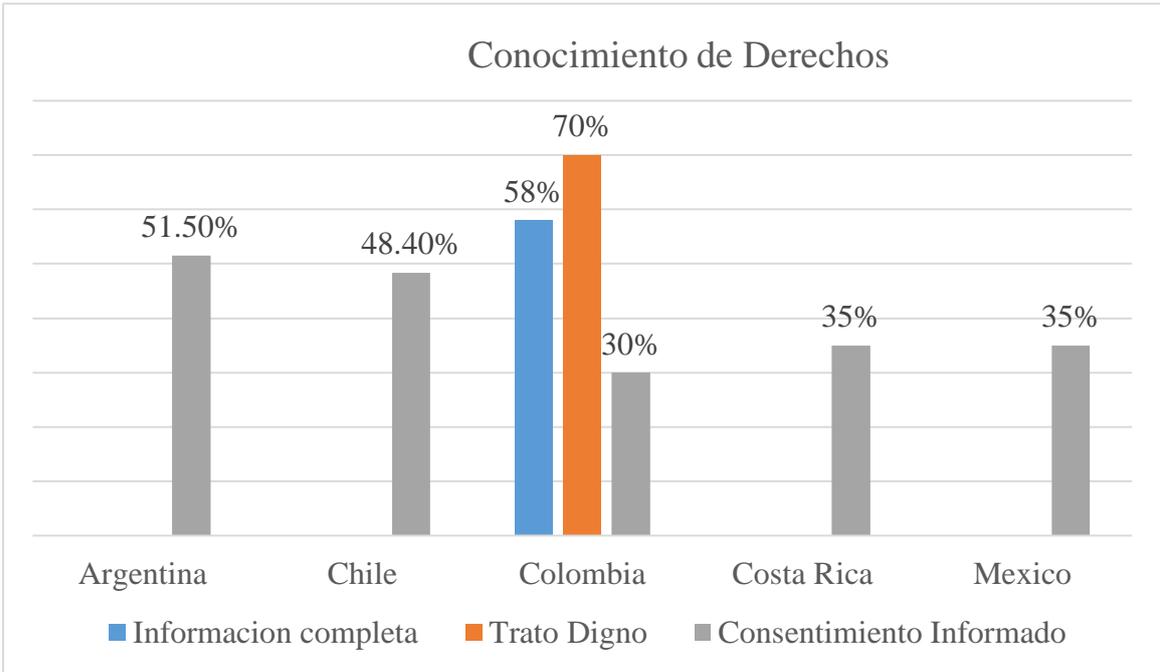
Es importante destacar que el país que aportó más estudios relacionado a los derechos y deberes de los pacientes, es Colombia, seguido por México y Chile. De El Salvador no se obtuvieron estudios relacionados a las variables en estudio, pero si sobre aspectos que detallan condiciones que entorpecen la aplicación de las leyes existentes a cerca de los derechos y deberes de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Aspectos retomados dentro de la situación en la que se encuentran los derechos en el país.

CONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN RELACIÓN A SU APLICACIÓN EN LOS PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

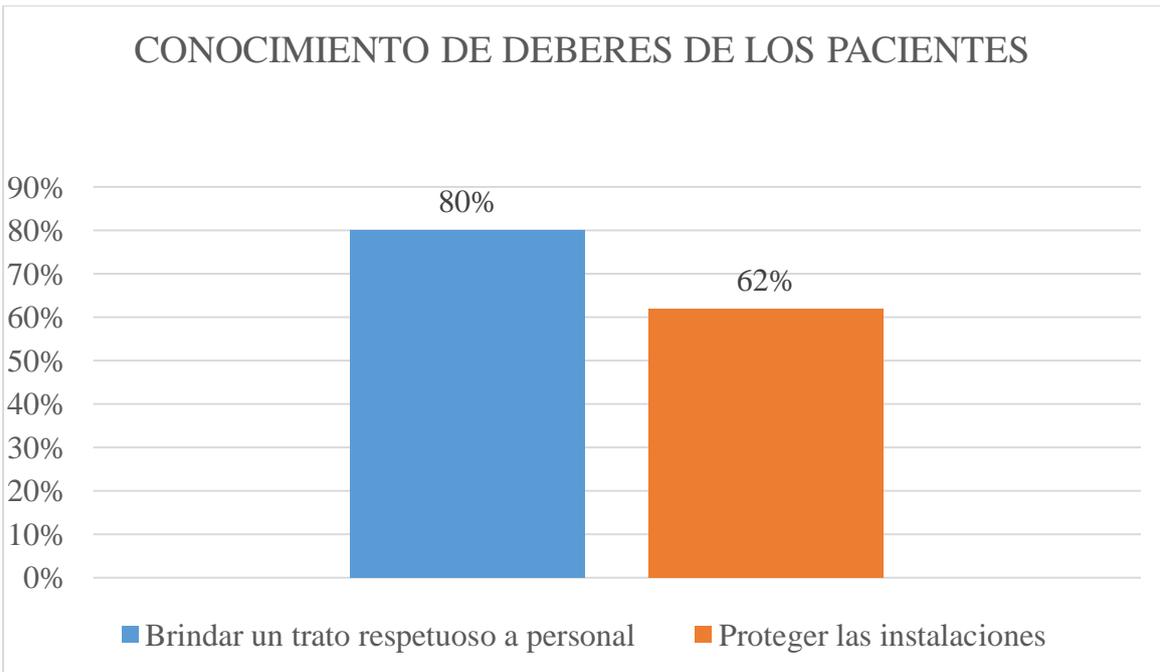
A continuación, se detallan los resultados, en relación al conocimiento de los derechos de los pacientes, tomando en cuenta el conocimiento de pacientes, de los prestadores de servicios de salud y la familia, puesto que también esto puede influir en la situación actual de los derechos, puesto que existen circunstancias en las cuales los tomadores de decisiones son familiares o los responsables del paciente como es en el caso de los menores de edad.



El conocimiento de deberes y derechos, en relación a los estudios examinados de los países de Latinoamérica, se observa que que 2 de los países del área sur del continente, poseen el más alto porcentaje de conocimiento, estos son Chile (73.6%) y Argentina (60.3%), en comparación a México que es el país que presenta menor porcentaje en este rubro.



En cuanto al conocimiento de los derechos de los pacientes, el derecho que se reflejaba que en el 92% de los países fue el consentimiento informado, siendo en Argentina el país que presenta más alto porcentaje (51.5%) de conocimiento de este derecho, y Colombia el país con más bajo porcentaje (30%), pero fue el único país en cual las personas identificaron como derechos a los pacientes el recibir una información completa (58%), el trato digno (70%).

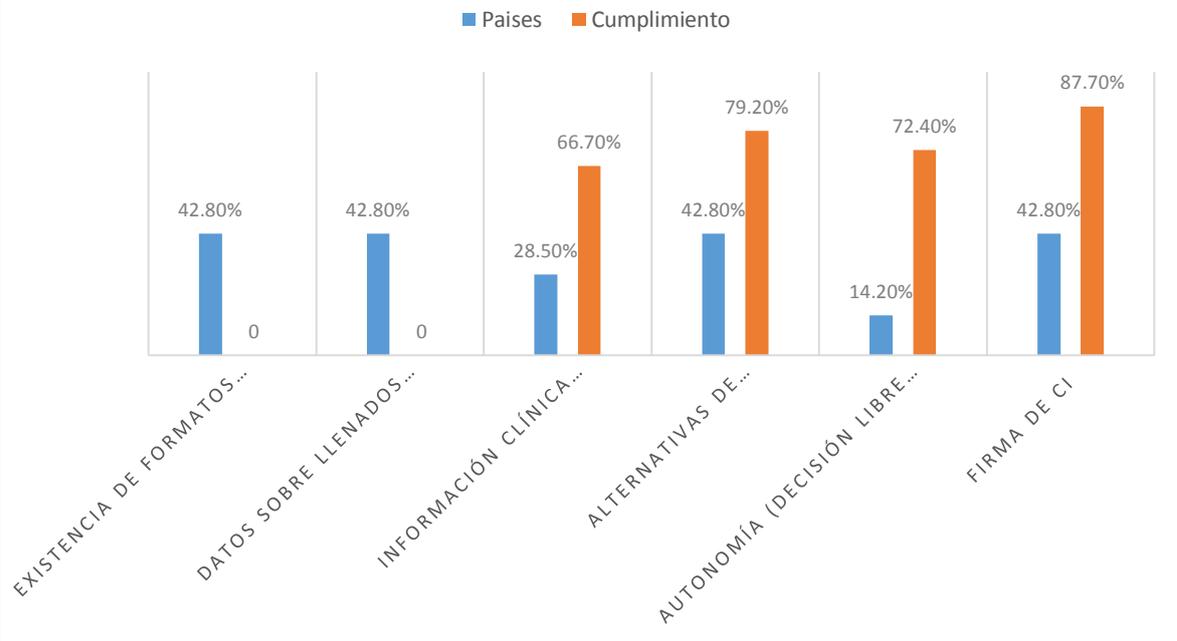


En cuanto al conocimiento, acerca de los deberes de los pacientes, el Brindar un trato respetuoso al personal de salud, es el que presento un mayor porcentaje (80%), en comparación con el deber de proteger las instalaciones en un 62%, es importante destacar que este aspecto solo se logró encontrar en un estudio realizado en Colombia

APLICACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES EN LATINOAMÉRICA

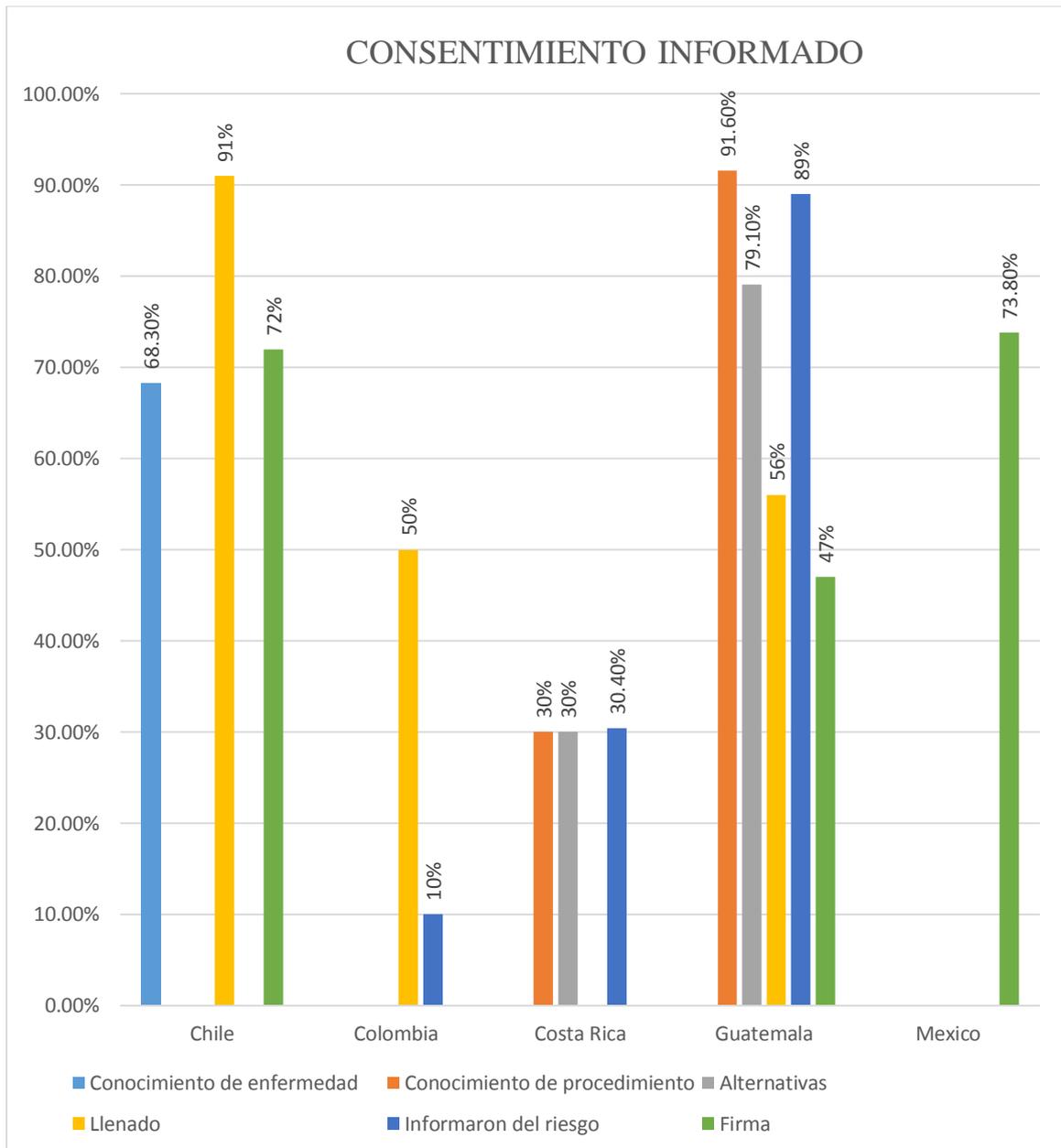
En cuanto a la aplicación del consentimiento informado relacionado con los derechos y deberes de los pacientes en Latinoamérica, en 6 de los países en estudio se evidencio investigaciones relacionados con el consentimiento informado, entre la aplicación así como la calidad de la información y el llenado del documento, la implementación de este documento es utilizado en los países de la región su aplicación es por arriba de 50%, en países como Argentina, Colombia y México, no obstante en Chile su aplicación es menor, a pesar que este se encuentra dentro de las legislaciones de los países como derechos de los pacientes, en cuanto a la existencia de formatos, En relación al llenado y cumplimiento de aspecto que debe de detallar el CI, se detallan a continuación, en una forma general y detallado por países.

APLICACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO, EN RELACION A ESTUDIOS REALIZADOS EN PAISES LATINOAMERICANOS



Es decir que de los países en estudio solo el 42.8%, reflejaron contar con los documentos de consentimiento informado, pero los que se utilizan son generalizados, independientemente el procedimiento que se vaya a realizar. Del total de países sometidos al estudio, solo el 42.8% contaban con aspectos relacionados la llenado completo y correcto del CI, pero en el 100% de estos, reflejaban que el llenado es incompleto, ya que hay aspectos generales que en su mayoría están llenados, pero hay otros rubros que solo estaban llenados en un 10% de los documentos revisados. En el caso de la información completa sobre riesgos y beneficios., solo el 28.5% de los países en estudio, contaban con estudios relacionados a este aspecto, pero cabe destacar que la opinión de los pacientes refleja que estos rubros no son tomados en cuenta en la información que se les proporciona, ya que en promedio solo el 66.7% si recibió información sobre complicaciones, y un 89% refiere que no recibió información completa sobre estos aspectos. En cuanto a las alternativas de tratamiento solo en el 28.5% de los países, se encontraron estudios que proporcionara información en relación a este rubro, pero al valorar el cumplimiento una media de 79.1% de las personas manifestaron haber recibido de manera insuficiente lo relevante a su padecimiento actual, procedimiento a realizarse,

beneficios, riesgos, complicaciones y alternativas terapéuticas. En cuanto a la autonomía, la decisión libre e informada solo en 1 país (14.2%), del total de pises sometidos al estudio, arrojó información sobre este rubro, y la voluntariedad para determinar su libertad y autonomía, fue 72.46%. con relación a la firma del consentimiento informado, solo en el 28.5% de los países se logró evidenciar este aspecto.



Los resultados en relación al consentimiento informado, y los aspectos que conlleva basado en los documentos y su llenado, así como la opinión de los pacientes, 4 de los países en estudio, proporcionaron investigaciones en las cuales se puede evidenciar,

alguno de estos aspectos, Guatemala es el que presento más resultados, tanto en el hecho que los pacientes se les proporcionó información sobre el procedimiento a realizarles(91.6%), Alternativas de tratamiento(79.10%), el llenado del documento de CI con un 56%, el sí recibió información acerca de los riesgos con un 89% y la firma del CI por parte del paciente con un 47%, en contra puesta Costa Rica que siendo un país de la región centroamericana al igual que Guatemala, presenta los porcentajes más bajos en cuanto a los aspectos sobre el haber recibido información o conoce sobre el procedimiento y las alternativas de tratamiento ambas con un 30%, no así en cuanto al aspecto de la información sobre los riesgos en el cual presento un 30.4%, pero Colombia presentó un porcentaje más bajo en ese rubro con un 10%.

EJES COMUNES DE LOS DERECHOS Y DEBERES DE LOS PACIENTES DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA PARA RETOMAR LOS APORTES DE CADA UNO EN EL PAÍS EN ARAS DE LA SALUD PÚBLICA.

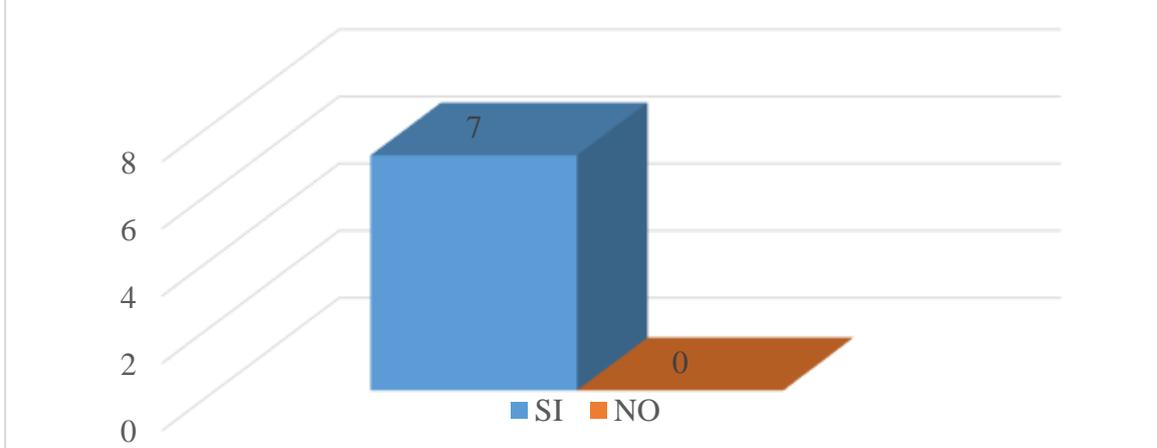
Como razón de ser de los servicios de salud, son los pacientes, por lo que cabe destacar que establecer una base legal en la cual se plasmen los derechos y deberes de ello es primordial en cualquier nación, el garantizar el cumplimiento de estos, permite una mejora en la calidad de atención de los servicios de salud, valorar los puntos en común que cada país posee acerca de los derechos y deberes de los paciente, basados en el conocimiento de estos, se logra identificar que a pesar de la existencia de normativas institucionales, legislaciones nacional, tratados o convenios internacionales, en los cuales muchos países de Latinoamérica y específicamente países que conforman el estudio son participes, el conocimiento sobre estos es limitado tanto para el personal de salud, que brinda la atención como del paciente que demanda esta.

Argentina	Chile	Colombia	Costa Rica	El Salvador	Guatemala	México
LEGISLACIONES						
Ley 26.529 Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. Ley 27.447 Ley de trasplante de órganos, tejidos y células	Ley núm. 20.584 regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud	Resolución número 0004343 de 2012	Leyes N. ° 8239 Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados	Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud	Código de Salud (art. 6)	Ley general de salud

Es importante detallar que, dentro de las legislaciones de los países Latinoamericanos, que conforma este estudio se ven inmersos dentro de las leyes los deberes de los pacientes, y en algunas de ellas también se incluyen los deberes, los países como Argentina, Chile, Costa Rica, El Salvador y México, cuentan con base legal que respalda los derechos de los pacientes, en el caso de Guatemala está inmersa en el código de salud nuevo (1997), en el artículo 6, donde describe sobre los derechos que todos los habitantes tienen, en relación con su salud, no así sobre deberes. En cambio, en Colombia, se encuentran sustentados los derechos en la Resolución número 0004343 de 2012.

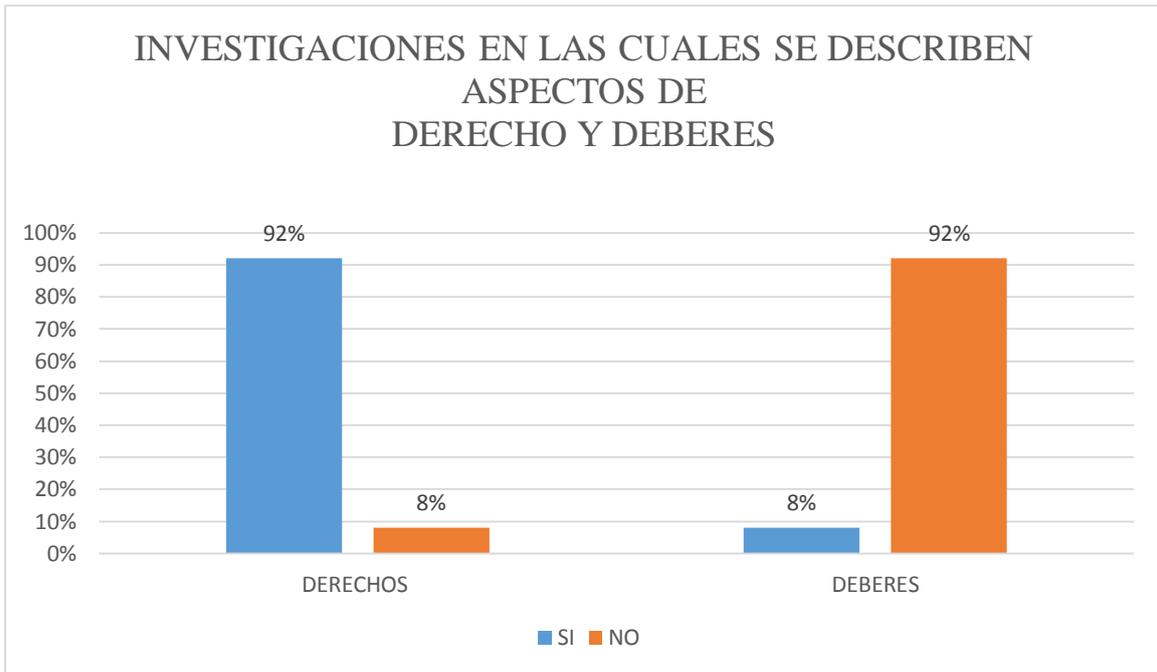
Derecho de Consentimiento Informado. Derecho a la Privacidad. Derecho a la Confidencialidad, son entre los que se encuentran incluidos en estas legislaciones.

PAÍSES QUE CUENTAN CON LEGISLACIONES SOBRE DEBERES Y DERECHOS DE LOS PACIENTES

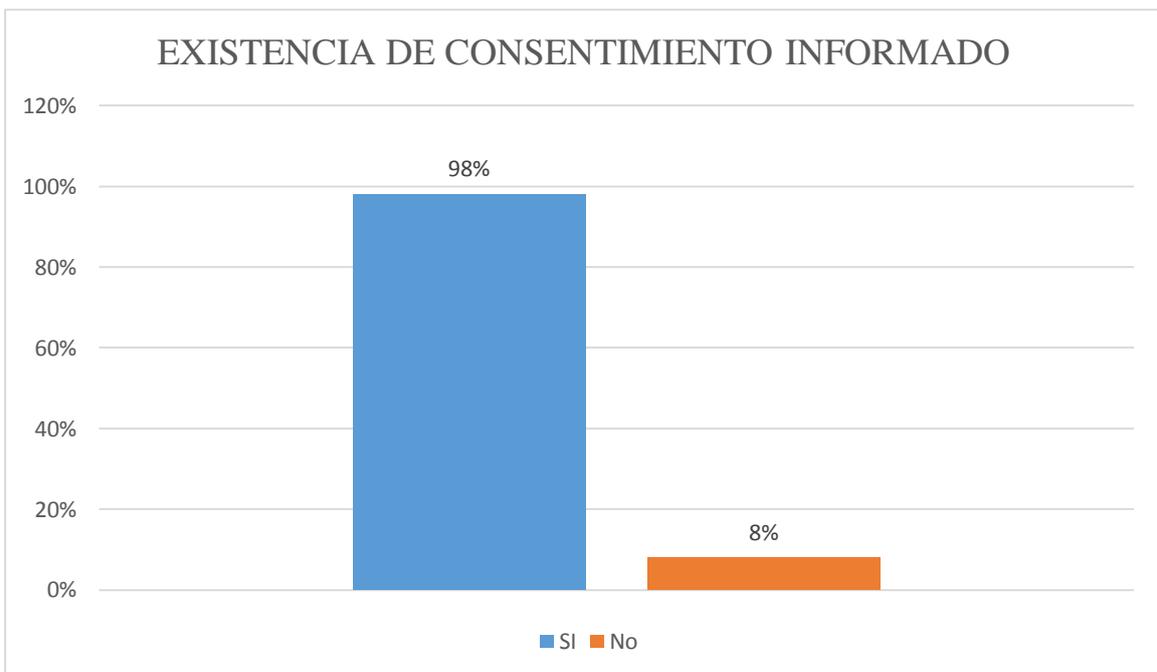


De los países que conforman la investigación el 100% de ellos cuenta con un marco jurídico, Enel cual están plasmados los derechos de los pacientes, solo es el caso de Guatemala, en el cual solo se ve reflejados los derechos mas no los deberes de los pacientes.

La existencia de documentos legales, en las cuales se describen los derechos de los pacientes, son el fundamento para que se dé el respeto, aplicación y cumplimiento de ellos.

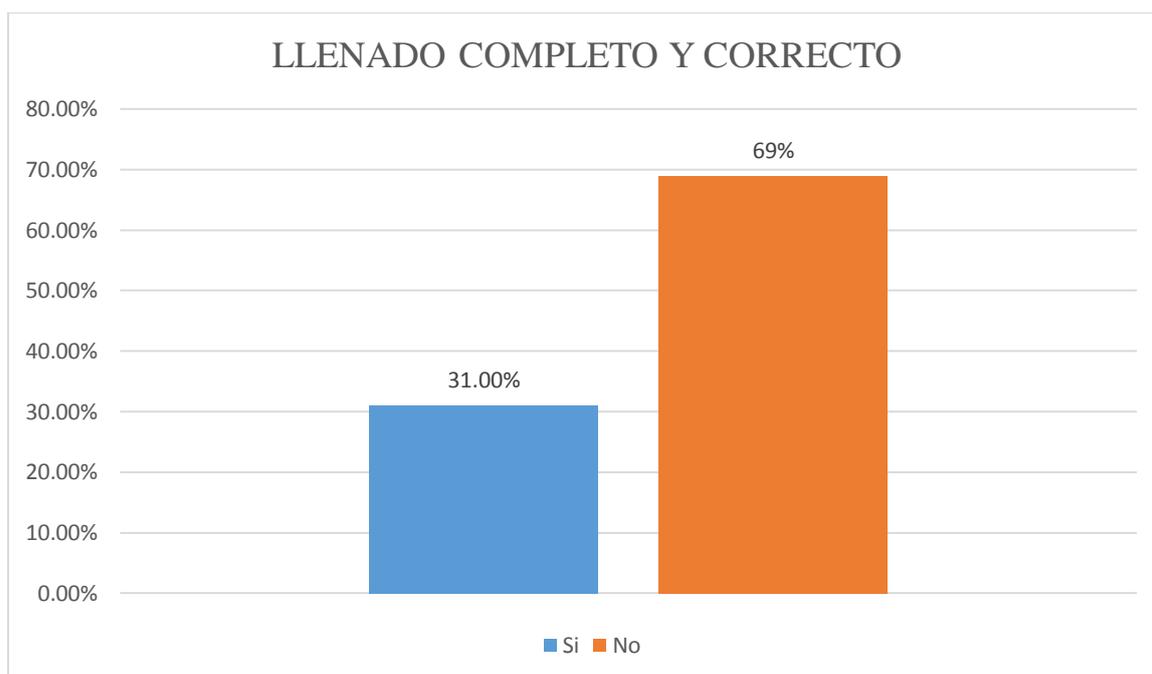


Del total de investigaciones, que se analizaron en este estudio, el 92%, describían aspectos relacionados con los derechos de los pacientes, mientras que un tan solo un 8%, de estas, reflejaban datos relacionados a los deberes, por lo que se enmarca hacia donde van dirigidas las investigaciones.



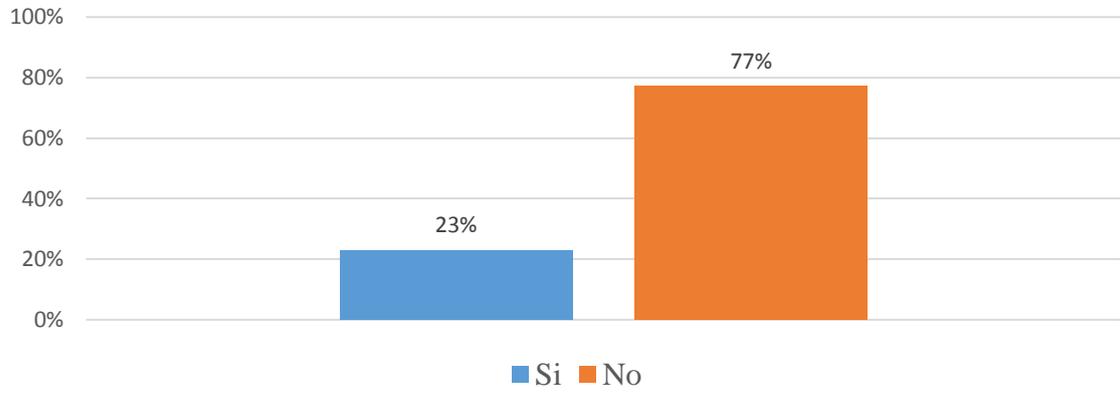
“resulta evidente que, en el período de estudio, se han registrado avances en el modelo de relación médico-paciente en esta institución: cada vez es más frecuente que el médico tome en cuenta al paciente y que éste pueda decidir, bajo sus parámetros y preferencias, en forma más libre e informada. El principio apoyado es el desarrollo de la autonomía en las personas” cómo lo menciona María De la Luz Casas-Martínez, Emilia Guadalupe Zepeda-López, en su trabajo sobre la Percepción del cumplimiento de la Carta de Derechos de los Pacientes.

La situación de los derechos de los pacientes, avanza, el hecho que países de Latinoamérica cuenten con leyes en las cuales se respaldan los derechos de los pacientes.



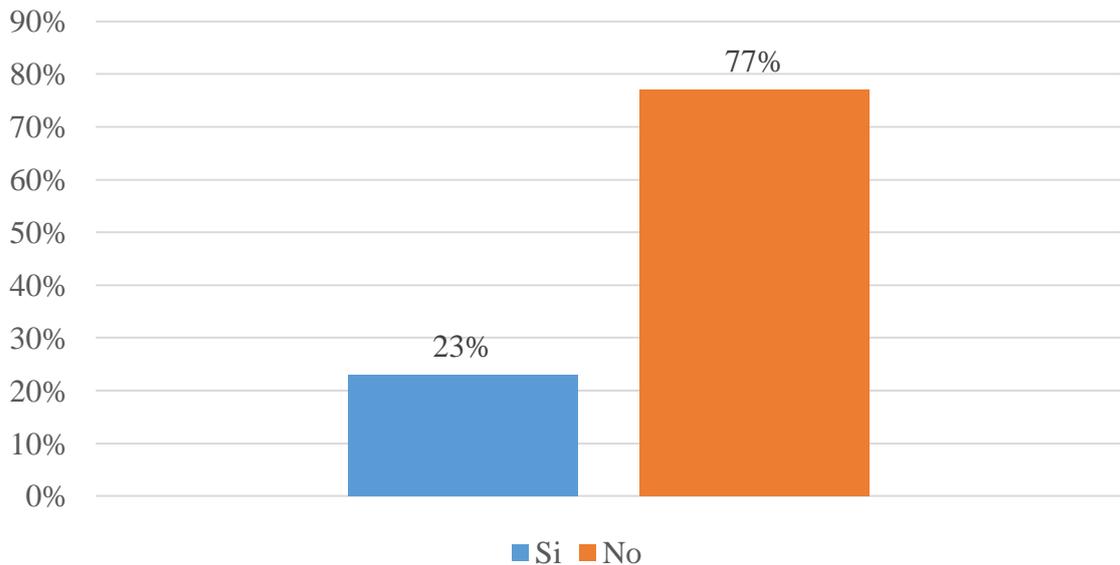
De acuerdo a los estudios analizados, el 31 % de ellos, contaban con aspectos relacionados al llenado del CI, y un 69% no reflejados resultados acerca de este atributo.

INFORMACIÓN CLÍNICA COMPLETA SOBRE RIESGOS BENEFICIOS, POSIBLES COMPLICACIONES DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS Y PROCEDIMIENTOS



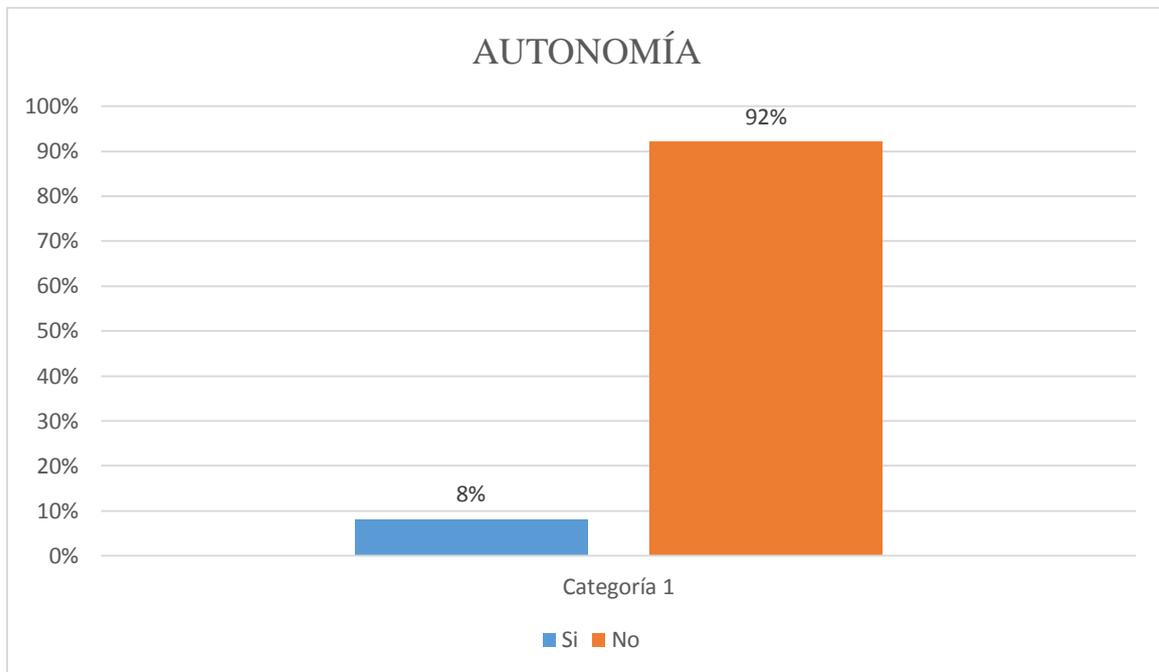
En cuanto a la Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas y procedimientos, solo el 23% de los estudios, aportaron información acerca de estas condiciones, y el restante 77% no.

ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO

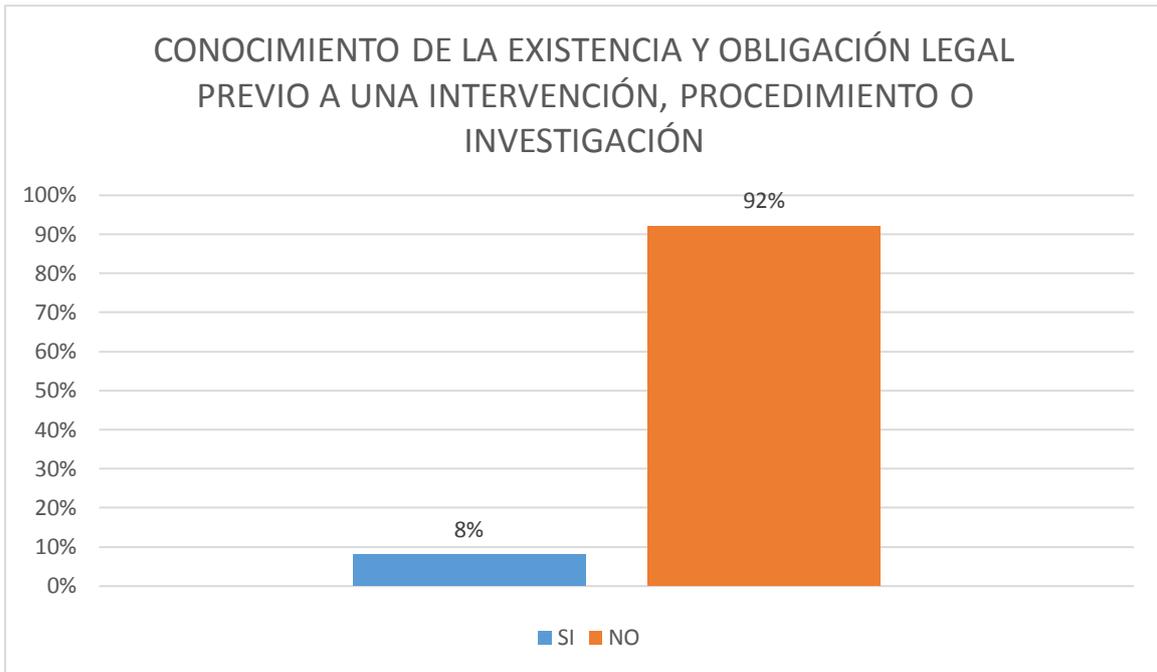


Solo un 23% de los estudios contaba con información relacionada a las alternativas de tratamiento, que se deben de proporcionar a los pacientes, con el objetivo de que pueda

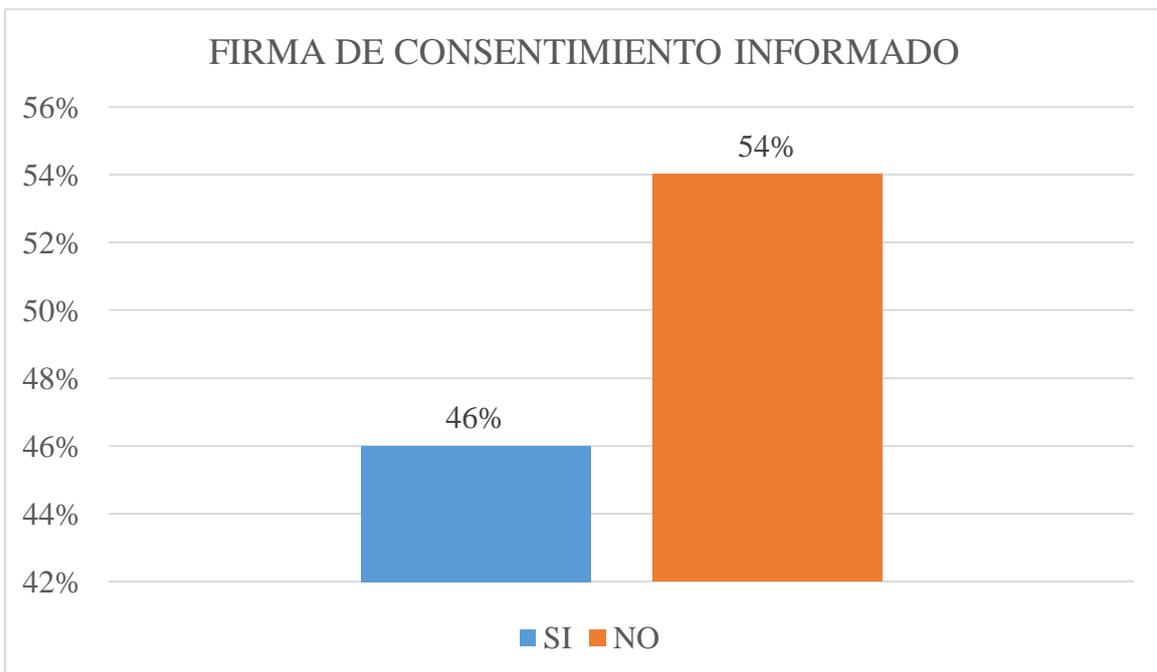
decidir libremente y hacer valer su autonomía. En el 77% restante no se encontró este aspecto.



La autonomía, propiamente descrita, solo se logró evidenciar en el 8% de los estudios analizados, llama la atención, que el 92% de los estudios, no presentaban este aspecto.



En este aspecto, solo se vio reflejado en 1 estudio (8%), cabe destacar que fue relacionada con el conocimiento de sus implicaciones que tiene el CI,



En relación a la firma del consentimiento informado el 46% de los estudios, contaban con información relacionada a este rubro, mientras que el 54% no.

5.1 DISCUSIÓN

Los derechos de los pacientes, son importantes desde el punto de vista biopsicosocial. El contar con marcos regulatorios permiten establecer las directrices a través de las cuales el personal sanitario debe de brindar la atención al paciente, tomándolo como un ser independiente, con autonomía.

Los resultados de los estudios realizados en cada país de Latinoamérica que se investigaron, permiten apreciar aspectos como la aplicación de estos en el que hacer de la atención en salud.

En el Marco de los deberes y derechos de los pacientes, muchos han sido los países que se unieron a esta iniciativa, e incluso la creación de leyes que determinen cada uno de los derecho y deberes que los pacientes poseen. En el caso de Latinoamérica específicamente Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, El Salvador, Guatemala y México, el 100% cuentan con una ley que establece los derechos obligaciones de los pacientes, Colombia lo establece en su Resolución número 0004343 de 2012. Y en los cuales se encuentran derechos como:

Derecho a Trato Igualitario. Derecho a una Atención Calificada, Derecho a la Información. Derecho de Consentimiento Informado. Derecho a la Privacidad. Derecho a la Confidencialidad.

El conocimiento de los derechos y deberes de pacientes, a pesar que en 5 de los 7 países que forman el estudio, sus investigaciones reflejaron que, en este rubro, el 71% de los países el conocimiento está por debajo del 60%. En algunos incluso los catalogan como un grado de conocimiento deficiente o en otros casos regular.

En específico, el conocer cada derecho que están inmerso dentro de las investigaciones, el relacionado al CI, es el que se ve reflejado en la mayoría de los países, pero se debe de considerar que el 92% de las investigaciones estaban íntimamente relacionadas a este.

En Colombia los familiares de los pacientes, manifestaron conocer que tiene derecho a recibir información clara por parte del médico tratante sobre la enfermedad que padece su familiar y sobre los tratamientos que se le están realizando, además sobre la posibilidad de aceptar o rechazar dichos tratamientos en caso de inconsciencia o minoría de edad.

Así también en cuanto a los deberes, solo el de proporcionar respeto al personal de salud, y el de proteger las instalaciones, fueron los que se veían reconocieron como deberes en los estudios. También es de tomar en cuenta que, en algunos países, como Guatemala dentro de sus leyes, no se ven reflejados los derechos de los pacientes.

La aplicación y llenado adecuado del CI, permitan tener una valoración sobre la información que se le está proporcionando a los pacientes en relación a los beneficios, riesgos, alternativas de tratamiento a los cuales puede optar, los cuales permiten garantizar el derecho a elegir libremente y de una forma informada, pero los hallazgos, dejan en evidencia el bajo cumplimiento en cuanto a aplicación del CI. Ya sea por múltiples razones, por el factor tiempo, por actitud de la persona prestadores de servicios de salud, solo como un compromiso, esto se asocia con el punto de vista que cada uno tiene sobre el CI, así como esta reflejados en el cual un 66,7% de los participantes opinan que es para que el paciente conozca y decida la mejor alternativa de tratamiento, 27% para evitar problemas legales, 4,7% para evitar reclamos posteriores y un 1,6% no conoce finalidad alguna.

Para la valoración de la comparación de los ejes comunes de los derechos y deberes, se retoma los estudios en los cuales se reflejaban aspectos relacionados al conocimiento de derechos y deberes, de cada país, y de un punto de vista general, Chile con un 73.6%, es el país que posee el más alto conocimiento en lo que a deberes se refiere, de los otros países sometidos a estudio.

Los estudios examinados en esta investigación, demostraron que los países poseen legislativas en las cuales se ven inmersos los derechos, en un 71 % de los países, poseen

una ley que refleja los derechos y deberes, mientras que en Guatemala es a través del código de salud, y en Colombia es la declaración 00043 43 del 2012, que detalla los derechos de los pacientes.

Los estudios que fueron analizados para la investigación, establecían parámetros de derechos de pacientes en un 92%, así también acerca del consentimiento informado, mientras que en un 8%, reflejaba datos acerca de los deberes. Aspectos relacionados con el CI, como la existencia de formatos de CI es el rubro que estaba presente en el 92% de los estudios, con un 31 % se evidencian datos acerca del llenado del CI, el cual según cumplimiento del llenado n el caso de Colombia *“El más alto cumplimiento por encima de 90% y sin llegar al total, se observa en categorías como: 1. Enuncia que es un C. I; 2. Nombre del paciente; 19. Aceptación del tratamiento o procedimiento; 23. Firma de paciente, con muy bajo cumplimiento por debajo del 10%; 15. Riesgos; 16 y 17. Ventajas y desventajas de las alternativas del tratamiento; y 12. Desventajas del tratamiento o procedimiento.”* Guatemala por su parte *“Respecto a los datos registrados en el consentimiento informado, 95.1% tenía el nombre del paciente, 72% contaba con la firma y el 85.4% presentaba la huella digital. El 56.1% no contaba con nombre y/o firma del testigo y en 70.7% no estaba su huella digital. El 70.7% presentaba la firma del cirujano y 84.1% tenía el sello médico del cirujano.”* En el País de México *“Solamente 56% de todos los CI revisados se encontraron completos”*.

Por lo que, a consideración, el llenado inadecuado del CI, puede establecer el incumplimiento de los derechos de los pacientes, en cuanto a recibir información y su autonomía, la cual se evaluó la libertad de decisión del paciente, que obtuvo: 27.54% no se les informó, algunos desconocen que es un derecho y su significado; 72.46% conocían esta decisión de libertad porque se les comunicó su médico tratante. La voluntariedad para determinar su libertad y autonomía, fue 72.46%. En relaciona ese rubro, no se encontró dentro de los estudios examinados, algún aporte que contribuyera a este aspecto. En relaciona ese rubro Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación no se encontró dentro de los estudios examinados, algún aporte que contribuyera a este aspecto.

La firma del paciente o representante legal en un 46% de los estudios, se logró identificar este aspecto, siendo que en países El 100% de los consentimientos informados fueron firmados, previo al procedimiento quirúrgico, en otro caso similar el 89% solo firmó el consentimiento, 6.1% firmó y se lo leyeron y 4.9 % firmó y leyó. Aspectos q tomar en cuenta en las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO VI

6.1 CONCLUSIONES

Lo expuesto a lo largo del estudio nos permite llegar a las siguientes conclusiones:

- ❖ Resulta complejo establecer una única clasificación de los derechos de los pacientes ya que estos pueden variar según las leyes establecidas por cada país, sin embargo, las legislaciones coinciden conforme a tres conceptos básicos, a partir de los cuales se derivan los derechos del paciente: vida-salud, dignidad, y libertad-autonomía. A nivel mundial los derechos y deberes de los pacientes son reconocidos en diversos países, entre ellos países como Argentina, Chile, Costa Rica y El Salvador inmersos en el estudio, los cuales poseen leyes que los respaldan.
- ❖ Los países de Latinoamérica en los cuales encontramos estudios de investigación relacionadas con la situación de los deberes y derechos de los pacientes en los servicios de salud se pueden mencionar los siguientes México con mayor número de estudios al respecto, seguido por Colombia y Chile, Guatemala, Costa Rica y Argentina en una menor proporción, por lo que indica que estos países cuentan con legislaciones en las cuales se establecen los deberes y derechos de los paciente, esto refleja que es limitada la regulación en los países
- ❖ Los países de Latinoamérica, a pesar de que cuentan con legislaciones en las cuales se enmarcan los derechos deberes de los pacientes, el reconocimiento de estos por parte de los pacientes es baja, e incluso para el personal de salud.
- ❖ El llenado incompleto de documentos como el CI, que es parte de los derechos de los pacientes, en relación a su autonomía, refleja el incumplimiento de este

derecho, por parte del personal de salud, independientemente de la razón por la cual no se completa.

- ❖ La situación de los derechos de los pacientes, en Latinoamérica requiere de un control por parte de las instituciones garantes de los derechos humanos en general y de los pacientes específicamente, ya que el desconocimiento de ellos, limita el cumplimiento de estos.
- ❖ La relación, entre los resultados de cada uno de los estudios examinados, establece el nivel de aplicación y cumplimiento que en Latinoamérica se tiene sobre los derecho y deberes de los pacientes, dejando en evidencia que se tiene que seguir trabajando en ellos, para garantizar un trato digno a los pacientes y personal de salud.
- ❖ Entre los ejes comunes de los países de Latinoamérica inmersos en los estudios se pudo evidenciar que poseen legislaciones, e instrumentos como el consentimiento informado que es uno de los derechos más aplicados por todos los países, pero a pesar de ello también su cumplimiento es limitado.

6.2 RECOMENDACIONES

Una vez concluido el presente trabajo se consideramos interesante el estudio de otros aspectos relacionados con este tema que contribuyan a fortalecimiento de los derechos del personal de salud al margen de cumplimientos de derechos laborales según OIT, y OMS.

Por lo que en base a los resultados del estudio se formulan las siguientes consideraciones a las autoridades e instituciones correspondientes:

Legisladores de los diferentes países de las regiones de Latinoamérica

- La formulación de leyes que regulen los deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud, ya que existen países no cuentan con regulaciones de ley.
- A los Ministerios de Salud de los países de Latinoamérica, establecer plataformas de apoyo educativos que garanticen la divulgación de las leyes que regulan los deberes y derechos de los pacientes en las instituciones prestadoras de servicio de salud.
- Instaurar estándares que permitan la sistematización de los derechos y deberes de los pacientes, en cada país.

Instituciones formadoras de profesionales de la Salud

- Fortalecer e integrar dentro de las temáticas a desarrollar con los futuros profesionales aspectos de legislación y ética, con enfoque de derecho, lo cual contribuirá a una práctica y cumplimiento de los deberes y derechos de los pacientes, así como reducir el riesgo de incumplimiento o negligencia de parte de personal por desconocimiento.
- Instituciones formadoras de recursos de post grados y maestrías relacionadas con la salud impulsar proyectos de investigación que contemplen aspectos legislativos en relación a derechos y deberes de pacientes, así como de personal de salud, con el propósito de contribuir a conocer el contexto en el cual se encuentra El Salvador, en cuanto a esta temática en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud.

Instituciones prestadoras de servicios de salud

- Creación de espacios de educación continua en la cual se refuercen temáticas relacionadas a las legislaciones de deberes y derechos de pacientes y prestadores de servicios de salud, apegados en la ley vigente en El Salvador, para garantizar una atención de calidad basada en derecho.
- Establecer planes de divulgación de forma diligente en el contexto de los deberes y derechos de los pacientes, en las instituciones.
- Monitoreos continuos, que valoren el nivel de cumplimiento del derecho a la autonomía, a través de la valoración de la aplicación del consentimiento informado, desde un punto de vista bioético.

FUENTES DE INFORMACION

1. Arana pm. Derechos y deberes de los ciudadanos: de los usuarios y de los trabajadores de salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2017 octubre - diciembre; 34(4).
2. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2020 julio 19. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>.
3. Banco Inter americano de Desarrollo. Banco Interamericano de Desarrollo. [Online].; 2018 [cited 2020 junio 16. Available from: <https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Desde-el-paciente-Experiencias-de-la-atenci%C3%B3n-primaria-de-salud-en-Am%C3%A9rica-Latina-y-el-Caribe.pdf>.
4. Lopez Reyes IR, Merino Velasquez DE. [Documentos].; 2018 [cited 2020 marzo 15. Available from: <http://ri.ues.edu.sv/id/eprint/20025/1/DIFICULTADES%20PARA%20LA%20APLICACI%C3%93N%20EFICAZ%20DE%20LA%20LEY%20DE%20DEBERES%20Y%20DERECHOS%20DE%20LOS%20PACIENTES%20Y%20PRESTAD.pdf>.
- s5. Br. Carmen Gisela PD. Conocimiento sobre Derechos y Satisfacción del paciente hospitalizado con la atención del profesional de enfermería del hospital Marino Molina Scippa, 2016. 2016. Tesis.
6. MSc. Isabel Pilar Luis Gonzálvez IDCSMC. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. [Online].; 2020. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032013000300008.
7. Organizacion Mundial de la Salud (OMS). [Documento].; 2002 [cited 2019 noviembre 23. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42592>.
8. Asociación Europea de Escuelas de Salud Pública (ASPHER). [Documento].; 2015 [cited 2019 noviembre 30. Available from: <http://health-rights.org/pg/guiadchoshum.pdf>.

9. Rasines sgu. historia de los derechos de los pacientes. revista de derecho uned. 2014 marzo; 1(15).
10. Bermúdez jma. La legislación ecuatoriana en el marco de las declaraciones y convenios de ámbito internacional: los derechos del paciente. revista de derecho uned. 2017;(20).
11. Rocío Rey Gómez DIPFACSAS. Conocimiento de los enfermos sobre sus derechos y deberes en el proceso de atención en la E.S.E Hospital Universitario de Santander. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2009 marzo; 41(1).
12. Rasines SGU. historia de los derechos de los pacientes. revista de derecho uned. 2014;(15).
13. Rey R, Parra DI, Camargo FA, Sierra SA. Conocimiento de los enfermos sobre sus derechos y deberes en el proceso de atención en la E.S.E. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud. 2009 abril - enero; 41(1).
14. March-Cerdà1 JC. El derecho de los pacientes a recibir información. CONAMED. 2014 Octubre- Diciembre; 19(4).
15. Dominguez C. Las TIC benefician la salud. Revista digital. 2018 Noviembre .
16. Cesáreo García Ortega VCMYJAB. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la ley 41/2002. Revista Española de Salud Pública. 2004 Julio - Agosto; 78(4).
17. Y RV. De los derechos del paciente. Scielo, Revista Medica de Chile. 2000 Diciembre; 128(12).
18. David Marcelo Vizcaya Benavidesa FAZVPPCHCA. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. Revista de la Facultad de Medicina UNAM. 2014 Septiembre - Octubre; 57(5).
19. López IFD. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. Revista Mexicana de Patología Clínica y Medicina de Laboratorio. 2001 Enero - Marzo; 48(1).

20. Oliva JL. La garantía de los derechos humanos del paciente a través del derecho constitucional, procesal constitucional y el derecho de daños. Revista Prolegómenos - Derechos y Valores. 2014 Julio-Diciembre; 17(34).
21. Rodríguez VR. Derechos humanos y deberes. SCIELO - En-claves del pensamiento. 2011 Julio - Diciembre; 5(10).
22. MSc. Isabel Pilar Luis González IDCSCMC. Percepción ciudadana sobre deberes y derechos relacionados con el cuidado de la salud. Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013 Septiembre - Diciembre; 51(3).
23. Malpica DR. La Cultura de los Cuidados y las Instituciones de Salud en Nuestros Tiempos en Latinoamérica. Editorial. 2013 Septiembre-Diciembre; 17(37).
24. Análisis del Sistema de Salud en Latinoamérica dlfqaalpCPCV. Delfina Dolores Gamez Quintero; Erica Jakeline Nieto Palacio; Zulay Yesenia Ayala Arenas. Trabajo de grado. Bucaramanga, Santander: universidad de Santander; 2019.
25. Aguirre DAM. Caracterización de los modelos de sistemas de salud a nivel mundial. Tesis. Ibagué: Universidad de Ibagué; 2019.
26. C Tmevgsmopr. Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el sgsss, hospital San Jose de Buga, 2011. tesis. San Jose de Buga: Universidad catolica de Manizales; 2012.
27. Mariana Belló LePMeCMBMLeEMeS. Sistema de salud de Argentina. Salud Publica Mexico. 2011 Septiembre; 53(2).
28. Víctor Becerril-Montekio LeEMeS, Juan de Dios Reyes MM, Annick Manuel MM. Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México. 2011 Enero; 53(2).
29. Ramiro Guerrero MeCAIGBVBMLeEMeSJVMS. Sistema de salud de Colombia. salud pública de méxico. 2011; 53(2).
30. Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal M, Oswaldo Lazo-González P, Gustavo Nigenda P. Sistema de salud de Perú. Salud Pública de México. 2011 Enero; 53 (2).

31. Fuentes RC, Ribadeneira GM, Abi-Hanna GB. El Sisema Ncional de Salud de Ecuador. Revista Mdica facultad medica, Universidad Cat3lica de Santiago de Guayaquil. 2015; 19(4).
32. Carmen Ledo PSMMA. Sistema de salud de Bolivia. salud p3blica de m3xico. 2011; 53(2).
33. M3nica Acosta LeCMdRSMBGMeAJLBLEr. Sistema de salud de El Salvador. salud p3blica de m3xico. 2011; 53(2).
34. Roc3o S3enz Md, Acosta M, Muiser J, Berm3dez JL. Sistema de salud de Costa Rica. Salud P3blica de M3xico. ; 53(2).
35. Juan Luis Berm3dez-Madriz LeRMdRSMMJMMeCMALeC. Sistema de salud de Honduras. salud p3blica de m3xico. 2011; 53(2).
36. V3ctor Becerril-Montekio LeEMeSLLDMMeS. Sistema de salud de Guatemala. salud p3blica de m3xico. 2011; 53(2).
37. Jorine Muiser MeSMdRSMJLBLEr. Sistema de salud de Nicaragua. salud p3blica de m3xico. 2011; 53(2).
38. Fr3de CG. El Sistema de Salud en M3xico. Revista CONAMED. 2017; 22(3).
39. Sojo A. Condiciones para el acceso universal a la salud en Am3rica Latina: derechos sociales, protecci3n social y restricciones financieras y pol3ticas. Ci3ncia & Sa3de Coletiva. 2011 junio; 16(6).
40. Montoya NPM. ¿Qu3 es el estado del arte? Dialnet,. 2005Ciencia y Tecnolog3a para la salud Visual y Ocular Julio -Diciembre;(5).
41. Echegoyemberry MN, Castiglia G, Yavich N, B3scolo EP. Desaf3os de la implementaci3n de la atenci3n primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos. Espacio i+D. Innovaci3n m3s Desarrollo. 2017 Octubre; 6(15).
42. Toledo AF. El derecho de la salud en la gesti3n p3blica. La experiencia del 3rea de bio3tica del ministerio de salud de la provincia de C3rdoba (ARGENTINA. Derecho y Salud. 2020 Mayo;(4).

43. Toledo A. El Derecho de la Salud en la gestión pública. La experiencia del Área de Bioética del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba (Argentina) en algunas aplicaciones de este Derecho. *Revista Derecho y Salud*. 2020 mayo; 1(4).
44. Rossini J. Universidad Nacional del Litoral. [Online].; 2018 [cited 2020 6 15. Available from: <https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar:8443/handle/11185/1157>.
45. Gregorio M.J. ZE,G,O,G,P,D,E,CR,M,A,D. Evaluación del nivel de conocimiento de la ley 26.529 en el Hospital j.m. Urrutia (Unquillo. Córdoba). 2014..
46. C FJL. Ley de derechos y deberes de las personas en la atención de salud. Una mirada bioética. *Revista médica de Chile*. 2017 Noviembre ; 140(11).
47. Hurtado PM, Silva JW, Etchepare FL, Hidalgo CD, Talciani HC, Montecinos AM, et al. [Documento PDF].; 2014 [cited 2020 julio 12. Available from: <https://www.uandes.cl/wp-content/uploads/2019/03/Cuaderno-de-Extension-Juridica-N%C2%B0-25-Derechos-y-Deberes-de-los-Pacientes.pdf>.
48. Olguin E. Universidad Andres Bello. [Online].; 2016 [cited 2020 6 25. Available from: <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/10417>.
49. P. Bravo ADACGSIM. Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *SciELO - Scientific Electronic Library Online*. 2018 agosto; I(1).
50. CL. Navarro MCOEGGPPMPSBKSBCVM. Satisfacción usuaria respecto a competencia de comunicación del profesional de enfermería. *SciELO*. 2015 abril; 21(1).
51. Olave1 JG. *Acta Bioethica*. [Online].; 2018 [cited 2020 AGOSTO 11.
52. WALLY OPPLIGER A. MLBR. Consentimiento informado. Percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. *Revista Chilena de Pediatría*. 2011 Mayo - Junio; 82(3).
53. Oliva JL. La garantía de los derechos humanos del paciente a través del derecho constitucional, procesal constitucional y el derecho de daños*. *Revista Prolegómenos - Derechos y Valores*. 2014 Julio - Diciembre; 17(34).

54. Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social del Gobierno de Colombia. [Online]. [cited 2020 julio 5. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/salud/CAS/Paginas/deberes-derechos-salud.aspx>.
55. Cardenas JP. Algunos comentarios sobre la ley 1751 del 2015 que regula el derecho fundamental a la salud. Scielo Biosalud. 2017 junio; 16(1).
56. Ávila IC, Villanueva MV, Correa EO, Consuegra AP, Soto. hc. Satisfacción de usuarias del control prenatal en instituciones de salud públicas y factores asociados. Cartagena. Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2014 enero- junio; 19(1).
57. López MTE, Torres EN. Análisis de formatos de consentimiento informado en Colombia. Problemas ético-legales y dificultades en el lenguaje. Revista Latinoamericana de Bioética. 2016 Enero - Junio ; 16(1).
58. Carrera MTE&CA. Percepción sobre consentimiento informado en pacientes. Revista Latinoamericana de Bioética. 2015 Enero - Junio; 15(1).
59. Ovalle C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud. 2012; 10(1).
60. Cabrales-Vega RA, Calvachi-Jiménez JV, ForondaCastro JE, Giraldo-Pinto DL, Jojoa-Saa JA, Mendoza-Ortiz VP, et al. ¿Quién se informa con el consentimiento informado? Scielo. 2012.
61. Veltze er. Portal Juridico lexivox libre. [Online]. [cited 2020 JULIO 22. Available from: <https://www.lexivox.org/norms/BO-DS-28562.html#dcmi%20>.
62. HILARI DAA. [Documento PDF].; 2017 [cited 2020 julio 1. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/bitstream/handle/123456789/14914/TE-1213.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
63. Oblitas CEFZ. [Documento PDF].; 2016 [cited 2020 junio 30. Available from: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/15288/TE-1056.pdf?sequence=1,BOLIVIA>.

64. Gobierno de la Republica de Perú. Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. 2009. Documento de ley.
65. Henry Rebaza-Iparraguirre MVLJVOMLUOMG. Desafíos de la desconcentración y participación local en el marco de la protección de los derechos en salud: Experiencia de la Intendencia Macrorregional Norte, SUSALUD. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016 julio - septiembre ; 33(3).
66. Walter Gil Quevedo EATEEP. Ciudadanos informados y empoderados: Claves para el pleno ejercicio de los derechos en salud. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2017 abril - junio ; 34(2).
67. Vallasco YR. Nivel de conocimiento de la ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en internos de estomatología. 2018. Tesis oara optar titulo de cirujano dentista.
68. X. Tuya Figueroa EMHEMRRAMMMSJTPMT. Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de lima metropolitana, Peru 2014. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2016 noviembre ; 33(4).
69. Manuel Fernando Galván-Meléndez LYCMMCSEOJRBMHJJBR. Conocimiento sobre consentimiento informado para atención médica en unidades de primer y segundo nivel de atención. Revista CONAMED. 2013 Abril - Junio ; 18(2).
70. Cochachin-Chuica Claudia Edilma CJKJ,CCCE,PRN,BRN,OGV. Percepción y cumplimiento del consentimiento informado anestesiológico para cirugías electivas en un hospital del norte del Perú. Revista Cuerpo Medico. 2013; 6(4).
71. Diaz CIE. Transfusin sanguinea en la practica clinica e implicaciones etocos- legalaes. 2013. Archivo Venezolano de Farmacologia y Terapeutica.
72. salgado dg. derechos del paciente y su relación con la atención de enfermeria en el área de cirugía del hospital isidro ayora”. 2015. tesis previo a la obtención del título de licenciada en enfermería.
73. Sidar E. Solórzano-Solórzano DGBBEMMQMEPCDMCH. Responsabilidad Civil y Penal de la práctica de enfermería. Polo del Conocimiento. 2018 Julio; 3(7).

74. Raquel SMG. La bioética en la práctica del consentimiento informado. estudio de caso hospital “San Francisco de Quito” del instituto ecuatoriano de seguridad social. enero a julio del 2015. tesis. Quito: universidad central del Ecuador; 2016.
75. Garcia DALP. [Documento PDF].; 2013 [cited 2020 julio 12. Available from: http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/04/04_11482.pdf.
76. CODD KA. Aspectos éticos, médicos y legales del consentimiento informado, unidad de cirugía ambulatoria, hospital general San Juan de Dios Guatemala, septiembre a noviembre 2017”. 2018. trabajo de graduacion para optar grado academico de licenciatura en ciencias medicas.
77. Ministerio de Salud de Honduras, Secretaria de la Salud. Gobierno de la Republica de Honduras, Secretaria de Salud. [Online].; 2016 [cited 2020 julio 18. Available from: <http://www.salud.gob.hn/site/index.php/component/edocman/deberes-y-derechos-de-los-usuarios>.
78. LAINEZ LAB. [documento PDF].; 2015 [cited 2020 junio 18. Available from: <https://tzibalnaah.unah.edu.hn/bitstream/handle/123456789/6670/T-Msp00001.pdf?sequence=2>.
79. Salud CD. Honduras CNd. Código de Salud. 1991. LEY. ; 1991.
80. Varela D. Percepción de los pacientes y funcionarios sobre la implementación del expediente clínico electrónico del ministerio de salud de Panamá. Revista Saluta. 2018 agosto ; 1(1).
81. LEGISLATIVA A. la ley 8239 de los Derechos y deberes de las personas usuarias de los servicios de salud públicos y privados.. Costa Rica ;; 2002.
82. Justia México. JUSTIA México. [Online].; 2020 [cited 2020 junio 30. Available from: <https://mexico.justia.com/federales/constitucion-politica-de-los-estados-unidos-mexicanos/titulo-primero/capitulo-i/#articulo-4o>.
83. Federacion Mexica de Enfermedades Raras (FEMEXER). Federacion Mexica de Enfermedades Raras (FEMEXER). [Online].; 2017 [cited 2020 julio 26. Available from: <http://www.femexer.org/19564/los-derechos-y-obligaciones-como-pacientes-en-mexico/>.

84. H MDLM. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Prestación. Mexico: presidencia, Estados Unidos Mexicanos; 1983.
85. David Marcelo Vizcaya Benavides FAZVPPCHCA. Conocimiento de los pacientes sobre el consentimiento informado en un hospital general. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2014 Septiembre - Octubre; 57(5).
86. Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL). Ministerio de Salud de El Salvador. [Online].; 2018 [cited 2020 marzo 10. Available from: <http://www.salud.sv/?p=5082>].
87. Legislativa A. Ley de deberes y derechos de los pacientes y prestadores de servicios de salud. Ley. San Salvador: Organismo Ejecutivo, San Salvador; 2016.
88. OVALLE C. Práctica y significado del consentimiento informado en hospitales de Colombia y Chile. 2010.
89. C TMEVGSMOPR. Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes. 2012.
90. María Graciela Carrillo Toledo MGDRLMLL. Conocimiento del paciente sobre sus derechos. 2001.
91. Espinel GB. Conocimiento e importancia en los estudiantes de enfermería sobre el consentimiento informado en actos del cuidado de enfermería. 2015.
92. Álvaro Fajardo-Zapata YCVASDS. Grado de conocimiento sobre los derechos y deberes del paciente internado en la unidad de cuidado intensivos por parte de sus familiares. Bogotá. 2015. 2015.
93. Leslie Arandy Nieto-González MdlÁRQMÁCÁMC. Percepción del trato digno por la mujer embarazada en la atención obstétrica de enfermería. CONAMED. 2011.
94. R WOAMLB. Consentimiento informado. percepción de médicos, enfermeras y padres sobre el proceso comunicativo. 2011.
95. C AMEVGSMOPR. Conocimiento de los usuarios sobre sus derechos y deberes en el sgsss, Hospital San Jose de Buga, 2011. 2012.

96. Cerminara LRH. Conocimiento y comprensión del consentimiento informado antes de una cirugía. 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

LISTA DE COTEJO



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

Lista d
de Lati

aspectos relacionados con situación de derechos y deberes de pacientes en países

<i>Dentro del estudio se cuentan con aspectos relacionado a:</i>	SI	NO
<i>Conocimiento de los derechos</i>		
ü conocimiento de atención de calidad con oportunidad.		
ü Trato igualitario, digno y respetuoso.		
ü Información clínica completa		
ü Consentimiento informado, autonomía en los servicios de salud.		
<i>Conocimiento de deberes</i>		
ü aportar información necesaria para su atención.		
ü Respeto a los prestadores de servicios de salud.		
ü Hacer buen uso a las instalaciones.		
ü Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad		
<i>El consentimiento Informado (CI)</i>		
ü Investigaciones consultadas reflejan resultados en relación al consentimiento Informado		
ü Existencia de formatos de CI.		
ü Datos sobre llenados completos y correctos		
ü Datos de Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas.		
ü Alternativas de tratamiento		
ü Autonomía (Decisión libre e informada)		
ü Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación		
ü Firma de CI.		
Ejes comunes de Investigaciones y legislaciones en las cuales describen aspectos de derechos, y deberes tales como:		
ü Derecho de atención de calidad con oportunidad.		
ü Trato igualitario, digno y respetuoso.		
ü Información clínica completa		
ü Consentimiento informado, autonomía (decisión libre e informada).		
<i>Deberes</i>		
ü Datos que reflejen aportes de información necesaria para su atención.		
ü Respeto a los prestadores de servicios de salud.		
ü Hacer buen uso a las instalaciones.		
ü Colaborar en todos los aspectos relacionados con el cuidado y tratamiento de su enfermedad		
<i>Consentimiento Informado.</i> Investigaciones reflejan datos sobre:		
ü Existencia de formatos de CI.		
ü Datos sobre llenados completos y correctos		
ü Información clínica completa sobre riesgos beneficios, posibles complicaciones de intervenciones quirúrgicas y procedimientos		
ü Alternativas de tratamiento		
ü Autonomía (Decisión libre e informada)		
ü Conocimiento de la existencia y obligación legal previo a una intervención, procedimiento o investigación		
ü Firma de CI.		

ANEXO 2

RESUMEN DE LA INFORMACION

AUTOR	AÑO DE PUBLICACION	TIPO	IDIOMA	PAIS	OBJETIVO	DISEÑO DE LA INVESTIGACION	VARIABLE	TAMAÑO DE LA MUESTRA	CARACTERISTICAS DE LA MUESTRA	CRITERIOS DE INCLUSION	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
IRINA MASSIETH CALLE LOZANO MARÍA CAMILA REYES GALVIS	2017	Trabajo de grado	Español	Colombia	Identificar el nivel de los conocimientos , actitudes y prácticas que tienen los odontólogos de la ciudad de Villavicencio frente al uso del consentimiento informado.	descriptivo de cohorte transversal	Conocimientos frente al consentimiento informado Actitudes frente al consentimiento informado Prácticas que tienen frente al consentimiento informado	126 odontólogos	odontólogos inscritos en la Secretaria Departamental del Meta 65,9% odontólogos de sexo femenino y 34,1% de sexo masculino.	Odontólogos que ejercen el área clínica de su profesión en la ciudad de Villavicencio. · Odontólogos que se encuentren inscritos en la Secretaria de Salud Departamental del Meta. · Odontólogos que acepten participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado	Cuestionario	El estudio de investigación, calificó el uso del consentimiento informado, para conocimientos deficiente con un 60,3% de la población y aceptable para actitudes y practicas; actitudes con un 69,8% y practicas con un 68,9%.
Álvaro Fajardo-Zapata, Yeni Cordero-Valbuena, Andrés Soler-Duarte, Sixto Mendoza-Parada, Arbey Botia-Rueda	2015	Informe	Español	Colombia	Evaluar el conocimiento de los derechos y deberes del paciente internado en la unidad de cuidado intensivo por parte de sus familiares en una institución hospitalaria de tercer nivel.	exploratorio descriptivo de corte transversal	conocimiento de los derechos y deberes por parte de los familiares de los pacientes	El tamaño de la muestra fue de 50 encuestas	familiares de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos	pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos	encuesta	el 30% de los familiares de los pacientes internados en la unidad de cuidados intensivos saben de la existencia de la carta sobre los derechos y los deberes del paciente y un 30% dice conocerla y el 89% considera importante la existencia de dicha carta Un 58% manifestó conocer que tiene derecho a recibir información clara por parte del médico tratante sobre la enfermedad que padece su familiar y sobre los tratamientos que se le están

												realizando, además sobre la posibilidad de aceptar o rechazar dichos tratamientos en caso de inconsciencia o minoría de edad. El 70% coincidió en afirmar que los pacientes tienen derecho a recibir un trato digno de acuerdo a sus creencias y costumbres. el 86% manifestó conocer que hay que brindar un trato respetuoso al personal de la institución, a los demás pacientes y a sus familiares. Un 62% refirió que es un deber de los pacientes proteger las instalaciones, equipos, insumos y dotaciones que se ponen a su disposición durante su atención, y que en caso de daño o pérdida deberán asumir su costo.
María Teresa Escobar López Edgar Novoa Torres	2015	Artículo de revista	Español	Colombia	determinar las percepciones y experiencias respecto al proceso de consentimiento o informado en pacientes de cuatro diferentes campos de atención en salud en Bogotá	descriptivo de corte transversal		80 formatos			Excel con las categorías imprescindibles deseables, y otra para evaluar el lenguaje utilizado en los documentos	El más alto cumplimiento por encima de 90% y sin llegar al total, se observa en categorías como: 1. Enuncia que es un C.I; 2. Nombre del paciente; 19. Aceptación del tratamiento o procedimiento; 23. Firma de paciente, con muy bajo

												<p>cumplimiento por debajo del 10%; Riesgos; 16 y 17. Ventajas y desventajas de las alternativas del tratamiento; y Desventajas del tratamiento o procedimiento.</p>
Gloria Bautista Espinel	2015	Artículo de revista	Español	Colombia	identificar el conocimiento e importancia que los estudiantes de enfermería tienen sobre el CI aplicado a los actos propios del cuidado de enfermería, mediante la aplicación de la teoría de los patrones del conocimiento en enfermería	descriptivo-cuantitativo de corte transversal	conocimiento e importancia del CI.	184 estudiantes	estudiantes de sexo femenino (87,5 %), en el rango de 17 a 21 años (67,9 %). Los estudiantes de sexo masculino tienen una baja presencia equivalente al 12,5 %. Solo el 2,3 % de los estudiantes tiene edades entre 27 y 31 años	estudiantes del programa de enfermería durante el primer semestre de 2013, y que voluntariamente participaron	cuestionario tipo escala de Likert	<p>Patrón ético. En el análisis descriptivo de las variables que lo componen, en la dimensión "Entender" la gran mayoría (91,3 %) expresó estar de acuerdo con que el CI está fundamentado en la ética y en la bioética; además, el 50 % indicó estar de acuerdo con que el CI forma parte de los derechos del paciente. En contraparte, un 40 % está en desacuerdo con esto.</p>

ANEXO 3

TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL (FICHAS DOCUMENTALES)

Por la gran importancia de la aceptación, compromiso y entendimiento del paciente que se someterá a tratamiento de ortodoncia, quisieron estudiar la comprensión de los pacientes y de sus padres antes del tratamiento; para ello, observaron el proceso de obtención del consentimiento informado en una clínica pública dependiente de la Universidad de Washington, con pacientes de diferente origen étnico y de bajos ingresos. Sus resultados indican que, en general, tanto los hijos como los padres recuerdan muy poco de la información entregada por el ortodontista en cuanto a las razones para realizar el tratamiento, los procedimientos, los riesgos asociados y la responsabilidad que deben asumir los niños durante éste. Esto evidencia que la efectividad de las técnicas usadas para obtener el consentimiento informado en las clínicas públicas no es adecuada, especialmente en las poblaciones de bajos ingresos. Sobre esta base, concluyen que deben hacerse nuevos estudios para mejorar los métodos del proceso de obtención del consentimiento informado en los pacientes que se someterán a ortodoncia, especialmente cuando éstos tengan un bajo nivel de educación y de ingresos.

Orr y Curtis(7) estudiaron la frecuencia con la que los odontólogos obtienen el consentimiento informado para la administración de anestesia local, un procedimiento de rutina en la práctica dental. Según sus resultados, el consentimiento informado es solicitado más frecuentemente por los odontólogos especialistas y por los que practican la anestesiología como especialidad que por los odontólogos generales. Estos últimos son los que realizan con más frecuencia el procedimiento, no exento de complicaciones, por lo que los autores

opinión de algunos autores, quienes cuestionaban la entrega de más información por una supuesta mayor ansiedad secundaria. Los autores concluyen que es útil el uso de material explicativo impreso para informar a los pacientes.

En la encuesta realizada en la Pontificia Universidad Católica de Chile, ante la pregunta sobre la aplicación del consentimiento informado en su práctica clínica, un 50% respondió que lo usaba sólo en ciertos procedimientos y sólo el 31% lo practicaba habitualmente y conocía sus implicancias. El 19% de los encuestados manifestó que conocían su existencia pero que no lo utilizaban en su práctica clínica. De aquellos que respondieron positivamente al uso del consentimiento informado (81%), respecto del tiempo dedicado para esto, un 60% respondió que le brindaba todo el tiempo que fuera necesario. El resto se distribuye entre los que no le dedican tiempo (16%), los que le dedican entre 10 y 15 minutos (12%) y los que dedican menos de 10 minutos (12%).

La manera de obtener el consentimiento informado se traduce en un documento escrito en el 62% de los casos, el resto lo obtiene en forma verbal. Un 52% de los encuestados considera que el proceso de obtención del consentimiento se limita a entregarle al paciente la información sobre el mejor tratamiento. Para un 58% de los profesionales la finalidad del consentimiento informado es que el paciente conozca y decida la mejor alternativa de tratamiento. Para un 50% su finalidad es evitar problemas legales.

Al consultar cuándo es importante obtenerlo, un 58% declara que lo hace antes de realizar cualquier procedi-

FICHAS DE TRABAJO

Tema DERECHOS DEL PACIENTE

Subtema ASPECTOS ÉTICOS, MÉDICOS Y LEGALES DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

La libertad de decisión del paciente, que obtuvo: 27.54% no se les informó, algunos desconocen que es un derecho y su significado; 72.46% conocían esta decisión de libertad porque se les comunicó su médico tratante. La voluntariedad para determinar su libertad y autonomía, fue 72.46%. No debe haber población sin este conocimiento, para que el paciente tome una decisión consciente y autónoma, evitar futuras demandas; respecto a su valor ético y legal, 34.80% lo desconoce y 65.20% saben el valor del documento.



A System Problem has Occurred
To begin a new session, please [login again](#)



EBSCO Publishing is a part of the EBSCO Information Services group. © 2020 EBSCO Industries Inc.